



The Mediating Role of Difficulties in Emotion Regulation in Effect of Rumination on Post-traumatic Stress Symptoms and Cancer-related Distress in Breast Cancer Patients

Sara Ghasemzadehbarki¹, Mahnaz Shahgholian², Mohammad Hossein Abdollahi³,
Balal Izanloo⁴, Abbas Mirmalek⁵

1- PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran.

5- General Surgeon Specialist, Kasra Hospital, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mahnaz Shahgholian, Associate Professor, Department of General Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Email: mshahgholian@khu.ac.ir

Received: 29 Oct 2023

Accepted: 9 Dec 2023

Abstract

Introduction: This study examines the mediating role of difficulties in emotion regulation in effect of rumination on post-traumatic stress symptoms and cancer-related distress in breast cancer patients.

Methods: This is a cross-sectional study with a positivism paradigm, a quantitative approach and in the framework of a correlational design of the type of Structural equation modeling. A total of 220 women with breast cancer in Tehran completed the PCL-5 Checklist, The Ruminative Response Scale (RRS), The Impact of Event Scale, and Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16). The findings were analyzed through the advanced statistical method of structural equation modeling and using SPSS26 and SmartPLS 4 software.

Results: The model fit indices were good, SRMR = 0.5 and NFI = 93. The results obtained from structural equation modeling show a direct and significant effect of rumination on PTSD ($\beta=0.219$; $T=3.31$; $P<.01$), rumination on emotional dysregulation ($\beta=0.257$; $T=4.05$; $P<.001$) and emotional dysregulation on distress ($\beta=0.406$; $T=6.56$; $P<.001$) and the non-significance of rumination on PTSD ($\beta=0.098$; $T=1.48$; $P=.138$) was in the framework of the conceptual model of the present study. It is worth mentioning that in the effect of rumination on emotional dysregulation PTSD, it had a partial mediating role and in the effect of rumination on distress, it had a full mediating role.

Conclusions: Taken together, from the obtained results, it can be concluded that the predictive effect of rumination on the symptoms of post-traumatic stress and distress in breast cancer patients will significantly increase with an increase in the level of emotional dysregulation. emotion regulation in breast cancer patients can be a protective factor in order to manage psychological problems caused by cancer.

Keywords: Breast Cancer, Cancer-related distress, Emotional dysregulation, Post-traumatic stress, Rumination.



نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی در تأثیر نشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

سارا قاسم‌زاده برکی^۱، مهناز شاهقلیان^۲، محمدحسین عبداللهی^۳، بلال ایزانلو^۴، عباس میرمالک^۵

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه برنامه‌ریزی درسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۵- متخصص جراحی عمومی، بیمارستان کسری، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مهناز شاهقلیان، دانشیار، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
ایمیل: mshahgholian@khu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۹/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۷

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی در تأثیر نشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار: این مطالعه در قالب پارادایم اثبات‌گرایی، با رویکرد کمی و در چارچوب یک طرح همبستگی از نوع مدل آزمایشی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان کسری و مرکز پژوهش‌های سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شش‌ماهه دوم سال ۱۴۰۱ بودند که از بین آنها و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۲۰ نفر انتخاب شد. شرکت‌کنندگان چک‌لیست PTSD برای غیرنظامیان (PCL-5)، مقیاس‌های نشخوار فکری (RRS)، تأثیر رویداد (IES) و دشواری در تنظیم هیجان (DERS-16) را تکمیل کردند. یافته‌ها در چارچوب مدل آزمایشی معادلات ساختاری و در فضای نرم‌افزارهای SPSS26 و SmartPLS4 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: شاخص‌های برازش مدل مفهومی پژوهش ($SRMR = /0.5$) و ($NFI = 0.93$) مطلوب بود. نتایج به دست آمده از مدل آزمایشی معادلات ساختاری حاکی از تأثیر مستقیم و معنادار نشخوار فکری بر PTSD ($\beta = 0.219; T = 3.31; P < 0.01$)، نشخوار فکری بر بدتنظیمی هیجانی ($\beta = 0.257; T = 4.05; P < 0.001$) و بدتنظیمی هیجانی بر پریشانی ($\beta = 0.098; T = 1.48; P = 0.138$) در چارچوب مدل مفهومی پژوهش حاضر بود. شایان‌ذکر است در تأثیر نشخوار فکری بر PTSD بدتنظیمی هیجانی نقش میانجی جزئی و در تأثیر نشخوار فکری بر پریشانی نقش میانجی کامل داشت.

نتیجه‌گیری: در مجموع از نتایج به دست آمده می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که اثر پیش‌بینی‌کننده نشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان با افزایش سطح بدتنظیمی هیجانی به‌طور معنی‌داری تشدید خواهد شد. تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌تواند یک عامل محافظ‌کننده به‌منظور مدیریت مشکلات روان‌شناختی ناشی از سرطان باشد.

کلیدواژه‌ها: استرس پس از سانحه، بدتنظیمی هیجانی، پریشانی، سرطان پستان، نشخوار فکری.

مقدمه

در عصر کنونی سرطان به‌عنوان یکی از تهدیدهای جدی سلامت روان انسان، عامل اصلی مرگ‌ومیر و به‌عنوان مانعی تأثیرگذار در برابر افزایش امید به زندگی در تمامی کشورهای جهان مورد توجه قرار گرفته است (۱). در این بین سرطان پستان شایع‌ترین نوع تشخیص سرطان در بین خانم‌ها در دنیا است (۲). با توجه به غربالگری‌های زودهنگام و پیشرفت‌های محسوس در درمان‌های پزشکی و روان‌درمانی خبر امیدبخش این است که بیش از ۹۰٪ از بیماران مبتلا به سرطان پستان پنج سال پس از تشخیص بیماری همچنان زنده مانده‌اند (۳). در ایران، سرطان پستان ۲۵ درصد از کل تشخیص سرطان‌ها را شامل می‌شود (۴). به‌تازگی در فراتحلیلی، میزان نجات‌یافتگان یک، پنج و ده ساله سرطان پستان در ایران به ترتیب ۹۵/۸ درصد، ۶۹/۵ درصد و ۵۸/۱ درصد برآورد شد (۵). گفتنی است که میزان بروز سرطان پستان در ایران در سال‌های اخیر روندی افزایشی داشته و مقادیر گزارش شده بالاتر از مقادیر تخمینی مراکز علمی سرطان جهان است. این روند رو به افزایش بر لزوم اتخاذ سیاست‌های ملی به منظور تشخیص به‌موقع بیماران مبتلا به سرطان پستان جهت افزایش میزان بقا و کیفیت زندگی آن‌ها تأکید می‌کند (۶).

