



The Model of Adaptation to Cancer Based on Emotional Metanarratives with the Mediating Role of Coping Strategies

Parisa Sedigheh Yazdani¹, Nader Monirpour^{2*}, Farah Lotfi Kashani³

1- Ph.D.Candidate in Psychology, Department of Psychology, Qo. C., Islamic Azad University, Qom, Iran.

2- Associate Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Qo. C., Islamic Azad University, Qom, Iran.

3- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Nader Monirpour, Associate Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Qo. C., Islamic Azad University, Qom, Iran.

Email: Monirpoor@qom-iau.ac.ir / Monirpoor1357@gmail.com

Received: 2025/12/6

Accepted: 2026/06/16

Abstract

Introduction: Cancer is one of the most significant chronic diseases that profoundly affects biological, psychological, and emotional dimensions of life. Patients' psychological adaptation to cancer plays a decisive role in their quality of life. Among psychological factors, emotional master narratives—as cultural and cognitive frameworks for experiencing and expressing emotions—may influence patients' coping strategies. Therefore, the present study aimed to examine a model of cancer adaptation based on emotional master narratives with the mediating role of coping strategies.

Methods: This study employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling (SEM). The statistical population consisted of all cancer patients receiving treatment in medical centers in Tehran in 2025. A total of 400 participants were selected through convenience sampling. The research instruments included the Mental Adjustment to Cancer Scale (Leonard & Derogatis, 1990), Coping Strategies Questionnaire (Lazarus & Folkman, 1984), and the Emotional Master Narratives Questionnaire (Yazdani et al., 2025). Data were analyzed using SPSS-24 and AMOS-24 software.

Results: The results showed that all the macronarratives had a significant effect on cancer adaptation through coping styles ($P < 0.05$). Specifically, the heroic macronarrative had positive indirect effects ($\beta = 0.084$) and small positive effects ($\beta = 0.025$) on adaptation through problem-focused style and emotion-focused style, respectively. The victim macronarrative showed a negative indirect effect through problem-focused style ($\beta = -0.054$) and emotion-focused style ($\beta = -0.041$). The personal growth and solidarity macronarratives also had positive indirect effects through problem-focused style ($\beta = 0.070$ and $\beta = 0.060$) and small or negative indirect effects through emotion-focused style ($\beta = 0.050$ and $\beta = 0.040$). The acceptance macronarrative had significant positive effects on adjustment through problem-focused and emotion-focused styles ($\beta = 0.073$ and $\beta = 0.055$). In contrast, the emotional contradictions macronarrative showed significant negative indirect effects through problem-focused and emotion-focused styles on adjustment ($\beta = -0.098$ and $\beta = -0.089$) ($P < 0.05$).

Conclusion: The results suggest that adaptation to cancer is not solely determined by biological factors but is strongly influenced by patients' emotional narratives and coping styles. Enhancing adaptive emotional narratives and promoting cognitive restructuring in psychotherapeutic interventions may improve psychological adjustment among cancer patients.

Keywords: Cancer adaptation, Emotional master narratives, Coping strategies.

How to cite this article: Parisa Sedigheh Yazdani, Nader Monirpour, Farah Lotfi Kashani, The Model of Adaptation to Cancer Based on Emotional Metanarratives with the Mediating Role of Coping Strategies, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2026. P: 79-90 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).





مدل سازگاری با سرطان بر اساس کلان روایت های هیجان با نقش میانجی راهبردهای مقابله ای

پریساصدیه یزدانی^۱، نادر منیرپور^{۲*}، فرح لطفی کاشانی^۳

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

۲- دانشیار روان شناسی سلامت، گروه روان شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

۳- دانشیار، دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: نادر منیرپور، دانشیار روان شناسی سلامت، گروه روان شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

ایمیل: Monirpoor@qom-iau.ac.ir / Monirpoor1357@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۹/۱۵

چکیده

مقدمه: سرطان یکی از مهم ترین بیماری های مزمن است که ابعاد زیستی، روان شناختی و هیجانی گسترده ای دارد و چگونگی سازگاری بیماران با آن نقش تعیین کننده ای در کیفیت زندگی آنان ایفا می کند. در این راستا، کلان روایت های هیجان به عنوان الگوهای ذهنی و فرهنگی تجربه و بیان هیجان ها، می توانند بر انتخاب راهبردهای مقابله ای بیماران تأثیرگذار باشند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی مدل سازگاری با سرطان بر اساس کلان روایت های هیجان با نقش میانجی راهبردهای مقابله ای بود.

روش کار: روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و مبتنی بر مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان تحت درمان در مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. ۴۰۰ نفر از بیماران به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش نامه سازگاری با بیماری سرطان (لئونارد و دروگاتیس، ۱۹۹۰)، راهبردهای مقابله ای (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴) و پرسش نامه کلان روایت های هیجانی (یزدانی و همکاران، ۱۴۰۴) بودند. داده ها با نرم افزارهای SPSS-24 و AMOS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد تمام کلان روایت ها از طریق سبک های مقابله ای بر سازگاری با سرطان تأثیر معنادار دارند ($P < 0.05$). به طور خاص، کلان روایت قهرمانی از طریق سبک مسأله مدار و سبک هیجان مدار به ترتیب اثرات غیرمستقیم مثبت ($\beta = 0.084$) و مثبت کوچک ($\beta = 0.025$) بر سازگاری دارد. کلان روایت قربانی اثر غیرمستقیم منفی از طریق سبک مسأله مدار ($\beta = -0.054$) و سبک هیجان مدار ($\beta = -0.041$) نشان داد. کلان روایت های رشد شخصی و همبستگی نیز از طریق سبک مسأله مدار اثرات غیرمستقیم مثبت ($\beta = 0.070$ و $\beta = 0.060$) و از طریق سبک هیجان مدار اثرات غیرمستقیم منفی یا کوچک ($\beta = 0.050$ و $\beta = 0.040$) داشتند. کلان روایت پذیرش از طریق سبک مسأله مدار و هیجان مدار اثرات مثبت و معنادار بر سازگاری داشت ($\beta = 0.073$ و $\beta = 0.055$). در مقابل، کلان روایت تناقضات هیجانی اثرات غیرمستقیم منفی قابل توجهی از طریق سبک مسأله مدار و هیجان مدار بر سازگاری نشان داد ($\beta = -0.098$ و $\beta = -0.089$) ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد که سازگاری با سرطان تنها تابع عوامل زیستی نیست، بلکه به شدت تحت تأثیر نحوه روایت هیجانی بیماران و سبک های مقابله ای قرار دارد. به نظر می رسد تقویت روایت های هیجانی سازگاران و بازسازی شناختی در مداخلات روان درمانی بیماران مبتلا به سرطان می تواند به افزایش سازگاری روانی آنان منجر شود.

کلیدواژه ها: سازگاری با سرطان، کلان روایت های هیجانی، راهبردهای مقابله ای.

