

بررسی تاثیر بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی بر حالت تهوع ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه شهرستان شیراز

الهه اسلمی^۱، اکرم ملک زاده^۲، معصومه ایزدی^۳

^۱گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۲گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۳کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، صندوق پستی ۱۹۳۹۵۴۶۹۷، تهران، ایران

چکیده

شیوع و بروز بیماریهای غیر واگیر در جهان به دلیل افزایش طول عمر، تغییر سبک زندگی و قرارگیری در معرض عوامل خطر رو به افزایش می‌باشد. مطالعات مختلفی سرطان را به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌ها در جهان نشان می‌دهد که از دیدگاه پزشکی، اپیدمیولوژیکی و اقتصادی دارای اهمیت زیادی است. پژوهش حاضر به بررسی تاثیر عوامل بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی بر تهوع ناشی از شیمی درمانی با میانجی‌گری مقابله اجتنابی در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهرستان شیراز پرداخته است. این پژوهش از جمله طرح‌های توصیفی از نوع همبستگی است. حدود ۲۱۱ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به درمانگاه مطهری و بیمارستان امیر شهر شیراز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۴۰۱ انتخاب شدند. این افراد پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، بهزیستی روان‌شناختی ردیف، پرسشنامه استاندارد بهزیستی اجتماعی کیز، و پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای پارکر و اندلر (CISS) و پرسشنامه و شاخص تهوع و استفراغ Rhodes، را تکمیل نمودند که پس از بررسی پرسشنامه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، بین بهزیستی روان‌شناختی و فاز حاد تهوع ناشی از شیمی درمانی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع حاد و تاخیری رابطه معناداری وجود ندارد. بین سبک مقابله اجتنابی و حالت تهوع تأخیری ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه تحت درمان به وسیله شیمی درمانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و این بدان معناست که بیماران که از مقابله اجتنابی زیاد استفاده می‌کند فاز تهوع تأخیری شدیدتری را تجربه می‌کنند. بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع تأخیری ناشی از شیمی درمانی با میانجی‌گری مقابله اجتنابی رابطه معناداری وجود دارد بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع حاد و تاخیری ناشی از شیمی درمانی با میانجی‌گری مقابله اجتنابی رابطه معناداری وجود ندارد.

کلمات کلیدی: سرطان سینه، حالت تهوع، روان‌شناختی، شیمی درمانی

مقدمه

شیوع و بروز بیماریهای غیر واگیر در جهان به دلیل افزایش طول عمر، تغییر سبک زندگی و قرارگیری در معرض عوامل خطر رو به افزایش می‌باشد. مطالعات مختلفی سرطان را به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌ها در جهان نشان می‌دهد که از دیدگاه پزشکی، اپیدمیولوژیکی و اقتصادی دارای اهمیت زیادی است. (رازی، ۲۰۱۵) سرطان، نوعی بیماری است که با ظاهر شدن غیر طبیعی ژنها بروز می‌کند. رشد بی‌رویه سلولهایی که سرطانی شده‌اند، سبب تهاجم و اشغال شدن فضای موجود می‌شود و به موجب آن، علائم از طریق خون و دستگاه لنفاوی و سایر ارگان‌ها بروز می‌کند. (زاهدی، ۲۰۱۵) در میان طیف گسترده‌ی سرطان‌ها، سرطان پستان دومین سرطان رایج در جهان با میزان بروز ۱/۷ میلیون مورد جدید در سال است؛ که ۲۵ درصد از مجموع ابتلا به سرطان‌ها را تشکیل می‌دهد. (فرلی^۱، ۲۰۱۵ و کگل^۲، ۲۰۰۹) شواهد حاکی از آن است که نوع سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با بهداشت، نقش بسزایی در ایجاد سرطان پستان بازی می‌کند. سابقه خانوادگی سرطان و استعمال سیگار می‌تواند خطر ابتلا به سرطان پستان را تا ۲ برابر افزایش دهد. (هجار^۳، ۲۰۰۱) از طرف دیگر، چاقی پس از یائسگی، استفاده از درمانهای جایگزینی هورمون، کم‌تحركی، مصرف کالری بالا و مصرف الکل به‌عنوان عوامل خطر ابتلا به این بیماری شناخته شده‌اند. در مقابل، داشتن فرزندان و تغذیه با شیر مادر می‌تواند یکی از عوامل پیشگیری از سرطان پستان باشد. (مارکز^۴، ۱۹۹۸)

سرطان انواع مختلفی دارد که هر کدام از آنها سبب شناسی، برنامه‌های درمانی و نیز علائم خاص خود را دارند. اغلب افرادی که به سرطان مبتلا می‌شوند با یک دوره فشار روانی مواجه می‌شوند. در بعضی از این بیماران فشار روانی به خودی خود از بین می‌رود و سبب مشکلات شدید نمی‌شود که این مسئله یک واکنش سازگاری طبیعی است. اما برخی دیگر از بیماران با مشکلات روانی شدیدتری روبرو می‌شوند که سبب کاهش کیفیت زندگی و نیز کاهش عملکرد روزانه آنها می‌شود که این موضوع سبب به وجود آمدن اختلال افسردگی اساسی و یا بروز باورهای غیر منطقی در آنها می‌شود. (اشپیگل^۱، ۲۰۱۶). اثرات زیانبار ناشی از سرطان باعث عدم تعادل و ناهماهنگی در فکر، جسم بیمار و روح او می‌شود که در این میان بیشترین حالتی را که فرد مبتلا به سرطان تجربه می‌کند حس یاس و ناامیدی است. سرطان پستان شایعترین سرطان و نیز کشنده‌ترین سرطان شناخته شده است. رشد بی‌رویه و غیر طبیعی سلول‌هایی که بدون هیچ‌کنترلی رشد می‌کنند و تقسیم می‌شود سبب به وجود آمدن تومور‌هایی می‌شود که سرطان پستان را به وجود می‌آورند این نوع سرطان تاثیرگذارترین سرطان از نظر روانی و عاطفی بر روی زنان است (ایلخانی، ۱۳۹۳). شیمی‌درمانی یکی از درمان‌های رایج سرطان سینه است و میتواند زندگی بیماران سرطانی را طولانی‌تر کند (رینگلر^۲، ۱۹۸۴). شیمی‌درمانی از عوامل مهم تاثیرگذار بر روی کیفیت زندگی بیماران است. در صورتی که عوارض ناشی از آن به صورت مناسبی کنترل نشود باعث به وجود آمدن اثرات منفی بر روی کیفیت زندگی افراد مبتلا میشود و ممکن است به سبب همین عوارض جانبی، فرد بیمار از هرگونه مزیتی که از این روش درمان میبرد امتناع کند. (بروکل^۳، ۱۹۹۸). به طور کل تشخیص بیماری سرطان یک رویداد تنش‌زا است و از آنجا که فرآیندهای درمان آن دشوار و پیچیده می‌باشد، سبب آشفتگی‌های روان شناختی زیادی در بیماران و اعضا خانواده آنها می‌شود. (دیوا موسوی، ۲۰۱۷). مسائل - روانی اجتماعی فراوانی که اغلب این بیماران تجربه می‌کنند می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی آنها را شدیداً تحت تأثیر قرار داده و کیفیت زندگی و در نهایت روند بیماری را متأثر سازد. (سید تبابی و رحمتی نژاد، ۲۰۱۷). بیماران سرطانی نسبت به افراد مبتلا به دیابت و بیماران مولتیپل اسکلروزیس از کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند. (زمانی، ۲۰۱۵) بهزیستی روان‌شناختی به صورت معنی داری تأثیر مهمی در ادراک علائم سرطان سینه در زنان مبتلا دارد (نصراللهی، ۲۰۱۶) بهزیستی سبب تشکیل ابعاد جسمی، اجتماعی و روانی انسان در جهات مثبت می‌شود کاهش بهزیستی، مشکلات روانی مانند، احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب و انزوا را به همراه دارد. (باثر^۴، ۲۰۰۶).

بهبودی اجتماعی از عواملی است که در تأمین نیازهای اجتماعی و روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌تواند تأثیر بسزایی داشته باشد، که در این میان حمایت اجتماعی کمک شایانی به این بهبودی می‌کند. حمایت اجتماعی را می‌توان به عنوان یک احساس ذهنی در مورد پذیرش و تعلق و نیز کمک به فرد در شرایط نیاز تعریف کرد. درک حمایت اجتماعی سبب جلوگیری از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری می‌شود، باعث افزایش میزان مراقبت از خود شده و اثر مثبتی بر وضعیت روانی، جسمانی و اجتماعی فرد دارد. (ملازاده ۱۳۸۱) حمایت اجتماعی را می‌توان به عنوان قدرتمندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی آسان و موفقیت‌آمیز در زمان ابتلای افراد با بیماری سرطان و نیز شرایط سخت ناشی از آن دانست که به سبب آن شاهد تسهیل تحمل مشکلات در بیماران هستیم. (لی، ۲۰۰۴) هدف اصلی این مقاله بررسی تأثیر بهبودی روان‌شناختی و اجتماعی بر حالت تهوع ناشی از شیمی‌درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه شهرستان شیراز با میانجی‌گری مقابله‌اجتنابی است.