سرطان پستان یک تجربه تغییردهنده یا بالقوه تهدیدکننده زندگی است. دشواری‌های تشخیص و درمان سرطان در این بیماران به‌طور معمول با افزایش پریشانی روان‌شناختی، خستگی، آسیب‌های شناختی و مشکلات جسمانی همراه است. سرطان پستان همچنین یک مشکل جدی بهداشت عمومی است که بار اقتصادی هنگفتی به همراه دارد (۷). هرچند که افزایش آمار نجات‌یافتگان از سرطان پستان خبری خوشحال‌کننده و امیدبخش است، ولی این بیماری با تأثیرات فراگیری که بر روند زندگی و سلامت روان بیماران بر جای می‌گذارد؛ دارای تبعات شناختی و روان‌شناختی متعددی است که تا سال‌ها پس از اتمام درمان در بین نجات‌یافتگان از این بیماری قابل پیگیری است و جهت کاهش آسیب‌های آن نیازمند دریافت خدمات تخصصی است (۸). بر اساس شواهد پژوهشی جدید نشانگان PTSD تنها به حوادث تروماتیک شدید و آسیب‌زا ختم نمی‌شود؛ بلکه بیماری‌های مزمن از قبیل سرطان پستان نیز می‌تواند منجر به نشانگان PTSD شوند. از این‌رو در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری

اختلال‌های روانی بیماری مزمن و مهلک سرطان نیز به فهرست رویدادهای آسیب‌زا افزوده شده است (۹). کاوش در مبانی نظری و پژوهشی موجود حاکی از شکل‌گیری مفهوم PTSD مرتبط با سرطان (Cancer-related PTSD) است که مورد توجه ویژه پژوهشگران و صاحب‌نظران این حوزه قرار گرفته است (۱۰-۱۲). میزان شیوع نشانگان PTSD، در بیماران مبتلا به سرطان ۳۱/۷ درصد گزارش شده است.

همان‌طور که پیش‌تر نیز مطرح شد، تشخیص بیماری سرطان پستان و دشواری‌های پیش‌رو درمان‌های پزشکی از قبیل شیمی‌درمانی و پرتودرمانی باعث مشکلات متعددی در بیماران می‌شود که پریشانی مرتبط با سرطان از جمله پیامدهای این رویداد تروماتیک است. در کنار نشانگان جسمانی و افزایش پریشانی با پیامدهایی مانند ترس از پیشرفت بیماری سرطان، ترس از عود، اثرات جانبی بیماری، تغییرات در کارکردهای جسمانی، بدشکلی بدنی و مرگ‌ومیر زودرس همراه است (۱۳، ۱۴). هرکدام از این عوامل می‌تواند باعث تشدید اضطراب و افسردگی در بیماران شده و درد و رنج روان‌شناختی ناشی از سرطان را افزون کند. در این راستا نتایج به دست آمده از مطالعات فراتحلیلی انجام شده نیز نشان داده است که میزان اضطراب مرگ، افسردگی و اضطراب در میان نجات‌یافتگان از سرطان پستان در مقایسه با زنان بدون سابقه بیماری به‌طور معناداری بیشتر است (۱۵). مدل خودتنظیمی مرتبط با بیماری اهمیت ادراک بیماری و پاسخ‌های هیجانی افراد در هنگام مدیریت تهدیدهای جدی سلامت جسم و روان از قبیل بیماری سرطان را برجسته می‌کند (۱۶). با توجه به این مدل، خودتنظیمی ضعیف شامل تشدید درج‌ماندگی، افزایش پریشانی و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (۱۳).

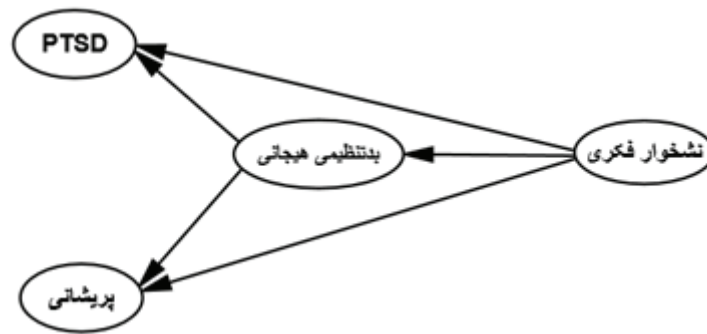
تشدید پریشانی مرتبط با سرطان در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان که اضطراب و افسردگی شدید و به‌تبع آن مشکلات سلامت روان بیشتری دارند ممکن است از طریق نگرانی و نشخوار فکری تشدید شود (۱۴). از این‌رو، سابقه داشتن اضطراب و افسردگی پریشانی مرتبط با سرطان را افزایش می‌دهد (۱۷)؛ بنابراین، پریشانی مرتبط با سرطان بر ادراک جسمانی و روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیرگذار است (۱۸). از پیامدهای این تأثیرگذاری کاهش شاخص‌های سلامت روان، کیفیت زندگی و تبعیت از دستورات پزشکی و درمانی است که این دور باطل با عدم رعایت رفتارهای خود مراقبتی به مشکلات جسمانی و

جدید پژوهشی و درمانی کمک شایانی داشته باشند؛ از این رو یکی از اهداف اصلی مطالعه حاضر بررسی نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی در تأثیر نشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی در بیماران مبتلابه سرطان پستان است.

با توجه به این که سرطان پستان شایع ترین نوع تشخیص سرطان در بین زنان در ایران است و نکته قابل هشدار این که میانگین سن شروع سرطان پستان در بین زنان ایرانی نسبت به دیگر کشورها پایین تر است که این مسأله می تواند به یک بحران سلامت عمومی در بین خانم‌های ایرانی تبدیل شده و مشکلات متعددی در پی داشته باشد. بدین سان بزرگ‌ترین خلأ مطالعه حاضر در این است که تأثیر نشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی در بافت سرطان پستان در جامعه ایران در قالب مدل مفهومی تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته است. از این رو از بعد تاکتیکی به منظور اثبات مسأله پژوهش حاضر پژوهشگر سهم عمده ای در جبران کاستی های این حوزه می تواند داشته باشد و ضمن واکاوی وضع موجود به بلوغ سیستم کنونی ارزیابی و مداخله برای این بیماران در ایران کمک شایانی خواهد کرد. بدین سان از لحاظ محتوایی یا اهمیت و پیامدهای پژوهش حاضر نیز چنین می توان سخن به میان آورد که با توجه به جامعه گسترده بیماران مبتلابه سرطان پستان، تعمیم‌پذیری بالاتر امکان‌پذیر است و این مسأله می‌تواند کاربردهای آموزشی، روش‌شناختی داشته و به تصمیم‌گیری بهتر درمانی- آموزشی منجر شود که این مسیر کاربردهای بی‌شماری برای دانش در این حوزه دارد. از این رو در چارچوب مدل مفهومی پیشنهادی برگرفته از مبانی نظری و پژوهشی حوزه سرطان پستان تأثیر مستقیم نشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی مرتبط با سرطان در بیماران مبتلابه سرطان پستان و همچنین نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی در تعدیل یا تشدید این تأثیرگذاری در قالب فرضیه‌های پژوهش به محک آزمایش قرار خواهیم داد. مدل مفهومی مفروض روابط مستقیم و غیرمستقیم بین متغیر پیش‌بین و ملاک با نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی در شکل ۱ ارائه شده است.

روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان پستان دامن زده و روند درمان دارویی و پزشکی را با مشکلات جدی روبرو خواهد کرد (۱۴).

