

April-May 2023, Volume 18, Issue 1

The Comparative of Written Exposure Therapy (WET) Vs Mindfulness on Mental Adjustment and Quality of Life in Women with Breast Cancer

Marzieh Shalikari¹, Bahram Mirzaian^{2*}, Ghodratollah Abbasi³

1- Ph.D. Student in General Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Corresponding author: Bahram Mirzaian, Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: bahrammirzaian@gmail.com

Received: 26 Feb 2023

Accepted: 8 April 2023

Abstract

Introduction: Many breast cancer patients experience significant distress immediately following the completion of primary treatment. Women who report low levels of quality of life (QOL) early in this phase of transitional survivorship tend to experience diminished long-term adjustment. Therefore, the present study aims were to compare the effect of written exposure therapy and mindfulness on mental adjustment and quality of life, in women with Breast cancer.

Methods: Sixty females with breast cancer referred to the Shahid Rajaei Hospital in Babolsar, Iran were randomly assigned to one of the three WET (n = 20), MBSR (n = 20) or control (n = 20) groups. WET is a 5-session low-intensity exposure-based intervention for treating PTSD. MBSR is a systematic educational program during an 8-week period. The control group had no additional contact. measures assessing mental adjustment, quality of life were administered at baseline, post-intervention, and 2-month follow-up.

Results: Both the WET and MBSR groups achieved significant improvement in mental adjustment to cancer and quality of life, with statistically significant differences between groups. However, no differences between the WET and MBSR groups were observed in the mental adjustment to cancer and quality of Life.

Conclusions: WET and MBSR may be a useful intervention for use women with breast cancer with poor quality of life and mental adjustment to cancer and may be an important adjunct to medical and pharmacological treatments. This study indicates further research in this area is warranted.

Keywords: Breast Cancer, Mindfulness Based Stress Reduction, Mental Adjustment to Cancer, Quality of Life, Written Exposure Therapy.

مقایسه مواجهه سازی نوشتاری و ذهن آگاهی بر سازگاری و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

مرضیه شالیکاری^۱، بهرام میرزائیان^{۲*}، قدرت الله عباسی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۳- دانشیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

نویسنده مسئول: بهرام میرزائیان، استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
ایمیل: bahrammirzaian@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۷

چکیده

مقدمه: بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان پستان بلافاصله پس از اتمام درمان اولیه، ناراحتی قابل توجهی را تجربه می کنند. زنانی که سطوح پایین کیفیت زندگی را در اوایل این مرحله از بقای انتقالی گزارش می کنند، معمولاً کاهش سازگاری طولانی مدت دارند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه مواجهه سازی نوشتاری و ذهن آگاهی بر سازگاری و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار: در قالب یک طرح آزمایشی چند گروهی با پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری از بین زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز پزشکی و پرتودرمانی شهید رجایی بابلسر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۶۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل گمارش شدند. گروه مواجهه سازی نوشتاری در ۵ جلسه و گروه ذهن آگاهی در ۸ جلسه مداخله های مربوط به گروه خود را دریافت کردند. مقیاس سازگاری با سرطان - فرم کوتاه (mini-Mac) و پرسش نامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی (QOL-C30) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه برای سه گروه اجرا و یافته های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قادر به تفاوت معناداری بین نمرات شرکت کنندگان گروه های آزمایش و کنترل در سازگاری با سرطان و کیفیت زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است. به طوری که نتایج به دست آمده حاکی از عملکرد بهتر گروه های آزمایش در متغیرهای مورد نظر در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل بود. همچنین نتایج به دست آمده از تحلیل تعقیبی تفاوت معناداری بین تأثیرگذاری مداخله مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سازگاری با سرطان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داد.

نتیجه گیری: WET و MBSR می تواند مداخله های مؤثری به منظور ارتقاء سازگاری با سرطان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان باشند و یک مکمل مهم برای درمان های پزشکی و دارویی به حساب آیند. این مطالعه نشان داد که پژوهش های بیشتر در این زمینه ضروری است.

کلیدواژه ها: درمان مواجهه سازی نوشتاری، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، سازگاری با سرطان، کیفیت زندگی، سرطان پستان.

سرطان یک مشکل عمده بهداشت عمومی در سراسر جهان است. در میان انواع سرطان، سرطان پستان نه تنها در تعداد زنان مبتلابه سرطان پیشتاز است، بلکه از سرطان ریه نیز به عنوان شایع ترین سرطان پیشی گرفته است؛ به عبارت دیگر، ۱ مورد از هر ۵ مورد تشخیص جدید سرطان در زنان مربوط به سرطان پستان است (۱). خوشبختانه با افزایش آگاهی بهداشت عمومی، تشخیص زودهنگام از طریق ماموگرافی و بهبود درمان، میزان مرگومیر زنان مبتلابه سرطان پستان امروزه در مقایسه با سال های پیشین، ۴۲٪ کاهش یافته است و میزان بقای نسبی ۵ ساله برای زنان مبتلابه سرطان پستان به ۹۰٪ رسیده که در نتیجه تعداد زیادی از سرطان پستان جان سالم به در برده اند (۲).

مقابله و سازگاری ذهنی، گسترده ترین مفاهیم مورد مطالعه در شناسایی جنبه های روانی-اجتماعی سرطان هستند (۳). مقابله با بیماری های مزمن مانند سرطان پستان می تواند سازگار، ناسازگار یا شامل هر دو باشد، زیرا شواهد نشان می دهد که بیماران مبتلابه سرطان پستان به هر دو راهبرد مقابله ای تکیه می کنند (۴، ۵). راهبردهای مقابله سازگانه با نتایج بهتر سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی مرتبط هستند، در حالی که راهبردهای مقابله ناسازگانه به طور قابل توجهی با پیامدهای سلامت روان ضعیف و کاهش کیفیت زندگی مرتبط هستند (۶). وقتی بیماران بتوانند به سازگاری با سرطان برسند، یعنی این که در دام افکار منفی و نشخوار فکری ناشی از تشخیص و درد و رنج روان شناختی ناشی از سرطان خود را رها کرده و ضمن پذیرش فعال بیماری از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجانی استفاده می کنند. پیامد این مساله این است که با به کارگیری راهبردهای مقابله ای حل مساله محور و رعایت رفتارهای خود مراقبتی ضمن پیروی از دستورات درمانی سطح اضطراب و تنش ناشی از بیماری و درمان آن را به طور قابل توجهی کاهش یافته و در تعادل روحی و ذهنی می تواند نسبت به آینده و درمان های موجود خوش بین بوده و خود را از استرس پس از ترومای سرطان نجات دهد (۷).

با افزایش طول عمر بیشتر بیماران مبتلابه سرطان، مفهوم کیفیت زندگی در درک زنده ماندن از سرطان و در روند درمان این بیماران نقش حیاتی دارد (۸). با توجه به شواهد در دسترس تأثیر سرطان بر زندگی نجات یافتگان به پایان دوره اولیه درمان ختم نمی شود، بلکه به صورت بالقوه تمامی جنبه های زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار خواهد داد (۹). سرطان پستان تأثیرات روانی و استرس زیادی

ایجاد می کند؛ زیرا یک رویداد تهدید کننده زندگی است، منجر به مشکلات تصویر بدن ناشی از روش های جراحی مانند ماستکتومی می شود، درمان اولیه (شامل جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی و درمان هورمونی غدد درون ریز)، پیچیده و طولانی هستند، ویزیت ها در بیمارستان مکرر است و زمان انتظار بیمارستان سخت و زمان بر است (۱۰). ناگزیر، مراجعه به بیمارستان جهت انجام شیمی درمانی، رادیوتراپی و جراحی بر سلامت جسم و روان بیماران تأثیرگذار است. فعالیت های اجتماعی مانند کار، مراقبت از فرزندان، اوقات فراغت و زندگی روزمره مختل می شوند که این مساله به استرس بیشتر منجر شده و در ادامه منجر به کاهش کیفیت زندگی (QoL)، بیماران می شود. افزون بر این، بیماران اثرات نامطلوبی از روش های درمانی فوق را تجربه و به دنبال آن استرس بیشتری خواهند داشت (۱۱).

عوامل مختلفی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان تأثیرگذار است. این عوامل شامل وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، چالش های روانی اجتماعی و وضعیت مالی بیماران و خانواده های آنها است (۱۲). سایر عواملی که به کاهش توانایی در هنگام مقابله با رویدادهای استرس زا کمک می کنند و باعث بدتر شدن کیفیت زندگی می شوند شامل دوره طولانی مدت درمان، عدم اطمینان در مورد پیشرفت بیماری و مشکلات جسمانی و روانی اجتماعی گزارش شده توسط بیماران مبتلابه سرطان پستان است (۱۳). در این راستا، تأکید گزارش های پیشین بر این مهم است که بیماران مبتلابه سرطان پستان با استفاده از راهبردهای مقابله ای هیجانی غیر مؤثر، پریشانی مرتبط با بیماری بیشتری داشته و سازگاری ضعیفی با درمان خود نشان دادند (۱۴، ۱۵). همچنین بار اقتصادی درمان سرطان پستان، از دست دادن شغل و نداشتن درآمد کافی اثرات مخربی بر شاخص های کیفیت زندگی این بیماران دارد (۱۶، ۱۷). در واقع تشخیص سرطان پستان پیامدهای جسمی، روانی و اقتصادی قابل توجهی را برای بیماران و خانواده های آنها در پی دارد که در نتیجه نیازمند تغییر مهم در سبک زندگی طبیعی فرد و حتی پویایی اعضای خانواده است (۱۸).

از آنجایی که زنان مهمترین اعضای خانواده هستند، از این رو، کیفیت زندگی آنها تضمین کننده بقای زندگی و انسجام ساختار خانوادگی آنها است. بر این اساس، شواهد نشان داده است که مشکلات روانی-اجتماعی می تواند شدت علائم جسمانی بیماری را دو برابر کند، بنابراین، برجسته کردن اهمیت کیفیت زندگی بیماران پس از تشخیص

سرطان پستان ضروری است؛ و بهبود آن را باید به عنوان یکی از اهداف کلیدی در روش درمان سرطان پستان ذکر کرد (۱۹). در این راستا Chen و همکاران (۲۰) نیز با مرور سیستماتیک مطالعات انجام شده در حوزه کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در آسیا نشان دادند که این بیماران به دلیل کاهش معنادر در عملکرد بدن خود و همچنین تجربیات ناخوشایند ناشی از علائم کیفیت زندگی نسبتاً پایینی را تجربه می کنند. بر اساس نتایج به دست آمده پژوهشگران چنین پیشنهاد کردند که مداخله به موقع، مناسب و هدفمند باید در رابطه با جنبه های جسمانی، روانی و اجتماعی زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شود تا عملکرد زندگی آنها بهبود، نشانگان بیماری کاهش و در مجموع شاخص های کیفیت زندگی در آنها ارتقاء یابد (۲۰). از این رو استفاده از مداخله های کارآمد جهت قطع این زنجیره معیوب و رسیدن بیماران به تسکین ذهنی و پذیرش فعال بیماری از ضرورت های نظری و عملی حوزه روان شناسی سرطان محسوب می شود.