مبانی نظری:

سرطان: سرطان به گروهی از بیماری‌ها گفته می‌شود که در آن سلول‌هایی غیر طبیعی به صورت کنترل نشده تقسیم می‌شوند و سایر بافتها را مورد تهاجم قرار می‌دهند. این سلول‌ها می‌توانند از طریق دستگاه لنفاوی و خون به مناطق دیگر بدن نفوذ کرده و در آنجا گسترش یابند. (جواهری، ۱۳۸۴)

سرطان با رشد خارج از کنترل سلول‌های بدن آغاز می‌شود. بررسی‌ها حاکی از آن است که سرطان مبتلایان خود را با فشارهای روانی زیادی روبرو می‌کند به طوری که ۵۰ تا ۸۵ درصد از افراد مبتلا به سرطان همزمان، حداقل از یک اختلال روانپزشکی رنج خواهند برد. فراوان‌ترین اختلال روانپزشکی که می‌توان در این بیماران مشاهده کرد اختلال عاطفی، از قبیل اضطراب، افسردگی و یا اضطراب و افسردگی به صورت همزمان می‌باشد (اسماعیل اکبری، ۱۳۹۳). تشخیص سرطان با مجموعه‌ای از احساساتی که شامل ناباوری، افسردگی، ترس، انکار و ... همراه است. این احساسات سبب اختلال در سبک زندگی فرد و همچنین آینده‌ای نامطمئن برای شخص بیمار می‌شود (موسوی، ۱۳۸۶).

شیمی‌درمانی:

شیمی‌درمانی را می‌توان درمان اصلی اغلب سرطان‌ها در نظر گرفت و اکثر افراد این درمان را به عنوان یک درمان مقدماتی جهت درمان سرطان پستان در نظر می‌گیرند (کاولی، ۱۹۹۰). روش این درمان به صورت تزریق کردن داروهای شیمیایی سمی به سلول‌هایی است که رشد بی‌رویه‌ای دارند. داروهای شیمی‌درمانی را می‌توان قبل از جراحی جهت کوچک نمودن توده‌های سرطانی و نیز بعد از جراحی به بیمار تزریق کرد. هدف از درمان به وسیله شیمی‌درمانی کنترل رشد سلول‌های سرطانی و کاهش درد در بیماران است (مک کارتی، ۱۹۹۴). وظیفه شیمی‌درمانی ریشه کن کردن سلول‌های در حال رشد است. بنابراین، این درمان، تمامی سلول‌های در حال رشد بدن را مورد هدف قرار می‌دهد حتی سلول‌هایی که به صورت طبیعی رشد می‌کنند مانند سلول‌های ناخن و مو. بنابراین یکی از عوارض شیمی‌درمانی را می‌توان آسیب دیدن ناخن‌ها حتی افتادن آنها و نیز ریزش مو در نظر گرفت که پس از اتمام شیمی‌درمانی فرد مجدداً شاهد رویش موهای خود خواهد بود. شیمی‌درمانی به صورت تزریق داروها به درون رگ فرد مبتلا به سرطان صورت می‌گیرد این روش درمانی هر ۲۱ روز یکبار به مدت تقریباً ۴ الی ۶ ماه صورت می‌پذیرد (صفائی کشتگر، ۱۳۸۵)

از عوارض شیمی‌درمانی می‌توان به ریزش مو، کاهش ایمنی بدن در مقابل عفونت‌ها، به وجود آمدن زخم‌هایی در دهان فرد بیمار و حالت تهوع و استفراغ اشاره کرد. می‌توان گفت که زجر آورترین عارضه شیمی‌درمانی همان حالت تهوع و استفراغی است که یا بلافاصله بعد از شیمی‌درمانی و یا تا ۷۲ ساعت بعد از شیمی‌درمانی در فرد بیمار ظاهر می‌شود این عارضه به حدی طولانی و نرفت آور است که گاهی بعضی از افراد درمان را قطع می‌کنند.

حالت تهوع و استفراغ:

تهوع و استفراغ انواع و علل مختلفی را شامل می‌شود. مانند حالت تهوع با بارداری، بیماری حرکتی و دیگر اختلالات مربوط به گوش داخلی که همه در ایجاد حالت تهوع تاثیر گذار هستند. حالت تهوع و استفراغ می‌تواند به دلیل مواد شیمیایی نیز بوجود آید. از جمله مواد شیمیایی رایج مرتبط با استفراغ، می‌توان انواع مسکن‌ها، استروئیدها، سموم رایج مثل سموم باکتریایی و سطوح بالای اوره، اوریک اسید و آمونیاک را نام برد. (روبن و مور، ۱۹۸۶)

حالت تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی:

حالت تهوع و نیز استفراغ که شایع‌ترین علامت مربوط به شیمی درمانی است، اغلب با بی‌اشتهایی همراه است. علت این عارضه را می‌توان عدم تعادل الکترولیت‌ها و مایعات، انسداد روده، عفونت خون، متاستاز کبد و مغز و اورمی دانست (دونالدسون، ۱۹۸۴). تهوع و استفراغ شیمی درمانی با عارضه‌هایی چون سوءتغذیه، دهیدراتاسیون، و عدم تحمل بیماران به درمان، همراه می‌باشد که گاهی باعث متوقف شدن درمان توسط بیمار می‌شود. تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی را می‌توان یکی از علل به تاخیر افتادن در روند دوره‌های شیمی درمانی دانست. این عارضه همچنین سبب کاهش کیفیت زندگی بیماران به صورت آشکار می‌شود (یو آن کیم، ۲۰۰۵)

دو نوع عارضه جانبی مرتبط با شیمی درمانی عبارتند از: عوارض شیمی درمانی مرتبط با دارو و عوارض جانبی شیمی درمانی غیر مرتبط با دارو. عوارض جانبی شیمی درمانی مرتبط با دارو نتیجه‌ی آسیب مستقیمی هستند که در وهله اول عوامل شیمی درمانی به بافتهای غیر سرطانی وارد می‌کنند که در ساعتها یا روزها بعد از درمان به وسیله شیمی درمانی سبب بروز تهوع می‌گردد. علاوه بر عوارض جانبی شیمی درمانی مرتبط با دارو، تقریباً ۲۵٪ تا ۶۵٪ از افراد بیماری که تحت درمان به وسیله شیمی درمانی هستند، عوارض جانبی شیمی درمانی غیر مرتبط با دارو یا اولیه را از خود بروز میدهند که نوعی پاسخ منفی به درمان می‌باشد (بابجرگ و همکاران، ۱۹۹۲).

حالت تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه:

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برخی از بیماران تحت مداوا به وسیله شیمی درمانی دچار تهوع و استفراغ مبتنی بر روان‌شناختی می‌شوند (کری، ۱۹۹۸ و واتسون ۱۹۹۲). این ممکن است قبل، در حین یا بعد از تجویز شیمی درمانی رخ دهد، اما بیشتر مطالعات روان‌شناختی بر روی اثر پیش‌بینی تمرکز دارند. پذیرفته‌شده‌ترین توضیح برای اثر پیش‌بینی این است که یک پاسخ شرطی (یعنی آموخته‌شده) است. محرک‌های خنثی در زمان تجویز شیمی درمانی و همراه با اثر پیش‌بینی‌کننده ناشی از دارو، توانایی ایجاد حالت تهوع و استفراغ را در حین یا بلافاصله قبل از انفوزیون‌های بعدی به دست می‌آورند. در اصطلاح روان‌شناختی این با یک الگوی یادگیری ساده (یعنی شرطی سازی کلاسیک) توضیح داده می‌شود. با این حال، شواهد اخیر توضیح پیچیده تری را با درگیر شدن محرک‌های شناختی و عاطفی نشان می‌دهد (مورو، ۱۹۹۲) مشخص شد که ۴۸ درصد از بیماران با اثر پیش‌بینی ادعا کردند که افکار شیمی‌درمانی می‌تواند اثر پیش‌بینی‌کننده آن را «محرک» کند (ودینگتون، ۱۹۸۴). در مطالعه مورو ۷۰ درصد از بیماران با اثر پیش‌بینی، هنگامی که از آنها پرسیده شد «چرا فکر می‌کنید قبل از درمان تهوع و استفراغ دارید؟» عصبی بودن، تنش و ترس را به عنوان توضیحی بیان کردند. هاوت و همکاران (۱۹۹۱) دریافته‌اند که انتظارات منفی قبلی به طور مداوم واریانس منحصر به فرد فراتر از عوامل دارویی را در پیش‌بینی فراوانی و شدت علائم آنها به حساب می‌آورد و Kvale (۱۹۹۳) عصبی بودن قبل از شیمی درمانی را به عنوان پیش‌بینی‌کننده حالت تهوع انتظاری می‌دانند. این نشان می‌دهد که یک الگوی یادگیری ساده برای توضیح اثر پیش‌بینی‌کننده ناکافی است. حالت تهوع انتظاری از این نظر بر کیفیت زندگی طولانی مدت تأثیر می‌گذارد که برخی از بیماران حتی پس از پایان شیمی‌درمانی، هنگام بازگشت برای ویزیت‌های سرپایی، حالت تهوع را هنوز تجربه می‌کنند.