نشخوار فکری مرتبط با تروما (Trauma-related rumination) شامل افکار تکراری در مورد یک حادثه منفی، تروماتیک و پیامدهای آن است (۱۹،۲۰). مهم‌تر از همه، نشخوار به صورت فکر کردن افراطی یا مشغول شدن بیش از حد به حادثه تروماتیکی که فرد تجربه کرده است نمایان می‌شود (۱۴). شواهد پژوهشی بین نشخوار فکری مرتبط با تروما و نشانگان PTSD رابطه مثبتی گزارش کرده‌اند (۲۱-۲۳). افزون بر این، نشخوار نه تنها به عنوان یکی از عوامل خطر آفرین و تعیین‌کننده جهت ابتلا به نشانگان PTSD عمل می‌کند؛ بلکه یک عامل اصلی در حفظ و پایداری این نشانگان نیز محسوب می‌شود (۲۳). یکی از متغیرهایی که می‌تواند تأثیرات نشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی مرتبط با سرطان را در بیماران مبتلابه سرطان تعدیل یا شدید کند تنظیم هیجان است. باور بر این است که ضعف در تنظیم هیجان مکانیسم اصلی زیربنایی ابتلا و پایداری اختلال‌های روان‌شناختی است (۲۴،۲۵). همچنین شواهد حاکی از آن است که تنظیم هیجان سازش‌نا یافته نقش مهمی در ایجاد پریشانی روان‌شناختی در بیماران مزمن از جمله سرطان ایفا می‌کند (۲۶). گمان بر این است که تنظیم هیجان سازش‌یافته به جلوگیری، کاهش یا کوتاه شدن شدت و مدت حالت‌های پریشانی (اضطراب و افسردگی) که منجر به فعال شدن الگوهای تفکر افسردگی و در نتیجه بروز افسردگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان می‌شود کمک می‌کند. پریشانی و بدتنظیمی هیجانی به‌عنوان ششمین نشانه حیاتی در مراقبت از بیماران سرطانی به حساب می‌آید (۲۷). بدتنظیمی هیجانی در بیماران سرطانی با پیامدهای مهمی همراه است و هرچه شدید باشد با کاهش تکمیل درمان و عدم پیروی از دستورات درمانی و رعایت نکردن رفتارهای خود مراقبتی همراه است و در موردی نیز منجر به مرگ زودرس بیماران خواهد شد (۲۸). با توجه به این مهم که متغیرهای میانجی در پیشبرد اهداف نوین در حوزه تشخیص و درمان روان‌شناختی سرطان می‌تواند نقش مهمی ایفا کنند و در شکل‌گیری اهداف



شکل ۱. مدل مفروض روابط مستقیم و غیرمستقیم بین نشخوار فکری با PTSD و پریشانی با نقش میانجی بد تنظیمی هیجانی

روش کار

پژوهش حاضر در قالب پارادایم فرا اثبات‌گرایی، رویکرد کمی و در چارچوب یک طرح همبستگی از نوع مدل آزمایشی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان کسری و مرکز پژوهش‌های سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شش‌ماهه دوم سال ۱۴۰۱ بود که نمونه موردنظر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین آنها انتخاب شد. جهت تعیین حجم نمونه بر اساس آلفای ۰/۰۵، درجه آزادی ۶۴، توان ۰/۸، $RMSEA=0/05$ در فرضیه صفر و $RMSEA=0/1$ در فرضیه جایگزین حجم نمونه ۲۵۰ تعیین شد. گفتنی است که در جریان پیش‌پردازش و غربال یافته‌ها ابتدا افراد بی تفاوت در پاسخ‌دهی را بر اساس الگوهای علمی شناسایی و ۱۵ مورد از مجموعه داده‌ها حذف گردید. سپس داده‌ها در دو بخش تک متغیری و چند متغیری (آزمون ماهالانویز) مورد ارزیابی قرار گرفت و داده‌های پرت مدیریت و ۹ مورد حذف گردید. همچنین ۷ مورد بنا به دلیل عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها (بیمارانی که بیشتر از ۱۵ درصد از گویه‌های پرسش‌نامه‌ها را بدون پاسخ گذاشته بودند) نیز از روند مطالعه حذف شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به این پژوهش شامل دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۵ سال، ابتلا به سرطان پستان (مرحله I تا IIIA)؛ عدم شرکت در جلسات شیمی‌درمانی یا عمل جراحی در ۷۲ ساعت پیش از شرکت در مطالعه حاضر؛ حداقل تحصیلات راهنمایی و تسلط به زبان رسمی؛ و سپری شدن حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری سرطان پستان بود. بدین سان بیمارانی که همراه سرطان، دارای اختلال‌های روان‌شناختی بالینی حاد بودند؛ بیماران دارای پیامد شدید یا عوارض حاد مربوط به جراحی، شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی و بیماران مبتلا

به سرطان پستان که هم‌زمان به سایر انواع سرطان نیز مبتلا بودند از روند مطالعه خارج شدند. شایان‌ذکر است که نمونه نهایی شامل ۲۲۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان بود که یافته‌های به دست آنها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش اجرا

پس از کسب مجوزهای موردنیاز و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین بیمارستان کسری و مرکز پژوهش‌های سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و انجام غربال‌گری‌های اولیه شرکت‌کنندگان انتخاب و رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه از تک‌تک آنها گرفته شد. در مورد اهداف مطالعه و چگونگی انجام آن اطلاعات لازم در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت، هیچ اجباری جهت پر کردن پرسش‌نامه‌ها نبود و کد اخلاق IR.KHU. REC.1402.014 در دانشگاه خوارزمی جهت اجرای مطالعه حاضر کسب شد. اجرای پرسش‌نامه‌ها در محیط بیمارستان با رعایت پروتکل‌های بهداشتی در یک فضای آرام و به‌دوراز محرکات مزاحم دیداری - شنیداری انجام شد و در زمان اجرا پژوهشگر به صورت میدانی بر اجرای پژوهش نظارت داشت. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌های به دست آمده با استفاده از روش پیشرفته آماری مدل آزمایشی معادلات ساختاری SEM، در فضای نرم‌افزارهای SPSS26 و SmartPLS 4 تجزیه و تحلیل شد.

ابزارها

چک‌لیست PTSD برای غیرنظامیان (PCL-5)؛ این مقیاس به‌عنوان رایج‌ترین ابزار خود گزارش دهی نشانگان PTSD دارای ۲۰ ماده است و بر اساس نشانگان PTSD در ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی (DSM5) طراحی شده است. شرکت‌کنندگان در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از هرگز = ۰ تا بسیار زیاد = ۵ میزان موافقت

خود ثبت کنند. پاسخ‌دهندگان فراوانی تجربه هر علائم را در طول یک هفته اخیر از هرگز = ۰ تا خیلی زیاد = ۴ ثبت می‌کنند. دامنه نمرات شرکت‌کنندگان در این مقیاس بین ۰ تا ۸۸ است و هرچه نمره فرد بالاتر باشد حاکی از نگرانی بیشتر است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ($\alpha=0/96$) گزارش شده است (۳۵). در پژوهش حاضر از نمره کل این مقیاس استفاده شد. شایان ذکر است که همسانی درونی این مقیاس در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ($\alpha=0/893$) و با استفاده از امگای مک دونالد ($\omega=0/892$) به دست آمد. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS-16): این مقیاس خود گزارشی دارای ۱۶ گویه است و توسط Bjureberg و همکاران (۳۶) طراحی شده است. مقیاس حاضر دارای ۵ خرده مقیاس است که عدم پذیرش هیجان‌های منفی (۳ ماده)، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در هنگام فشار روانی (۳ ماده)، دشواری‌های کنترل تکانه تحت فشار (۳ ماده)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان به هنگام فشار (۵ ماده) و عدم وضوح هیجانی (۲ ماده) را می‌سنجد. شرکت‌کنندگان در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵ به گویه‌ها پاسخ می‌دهند. نمره کل DERS بین ۱۶ تا ۸۰ در نوسان است و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده مشکلات تنظیم هیجانی بیشتر است (۳۶). همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی ($\alpha=0/92$) گزارش شده است. در مطالعه شهبایی و همکاران (۳۷) همسانی درونی این مقیاس در ایران با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ و برای نمره کل این مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است. گفتنی است که همسانی درونی این مقیاس در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ($\alpha=0/950$) و با استفاده از امگای مک دونالد ($\omega=0/952$) به دست آمد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۱ گزارش شده است.

