

بررسی رابطه نگرانی از عود سرطان و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه: نقش پیش‌بینی‌کننده عوامل سبب‌ساز سرطان

مهدی شریفی^۱

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۱/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۱۰/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ترس از عود بیماری و کاهش سلامت روانی مبتلایان به سرطان سینه، یکی از نگرانی‌های اصلی بیماران سرطانی است که موجب افزایش پریشانی روان‌شناختی و کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد، از این‌رو تعیین عواملی که موجب ترس از عود بیماران گشته و بهزیستی آن‌ها را کاهش می‌دهد جهت افزایش کیفیت زندگی این نوع بیماران ضروری می‌نماید. بر این اساس مطالعه حاضر باهدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده عوامل سبب‌ساز سرطان در رابطه بین ترس از عود سرطان و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه شهر گرگان انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی شهر گرگان به تعداد ۲۸۰ نفر بود که از این میان ۱۶۲ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه موردنظر پژوهش انتخاب و با استفاده از مقیاس ترس از عود سرطان و بیکبرگ (۲۰۰۳)، پرسشنامه محقق ساخته عوامل سبب‌ساز سرطان سینه و نسخه‌ی کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) مورد آزمون قرار گرفتند. سپس داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین خرده مقیاس‌های عوامل شخصی، سبک زندگی و عوامل محیطی مسبب سرطان با ترس از عود سرطان رابطه مثبت ولی بین خرده مقیاس عوامل معنوی/ مذهبی با ترس از عود سرطان رابطه منفی وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین خرده مقیاس‌های عوامل شخصی، سبک زندگی و عوامل محیطی مسبب سرطان با بهزیستی روان‌شناختی بیماران رابطه منفی ولی بین خرده مقیاس عوامل معنوی/ مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی بیماران رابطه مثبت وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر و نقش عوامل سبب‌ساز سرطان در ترس از عود و بهزیستی روان‌شناختی، تشویق بیماران، به تغییر سبک زندگی، انجام فعالیت‌های بدنی و تقویت باورهای معنوی و مذهبی آن‌ها، در افزایش کیفیت زندگی به آن‌ها یاری رساند.

کلمات کلیدی: سرطان، عود سرطان، سلامت روان، سرطان سینه

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۴۳، شهریور ۱۴۰۰، ص ۴۹۶-۵۰۶

آدرس مکاتبه: روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرگز، بندرگز، ایران تلفن: ۰۹۳۸۶۶۵۱۷۳۸

Email: mehdisharifi273@gmail.com

مقدمه

دیگر مناطق جهان ۱۰ سال جوان‌تر هستند (۳). گرچه روش‌های بالینی، جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی میزان بقای این بیماران را افزایش می‌دهد و از درد و رنج آنان می‌کاهد، اما این بیماری پس از درمان نیز طیف وسیعی از نشانه‌های جسمانی و آلام روانی را به دنبال دارد به‌گونه‌ای که حتی پس از درمان نیز بیماران از عوارض روانی آن رهایی نمی‌یابند (۴، ۵). این بیماران نه تنها مجبورند با فشار و ناراحتی جسمی ناشی از سرطان کنار بیایند، بلکه عوارض روانی چون بهزیستی هیجانی نامطلوب (افزایش تنش، افسردگی و

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان در سراسر جهان است (۱). میزان بقای افراد مبتلا به این بیماری در سراسر جهان بسیار متفاوت است و از ۸۰ درصد بهبود در کشورهای توسعه‌یافته تا کمتر از ۴۰ درصد در کشورهای کم‌درآمد متغیر است (۲). در ایران سرطان سینه ۲۲/۲۶ درصد از موارد سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان ایرانی است. مطابق بررسی‌های انجام‌شده از نظر سنی، مبتلایان ایرانی نسب به

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرگز، بندرگز، ایران

اضطراب)، احساس ناتوانی و ناامیدی، ناتوانی در انجام امور شغلی، ناتوانی در انجام امور منزل، نقص عملکرد شناختی (حافظه و تمرکز)، ترس از مرگ و همچنین نگرانی در مورد چگونگی تأثیر بیماری آن‌ها بر خانواده‌هایشان را تجربه می‌نمایند. مطابق نظر جانوف-بولمن^۱ (۱۹۹۲) این بیماران همچنین ممکن است دچار نوعی "خودسرزنشی"^۲ گردند که در این وضعیت بیمار نسبت به نتایج ناخوشایند ایجادشده، احساس مطلوبی ندارد و خود را به دلیل عدم رعایت پاره‌ای مسائل و حتی تقصیر در ابتلا به بیماری سرزنش می‌نماید (۶، ۷).