بهبیزی روان‌شناختی:

سلامت روان تعبیری است که بیشتر برای عدم حضور بیماری روانی کاربرد دارد. این اصطلاح در قانون گذاری، سیاست اجتماعی، پزشکی، روانپزشکی، جامعه‌شناسی، روانشناسی و در اجرا کاربرد فراوان دارد. این آشفتگی منجر به نادیده‌گیری و عدم انسجام مفهومی سلامت روان شده است. تاریخچه جنون و بیماری روانی دو تعریف مشترک از سلامت روان را نمایان می‌کند؛ یکی را وجود نداشتن بیماری روانی و دیگری را حالت بهبیزی گویند. (خواجوی، ۱۳۸۲). تا به امروز تعاریف متفاوتی از سلامت روان‌شناختی ارائه شده است: فقدان بیماری، داشتن تعادل عاطفی، سازش اجتماعی، احساس راحتی و آسایش، یکپارچگی شخصیت، شناخت خود و محیط همه از اجزا سلامت روان هستند.

بهبیزی روان‌شناختی و سرطان پستان:

بهبیزی روان‌شناختی شامل تعداد کمی از مطالعات تغییرات در حوزه‌های مختلف رشد است که تاثیرات مختلفی را در بهبیزی عاطفی بعد از یک رویداد نا مطلوب را اندازه می‌گیرد. در اصطلاح بهبیزی روان‌شناختی را می‌توان اینگونه بیان کرد که آیا بهبود در روابط با بستگان نزدیک یکی از عواقب شبیه یا متفاوت به احساس قدرت شخصی برای مواجه شدن با مشکلات آینده است یا خیر؟

سرطان پستان شایعترین سرطان زنان و دومین علت مرگ در زنان است. سرطان پستان ۵۱/۹ درصد از کل مبتلایان به سرطان در ایران را تشکیل میدهد که یک چهارم آنها سرطان در زنان است. (کوتز و همکاران، ۲۰۱۵) از آنجا که سرطان پستان هویت زنانه را هدف میگیرد تاثیرات شدید روانی برای بیمار و خانواده او ایجاد می‌کند. تشخیص این بیماری و مراحل درمان آن تاثیرات بسیار در ابعاد جسمانی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی را به دنبال دارد (سیو، ۲۰۱۶).

بهبیزی اجتماعی:

یکی از تفاوت‌های کلیدی افراد در شناخت اجتماعی انسان‌ها تفاوت در میزان اعتماد به دیگران است با توجه به این موضوع که فشار انتخاب طبیعی تحول همکاری انسان‌ها را هدایت می‌کند و زیرساخت روانشناسی این پدیده اجتماعی است اعتماد یک ضرورت روان‌شناختی برای ایجاد رابطه همکاری در بین فرد و افراد غریبه است. بر این اساس تفاوت‌های فردی در ادراک اعتماد اجتماعی طیفی از رفتارهای اجتماعی مرتبط با مشارکت را پیش‌بینی می‌کند از جمله کار خیریه، مشارکت در مالیات و رفتار دموکراتیک شرکت در انتخابات افراد که با سطوح بالای اعتماد، اساساً شهروندان مطلوبی هستند (پترسون، ۲۰۱۵).

بهبیزی اجتماعی و سرطان سینه:

سرطان از جمله بیماریهای مزمنی است که ارتباط تنگاتنگی با عوامل روان‌شناختی دارد. (آنا، ۲۰۱۳) تشخیص سرطان بیش از هر بیماری دیگری تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است که باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و زندگی خانوادگی بیمار دچار اختلال گردد (وحدت، ۲۰۰۱) یکی از عوامل مؤثر بر مولفه‌های سلامت روان در افراد مبتلا به سرطان، مرگ و اضطراب ناشی از آن است، (لهتو^۱، ۲۰۰۹) این نوع اضطراب می‌تواند به عنوان یکی از تشخیص‌های مهم روان‌شناختی در این بیماران مطرح شود (مورهاد^۲، ۲۰۰۳).

پیشینه داخلی:

مهناز علی اکبری دهکردی (۱۴۰۰) در پژوهی با موضوع آموزش عناصر سرمایه‌های روان‌شناختی بر انعطاف پذیری روان‌شناختی و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان به این نتیجه دست یافتند که آموزش عناصر سرمایه‌های روان‌شناختی با به کارگیری مفاهیمی همچون تاب‌آوری، امیدواری، خودکارآمدی و خوش‌بینی، میتواند به عنوان روشی کارآمد جهت بهبود انعطاف پذیری روان‌شناختی و کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد.

صفورا ماواییان (۱۴۰۰) مطالعه ای با موضوع اثربخشی درمان وجودگرا-انسان مدار بر بهزیستی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب زنان مبتلا به سرطان پستان را بررسی کرد در این مطالعه نتایج نشان می‌دهد روش درمان وجودگرا - انسان مدار می‌تواند گزینه مطلوبی در جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی و رشد پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان پستان مطرح شود. لذا فراهم نمودن تمهیدات لازم به منظور افزایش بهزیستی و شاخص‌های روانی مثبت زنان مبتلا به سرطان توصیه می‌گردد.

در پژوهشی رویا آزادی (۱۳۹۹) به بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی با نقش میانجیگری حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخت. نتایج پژوهش حاضر به این صورت بیان شد که در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان، تأثیر مثبت سرسختی روان‌شناختی به همراه بهزیستی روان‌شناختی، از طریق نقش میانجیگری حمایت اجتماعی قابل تبیین است. همچنین استفاده از مدل این پژوهش می‌تواند به عنوان یک موضوع آموزشی درمانی برای پزشکان، روانشناسان و پرستاران توصیه شود. این مدل برای ارتقای سلامتی و سازگاری با بیماری در بیماران سرطان پستان اثرگذار است. در فرایند درمان، گروه درمانی، به ویژه روانشناسان سلامت در امر روان‌درمانی حمایتی بیماران سرطان پستان مفید هستند؛ بنابراین با توجه به اهمیت حفظ و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، بررسی میزان سرسختی روانی و حمایت اجتماعی با بهزیستی روان‌شناختی و مداخله جهت افزایش سلامت روانی این بیماران جهت بهبودی و سازگاری با بیماری توصیه می‌شود.

پیشینه خارجی:

در پژوهشی توسط (رایان و همکاران، ۲۰۲۲) بررسی ارتباط حالت تهوع با افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام پذیرفت. در انجام این کار، بهزیستی اجتماعی به عنوان مکانیسم بالقوه ای در این رابطه مد نظر قرار گرفت. نتایج پژوهش بیانگر دو موضوع مهم بود. یکی اینکه، کاهش بهزیستی اجتماعی سبب افزایش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه میشود و دومین موضوع وجود ارتباط معناداری بین سطوح بالای افسردگی و اضطراب با شدت بالای حالت تهوع در بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌باشد. بنابراین یافته‌ها نشان می‌دهد که کاهش بهزیستی اجتماعی سبب ایجاد افسردگی و اضطراب در این بیماران شده که این موضوع با افزایش حالت تهوع همراه می‌باشد. نتایج نهایی حاکی از آن است که حمایت اجتماعی سبب بهزیستی اجتماعی می‌شود و بهزیستی اجتماعی سبب کاهش بالقوه عواقب روان‌شناختی و به دنبال آن کاهش تهوع در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود.

در پژوهشی که توسط (الهه سم، ۲۰۲۲) بر روی مداخلات روان‌شناختی در شیمی‌درمانی، تهوع و استفراغ ناشی از آن در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد، تهوع و استفراغ را به عنوان عارضه‌های جانبی شیمی‌درمانی که می‌توانند بر ابعاد مختلف زندگی تأثیر گذار بدانند در نظر گرفتند. مداخلات روان‌شناختی در تهوع ناشی از شیمی‌درمانی و استفراغ در زنان مبتلا به سرطان سینه شامل درمان شناختی رفتاری، تمرین آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، یوگا، و تصاویر هدایت شده در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد که در تمامی مطالعات، به جز یکی، مداخلات باعث بهبود شرایط و کاهش آن شد. نتایج این مطالعه نشان داد که روان‌شناختی مداخلاتی مانند درمان شناختی- رفتاری، پیشرونده تمرین آرام‌سازی عضلانی، تصویرسازی هدایت شده و یوگاسبب کاهش تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی در زنان با سرطان سینه می‌شود. بنابر این به مراقبان بهداشتی توصیه می‌شود که جهت بهبود این بیماران از مداخلات روان‌شناختی ذکر شده استفاده نمایند.

در مطالعه ای که توسط (آندریا کوهی، ۲۰۲۱) در مورد نقش واسطه‌ای مقابله اجتنابی در روابط بین سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی و پریشانی در بازماندگان سرطان سینه انجام پذیرفت، نتایج حاکی از آن بودند که از یکی از عوارض منفی در افراد بهبود یافته از سرطان سینه، ناراحتی مداوم و مخرب می‌باشد. پریشانی در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه مشهود است، در نتیجه می‌توان گفت که نقش مقابله اجتنابی یا همان تلاش برای اجتناب از افکار، احساسات و یادآوری سرطان در میانجی‌گری بین پریشانی و حوزه‌های روانی، جسمی و اجتماعی - تندرستی نقش مهمی را ایفا میکند. در این پژوهش به طور متوسط افراد مبتلا به سرطان سینه، حداقل دو هم‌ابتلائی را اعم از افسردگی و اضطراب گزارش کردند که این افراد از داروهای ضد افسردگی یا

اضطراب جهت کاهش تنش‌های خود استفاده می‌کردند. نتیجه‌گیری کلی این است که مقابله اجتنابی علت اصلی پریشانی در این افراد می‌باشد که سبب بوجود آمدن اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است.