خود را با پرسش‌های مطرح شده در یک ماه اخیر اعلام می‌کنند. دامنه نمره کل پاسخ‌دهندگان بین صفر تا ۸۰ در نوسان است و کسب نمرات بالاتر حاکی از شدت نشانگان PTSD در افراد است (۲۹). همسانی درونی این مقیاس در مطالعه Blevins و همکاران (۲۹) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/94$) و پایایی بازآزمایی آن ($r=0/82$) گزارش شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران در مطالعه ورمقانی و همکاران (۳۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/9$) گزارش شده است. گفتنی است همسانی درونی این مقیاس در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ($\alpha=0/942$) و با استفاده از امگای مک دونالد ($\omega=0/942$) به دست آمد.

مقیاس نشخوار فکری (The Ruminative Response Scale (RRS): این مقیاس خود گزارشی دهی توسط نولن- هوکسا و مارو (۳۱) طراحی شده است، دارای ۲۲ ماده است و در طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از هرگز = ۱ تا اغلب اوقات = ۴ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس حاضر بین ۲۲ تا ۸۸ در نوسان است و کسب نمره بالاتر از سوی شرکت‌کنندگان حاکی از نشخوار فکری بیشتر در بین آن‌ها است. همسانی درونی این مقیاس در مطالعه‌های مختلف با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ و پایایی باز آزمایی نیز ۰/۶۷ گزارش شده است (۳۲). همسانی درونی این مقیاس در مطالعه باقری نژاد و همکاران (۳۳) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/9$) گزارش شده است. گفتنی است که همسانی درونی این مقیاس در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس ($\alpha=0/906$) و با استفاده از امگای مک دونالد ($\omega=0/907$) به دست آمد.

مقیاس تأثیر رویداد (The Impact of Event Scale: IES): این مقیاس یکی از معتبرترین و پر کاربردترین ابزارهای خود گزارشی دهی مرتبط با تروما است که شامل ۲۲ ماده است و توسط Horowitz و همکاران (۳۴) طراحی و مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این مقیاس از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تا پاسخ‌های خود را در مورد تشخیص بیماری

جدول ۱. آماره های توصیفی شرکت کنندگان در متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه

متغیر	دسته بندی	N	%
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۲۲	۱۰
	۳۱ تا ۴۰ سال	۶۸	۴۰/۹
	۴۱ تا ۵۰	۹۵	۸۴/۱
	۵۱ به بالا	۳۵	۱۵/۹
سطح تحصیلات	سیکل	۴۰	۱۸/۲
	دیپلم	۹۱	۴۱/۴
	کارشناسی	۷۰	۳۱/۸
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۹	۸/۶
وضعیت تأهل	متأهل	۱۶۶	۷۵/۵%
	مجرد	۵۳	۲۴/۱%

در ادامه به منظور شناخت بهتر از ویژگیهای شرکت کنندگان شاخص های توصیفی نمرات آنها (میانگین و انحراف معیار) و ماتریس همبستگی رابطه بین متغیرهای مکنون مدل مفهومی در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج گزارش شده در جدول ۲ حاکی از همبستگی معنادار بین متغیرهای پژوهش است. از این رو، می توان روابط ساختاری بین متغیرها را با استفاده مدل آزمایشی معادلات ساختاری مورد بررسی قرارداد و از این لحاظ مانعی وجود ندارد.

در ادامه به منظور شناخت بهتر از ویژگیهای شرکت کنندگان شاخص های توصیفی نمرات آنها (میانگین و انحراف معیار) و ماتریس همبستگی رابطه بین متغیرهای مکنون مدل مفهومی در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج گزارش شده

جدول ۲. آماره های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴
۱. نشخوار فکری	۴۶/۹۴	۱۲/۷۵	-			
۲. PTSD	۲۴/۹۰	۱۵/۸۹	۰/۳۰۸**	-		
۳. پریشانی	۳۲/۱۳	۱۳/۰۸	۰/۱۸۳**	۰/۵۱۱**	-	
۴. بد تنظیمی هیجانی	۲۸/۶۸	۱۰/۹۱	۰/۲۴۴**	۰/۴۶۸**	۰/۳۸۵**	-

*** $p < 0.001$

بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از تخطی توزیع نمرات متغیرهای پژوهش حاضر از فرض نرمالیته بود؛ بنابراین متناسب با این یافته باید از نرم افزارهای واریانس محور استفاده کرد که معتبرترین آنها SmartPLS4 است که در این مطالعه جهت بررسی مدل اندازه گیری و ساختاری پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. متخصصین حوزه مدل سازی معادلات ساختاری دلایل برتری و استفاده بهینه از این نرم افزار را شامل مواردی مانند عدم وابستگی به توزیع نرمال یافته ها که در مطالعه حاضر نیز رعایت نشد، پاسخ گو بودن در نمونه های پایین، معتبر بودن جهت به محک آزمایش گذاشتن مدل های اولیه و نابالغ و قدرت این نرم افزار در مدل های دارای متغیر میانجی و تعدیل گر می دانند.

بررسی مدل اندازه گیری

ابتدا در قالب مدل سازی معادلات ساختاری به بررسی مؤلفه های مدل اندازه گیری بر اساس ارزیابی شاخص های پایایی، روایی سازه و برازش مدل پرداخته شد. در smartPLS 4 دو شاخص کلی ریشه میانگین مربعات باقی مانده استاندارد شده (Standard Root Mean Squared Residual) و شاخص برازش هنجار شده (Normed Fit Index) جهت ارزیابی برازش مدل مفروض در اختیار پژوهشگران قرار گرفته است. ارزش عددی برای شاخص برازش SRMR ۰/۰۵ و برای NFI ۰/۹۳ به دست آمده است. در مدل حاضر مقدار SRMR کمتر از ۰/۰۸ و مقدار ارزش عددی NFI نیز بالاتر ۰/۹ است. از این رو می توان چنین عنوان کرد که مدل مفروض پژوهش حاضر از برازش لازم با داده ها برخوردار است. در ادامه نتایج روایی همگرا، پایایی سازه، پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ در جدول ۳ گزارش شده است. جهت ارزیابی روایی همگرا از شاخص میانگین

سارا قاسم‌زاده برکی و همکاران

عددی پایایی ترکیبی بین صفر و یک است و ارزش عددی بزرگ‌تر از ۰/۷ نشان دهنده همسانی درونی قابل قبولی بین شاخص‌های یک متغیر مکنون است.

