



Research paper

The Structural Model of the Relationships between Perceived Stigma, Fear of Recurrence, and Psychological Flexibility with Psychological Distress in Women with Breast Cancer

Parisa Sharifi ¹, Ali Essazadegan* ², Esmail Soleimani ³

Abstract

The present study aimed to investigate the relationships between perceived stigma and fear of recurrence with psychological distress in women with cancer, with the mediating role of psychological flexibility. The present cross-sectional study employed a correlational design. The research population consisted of women with breast cancer who visited healthcare centers in Tehran between March 2023 and October 2023, and 220 individuals were selected from three medical centers, using a convenience sampling method. Data were collected using Kessler psychological distress scale, fear of cancer recurrence inventory-short form, stigma scale for chronic illnesses, and Acceptance and Action Questionnaire-II, and analyzed using Pearson correlation and structural equations test, with / without, controlling for age effect. The results of the model test showed that fear of recurrence had no direct effect on distress, but perceived stigma and psychological flexibility had a direct effect on distress. Also, psychological flexibility mediated the relationship between fear of recurrence and perceived stigma with distress. Therefore, to design programs to reduce psychological distress in women with breast cancer, it is necessary to address reducing perceived stigma and fear of recurrence and especially promoting their psychological flexibility.

Keywords: Breast cancer, fear of recurrence, perceived stigma, psychological distress, psychological flexibility

¹ Ph.D. Student, Psychology Department, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.

² Corresponding Author: Prof., Psychology Department, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran
a.issazadegan@urmia.ac.ir

³ Associate Prof., Psychology Department, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.

مدل ساختاری روابط میان انگ ادراک‌شده، ترس از عود و انعطاف‌پذیری روانی با

پیشانی روانی زنان مبتلا به سرطان پستان

پریسا شریفی^۱، علی عیسی زادگان^{۲*}، اسماعیل سلیمانی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط انگ ادراک‌شده و ترس از عود با پیشانی روانی زنان مبتلا به سرطان، با نقش میانجی‌گر انعطاف‌پذیری روانی انجام شد. این پژوهش مقطعی از طرح همبستگی استفاده کرد. جامعه پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران در بازه اسفند ۱۴۰۱ تا مهر ۱۴۰۲ بودند، و از سه مرکز درمانی ۲۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با پرسشنامه پیشانی روانی کسلر، سنجه ترس از عود، مقیاس انگ بیماری مزمن، و پرسشنامه پذیرش و عمل گردآوری گردید، و از طریق همبستگی پیرسون و آزمون معادلات ساختاری (با و بدون کنترل اثر سن) تحلیل شد. نتایج آزمون مدل نشان داد که ترس از عود اثر مستقیمی بر پیشانی روانی نداشت، ولی انگ ادراک‌شده و انعطاف‌پذیری روانی اثر مستقیمی بر پیشانی روانی داشتند. همچنین، انعطاف‌پذیری روانی رابطه میان ترس از عود و انگ ادراک‌شده با پیشانی روانی را میانجی کرد. بنابراین، به منظور طراحی برنامه‌های کاهش پیشانی روانی زنان دارای سرطان پستان لازم است به کاهش انگ ادراک‌شده و ترس از عود، و به ویژه ارتقای انعطاف‌پذیری روانی آنان پرداخته شود.

کلیدواژه‌ها: انعطاف‌پذیری روانی، انگ ادراک‌شده، پیشانی روانی، ترس از عود، سرطان پستان.

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. a.issazadegan@urmia.ac.ir

^۳ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

مقدمه

سرطان پستان در جهان (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۴) و در ایران جزء شایع‌ترین سرطان‌هاست که تا سال ۲۰۲۵ شیوع قابل توجهی می‌یابد (روشندل و همکاران، ۲۰۲۱). بیماران مبتلا به سرطان به دلایلی مانند علائم جسمی، هیجان‌های ناخوشایند مانند ترس از عود و مرگ، تغییر هویت و تصویر بدن، دشواری در فعالیت‌های روزانه، و نگرش‌های اجتماعی منفی، از مشکلات روانی قابل توجهی رنج می‌برند (لویجس-هایزر^۱ و همکاران، ۲۰۲۲؛ دهقان و همکاران، ۲۰۲۲). به‌رغم مشهودتر بودن مشکلات جسمی در سرطان پستان، توجه به پریشانی روانی بیماران ضروری است. پریشانی روانی مجموعه‌ای از علائم دردناک ذهنی و جسمی است که اغلب با نوسانات طبیعی خلق همراه است، اما گاهی می‌تواند نشانگر شروع شرایط بالینی باشد (انجمن روانشناسی آمریکا^۲، ۲۰۲۳). پریشانی روانی توسط ۱۹ تا ۶۶ درصد مبتلایان به سرطان تجربه می‌شود (ایسی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱؛ مارتینز-کالدرون^۴ و همکاران، ۲۰۲۴)، و در حالی که در فرایندهای پزشکی نادیده گرفته می‌شود پیامدهای جدی برای سلامت بیماران دارد.

سلامت افراد متأثر از زندگی هیجانی آنان است، چرا که هیجان‌ها وضعیت جسمی و روانی کنونی فرد را منعکس می‌کنند، و به میزان قابل توجهی بر شناخت، روابط و تصمیم‌گیری‌ها تأثیر می‌گذارند (لانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). از این رو، پژوهش حاضر بر هیجان ترس از عود تأکید دارد، که یک واکنش هیجانی شایع و قوی در مبتلایان به سرطان است (گراملینگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۱)، سطوح بالینی آن توسط حدود ۶۶ درصد از این بیماران تجربه می‌شود، و شدت آن با پریشانی روانی رابطه دارد (رای^۷ و همکاران، ۲۰۲۲؛ کاسواتو^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، طبق گزارش کوان^۹ و همکاران (۲۰۲۲) ترس از عود پیش‌بینی‌کننده افسردگی این بیماران است.

تجربه درون‌روانی دیگری که مبتلایان به سرطان پستان معمولاً با آن مواجه‌اند انگ ادراک شده است. انگ ادراک شده را دریافت و باور فرد به نگرش‌هایی منفی که دیگران در مورد بیماری او دارند، تعریف می‌کنند (سابا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱)، که می‌تواند منجر به درونی کردن انگ شود به این صورت که فرد با نگرش‌ها و ارزیابی‌های منفی دیگران نسبت به خود همانندسازی می‌کند (اسکویرز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). مبتلایان به سرطان نیز با انگ روبرو هستند، و باورهای نادرست و سوءبرداشت‌ها مهم‌ترین نقش را در آن دارد (سعیدی و همکاران، ۲۰۲۴). دهقان و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که بیماران مبتلا به سرطان‌های مختلف طیف وسیعی از نگرش و واکنش‌های اجتماعی را تجربه می‌کنند که بر اثرات بیماری و چگونگی انطباق آنان اثر می‌گذارد.

1. Luigjes-Huizer

2. American Psychological association

3. Ise

4. Martinez-Calderon

5. Long

6. Gramling

7. Rha

8. Kuswanto

9. Quan

10. Subu

11. Squiers, Siddiqui, Kataria

همچنین، انگ ادراک شده و خودسرزنی با افت بهزیستی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان مرتبط است (فام^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). انگ می‌تواند باعث افزایش مشکلات روانی از قبیل انزوا، اضطراب و افسردگی (چودوار و همکاران، ۲۰۲۰)، و افت کیفیت زندگی در افراد دارای سرطان شود (اسمیت^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). پیامدهای منفی انگ در دیگر بیماری‌های جسمی مانند ایدز (حمایت‌خواه و صفارزاده جهرمی، ۱۴۰۱) و بیماری صرع (قضاوی و همکاران، ۱۴۰۱) نیز نشان داده شده است. بنابراین، انگ ادراک شده و ترس از عود محتوای درون‌روانی در مبتلایان به برخی بیماری‌ها مانند سرطان پستان هستند که احتمالاً بر سطح پریشانی روانی آنان تأثیر می‌گذارند.