(۱۱،۱۲). در ایران نیز شیوع نگرش‌های منفی نسبت به سرطان بالاست؛ درصد قابل توجهی از بیماران از انگ اجتماعی، تبعیض شغلی و احساس ناامنی روانی شکایت دارند (۱۳،۱۴). بنابراین، کلان‌روایت‌های هیجانی حول محور سرطان، نه تنها در سطح فرهنگی بلکه در سطح شناختی و هیجانی بیماران بازتاب یافته و مسیر سازگاری آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۵، ۱۶).

یکی از سازوکارهایی که از طریق آن کلان‌روایت‌های هیجانی بر سازگاری بیماران اثر می‌گذارند، راهبردهای مقابله‌ای هستند که شیوه‌های شناختی و رفتاری فرد در مواجهه با تنیدگی ناشی از سرطان را نشان می‌دهند (۱۷). راهبردهای مقابله‌ای سازنده مانند جستجوی حمایت اجتماعی، بازسازی شناختی و معنابخشی با سطح بالاتری از سلامت روان و سازگاری همراه هستند، در حالی که راهبردهای اجتنابی و هیجان‌محور با اضطراب و افسردگی بیشتر ارتباط دارند (۱۸،۱۹).

با ترکیب این مفاهیم، می‌توان مدلی را ترسیم کرد که در آن کلان‌روایت‌های هیجانی به‌عنوان متغیر فرهنگی-هیجانی کلان، از طریق تأثیر بر راهبردهای مقابله‌ای، بر سازگاری با سرطان اثر می‌گذارد. بیماران در بستر فرهنگی خود از روایت‌های جمعی و هیجانی درباره سرطان تأثیر می‌پذیرند و اگر این روایت‌ها منفی باشند، ادراک تهدید و استفاده از راهبردهای ناکارآمد افزایش می‌یابد. در مقابل، روایت‌های مثبت و معنامحور می‌توانند سازگاری مؤثر و سلامت روان بیشتر ایجاد کنند (۲۰).

مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که تاکنون مطالعه‌ای جامع که رابطه‌ی بین کلان‌روایت‌های هیجانی و سازگاری با سرطان را از مسیر متغیر میانجی راهبردهای مقابله‌ای بررسی کرده باشد، انجام نشده است (۲۱،۲۲). با توجه به مطالب بیان شده، سوال پژوهش حاضر این است که آیا راهبردهای مقابله‌ای نقش میانجی در رابطه بین کلان‌روایت‌های هیجانی و سازگاری با سرطان دارند؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع کمی و همبستگی-علی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران در بازه زمانی تیرماه تا شهریور ماه سال ۱۴۰۳ بود. پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق

سرطان از جمله بیماری‌های مزمن و پیچیده‌ای است که نه‌تنها جنبه‌های زیستی، بلکه جنبه‌های روانی، اجتماعی و هیجانی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیماران مبتلا به سرطان معمولاً با درمان‌های طولانی‌مدت، دردهای جسمی و بحران‌های روان‌شناختی گسترده مواجه هستند که سازگاری با آن‌ها نیازمند ظرفیت‌های روانی و اجتماعی بالاست (۱). سازگاری با سرطان مفهومی چندبعدی است که از مرحله تشخیص تا پایان درمان ادامه دارد و شامل پذیرش، بازسازی شناختی، استفاده از حمایت‌های اجتماعی و بازتعریف معنا در زندگی می‌شود (۲). در صورت فقدان سازگاری مؤثر، پیامدهایی مانند افسردگی، اضطراب، کاهش تبعیت از درمان و افت کیفیت زندگی بروز می‌کند (۳). بنابراین، تبیین عوامل مؤثر بر سازگاری با سرطان ضرورتی نظری و بالینی دارد.

یکی از مفاهیم نوظهور و کمتر بررسی‌شده در این زمینه، کلان‌روایت‌های هیجانی است. در ادبیات پست‌مدرن، کلان‌روایت‌ها، الگوهای فرهنگی-روایی گسترده‌ای هستند که معنا و تجربه‌ی جمعی افراد از پدیده‌ها را شکل می‌دهند (۴). بر این اساس، کلان‌روایت‌های هیجانی روایت‌های فراگیری هستند که احساسات، نگرش‌ها و برداشت‌های هیجانی یک جامعه را در خصوص پدیده‌ای مانند بیماری سرطان منعکس می‌کنند و می‌توانند بر ادراک فرد و رفتارهای مقابله‌ای او تأثیرگذار باشند (۵). این روایت‌ها نه تنها نگرش اجتماعی نسبت به بیماران سرطانی را شکل می‌دهند، بلکه گاه درونی شده و بر تجربه شخصی بیمار نیز اثر می‌گذارند (۶).

در جوامع مختلف، بیماران سرطانی اغلب با داغ ننگ و کلیشه‌های اجتماعی منفی مواجه‌اند که بخشی از کلان‌روایت‌های هیجانی درباره سرطان را تشکیل می‌دهد (۷،۸). بازخوردهای ترحم‌آمیز یا طردگرایانه، احساس شرم، تبعیض و نگرانی از قضاوت دیگران، به تجربه‌ی هیجانی مشترکی میان بیماران بدل شده است (۹). این نگرش‌ها گاه درونی شده و باعث می‌شوند بیماران بیماری خود را تهدیدکننده و غیرقابل کنترل ادراک کنند و از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد استفاده کنند (۱۰).

مطالعات نشان داده‌اند که باورهای منفی درباره سرطان و جبرگرایی سلامت، منجر به تأخیر در مراجعه، کاهش رفتارهای پیشگیرانه و تشدید مشکلات روان‌شناختی می‌شود

پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ نفر (شامل ۲۳۰ زن و ۱۷۰ مرد) به روش در دسترس انتخاب شد. در گروه زنان، شرکت‌کنندگان شامل مبتلایان به سرطان سینه (۱۵۰ نفر)، سرطان رحم و تخمدان (۶۰ نفر) و سرطان‌های دستگاه گوارش (۲۰ نفر) بودند. در گروه مردان نیز، بیشترین فراوانی مربوط به سرطان‌های دستگاه گوارش (۱۳۰ نفر)، سرطان پروستات (۲۲ نفر) و سرطان ریه (۱۸ نفر) بود. ملاک‌های ورود شامل بازه سنی ۳۵ تا ۶۰ سال و رضایت آگاهانه در تکمیل پرسشنامه‌ها و ملاک‌های خروج شامل سن خارج از محدوده تعیین شده بود. برای تعیین حجم نمونه، از الگوریتم وستلند (۲۳) استفاده شد که با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۸، سطح اطمینان ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۱۹، حجم نمونه ۴۰۰ نفر را برای مدل‌سازی معادلات ساختاری پیشنهاد داد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر است: پرسشنامه سازگاری با بیماری سرطان: این مقیاس توسط لئونارد و دروگاتیس (۱۹۹۰) جهت ارزیابی چگونگی سازگاری روانی-اجتماعی بیماران با بیماری‌های مزمن طراحی شد (۲۴). این پرسشنامه شامل ۴۶ سوال است. نمره‌گذاری پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳ است: کاملاً (۰)، تا حدودی (۱)، کمی (۲) و اصلاً (۳). کمترین نمره برابر با صفر و بیشترین نمره برابر با ۱۳۸ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده سازگاری مناسب و نمره پایین‌تر بیانگر وضعیت نامناسب سازگاری هستند. اعتبار این مقیاس از طریق مطالعات اعتبار همگرایی، پیش‌بینی و ساختاری تأیید شده است و پایایی بازآزمایی آن ۰/۹۲ گزارش شد (۲۴). در ایران، فقهی و همکاران در سال ۱۳۹۲ پس از بومی‌سازی و اعمال تغییرات، روایی محتوا را به تأیید ده استاد دانشگاه رساندند و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شد (۲۵).