واریانس استخراج شده (AVE) استفاده شد. بدین‌سان، جهت محاسبه همسانی درونی بین شاخص‌های یک متغیر پنهان از شاخص پایایی ترکیبی استفاده شد. دامنه

جدول ۳. شاخص‌های پایایی و روایی واگرا (ماتریس فورنل- لارکر) برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	α	Rho	CR	AVE	۱	۲	۳	۴
۱. PTSD	۰/۸۵۸	۰/۸۶۰	۰/۸۵۹	۰/۶۰۴	۰/۷۷۷			
۲. بد تنظیمی هیجانی	۱	۱	۱	۱	۰/۵۶۳	۱		
۳. نشخوار فکری	۱	۱	۱	۱	۰/۳۵۰	۰/۲۵۰	۱	
۴. پریشانی	۱	۱	۱	۱	۰/۵۶۸	۰/۴۳۰	۰/۲۰۰	۱

۰/۹ کوچک‌تر بودند که این مساله بیانگر روایی واگرایی قابل قبول بین متغیرهای پژوهش است. در ادامه با توجه به اتمام بررسی ویژگی‌های مدل اندازه‌گیری به بررسی شاخص‌های مدل ساختاری پرداخته خواهد شد.

برازش مدل ساختاری

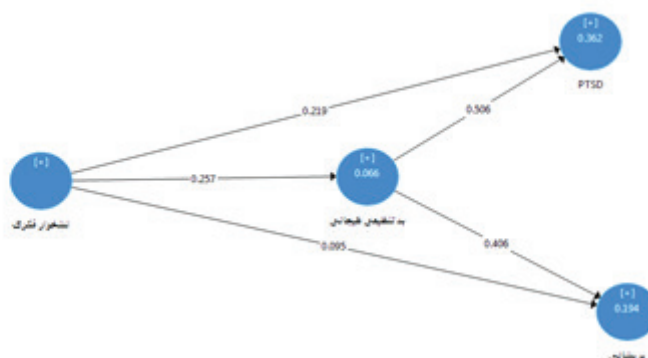
در ادامه شاخص‌های مدل ساختاری را مورد بررسی قرار خواهیم داد. مدل ساختاری مدلی است که رابطه بین متغیرهای مکنون را مورد بررسی قرار می‌دهد. مدل ساختاری نیز دارای چندین شاخص و معیار است که باید ارزیابی و تایید شود تا بتوان به نتایج حاصل از مدل داده‌های گردآوری شده با اطمینان بالا استناد نمود. این معیارها شامل بررسی ضرایب مسیر (بتا) و معناداری آن (مقادیر t-value)، بررسی شاخص ضریب تعیین (R^2) متغیرهای مکنون درون‌زا و بررسی شاخص هم خطی (VIF) است.

ارزیابی ضرایب معناداری مسیر (t-values)

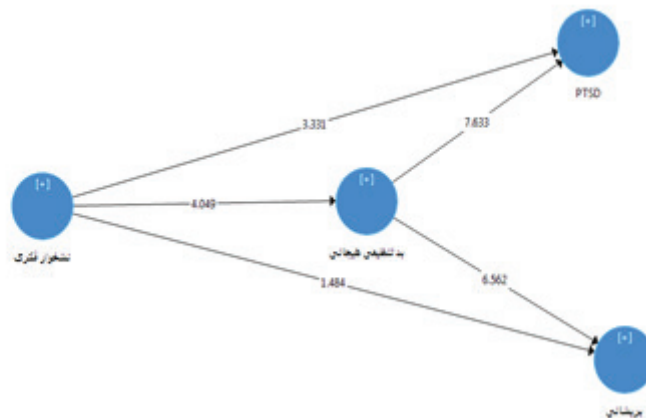
مدل ساختاری به رابطه بین شاخص‌ها و متغیر مکنون کاری ندارد، بلکه بر مبنای فرضیه‌های پژوهش به بررسی رابطه بین متغیرهای پنهان می‌پردازد.

با توجه به ضرایب شاخص‌های آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و روایی همگرا مطرح شده در جدول ۳ می‌توان چنین عنوان کرد که متغیرهای PTSD، بد تنظیمی هیجانی، نشخوار فکری و پریشانی از همسانی درونی قابل قبول برخوردار است. همچنین روایی همگرا جهت سنجش میزان تبیین متغیر مکنون از طریق متغیرهای آشکار مورد استفاده قرار می‌گیرد. با توجه به این‌که مقدار قابل قبول به‌منظور پذیرش شاخص میانگین واریانس استخراج شده $AVE > 0/5$ است؛ از این‌رو با توجه به یافته‌های گزارش شده در جدول ۳ متغیرهای مطالعه حاضر از روایی همگرا قابل قبولی برخوردار بودند.

روایی واگرا یعنی این‌که تا چه حد یک سازه از سایر سازه‌ها کاملاً مجزا است. بدین معنا که دو متغیر یک مفهوم را اندازه‌گیری نمی‌کنند و هر کدام از متغیرها سازه متفاوتی را اندازه‌گیری می‌کنند. در پژوهش حاضر جهت بررسی روایی واگرا از روش فورنل و لارکر استفاده شد که با توجه به ماتریس همبستگی جدول ۳ می‌توان چنین بیان کرد که روایی واگرا بین متغیرهای پژوهش رعایت شده است. بدین‌سان تمامی ضرایب به دست آمده برای شاخص HTMT از نقطه برش تعیین شده یعنی



شکل ۲. مدل پژوهش در حالت ضرایب مسیر استاندارد شده (ارزیابی مدل ساختاری)



شکل ۳. مقادیر t-Value مدل پژوهش

جدول ۴. آزمون فرضیه های مستقیم پژوهش در چارچوب مدل ساختاری

نتیجه	P	T_value	β	مسئله: متغیر مکنون ملاک ← متغیر مکنون پیش بین
معنادار	< ۰/۰۱	۳/۳۱	۰/۲۱۹	PTSD ← نشخوار فکری
عدم معناداری	۰/۱۳۸	۱/۴۸	۰/۰۹۸	پریشانی ← نشخوار فکری
معنادار	< ۰/۰۰۱	۴/۰۵	۰/۲۵۷	بد تنظیمی هیجانی ← نشخوار فکری
معنادار	< ۰/۰۰۱	۶/۵۶	۰/۴۰۶	پریشانی ← بد تنظیمی هیجانی

مدل است. همان طور که در شکل ۲ قابل مشاهده است مقدار R2 برای سازه PTSD ۰/۳۶۲ به دست آمد که نشان از وضعیت متوسط رو به قوی و مطلوب پیش بینی در این سازه مهم است. همچنین برای پریشانی ۰/۱۹۴ به دست آمد که ناشی از وضعیت متوسط رو به پایین پیش بینی در این سازه است؛ و برای سازه بد تنظیمی هیجانی نیز وضعیت پیش بینی ضعیف گزارش شد.

بررسی نقش میانجی بد تنظیمی هیجانی

جهت بررسی نقش میانجی بد تنظیمی هیجانی در تأثیر نشخوار فکری بر PTSD از روش Bootstrapping استفاده شد. در تأثیر مستقیم نشخوار فکری بر PTSD ($P < 0/001$)؛ به دست آمد سپس در مرحله بعد بد تنظیمی هیجانی به عنوان متغیر میانجی به مدل اضافه شد که نتایج هم چنان معنادار بود ($P < 0/001$)؛ مقدار β کاهش نشان داد. از این رو می توان چنین عنوان کرد که در تأثیر نشخوار فکری بر PTSD در بیماران مبتلا به سرطان پستان بد تنظیمی هیجانی نقش میانجی جزئی ایفا می کند.