روش اجرای تحقیق:

این پژوهش از جمله طرح‌های توصیفی از نوع همبستگی است. حدود ۲۱۱ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به درمانگاه مطهری و بیمارستان امیر شهر شیراز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۴۰۱ انتخاب شدند. این افراد پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، بهزیستی روان‌شناختی ردیف، پرسشنامه استاندارد بهزیستی اجتماعی کیز، و پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای پارکر و اندلر (CISS) و پرسشنامه و شاخص تهوع و استفراغ Rhodes، را تکمیل نمودند که پس از بررسی پرسشنامه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند.

روش مقاله حاضر به صورت توصیفی از نوع همبستگی و تحلیل مسیر است. روشی برای بررسی توزیع ویژگی‌های یک جامعه از طریق گردآوری داده است.

این روش احتمالاً بهترین روش موجود برای آن دسته از پژوهندگان اجتماعی است که علاقه‌مند به جمع‌آوری داده‌های اصلی برای توصیف جمعیت‌های بزرگ هستند که نمی‌توان بطور مستقیم آنها را مشاهده کرد. با نمونه‌گیری احتمالی دقیق می‌توان گروهی از پاسخگویان را فراهم کرد که ویژگی‌های آنان منعکس‌کننده ویژگی‌های جمعیت بزرگتر باشد هم‌چنین این روش وسیله خوبی برای سنجش نگرشها و جهت‌گیریها است.

ماتریس همبستگی

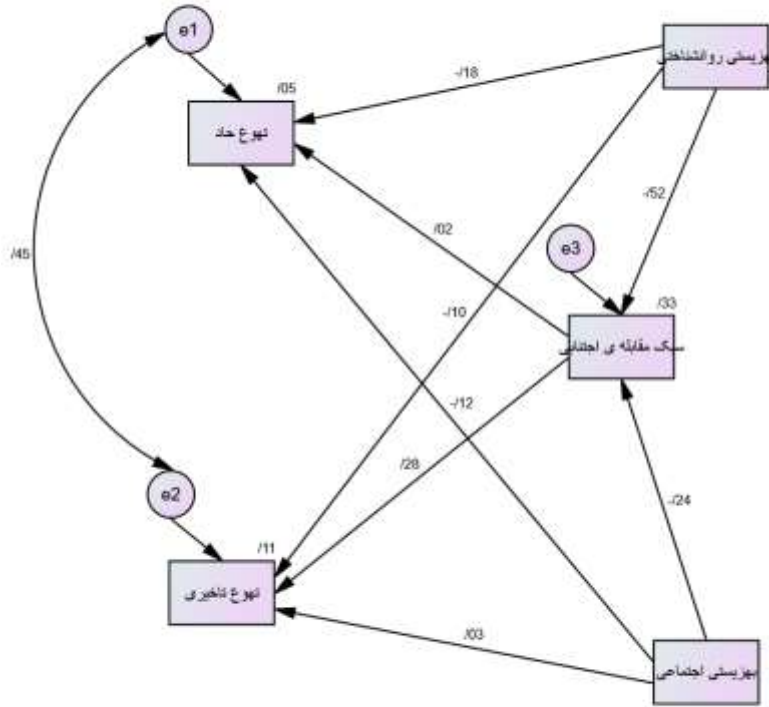
جدول ۱- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
سبک مقابله‌ی اجتنابی	۱				
تهوع حاد	۰/۱۶*	۱			
تهوع تاخیری	۰/۳۲**	۰/۴۷**	۱		
بهزیستی اجتماعی	-۰/۳۶**	-۰/۱۷*	-۰/۱۳*	۱	
بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۵۶**	-۰/۲۲**	-۰/۲۵**	۰/۲۵**	۱

* < ۰/۰۵

** < ۰/۰۰۱

ماتریس همبستگی نشان داد که بین همه‌ی متغیرهای تحقیق رابطه‌ی معناداری وجود دارد.



شکل ۱. مدل تحلیل مسیر تحقیق بر حسب ضرایب استاندارد

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل تحلیل مسیر تحقیق

شاخص	علامت اختصاری	معادل فارسی	دامنه قابل قبول	مدل تدوین شده
مطلق	GFI	شاخص نیکویی برازش	۰/۹۰ - ۱	۰/۹۸
	AGFI	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده	۰/۹۰ - ۱	۰/۹۱
	Chi- Square	مقدار کای دو	وابسته به حجم نمونه	۳/۷۷
تطبیقی	CFI	شاخص برازش تطبیقی	۰/۹۰ - ۱	۰/۹۳
	TLI	شاخص برازش توکر- لویس	۰/۵۰ - ۱	۰/۵۸

۰/۹۳	۰/۹۰ - ۱	شاخص برازش افزایشی	IFI	
۰/۹۱	۰/۹ - ۱	شاخص برازش نسبی	RFI	
۰/۹۳	۰/۹۰ - ۱	شاخص برازش بتلر - بنت	NFI	
۰/۵۳	۰/۵۰ - ۱	شاخص برازش هنجار شده مقتصد	PNFI	مقتصد
۰/۵۲	۰/۵۰ - ۱	شاخص برازش تطبیقی مقتصد	PCFI	
۰/۰۹	۰ - ۰/۱	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	
۱/۸۸	کمتر از ۳	کای دو به هنجار شده	CMIN/DF	

جدول ۳. اثرات مستقیم

مسیر	اثرات مستقیم	نسبت بحرانی	سطح معناداری	نتیجه آزمون
بهزیستی روان‌شناختی <---> تهوع حاد	-۰/۱۸	-۲/۲۱	*۰/۰۳	تایید (تأثیر منفی)
بهزیستی روان‌شناختی <---> تهوع تاخیری	-۰/۱۰	-۱/۳۴	۰/۱۸	رد
بهزیستی اجتماعی <---> تهوع حاد	-۰/۱۲	-۱/۷۳	۰/۰۸	رد
بهزیستی اجتماعی <---> تهوع تاخیری	۰/۰۳	۰/۵۰	۰/۶۱	رد
بهزیستی روان‌شناختی <---> سبک اجتنابی	-۰/۵۲	-۹/۱۷	*۰/۰۰۰۱	تایید (تأثیر منفی)
بهزیستی اجتماعی <---> سبک اجتنابی	-۰/۲۴	-۴/۲۳	*۰/۰۰۰۱	تایید (تأثیر منفی)
سبک اجتنابی <---> تهوع حاد	۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۸۲	رد
سبک اجتنابی <---> تهوع تاخیری	۰/۲۸	۳/۴۷	*۰/۰۰۰۱	تایید (تأثیر مثبت)

جدول ۴. اثرات غیرمستقیم

مسیر	اثرات غیرمستقیم	نسبت بحرانی	سطح معناداری	نتیجه آزمون
بهزیستی روان‌شناختی <--- سبک اجتنابی <--- تهوع حاد	-۰/۱۰	-۱/۳۰	۰/۱۹	رد
بهزیستی روان‌شناختی <--- سبک اجتنابی <--- تهوع تاخیری	-۰/۱۵	-۲/۱۰	*۰/۰۴	تایید (تأثیر منفی)
بهزیستی اجتماعی <--- سبک اجتنابی <--- تهوع حاد	-۰/۰۰۵	-۰/۰۵	۰/۸۸	رد
بهزیستی اجتماعی <--- سبک اجتنابی <--- تهوع تاخیری	-۰/۰۷	-۰/۹۴	۰/۲۷	رد

تحلیل استنباطی فرضیه ی اصلی

مدل رابطه ی علی بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی با حالت تهوع حاد و تاخیری ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه با میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی از برازش خوبی برخوردار است.

مطابق با نتایج مندرج در جدول ۲ می‌توان گفت مقادیر هر یک از شاخص‌های برازش مدل بین ۰ و ۱ قرار دارد و در همه جا بیشتر از ۰/۹۰ است که نشانه مطلوب بودن مدل می‌باشند. در مدل ترسیم شده، شاخص‌های مطلق (AGFI, GFI) در نظر گرفته شده مقادیر بیشتر ۰/۹ است که مقادیر مطلوبی محسوب می‌شود. شاخص‌های برازش هنجار شده مقتصد و تطبیقی مقتصد (PCFI و PNFI) نیز هر دو مقادیر قابل قبولی را نشان می‌دهند و مقادیر هر یک از این شاخص‌ها بین ۰/۵-۱ بوده است. شاخص ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) نیز مقدار ۰/۰۹ را نشان داد که نشان از تناسب مدل برازش داده شده دارد. مقدار کای دو یه هنجار شده نیز مقدار مطلوب ۱/۸۸ را به خود اختصاص داده است.

در نهایت، مقایسه شاخص‌های مطلق برازش برای ارزیابی کلیت مدل تدوین شده با نقاط برش برای هر یک از آن‌ها نشان می‌دهد که در مجموع داده‌های گردآوری شده، در محدوده دامنه قابل قبول بوده و مدل تدوین شده را مورد تأیید و حمایت قرار می‌دهند. بنابراین قابل توجهی برخوردار است.