باین‌حال، یکی از موارد بسیار نگران‌کننده در بیماران مبتلا به سرطان سینه، ترس از عود و برگشت بیماری است (۸). علی‌رغم شواهد موجود مبنی بر درمان سرطان، باین‌همه به نظر می‌رسد بین ۶۰ تا ۸۰ درصد از مبتلایان پس از بهبودی، نسبت به برگشت بیماری ابراز نگرانی می‌کنند و اغلب آنان از احتمال برگشت بیماری به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین نگرانی‌های خود نام می‌برند (۹). ترس از عود عبارت است از، ترس و نگرانی در مورد این موضوع که سرطان در همان عضو قبلی یا در اعضای دیگر بیمار باز می‌گردد و یا بیمار بهبود نیافته و بیماری پیشرفت خواهد کرد (۱۰). بررسی‌های علمی نشان‌دهنده این موضوع است که، پس از گذشت ۵ سال از تشخیص و درمان بیماری، قریب به ۷۰ درصد از مبتلایان به سرطان پستان هنوز از احتمال برگشت بیماری نگرانی دارند (۱۱) و بهبود بیماری نمی‌تواند ترس از برگشت از هر نوع سرطان را در بین بیماران کاهش دهد و این افراد همواره با دغدغه مربوط به عود بیماری زندگی را از سر می‌گذرانند (۱۲).

از سوی دیگر، اطلاع از ابتلا به این بیماری می‌تواند حالات ذهنی ناخوشایند روانی چون افسردگی، اضطراب و استرس، ناامیدی، از دست دادن عزت‌نفس، مشکلات جنسی و همچنین تصویر بدنی نامناسب را موجب گردد (۱۳). بنابراین مسائل روانی ناشی از این نوع بیماری به‌عنوان مهم‌ترین تهدید در بین افراد قلمداد گردیده و تا حدود زیادی کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۱۴). بهزیستی روانی به‌عنوان احساس مثبت و احساس رضایت‌مندی کلی از زندگی در حوزه‌های مختلف شغلی، خانوادگی، فردی و اجتماعی است تعریف می‌گردد (۱۵).

ازجمله عواملی که می‌تواند ترس از برگشت مجدد بیماری را کاهش داده و منجر به بهبود بهزیستی روان‌شناختی در بین بیماران گردد، فهم علت ابتلا به سرطان است (۱۶)، به این دلیل

که نگرش‌های افراد نسبت به علت بیماری خود می‌تواند، در تصمیم مبنی بر کمک کردن به خود و کمک گرفتن از دیگران، پیگیری درمان و عمل به توصیه‌های پزشکی پیروی از آن و سازگاری روان‌شناختی آن‌ها، در طول درمان و بعدازآن مؤثر واقع گردد (۱۷). مطابق رویکرد تعاملی استرس لازاروس^۳ و فالکمن (۱۹۸۴) شیوه‌ها یا راهبردهایی که فرد در مقابله با موارد استرس‌زا به کار می‌برد نقش اساسی در سلامت جسمانی و روانی او ایفا کرده و آسیب‌پذیری فرد به ادراک از استرس و منابع استرس بستگی دارد (۱۸). به‌عبارت‌دیگر معنایی که فرد به یک موقعیت استرس‌زا می‌دهد (ارزیابی اولیه)، بر آنچه فرد در برابر آن موقعیت می‌تواند انجام دهد (ارزیابی ثانویه) بستگی دارد. در این مدل، اعتقادات و نگرش شخص به‌طور مستقیم بر ارزیابی اولیه او از وضعیت و استراتژی‌های مقابله و به‌صورت کلی‌تر بر سازگاری آن‌ها با رویداد استرس‌زا تأثیر می‌گذارد (۱۹). درواقع، تحقیقات نشان داده است که در هنگام وقوع وقایع منفی، افراد ممکن است در جستجوی دلیل قابل‌فهم برای علت این رویداد باشند و کسانی که به این علت دست پیدا می‌کنند، تمایل بیشتری جهت سازگاری از خود بروز می‌دهند (۲۰). همچنین از نظر عده‌ای دیگر از پژوهشگران، اگرچه ویژگی‌های علی به‌تنهایی رفتارهای بیماران را پیش‌بینی نمی‌کنند و پیچیدگی اقدامات انسان را توضیح نمی‌دهند، اما نظریه انتساب چارچوبی جهت درک رفتارهای سلامت‌محور افراد، فراهم می‌آورد. بر اساس نظریه اسناد افراد به هنگام مواجه با چالش‌هایی ازجمله سرطان فرد می‌کوشند تا موجبات بروز آن را بر اساس عوامل درونی یا بیرونی شامل خود، دیگران، وراثت، محیط و یا شانس بازشناسد. پرسیدن سؤالاتی از قبیل «چرا من به این بیماری مبتلا شدم؟ از این‌گونه‌اند (۲۱). فروچی^۴ و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی با بررسی عوامل سبب‌ساز سرطان از نظر مبتلایان نه عامل شامل سبک زندگی، عوامل بیولوژیکی، محیطی، مصرف دخانیات، شانس و تقدیر، استرس، عوامل معنوی (حکمت)، وضعیت سلامت گذشته فرد و عوامل روان‌شناختی را شناسایی نمودند. دراین‌بین عوامل مربوط به آلودگی هوا و نوع شغل به‌عنوان عوامل بیرونی در نظر گرفته می‌شوند ولی سبک زندگی به‌عنوان عوامل درونی و قابل‌کنترل در نظر گرفته می‌شود (۲۲).