بدین سان پیرو یافته های به دست آمده در تأثیر مستقیم نشخوار فکری بر پریشانی ($P < 0/01$)؛ $T = 2/98$ ؛ $\beta = 0/200$) به دست آمد. سپس بد تنظیمی هیجانی به عنوان

با استناد به نتایج گزارش شده جدول ۴ و شکل های ۲ و ۳ فرضیه نخست پژوهش مبنی بر تأثیر نشخوار فکری بر PTSD ($P < 0/01$)؛ $T = 3/31$ ؛ $\beta = 0/219$) در سطح احتمال ۹۹ درصد معنادار، شدت تأثیر ۰/۲۱۹ و جهت آن مثبت یا مستقیم است. فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر نشخوار فکری بر PTSD ($P = 0/138$)؛ $T = 1/48$ ؛ $\beta = 0/098$) با توجه به مقدار p که بزرگتر از ۰/۰۵ است رد می شود. فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تأثیر نشخوار فکری بر بد تنظیمی هیجانی ($P < 0/001$)؛ $T = 4/05$ ؛ $\beta = 0/257$) در سطح احتمال ۹۹ درصد، شدت تأثیر آن ۰/۲۵۷ و جهت آن مثبت و مستقیم است. بدین سان فرضیه چهارم پژوهش مبنی بر تأثیر بد تنظیمی هیجانی بر پریشانی ($P < 0/001$)؛ $T = 6/56$ ؛ $\beta = 0/406$) در سطح احتمال ۹۹ درصد، شدت تأثیر آن ۰/۴۰۶ و جهت آن مثبت و مستقیم است.

دومین معیار بررسی مدل ساختاری، ضریب تعیین (R^2) مربوط به متغیرهای مکنون درون زا (وابسته) در مدل است که نشان دهنده تأثیر یک متغیر برون زا بر یک متغیر درون زا است که سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان نقطه برش برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی ضریب تعیین در نظر گرفته می شوند. هر چه ضریب تعیین مربوط به سازه های درون زای یک مدل بیشتر باشد، نشان از برآزش بهتر

افراد شود. همچنین در این مدل بر نقش پردازش شناختی به‌عنوان تفسیر تجربه و علائم تجربه مجدد و فلاش‌بک‌ها در قالب ارزیابی اشاره شده است. از این رو تهدید مداوم و نحوه ارزیابی و نگرش بیماران از این تهدید منجر به تداوم و مزمن شدن نشانگان استرس پس از سانحه در بیماران مبتلابه سرطان پستان شده و این نگرانی و چالش مداوم بر شاخص‌های سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها اثرات مخربی در پی دارد که می‌تواند تأثیرات درمان‌های پزشکی را تحت تأثیر قرار داده و منجر به دور باطل شکست در درمان و مشکلات شناختی و روان‌شناختی در این بیماران شود (۲۱). از این رو، با استفاده از مداخله‌های روان‌درمانی می‌توان ضمن افزایش تاب‌آوری و سازش‌پذیری در این بیماران، راهبردهای تنظیم هیجانی به منظور تغییر تمرکز از نشخوار فکری بر راهبردهای مثبت و بدون آسیب در برنامه‌های آموزشی این بیماران قرار داد تا در بیمارستانها و کلینیک‌های روان‌درمانی توسط تیم سلامت روان، متخصصین و پرستاران بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گیرد.

افزون بر این در چارچوب مدل مفهومی پژوهش حاضر، ضریب رگرسیونی استاندارد مدل مفروض تأثیر نشخوار فکری بر پریشانی مرتبط با سرطان را معنادار و جهت آن را مستقیم گزارش کرد. یافته به دست آمده از پژوهش ما با نتایج مطالعه Renna و همکاران (۱۴)، و Oh & Cho (۴۱) همسو است. بر اساس مدل پردازش هیجانی پس از تروما هوریتز (۳۴)، تا زمانی که تجربیات آسیب‌زا (در این مطالعه تشخیص سرطان پستان) از نظر روانی جذب نشوند، فرد بین تجربه افکار و احساسات مزاحم در یک‌لحظه و راهبردهای اجتنابی در لحظه بعدی به تناوب تغییر می‌کند. نشخوار فکری با پریشانی مرتبط با سرطان در ارتباط است و این مساله عملکرد جسمانی، سلامت خودارزیابی و علائم جسمانی بیماران را تحت تأثیر قرار خواهد داد. این یافته‌ها با مدل خودتنظیمی رفتار بیماری همسو است، که در آن تنظیم ضعیف، که در این مطالعه به‌عنوان نرخ بالای نشخوار فکری مشخص می‌شود، پریشانی را افزایش می‌دهد. اضطراب و افسردگی به ترتیب می‌توانند نگرانی و نشخوار فکری را برانگیزند (۱۴) و ناراحتی بیشتر مرتبط با سرطان، افسردگی و اضطراب را قبل و در حین تشخیص و درمان افزایش می‌دهد (۴۲). بنابراین پریشانی مرتبط با سرطان به‌عنوان یک پیامد پایین‌دستی فرآیندهای مداوم و همبستگی سلامت روان مرتبط با آن‌ها عمل می‌کند.

متغیر میانجی به مدل اضافه شد که نتایج معنادار نبود ($\beta=0/095; T=1/46; P=0/146$). با توجه به این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که در تأثیر نشخوار فکری بر پریشانی در مدل مفهومی مطالعه حاضر بد تنظیمی هیجانی نقش میانجی کامل ایفا می‌کند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی بد تنظیمی هیجانی در تأثیر نشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی مرتبط با سرطان در بیماران مبتلابه سرطان پستان انجام شد. در چارچوب مدل مفهومی معرفی شده در این مطالعه، ضریب رگرسیونی استاندارد مدل مفروض تأثیر نشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه را معنادار و جهت آن را مستقیم گزارش کرد. یافته به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج مطالعه‌های Wisco و همکاران (۳۸) و مشیرپناهی و همکاران (۱۰) همسو است. نشخوار فکری، یا فکر کردن مکرر در مورد پریشانی خود، یک عامل خطر جدی برای استرس پس از سانحه است. نظریه‌های کنونی چنین نشان می‌دهند که نشخوار فکری سرراست با افزایش واکنش‌های منفی به نشانه‌های تروما (مانند تشدید علائم) تشدید نشانگان استرس پس از سانحه، یا اجتناب شناختی منجر می‌شود (۳۸). شواهد پژوهشی مقطعی نشان می‌دهد که نشخوار فکری ارتباط بین مشکلات در تنظیم هیجان و علائم PTSD را تشدید می‌کند (۳۹) و نتایج حاصل از مطالعات آزمایشی حاکی از آن است که درمان PTSD تمایل به نشخوار فکری در مورد تروما را کاهش می‌دهد (۴۰). در تبیین این یافته بر اساس مدل شناختی اهلرز و کلارک (۲۱) می‌توان به تأثیر و نقش نشخوار فکری در ایجاد و ماندگاری نشانگان استرس پس از سانحه در بیماران مبتلابه سرطان پستان پرداخت. قلب این مدل مفهوم تهدید در زمان حال است. بر اساس این مدل الگوی حفظ نشانگان استرس در بیماران مبتلابه سرطان که به‌نوعی دچار یک حادثه تروماتیک شده‌اند اهمیت شناخت در وجود تهدید در زمان حال است که این مساله مدام ذهن بیماران را در باتلاق‌های روانی و دام‌های تنیده در گذشته گرفتار می‌کند و منجر به حالت دائمی تهدید در زمان اکنون و اضطراب نسبت به آینده خواهد شد. آنچه در این مدل، بر آن تأکید شده است این مساله است که ارزیابی تهدید می‌تواند منجر به رشد و تداوم نشانگان استرس پس از سانحه در

هنگامی که با پریشانی مرتبط با سرطان همراه شود، بار نگرانی و نشخوار فکری می تواند سلامت هیجانی و جسمی ضعیف را ارتقا دهد.