فرضیات مستقیم

تحلیل استنباطی فرضیه ی اول

بین بهزیستی روان‌شناختی و سبک مقابله‌ای اجتنابی رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، قدرمطلق نسبت بحرانی بهزیستی روان‌شناختی و سبک مقابله‌ای اجتنابی از ۱,۹۶ بیشتر بدست آمده است. این رابطه منفی و در سطح اطمینان ۹۵ درصد، معنادار است. زیرا سطح معناداری مسیر کمتر از ۰/۰۵ است ($P=۰/۰۰۰۱ < ۰/۰۵$)؛ لذا فرضیه پژوهش تایید میگردد و می‌توان نتیجه گرفت بین بهزیستی روان‌شناختی و سبک مقابله‌ای اجتنابی رابطه ی معناداری وجود دارد. اثرات مستقیم نشان می‌دهد یک واحد تغییر در بهزیستی روان‌شناختی متغیر سبک مقابله‌ای اجتنابی را ۵۲ درصد کاهش می‌دهد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی دوم

بین بهزیستی اجتماعی و سبک مقابله‌ای اجتنابی رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، قدرمطلق نسبت بحرانی بهزیستی اجتماعی و سبک مقابله‌ای اجتنابی از ۱,۹۶ بیشتر بدست آمده است. این رابطه منفی و در سطح اطمینان ۹۵ درصد، معنادار است. زیرا سطح معناداری مسیر کمتر از ۰/۰۵ است ($P=۰/۰۰۰۱ < ۰/۰۵$)؛ لذا فرضیه پژوهش تایید میگردد و می توان نتیجه گرفت بین بهزیستی اجتماعی و سبک مقابله‌ای اجتنابی رابطه ی معناداری وجود دارد. اثرات مستقیم نشان می دهد یک واحد تغییر در بهزیستی اجتماعی متغیر سبک مقابله‌ای اجتنابی را ۲۴ درصد کاهش می دهد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی سوم

بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع حاد رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، قدرمطلق نسبت بحرانی بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع حاد از ۱,۹۶ کمتر بدست آمده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع حاد رابطه ی منفی و معناداری وجود ندارد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی چهارم

بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع حاد رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، قدرمطلق نسبت بحرانی بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع حاد از ۱,۹۶ بیشتر بدست آمده است. این رابطه منفی و در سطح اطمینان ۹۵ درصد، معنادار است. زیرا سطح معناداری مسیر کمتر از ۰/۰۵ است ($P=۰/۰۳ < ۰/۰۵$)؛ لذا فرضیه پژوهش تایید میگردد و می توان نتیجه گرفت بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع حاد رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد. اثرات مستقیم نشان می دهد یک واحد تغییر در بهزیستی روان‌شناختی متغیر حالت تهوع حاد را ۱۸ درصد کاهش می دهد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی پنجم

بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع تاخیری رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، قدرمطلق نسبت بحرانی بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع تاخیری از ۱,۹۶ کمتر بدست آمده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع تاخیری رابطه ی منفی و معناداری وجود ندارد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی ششم

بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع تاخیری رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، قدرمطلق نسبت بحرانی بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع تاخیری از ۱,۹۶ کمتر بدست آمده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع تاخیری رابطه ی منفی و معناداری وجود ندارد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی هفتم

بین سبک مقابله‌ای اجتنابی و حالت تهوع حاد رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، قدرمطلق نسبت بحرانی سبک مقابله‌ای اجتنابی و حالت تهوع حاد از ۱,۹۶ کمتر بدست آمده است. بنابراین می توان نتیجه گرفت بین سبک مقابله‌ای اجتنابی و حالت تهوع حاد رابطه ی مثبت و معناداری وجود ندارد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی هشتم

بین سبک مقابله‌ای اجتنابی و حالت تهوع تاخیری رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، قدرمطلق نسبت بحرانی سبک مقابله‌ای اجتنابی و حالت تهوع تاخیری از ۱,۹۶ بیشتر بدست آمده است. این رابطه مثبت و در سطح اطمینان ۹۵ درصد، معنادار است. زیرا سطح معناداری مسیر کمتر از ۰/۰۵ است ($P=۰/۰۰۰۱ < ۰/۰۵$)؛ لذا فرضیه پژوهش تایید میگردد و می توان نتیجه گرفت بین سبک مقابله‌ای اجتنابی و حالت تهوع تاخیری رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد. اثرات مستقیم نشان می دهد یک واحد تغییر در سبک مقابله‌ای اجتنابی متغیر حالت تهوع تاخیری را ۲۸ درصد افزایش می دهد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی نهم

بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع حاد با میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی رابطه وجود دارد.

جدول ۳ نشان می دهد بین بهزیستی روان‌شناختی با سبک مقابله ی اجتنابی رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد و بین سبک مقابله ی اجتنابی با تهوع حاد را بطه ی مثبت و معناداری وجود ندارد. بنابراین بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع حاد با میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی رابطه وجود ندارد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی دهم

بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع تاخیری با میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی رابطه وجود دارد.

جدول ۴-۱۰ نشان می دهد بین بهزیستی روان‌شناختی با سبک مقابله ی اجتنابی رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد و بین سبک مقابله ی اجتنابی با تهوع تاخیری را بطه ی مثبت و معناداری وجود دارد. جدول ۴ نیز نشان داد آزمون سوبل نقش میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی در رابطه ی بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع تاخیری را تایید می‌کند. بنابراین بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع تاخیری با میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی رابطه وجود دارد. اثر غیر مستقیم بهزیستی روان‌شناختی بر حالت تهوع تاخیری ۰/۱۵- می باشد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی یازدهم

بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع حاد با میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی رابطه وجود دارد.

جدول ۳ نشان می دهد بین بهزیستی اجتماعی با سبک مقابله ی اجتنابی رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد و بین سبک مقابله ی اجتنابی با تهوع حاد را بطه ی مثبت و معناداری وجود ندارد. بنابراین بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع حاد با میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی رابطه وجود ندارد.

تحلیل استنباطی فرضیه ی دوازدهم

بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع تاخیری با میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی رابطه وجود دارد.

جدول ۳ نشان می دهد بین بهزیستی اجتماعی با سبک مقابله ی اجتنابی رابطه ی منفی و معناداری وجود دارد و بین سبک مقابله ی اجتنابی با تهوع تاخیری را بطه ی مثبت و معناداری وجود دارد. اما جدول ۴ نیز نشان داد آزمون سوبل نقش میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی در رابطه ی بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع تاخیری را رد می‌کند. بنابراین بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع تاخیری با میانجی‌گری سبک مقابله ی اجتنابی رابطه وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: بررسی تاثیر بهزیستی روان‌شناختی بر حالت تهوع حاد و تاخیری ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به

سرطان سینه

همانگونه که یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، بین بهزیستی روان‌شناختی و فاز حاد تهوع ناشی از شیمی درمانی رابطه منفی و معناداری وجود دارد. در واقع می توان گفت که با کاهش بهزیستی روان‌شناختی شاهد افزایش چشمگیری در تهوع حاد

ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه هستیم. اما در فاز تاخیری تهوع ناشی از شیمی درمانی کاهش بهزیستی روان‌شناختی تأثیری نگذاشته و تنها سبب افزایش تهوع حاد ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود. این پژوهش را می‌توان همسو با پژوهش کیوهوی (۲۰۱۹) دانست. وی در پژوهش خود به این موضوع اشاره می‌دارد که، مداخلات روان‌درمانی سبب بهبود سازگاری روانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی درمانی می‌شود و در نتیجه می‌توان گفت مداخله روان‌درمانی سبب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران شده که این موضوع رابطه معناداری با بهبود کیفیت زندگی بیماران و نیز افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه دارد. در واقع بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان پستان منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی این افراد می‌شود که به موجب آن سبب کاهش اضطراب و افسردگی و در نتیجه کاهش تهوع ناشی از شیمی درمانی خواهد شد. نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نیز با مطالعه ای که توسط الهه سمسام (۲۰۲۲)، انجام پذیرفت نزدیکی زیادی دارد. این مطالعه به نقش مداخلات روان‌شناختی در شیمی درمانی و تهوع ناشی از آن در زنان مبتلا به سرطان سینه اشاره می‌کند. در این مطالعه بیان می‌شود که مداخلات روان‌شناختی مانند آرام‌سازی عضلانی و تصویرسازی هدایت شده سبب کاهش تهوع ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود. در مطالعه دیگری که توسط زهرا فرشیدفر (۱۳۹۷) صورت گرفت می‌توان نتایج پژوهش حاضر را تعمیم داد. این مطالعه به نقش درمان فعال سازی رفتار در کاهش تهوع حاد ناشی از شیمی درمانی اشاره می‌کند. با توجه به این که درمان فعال سازی رفتار نقش موثری در کاهش افسردگی افراد مبتلا به سرطان سینه دارد، سبب افزایش بهزیستی روان‌شناختی این افراد شده که کاهش چشمگیر تهوع حاد ناشی از شیمی درمانی را به دنبال دارد. یافته‌های بدست آمده از مطالعه ریان (۲۰۲۲) که به تأثیر مداخلات غیر دارویی که سبب کاهش تهوع ناشی از شیمی درمانی می‌شود همسو با این پژوهش است. مطالعه ریان (۲۰۲۲) بیان می‌دارد که اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه از عوامل افزایش تهوع ناشی از شیمی درمانی می‌باشد که با کاهش اضطراب در افراد مبتلا به سرطان سینه می‌توان تأثیر مثبتی در بهزیستی روان‌شناختی و در نتیجه کاهش تهوع ناشی از شیمی درمانی این افراد داشت. از دیگر پژوهش‌های همسو با نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان به پژوهش مهناز علی‌اکبری دهکردی (۱۴۰۰) اشاره نمود. وی در این پژوهش بیان می‌دارد که می‌توان با آموزش عناصر سرمایه‌های روان‌شناختی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش پریشانی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر به‌سزایی گذاشت. در واقع آموزش عناصر سرمایه‌های روان‌شناختی با به‌کارگیری مفاهیمی چون تاب‌آوری، امیدواری، خودکارآمدی و خوش‌بینی می‌تواند به عنوان روشی کارآمد جهت بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه مورد استفاده قرار گیرد که نتیجه کاهش پریشانی افراد مبتلا به سرطان سینه تحت درمان به وسیله شیمی درمانی، سبب کاهش حالت تهوع ناشی از شیمی درمانی این افراد خواهد شد.