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس بر مبنای نظریه لازاروس-فولکمن طراحی شد و معتقد است ادراک فرد از رویدادها اهمیت بیشتری از خود رویداد دارد و تنیدگی و شدت آن را تعیین می‌کند. این پرسشنامه شامل ۶۶ گویه است و به شیوه ی لیکرت ۴ درجه ای نمره گذاری می شود. این آزمون ۸ شیوه مقابله‌ای را در دو دسته مسئله‌مدار و هیجان‌مدار می‌سنجد. شیوه‌های مسئله‌مدار شامل جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده

و ارزیابی مجدد مثبت هستند و شیوه‌های هیجان‌مدار شامل رویارویی، دوری‌گزینی، فرار-اجتناب و خویشتن‌داری هستند. ثبات درونی برای هر سبک مقابله‌ای بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش رستمی (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ کلی آزمون ۰/۸۷ و برای کل مقیاس ۰/۷۲ به دست آمد (۲۶).

پرسشنامه کلان روایت‌های هیجانی در بیماری سرطان: این پرسشنامه با استفاده از رویکرد چهار مرحله‌ای والتز و همکاران (۲۰۱۰) شامل انتخاب مدل مفهومی، تعیین اهداف، تدوین طرح اولیه و مهندسی ابزار اندازه‌گیری توسط یزدانی و همکاران در سال ۱۴۰۴ طراحی شد (۲۷، ۲۸). در مرحله اول، با بهره‌گیری از تحلیل محتوای قراردادی و مصاحبه‌های ساختاریافته با ۱۵ بیمار مبتلا به سرطان، مفهوم کلان روایت‌های هیجانی در بیماری سرطان تبیین شد. کدهای استخراج شده شامل احساسات منفی تجربه شده، ترس از بیماری، تغییر نقش‌ها، نگرش در مورد علت بیماری، سازگاری با بیماری و معنای سرطان بود. پنج کلان روایت اصلی شناسایی شد: روایت قهرمانی، روایت قربانی، روایت رشد شخصی، روایت همبستگی و روایت پذیرش. همچنین بعدی تحت عنوان تناقضات هیجانی تجربه همزمان احساسات متضاد را پوشش می‌دهد. در مرحله دوم، ۱۲ گویه اولیه پرسشنامه از مصاحبه‌ها و تحلیل کدها استخراج شد، به‌گونه‌ای که هر کلان روایت با دو گویه نمایندگی شد و نمونه‌ای از سوالات شامل: «به عنوان یک قهرمان در مبارزه با سرطان، احساس قدرت و انگیزه می‌کنم» (روایت قهرمانی) و «حساس می‌کنم که قربانی شرایط بیرونی یا سرنوشت هستم» (روایت قربانی) بود. در مرحله سوم، روایی پرسشنامه با روش‌های کیفی و کمی بررسی شد. روایی صوری توسط ۱۰ روان‌شناس متخصص و روایی محتوایی با محاسبه نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) تأیید شد. برای ارزیابی روایی سازه، تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی انجام شد که ۶ عامل اصلی را شامل روایت قهرمانی، روایت قربانی، روایت رشد شخصی، روایت همبستگی، روایت پذیرش و تناقضات هیجانی نشان داد. این عوامل در مجموع ۵۵٪ واریانس کل را تبیین کردند و بار عاملی تمامی گویه‌ها بالاتر از ۰/۴ بود. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری شامل، PCFI=۰.۶۹۳، PNFI=۰.۶۷۸، RMSEA=۰.۰۶۱، IFI=۰.۹۴۵، CFI=۰.۹۵۶، GFI=۰.۹۷۰ و CMIN/DF=۲.۹۵۶ نشان‌دهنده برازش خوب

AMOS24 صورت گرفت. جهت تحلیل روابط واسطه ای نیز از روش بوت استرپ استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه ۴۰۰ نفر از افراد مبتلا به سرطان در سال ۱۴۰۳ با میانگین سنی $6/91 \pm 45/90$ سال در طیف سنی ۳۵ تا ۶۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند.

مدل بودند. در مرحله چهارم، پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ($0/91$)، روش دو نیمه کردن ($0/81$) و بازآزمون با فاصله دو هفته (ضریب همبستگی $0/90$) تأیید شد. تمامی خرده مقیاس ها دارای ثبات و توافق قابل قبول بودند. به این ترتیب، پرسشنامه حاضر ابزاری معتبر و پایا برای سنجش کلان روایت های هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان محسوب می شود (29).

کلیه تحلیل ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS26 و

جدول ۱. متغیرهای جمعیت شناختی ($n=400$)

جنسیت	نوع بیماری	تعداد	درصد
زنان ($n=230$)	سرطان سینه	۱۵۰	۶۹/۰
	سرطان رحم و تخمدان	۶۰	۲۳/۰
	سرطان های دستگاه گوارش	۲۰	۸/۰
مردان ($n=170$)	سرطان های دستگاه گوارش	۱۳۰	۸۸/۳۴
	سرطان پروستات	۲۲	۹/۱۶
	سرطان ریه	۱۸	۷/۵

از آن ها ضعیف بود و ۹۰ نفر ($21/5$ درصد) نیز وضعیت اجتماعی-اقتصادی متوسط داشتند.

برای بررسی مدل پیشنهادی پژوهش و فرضیه ها، از روش معادلات ساختاری به رویکرد تحلیل مسیر استفاده شده است. بر مبنای این مدل، متغیرهای کلان روایت های هیجانی به عنوان متغیر برونزا (مستقل) و متغیرهای سبک های مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار به عنوان متغیر میانجی و متغیر سازگاری با بیماری سرطان (وابسته) در نظر گرفته شده است.