تجربه پیامدهای مثبت و منفی سرطان مستلزم توجه ویژه از دیدگاه روان درمانی است. با دریافت تشخیص سرطان، بیماران با مرگومیر مواجه می شوند - احساس مصونیت آن ها به طور ناگهانی از بین می رود - و کل سیستم حمایتی و سلامت روان آن ها آسیب پذیر می شود. این ها، همراه با کمبود اطلاعات در مورد بیماری، می تواند منجر به تغییرات منفی در حالت هوشیاری شود که با کنار گذاشتن کنترل و تقویت هیجان های منفی مشخص می شود. فرآیندهای استرس پس از سانحه در سرطان و همچنین در موقعیت های شدید دیگر، مبنای مشترکی دارند: تهدید به تمامیت جسمانی یا روانی (هویت). شدت بیماری ارتباط واضحی با رشد پس از سانحه نشان نمی دهد، با این حال، رابطه بین استرس و رشد در ادراک ذهنی بالای تهدید و آسیب پذیری آغاز می شود که افزون بر واکنش هیجانی شدید به شدت رویداد، ارتباط محدودی با استرس و رشد در بیماران سرطانی دارد. درجه تهدید و چالش برای هویت پیشین فرد (باورهای اساسی در مورد خود، دیگران و جهان) می تواند بر پاسخ های بعدی استرس در جستجوی تعادل و سازگاری جدید پس از بیماری تأثیر بگذارد (۱۴).

با توجه به اهمیت نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی در روند درمان بیماران مبتلابه سرطان پستان توسعه و ترویج استفاده از مداخله های روان شناختی متمرکز بر کاهش و کنترل استرس، به ویژه برای بیمارانی که سطوح بالاتر استرس را تجربه و گزارش می کنند به شدت می تواند مؤثر و کارآمد باشد. پیشنهاد ما این است که این مداخله های روان شناختی را به موقع و بهنگام و با در نظر گرفتن منابع متغیر کاهش استرس در طول فرآیند سرطان بتوانیم به کار ببریم. به طور ویژه، در مراحل ابتدایی تشخیص بیماری و نخستین مراحل درمان سرطان - لازم است روان درمانی بر کاهش استرس از طریق درمان های روانی آموزشی دستوری و تنظیم هیجانی متمرکز شود. یافته های به دست آمده از مطالعه ما چندین پیامد مهم دارند. تشخیص زودهنگام و پیشرفت های درمانی در سرطان پستان بقا را افزایش خواهد داد. در نتیجه، کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت روانی و جسمی نجات یافتگان از سرطان پستان یک نکته و اصل مهم است. با شناسایی آن دسته از زنانی که پریشانی مرتبط

با سرطان در آن ها تشدید شده است، پزشکان و پرستاران ممکن است بتوانند بهتر در این نشانگان مداخله کنند و پس از آن بار روانی و جسمی مرتبط با درمان سرطان و بقا را کاهش دهند. در اوایل مسیر سرطان، نشخوار فکری می تواند منجر به پریشانی روانی شود که به نوبه خود می تواند علائم جسمانی را در طول درمان و زمان بقا تشدید کند. پژوهش های آینده باید به کشف راه هایی به منظور ارزیابی و مداخله در مورد نشخوار فکری در بین بیماران سرطان پستان با هدف کاهش بار روانی و فیزیکی تشخیص و درمان سرطان ادامه دهند.

نتیجه گیری

در مجموع از نتایج به دست آمده می توان چنین نتیجه گیری کرد که اثر پیش بینی کننده نشخوار فکری بر نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی در بیماران مبتلابه سرطان پستان با افزایش سطح بد تنظیمی هیجانی به طور معنی داری تشدید خواهد شد. تنظیم هیجان در بیماران مبتلابه سرطان پستان می تواند به منظور مدیریت مشکلات روان شناختی ناشی از سرطان یک عامل محافظ کننده باشد که باید مورد توجه جدی متخصصین و صاحب نظران حوزه سرطان و توان بخشی این گروه از بیماران قرار گیرد. یافته های پژوهش حاضر باید در کنار برخی محدودیتها مورد توجه قرار گیرد. با توجه به ساختار روش مطالعه حاضر داده های این مطالعه به صورت مقطعی به دست آمد و از آنجاکه نشخوار فکری، نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی مرتبط با سرطان با توجه به مرحله پیشرفت سرطان و سن بیماران ماهیت تغییر پذیری دارند و نظر به این که در این مطالعه تنها در یک مقطع زمانی کوتاه ارزیابی شدند از این رو این مساله توانایی ما را برای نتیجه گیری در مورد مسیر و روابط علی بین متغیرها محدود خواهد کرد. بدین سان، این مطالعه بر اساس داده های خود گزارشی است که این مساله بحث سوگیری بالقوه نتایج خود گزارشی را مطرح می کند. جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر تنها شامل نجات یافتگان از سرطان پستان بود؛ بنابراین، نتایج ما ممکن است به سایر گروه های تشخیصی یا جمعیتی سرطان قابل تعمیم نباشد. بیشتر شرکت کنندگان در این مطالعه حداقل یک سال از تشخیص بیماری سرطان آن ها گذشته بود، بنابراین یافته های ما ممکن است در مورد کسانی که اخیراً به سرطان مبتلا

مورد بررسی قرار دهند؛ بنابراین، تیم مراقبت بالینی باید به بیماران مبتلابه سرطان پستان کمک کنند تا روش‌های مقابله‌ای مناسب را جهت مواجهه با استرس و پریشانی مرتبط با سرطان انتخاب و آن‌ها را در زندگی روزمره به منظور ارتقا و بهبود توانایی‌های جسمی و روانی خود به کار گیرند.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از تز دکتری نویسنده نخست پژوهش در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه خوارزمی است؛ از این‌رو وظیفه خود می‌دانیم که از حضور گرم و همکاری صمیمانه تمامی بیماران مبتلابه سرطان پستان شرکت‌کننده نهایت سپاس و قدردانی را به عمل می‌آوریم.

تضاد منافع

در راه گردآوری یافته‌ها و نوشتن مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نشد.

References

1. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*. 2021;127(16):3029-30. <https://doi.org/10.1002/cncr.33587>
2. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(1):17-48. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):2.49-09 <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
4. Alizadeh M, Ghajazadeh M, Piri R, Mirza-Aghazadeh-Attari M, Mohammadi S, Naghavi-Behzad M. Age at Diagnosis of Breast Cancer in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian journal of public health*. 2021;50(8):1564-76. <https://doi.org/10.18502/ijph.v50i8.6802>
5. Abedi G, Janbabai G, Moosazadeh M, Farshidi F, Amiri M, Khosravi A. Survival Rate of

شده‌اند صدق نکند.

شواهد پژوهشی در حوزه سرطان چین نشان می‌دهد که سن بیماران، مرحله سرطان، نوع سرطان و زمان سپری‌شده از تشخیص نیز با نشانگان PTSD ارتباط نزدیکی دارد. از آنجاکه ممکن است این عوامل بر نتایج به دست آمده تأثیرگذار باشند، از این‌رو پژوهشگران در مطالعات آتی می‌توانند گروه‌های همگن‌تری از بیماران مبتلابه سرطان پستان را جهت بررسی روابط بین متغیرهای مورد بررسی در مدل مفهومی پژوهش حاضر انتخاب و مورد بررسی قرار دهند.