با توجه به آنچه مطرح شد ارتقاء توانایی های روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان از اهمیت بالایی برخوردار است؛ بنابراین در کنار درمان های دارویی و پزشکی از قبیل جراحی، شیمی درمانی، پر تودرمانی و هورمون درمانی باید به درمان های روان شناختی هم توجه شود. بر اساس شواهد پژوهشی مداخله مواجهه سازی نوشتاری (WET) یک رویکرد درمانی مبتنی بر رویارویی کوتاه مدت است که به طور ویژه جهت مداخله در پیامدهای روان شناختی اختلال استرس پس از سانحه طراحی و مورد استفاده قرار می گیرد و شواهد پژوهشی از کارآمدی و تأثیر مثبت این مداخله در کاهش نشانگان استرس پس از سانحه در میان بازماندگان تروما خبر می دهد (۱۶). نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که نوشتن در مورد تروما از طریق کاهش نشخوار فکری منجر به کاهش شدت علائم می شود (۲۱).

Sloan و همکاران (۲۲) در مطالعه ای به مقایسه تأثیر درمان مواجهه سازی نوشتاری با درمان پردازش شناختی در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه پرداختند. نتایج به دست آمده حاکی از اثربخشی هر دو مداخله در جهت کاهش شدت نشانگان PTSD بود. از آنجاکه ابتلا به بیماری سرطان به عنوان یک رخداد تروماتیک محسوب می شود پروتکل مواجهه سازی نوشتاری توسط زلفی، مرادی و همکاران (۱۶) با توجه به ویژگی های فرهنگی و زبان شناختی ایران برای بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران مورد بررسی قرار دادند که نتایج حاکی از تأثیر قابل توجه

این مداخله در ارتقاء توانایی های روان شناختی و کاهش نشانگان استرس پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. همچنین احمدی، موسوی و همکاران (۲۳)، نیز اثربخشی درمان مواجهه سازی نوشتاری در کاهش نشانگان PTSD نوجوانان در معرض حمله تروریستی در افغانستان را مورد تأیید قرار دادند. افزون بر این، Li و همکاران (۲۴)، اثربخشی این درمان در کنار مراقبه ذهن آگاهانه در جهت کاهش نشانگان PTSD در بیماران مبتلا به PTSD را در چین نشان دادند. بدین سان، اسلون و همکاران (۲۵) در مطالعه ای درمان مواجهه سازی نوشتاری را با درمان پردازش شناختی در نمونه ای از مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، مقایسه کرده اند. یافته های این مطالعه نشان داد که درمان مواجهه سازی نوشتاری با وجود کاهش قابل توجه طول درمان با درمان پردازش شناختی به لحاظ کاهش نشانه های ناشی از تروما هم سطح است.

به طور خلاصه بیماران مبتلا به سرطان پستان، از یک سو با درد و رنج بیماری و درمان آن و پیامدهای جسمانی، شناختی و روان شناختی ناشی از بیماری دست به گریبان هستند و از سویی دیگر ارتباط با پرسنل درمانی و مشارکت در تصمیم گیری های دشوار و مبهم درمانی و همچنین مشکلات ارتباطی با نزدیکان و مراقبین با توجه به تغییر نقش اجتماعی شان، از نگرانی های عمده ایشان است. بر این اساس، اتخاذ رویکردی چندجانبه در مداخله های روان درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان دارای اهمیت است. بر اساس شواهد پژوهشی مورد بررسی مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی مانند درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) (۲۶، ۲۷)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) (۲۸، ۲۹) نتایجی مثبتی در مورد کاهش پریشانی یا افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان گزارش داده اند؛ هرچند بر مبنای شواهد ارائه شده این اثرات قابل توجه نیست. در میان مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی، MBSR با رویکردی چندجانبه، یک مداخله روان درمانی کوتاه مدت، جدید، نیمه ساختاریافته، انفرادی و بر پایه راهنمای گام به گام است که در جهت تسکین پریشانی روان شناختی و ارتقاء سطح بهزیستی روان شناختی و رشد در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن از جمله سرطان مورد استفاده قرار می گیرد (۲۷).

در این بین یکی از مداخله های روان شناختی کارآمد، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) است. MBSR یک برنامه ۸ هفته ای است که از مواد آموزشی فنون مراقبه مدیتیشن نشسته، پایش بدن، هاتا یوگای ملایم و مدیتیشن

بر سازگاری و کیفیت زندگی بیماران زن مبتلابه سرطان پستان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی چند گروهی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری انجام شد. در این پژوهش «مواجهه سازی نوشتاری» و «ذهن آگاهی» متغیرهای مستقل، سازگاری و کیفیت زندگی متغیرهای وابسته هستند. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلابه سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز پزشکی و پرتودرمانی شهید رجایی بابلسر در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بیماران دارای شرایط انتخاب شدند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار جی پاور (G*Power) استفاده شد. اندازه نمونه بر اساس مؤلفه‌های آلفای ($\alpha=0/05$)، توان آزمون آماری ($1-\beta=0/80$)، اندازه اثر به دست آمده بالاتر از $0/60$ ، تعداد گروه‌ها برابر با ۳ و تعداد اندازه‌گیری‌ها برابر با ۳ (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) است؛ ۶۰ نفر در سه گروه تعیین شد. سپس شرکت کنندگان به‌طور تصادفی و با استفاده از نرم‌افزار تولید توالی تصادفی در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارش شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر شامل، بیماران مبتلابه سرطان پستان که در مرحلهٔ مراحل I تا IIIA این بیماری قرار داشتند و بیش از یک سال از تشخیص بیماری آنها گذشته بود؛ سابقهٔ دریافت درمان‌های رایج برای سرطان پستان از جمله جراحی یا شیمی‌درمانی؛ دامنهٔ سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال؛ داشتن تحصیلات راهنمایی به بالاتر؛ حداقل دو ماه از آخرین جراحی، شیمی‌درمانی و رادیو درمانی آنها گذشته باشد. همچنین ملاک‌های خروج شامل وجود اختلال‌ها و ویژگی‌های حاد روان‌پزشکی با استفاده از غربال‌گری‌های روان‌شناختی مندرج در پرونده بیماران؛ مشکلات ارتباطی و زبانی که مانع شرکت در جلسات مداخله WET و MBSR بود؛ مشکلات هوشیاری یا عدم توانایی جهت شرکت در جلسات ارزیابی و مداخله؛ عدم تمهد به مداخله و شرکت در پیگیری؛ شرکت در یک برنامه روان‌درمانی موازی با طرح حاضر؛ غیبت بیش از دو جلسه در درمان و ابتلای هم‌زمان به سایر انواع سرطان بود. در شکل ۱ نحوه غربال‌گری و انتخاب شرکت‌کنندگان و گمارش آنها در گروه‌های مداخله و کنترل و ارزیابی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

پیاپی تشکیلی شده است (۳۰). افزون بر این نتایج به دست آمده از مطالعه Zeng و همکاران (۳۱) حاکی از آن بود که در بین درمان‌های غیر دارویی و پزشکی برای مشکلات شناختی و روان‌شناختی ناشی از سرطان MBSR و مراقبه از بالاترین کارایی و اثربخشی برخوردار است. نتایج مطالعه Gok Metin و همکاران (۱۳) حاکی از تأثیرات مثبت آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی و مدیتیشن ذهن آگاهی بر خستگی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان بود. نتایج مطالعه Witek Janusek و همکاران (۳۲) نیز اثربخشی MBSR در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان پستان را مورد تأیید قرار داد. همچنین مطالعه‌های Witek Janusek و همکاران (۳۲)، Lengacher و همکاران (۳۳)، Schell و همکاران (۳۴)، Wang، Wu، Li، Zhang (۳۵) و همکاران (۳۶) نیز در جهت تأیید اثربخشی مداخله MBSR در ارتقاء توانایی‌های شناختی و روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان پستان بود. در مجموع کاوش در مبانی نظری و پژوهشی موجود حاکی از آن است که استفاده از درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی از قبیل MBSR سودمندی‌هایی از جمله کاهش استرس و اضطراب، ارتقاء عوامل روان‌شناختی، افزایش کیفیت خواب، تغییر دیدگاه به زندگی و نگرش فرد، احساس شایستگی، قدرت فردی، احساس آرامش و تعادل بیماران مبتلابه سرطان پستان را در برداشته است (۳۷). به تازگی Zhang و همکاران (۲۶) در مرور سیستماتیک ۱۴ مطالعه با ۱۵۰۵ بیمار مبتلابه سرطان پستان چین نشان دادند که MBSR تأثیر معناداری بر کارکردهای روان‌شناختی، کارکردهای شناختی، خستگی، بهزیستی روان‌شناختی، استرس، پریشانی و ذهن آگاهی بیماران مبتلابه سرطان پستان دارد.