از ۲۳۰ نفر زن شرکت کننده در پژوهش ۱۵۰ نفر مبتلا به سرطان سینه، ۶۰ نفر مبتلا به سرطان رحم و تخمدان و ۲۰ نفر مبتلا به سرطان دستگاه گوارش بودند. از ۱۷۰ مرد شرکت کننده در پژوهش ۱۳۰ نفر مبتلا به سرطان های دستگاه گوارش، ۲۲ نفر مبتلا به سرطان پروستات و ۱۸ نفر مبتلا به سرطان ریه بودند. بیشتر افراد شرکت کننده از نظر مقطع تحصیلی ۱۸۰ نفر (48 درصد) دیپلم داشتند. ۱۷۰ نفر (43 درصد) لیسانس و ۵۰ نفر (9 درصد) فوق لیسانس بودند. و وضعیت اجتماعی-اقتصادی ۳۱۰ نفر ($78/5$ درصد)

جدول ۲. شاخص های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	بیشینه-کمینه	کجی	کشیدگی
سازگاری با بیماری	۷۶/۱۵	۲۰/۶۳	۱۳۸-۴۶	۱/۰۲	۰/۸۰
راهبرد مسأله مدار	۸۹/۲۳	۱۰/۳۴	۱۳۲-۳۳	-۰/۱۸	-۰/۱۰
راهبرد هیجان مدار	۸۱/۵۰	۱۱/۶۵	۱۳۰-۳۰	-۰/۱۱	-۰/۱۷
روایت قهرمانی	۵/۹۱	۳/۱۳	۱۰-۳	۰/۰۵	-۰/۰۲
روایت قربانی	۶/۲۵	۱/۱۳	۱۰-۲	-۰/۱۸	-۰/۱۰
روایت رشد شخصی	۳/۹۸	۳/۱۵	۱۰-۱	-۰/۱۱	-۰/۱۷
روایت همبستگی	۵/۲۵	۳/۸۴	۱۰-۴	-۰/۳۰	-۰/۳۷
روایت پذیرش	۶/۲۵	۲/۲۵	۱۰-۲	۰/۰۴	-۰/۱۸
تناقضات هیجانی	۵/۲۵	۳/۱۸	۱۰-۱	-۰/۱۹	۰/۰۳

هیجانی را نشان می دهد.

جدول ۳ اطلاعات مربوط به همبستگی پیرسون بین سازگاری با بیماری سرطان، راهبردهای مقابله ای و کلان روایت های

جدول ۳. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پیش بین، واسطه ای و وابسته مدل پیشنهادی

۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
								۱	۱. سازگاری با بیماری
							۱	۰/۶۷**	۲. راهبرد مسأله مدار
						۱	-۰/۲۳**	-۰/۴۲**	۳. راهبرد هیجان مدار
				۱	۰/۳۸**	۰/۶۸**	۰/۴۵**	۰/۳۹**	۴. روایت قهرمانی
			۱	-۰/۲۵**	-۰/۳۳**	-۰/۲۳**	-۰/۳۹**	-۰/۳۹**	۵. روایت قربانی
		۱	-۰/۵۱**	۰/۲۸**	۰/۶۰**	۰/۴۴**	۰/۵۸**	۰/۵۲**	۶. روایت رشد شخصی
	۱	-۰/۲۰**	-۰/۲۰**	-۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۲۸**	۰/۵۲**	۰/۵۲**	۷. روایت همبستگی
		۱	-۰/۳۶**	-۰/۱۹**	-۰/۲۲**	۰/۳۶**	۰/۴۸**	۰/۶۱**	۸. روایت پذیرش
۱	-۰/۳۶**	۰/۱۹**	-۰/۲۲**	-۰/۲۸**	۰/۲۸**	-۰/۵۰**	-۰/۴۱**	-۰/۵۳**	۹. تناقضات هیجانی

شاخص‌های برازندگی از جمله مجذور کای، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)، شاخص برازش افزایشی (IFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و ریشه میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA) بررسی شد و مقادیر آن‌ها در حدود قابل قبول گزارش گردید. پیش از اجرای مدل، مفروضه‌های لازم از جمله بررسی داده‌های گمشده (با روش بیشینه کردن پیش‌بینی صحیح)، داده‌های پرت چندمتغیری (با شاخص فاصله ماهالانویس)، و نرمال بودن تک‌متغیری و چندمتغیری (با شاخص‌های کجی، کشیدگی و ضریب مردیا) ارزیابی شدند که نتایج نشان داد مفروضه‌ها برقرار هستند و داده‌ها برای اجرای تحلیل مسیر مناسب‌اند.

با توجه به جدول ۳، بین سازگاری با بیماری، راهبرد مسأله مدار، روایت قهرمانی، روایت رشد شخصی، روایت همبستگی و روایت پذیرش رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. بین سازگاری با بیماری و راهبرد هیجان مدار، روایت قربانی و تناقضات هیجانی رابطه منفی و معنادار وجود داشت ($P < ۰/۰۵$).

در این پژوهش برای آزمون الگوی پیشنهادی از روش معادلات ساختاری با رویکرد تحلیل مسیر استفاده شد. این روش امکان بررسی هم‌زمان روابط علی میان مجموعه‌ای از متغیرها را فراهم می‌کند. مدل پژوهش شامل ۹ متغیر بود که شش متغیر برون‌زا، دو متغیر میانجی و یک متغیر درون‌زا را دربر می‌گرفت. برازش مدل با داده‌ها بر اساس

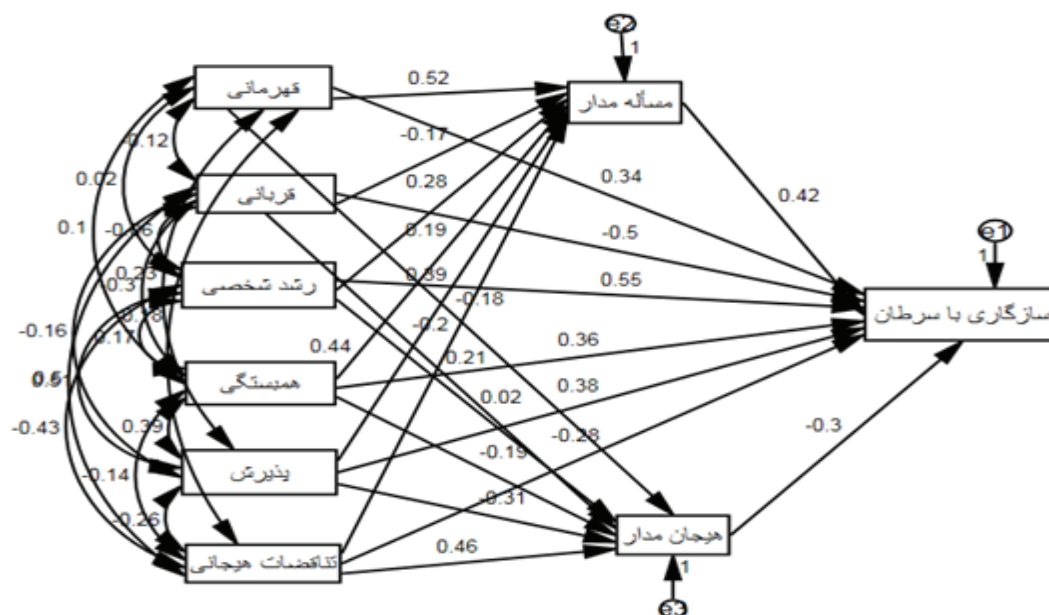
جدول ۴. شاخص‌های برازندگی الگوی پژوهش حاضر

SRMR	GFI	IFI	CFI	RMSEA (CI _{90%})	CMIN/DF	P-Value	df	X ²	شاخص‌های برازندگی
۰/۰۰۸	۰/۹۲۳	۰/۹۹۳	۰/۹۹۶	۰/۰۰۱ (۰/۰۰ - ۰/۰۱)	۰/۸۹۴	۰/۶۲۱	۲	۱/۷۸۹	مدل

*میزان قابل قبول شاخص‌ها (۱) RMSEA، ($< ۰/۰۸$)، SRMR، ($> ۰/۹$)، CFI، GFI، IFI قابل قبول، ($< ۰/۰۸$) (کلاسن، ۲۰۱۶).