پزشکان، پرستارانی و روان‌شناسانی که در ارزیابی و درمان بیماران و نجات‌یافتگان از سرطان همکاری می‌کنند باید از این روابط احتمالی بین آسیب‌های شناختی ناشی از سرطان با نشانگان استرس پس از سانحه و پریشانی آگاه باشند و درک کنند که هر موقعیتی منحصر به فرد است. از یک‌سو، به دلیل اینکه مراحل مختلف سرطان دارای درجات متنوع پریشانی و مشکلات روانی متفاوتی است، تیم پزشکی بالینی باید PTSD را با توجه به مراحل مختلف سرطان

- Breast Cancer in Iran: A Meta-Analysis. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2016;17(10):4615-21.
6. Haghghat S, Omidi Z, Ghanbari-Motlagh A. Trend of Breast Cancer Incidence in Iran During A Fifteen-Year Interval According To National Cancer Registry Reports. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2022;15(2):4-17. <https://doi.org/10.30699/ijbd.15.2.4>
7. Zolfa R, Moradi A, Mahdavi M, Parhoon H, Parhoon K, Jobson L. Feasibility and acceptability of written exposure therapy in addressing posttraumatic stress disorder in Iranian patients with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2023;32(1):68-76. <https://doi.org/10.1002/pon.6037>
8. Ogińska-Bulik N, Michalska P. The Relationship Between Emotional Processing Deficits and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Breast Cancer Patients: The Mediating Role of Rumination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2020;27(1):11-21. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09606-6>
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. edn t, editor. Washington, DC2013.

- <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
10. MoshirPanahi S, Moradi AR, Ghaderi B, McEwen C, Jobson L. Predictors of positive and negative post-traumatic psychological outcomes in a sample of Iranian cancer survivors. *British journal of health psychology*. 2020;25(3):390-404. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12412>
 11. Marziliano A, Tuman M, Moyer A. The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*. 2020;29(4):604-16. <https://doi.org/10.1002/pon.5314>
 12. Moschopoulou E, Hutchison I, Bhui K, Korszun A. Post-traumatic stress in head and neck cancer survivors and their partners. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2018;26(9):3003-11. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4146-9>
 13. Renna ME. A review and novel theoretical model of how negative emotions influence inflammation: The critical role of emotion regulation. *Brain, behavior, & immunity - health*. 2021;18:100397. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2021.100397>
 14. Renna ME, Rosie ShROUT M, Madison AA, Lustberg M, Povoski SP, Agnese DM, et al. Worry and rumination in breast cancer patients: perseveration worsens self-rated health. *Journal of behavioral medicine*. 2021;44(2):253-9. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00192-9>
 15. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. *Journal of the National Cancer Institute*. 2018;110(12):1311-27. <https://doi.org/10.1093/jnci/djy177>
 16. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of behavioral medicine*. 2016;39(6):935-46. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
 17. O'Connor M, Christensen S, Jensen AB, Møller S, Zachariae R. How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British journal of cancer*. 2011;104(3):419-26. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6606073>
 18. Jim HS, Andrykowski MA, Munster PN, Jacobsen PB. Physical symptoms/side effects during breast cancer treatment predict posttreatment distress. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2007;34(2):200-8. <https://doi.org/10.1007/BF02872674>
 19. Xu W, Feng C, Tang W, Yang Y. Rumination, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, and Posttraumatic Growth Among Wenchuan Earthquake Adult Survivors: A Developmental Perspective. *Frontiers in public health*. 2021;9:764127. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.764127>
 20. Michael T, Halligan SL, Clark DM, Ehlers A. Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and anxiety*. 2007;24(5):307-17. <https://doi.org/10.1002/da.20228>
 21. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*. 2000;38(4):319-45. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
 22. Razik S, Ehring T, Emmelkamp PM. Psychological consequences of terrorist attacks: prevalence and predictors of mental health problems in Pakistani emergency responders. *Psychiatry research*. 2013;207(1-2):80-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.031>
 23. Ehring T, Ehlers A. Does rumination mediate the relationship between emotion regulation ability and posttraumatic stress disorder? *European journal of psychotraumatology*. 2014;5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23547>
 24. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2017;57:141-163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
 25. Parhoon K, Aita SL, Mohammadi A, Roth RM. Do executive functions differentiate Iranian children with attention-deficit/hyperactivity disorder with and without comorbid obesity? *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2023. <https://doi.org/10.1093/arclin/acad053>
 26. Merckaert I, Waroquier P, Caillier M, Verkaeren O, Righes S, Liénard A, et al. Improving

- emotion regulation in breast cancer patients in the early survivorship period: Efficacy of a brief ecologically boosted group intervention. *Psycho-Oncology*. 2023;32(4):597-609. <https://doi.org/10.1002/pon.6105>
27. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2005;23(26):6440-1. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.02.3259>
 28. Conley CC, Bishop BT, Andersen BL. Emotions and Emotion Regulation in Breast Cancer Survivorship. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2016;4(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare4030056>
 29. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress*. 2015;28(6):489-98. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
 30. Varmaghani H, Fathi ashtiani A, Poursharifi H. Psychometric Properties of the Persian Version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Journal of Applied Psychological Research*. 2018;9(3):131-42.
 31. Nolen-Hoeksema S, J. M. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*. 1991;61(1):115-21. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
 32. Luminet O. Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. 2008. p. 185-215. <https://doi.org/10.1002/9780470713853.ch10>
 33. Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2010;011(1):-.
 34. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*. 1979;41(3):209-18. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>
 35. Creamer M, Bell R, Failla S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behaviour research and therapy*. 2003;41(12):1489-96. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.010>
 36. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, Hedman E, Sahlin H, Lundh LG, et al. Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2016;38(2):284-96. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x>
 37. Shahabi M, Hasani J, Bjureberg J. Psychometric Properties of the Brief Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (The DERS-16). *Assessment for Effective Intervention*. 2020;45(2):135-43. <https://doi.org/10.1177/1534508418800210>
 38. Wisco BE, Vrshek-Schallhorn S, May CL, Campbell AA, Nomamiukor FO, Pugach CP. Effects of trauma-focused rumination among trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder: An experiment. *Journal of traumatic stress*, 2023;36(2), 285-298. <https://doi.org/10.1002/jts.22905>
 39. Pugach CP, Campbell AA, Wisco BE. Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): Rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity. *Journal of Clinical Psychology*. 2020; 76 (3), 508-525. <https://doi.org/10.1002/jclp.22879>
 40. Schumm H, Krüger-Gottschalk A, Dyer A, Pittig A, Cludius B, Takano K, et al. Mechanisms of Change in Trauma-Focused Treatment for PTSD: The Role of Rumination. *Behaviour research and therapy*. 2022;148:104009. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.104009>
 41. Oh PJ, Cho JR. Changes in Fatigue, Psychological Distress, and Quality of Life After Chemotherapy in Women with Breast Cancer: A Prospective Study. *Cancer nursing*. 2020;43(1):E54-e60. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000689>
 42. Siglen E, Bjorvatn C, Engebretsen LF, Berglund G, Natvig GK. The influence of cancer-related distress and sense of coherence on anxiety and depression in patients with hereditary cancer: a study of patients' sense of coherence 6 months after genetic counseling. *Journal of genetic counseling*. 2007;16(5):607-15. <https://doi.org/10.1007/s10897-007-9095-2>