با این حال، از منظر رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ در تعیین سطح سلامت نه تنها محتوای درون‌روانی (مانند ترس از عود و انگ ادراک شده) بلکه به‌طور جدی‌تر و ضروری‌تر باید فرایندهای روانی و شیوه پاسخ‌دهی افراد به محتوای درونی‌شان را مدنظر قرار داد، و طبق این رویکرد در هسته این فرایندها می‌توان به انعطاف‌پذیری روانی اشاره کرد (هیز و استروسال^۴، ۱۳۹۹).

انعطاف‌پذیری روانی یک مفهوم اساسی در درمان پذیرش و تعهد است که به ظرفیت حضور در لحظه حال با آگاهی و گشودگی کامل، تداوم یا تغییر رفتار در خدمت ارزش‌های زندگی اشاره دارد، و شامل پذیرش افکار و احساسات فرد به جای اجتناب از آنها و انجام دادن اقداماتی می‌باشد که با وجود چالش‌های بالقوه، با ارزش‌های شخصی فرد هماهنگ است (سیروتیاک^۵ و همکاران، ۲۰۲۴).

از این رو، مبنای نظری پژوهش حاضر رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد است که طبق آن فرض می‌شود آنچه که نقش تعیین‌کننده‌ای در پیامدهای سلامت روانی از قبیل پریشانی روانی دارد میزان انعطاف‌پذیری روانی فرد است. در واقع، وقتی در موقعیت‌های پرتنش برخی محتوای درون‌روانی در ذهن فرد ایجاد می‌شوند آمیختگی زیاد با آنها و عدم ذهن‌آگاهی و پذیرش نسبت به آنها می‌تواند با کاهش دادن انعطاف‌پذیری روانی موجب کاهش سلامت فرد شود، اما انعطاف‌پذیری نسبت به آنها می‌تواند منجر به حفظ و بهبود سلامت روان فرد شود (سیروتیاک و همکاران، ۲۰۲۴؛ هافمن^۶ و همکاران، ۲۰۲۱؛ مک‌کراکن^۷، ۲۰۲۴). در همین راستا، پژوهش مارتین و پکنهام^۸ (۲۰۲۲) در ارزیابی کاربرد مدل انعطاف‌پذیری روانی برای پیش‌بینی تغییرپذیری چهار پیامد مرتبط با مراقبت تسکینی بیماران (نگرش به مرگ، پریشانی، درد و کیفیت زندگی) نشان داد که انعطاف‌پذیری روانی (به جز مؤلفه "عمل مبتنی بر ارزش‌ها") با پیامدهای بهتر در کیفیت زندگی، نگرش به مرگ و پریشانی این بیماران مرتبط هستند. پژوهشی نشان داد که افراد مبتلا به سرطان در مقایسه با جمعیت عادی میزان ذهن‌آگاهی کمتری دارند (خانجانی و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌های دیگری نشان داد که در دیگر شرایط پزشکی مانند ابتلا به کوید-۱۹ نیز انعطاف‌پذیری روانی با کاهش استرس، خستگی، و علائم جسمی شده ارتباط منفی دارد (سیروتیاک و همکاران، ۲۰۲۴).

1. Pham

2. Smith

3. acceptance and commitment therapy approach

4. Hayes, Strosahl

5. Sirotiak

6. Hofmann

7. McCracken

8. Martin and Pakenham

۶۰..... مدل ساختاری روابط میان انگ ادراک شده، ترس از عود، و انعطاف‌پذیری روانی با ...

به طور کلی، در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعیین‌کننده‌ی اصلی میزان پریشانی روانی، محتواهای روان‌شناختی نیست بلکه نحوه پاسخ‌دهی افراد به این محتواها (یعنی انعطاف‌پذیری روانی) است. بنابراین، با تکیه بر مدل نظری مذکور فرض می‌شود که انعطاف‌پذیری روانی به عنوان یک فرایند روانی با کاهش دادن اجتناب تجربی در برابر تجربه‌های دشوار مرتبط با سرطان (از جمله ترس از عود و انگ ادراک‌شده)، می‌تواند اثر آنها بر میزان پریشانی روانی را میانجی کند. به‌علاوه، نکته قابل‌توجه دیگر سن مبتلایان به سرطان پستان و همبستگی آن با پریشانی روانی است. در واقع، بست^۱ و همکاران (۲۰۲۳) با اشاره به مفهوم "پارادوکس بهزیستی" بیان می‌کنند که افراد جوان‌تر در مقایسه با افراد مسن‌تر سطوح بالاتری از پریشانی روانی را نشان می‌دهند. طبق این پارادوکس، افراد مسن‌تر به‌رغم مواجهه با چالش‌های سلامتی و فقدان عزیزان، عموماً بهزیستی هیجانی بهتری را گزارش می‌کنند. مارتینز-کلین^۲ و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان دادند بیمارانی که سن بیشتری دارند میزان کمتری از عدم قطعیت، استرس اجتماعی و موقعیتی را گزارش کردند و بیشترین به تنظیم هیجان توجه دارند. از این رو، در پژوهش حاضر رابطه سن با پریشانی روانی بیماران بررسی شد و اثر سن بر روابط متغیرهای مدل با پریشانی روانی کنترل شد.

در مجموع، مرور پیشینه نشان می‌دهد که پژوهش‌های قبلی به تجربیات روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته‌اند، اما آزمون همزمان اثر محتواهای روانی و فرایندهای روانی در تبیین پریشانی روانی این بیماران مطالعه نشده است. بنابراین، این مسأله قابل طرح است که کدام یک از دو عامل روان‌شناختی (یعنی محتواها و فرایندها) نقش قابل‌توجه‌تری در توضیح پریشانی روانی مبتلایان به سرطان پستان دارد، و آن‌گونه که طبق رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل فرض است آیا انعطاف‌پذیری روانی به عنوان یک فرایند روانی می‌تواند رابطه بین ترس از عود و انگ ادراک‌شده با پریشانی روانی را میانجی کند. طرح این مسأله در واقع آزمون فرض اساسی و زیربنایی رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بافت بیماری سرطان پستان است، و روان‌شناسان سلامت را یاری می‌کند تا تصمیم بگیرند در کاهش پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان پستان بر تغییر محتواهای روانی یا بر تغییر چگونگی پاسخ‌دهی به این محتواها (یعنی تغییر فرایندهای روانی) تمرکز کنند. از این رو، پژوهش حاضر به منظور پرداختن به خلاء مذکور، با هدف بررسی رابطه میان بین انگ ادراک‌شده و ترس از عود با پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان، و ارزیابی نقش میانجی‌گر انعطاف‌پذیری روانی انجام شد. مدل مفهومی پژوهش حاضر در شکل شماره ۱ قابل مشاهده است.

فرضیه ۱. ترس از عود با پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان رابطه دارد.