با توجه به مشکلات متعددی که بیماران مبتلابه سرطان ایران دارند و هزینه‌ها و بار روانی-اقتصادی درمان بیماری سرطان، توجه به مداخله‌های کم‌خطر و با سادگی اجرا می‌تواند ضمن پیشگیری از وخامت اوضاع بیماران به بهبود تأثیر درمان‌های پزشکی و دارویی برای بیماران مبتلابه سرطان منجر شود. از این رو با توجه به ماهیت وجودی مداخله WET و MBSR و نظر به مشکلات متعددی که بیماران مبتلابه سرطان پستان در ایران دارند ضرورت استفاده از چنین مداخله مؤثر و مبتنی بر شواهد پژوهشی، در جامعه بیماران سرطانی ایران انکارناپذیر است و می‌تواند به عنوان گزینه‌های درمانی مختصر، ارزان و کارآمد در اختیار تیم سلامت روان این بیماران قرار گیرد. از این رو مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر مداخله‌های WET و MBSR



شکل ۱. روند غربال شرکت‌کنندگان و انجام مداخله در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

ابزارها

مقیاس سازگاری با سرطان - فرم کوتاه (mini-Mac): این مقیاس خود گزارشی توسط Watson و همکاران (۳۸) طراحی شده، دارای ۲۹ گویه است و شرکت‌کنندگان در طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای از قطعاً در مورد من صدق می‌کند= ۱ تا قطعاً در مورد من صدق نمی‌کند= ۴ به آن پاسخ می‌دهند. این مقیاس دارای ۵ خرده مقیاس درماندگی - ناامیدی (۸ گویه)، تقدیرگرایی (۵ گویه)، روحیه مبارزه (۴ گویه)، اجتناب شناختی (۴ گویه) و دل‌مشغولی اضطرابی (۸ گویه) است. دامنه نمرات شرکت‌کنندگان در خرده مقیاس‌های درماندگی - ناامیدی و دل‌مشغولی اضطرابی بین ۸ تا ۳۲، تقدیرگرایی بین ۵ تا ۲۰ و روحیه مبارزه و اجتناب شناختی بین ۴ تا ۱۶ در نوسان است. همسانی درونی این مقیاس در نسخه اصلی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. در مطالعه پاتو، مرادی و همکاران (۳۹)، همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۵ به دست آمد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی (QOL-C30): این پرسش‌نامه متعلق به سازمان اروپایی پژوهش و درمان سرطان است (۴۰). یک ابزار کاربردی، ویژه سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان است که شامل اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی عمومی در زمینه ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی است. این ابزار دارای ۳۰ گویه و ۵ حیطه عملکردی (جسمانی، ایفای نقش،

شناختی، هیجانی و اجتماعی)، ۹ حیطه علائم (خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، یبوست، اسهال و مشکلات مالی) و یک حیطه وضعیت کلی سلامتی و کیفیت زندگی است. نمرات این ابزار بین ۰ تا ۱۰۰ است. در مورد حیطه‌های عملکردی و نمره کلی کیفیت زندگی نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر فرد در مورد آن حیطه خاص است؛ ولی در حیطه علائم، نمره بالاتر نشان‌دهنده بیشتر بودن علائم و مشکلات بیشتر بیمار و پایین بودن کیفیت زندگی است. همسانی درونی این مقیاس در ایران توسط صفایی و مقیمی دهکردی (۴۱) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ۵ حیطه عملکردی جسمی ($\alpha=0/76$)، ایفای نقش ($\alpha=0/77$)، شناختی ($\alpha=0/77$)، هیجانی ($\alpha=0/77$)، اجتماعی ($\alpha=0/73$) و برای کیفیت زندگی کلی ($\alpha=0/82$) گزارش شده است. در پژوهش حاضر همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای شاخص‌های جسمانی ($\alpha=0/87$)، ایفای نقش ($\alpha=0/67$)، شناختی ($\alpha=0/66$)، هیجانی ($\alpha=0/83$)، اجتماعی ($\alpha=0/66$) و برای کیفیت زندگی کلی ($\alpha=0/85$) به دست آمد.

روش کار

ابتدا به مرکز پزشکی و پرتودرمانی شهید رجایی بابلسر مراجعه و نسبت به شناسایی و اطمینان از همکاری بیماران مبتلابه سرطان پستان جهت شرکت در پژوهش حاضر اقدام شد. این پژوهش تحت نظارت کمیته اخلاق دانشگاه آزاد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1401.028 به ثبت رسیده است. فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش توسط تمامی بیماران تکمیل و به امضاء رسید. با رعایت اصول

مرضیه شایکاری و همکاران

کوتاه‌مدت ۵ جلسه‌ای مبتنی بر تروماست که در آن از افراد خواسته می‌شود با پیروی از شیوه‌نامه‌های کتبی درباره تجربه پس از سانحه خود بنویسند. جلسه نخست ۱ ساعت است و ۴ جلسه باقی‌مانده تقریباً ۴۵ دقیقه طول می‌کشد. در جلسه نخست، بیماران اطلاعات روانی آموزشی در مورد PTSD و منطق درمان دریافت می‌کنند. سپس به بیماران دستورات خاصی داده می‌شود تا در مورد آسیب خود به مدت ۳۰ دقیقه بنویسند. درمانگر پس از نوشتن به طور مختصر با بیمار ارتباط برقرار کرد تا مشخص کند که آیا در تکمیل نوشته با مشکل مواجه شده است یا خیر. همین روال نگارشی برای ۴ جلسه بعدی دنبال می‌شود (۲۵).

مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی

به گفته Kabat-Zinn «ذهن آگاهی» شکل خاصی از توجه به لحظه حال را نشان می‌دهد که با نگرش محبت‌آمیز، دلسوزانه و کنجکاوی و علاقه واقعی به تجربیات درونی مشخص می‌شود. در این مطالعه از ذهن رویکرد کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شد. بر اساس این ایده‌ها، Kabat-Zinn (۱۹۹۰) به درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را به عنوان یک مداخله گروهی ساختاریافته در ۸ جلسه برای بیماران با انواع شرایط بالینی مزمن ابداع کرد که در ادامه خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

اخلاقی از جمله احترام به اصل رازداری شرکت‌کنندگان؛ ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان؛ آزاد بودن شرکت‌کنندگان برای خروج از روند پژوهش در هر مرحله‌ای از طرح؛ شرکت‌کنندگان با روش تصادفی ساده و استفاده از قرعه‌کشی در سه گروه ۲۰ نفره گمارش شدند. گروه مداخله نخست ۵ جلسه مواجهه درمانی نوشتاری و گروه مداخله دوم ۸ جلسه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت گروهی یک جلسه در هفته و هر جلسه به مدت یک و نیم ساعت دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. برنامه مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر توسط دو متخصص بالینی با اشراف کامل به درمان‌های مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با استفاده از مباحث نظری و تمرینات عملی در یکی از کلینیک‌های روان‌درمانی بابلسر انجام شد. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی مواجهه درمانی نوشتاری بر اساس پروتکل (۴۲) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل Kabat-Zinn (۴۳) در ادامه گزارش شده است. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از آزمون‌های t ، دو، مستقل و تحلیل واریانس آمیخته در فضای نرم‌افزار SPSS 26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معناداری آزمون‌های آماری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد.

درمان مواجهه نوشتاری

درمان مواجهه سازی نوشتاری (WET): یک مداخله

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای برنامه مداخله
۱	برقراری ارتباط و آشنایی با اهداف درمان؛ معرفی برنامه MBSR و شرح اصول درمان، معرفی و تأکید چهار رکن اصلی مداخله یعنی همکاری، ارتباط، محرمانه بودن و پیروی از دستورات درمان؛ مشخص کردن جدول زمانی مداخله، ذهن آگاهی به‌عنوان راه زندگی، تمرینات خوردن ذهن آگاهانه، بازخورد و بحث در مورد تمرینات خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی، پایش بدن، بازخورد و بحث در مورد تمرینات پایش بدن.
۲	یوگا، بحث در مورد تعامل بین فعالیت‌های ذهن آگاهانه، آشنایی با تمرینات در منزل و پایش بدن، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه (عدم تعارض و جدل، ذهن آغازگر)، معرفی مدیتیشن نشسته، راهنمای مدیتیشن نشسته (۱۰ دقیقه)، بازخورد و بحث در مورد مدیتیشن نشسته.
۳	یوگا، مدیتیشن نشسته (۱۵ دقیقه)، تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی (آگاهانه دیدن و آگاهانه شنیدن) به مدت ۵ دقیقه، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه (قضاوتی نبودن و متانت)، تقسیم کردن ذهن آگاهانه، معرفی دیالوگ ذهن آگاهانه به‌عنوان یک تمرین، راهنمای مراقبه، پیاده‌روی و تنفس مبتنی بر ذهن آگاهی (فضای تنفس یک دقیقه‌ای).
۴	یوگا، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه (پذیرش فعال و رها کردن) پرداختن به احساسات و هیجانات مشکل‌ساز.
۵	یوگا، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، معرفی افکار و خاطرات مشکل‌آفرین، تمرینات تنفس (۳ دقیقه)
۶	یوگا، مراقبه نشسته، ذهن آگاهی افکار، تمرینات تنفس برای مدیریت خشم، ذهن آگاهی و ارتباطات، مراقبه در طبیعت.
۷	یوگا، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، آگاهی و شفقت، مراقبه.
۸	یوگا، مراقبه نشسته، جمع‌بندی مداخله، بحث درباره این که چگونه تمرینات ذهن آگاهی را به صورت عملی جهت تغییر و تحول در سبک زندگی خود مورد استفاده قرار دهند.

یافته ها

گزارش نشد (جدول ۲). در ادامه اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان و آزمون آماری جهت همگنی گروه‌ها در متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۲ گزارش شده است.

بر پایه یافته های جمعیت شناختی شرکت کنندگان سه گروه در متغیرهای سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات همگن بودند و تفاوت معناداری بین گروه ها

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در متغیرهای سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات به تفکیک گروه

متغیر	دسته بندی	گروه مواجهه سازی (% N)	گروه MBSR (% N)	گروه کنترل (% N)	آماره
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۴ (۲۰٪)	۱ (۵٪)	۲ (۱۰٪)	$F_{(2, 17)} = 0.02, P = 0.97$
	۳۰ تا ۴۰ سال	۴ (۲۰٪)	۶ (۳۰٪)	۸ (۴۰٪)	
	۴۰ تا ۵۰ سال	۱۲ (۶۰٪)	۱۳ (۶۵٪)	۱۰ (۵۰٪)	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۲ (۶۰٪)	۱۱ (۵۵٪)	۱۳ (۶۵٪)	$\chi^2 = 0.41, p = 0.82$
	مجرد	۸ (۴۰٪)	۹ (۴۵٪)	۷ (۳۵٪)	
	سیکل	۶ (۳۰٪)	۶ (۳۰٪)	۸ (۴۰٪)	
تحصیلات	دیپلم	۱۰ (۵۰٪)	۷ (۳۵٪)	۷ (۳۵٪)	$\chi^2 = 2.48, p = 0.87$
	کارشناسی	۳ (۱۵٪)	۵ (۲۵٪)	۵ (۲۵٪)	
	ارشد و بالاتر	۱ (۵٪)	۲ (۱۰٪)	۲ (۱۰٪)	

پس آزمون و پیگیری در جدول ۳ گزارش شده است.