فرضیه دوم: بررسی تأثیر بهزیستی اجتماعی بر حالت تهوع حاد و تاخیری ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه

نتایج پژوهش نشان دهنده این موضوع می‌باشد که بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع حاد و تاخیری رابطه معناداری وجود ندارد. در واقع نتایج بدست آمده نا همسو با پژوهش‌های ذیل می‌باشد. اولین مطالعه نا همسو را می‌توان، مطالعه رایان (۲۰۲۲) دانست که به بررسی ارتباط حالت تهوع و افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به سرطان سینه اشاره می‌کند. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که کاهش بهزیستی اجتماعی به عنوان یک مکانیسم بالقوه سبب افزایش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه شده که این دو مولفه ارتباط معناداری با افزایش تهوع ناشی از شیمی درمانی دارد و در صورتی که فرد از حمایت اجتماعی برخوردار باشد با افزایش بهزیستی اجتماعی روبرو است که این امر سبب کاهش تهوع ناشی از شیمی درمانی در این افراد می‌شود. دیگر پژوهش‌ها همسو با نتایج بدست آمده از این پژوهش، مطالعه گیوهان (۲۰۲۰)، است. ایشان این مسئله را مطرح می‌کند که بیماران تحت درمان به وسیله شیمی درمانی، اگر از بهزیستی اجتماعی متوسط تا زیادی برخوردار باشند در مقایسه با

بیمارانی که از بهزیستی اجتماعی پایین‌تری برخوردارند عوارض ناشی از شیمی درمانی مانند تهوع و استفراغ را کمتر تجربه می‌کنند. با توجه به مطالب ذکر شده و نا همسو بودن مطالعه‌های مذکور با نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان بیان داشت، که بهزیستی اجتماعی، طبق تعریف کیز، میزان کارکرد بهینه افراد در عملکرد اجتماعی آنها است و به دنبال آن موجب خودشکوفایی و پذیرش افراد در جامعه می‌شود و در واقع نقش بهزیستی اجتماعی را بیشتر مرتبط با افراد فعال در جامعه می‌داند. حال آن که افراد مورد بررسی در پژوهش حاضر را اکثراً زنانی در رده سنی ۵۰ تا ۶۰ سال تشکیل می‌دهند. این افراد در سنین ذکر شده در جامعه فعالیت چشمگیری نداشته و اغلب خانه دار و دارای تحصیلات متوسطه هستند، لذا کاهش و افزایش بهزیستی اجتماعی بر کیفیت زندگی این افراد تاثیر چندانی نمی‌گذارد. همانطور که در مطالب پیشین و مطالعات ناهمسو با نتایج پژوهش نیز ذکر شد، کاهش کیفیت زندگی موجبات افسردگی و اضطراب را که پایه و اساس تهوع ناشی از شیمی درمانی هستند، فراهم میکند و بنابراین در این پژوهش، کاهش بهزیستی اجتماعی، اثری بر کیفیت زندگی این افراد نگذاشته و این نتیجه را می‌دهد که افزایش تهوع حاد و تاخیری ناشی از شیمی درمانی بیماران مذکور ارتباطی با کاهش بهزیستی اجتماعی این افراد نخواهد داشت.

فرضیه سوم: بررسی تاثیر مقابله اجتنابی بر حالت تهوع حاد و تاخیری ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که بین سبک مقابله اجتنابی و حالت تهوع تأخیری ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه تحت درمان به وسیله شیمی درمانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و این بدان معناست که بیمارانی که از مقابله اجتنابی زیاد استفاده می‌کنند فاز تهوع تاخیری شدیدتری را تجربه می‌کنند. اما سبک مقابله اجتنابی در افزایش فاز حاد تهوع ناشی از شیمی درمانی تاثیر چندانی ندارد. در نتیجه می‌توان گفت در زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی درمانی استفاده زیاد از مقابله اجتنابی موجب افزایش فاز تهوع تاخیری ناشی از شیمی درمانی می‌شود. پژوهش همسو با این نتایج را می‌توان با پژوهش گراسی (۲۰۱۵)، آغاز نمود. ایشان مقابله اجتنابی را ناامیدی، درماندگی و مشغله‌های اضطراب‌آور تعریف می‌کنند که پریشانی روانی و عاطفی را به دنبال دارد. پریشانی روانی رابطه مستقیمی با کیفیت زندگی پایین و نیز افزایش تهوع بعد از شیمی درمانی دارد. در واقع می‌توان به این نتیجه رسید که زنان مبتلا به سرطان سینه که مقابله اجتنابی بیشتری دارند، پریشانی روانی بیشتری داشته و به دنبال آن تهوع ناشی از شیمی درمانی بیشتری را تجربه می‌کنند. پژوهش اروین دانون (۲۰۱۰) نیز نتایجی همسو با پژوهش حاضر دارد. در این مطالعه بیان می‌شود که مقابله اجتنابی یکی از رایج‌ترین مقابله‌ها در بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌باشد و سبب کاهش حمایت عاطفی این افراد شده و به دنبال آن پیامدهای منفی سلامت روان از جمله پریشانی را به دنبال دارد. در سطوح بالاتر مقابله اجتنابی شاهد افسردگی و اضطراب در این افراد می‌باشیم که سبب بروز و افزایش تهوع ناشی از شیمی درمانی می‌شود. از جمله مطالعات همسوی دیگری که می‌توان در اینجا به آن اشاره کرد، مطالعه آندریا کوهی (۲۰۲۱)، است که در آن به نقش واسطه‌ای مقابله اجتنابی و رابطه آن با سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی و پریشانی در زنان مبتلا به سرطان سینه اشاره می‌کند. این پژوهش بیان می‌دارد که مقابله اجتنابی یا همان تلاش برای اجتناب از افکار و احساسات منفی خود سبب بروز پریشانی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مقابله اجتنابی علت اصلی پریشانی در این افراد می‌باشد و سبب به وجود آمدن اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه شده است. که تهوع ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه، پیامد همین اضطراب و افسردگی مذکور می‌باشد.

فرضیه چهارم: بررسی تاثیر بهزیستی روان‌شناختی بر حالت تهوع حاد و تاخیری ناشی از شیمی درمانی با میانجی‌گری مقابله اجتنابی در زنان مبتلا به سرطان سینه

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، بین بهزیستی روان‌شناختی و حالت تهوع تأخیری ناشی از شیمی درمانی با میانجی‌گری مقابله اجتنابی رابطه معناداری وجود دارد. در نتیجه افزایش بهزیستی روان‌شناختی سبب کاهش مقابله اجتنابی شده که نتیجه آن کاهش تهوع تأخیری ناشی از شیمی درمانی می‌باشد. اما بین بهزیستی روان‌شناختی با حالت تهوع حاد ناشی از شیمی درمانی با