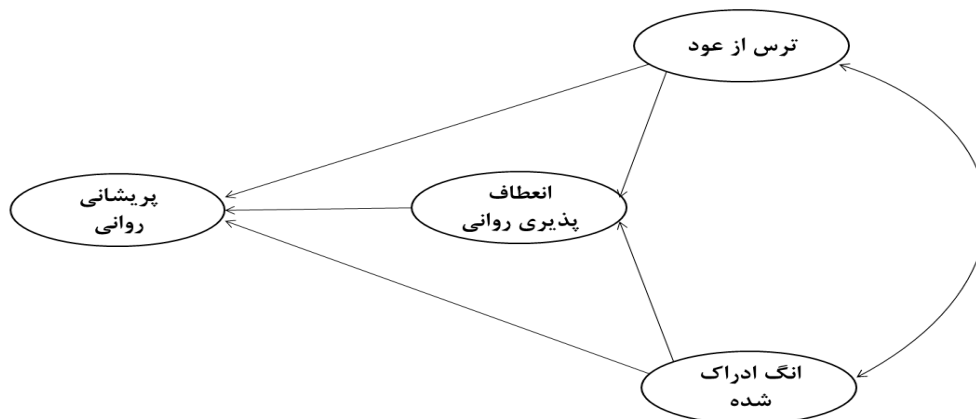
فرضیه ۲. انگ ادراک‌شده با پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان رابطه دارد.

فرضیه ۳. انعطاف‌پذیری روانی رابطه ترس از عود و انگ ادراک‌شده با پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان را میانجی می‌کند.

فرضیه ۴. سن با پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان رابطه دارد.

1. Best

2. Martins-Klein



شکل شماره ۱. مدل مفهومی اولیه پژوهش

روش پژوهش

در روش پژوهش مقطعی حاضر از طرح همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری استفاده شد. در این پژوهش پیشانی روانی به عنوان متغیر وابسته، ترس از عود و انگ ادراک شده به عنوان متغیرهای مستقل، و انعطاف پذیری روانی به عنوان متغیر میانجی گر در نظر گرفته شد. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان بودند که در بازه زمانی اسفند ۱۴۰۱ تا مهر ۱۴۰۲ به بخش های سرطان مراکز درمانی شهر تهران (شامل بیمارستان امام خمینی، بیمارستان آسیا و بیمارستان حضرت رسول اکرم) مراجعه کردند. برای تعیین حجم نمونه از پیشنهاد کلاین^۱ (۲۰۱۵) استفاده شد که حداقل حجم نمونه برای پژوهش های معادلات ساختاری را ۲۰۰ شرکت کننده می داند. با این حال، با در نظر گرفتن نرخ ریزش ۱۰ درصدی (ناقص بودن احتمالی پاسخ های تعدادی از شرکت کنندگان به پرسشنامه ها)، ۲۲۰ شرکت کننده که رضایت آگاهانه داشتند وارد مطالعه شدند. در فرایند غربالگری، داده های ۱۹ نفر حذف و در نهایت ۲۰۱ نفر وارد تحلیل نهایی شدند. برای نمونه گیری از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. ملاک های ورود شامل جنسیت زن، داشتن مدرک تحصیلی سوم راهنمایی و بالاتر، سن ۲۴ تا ۶۰ سال، و ابتلا به سرطان پستان؛ و ملاک های خروج شامل ابتلا همزمان به سایر بیماری های مزمن (مانند دیابت)، سن کمتر از ۲۴ یا بالاتر از ۶۰ سال، و خودگزارشی سابقه دریافت تشخیص های روانپزشکی قبل از ابتلا به سرطان پستان که با یک سؤال در پرسشنامه جمعیت شناختی مورد ارزیابی قرار گرفت (آیا قبل از ابتلا به بیماری سرطان پستان، توسط روانپزشک یا روانشناس تشخیص یک اختلال روانی مانند افسردگی، اضطراب، وسواس، اختلال شخصیت و پانیک را دریافت کرده اید؟).

در پژوهش حاضر، بعد از اینکه کد تأییدیه اخلاق از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه ارومیه (IR.URMIA.REC.1402.006) دریافت گردید به بیمارستان های مربوطه مراجعه شد و اهداف علمی و اصول اخلاقی حاکم بر این پژوهش برای مسئولان بیمارستان توضیح داده شد. بعد از آن نسبت به شناسایی و برقراری ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان پستان اقدام گردید. در این مرحله، توضیحات لازم در مورد اصول اخلاقی (مانند رازداری و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش) و اهداف علمی و

^۱. Kline

۶۲..... مدل ساختاری روابط میان انگ ادراک شده، ترس از عود، و انعطاف‌پذیری روانی با ...

کاربردی که این پژوهش دنبال می‌کند در اختیار بیماران قرار داده شد. سپس، از میان بیمارانی که با رضایت آگاهانه داوطلب شرکت در پژوهش بودند کسانی که واجد ملاک‌های ورود (و فاقد ملاک‌های خروج) بودند وارد مطالعه شدند. با شرکت‌کنندگان انتخاب‌شده در مورد زمان (روز و ساعت) پاسخ‌گویی آنلاین به ابزارهای پژوهش (که در بخش بعدی، هر کدام توضیح داده شده‌اند) توافق گردید و شیوه پاسخ‌گویی به پرسشنامه آنلاین برای آنان توضیح داده شد. در گام بعدی، در زمان مقرر لینک پرسشنامه آنلاین (که در سایت پرس‌لاین تعریف شده بود) در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. آنها با ورود به صفحه آنلاین پرسشنامه، ابتدا توضیحات مرتبط با رضایت از شرکت در پژوهش را علامت می‌زدند و سپس به هر یک از پرسشنامه‌ها پاسخ می‌دادند. در نهایت، داده‌های حاصل از پاسخگویی شرکت‌کنندگان به ابزارهای پژوهش در قالب یک فایل اکسل از سایت پرس‌لاین دانلود شد و برای تجزیه و تحلیل آماری وارد نرم‌افزار اسپ‌اس‌اس گردید. در نهایت، تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها انجام شد.

ابزارها

پرسشنامه پریشانی روانی کسلر (K10):^۱ این مقیاس توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲؛ نقل از یعقوبی، ۱۳۹۴) در ۱۰ گویه تدوین شد، و فقط یک نمره کل دارد. گویه‌ها در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (صفر = هیچ وقت، یک = به ندرت، دو = گاهی اوقات، سه = اغلب اوقات، چهار = همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل حاصل جمع نمرات همه گویه‌ها است که در دامنه ۰ تا ۴۰ به دست می‌آید. نمره بالاتر بیانگر سطح بالاتری از اضطراب و افسردگی در چند هفته اخیر است. مقدار پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در فاصله زمانی یک تا دو هفته، برابر با ۰/۸۰ در نمونه‌های مراجعه‌کننده برای درمان، و ۰/۷۶ در نمونه‌های غیرمراجعه‌کننده برای درمان گزارش شد. همچنین روایی افتراقی آن در تمایزدهی بین افراد دارای و فاقد اختلالات روانی، با نمره ۰/۸۷ - ۰/۸۸ تأیید شد. در ایران نیز یعقوبی (۱۳۹۴) این پرسشنامه را هنجاریابی کرد که نشان داد این ابزار بر حسب نقطه برش ۸، حساسیت ۸۱ درصد، و ویژگی ۸۰/۵ درصد، و خطای کلی طبقه‌بندی ۱۶/۵ درصد، از روایی ملاکی مطلوبی در رابطه با فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب^۲ برخوردار است. همچنین، یعقوبی (۱۳۹۴) همسانی درونی این پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش داد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه حاضر در این پژوهش ۰/۹۵ بود.