متغیر سازگاری با سرطان ۰/۶۷۸ می‌باشد که نشان می‌دهد تمامی متغیرهای برون‌زا و میانجی می‌توانند ۶۷ درصد از تغییرات سازگاری با بیماری سرطان را پیش‌بینی کنند که این میزان در حد بالا و قوی می‌باشد.

همانطور که نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، تمامی شاخص‌های برازش $SRMR= ۰/۰۰۸$ ، $CMIN/DF= ۰/۸۹۴$ ، $GFI= ۰/۹۲۳$ و $CFI= ۰/۹۹۶$ ، $IFI= ۰/۹۹۳$ ، $RMSEA= ۰/۰۰۱$ حاکی از برازش خوب مدل با داده‌هاست. بنابراین مدل نهایی از برازندگی مطلوبی برخوردار است. ضریب تعیین



شکل ۱. ضرایب استاندارد روابط کلان روایت های هیجانی با سازگاری با بیماری سرطان با میانجیگری راهبردهای مقابله ای

هستند. از میان این ضرایب، بالاترین ضریب (۰/۵۵) به مسیر رشد شخصی و سازگاری با بیماری اختصاص دارد و ضعیف ترین ضریب (۰/۰۲) به مسیر رشد شخصی به سبک مقابله ای هیجان مدار مربوط می شود.

بنابراین با توجه به شاخص های برآورد شده، نشان می دهد رابطه ساختاری سازگاری با سرطان بر اساس کلان روایت های هیجان با نقش میانجی ادراک بیماری و راهبردهای مقابله ای برآزش دارد.

در شکل ۱، اعداد روی مسیرها، وزن های مسیر یا بتاها

جدول ۵. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل

مسیر	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معناداری
قهرمانی ← سبک مسأله مدار	۰/۵۲۲	۰/۰۷۸	۶/۴۰۰	۰/۰۰۱
قهرمانی ← سبک هیجان مدار	-۰/۱۸۰	۰/۰۲۰	-۳/۲۳۳	۰/۰۰۱
قهرمانی ← سازگاری با بیماری	۰/۳۴۰	۰/۰۴۵	۳/۲۱۲	۰/۰۰۱
قربانی ← سبک مسأله مدار	-۰/۱۷۰	۰/۰۳۶	-۳/۰۰۲	۰/۰۰۱
قربانی ← سبک هیجان مدار	۰/۲۱۰	۰/۰۸۵	۲/۹۵۷	۰/۰۰۲
قربانی ← سازگاری با بیماری	-۰/۵۰	۰/۰۴۸	-۳/۳۵۰	۰/۰۰۱
رشد شخصی ← سبک مسأله مدار	۰/۲۸۷	۰/۰۷۴	۲/۹۸۷	۰/۰۰۴
رشد شخصی ← سبک هیجان مدار	۰/۰۲۴	۰/۰۱۰	۳/۷۹۵	۰/۰۰۱
رشد شخصی ← سازگاری با بیماری	۰/۵۵۳	۰/۰۸۸	۳/۰۰۱	۰/۰۰۱
همبستگی ← سبک مسأله مدار	۰/۱۹۲	۰/۰۵۴	۲/۹۸۷	۰/۰۰۱
همبستگی ← سبک هیجان مدار	۰/۱۹۹	۰/۰۴۶	۳/۱۹۵	۰/۰۰۱
همبستگی ← سازگاری با بیماری	۰/۳۶۰	۰/۰۹۸	۳/۰۱۱	۰/۰۰۱
پذیرش ← سبک مسأله مدار	۰/۳۹۵	۰/۱۵۴	۲/۷۷۷	۰/۰۰۱
پذیرش ← سبک هیجان مدار	-۰/۰۳۱	۰/۰۳۲	-۳/۰۰۱	۰/۰۰۱
پذیرش ← سازگاری با بیماری	۰/۳۸۴	۰/۰۵۱	۳/۰۴۰	۰/۰۰۱
تناقضات هیجانی ← سبک مسأله مدار	-۰/۲۰۱	۰/۰۱۴	-۲/۰۰۸	۰/۰۰۱

تناقضات هیجانی ← سبک هیجان مدار	۰/۴۶۸	۰/۱۹۶	۴/۶۹۸	۰/۰۰۱
تناقضات هیجانی ← سازگاری با بیماری	-۰/۲۸۴	۰/۱۲۸	-۲/۰۱۳	۰/۰۰۱
سبک مسأله مدار ← سازگاری با بیماری	۰/۴۲۰	۰/۰۸۱	۲/۰۰۲	۰/۰۰۱
سبک هیجان مدار ← سازگاری با بیماری	-۰/۳۰۱	۰/۰۹۰	۳/۰۱۵	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول ۵؛ کلان روایت قهرمانی بیشترین اثر مثبت را بر سبک مسأله مدار و سازگاری با بیماری داشته و همزمان با کاهش استفاده از سبک هیجان مدار همراه است، که نشان می دهد این افراد بیشتر بر حل مسئله تمرکز کرده و کمتر تحت تأثیر هیجانات خود قرار می گیرند. در مقابل، کلان روایت قربانی با افزایش سبک هیجان مدار و کاهش سبک مسأله مدار و سازگاری همراه است، که بیانگر تمرکز بر هیجان ها و کاهش توانایی مقابله مؤثر با بیماری است. کلان روایت رشد شخصی و همبستگی اثرات مثبت و معناداری بر سبک مسأله مدار و سازگاری دارند، در حالی که سبک هیجان مدار اثر منفی بر سازگاری دارد. تناقضات هیجانی بیشترین اثر مثبت را بر سبک هیجان مدار و اثر

منفی بر سبک مسأله مدار و سازگاری نشان می دهد، که تأکید می کند وجود تناقضات هیجانی می تواند مانع استفاده مؤثر از راهبردهای مسأله مدار و کاهش سازگاری شود. به طور کلی، سبک مقابله مسأله مدار نقش میانجی مؤثر بین کلان روایت های هیجانی و سازگاری با بیماری دارد، در حالی که سبک مقابله هیجان مدار بیشتر اثر منفی بر سازگاری بیماران دارد. در ادامه نتایج حاصل از روابط واسطه ای با استفاده از آزمون بوت استرپ به جهت آزمودن مسیرهای واسطه ای در جدول ۶ نشان داده شده اند. برای تعیین معناداری هر یک از روابط واسطه ای و اثر غیر مستقیم متغیر برونزا بر متغیر درونزا از طریق میانجیگرها از روش بوت استرپ استفاده گردیده است.