میانجی‌گری مقابله اجتنابی رابطه ای وجود ندارد و در واقع بهبود بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری مقابله اجتنابی تنها بر روی فاز تاخیری تهوع ناشی از شیمی درمانی موثر بوده و سبب کاهش آن خواهد شد. نتایج بدست آمده را می‌توان همسو با پژوهش شهبازی (۱۳۹۱)، دانست. وی در پژوهش خود به این نتیجه مهم دست یافته است که بین پاسخ‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان و استرس و همچنین پاسخ‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان و اضطراب با پاسخ‌های مقابله اجتنابی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. در واقع نتایج نشان دهنده آن است که اکثر زنان مبتلا به سرطان سینه صرف نظر از اختلال روانی خود در اولین برخورد با بیماری خود از راهبرد پاسخ مقابله اجتنابی بهره می‌گیرند اما در مرحله بعدی بسته به اختلال استرس و اضطراب از پاسخ‌های مقابل‌های متفاوتی استفاده می‌کند. پژوهش خدیجه آهویی (۱۳۹۶)، نیز همسو با پژوهش حاضر می‌باشد که در آن به رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و هوش هیجانی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌پردازد. نتایج بدست آمده نشان دهنده این موضوع است که افراد دارای هوش هیجانی بالا، مقابله اجتنابی کمتری داشته یعنی درک صحیح از موقعیت‌ها و پاسخگویی به تنش‌ها و فشارهای ناشی از محیط درونی و بیرونی خود دارند که این امر سبب افزایش بهزیستی روان‌شناختی این افراد می‌شود. همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد افزایش بهزیستی روان‌شناختی با توجه به عملکردی که بر روی کاهش اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه دارد نقش به‌سزایی را در کاهش تهوع ناشی از شیمی‌درمانی بازی می‌کند. بنابراین هرگونه مداخله‌ای از جمله مداخله اجتنابی که سبب کاهش بهزیستی روان‌شناختی گردد عامل مهمی در افزایش تهوع ناشی از شیمی‌درمانی می‌باشد. در پژوهش مهرداد اکبری (۱۳۹۴) که نیز همسو با پژوهش حاضر است، به این نکته توجه شایانی شده است که در صورتی که به افراد مبتلا به سرطان سینه آموزش‌های مقابله با استرس داده شود کیفیت زندگی آنها را افزایش داده و سبب بهبود ابعاد عملکردی علائم و کاهش علائم استرس و اضطراب در بیماران مذکور خواهد شد که این مهم سبب کاهش شدت درد، تهوع و کاهش تداخل درد و علائم ناشی از داروها در عملکرد روزمره این افراد می‌شود. در واقع زنان مبتلا به سرطان سینه با افزایش باور و پذیرش بیماری خود می‌توانند نقش موثری در کاهش مقابله اجتنابی داشته و به افزایش کیفیت زندگی خود کمک کنند در این صورت می‌توان دوره درمان را با آرامش بیشتری گذرانده و علائم سختی مانند تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی را در کنار دارودرمانی کاهش دهد. در این رابطه ریچارد براستوم (۲۰۱۴)، بر این باور است که انواع مختلف مقابله در زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه نزدیکی با بهزیستی روان‌شناختی این افراد دارد. نتایج این بحث نشان می‌دهد که تسهیل‌سازی با استرس مانند پذیرش و ارزیابی مجدد مثبت و نیز اجتناب از مقابله با بهزیستی روان‌شناختی و سلامت جسمانی بالاتری مرتبط می‌باشد.

فرضیه پنجم: بررسی تاثیر بهزیستی اجتماعی بر حالت تهوع حاد و تاخیری ناشی از شیمی‌درمانی با میانجی‌گری مقابله اجتنابی در زنان مبتلا به سرطان سینه

پژوهش حاضر حاکی از آن است که بین بهزیستی اجتماعی و حالت تهوع حاد و تاخیری ناشی از شیمی‌درمانی با میانجی‌گری مقابله اجتنابی رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج پژوهش حاضر را می‌توان ناهمسو با نتیجه پژوهش گراسی (۲۰۱۵)، که به بررسی نقش متغیر بهزیستی اجتماعی و مقابله اجتنابی در حالت تهوع ناشی از شیمی‌درمانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان سینه پرداخته است، دانست. نتایج مطالعه فوق، بیانگر این موضوع است که مقابله اجتنابی و پریشانی عاطفی با تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی و کیفیت زندگی پایین مرتبط بوده و در نتیجه تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی تاثیر منفی بر کیفیت زندگی دارد. در واقع می‌توان گفت بهزیستی اجتماعی که دربرگیرنده حمایت اجتماعی است، با کاهش ناامیدی، کاهش درماندگی و از همه مهمتر کاهش اضطراب و پریشانی در افراد مبتلا به سرطان سینه به افزایش کیفیت زندگی و بهبود روابط عاطفی کمک می‌کند که این امر سبب کاهش عوارض درمان از جمله تهوع ناشی از شیمی‌درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌باشد. پژوهش‌های بلینگ (۲۰۱۷)، نیز نتایجی ناهمسو با پژوهش حاضر دارد و به این موضوع اشاره میکند که حمایت اجتماعی قوی در بیماران مبتلا به سرطان پستان سبب تاب‌آوری بالاتر و کیفیت زندگی بهتر آنها می‌شود. در

ادامه با توجه به مطالعه صفار نیا (۱۳۹۳)، می‌توان بیان کرد که فرد سالم از نظر اجتماعی زمانی عملکرد خوبی دارد که اجتماع را به صورت یک مجموعه معنادار، قابل فهم و دارای نیروهای بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند و احساس کند که متعلق به گروه‌های اجتماعی خود است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم بداند. بهزیستی اجتماعی ارتباط زیادی با بهبود کیفیت زندگی فرد مبتلا به سرطان سینه دارد و تغییر سبک زندگی افراد سبب بهبود بهزیستی اجتماعی می‌شود. همانطور که برنج (۲۰۱۰)، در مطالعه خود به این نتیجه دست یافته است که تغییر سبک زندگی مانند افزایش فعالیت بدنی یا بهبود تغذیه سالم می‌تواند از طریق حمایت اجتماعی کمک کننده باشد. می‌توان چنین بیان داشت که حمایت اجتماعی نقش عمده‌ای در تطابق و کنار آمدن با بیماری‌های مزمن و جدی چون سرطان دارد. حمایت اجتماعی از جنبه‌های مهم مراقبت مدرن سرطان است. افزایش اعتماد به نفس، احساس تعلق به گروه و تقویت توانایی یا شایستگی انجام وظایف ضروری این افراد، همه به عنوان اشکال حمایت اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. بنابراین می‌توان به این نتیجه رسید که بهزیستی اجتماعی با تمرکز بر روی فعالیت‌هایی که در اجتماع به وقوع می‌پیوندد، افزایش و یا کاهش کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر خود قرار میدهد. لذا از آنجا که نمونه‌های مورد پژوهش ما را اکثراً زنانی با سطح تحصیلات کم و غیر شاغل تشکیل داده اند، می‌توان بیان کرد که این افراد متعلق به گروه‌های موجود و فعال در اجتماع نبوده و بهزیستی اجتماعی از عوامل دخیل در تاثیر گذاری بر کیفیت زندگی آنها نبوده و بالطبع تاثیری بر روی عوارض ناشی از شیمی درمانی آنها نمی‌گذارد. و از آنجا که به بیانی خود را فردی فعال در جامعه نمی‌دانند این مسئله موجب می‌شود که حتی با کاهش بهزیستی اجتماعی این افراد دچار اضطراب و افسردگی که یکی از عوامل مهم در افزایش تهوع ناشی از شیمی درمانی است نشوند. از طرفی می‌توان گفت که مقابله اجتنابی همیشه اثر نامطلوب ندارد زیرا بر اساس نظریه ریف (۱۹۹۸)، می‌توان بیان داشت که فرد به وسیله راهبردهای مقابله می‌تواند با تنش‌ها و تصمیم‌گیری در رابطه با موضوع‌های تنش‌زا مقابله کند و به وسیله راهبردهای مقابله‌ای مسائل و مشکلاتی را که سبب پریشانی او شده است را حل کند. در مطالعه ای دیگر که توسط ویدا ال (۱۹۹۵)، صورت گرفت ترجیح و اثربخشی راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده را برای مدیریت تهوع ناشی از شیمی درمانی معرفی می‌نماید به این صورت که برای مقابله با حالت تهوع، تفکر آرزو، تنظیمات عاطفی و حواس پرتی را توصیه میکند. بنابراین نتیجه گیری کلی به این صورت بیان می‌شود که کاهش بهزیستی اجتماعی این افراد تنها موجب ایجاد مقابله اجتنابی و کنار آمدن با مسائل جامعه شده و این امر سبب شده است اختلالات روانی کمتری را تجربه کنند و در نتیجه تغییر این متغیر یعنی بهزیستی اجتماعی با میانجی‌گری مقابله اجتنابی، تاثیری بر تهوع ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان سینه شهرستان شیراز نداشته باشد.

این مقاله به طور اختصاصی بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام پذیرفته است لذا به سایر محققین پیشنهاد می‌شود که جامعه آماری را از بین انواع سرطان‌های مختلف دیگر، نیز انتخاب کنند. این پژوهش با متغیرهای دیگر موثر در تهوع ناشی از شیمی درمانی همراه شود از جمله، عوامل فرهنگی، اعتقادی و مذهبی، وضعیت اقتصادی این افراد، ویژگی‌های شخصیتی، داشتن فرزند، شغل و تحصیلات و

به پژوهشگران علاقه مند پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر را در نمونه گسترده‌تری، مثلا در شهرهای مختلف انجام دهند و به یک موقعیت مکانی خود را محدود نکنند تا اثر تفاوت‌های فرهنگی را بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار دهند.

با توجه به اهمیت استراتژی و راهبردهای مقابله با سرطان و کاهش علائم ناشی از شیمی درمانی مانند تهوع و استفراغ، به پزشکان، پرستاران و درمانگران پیشنهاد می‌شود تا با شناسایی راهبردهای مفیدی در جهت بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه تحت مداوا به وسیله شیمی درمانی، تلاش روز افزونی داشته باشند. یکی از این راهبردها حمایت جامعه پزشکی و خدمات درمانی از این افراد می‌باشد. زیرا در صورتی که این افراد تحت پوشش بیمه خاصی نباشند، متحمل هزینه‌های بالای درمان شده و با توجه به اینکه اکثرا وضعیت مالی متوسطی دارند، یا روند درمان را رها می‌کنند و یا طول درمان خود را با اضطراب و استرس

تامین مخارج سپری می کنند که این مهم به خودی خود سبب کاهش کیفیت زندگی این بیماران شده و به دنبال آن اسباب افزایش عوارض ناشی از شیمی درمانی که مهلک ترین آن تهوع و استفراغ است را فراهم می نماید. از طرفی می توان با آموزش مهارت های مقابله با استرس و اضطراب در جهت بهبود افسردگی و اضطراب این افراد قدمی برداشت تا موجبات کاهش علائم ناشی از شیمی درمانی مانند تهوع را فراهم نماید. بنا براین پیشنهاد می شود در کنار تیم پزشکی و درمان، روان درمانگران و مشاورانی جهت کمک به بهبود حالات روحی این بیماران و افزایش امید به زندگی آنها وجود داشته باشد تا مراحل درمان را با موفقیت سپری نمایند.