فرم کوتاه سنجۀ ترس از عود سرطان (FCRI-SF):^۳ این ابزار خودگزارشی توسط سیمارد و ساوارد^۴ (۲۰۱۵) تدوین شد. نسخه کوتاه آن دارای ۹ گویه است، و صرفاً دارای یک نمره کل است. گویه‌ها به صورت لیکرت پنج درجه‌ای (صفر = اصلاً، یک = کمی، دو = تاحدی، سه = زیاد، ۴ = خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این مقیاس در بازه صفر تا ۳۶ به دست می‌آید و نمره بالاتر نشان‌دهنده ترس بیشتر فرد از عود سرطان است. سیمارد و ساوارد (۲۰۱۵) گزارش کردند که روایی افتراقی آن بر اساس نمره برش ۱۳ با میزان حساسیت بهینه ۸۸ درصد و ویژگی ۷۸ درصد برای غربالگری سطوح بالینی ترس از عود تأیید

1. Kessler Psychological Distress Scale-10 (K10)

2. Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

3. Fear of Cancer Recurrence Inventory-Short Form (FCRI-SF)

4. Simard and Savard

شد، و پایایی بازآزمون یک ماهه آن را ۰/۸۰ گزارش دادند (نقل از کیارسی و همکاران، ۱۴۰۰). در ایران کیارسی و همکاران (۱۴۰۰) همسانی درونی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش دادند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس انگ بیماری‌های مزمن-۸ گویه‌ای (SSCI-8):^۱ این مقیاس توسط مولینا^۲ و همکاران (۲۰۱۳) ساخته شد. این ابزار یک فرم کوتاه ۸ گویه‌ای است، و دارای دو خرده‌مقیاس انگ اعمال‌شده^۳ و انگ درونی‌شده^۴ است. گویه‌ها در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (یک = هرگز، دو = به ندرت، سه = گاهی اوقات، چهار = اغلب اوقات، پنج = همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل این مقیاس بین ۸ تا ۴۰ متغیر است و نمرات بالاتر بیانگر تجربه انگ بیشتر است. مولینا و همکاران (۲۰۱۳) مقدار آلفای کرونباخ کل و دو خرده‌مقیاس را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۷، و همچنین مقدار روایی همگرایی نمره کل آن را بر اساس همبستگی با نمره پایشانی روانی ۰/۳۱ گزارش کردند. در هنجاریابی نسخه فارسی، دریاافزون و همکاران (۲۰۲۰) به یک ساختار ۷ گویه‌ای دست یافتند و همبستگی بین گویه‌ای اصلاح‌شده این مقیاس در بازه ۰/۵۳ تا ۰/۷۵ قرار داشت. آنها به منظور ارزیابی روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده کردند و گزارش دادند که گویه‌های این مقیاس ۵۲ درصد از واریانس کل را توضیح می‌دهد، و برای تحلیل روایی همگرا/واگرای این مقیاس از شاخص میانگین واریانس استخراج شده^۵ استفاده کردند که ۰/۶۶ به دست آمد. همچنین، پایایی ترکیبی^۶ برابر با ۰/۷۸، و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II):^۷ این ابزار توسط بوند و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شد. پرسشنامه حاضر ۱۰ گویه دارد و شامل دو خرده‌مقیاس اجتناب تجربی^۸ و عمل در حضور افکار و احساسات دشوار^۹ است. نمره‌گذاری در طیف لیکرت هفت درجه‌ای (یک = به هیچ وجه، دو = به ندرت، سه = بسیار کم، چهار = برخی اوقات، پنج = اغلب اوقات، شش = بیشتر اوقات، هفت = همیشه) انجام می‌شود، ولی برخی گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل در دامنه ۱۰ تا ۷۰ به دست می‌آید و نمرات بالاتر نشانگر انعطاف‌ناپذیری و اجتناب تجربی بیشتر است (نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). بوند و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی روایی این پرسشنامه گزارش کردند که همبستگی این نسخه با نسخه اول همین پرسشنامه ۰/۹۷، با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۷۱، و با پرسشنامه سلامت روان ۰/۳۰ به دست آمد. همچنین، آنها ضریب بازآزمایی کل در فاصله ۳ و ۱۲ ماه را به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش دادند (نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۹۱). در هنجاریابی نسخه فارسی آن، عباسی و همکاران (۱۳۹۱) دو خرده‌مقیاس را اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی نام‌گذاری کردند. آنها در بررسی

1. Stigma Scale for Chronic Illnesses 8-Item Version (SSCI-8)

2. Molina

3. enacted stigma

4. internalized stigma

5. average variance extracted (AVE)

6. composite reliability (CR)

7. Acceptance and Action Questionnaire - II (AAQ-II)

8. experiential avoidance

9. action in the presence of difficult thoughts and feelings

۶۴ مدل ساختاری روابط میان انگ ادراک شده، ترس از عود، و انعطاف‌پذیری روانی با ...

روایی واگرایی این پرسشنامه، ضریب همبستگی آن با پرسشنامه‌های افسردگی بک و اضطراب بک را در جمعیت عمومی ۰/۵۹- و ۰/۴۴-، در افراد مبتلا به افسردگی به ترتیب ۰/۴۳- و ۰/۵۴-، و در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۰/۸۱- و ۰/۴۴- گزارش دادند. ضریب آلفای کرونباخ را در جمعیت عمومی ۰/۸۲، در افراد مبتلا به افسردگی اساسی به ترتیب ۰/۷۱، و در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۰/۸۴ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد.

بعد از غربال‌گری داده‌ها، برای تحلیل توصیفی شاخص‌های فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی محاسبه شد. بعد از اطمینان درباره مفروضه‌های آمار پارامتریک آزمون‌های همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری (با و بدون کنترل اثر سن) اجرا گردید. تحلیل‌ها از طریق SPSS-23 و AMOS-23 انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، از نظر وضعیت تأهل ۲۱ نفر (۱۰/۴ درصد) مجرد، ۱۵۵ نفر (۷۷/۱ نفر) متأهل، ۹ نفر (۴/۵ درصد) فوت همسر، و ۱۶ نفر (۸ درصد) طلاق را گزارش دادند. همچنین، از نظر تحصیلات ۸۲ نفر (۴۰/۸ درصد) دیپلم و پایین‌تر، ۲۴ نفر (۱۱/۹ درصد) کاردانی، ۴۹ نفر (۲۴/۴ درصد) کارشناسی، ۳۵ نفر (۱۷/۴ درصد) کارشناسی ارشد، ۱۱ نفر (۵/۵ درصد) دکتری بودند. میانگین (انحراف استاندارد) سن آزمودنی ۴۶/۶۸ (۸/۳۱) بود. یافته‌های توصیفی مرتبط با متغیرهای پژوهش و ضرایب همبستگی میان آنها در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

طبق جدول شماره ۱، مقدار چولگی متغیرها در بازه ۰-۰/۳۵ تا ۱/۴۸، و مقدار کشیدگی آنها در بازه ۰-۰/۶۸ تا ۱/۴۵ قرار دارد (جدول شماره ۱). این مقادیر چولگی و کشیدگی نشانگر برقرار بودن مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرهاست. همچنین، جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که متغیرهای ترس از عود ($r=0/54, P \leq 0/001$) و انگ ادراک شده ($r=0/55, P \leq 0/001$) همبستگی مثبت و معناداری با پریشانی روانی دارند، اما انعطاف‌پذیری روانی ($r=0/72, P \leq 0/001$) و سن ($r=0/25, P \leq 0/001$) همبستگی منفی و معناداری با پریشانی روانی دارند. با این حال، بزرگ‌ترین ضریب همبستگی با پریشانی روانی مربوط به انعطاف‌پذیری روانی است.