در ادامه شاخص های توصیفی شرکت کنندگان در زیرمؤلفه های سازگاری با سرطان در پیش آزمون،

جدول ۳. شاخص های توصیفی زیرمؤلفه های سازگاری با سرطان به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
درماندگی - ناامیدی	WET	۲۰/۷۵	۴/۸۴	۱۱/۱۰	۱/۹۴	۱۰/۷۵	۲/۴۷
	MBER	۱۹/۸۵	۴/۹۵	۱۱/۳۵	۲/۶۶	۱۱/۳۵	۲/۵۸
	کنترل	۲۰/۶۰	۴/۸۹	۱۸/۷۵	۴/۳۹	۱۹/۳۵	۴/۳۸
دل مشغولی اضطرابی	WET	۲۱/۶۰	۴/۴۵	۱۱/۴۰	۱/۷۳	۱۰/۹۵	۲/۳۱
	MBER	۱۹/۱۰	۴/۵۰	۱۰/۷۰	۲/۳۹	۱۱/۱۵	۲/۴۳
	کنترل	۲۰/۸۵	۴/۹۷	۱۸/۹۵	۴/۴۵	۱۹/۶۵	۴/۱۲
روحیه مبارزه	WET	۶/۸۵	۱/۷۹	۱۴/۳۵	۱/۴۲	۱۳/۵۵	۱/۱۵
	MBER	۶/۶۰	۱/۷۳	۱۳/۰۰	۱/۳۴	۱۱/۷۵	۱/۲۵
	کنترل	۶/۷۵	۱/۷۷	۷/۵۰	۱/۷۵	۷/۳۰	۱/۴۶
اجتناب شناختی	WET	۱۱/۹۰	۲/۷۳	۵/۵۵	۱/۳۲	۵/۹۰	۱/۴۸
	MBER	۱۱/۹۰	۲/۳۱	۶/۵۵	۱/۷۹	۶/۷۵	۱/۸۶
	کنترل	۱۱/۸۵	۲/۱۳	۱۰/۹۵	۲/۱۱	۱۰/۱۵	۲/۲۵
تقدیرگرایی	WET	۱۱/۶۵	۲/۷۴	۷/۲۰	۲/۶۷	۷/۷۵	۲/۷۳
	MBER	۱۲/۲۰	۲/۰۷	۸/۸۵	۲/۱۱	۹/۰۰	۲/۴۷
	کنترل	۱۱/۸۵	۲/۱۳	۱۰/۹۵	۲/۱۲	۱۰/۱۰	۲/۲۵

مرضیه شایکاری و همکاران

اجتناب شناختی ($\chi^2 = 1/65, P = 0/11$)؛ و تقدیرگرایی ($\chi^2 = 6/49, df = 2, P = 0/09$) همچنین نتایج آزمون ام باکس برای متغیرهای درماندگی- ناامیدی ($F = 3/21, \text{Box's } M = 14/76, p = 0/09$)؛ دل مشغولی اضطرابی ($F = 3/36, \text{Box's } M = 13/73, p = 0/08$)؛ روحیه مبارزه ($F = 0/521, \text{Box's } M = 6/77, p = 0/90$)؛ اجتناب شناختی ($F = 1/60, \text{Box's } M = 20/81, p = 0/08$)؛ و تقدیرگرایی ($F = 1/30, \text{Box's } M = 16/91, p = 0/99$)؛ حاکمی از رعایت پیش فرض برابری ماتریس کواریانس ها در طی زمان در زیرمolfه های سازگاری با سرطان بود. در مجموع نتایج به دست آمده حاکمی از برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته ها بوده است. همچنین، نتایج آزمون چند متغیری، اثر پیلایبی نیز نشان داد که بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (زیر مؤلفه های سازگاری با سرطان) در بعد زمان ($F = 122/89, p < 0/001, \eta^2 = 0/98$)؛ و تعامل زمان و گروه ($F = 5/74, p < 0/001, \eta^2 = 0/64$) تفاوت معنی دار وجود دارد. بدین معنی که از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پس آزمون تا پیگیری در گروه های مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت های معنی داری وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت های بین گروه ها در زیرمolfه های سازگاری با سرطان در جدول ۴ گزارش شده است.

همان طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است بین میانگین زیرمolfه های سازگاری با سرطان در گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت های وجود دارد، اما اینکه این تفاوتها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه بر ما پوشیده است. از این رو جهت بررسی تغییرات ایجادشده، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس آمیخته مفروضه استقلال خطاها با توجه به گمارش تصادفی شرکت کنندگان به گروه ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ دهی انفرادی به آزمون ها رعایت شد. همچنین، پیش فرض نرمال بودن نمونه موردنظر در زیرمolfه های سازگاری با سرطان با استفاده از شاخص های کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو- ویلک مورد بررسی قرار گرفت ($p > 0/05$). مفروضه همگنی واریانس ها بر اساس نتایج آزمون لون برای متغیرهای درماندگی- ناامیدی ($F = 0/93, p = 0/069$)؛ دل مشغولی اضطرابی ($F = 0/082, p = 0/92$)؛ روحیه مبارزه ($F = 0/004, p = 0/99$)؛ اجتناب شناختی ($F = 0/449, p = 0/82$)؛ و تقدیرگرایی ($F = 1/81, p = 0/173$) رعایت شد. نتایج آزمون همگنی کواریانس کرویت موخلی برای متغیرهای درماندگی- ناامیدی ($P = 0/261$)، ($\chi^2 = 1/88, df = 2, P = 0/385$)؛ دل مشغولی اضطرابی ($\chi^2 = 2/39, df = 2, P = 0/178$)؛ روحیه مبارزه ($\chi^2 = 3/46, df = 2, P = 0/178$)؛

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت های درون - بین گروهی در سازگاری با سرطان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذورات
درماندگی - ناامیدی	زمان	1755/83	887/91	306/94	< 0/001	0/84
	زمان * گروه	531/43	132/86	46/45	< 0/001	0/62
	گروه	1155/63	577/82	14/94	< 0/001	0/35
دل مشغولی اضطرابی	زمان	1806/17	903/09	331/89	< 0/001	0/85
	زمان * گروه	574/96	143/74	52/83	< 0/001	0/65
	گروه	1314/44	657/22	18/76	< 0/001	0/40
روحیه مبارزه	زمان	829/88	414/94	473/98	< 0/001	0/89
	زمان * گروه	314/99	78/75	89/95	< 0/001	0/76
	گروه	626/31	313/16	57/63	< 0/001	0/67
اجتناب شناختی	زمان	719/88	359/94	259/37	< 0/001	0/82
	زمان * گروه	186/59	46/65	33/61	< 0/001	0/54
	گروه	345/88	172/94	17/76	< 0/001	0/39
تقدیرگرایی	زمان	340/31	170/16	105/96	< 0/001	0/65
	زمان * گروه	67/29	16/82	10/48	< 0/001	0/29
	گروه	134/74	67/37	4/88	0/01	0/15

نامیدی، دل‌مشغولی اضطرابی، اجتناب شناختی و تقدیرگرایی در پژوهش حاضر تفاوت معناداری گزارش نشد و اثربخشی دو مداخله مورد استفاده بر سازگاری با سرطان در بیماران مبتلابه سرطان پستان تا حدودی یکسان گزارش شد. افزون بر این در مقایسه دو به دو میانگین‌های گروه مداخله مواجهه سازی نوشتاری با گروه کنترل در متغیرهای درماندگی- ناامیدی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=7/13, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=-7/76, p < 0/001$) دل‌مشغولی- اضطرابی، در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-7/08, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=-8/24, p < 0/001$)، مبارزه روانی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=13/12, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=15/09, p < 0/001$) اجتناب شناختی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-9/69, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=-7/04, p < 0/001$) و تقدیرگرایی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-4/93, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=-3/03, p < 0/001$) تفاوت معناداری گزارش شد. بدین معنا که شرکت‌کنندگان در گروه مواجهه سازی نوشتاری پس از دریافت مداخله در سازگاری با سرطان میانگین پایین‌تری کسب کردند که نشان از بهبود وضعیت بیماران مبتلابه سرطان پستان در سازگاری با سرطان پس از دریافت مداخله مواجهه سازی نوشتاری است و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز پابرجا بوده است.

همچنین در مقایسه دو به دو میانگین‌های گروه مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل در متغیرهای درماندگی- ناامیدی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-6/45, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=-7/14, p < 0/001$) دل‌مشغولی- اضطرابی، در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-7/30, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=-7/94, p < 0/001$)، مبارزه روانی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=10/76, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=10/37, p < 0/001$)، اجتناب شناختی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-7/10, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=-5/20, p < 0/001$) و تقدیرگرایی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-3/14, p < 0/03$) تفاوت معناداری گزارش شد. بدین معنا که شرکت‌کنندگان در گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی پس از دریافت مداخله در سازگاری با سرطان نسبت به گروه کنترل میانگین پایین‌تری کسب کردند که این یافته نشان از اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتقاء سازگاری با سرطان در بیماران مبتلابه سرطان پستان است به طوری که این

با استناد به یافته‌های گزارش شده در جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چنین نشان می‌دهد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه در زیر مؤلفه‌های سازگاری با سرطان معنادار بوده است. از این رو بر اساس یافته‌های جدول ۳ می‌توان چنین عنوان کرد که میانگین زیر مؤلفه‌های درماندگی- ناامیدی، دل‌مشغولی اضطرابی، اجتناب شناختی و تقدیرگرایی در گروه‌های مداخله در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش و میانگین روحیه مبارزه طلبی در مراحل پس‌آزمون تا پیگیری افزایش معناداری داشته است. افزون بر این نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه بر زیر مؤلفه‌های درماندگی- ناامیدی، دل‌مشغولی اضطرابی، اجتناب شناختی و تقدیرگرایی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد. با مشاهده میانگین‌ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می‌شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. همچنین، بر اساس میزان ضریب اتای به دست آمده در تفاوت‌های بین گروهی می‌توان چنین بیان کرد که مداخله‌های مورد استفاده به ترتیب ۰/۳۵، ۰/۴۰، ۰/۶۷، ۰/۳۹ و ۰/۱۵ از تغییرات واریانس مؤلفه‌های درماندگی- ناامیدی، دل‌مشغولی اضطرابی، روحیه مبارزه، اجتناب شناختی و تقدیرگرایی در مرحله پس‌آزمون در بیماران مبتلابه سرطان پستان را تبیین می‌کنند.

در ادامه نتایج به دست آمده از تحلیل تعقیبی بونفرنی بین دو به دو میانگین گروه‌ها حاکی از عدم تفاوت معنادار بین دو گروه مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در متغیرهای درماندگی- ناامیدی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-0/34, p = 0/74$) و پیگیری ($t(38)=-0/45, p = 0/45$) دل‌مشغولی- اضطرابی، در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-1/06, p = 0/30$) و پیگیری ($t(38)=-0/27, p = 0/60$)، اجتناب شناختی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=2/01, p = 0/12$) و پیگیری ($t(38)=-1/60, p = 0/12$) و تقدیرگرایی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-0/38, p = 0/70$) و پیگیری ($t(38)=-1/52, p = 0/12$) بود.