منابع

- احمدی، سید احمد قاسمی، ابوالقاسم. (۱۳۷۸)، تاثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر رشد اجتماعی فرزندان شبه خانواده تحت پوشش سازمان بهزیستس استان اصفهان، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، شماره اول، پاییز ۱۳۷۸.
- افضلی گروه، صولت. (۱۳۹۰). مقایسه و بررسی رابطه کیفیت زندگی و خشنودی شغلی بر روی ۵۰ نفر از معلمان مرد شهر قم و همسرانشان با کنترل سن و طول مدت ازدواج. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهیدچمران اهواز.
- اکبر زاده، نسرين. (۱۳۷۶). گذر از نوجوانی به پیری. تهران: انتشارات مولف.
- درویش پور کاخکی، علی. (۱۳۸۹). کیفیت زندگی و ابزار اندازه گیری سازمان بهداشت جهانی. نشریه کیفیت زندگی، ۲، ۲۵-۲۲
- رحیمی، ابوالفضل. «کیفیت زندگی نوجوانان». نشریه 23:1383-20، زندگی کیفیت
- زنجانی طبسی، رضا. (۱۳۸۳). ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روان شناختی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- قائدی، غلامحسین و یعقوبی، حمید (۱۳۹۳)، بررسی رابطه ی بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی دردانشجویان دختر و پسر، ارمغان دانش، دوره ۱۳، شماره ۲، ۶۹-۸۱
- کورتیس، آنتونی جی. (۱۹۶۳). (روان شناسی سلامت. ترجمه محمدی، شهناز (۱۳۸۵)، تهران: ویرایش معتمدیان، اکبر. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت های مثبت اندیشی به شیوه گروهی بر سبک های مقابله ای دانش آموزان مقطع متوسطه. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی
- مکوندی، سیمه زمانی، مریم. (۱۳۹۰). بررسی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، فصلنامه علمی پژوهشی جنتاشاپیر، دوره ی دوم، شماره ۴
- مهرداد اکبری، فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت سال چهارم، شماره سوم (پیاپی ۵۱)، پاییز ۱۳۹۴
- مهناز علی اکبری دهکردی، نشریه علمی روانشنا سی سلامت، سال دهم شماره دوم (پیا پی ۳۸)، تابستان ۱۴۰۰، (۲۲-۷۷)
- Abbasi M, Amirian L. [Relationship between humor and subjective well-being with regard to mediating role of resilience in caregivers of patients with spinal injury (Persian)]. The Horizon of Medical Sciences. 2017; 23(4):301-6. <http://hms.gmu.ac.ir/article-1-2749-en.html>
- Addelyan Rasi H, Timpka T, Lindqvist K, Moula A. Can a psychosocial intervention programme teaching coping strategies improve the quality of life of Iranian women? A non-randomised quasi-experimental study. BMJ Open. 2013;3(3):e002407. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-002407 PMID: 23533213
12. Hayati F MM. Coping strategies in women
- Alfarouk, Khalid O.; Stock, Christian-Martin; Taylor, Sophie; Walsh, Megan; Muddathir, Abdel Khalig; Verduzco, Daniel; Bashir, Adil H. H.; Mohammed, Osama Y.; Elhassan, Gamal O. (2015)

- American Cancer society. (2012). The history of cancer. Ayres, A., Hoon, p. w., Franzoni, J. B., Matheny, K. B., Cotanch, p. H., & takayanagi, S. (1994). Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Journal of psychosomatic research*, 35, 5, 393-402
- Andrea Cohee | Shelley A. Johns| Jennifer S. Alwine | Tasneem Talib1 | Patrick O. Monahan| Timothy E. Stump | David Cella | Victoria L. Champion 12 January 2021
- Andrykowski, M. A., & Gregg, M. E. (1992). The role of psychological variables in postchemotherapy nausea: Anxiety and expectation. *Psychosomatic Medicine*, 54(1), 48–58.
- Anna G, Camilla P, Ines G, Veronica B, Elisabetta S, Giuseppina M. ICF, quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy. *Supportive Care in*
- Azadi R, Ahadi H, Hatami HR. [The Relationship of Psychological Wellbeing and Psychological Hardiness With the Mediating Role of Social Support in Women With Breast Cancer (Persian)]. *Quarterly of "The Horizon of Medical Sciences"*. 2021; 27(1):18-33. <https://doi.org/10.32598/hms.27.1.3093.2>
- Bahreinian A, Radmehr H, Mohammadi H, Mousavi MR. The effectiveness of the spiritual treatment groupon improving the quality of life and mental health in women with breast cancer. *Journal of Research on Religion & Health*. 2017;3(1)
- bakhshi I. Relationship between emotional intelligence, mental health and academic achievement. *Res Curr Plan*. 2008;1(19):97-116.
- Eckert RM. Understanding anticipatory nausea. *Oncol Nurse Forum*. 2001; 28 (10): 1553-6.
- Elahe Samami, MSc; Zohreh Shahhosseini, PhD; Zeinab Hamzehgardeshi, PhD; Forouzan Elyasi, M(IJMS Vol 47, No 2, March 2022)
- Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P, Emanuel LL. Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful? *Arch Intern Med* 2004; 164: 1999- 5.
- Farmanfarma KK, Mahdavifar N, Hassanipour S, Salehiniya H. Epidemiologic study of gastric cancer in Iran: asystematic review. *Clinical and Experimental Gastroenterology*. 2020;13(1):511-42.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86. DOI: 10.1002/ijc.29210 PMID: 25220842
- Firoozi, M, Besharat, M: A. pournaghasch Tehrani, S. (2011). Cognitive Emotion regulation in children with Acute lympholastic Leukemia. *Iran Journal cancer prevention*, 4, 183-188
- Fischer C, Dolbeault S, Sultan S, Bredart A. Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 2014;23: 361-374
- Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Hayati F SA, Mahmoudi, M. The study of relationship psychological well-being with personal Characteristic among breast cancer patients in hospitals of medicine sciences Tehran University. *Iran Breast ill n*. 2009;1(1):23-70.

- Ikeuchi K, Ishiguro H, Nakamura Y, Izawa T, Shinkura N, Nin K. The relation between mindfulness and the fatigue of women with breast cancer: path analysis. *BioPsychoSocial Medicine*. 2020;14(1):1-9.
- Kaptein AA, Schoones JW, Fischer MJ, et al. Illness perceptions in women with breast cancer-a systematic literature review. *Curr Breast Cancer Rep*. 2015;7:117-26.
- Karaca, A., Yildirim, N., Cangur, S., Acikgoz, F., & Akkus, D. (2019). Relationship between mental health of nursing students and coping, self-esteem and social support. *Nurse Education Today*, 76, 44-50.
- Kenne Sarenmalm E, Browall M, Persson LO, FallDickson J, Gaston-Johansson F. Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psychooncology*. 2013;22(1):20-7. DOI: 10.1002/pon.2053 PMID: 21910162
- Keyes, C. L. M., Fredrickson, B. L., & Park, N. (2012). Positive Psychology and the Quality of Life. *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research*
- Khalsa, D. S., & Newberg, A. B. (2021). Spiritual fitness: a new dimension in Alzheimer's disease prevention. *Journal of Alzheimer's Disease*, 80(2), 505-519.
- Levy M. Cancer fatigue: A review for psychiatrists. *General Hospital Psychiatry*. 2008; 30(3):233-44. [DOI:10.1016/j.genhosppsych.2008.01.004] [PMID]
- Mahboobehsadat Hosseini <https://www.sciencedirect.com/journal/complementary-therapies-in-clinical-practice> Volume 25, November 2016, Pages 8-12
- Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2010; 21: 99-13.
- Shoaa Kazemi M, Haqqani S, Saadati M, Khajevand A. The relationship between family social support and coping styles in the recovery process of breast cancer patients. *J Breast Dis Iran*. 2013; 6: 40- 36.
- Sia J, Szmyd R, Hau E, Gee HE. Molecular mechanisms of radiation-induced cancer cell death: a primer. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*. 2020;8(3):41-49.
- sima Babazadeh <Iranian Journal of Health Education & Promotion Volume 9, Issue 2, Summer 2021 >
- Siu, A.L. (2016). Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 164(4), 279-296
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Bruner-Sudarth's text book medical surgical nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins's 2008.
- Sozani S. Psychological hardiness. Paper presented at: the Psychology and Well- being Congress, Tehran. 2013.
- Spiegel D (2016). Breast cancer patient who get group therapy, *Journal of Psychology*, 102: 11-22.
- Stack, S., & Eshleman, J. R. (2012). Marital status and physical and psychological health. *Journal of Marriage and the Family*. 71: 52-63.
- Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):875-82. PMID: 11068973
- Stewart, B. W., & Wild, C. P. (2014). World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. World Health Organization, 630