جدول شماره ۱. شاخص‌های توصیفی و ضریب همبستگی میان متغیرها

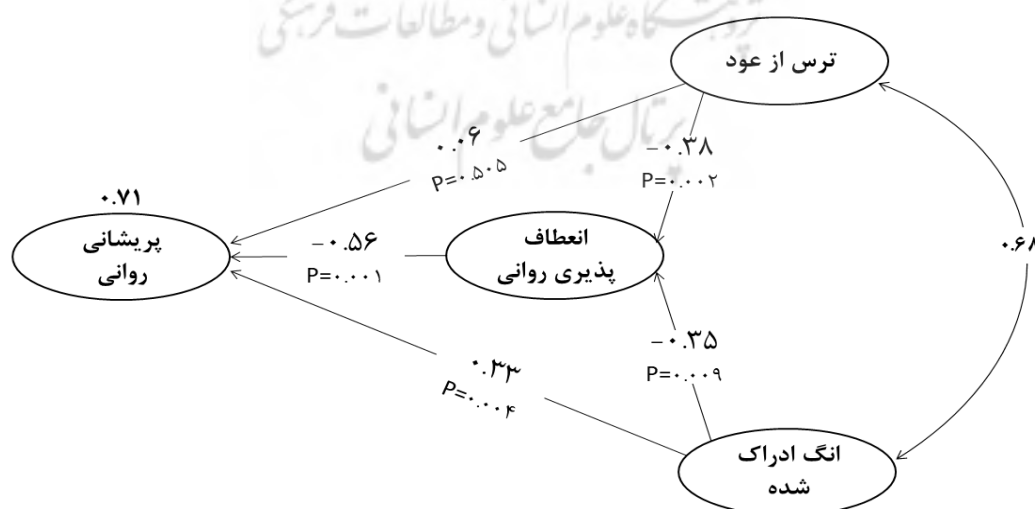
متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	۱	۲	۳	۴
۱- پریشانی روانی	۱۵/۸۹	۹/۸۲	۰/۴۳	-۰/۶۸				
۲- ترس از عود	۲۳/۰۶	۷/۷۸	۰/۳۵	-۰/۶۰	۰/۵۴**			
۳- انگ ادراک شده	۱۰/۰۵	۴/۱۰	۱/۴۸	۱/۴۵	۰/۵۵**	۰/۵۰**		
۴- انعطاف‌پذیری روانی	۴۴/۹۵	۱۲/۹۲	-۰/۳۵	-۰/۷۳	-۰/۷۲**	-۰/۵۲**	-۰/۴۵**	
۵- سن	۴۶/۶۸	۸/۳۱	-۰/۰۷	-۰/۶۸	-۰/۲۵*	-۰/۱۸*	-۰/۲۳**	۰/۱۷*

به منظور اجرای معادلات ساختاری، در ابتدا مدل اندازه‌گیری تعریف شد که ۲۳ نشانگر داشت. ارزیابی مدل اندازه‌گیری نشان داد که همه نشانگرها دارای بار عاملی قابل قبول و معناداری هستند، و این مدل از برازش مناسبی برخوردار بود. با این حال، انجام برخی اصلاحات به بهبود برازش مدل کمک می‌کرد، بنابراین، خطاهای برخی نشانگرهای متغیر ترس از عود و همچنین متغیر پریشانی روانی به هم دیگر وصل شدند. سپس، مدل اندازه‌گیری دوباره آزمون شد که برازش مطلوبی را نشان داد، و در نهایت مدل ساختاری پژوهش ارزیابی شد (شکل شماره ۱). نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش در بازه قابل قبولی قرار دارند.

جدول شماره ۲. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

RMSEA	CFI	TLI	IFI	NFI	CMIN/DF	CMIN
۰/۰۵۵	۰/۹۶	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۰	۱/۶۱	۳۳۸/۴۵

شکل شماره ۲ و جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که ترس از عود با ضریب مسیر ۰/۰۶ اثر مستقیم معناداری بر پریشانی روانی نداشت ($p > ۰/۰۵$) که در شکل با نقطه‌چین نشان داده شده است، اما انگ ادراک شده با ضریب مسیر ۰/۳۳ ($p < ۰/۰۱$)، و انعطاف‌پذیری روانی با ضریب مسیر ۰/۵۶- ($p \leq ۰/۰۰۱$) اثر مستقیم معناداری بر پریشانی روانی داشت. همچنین، ترس از عود با ضریب مسیر ۰/۳۸- ($p < ۰/۰۱$)، و انگ ادراک شده با ضریب مسیر ۰/۳۵- ($p < ۰/۰۱$) اثر مستقیم معناداری بر انعطاف‌پذیری داشت. در واقع، مقادیر ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده پریشانی روانی در این مدل است.



شکل شماره ۲. مدل پژوهش در حالت ضرایب استاندارد و معناداری ضرایب

۶۶..... مدل ساختاری روابط میان انگ ادراک شده، ترس از عود، و انعطاف‌پذیری روانی با ...

افزون بر این، برای ارزیابی روابط غیرمستقیم از آزمون بوت استروپ (با ۵۰۰۰ گردش) استفاده شد (جدول شماره ۳). این آزمون نشان داد که انعطاف‌پذیری روانی به طور معناداری رابطه میان هر یک از دو متغیر ترس از عود و انگ ادراک‌شده با پریشانی روانی را میانجی می‌کند. در واقع، ترس از عود حدود ۲۱ درصد، و انگ ادراک‌شده نیز حدود ۱۹ درصد از واریانس پریشانی روانی را از طریق انعطاف‌پذیری روانی تبیین می‌کنند.

جدول شماره ۳. نتایج ارزیابی مسیرهای مستقیم و میانجی با روش بوت-استروپ

معناداری	ضرایب استاندارد	اثرات مستقیم / میانجی
اثرات مستقیم:		
۰/۵۰۵	۰/۰۶	ترس از عود --> پریشانی روانی
۰/۰۰۴	۰/۳۳	انگ ادراک‌شده --> پریشانی روانی
$P \leq ۰/۰۰۱$	-۰/۵۶	انعطاف‌پذیری روانی --> پریشانی روانی
۰/۰۰۲	-۰/۳۸	ترس از عود --> انعطاف‌پذیری روانی
۰/۰۰۹	-۰/۳۵	انگ ادراک‌شده --> انعطاف‌پذیری روانی
اثرات میانجی:		
$P = ۰/۰۲۵$	۰/۲۱	ترس از عود --> انعطاف‌پذیری روانی --> پریشانی روانی
$P = ۰/۰۰۷$	۰/۱۹	انگ ادراک‌شده --> انعطاف‌پذیری روانی --> پریشانی روانی

به منظور کنترل آماری اثر سن در مدل ساختاری پژوهش حاضر، آزمون آماری معادلات ساختاری یک بار دیگر اجرا شد، و طبق پیشنهاد کلاین (۲۰۱۵) از روش افزودن سن به عنوان متغیر برون‌زا^۱ استفاده شد. با استفاده از این روش، بعد از اینکه اثر سن بر پریشانی روانی کنترل شد مدل ساختاری پژوهش همچنان از برازش قابل قبولی برخوردار بود ($CMIN/DF = ۱/۵۴$ ، $NFI = ۰/۹۰$ ، $IFI = ۰/۹۶$ ، $TLI = ۰/۹۵$ ، $CFI = ۰/۹۵$ ، و $RMSEA = ۰/۰۵۲$). همچنین، نتایج این تحلیل نشان داد که اثر ترس از عود بر پریشانی روانی با ضریب مسیر ۰/۰۶ همچنان غیرمعنادار است ($p = ۰/۵۱۳$)؛ اثر انگ ادراک‌شده بر پریشانی روانی با ضریب مسیر ۰/۳۱ ($p = ۰/۰۰۷$) و اثر انعطاف‌پذیری روانی بر پریشانی روانی با ضریب مسیر ۰/۵۵ ($p = ۰/۰۰۱$) هنوز معنادار بود. بنابراین، کنترل کردن سن تغییر قابل توجهی در روابط میان متغیرهای ترس از عود، انگ ادراک‌شده و انعطاف‌پذیری روانی با پریشانی روانی ایجاد نکرد، که به دلیل اثر غیرمعنادار سن در تبیین بخش بسیار کوچکی از واریانس پریشانی روانی در مدل حاضر است ($\beta = -۰/۰۷$ ، $p = ۰/۱۷۹$).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به منظور ارزیابی نقش انگ ادراک‌شده، ترس از عود، و انعطاف‌پذیری روانی زنان مبتلا به سرطان پستان در پیش‌بینی پریشانی روانی آنان انجام شد. یافته‌های حاصل از آزمون فرضیه‌های این پژوهش در ادامه مورد بحث قرار گرفته است.