همچنین تفاوت بین دو گروه در مبارزه روانی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=3/09, p = 0/03$) و پیگیری ($t(38)=4/74, p = 0/04$) و اجتناب شناختی در مرحله پس‌آزمون ($t(38)=-2/17, p = 0/03$) معنادار گزارش شد. بدین معنا که بین تأثیرگذاری مداخله مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر زیرمؤلفه‌های درماندگی-

مرضیه شایکاری و همکاران

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ گزارش شده است.

تفاوت در مرحله پیگیری نیز پابرجا بوده است. شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در زیرمولفه‌های کیفیت زندگی در

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان پستان به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
جسمانی	WET	۱۴/۱۵	۵۳/۲۵	۱۱/۸۰	۷۱/۵۰	۶۸/۷۵	۱۱/۰۰
	MBER	۱۳/۱۵	۵۲/۵۰	۱۱/۹۵	۷۳/۲۵	۷۲/۲۵	۱۳/۰۰
	کنترل	۱۳/۵۰	۵۲/۷۵	۱۲/۷۰	۶۰/۲۵	۵۹/۲۵	۱۲/۴۵
ایفای نقش	WET	۷/۴۰	۲۱/۲۵	۶/۹۵	۳۳/۲۵	۳۲/۲۵	۶/۴۰
	MBER	۳/۶۵	۲۱/۵۰	۵/۵۵	۳۴/۰۰	۳۲/۷۵	۵/۷۵
	کنترل	۵/۴۰	۲۱/۷۵	۸/۵۰	۱۷/۵۰	۱۷/۰۰	۷/۳۵
هیجانی	WET	۱۴/۹۵	۳۶/۲۵	۷/۴۰	۶۹/۵۰	۶۹/۲۵	۸/۸۰
	MBER	۶/۷۰	۳۵/۰۰	۷/۵۵	۶۷/۷۵	۶۵/۷۵	۷/۸۵
	کنترل	۸/۳۵	۳۷/۰۰	۹/۳۵	۳۸/۲۵	۳۷/۰۰	۷/۱۵
شناختی	WET	۵/۲۰	۱۸/۲۵	۴/۸۵	۳۴/۵۰	۳۵/۷۵	۵/۲۰
	MBER	۴/۴۰	۱۸/۰۰	۵/۸۵	۳۱/۵۰	۳۰/۲۵	۴/۱۵
	کنترل	۴/۰۰	۱۸/۵۰	۵/۹۰	۱۹/۲۵	۱۸/۲۵	۵/۹۰
اجتماعی	WET	۷/۰۵	۱۹/۵۰	۷/۹۰	۲۶/۲۵	۲۶/۵۰	۷/۳۰
	MBER	۵/۹۰	۱۹/۲۵	۴/۹۰	۳۰/۰۰	۲۸/۵۰	۵/۶۵
	کنترل	۵/۹۰	۲۰/۷۵	۵/۱۰	۲۰/۵۰	۲۰/۰۰	۵/۴۰

جسمانی ($\chi^2=2/50, df=2, P=0/35$)؛ ایفای نقش ($\chi^2=2/16, P=0/45$)؛ هیجانی ($\chi^2=1/22, df=2, P=0/53$)؛ شناختی ($\chi^2=4/78, df=2, P=0/09$)؛ و اجتماعی ($\chi^2=2/35, df=2, P=0/31$)؛ رعایت شد. همچنین نتایج آزمون ام باکس برای شاخص‌های جسمانی ($\chi^2=9/97, p=0/69, Box\>M$)؛ ایفای نقش ($F=0/77, Box\>M=17/33, p=0/19$)؛ هیجانی ($F=1/33, Box\>M=21/46, p=0/07$)؛ شناختی ($F=1/37, Box\>M=17/82, p=0/17$)؛ و اجتماعی ($F=2/04, Box\>M=16/52, p=0/18$)؛ پیش فرض برابری ماتریس کواریانس‌ها در طی زمان در زیرمولفه‌های کیفیت زندگی رعایت شده است. در مجموع نتایج به دست آمده حاکی از برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته‌ها بوده است. همچنین، نتایج آزمون چند متغیری، اثر پیلایبی نیز نشان داد که بین سه گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (زیرمولفه‌های کیفیت زندگی) در بعد زمان ($F=197/97, p<0/001, \eta^2=0/98$)؛ و تعامل زمان و گروه ($F=4/97, p<0/001, \eta^2=0/61$) تفاوت معنی‌دار وجود

همان‌طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است بین میانگین کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت‌های وجود دارد، اما اینکه این تفاوت‌ها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه بر ما مشخص نیست. از این رو جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس آمیخته مفروضه استقلال خطاها با توجه به گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ‌دهی انفرادی به آزمون‌ها رعایت شد. همچنین، پیش‌فرض نرمال بودن نمونه موردنظر در زیرمولفه‌های مدیریت درد با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه همگنی واریانس‌ها بر اساس نتایج آزمون لون برای شاخص‌های جسمانی ($F=0/974, p=0/928$)؛ ایفای نقش ($F=0/948, p=0/935$)؛ هیجانی ($F=2/36, p=0/104$)؛ شناختی ($F=1/21, p=0/305$)؛ و اجتماعی ($F=0/589, p=0/558$) رعایت شد. نتایج آزمون همگنی کواریانس کرویت موخلی برای شاخص‌های

دارد. بدین معنی که از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پس‌آزمون تا پیگیری در گروه مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین سه گروه در کیفیت زندگی در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های درون- بین گروهی در شاخص‌های کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
	زمان	۳۴۹/۱۴	۱۷۴/۵۷	۲۰۰/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۸
جسمانی	زمان*گروه	۵۱/۳۹	۱۲/۸۵	۱۴/۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۴
	گروه	۱۰۰/۸۸	۵۰/۴۴	۳/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۹
	زمان	۶۴/۳۴	۳۲/۱۷	۴۲/۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۳
ایفای نقش	زمان*گروه	۹۳/۳۲	۲۳/۳۳	۳۰/۵۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۲
	گروه	۱۷۳/۹۱	۸۶/۹۶	۲۴/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
	زمان	۷۶۷/۳۴	۳۸۲/۱۷	۲۷۴/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۲
هیجانی	زمان*گروه	۳۶۰/۹۶	۹۰/۲۴	۶۴/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۹
	گروه	۶۳۵/۰۱	۳۱۷/۵۱	۵۶/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
	زمان	۱۶۰/۱۳	۸۰/۰۷	۱۴۸/۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۲
شناختی	زمان*گروه	۸۱/۸۳	۲۰/۴۵	۳۸/۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۵۷
	گروه	۱۵۰/۸۳	۷۵/۴۱	۳۸/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۶
	زمان	۴۸/۰۷	۲۴/۰۳	۲۸/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۳۳
اجتماعی	زمان*گروه	۳۱/۶۲	۷/۹۱	۹/۲۹	<۰/۰۰۱	۰/۲۵
	گروه	۳۷/۶۴	۱۸/۸۲	۶/۴۷	۰/۰۳	۰/۱۹

مرحله پس‌آزمون در بیماران مبتلابه سرطان پستان را تبیین می‌کنند.

نتایج به دست آمده از تحلیل تعقیبی بونفرنی بین دو به دو میانگین گروه‌ها حاکی از عدم تفاوت معنادار بین دو گروه مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در متغیرهای جسمانی در مرحله پس‌آزمون ($p=۰/۶۴$ ، $t(۳۸)=-۰/۴۷$) و پیگیری ($p=۰/۳۵$ ، $t(۳۸)=-۰/۹۵$)، ایفای نقش، در مرحله پس‌آزمون ($p=۰/۷۱$ ، $t(۳۸)=-۰/۳۸$) و پیگیری ($p=۰/۸۰$ ، $t(۳۸)=-۰/۲۶$)، هیجانی در مرحله پس‌آزمون ($p=۰/۴۰$ ، $t(۳۸)=۰/۷۴$) و پیگیری ($p=۰/۱۹$ ، $t(۳۸)=۱/۳۳$)، شناختی در مرحله پس‌آزمون ($p=۰/۰۹$ ، $t(۳۸)=۱/۷۶$) و اجتماعی در مرحله پس‌آزمون ($p=۰/۰۸$ ، $t(۳۸)=-۱/۸۰$) و پیگیری ($p=۰/۳۴$ ، $t(۳۸)=-۰/۹۷$) بود. بدین معنا که بین تأثیرگذاری مداخله مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر زیرمولفه‌های کیفیت زندگی در پژوهش حاضر تفاوت معناداری گزارش نشد و اثربخشی دو مداخله مورد استفاده بر شاخص‌های کیفیت زندگی در

با توجه به یافته‌های گزارش شده در جدول ۶ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه در زیرمولفه‌های کیفیت زندگی معنادار بوده است. ازاین‌رو بر اساس یافته‌های جدول ۵ می‌توان چنین عنوان کرد که میانگین شاخص‌های کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله در مراحل پیش‌آزمون تا پیگیری افزایش معناداری داشته است. افزون بر این نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه بر مؤلفه‌های ایفای نقش، هیجانی، شناختی و اجتماعی کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد. با مشاهده میانگین‌ها در مرحله پیگیری در گروه‌های مداخله ملاحظه می‌شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. همچنین، بر اساس میزان ضریب اتای به دست آمده در تفاوت‌های بین گروهی می‌توان چنین بیان کرد که مداخله‌های مورد استفاده به ترتیب $۰/۴۷$ ، $۰/۶۶$ ، $۰/۵۶$ و $۰/۱۹$ از تغییرات واریانس متغیرهای ایفای نقش، هیجانی، شناختی و اجتماعی کیفیت زندگی در