جدول ۶. نتایج بوت استرپ برای مسیرهای غیر مستقیم الگوی پیشنهادی

سطح معنی داری	شاخص				
	حد بالا	حد پایین	خطا	بوت	
۰/۰۰۲	۰/۲۰۷	۰/۰۲۹	۰/۰۱۵	۰/۰۸۴	قهرمانی به سازگاری با بیماری از طریق سبک مسأله مدار
۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	۰/۰۱۸	۰/۰۲۶	۰/۰۲۵	قهرمانی به سازگاری با بیماری از طریق سبک هیجان مدار
۰/۰۰۱	-۰/۱۵۶	-۰/۰۳۶	۰/۰۲۹	-۰/۰۵۴	قربانی به سازگاری با بیماری از طریق سبک مسأله مدار
۰/۰۰۱	-۰/۱۰۷	-۰/۰۷۸	۰/۰۶۷	-۰/۰۴۱	قربانی به سازگاری با بیماری از طریق سبک هیجان مدار
۰/۰۰۹	۰/۱۰۵	۰/۰۳۸	۰/۰۱۷	۰/۰۷۰	رشد شخصی به سازگاری با بیماری از طریق سبک مسأله مدار
۰/۰۱۸	۰/۰۸۵	۰/۰۲۲	۰/۰۱۵	۰/۰۵۰	رشد شخصی به سازگاری با بیماری از طریق سبک هیجان مدار
۰/۰۱۵	۰/۰۹۵	۰/۰۳۰	۰/۰۱۸	۰/۰۶۰	همبستگی به سازگاری با بیماری از طریق سبک مسأله مدار
۰/۰۱۲	۰/۰۶۵	۰/۰۱۵	۰/۰۱۳	۰/۰۴۰	همبستگی به سازگاری با بیماری از طریق سبک هیجان مدار
۰/۰۰۷	۰/۱۱۰	۰/۰۴۲	۰/۰۱۸	۰/۰۷۳	پذیرش به سازگاری با بیماری از طریق سبک مسأله مدار
۰/۰۱۰	۰/۰۸۵	۰/۰۳۰	۰/۰۱۶	۰/۰۵۵	پذیرش به سازگاری با بیماری از طریق سبک هیجان مدار
۰/۰۰۱	-۰/۰۶۰	-۰/۱۴۷	۰/۰۲۲	-۰/۰۹۸	تناقضات هیجانی به سازگاری با بیماری از طریق سبک مسأله مدار
۰/۰۰۶	-۰/۰۱۲	-۰/۰۶۸	۰/۰۱۴	-۰/۰۸۹	تناقضات هیجانی به سازگاری با بیماری از طریق سبک هیجان مدار

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که تمام کلان روایت ها از طریق سبک های مقابله ای بر سازگاری با سرطان تأثیر معنادار دارند. به طور خاص، کلان روایت قهرمانی از طریق سبک مسأله مدار و سبک هیجان مدار به ترتیب اثرات غیرمستقیم مثبت (β=۰/۰۸۴) و مثبت کوچک (β=۰/۰۲۵) بر سازگاری دارد. کلان روایت قربانی اثر غیرمستقیم منفی از طریق سبک

مسأله مدار (β=-۰/۰۵۴) و سبک هیجان مدار (β=-۰/۰۴۱) نشان داد. کلان روایت های رشد شخصی و همبستگی نیز از طریق سبک مسأله مدار اثرات غیرمستقیم مثبت (β=۰/۰۷۰) و (۰/۰۶۰) و از طریق سبک هیجان مدار اثرات غیرمستقیم منفی یا کوچک (β=۰/۰۵۰ و ۰/۰۴۰) داشتند. کلان روایت پذیرش از طریق سبک مسأله مدار و هیجان مدار اثرات

(مانند باور به ناتوانی یا اجتناب از مواجهه با احساسات) باعث می‌شود که افراد بیشتر به راهبردهای غیرسازنده یا اجتنابی روی بیاورند و کمتر از راهبردهای مسئله‌مدار استفاده کنند. راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار شامل تلاش‌های فعال و هدفمند برای مدیریت یا کاهش عوامل استرس‌زا هستند. این راهبردها می‌توانند به طرق مختلف بر سازگاری با سرطان تأثیر بگذارند. با کاهش عدم قطعیت و یافتن راه‌حل‌های ملموس، استرس و اضطراب ناشی از بیماری کاهش می‌یابد. به افراد کمک می‌کند که حس کنترل بیشتری بر وضعیت خود داشته باشند، که این امر به‌طور مستقیم با سازگاری روان‌شناختی مرتبط است. با یافتن راه‌هایی برای مدیریت مشکلات روزمره و کاهش بار بیماری، کیفیت زندگی بهبود می‌یابد (۳۰).

در تبیین دیگر می‌توان بیان داشت که راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار به‌عنوان یک مکانیسم عمل می‌کنند که از طریق آن کلان‌روایت‌های هیجان بر سازگاری با سرطان تأثیر می‌گذارند. کلان‌روایت‌های مثبت هیجان فرد را به سمت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار هدایت می‌کند. این امر به او کمک می‌کند تا به‌صورت مؤثرتری با چالش‌های بیماری روبه‌رو شود، که به سازگاری بهتر منجر می‌شود. کلان‌روایت‌های منفی هیجان ممکن است استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار را کاهش داده و فرد را به سمت راهبردهای غیرسازنده هدایت کند، که این امر سازگاری را دشوارتر می‌سازد (۳۱).

به‌طور کلی می‌توان گفت که راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار به‌عنوان یک فرآیند واسطه‌ای عمل می‌کنند که تأثیر کلان‌روایت‌های هیجان بر سازگاری با سرطان را توضیح می‌دهد. با تقویت این راهبردها و کلان‌روایت‌های مثبت، می‌توان به بهبود سازگاری روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران کمک کرد.

نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار در بین کلان‌روایت‌های هیجانی و سازگاری با سرطان را می‌توان اینگونه تبیین کرد که این راهبردها بر نحوه مدیریت و تنظیم هیجانات ناشی از استرس و بیماری تمرکز دارند. کلان‌روایت‌های مثبت هیجان (مانند باور به اهمیت پذیرش و تنظیم هیجانات) افراد را به استفاده از راهبردهای سازگارانه هیجان‌مدار مانند پذیرش، بازسازی شناختی (تغییر دیدگاه نسبت به مسائل)، یا جستجوی حمایت عاطفی تشویق می‌کند. کلان‌روایت‌های منفی هیجان (مانند باور

مثبت و معنادار بر سازگاری داشت ($\beta = 0.073$ و 0.055). در مقابل، کلان‌روایت تناقضات هیجانی اثرات غیرمستقیم منفی قابل توجهی از طریق سبک مسئله‌مدار و هیجان‌مدار بر سازگاری نشان داد ($\beta = -0.098$ و -0.089). در تمامی مسیرها، صفر خارج از فاصله اطمینان ۹۵٪ بود و آزمون بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ نمونه‌گیری مجدد، معناداری اثرات غیرمستقیم را تأیید کرد، که نشان‌دهنده نقش میانجی مهم سبک‌های مقابله‌ای در ارتباط بین کلان‌روایت‌ها و سازگاری بیماران با سرطان است.