^۱ Exogenous Variable

آزمون فرضیه ۱ نشان داد که ترس از عود همبستگی مثبتی با پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان دارد، اما در آزمون مدل ساختاری اثر معناداری بر پریشانی روانی ندارد. همبستگی مثبت ترس از عود با پریشانی روانی در یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های رای و همکاران (۲۰۲۲)، کوان و همکاران (۲۰۲۲) و کاسوانتو و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. این یافته می‌تواند به این دلیل باشد که وقتی زنان مبتلا به سرطان پستان میزان بالایی از ترس از عود را تجربه می‌کنند این ترس پیامدهای شناختی، هیجانی و رفتاری را برای آنان به دنبال دارد. میزان زیاد ترس از عود نوعی سوگیری توجه را به سمت بخش‌های ناخوشایند و غیردلخواه زندگی و بیماری فعلی ایجاد می‌کند، و به صورت یک محرک راه‌انداز موجب فراخوانی افکار و باورهای منفی فرد در مورد زندگی کنونی و آینده‌اش می‌شود، در نتیجه او نگران و دلواپس اتفاقات تلخ و دردناک پیش‌بینی شده آینده می‌شود. این موضوع موجب تشدید و تداوم هیجان‌هایی مانند اضطراب و افسردگی در او می‌شود که افت فعالیت‌ها و رفتارهای معنادار را نیز در پی خواهد داشت. این موضوع با یک مطالعه اخیر در استرالیا در میان بازماندگان سرطان پستان همراستا است که نشان داد ترس از عود میزان بالایی از اضطراب، افسردگی، استرس و خستگی بیماران را به همراه دارد (کاسوانتو و همکاران، ۲۰۲۳). با این همه، به نظر می‌رسد رابطه میان ترس از عود و پریشانی روانی، هنگامی که اثرات سایر متغیرهای اثرگذار مانند انعطاف‌پذیری روانی وارد مدل شود، محدود و ناچیز می‌گردد، و به تعبیری دقیق‌تر، اثر ترس از عود بر پریشانی روانی عمدتاً به صورت یک اثر غیرمستقیم رخ می‌دهد (که در بخش‌های بعدی تبیین شده است).

آزمون فرضیه ۲ نشان داد که رابطه انگ ادراک‌شده با پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان پستان معنادار است و اثر مثبت معنی‌داری بر افزایش پریشانی روانی آنان دارد. این یافته با نتایج مطالعات فام و همکاران (۲۰۲۱) و دهقان و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در توضیح این یافته لازم است به این توجه شود که انگ ادراک‌شده زمانی اتفاق می‌افتد که فرد از ارزیابی‌های منفی که دیگران نسبت به او دارند آگاه و باور پیدا کند (سابا و همکاران، ۲۰۲۱)، که این می‌تواند موجب واکنش‌های عاطفی ناخوشایند و انتخاب‌های مشکل‌ساز در زنان مبتلا به سرطان پستان شود. برای مثال، نگرش‌های انگ‌زننده تمایل بیمار برای صحبت درباره تشخیص بیماری خود را محدود و کم می‌کند که منجر به عدم رسیدگی او به مشکلات روانشناختی احتمالی خود و بروز مشکلات سلامت روانی می‌شود و کارایی آنها را در تصمیم‌گیری و پایبندی موفق به درمان کاهش می‌دهد. همچنین، وقتی زنان مبتلا به سرطان این باور را دارند که دیگران در موردشان نگرش‌های منفی دارند آنها احتمالاً سوگیری‌ها، تبعیض‌ها و نابرابری‌های اجتماعی/خانوادگی واقعی یا ادراک‌شده‌ای را تجربه می‌کنند که موجب نارضایتی و ناراحتی مکرر آنان می‌شود. این گونه تجربیات موجب می‌شود آنان به خاطر این که کنترلی روی نگرش‌ها و واکنش‌های منفی دیگران نسبت به خودشان و پیامدهای اجتماعی منفی ناشی از آن ندارند دچار اضطراب و اندوه زیادی شوند (سابا و همکاران، ۲۰۲۱؛ اسکویز و همکاران، ۲۰۲۱)، که محرک پریشانی روانی در آنان است. همچنین، وقتی این بیماران انگ درونی شده را تجربه می‌کنند، یعنی هنگامی که بیماران ارزیابی منفی دیگران در مورد وضعیت خود را می‌پذیرند و با آن همانندسازی می‌کنند (اسکویز و همکاران، ۲۰۲۱)، موجب آسیب به خودپنداره آنان می‌شود و آنان به این نتیجه می‌رسند که متفاوت از دیگران‌اند و لایق این پیام‌های منفی و طردشدن هستند. هر چقدر این همانندسازی با پیام‌های اجتماعی منفی بیشتر باشد خودپنداره بیشتر در معرض آسیب قرار می‌گیرد و فرد بیشتر دچار اضطراب و افسردگی (پریشانی روانی) می‌شود.

۶۸ مدل ساختاری روابط میان انگ ادراک شده، ترس از عود، و انعطاف‌پذیری روانی با ...

نتایج نشان داد که فرضیه ۳ تأیید می‌شود. این یافته همسو با نتایج هافمن و همکاران (۲۰۲۱)، مارتین و پکنهام (۲۰۲۲) و سیروتیاک و همکاران (۲۰۲۴) است. در واقع، این یافته همراستا با مفروضه زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسال، ۱۳۹۹) نشان می‌دهد که وقتی زنان دچار سرطان پستان می‌شوند گرچه ترس از عود و انگ ادراک شده می‌تواند تا حدودی موجب ایجاد پریشانی روانی در آنان شود، اما اگر آنان از انعطاف‌پذیری روانی کافی برخوردار باشند (یعنی، به طور کلی، نسبت به این محتواهای دردناک روانی توجه‌آگاهی، پذیرش و گشودگی داشته باشند و همچنان ارزش‌های زندگی‌شان را به صورت متعهدانه پیگیری کنند) به رغم وجود ترس از عود و انگ ادراک شده می‌توانند سلامت روانی خود را حفظ کنند و احتمال وقوع پریشانی روانی در آنان کاهش می‌یابد. دلیلی که می‌توان برای این موضوع ذکر کرد این است که وقتی افراد از انعطاف‌پذیری روانی برخوردار هستند به جای آمیختگی با و غرق شدن در افکار، ادراک‌ها و هیجان‌های دردناک خود (مانند ترس از عود و انگ ادراک شده) یا تلاش‌های افراطی و مکرر برای اجتناب از آنها و آثار روان‌شناختی متعاقب‌شان، می‌توانند بر روی آنها موج‌سواری کنند و به سلامت از این امواج دردناک تجارب ناخوشایند درونی عبور کنند. این موضوع همخوان با شواهدی از مطالعه مارتین و پکنهام (۲۰۲۲) است که نشان داد انعطاف‌پذیری روانی بیشتر با کاهش پریشانی روانی و ترس از مرگ و همچنین بهبود کیفیت زندگی بیماران همراه است.