مرضیه شایکاری و همکاران

زنان مبتلابه سرطان پستان انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله های مواجهه سازی نوشتاری و MBSR مورد استفاده در مطالعه حاضر قادر به تفاوت معناداری بین نمرات شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است. در ادامه نتایج به دست آمده از تحلیل تعقیبی بونفرنی بین دو به دو میانگین گروه ها حاکی از عدم تفاوت معنادار بین دو گروه مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر زیر مقیاس های سازگاری با سرطان در بیماران مبتلابه سرطان پستان بود. در واقع با توجه به یافته های به دست آمده اثربخشی دو مداخله مورد استفاده بر سازگاری با سرطان در بیماران مبتلابه سرطان پستان تا حدودی یکسان گزارش شد. افزون بر این در مقایسه دو به دو میانگین های گروه مواجهه سازی نوشتاری با گروه کنترل در زیرمقیاس های سازگاری با سرطان تفاوت معناداری گزارش شد. یافته به دست آمده از این مطالعه همسو با نتایج مطالعه زلفی، مرادی و همکاران (۱۶) و بشر پور و همکاران (۴۴) مبنی بر تأثیر معنادار مداخله مواجهه سازی نوشتاری بر ارتقاء شاخص های کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان است. در تبیین این یافته که مداخله مواجهه سازی نوشتاری موجب بهبود شاخص های کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان پستان شده است می توان بیان کرد که با توجه به برون ریزی احساس ها و هیجان های منفی مرتبط با ترومای سرطان و خنثی سازی آن ها با تکرار نوشتن نشانگان و علائم PTSD در بیماران مبتلابه سرطان کاهش و به دنبال آن ادراک آن ها از بیماری خود نیز افزایش یافته است. پیامد این چرخه درست این است که برانگیختگی هیجانی بیمار کاهش و با پذیرش شرایط موجود دست از نشخوارهای بی سرانجام و فرسایشی برمی دارد و با تغییر نوع نگاه و سبک مقابله ای در پیروی از درمان و رعایت رفتارهای خود مراقبتی نیز تغییرات محسوسه ایجاد می شود که پیامد مثبت آن کاهش مشکلات سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی این بیماران است (۱۶).

همسو با ادبیات پژوهش یافته به دست آمده از مطالعه ما در جهت تأیید داده های بالینی، فیزیولوژیکی یا بیوشیمیایی، ارزیابی خود بیمار از سلامت جسمی، اجتماعی و روانی، یعنی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQL) است (۴۵). بیماران سرطانی از لحظه تشخیص، با وضعیت زندگی جدید و آینده ای مبهم مواجه می شوند که مایه دلهره و رنج

بیماران مبتلابه سرطان پستان تا حدودی یکسان گزارش شد.

افزون بر این در مقایسه دو به دو میانگین های گروه مداخله مواجهه سازی نوشتاری با گروه کنترل در متغیرهای جسمانی در مرحله پس آزمون ($t(38)=2/90, p=0/01$) و پیگیری ($t(38)=0/01 <$ $t(38)=2/77, p=0/01$)، ایفای نقش، در مرحله پس آزمون ($t(38)=6/41, p=0/001$) و پیگیری ($t(38)=7/01, p < 0/001$)، هیجانی در مرحله پس آزمون ($t(38)=11/70, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=12/74, p < 0/001$)، شناختی در مرحله پس آزمون ($t(38)=1/76, p=0/09$) و اجتماعی در مرحله پس آزمون ($t(38)=2/73, p=0/01$) و پیگیری ($t(38)=3/21, p=0/01$) تفاوت معناداری گزارش شد. بدین معنا که شرکت کنندگان در گروه مواجهه سازی نوشتاری پس از دریافت مداخله در شاخص های کیفیت زندگی میانگین بالاتری کسب کردند که نشان از بهبود وضعیت بیماران مبتلابه سرطان پستان در شاخص های کیفیت زندگی پس از دریافت مداخله مواجهه سازی نوشتاری است و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز پا برجا بوده است.

همچنین در مقایسه دو به دو میانگین های گروه مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه کنترل در متغیرهای جسمانی در مرحله پس آزمون ($t(38)=3/33, p=0/01$) و پیگیری ($t(38)=3/57, p=0/01$)، ایفای نقش، در مرحله پس آزمون ($t(38)=7/27, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=7/57, p < 0/001$)، هیجانی در مرحله پس آزمون ($t(38)=10/99, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=6/58, p < 0/001$)، شناختی در مرحله پس آزمون ($t(38)=6/58, p < 0/001$) و اجتماعی در مرحله پس آزمون ($t(38)=6/02, p < 0/001$) و پیگیری ($t(38)=4/88, p < 0/001$) تفاوت معناداری گزارش شد. بدین معنا که شرکت کنندگان در گروه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی پس از دریافت مداخله در شاخص های کیفیت زندگی میانگین بالاتری نسبت به گروه کنترل کسب کردند که این یافته نشان از اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتقاء شاخص های کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان است به طوری که این تفاوت در مرحله پیگیری نیز پا برجا بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان مواجهه سازی نوشتاری و ذهن آگاهی بر سازگاری و کیفیت زندگی

وجودی است (۴۶). در مراحل بعدی، علائم جسمانی و روانی به‌طور چشم‌گیری با زندگی روزمره تداخل و نقش‌های اجتماعی در خانواده و جامعه را محدود می‌کند (۴۷)؛ بنابراین، بیماران باید با استرس ناشی از سرطان و درمان آن در یک فرآیند مداوم که سیر بیماری را دنبال می‌کند و با تغییرات HRQoL ادامه می‌یابد، سازگار شوند؛ که پیامد وخیم این مراحل مشغله ذهنی اضطرابی و درماندگی-ناامیدی ناشی از یک الگوی ناسازگارانه است. در عوض، در سازگاری عادی، بیمار یاد می‌گیرد که چگونه مسائل مربوط به سرطان را مدیریت کند و با پریشانی هیجانی به‌طور مؤثر کنار بیاید (۴۵). سازگاری انطباقی اغلب با استفاده از عباراتی مانند «روح مبارزه» (به‌عنوان مثال، انجام اقداماتی برای غلبه بر بیماری) و «مرگ‌گرایی» (مانند پذیرش موقعیت بدون تسلیم) توصیف می‌شود (۴۸). اجتناب شناختی (مانند فرار از افکار مرتبط با سرطان) شکل دیگری از سازگاری است که نقش تطبیقی یا ناسازگاری آن مشخص نیست. در واقع درمان‌های روان‌شناختی مانند مواجهه‌سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با خنثی‌سازی هیجان‌های منفی بیماران مبتلابه سرطان، توانایی آنها جهت استفاده از راهبردهای سازگارانه و مثبت درباره بیماری سرطان را افزایش و ضمن افزایش توان تاب‌آوری و سازگاری انطباقی آنها کیفیت زندگی این بیماران را نیز بهبود بخشیده‌اند. در این راستا Tian و همکاران (۴۹،۵۰) اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان را مورد تأیید قرار دادند. بدین‌سان نتایج به دست آمده از مطالعه Huang و Shi (۵۱) نیز در جهت تأیید یافته‌های مطالعه حاضر است. در تبیین اثربخشی مداخله‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر چنین می‌توان گفت که اگرچه سازگاری با سرطان به نحوه برخورد بیماران با یک مشکل مرتبط با سرطان در مقاطع زمانی خاص اشاره دارد، ولی روش‌های مقابله و نتایج سازگاری آنها مفاهیم جداگانه‌ای هستند. مثبت‌اندیشی یکی از این سبک‌هایی است که به‌طور گسترده مورد مطالعه قرار گرفته است. به‌عنوان مثال، حفظ یک‌چشم‌انداز مثبت در طول درمان، بیماران را از ناسازگاری محافظت می‌کند و کیفیت زندگی بهتری را پیش‌بینی می‌کند. ازاین‌رو ایجاد نگرش سازنده و پویایی در زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌تواند اثرات مثبتی بر سبک زندگی و کیفیت زندگی آنها داشته باشد.

افزون بر این در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که شواهد پژوهشی حاکی از رابطه مثبت بین کیفیت زندگی و سازگاری با سرطان است. شواهد پژوهشی پیشین یک پاسخ مثبت ارائه کرده است (۵۲،۵۳). یک رابطه متقابل بین این دو سازه مهم روان‌شناختی محتمل است. نخست این‌که HRQoL بهتر خود نشان‌دهنده سازگاری مثبت بیشتر با بیماری مزمن است. دوم، از منظر زیستی-روانی - اجتماعی، نه تنها انواع خاصی از سازگاری می‌تواند بر HRQoL تأثیر بگذارد، بلکه نحوه درک بیماران از وضعیت سلامتی خود نیز می‌تواند بر نحوه سازگاری آنها با سرطان تأثیرگذار باشد. سوم، از آنجا که HRQoL منعکس‌کننده اثرات عملکردی علائم بالینی و عوارض جانبی درمان است، این نشانگر مستقیم بار بیماری است که از بیماران خواسته می‌شود تا با آن سازگار شوند (۵۳). در مجموع، شدت درک شده از علائم فیزیکی می‌تواند توضیح دهد که چگونه سیر بیماری بر سازگاری ذهنی با سرطان تأثیر می‌گذارد، با عوامل اجتماعی و شخصیتی متعددی که در این فرآیند دخیل هستند، دو نوع از مهم‌ترین آنها حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌خوش‌بینانه است. ازاین‌رو با توجه به اثرات متقابل بین کیفیت زندگی و سازگاری روان‌شناختی تأثیرات مثبت مداخله‌های مورد استفاده در دو سازه مورد بررسی به‌عنوان پیامدهای سرطان پستان تأثیرات مثبت و بادوامی در مراحل مختلف پژوهش داشته است.

همچنین با افزایش انگیزه برای مراقبت از خود، ارائه کمک ملموس، یا پرداختن به ترس‌ها و نگران‌های مربوط به بیماری، خانواده، دوستان و سایر افراد مهم نقش اساسی در مراقبت حمایتی از بیماران دارند. حمایت اجتماعی ادراک شده تعجب‌آور نیست که با سلامت روان و HRQoL بهتر مرتبط است (۵۴). در مورد سازگاری، Yagmur & Duman (۵۵) نشان دادند که ادراک بالاتر از حمایت اجتماعی با روحیه جنگندگی بیشتر و درماندگی-ناامیدی و سرنوشت‌گرایی کمتر مرتبط است.