بحث

هدف از این پژوهش بررسی رابطه کلان‌روایت‌های هیجانی با سازگاری با بیماری سرطان با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای بود. همان‌طور که یافته‌ها نشان داد، کلان‌روایت‌های هیجانی بیماران مسیرهای متفاوتی برای سازگاری با سرطان فراهم می‌کنند. کلان‌روایت‌های قهرمانی، رشد شخصی، همبستگی و پذیرش از طریق تقویت راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، موجب افزایش سازگاری هیجانی و روانی بیماران شدند، در حالی که کلان‌روایت قربانی و تناقضات هیجانی با فعال‌سازی سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و کاهش کنترل هیجانی، سازگاری را تضعیف کردند. یافته‌های این پژوهش با نتایج استفان و همکاران (۳۰)، کاک‌بی و همکاران (۳۱) و هاپمن و ریچکین (۳۲) همسو است و نشان می‌دهد که سبک‌های مقابله‌ای میانجی مؤثر بین کلان‌روایت‌های هیجانی و سازگاری با سرطان‌اند. همچنین این پژوهش‌ها بر نقش تعامل میان روایت خود، تنظیم هیجان و پردازش شناختی در مواجهه با موقعیت‌های تهدیدکننده سلامت تأکید دارند.

این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار نقش میانجی در ارتباط بین کلان‌روایت‌های هیجان و سازگاری با سرطان دارند، زیرا این راهبردها به‌طور مستقیم بر نحوه مواجهه افراد با چالش‌ها و مشکلات ناشی از بیماری تأثیر می‌گذارند. کلان‌روایت‌های مثبت هیجان (مانند باور به کنترل هیجان‌ها و تأثیر امید) فرد را به انتخاب راهبردهایی سوق می‌دهد که بر حل مشکل تمرکز دارند. این افراد احتمالاً تلاش می‌کنند راه‌حل‌های عملی برای مشکلات مربوط به بیماری، مانند برنامه‌ریزی درمان، کسب اطلاعات بیشتر یا مدیریت علائم جسمانی پیدا کنند. کلان‌روایت‌های منفی هیجان

به سرکوب هیجانات یا اجتناب از مواجهه با احساسات) ممکن است فرد را به استفاده از راهبردهای ناکارآمد مانند اجتناب، انکار، یا سرکوب هیجان‌ها سوق دهد. راهبردهای هیجان‌مدار بر نحوه تجربه و مدیریت هیجانات ناشی از سرطان تأثیر می‌گذارند. راهبردهای هیجان‌مدار مثبت (مانند پذیرش و تمرکز بر جنبه‌های مثبت) می‌توانند سطح استرس و اضطراب را کاهش دهند. مدیریت هیجانات دشوار باعث می‌شود فرد توانایی بیشتری برای مقابله با مشکلات بلندمدت داشته باشد. راهبردهایی مانند جستجوی حمایت اجتماعی یا ابراز هیجانات می‌توانند روابط اجتماعی و حمایت عاطفی را تقویت کنند، که به سازگاری بهتر کمک می‌کند.

کلان‌روایت‌های مثبت هیجان افراد را به سمت استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار مثبت هدایت می‌کند، مانند پذیرش یا بازسازی شناختی، که به تنظیم بهتر هیجانات منجر می‌شود و توانایی سازگاری را افزایش می‌دهد. کلان‌روایت‌های منفی هیجان ممکن است باعث استفاده بیشتر از راهبردهای ناکارآمد هیجان‌مدار شود، مانند اجتناب یا سرکوب، که می‌تواند سازگاری را تضعیف کند. (۳۲). سازگاری با سرطان به توانایی فرد برای مدیریت استرس روان‌شناختی و حفظ کیفیت زندگی مرتبط است (۳۳). راهبردهای هیجان‌مدار، به‌ویژه آن‌هایی که به تنظیم مثبت هیجان‌ها کمک می‌کنند، به فرد امکان می‌دهند با جنبه‌های هیجانی بیماری، مانند ترس از مرگ یا ناامیدی، مقابله کند (۳۴). این فرآیند می‌تواند بهبود سازگاری روان‌شناختی و افزایش احساس آرامش را به دنبال داشته باشد.

به طور کلی می‌توان گفت که راهبردهای هیجان‌مدار به‌عنوان یک واسطه، ارتباط بین کلان‌روایت‌های هیجان و سازگاری با سرطان را توضیح می‌دهند. تقویت کلان‌روایت‌های مثبت و آموزش راهبردهای هیجان‌مدار سازگاران می‌تواند به بیماران کمک کند تا بهتر با چالش‌های روان‌شناختی سرطان روبه‌رو شوند و کیفیت زندگی خود را حفظ کنند.

نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه کلان‌روایت‌های هیجانی با سازگاری با بیماری سرطان با نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای بود. یافته‌ها نشان داد که کلان‌روایت‌های هیجانی

به‌طور مستقیم تأثیر معناداری بر سازگاری با بیماری دارند. علاوه بر این، این روابط به‌صورت غیرمستقیم نیز از طریق راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار بر سازگاری با سرطان اثرگذار بودند. از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به در دسترس انتخاب کردن نمونه‌ها اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. همکاری و یافتن بیماران مبتلا به سرطان، به‌ویژه در مراحل پیشرفته بیماری یا درمان، چالش‌برانگیز بود. همچنین، سازگاری با بیماری تحت تأثیر عوامل متعدد بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی است و تمرکز صرف بر متغیرهای کلان‌روایت‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای ممکن است تصویر کاملی از علل و عوامل زمینه‌ای سازگاری ارائه ندهد. پژوهش‌های آینده می‌توانند نقش متغیرهای تعدیل‌کننده مانند جنسیت، سن، نوع سرطان، مرحله بیماری و وضعیت اقتصادی-اجتماعی را در روابط میان کلان‌روایت‌های هیجانی، راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری با سرطان بررسی کنند. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهند که کلان‌روایت‌های هیجانی مثبت به‌طور مستقیم بر سازگاری با بیماری تأثیرگذار هستند و می‌توانند عاملی مهم در پیش‌بینی و ارتقای سازگاری بیماران باشند. توجه به پرورش کلان‌روایت‌های مثبت، مانند برنامه‌هایی برای افزایش امید و خوش‌بینی، می‌تواند هدفی کلیدی در مداخلات روان‌شناختی بیماران سرطانی باشد. درمان‌هایی که بر بهبود کلان‌روایت‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای تمرکز دارند، می‌توانند بخشی از رویکرد جامع برای ارتقای سازگاری با بیماری سرطان باشند. با توجه به نقش کلیدی پرستاران در خط مقدم مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان، پیشنهاد می‌شود که کادر پرستاری با شناسایی کلان‌روایت‌های هیجانی بیماران در تعاملات روزمره، به تقویت روایت‌های امیدبخش و ترویج راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار بپردازند. آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر حمایت هیجانی به پرستاران، می‌تواند به آنان کمک کند تا به عنوان تسهیل‌گر در اصلاح الگوهای ذهنی ناکارآمد بیماران عمل کرده و بدین ترتیب، سطح سازگاری بالینی و کیفیت زندگی آنان را در طول فرآیند درمان ارتقا دهند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم است. کد اخلاق پژوهش حاضر IR.IAU.QOM.REC.1403.116 در وبگاه ملی اخلاق در