آزمون فرضیه ۴ نشان داد که سن با پریشانی روانی رابطه منفی دارد به این صورت که هر چقدر سن زنان مبتلا به سرطان پستان بالاتر بود آنها میزان کمتری از پریشانی روانی را تجربه می‌کردند. این یافته همخوان با نتایج مارتینز-کلین و همکاران (۲۰۲۱) است. در واقع، هر چه سن زنان کمتر باشد تکالیف تحولی بیشتری پیش‌رو دارند (مانند ازدواج، روابط جنسی رضایت‌بخش، بچه‌دار شدن، اشتغال و غیره)، که این موجب می‌شود وقتی تشخیص سرطان پستان را دریافت می‌کنند و در معرض درمان‌های دشوار آن (مانند رادیوتراپی و شیمی درمانی) قرار می‌گیرند در رابطه با امکان برآورده کردن آن تکالیف تحولی به احتمال بیشتری احساس ناکامی و اضطراب کنند، اما بالاتر بودن سن موجب کاهش نگرانی در مورد تکالیف تحولی و کاهش پریشانی می‌شود. همچنین، آن‌گونه که مارتینز-کلین و همکاران (۲۰۲۱) بیان می‌کنند احتمالاً بیمارانی که سن بیشتری دارند از تنظیم هیجانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (بست و همکاران، ۲۰۲۳) بیشتر بهره می‌گیرند. با این حال، هنگامی که سن در کنار سایر متغیرها در مدل پژوهش گنجانده شد نقش معناداری در تبیین پریشانی روانی ایفا نکرد، و همچنین نتوانست رابطه متغیرهای پژوهش با پریشانی روانی را به‌طور معناداری تحت تأثیر قرار دهد.

مطالعه حاضر نشان داد که هم محتواهای روانی (شامل ترس از عود به صورت غیرمستقیم و انگ ادراک شده به صورت مستقیم و غیرمستقیم) و هم فرایندهای روانی (شامل انعطاف‌پذیری روانی) در تعیین میزان پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان نقش مهمی دارند. با این حال، نقش انعطاف‌پذیری روانی به عنوان یک فرایند روان‌شناختی مهم‌تر و کلیدی‌تر از نقش ترس از عود و انگ ادراک شده (به عنوان محتواهای روان‌شناختی) است. این یافته‌ها در راستای فرض زیربنایی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد است. افزون بر این، انعطاف‌پذیری روانی میانجی‌گر رابطه میان ترس از عود و انگ ادراک شده با پریشانی روانی است.

به طور کلی، یافته‌های این مطالعه نشان داد که انگ ادراک شده به صورت مستقیم و غیرمستقیم (با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روانی)، و ترس از عود نیز با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری روانی نقش معناداری در تبیین پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان

پستان دارد. با این حال، انعطاف‌پذیری روانی قوی‌ترین رابطه مستقیم با پریشانی روانی را دارد و همچنین، رابطه انگ ادراک‌شده و ترس از عود با پریشانی روانی را با میانجی می‌کند. این پژوهش موجب بسط رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به حوزه سرطان پستان و فراهم کردن شواهدی در راستای این رویکرد شد. با این حال، پژوهش حاضر با برخی محدودیت‌ها شامل عدم امکان کنترل وضعیت درمانی / دارویی بیماران، عدم کنترل سطح تغییرات/تخلیه ناحیه پستان مواجه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود این دو متغیر در پژوهش‌های آینده کنترل شوند یا اثر تعدیل‌کننده آنها ارزیابی شود. افزون بر این، بر اساس این یافته‌ها پیشنهاد می‌شود در تدوین برنامه‌های سلامت روان برای بهبود پریشانی روانی زنان مبتلا به سرطان پستان، به مداخله در ترس از عود و انگ ادراک‌شده پرداخته شود و این برنامه‌ها بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانی بیماران تدوین و اجرا شوند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری نویسنده اول است. پژوهشگران این مطالعه کمال قدردانی خود را از شرکت‌کنندگان پژوهش و تمام کسانی که به اجرای مطالعه حاضر کمک کردند اعلام می‌دارند.

منابع مالی

تمام منابع مالی این پژوهش توسط نویسنده اول تأمین شد.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه اظهار می‌دارند که تعارض منافع وجود ندارد.

منابع

- حمایت‌خواه، مجتبی و صفارزاده جهرمی، حسن. (۱۴۰۱). تجربه انگ اجتماعی در مبتلایان به HIV/AIDS. *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۱۶(۲)، ۲۸-۴۶. DOI: 10.22034/jss.2022.522796.1493
- عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید. (۱۳۹۱). کفایت روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۲(۱۰)، ۶۵-۸۰. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_61.html
- قضاوی، حامد؛ سحاب‌نگاه، سجاد؛ گرجی، علی؛ وفائی، فرزانه و فروزانفر، فاطمه. (۱۴۰۱). استیگما در بیماران مبتلا به صرع: بخش سانسور شده از زمان باستان تاکنون. *مجله شفای خاتم*، ۱۰(۲)، ۱۲۶-۱۳۲. <http://shefayekhatam.ir/article-1-2280-fa.html>
- کیارسی، زیبا؛ عمادیان، سیده علیا و فخری، محمدکاظم. (۱۴۰۰). اثربخشی معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه مراقبت سرطان*، ۲(۱)، ۱-۳. <http://ijca.ir/article-1-118-fa.html>
- هیز، اس.سی. و استروسال، ک. (۲۰۰۴). *راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی*. اکرم خمسه. (۱۳۹۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- یعقوبی، حمید. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-۱۰). *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۵۷-۴۵. https://japr.ut.ac.ir/article_57963_en.html

- Abasi, E., Fti, L., Molodi, R., Zarabi, H. (2013). Psychometric properties of persian version of Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psychological Models and Methods*, 3(2), 65–80. https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article_61.html. (Text in persian)
- American Psychological association. (2023). *Psychological distress*. APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/psychological-distress> [02.01.2023].
- Best, R., Strough, J and Bruine de Bruin, W. (2023). Age differences in psychological distress during the covid-19 pandemic: March 2020–June 2021. *Frontiers in Psychology*, 14 (1), 1101353. DOI: [10.3389/fpsyg.2023.1101353](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1101353)
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., Zettle, R.D (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42 (4), 676-688. DOI: [10.1016/j.beth.2011.03.007](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007)
- Chaudoir, P.R., Earnshaw, M.M., Andel, K.L. (2020). Stigma and cancer: a review of the literature. *Psychosocial Oncology*, 45(3), 195-209. <https://doi.org/10.1002/pon.5611>
- Daryaafzoon, M., Amini-Tehrani, M., Zohrevandi, Z., Hamzehlouiyani, M., Ghotbi, A., Zarrabi-Ajami, S., Zamanian, H. (2020). Translation and factor analysis of the stigma scale for chronic illnesses 8-item version among Iranian women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21 (2), 449-455. DOI: [10.31557/APJCP.2020.21.2.449](https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.2.449)
- Dehghan, M., Hasani, J., Moradi, A., Mohammadkhani, S. (2022). Transitional self-disappear: the journey of cancer survivors to self re-coherence in a Middle East society. *Supportive Care in Cancer*, 30 (5), 4231-4241. DOI: [10.1007/s00520-021-06783-9](https://doi.org/10.1007/s00520-021-06783-9)
- Ghazavi, H., Sahab negah, S., Gorji, A., Vafae, F., forouzanfar, F. (2022). Stigma in patients with epilepsy: censored side from ancient times to the present. *Shefaye Khatam*. 10(2), 126-132. <http://shefayekhatam.ir/article-1-2280-fa.html>. (Text in persian)
- Gramling, R., Straton, J., Ingersoll, L.T., Clarfeld, L.A., Hirsch, L., Gramling, C.J., Durieux, B.N., Rizzo, D.M., Eppstein, M.J., Alexander, S.C. (2021). Epidemiology of fear, sadness, and anger expression in palliative care conversations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61 (2), 246-253. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2020.08.017](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.017)
- Hayes, S.C., Strosahl, K. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Akram Khamse. (2020). Tehran. Arjomand Publications.
- Hemayatkhah, M., Safarzadeh jahromi, H. (2022). The experience of social stigma in people with HIV/AIDS. *Journal of Iranian Social Studies*, 16(2), 28-46. DOI: [10.22034/jss.2022.522796.1493](https://doi.org/10.22034/jss.2022.522796.1493). (Text in persian)
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C., & Lorscheid, D. N. (2021). *Learning process-based therapy: A skills training manual for targeting the core processes of psychological change in clinical practice*. New Harbinger Publications.
- Ise, M., Nakata, E., Katayama, Y., Hamada, M., Kunisada, T., Fujiwara, T., Nakahara, R., Takihira, S., Sato, K., Akezaki, Y., Senda, M., Ozaki, T. (2021). Prevalence of psychological distress and its risk factors in patients with primary bone and soft tissue tumors. *Healthcar*, 9 (5), 566. DOI: [10.3390/healthcare9050566](https://doi.org/10.3390/healthcare9050566)
- Khanjani, M.D., Mosavat, S., Bbahmani, B., Bakhshi, E. (2021). Comparison of the childhood trauma, mindfulness attention awareness and integrative self-knowledge in cancer patients and general population. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 27, (1), 32–47. DOI: [10.32598/ijpcp.27.1.3187.1](https://doi.org/10.32598/ijpcp.27.1.3187.1)