بدین‌سان بر اساس مبانی نظری موجود این یافته در چارچوب مدل خودتنظیمی رفتار بیماری (The Self-Regulation Model of Illness (SRMI)) لونتال که یک الگو یا چارچوب را برای درک، مقابله و سازگاری با بیماری فراهم می‌کند قابل تبیین است. بر مبنای استنباط از این مدل، بازنمایی‌های شناختی صحیح از بیماری موجب می‌شود که فرد راهبردهای مقابله‌ای مناسب مانند مراجعه

مرضیه شالیکاری و همکاران

است از طریق فرآیند آگاهانه انعکاس یا فرآیندی خودکارتر مبتنی بر بینش خودانگیخته به وجود بیاید، مثبت ارزیابی کرد. ارزیابی مجدد رویداد رخ داده شده، سپس احساسات مثبت را برای کاهش استرس ایجاد می‌کند و بر فرآیندهای ارزیابی بعدی تأثیر می‌گذارد. بر اساس این مدل و شواهد تجربی، اثرات مخرب ناشی از عوامل استرس‌زای بیرونی و درونی (سرطان) ممکن است تعادل روان‌تنی (قابلیت‌های مقابله‌ای فرد) را بر هم بزند و وضعیت سلامت روان فرد را مختل کند. با این حال، ذهن آگاهی می‌تواند با تقلید از ارزیابی مجدد مثبت (سازگاری روانی) برای بازگرداندن تعادل روان‌تنی و بهبود نتایج بالینی، احساسات مثبت را تحریک کند؛ که پیامد آن افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است.

درواقع با تغییرات مثبتی که حاصل خنثی‌سازی هیجان‌ها و احساسات منفی مرتبط با بیماری سرطان پستان است با تغییر در باورها، احساس و درک فرد از بیماری و علائم آن و با رعایت رژیم خوراکی و پیگیری برنامه درمانی رفتارهای خود مراقبتی و کیفیت زندگی وی نیز بهبود پیدا کرده است. یکی از نظریه‌هایی که می‌توان یافته‌ی فوق را در قالب آن تبیین نمود نظریه سازگاری شناختی Taylor (۵۸) است. بر اساس این نظریه زمانی که افراد در زندگی با یک رویداد تهدیدکننده روبرو می‌شوند (مانند سرطان پستان) تلاش می‌کنند تا دوباره بر زندگی و موقعیت ایجاد شده کنترل داشته باشند. به طوری که؛ نخست سعی می‌کنند که در تجربه ناگوار بیماری به دنبال معنای مثبت بگردند و آن را به فال نیک بگیرند. دوم سعی می‌کنند که عزت نفس خود را ارتقاء دهند، سپس تلاش می‌کنند که دوباره بر زندگی خود و بر اداره امور مسلط شوند. چنین سازگاری از طریق فرآیند شناختی تغییر دیدگاه در مورد وضعیت موجود و ایجاد تخیلات مثبت در مورد بیماری ایجاد می‌شود که به تبع آن موجب افزایش رضایت عمومی در فرد می‌گردد. از این رو می‌توان چنین عنوان کرد که به دنبال بهبود وضعیت شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی موجب شده که بیماران بر وضعیت بیماری خود، کنترل بیشتری داشته باشند و معنی علت بیماری بر آن‌ها مشخص شده و به تبع آن درک جدیدی از علت رویداد در بیمار ظاهر شده و در نهایت منجر به خود ارزیابی و ترمیم عزت نفس در بیماران شده و با رعایت رژیم خوراکی مناسب، خودآزمایی پستان، ورزش، پیروی از دستورات پزشک، دوری از استرس

به پزشک، مصرف دارو، رعایت رژیم خوراکی و شرکت در جلسات مداخله روان‌درمانی را اتخاذ نماید و با توجه به نتایج مثبت احتمالی، از درمان خود ارزیابی‌های مثبت و سازنده‌ای داشته باشد و روند درمان را ادامه دهد؛ بنابراین می‌توان گفت در صورتی که بیماران از وضعیت شناختی مناسبی برخوردار باشند، خودتنظیم گر خواهند بود و با اتخاذ رفتارهای مقابله‌ای مناسب میزان خودکنترلی و خودتنظیمی آن‌ها نیز افزایش خواهد یافت. در مدل خودتنظیمی رفتار بیماری که بر پایه رویکرد حل مسأله استوار است، فرض بر این است که زمانی که افراد با تشخیص بیماری یا تغییر در وضع موجود روبرو می‌شوند برای برگشت به حالت اولیه انگیزه پیدا خواهند کرد. Ogden (۵۶) بر اساس نظریه حل مسأله در مرحله نخست زمانی که بیماری فرد تشخیص داده می‌شود انگیزه بیشتری پیدا خواهد کرد که سلامتی خود را دوباره به دست آورد، انگیزه بیمار برای برگشت به حالت تعادل اولیه از معنای که فرد به بیماری خود می‌دهد نشئت می‌گیرد این معنا از باورهای شناخت بیماری به دست می‌آید؛ بنابراین بازنمایی‌های شناختی از بیماری فرد را قادر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب می‌کند. از این رو می‌توان گفت که بهبود وضعیت شناختی بیماران منجر به بازنمایی‌های شناختی مؤثرتر شده و به تبع آن فرد انگیزه مناسبی برای ادامه درمان داشته و راهبردهای مقابله‌ای مناسب مانند مراجعه به پزشک، مصرف دارو، رعایت رژیم خوراکی و شرکت در جلسات را اتخاذ کرده است. به طور کلی می‌توان گفت که اگر بیمار مبتلابه سرطان پستان از منابع شناختی مناسبی برخوردار باشد به تبع آن خودتنظیمی بالاتری نیز خواهد داشت و روند سازگاری وی با بیماری تسهیل می‌گردد.

افزون بر این در تبیین این یافته بر اساس «مدل مقابله آگاهانه» Garland و همکاران (۵۷) می‌توان به تشریح و توضیح مکانیسم ذهن آگاهی کمک کند. در این مدل، ذهن آگاهی نقش مهمی در فرآیند ارزیابی مجدد مثبت ایفا می‌کند. به طور ویژه، اگر یک تهدید، آسیب یا از دست دادن بیش از توانایی‌های مقابله‌ای فرد باشد، آنگاه توجه فرد ممکن است از محتوا به فرآیند پویای آگاهی منتقل شود، با منحرف کردن ارزیابی استرس به مدل ذهن آگاهی و سپس افزایش انعطاف‌پذیری توجه فرد و گسترش آگاهی از نقطه نظر این آگاهی فراشناختی گسترده، می‌توان ارزیابی رویداد داده شده را با نسبت دادن معنای جدیدی که ممکن

حاضر می توان چنین گفت که مداخله مواجهه سازی نوشتاری و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به ارتقاء سازگاری با سرطان و کیفیت زندگی، در بیماران مبتلابه سرطان پستان کمک کردند. با توجه به نتایج مثبت مداخله های مورد استفاده به کارگیری مداخله های کوتاه مدت و اثربخش را به تیم سلامت روان این بیماران و پژوهشگران و روان درمانگران حوزه سلامت روان آن ها پیشنهاد می شود. همچنین با توجه به موفقیت آمیز بودن این دو روش مداخله ای، استفاده از آن ها در کاهش مشکلات سلامت روان در دیگر گروه های مبتلابه سرطان و بیماران مبتلابه دیگر بیماری های مزمن به پژوهشگران و درمان گران حوزه سلامت روان پیشنهاد می شود. افزون بر این نتایج به دست آمده در کنار کاربردهای نظری می تواند در عمل نیز مورد استفاده روان شناسان، روان پزشکان، پرستاران و نهادهای تصمیم ساز در مورد بیماران مبتلا به سرطان پستان و مدیریت چالش های ناشی از این بیماری منجر شود و به نتایج امیدبخشی منجر شود.

سیاسگزار

مقاله حاضر استخراج شده از رساله دکتری نویسنده نخست پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. بدین وسیله از حضور گرم و همکاری صمیمانه تمامی بیماران شرکت کننده در پژوهش نهایت قدردانی و سپاسگزاری را به عمل می آوریم.

تعارض منافع

در زمینه اجرا و چاپ مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافی گزارش نشد.

و پیگیری برنامه درمانی رفتارهای خود مراقبتی آن ها نیز بهبود یافته و به تبع آن کیفیت زندگی آن ها نیز ارتقاء یافته است.

با توجه به این مساله که سرطان به عنوان یک بیمار مزمن و چندعاملی محسوب می شود به پژوهشگران علاقه مند در این حوزه توصیه می شود که در پژوهش های بعدی در کنار متغیرهای روان شناختی به نقش متغیرهای شناختی، هیجانی و عصب روان شناختی در سیر، درمان و پایداری وضعیت این بیماری در قالب مطالعات مدل سازی معادلات ساختاری و آزمایشی بپردازند. با توجه به این که شرکت کنندگان در این مطالعه از زنان مبتلا به سرطان پستان ساکن بابلسر تشکیل دادند، پیشنهاد می شود که در مطالعات آتی انواع دیگر سرطان نیز مورد بررسی قرار گیرند. با نگرش به سادگی فراگیری، کم هزینه بودن، کم خطر بودن و دسترسی آسان به تکنیکهای مداخله ای این پژوهش، یعنی مواجهه سازی نوشتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و نظر به نتایج مثبت و مؤثر مداخله های مطرح شده در جهت کاهش مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان و کاهش درد و رنج روان شناختی این بیماری، می توان این تکنیک های درمانی را به عنوان گزینه مطرح درمانی و توان بخشی به روان شناسان، روان پزشکان، پرستاران و در کل، همه متصدیان حوزه سلامت بیماران مبتلا به سرطان در ایران معرفی نمود. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش می تواند در جهت استفاده های عملیاتی و کاربردی مورد توجه برنامه ریزان و نهادهای تصمیم ساز از جمله وزارت درمان و آموزش پزشکی، انجمن سرطان ایران و دیگر نهادهای درگیر با این بیماران قرار گیرد.