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از حمایت های معنوی تمامی مدیران و اعضای کلینیک های مشاوره شهر تهران که صمیمانه ما را در

References

- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018 Nov;68(6):394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Senmar, M., Hasannia, E., Moeinoddin, A., Lotfi, S., Hamed, F., Habibi, M., Noorian, S., & Rafiei, H. (2020). Psychosocial Adjustment to Illness and Its Relationship with Spiritual Wellbeing in Iranian Cancer Patients. International journal of chronic diseases, 2020, 5742569.. <https://doi.org/10.1155/2020/5742569>
- Sajjadian, Akram Sadat, Haghighat, Shahpar, Montazeri, Kazemnejad, Anoushirvan, Alavi Fili. Adaptation in patients with breast cancer before and after treatment. Iranian Journal of Breast Diseases. 2011 Oct 10;4(3):52-8. [Persian]
- Hephaestus M. Metanarratives and culture. Theory Crit Rev. 2011;19(1):33-50.
- Tian X, Tang L, Yi L-J, Qin X-P, Chen G-H and Jiménez-Herrera MF (2022) Mindfulness Affects the Level of Psychological Distress in Patients With Lung Cancer via Illness Perception and Perceived Stress: A Cross-Sectional Survey Study. Front. Psychol. 13:857659. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.857659>
- Reed E, Wheeler D, Scanlon K. Spotlight on secondary breast cancer: a policy initiative to influence the care of women with metastatic breast cancer. Breast Cancer Management. 2012 Sep 5;1(3):201-7.. <https://doi.org/10.2217/bmt.12.40>
- Lebel S, Castonguay M, Mackness G, Irish J, Bezjak A, Devins GM. The psychosocial impact of stigma in people with head and neck or lung cancer. Psychooncology. 2013;22:140-52. <https://doi.org/10.1002/pon.2063>
- Yildiz M, Koch H. Stigma, social narratives and patient outcomes. J Health Psychol. 2021;26(7):1050-60.
- Flanagan R, Holmes T. Social responses to chronic illness. Health Soc Rev. 2011;20:123-40.
- Cho E, Docherty SL. Beyond resilience: a concept analysis of human flourishing in adolescents and young adults with cancer. Advances in Nursing Science. 2020 Apr 1;43(2):172-89.. <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000292>
- Niederdeppe J, Levy AG. Fatalism and preventive behaviors. Prev Med. 2007;44:91-9.
- Burgess CC, Bish AM, Hunter HS, Salkovskis P, Michell M, Whelehan P, Ramirez AJ. Promoting early presentation of breast cancer: development of a psycho-educational intervention. Chronic illness. 2008 Mar;4(1):13-27. <https://doi.org/10.1177/1742395307084404>
- Shiri FH, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, Rohani C. Stigma and related factors in Iranian people with cancer. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP. 2018;19(8):2285.
- Yilmaz M, Dissiz G, Usluoğlu AK, Iriz S, Demir F, Alacacioglu A. Cancer-related stigma and depression in cancer patients in a middle-income country. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2020 Jan 1;7(1):95-102. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_45_19
- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. Journal of psychosomatic research. 2006 Jun 1;60(6):631-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Tian X, Tang L, Yi LJ, Qin XP, Chen GH, Jiménez-Herrera MF. Mindfulness affects the level of psychological distress in patients with lung cancer via illness perception and perceived stress: a cross-sectional survey study. Frontiers in Psychology. 2022. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.857659>
- Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, Love A, Ranieri N, McKenzie D. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 2003 Sep;12(6):532-46.

- <https://doi.org/10.1002/pon.683>
18. Mašten AS, Reed MG. Resilience in development. *Handbook of positive psychology*. 2002; 74:88. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195135336.003.0006>
19. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Frontiers in psychiatry*. 2019 Apr 5;10:208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00208>
20. Reed E, Wheeler D, Scanlon K. Spotlight on secondary breast cancer: a policy initiative to influence the care of women with metastatic breast cancer. *Breast Cancer Management*. 2012 Sep 5;1(3):201-7. <https://doi.org/10.2217/bmt.12.40>
21. Roh S, Burnette CE, Lee YS, Giger JT, Goins RT, Petereit DG, Lawler MJ, Lee KH. Identifying risk and protective factors related to depressive symptoms among Northern Plains American Indian women cancer survivors. *Women & health*. 2019 Jul 3;59(6):646-59. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1544965>
22. Duff RW, Hong LK. Age density, religiosity and death anxiety in retirement communities. *Review of Religious Research*. 1995 Sep 1:19-32. <https://doi.org/10.2307/3512068>
23. Westland JC. Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic Commerce Research and Applications*. 2010; 9 (6):476-87. <https://doi.org/10.1016/j.eierap.2010.07.003>
24. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in Nursing and Health Research*. 4th ed. New York: Springer; 2010.
25. Lubińska A, Haber J. Designing Psychological Measures: A Four-Step Approach. *Psychol Rep*. 2013;112(2):487-503.
26. Hooman A. *Applied Multivariate Statistics in Behavioral Sciences*. Tehran: Samt; 1381 [2002]. [Persian].
27. Klein D. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2016.
28. Brown TA. *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications; 2015 Jan 7.
29. Yazdani P, Monirpour N, Lotfi Kashani F. Modeling adaptation to cancer based on grand emotional narratives with the mediating role of illness perception and coping strategies. PhD dissertation. Qom: Islamic Azad University, Qom Branch; 2023. [Persian]
30. Stephan A, Maercker A, Bohnke JR. Emotional narratives and coping with cancer: A longitudinal study of narrative identity and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*. 2021;30(7):1041-1050. <https://doi.org/10.1002/pon.5631>
31. Kagbe C, Liu P, Wyer N. Coping styles and self-narratives among patients with chronic illness: The mediating role of emotional regulation. *Journal of Behavioral Medicine*. 2020;43(3):412-426.
32. Hopman WM, Rijkman N. Emotional coherence and adaptation in cancer patients: The role of autobiographical meaning-making. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2015;33(4):391-405.
33. Dehghani M, Malekzadeh M, Moghani M. Comparison of Family Resilience and Coping Strategies amongst Married Women Diagnosed with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy, Breast Cancer Survivors and Women without Cancer. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018 Feb 10;12(6):10-8. <https://doi.org/10.21859/ijnr-12062>
34. Ghasemzadehbarki S, Shahgholian M, Abdollahi A, Izanloo B, Mirmalek A. 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. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2023 Dec 10;18(5):62-75.