- Kiarasi, Z., Emadian, S.O., Fakhri, M.K. (2023). Effectiveness of logotherapy on fear of disease progression, death anxiety of cancer in women with breast cancer. *Iranian Journal of Cancer care*, 2 (1), 3–10. <http://ijca.ir/article-1-118-en.html>. (Text in persian)
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York: Guilford Press.
- Kuswanto, C. N., Sharp, J., Stafford, L., & Schofield, P. (2023). Fear of cancer recurrence as a pathway from fatigue to psychological distress in mothers who are breast cancer survivors. *Stress and Health*, 39(1), 197-208. DOI: [10.1002/smi.3180](https://doi.org/10.1002/smi.3180)
- Long, F., Zhao, S., Wei, X., Ng, S., Ni, X., Chi, A., Fang, P., Zeng, W., Wei, B. (2021). Positive and negative emotion classification based on multi-channel. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 15, 720451. DOI: [10.3389/fnbeh.2021.720451](https://doi.org/10.3389/fnbeh.2021.720451)
- Luigjes-Huizer, Y.L., Tauber, N.M., Humphris, G., Kasparian, N.A., Lam, W.W.T., Lebel, S., Simard, S., Smith, A.B., Zachariae, R., Afiyanti, Y., Bell, K.J.L., Custers, J.A.E., de Wit, N.J., Fisher, P.L., Galica, J., Garland, S.N., Helsper, C.W., Jeppesen, M.M., Liu, J., van der Lee, M.L. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 31 (6), 879-892 <https://doi.org/10.1002/pon.5921>
- Martin, C.L., Pakenham, K.I. (2022). The role of psychological flexibility in palliative care. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 160-170. DOI: [10.1016/j.jcbs.2022.05.004](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.004)
- Martinez-Calderon, J.M., García-Muñoz, C., Heredia-Rizo, A.M., Cano-García, F.J. (2024). The prevalence of anxiety and depression in cancer around the world: an overview of systematic reviews evaluating 128 meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 351, 701-719, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.259>
- Martins-Klein, B., Bamonti, P. M., Owsiany, M., Naik, A., & Moye, J. (2021). Age differences in cancer-related stress, spontaneous emotion regulation, and emotional distress. *Aging & Mental Health*, 25(2), 250-259. DOI: [10.1080/13607863.2019.1693972](https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1693972)
- McCracken, L.M. (2024). Psychological flexibility, chronic pain, and health. *Annual Review of Psychology*, 75, 601-624. DOI: [10.1146/annurev-psych-020223-124335](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020223-124335)
- Molina Y., Choi S.W., Cella, D., Rao, D. (2013). The stigma scale for chronic illnesses 8-item version (ssci-8): development, validation and use across neurological conditions. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(3), 450-60. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9243-4>
- Pham, N.T., Lee, J.J., Pham, N.H., Phan, T.D.Q., Tran, K., Dang, H.B., Teo, I., Malhotra, C., Finkelstein, E.A., Ozdemir, S. (2021). The prevalence of perceived stigma and self-blame and their associations with depression, emotional well-being and social well-being among advanced cancer patients: evidence from the approach cross-sectional study in Vietnam. *BMC Palliative Care*, 20 (1), 104. DOI: [10.1186/s12904-021-00803-5](https://doi.org/10.1186/s12904-021-00803-5)
- Quan, L., Wang, X., Lu, W., Zhao, X., Sun, J., Sang, Q. (2022). The relationship between fear of recurrence and depression in patients with cancer: the role of invasive rumination and catastrophizing. *Journal Frontiers in Psychiatry*, 13, 920315. DOI: [10.3389/fpsy.2022.920315](https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.920315)
- Rha, S.Y., Park, J.S., Choi, Y.Y., Hong, B., Lee, J. (2022). Fear of cancer recurrence and its predictors and outcomes among cancer survivors: A descriptive correlational study. *European Journal of Oncology Nursing*, 58, 102138. DOI: [10.1016/j.ejon.2022.102138](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102138)
- Roshandel, G., Ferlay, J., Ghanbari-Motlagh, A., Partovipour, E., Salavati, F., Aryan, K. (2021). Cancer in iran 2008 to 2025: Recent incidence trends and short-term predictions of the future burden. *International Journal of Cancer*, 149(3), 594-605. <https://doi.org/10.1002/ijc.33574>

- Saeidi, N., Kamrouz, S., Ranjbar, H., Saeidi, A. R. (2024). Factors affecting self-perceived stigma in cancer patients: A meta-synthesis. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 13(4), 228-237. <https://doi.org/10.34172/jqr.2024.32>
- Simard, S., Savard, J. (2015). Screening and comorbidity of clinical levels of fear of cancer recurrence. *Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 9 (3), 481-91. DOI: [10.1007/s11764-015-0424-4](https://doi.org/10.1007/s11764-015-0424-4)
- [Simard](#), S., [Savard](#). (2009). Fear of cancer recurrence inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care in Cancer*, 17 (3), 241-251. DOI: [10.1007/s00520-008-0444-y](https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y)
- Sirotiak, Z., Adamowicz, J.L. Thomas, E.B. (2024). Understanding psychological flexibility in long covid: Associations with stress, fatigue, and somatic symptom burden. *Current Psychology*, 43, 35736–35748. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06794-9>
- Smith, G.H., Zachariae, R., Lebel, S. (2021). Perceived stigma and quality of life in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*, 127(6), 1234-1245. <https://doi.org/10.1002/cncr.33401>
- Squiers, L., Siddiqui, M., Kataria, I., Dhillon, P., Aggarwal, A., Bann, C., et al. (2021). *Perceived, experienced, and internalized cancer stigma: Perspectives of cancer patients and caregivers in India [Internet]*. Research Triangle Park (NC): RTI Press. DOI: [10.3768/rtipress.2021.rr.0044.2104](https://doi.org/10.3768/rtipress.2021.rr.0044.2104)
- Subu, M.A., Wati, D.F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J.M., Abraham, M.S., Slewa-Younan, S., Al-Yateem, N. (2021). Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: A qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00502-x>
- World Health Organization. (2024). *Breast-cancer*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/breast-cancer>. [6/21/2024]
- Yaghubi, H. (2016). Psychometric properties of the 10 questions version of the Kessler psychological distress scale (K-10). *Journal of Applied Psychological Research*, 6 (4), 45–57. https://japr.ut.ac.ir/article_57963_en.html (Text in Persian)



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).