نتیجه گیری

در مجموع، با توجه به یافته های به دست آمده از پژوهش

References

1. 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: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-49. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
2. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. CA: a cancer journal for clinicians. 2022;72(1):7-33.
3. Ragala MEA, El Hilaly J, Amaadour L, Omari M, Asrii AEL, Atassi M, et al. Validation of Mini-Mental Adjustment to Cancer scale in a Moroccan sample of breast cancer women. BMC Cancer. 2021;21(1):1042. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08755-y>
4. Paek MS, Ip EH, Levine B, Avis NE. Longitudinal Reciprocal Relationships Between Quality of Life and Coping Strategies Among Women with Breast Cancer. Annals of behavioral

- medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2016;50(5):775-83. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9803-y>
5. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, et al. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*. 2016;122(13):2110-6. <https://doi.org/10.1002/cncr.30025>
 6. Kugbey N, Meyer-Weitz A, Oppong Asante K. Mental adjustment to cancer and quality of life among women living with breast cancer in Ghana. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2019;54(3):217-30. <https://doi.org/10.1177/0091217418805087>
 7. Opsomer S, Lauwerier E, De Lepeleire J, Pype P. Resilience in advanced cancer caregiving. A systematic review and meta-synthesis. *Palliative medicine*. 2022;36(1):44-58. <https://doi.org/10.1177/02692163211057749>
 8. Koboto DD, Deribe B, Gebretsadik A, Ababi G, Bogale N, Geleta D, et al. Quality of Life Among Breast Cancer Patients Attending Hawassa University Comprehensive Specialized Hospital Cancer Treatment Center. *Breast cancer (Dove Medical Press)*. 2020;12:87-95. <https://doi.org/10.2147/BCTT.S252030>
 9. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2023;73(1):17-48. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>
 10. Gavric Z, Vukovic-Kostic Z. Assessment of Quality of Life of Women with Breast Cancer. *Glob J Health Sci*. 2016;8(9):52792-. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n9p1>
 11. Yusoff J, Ismail A, Abd Manaf MR, Ismail F, Abdullah N, Muhammad R, et al. Quality of life of women with breast cancer in a tertiary referral university hospital. *Health and quality of life outcomes*. 2022;20(1):15. <https://doi.org/10.1186/s12955-022-01921-1>
 12. Gangane N, Khairkar P, Hurtig AK, San Sebastián M. Quality of Life Determinants in Breast Cancer Patients in Central Rural India. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2017;18(12):3325-32.
 13. Gok Metin Z, Karadas C, Izgu N, Ozdemir L, Demirci U. Effects of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation on fatigue, coping styles, and quality of life in early breast cancer patients: An assessor blinded, three-arm, randomized controlled trial. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2019;42:116-25. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.003>
 14. Lake B, Fuller HR, Rastall S, Usman T. Breast Reconstruction Affects Coping Mechanisms in Breast Cancer Survivors. *Indian Journal of Surgery*. 2019;81(1):43-50. <https://doi.org/10.1007/s12262-017-1712-1>
 15. Seib C, Porter-Steele J, Ng S-K, Turner J, McGuire A, McDonald N, et al. Life stress and symptoms of anxiety and depression in women after cancer: The mediating effect of stress appraisal and coping. *Psycho-oncology*. 2018;27(7):1787-94. <https://doi.org/10.1002/pon.4728>
 16. 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>
 17. Mokhtari-Hessari P, Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health and quality of life outcomes*. 2020;18(1):338. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01591-x>
 18. Gonzalez L, Bardach A, Palacios A, Peckaitis C, Ciapponi A, Pichón-Riviere A, et al. Health-Related Quality of Life in Patients with Breast Cancer in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The oncologist*. 2021;26(5):e794-e806. <https://doi.org/10.1002/onco.13709>
 19. Javan Biparva A, Raofi S, Rafiei S, Pashazadeh Kan F, Kazerooni M, Bagheribayati F, et al. Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ supportive & palliative care*. 2022. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003642>
 20. Chen X, Wu C, Bai D, Gao J, Hou C, Chen T, et al. Health-related quality of life in breast cancer patients in Asia: A meta-analysis and systematic review. *Frontiers in oncology*. 2022;12:954179. <https://doi.org/10.3389/fonc.2022.954179>
 21. Wisco BE, Baker AS, Sloan DM. Mechanisms of Change in Written Exposure Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior therapy*. 2016;47(1):66-74.

- <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.09.005>
22. Sloan DM, Marx BP, Resick PA, Young-McCaughan S, Dondanville KA, Straud CL, et al. Effect of Written Exposure Therapy vs Cognitive Processing Therapy on Increasing Treatment Efficiency Among Military Service Members With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Trial. *JAMA network open*. 2022;5(1):e2140911-e. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40911>
 23. Ahmadi SJ, Musavi Z, Samim N, Sadeqi M, Jobson L. Investigating the Feasibility, Acceptability and Efficacy of Using Modified-Written Exposure Therapy in the Aftermath of a Terrorist Attack on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Afghan Adolescent Girls. *Frontiers in psychiatry*. 2022;13:826633. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.826633>
 24. Li M, Wang B, Chen Q, Gao D, Zang Y. Written exposure therapy and app-delivered mindfulness-based meditation for PTSD and subthreshold PTSD in China: Design of a randomized controlled trial. *Contemporary clinical trials communications*. 2021;22:100729. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100729>
 25. Sloan DM, Marx BP, Lee DJ, Resick PA. A Brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Noninferiority Clinical Trial. *JAMA psychiatry*. 2018;75(3):233-9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4249>
 26. Zhang Q, Zhao H, Zheng Y. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on symptom variables and health-related quality of life in breast cancer patients-a systematic review and meta-analysis. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2019;27(3):771-81. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4570-x>
 27. Xie C, Dong B, Wang L, Jing X, Wu Y, Lin L, et al. Mindfulness-based stress reduction can alleviate cancer-related fatigue: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2020;130:109916. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109916>
 28. Compen F, Bisseling EM, Schellekens M, Donders R, Carlson L, van der Lee M, et al. [RCT about mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress in cancer patients]. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2019;61(9):605-16.
 29. Compen F, Bisseling E, Schellekens M, Donders R, Carlson L, van der Lee M, et al. Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2018;36(23):2413-21. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.76.5669>
 30. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*. 1992;149(7):936-43. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>
 31. Zeng Y, Dong J, Huang M, Zhang JE, Zhang X, Xie M, et al. Nonpharmacological interventions for cancer-related cognitive impairment in adult cancer patients: A network meta-analysis. *International journal of nursing studies*. 2020;104:103514. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103514>
 32. Witek Janusek L, Tell D, Mathews HL. Mindfulness based stress reduction provides psychological benefit and restores immune function of women newly diagnosed with breast cancer: A randomized trial with active control. *Brain, behavior, and immunity*. 2019;80:358-73. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2019.04.012>
 33. Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Shelton M, Shivers S, Ramesar S, et al. A Large Randomized Trial: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for Breast Cancer (BC) Survivors on Salivary Cortisol and IL-6. *Biological research for nursing*. 2019;21(1):39-49. <https://doi.org/10.1177/1099800418789777>
 34. Schell LK, Monsef I, Wöckel A, Skoetz N. Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2019;3(3):Cd011518. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011518.pub2>
 35. Wu H, Li F, Zhang F. The efficacy of mindfulness-based stress reduction vs. standard or usual care in patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Translational cancer research*. 2022;11(11):4148-58. <https://doi.org/10.21037/tcr-22-2530>

36. Wang L, Chen X, Peng Y, Zhang K, Ma J, Xu L, et al. Effect of a 4-Week Internet-Delivered Mindfulness-Based Cancer Recovery Intervention on the Symptom Burden and Quality of Life of Patients With Breast Cancer: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*. 2022;24(11):e40059. <https://doi.org/10.2196/40059>
37. Castanhel FD, Liberali R. Mindfulness-Based Stress Reduction on breast cancer symptoms: systematic review and meta-analysis. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*. 2018;16(4):eRW4383. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2018RW4383
38. Watson M, Law MG, Santos Md, Greer S, Baruch J, Bliss J. The Mini-MAC. *Journal of psychosocial oncology*. 1994;12(3):33-46. https://doi.org/10.1300/J077V12N03_03
39. patou M, Moradi A, Allahyari Aa, payandeh m. psychometric properties of the version of the Mini- Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC) in patients with cancer. *Journal of Research in Psychological Health*. 2015;9(1):3-. <https://doi.org/10.1037/t52297-000>
40. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993;85(5):365-76. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
41. Safaee A, Dehkordi Moghimi B, Tabatabaie S. Reliability and Validity of the QLQ-C30 Questionnaire in Cancer Patients. *Armaghane Danesh*. 2007;12(2):79-88.
42. Sloan DM, Marx BP. *Written exposure therapy for PTSD: A brief treatment approach for mental health professionals*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2019. xiii, 115-xiii, p. <https://doi.org/10.1037/0000139-000>
43. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living*. New York: Delta Publishing; 1990.
44. Basharpour S, Amani S, Narimani M. The Effectiveness of Narrative Exposure Therapy on Improving Posttraumatic Symptoms and Interpersonal Reactivity in Patients With Cancer. *Archives of Rehabilitation*. 2019;20(3):230-41. <https://doi.org/10.32598/rj.20.3.230>
45. Lauriola M, Tomai M. Biopsychosocial Correlates of Adjustment to Cancer during Chemotherapy: The Key Role of Health-Related Quality of Life. *TheScientificWorldJournal*. 2019;2019:9750940. <https://doi.org/10.1155/2019/9750940>
46. Baker P, Beesley H, Fletcher I, Ablett J, Holcombe C, Salmon P. 'Getting back to normal' or 'a new type of normal'? A qualitative study of patients' responses to the existential threat of cancer. *European journal of cancer care*. 2016;25(1):180-9. <https://doi.org/10.1111/ecc.12274>
47. Taylor-Ford M. Clinical considerations for working with patients with advanced cancer. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2014;21(3):201-13. <https://doi.org/10.1007/s10880-014-9398-z>
48. Cheng CT, Ho SMY, Liu WK, Hou YC, Lim LC, Gao SY, et al. Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2019;27(3):933-41. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4382-z>
49. Tian X, Yi LJ, Liang CS, Gu L, Peng C, Chen GH, et al. The Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Psychological Outcomes and Quality of Life in Patients With Lung Cancer: A Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2022;13:901247. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.901247>
50. Tian X, Liao Z, Yi L, Tang L, Chen G, Jiménez Herrera MF. Efficacy and mechanisms of 4-week MBSR on psychological distress in lung cancer patients: A single-center, single-blind, longitudinal, randomized controlled trial. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2023;10(1):100151. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100151>
51. Huang J, Shi L. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016;17(1):209. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1335-z>
52. Patoo M, Allahyari AA, Moradi AR, Payandeh M, Hassani L. Studying the Relation between Mental Adjustment to Cancer and Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients. 2018;11(7):e8407. <https://doi.org/10.5812/ijcm.8407>
53. Johansson M, Rydén A, Finizia C. Mental adjustment to cancer and its relation to anxiety, depression, HRQL and survival

- in patients with laryngeal cancer - a longitudinal study. *BMC cancer*. 2011;11:283-.
<https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-283>
54. Leung J, Pachana NA, McLaughlin D. Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-oncology*. 2014;23(9):1014-20.
<https://doi.org/10.1002/pon.3523>
55. Yağmur Y, Duman M. The relationship between the social support level perceived by patients with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2016;134(2):208-11.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.12.010>
56. Ogden J. *Health Psychology*. 6e, editor: McGraw-Hill Education; 2019.
57. Garland E, Gaylord S, Park J. The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (New York, NY)*. 2009;5(1):37-44.
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2008.10.001>
58. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 1983;38:1161-73.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>