مطابق برآورد پژوهشگران حوزه سرطان، تقریباً بین ۲۴ تا ۵۶ درصد از زنان و مراقبان آن‌ها به دلیل وجود عوامل پیشاینده بیماری خود در گذشته ازجمله سابقه خانوادگی، استرس، عوامل محیطی و اعتقاد به شانس، پس از بهبودی در مورد برگشت بیماری نگرانی

³ Lazarous

⁴ Ferrucci

¹ Janoff-Bulman

² Self-Blame

نگرانی‌های اصلی بیماران مبتلا به سرطان سینه است به گونه‌ای که می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران را بسیار تحت تأثیر قرار دهد، هدف از مطالعه حاضر بررسی نقش عوامل سبب‌ساز سرطان در پیش‌بینی نگرانی از عود سرطان و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه شهر گرگان و در تلاش بود به این سؤال پاسخ دهد که آیا عوامل سبب‌ساز سرطان می‌تواند نگرانی از برگشت سرطان و بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه را پیش‌بینی کند؟

مواد و روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر گرگان و تحت درمان در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی به تعداد ۲۸۰ بیمار بود که از این تعداد بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس و همچنین استفاده از فرمول کوکران با مقدار خطای (۰/۵) جهت تعیین حجم نمونه، تعداد ۱۶۲ نفر انتخاب و پس از جلب موافقت آنها و ارائه توضیحات مربوط به نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات، پرسشنامه‌ها پرسشنامه‌های پژوهش جهت تکمیل در اختیار آنها قرار گرفت. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از، دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، عدم مصرف مواد، عدم ابتلا به اختلالات روانی بود. ملاک خروج نیز عدم تکمیل کامل ابزارهای مطالعه توسط هر یک از آزمودنی‌ها، سوء مصرف مواد و سابقه اختلال روانی در نظر گرفته شد. پس از بازگشت پرسشنامه‌ها، تعداد ۱۷ پرسشنامه به جهت نقص در پاسخ‌دهی از پژوهش کنار گذاشته شد و نمونه پژوهش به ۱۴۵ نفر کاهش یافت. لازم به ذکر است، کد اخلاق برای انجام پژوهش حاضر، بر اساس مجوز گرفته‌شده از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرگز برای طرح پژوهشی مصوب به شماره ۵۴۰۴۱۹۲۳۱۱۷۰۰۶ بود که به همه شرکت‌کنندگان در تحقیق ارائه و به آنان اطمینان داده شد که داده‌های حاصل از تحقیق محرمانه است و صرفاً برای انجام تحلیل‌های آماری استفاده می‌شود. در این مطالعه جهت جمع‌آوری داده‌ها سه ابزار اندازه‌گیری شامل مقیاس ترس از عود سرطان و یکبرگ^۸ (۲۰۰۳)، پرسشنامه محقق ساخته عوامل سبب‌ساز سرطان سینه و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی به کار گرفته شد.

دارند (۲۳). دومالان و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که، عدم تمایل به پذیرش تأثیر انتخاب‌ها و رفتارهای شخصی در میان بهبودیافتگان سرطان، بیشتر یک عملکرد محافظتی و راهی برای اثبات و حفظ عزت‌نفس است (۲۴). همچنین مطابق پژوهش‌های کاستانزو و همکاران (۲۰۱۱) از نظر مبتلایان به سرطان سبک مناسب زندگی، نقش مؤثری در کاهش نگرانی پس از بهبودی و افزایش کیفیت زندگی دارد (۲۵). مطابق مطالعات سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵) با اصلاح شیوه‌های زندگی و اجتناب از عوامل کلیدی رفتاری و عوامل خطر مرتبط با شیوه زندگی، می‌توان از بیش از ۳۰٪ درصد از برگشت مجدد و مرگ‌میر سرطان جلوگیری کرد (۲۶). مطابق پژوهش پنجاری و همکاران (۲۰۱۲) ۴۵ درصد از زنان به‌طور مشخص استرس را به‌عنوان یک عامل مؤثر در سرطان پستان خود تأیید کرده‌اند. این بیماران نسبت به کسانی که استرس را عامل بیماری خود نمی‌دانند، ترس از برگشت بیماری بیشتری را گزارش نموده‌اند (۲۷). مطابق با این یافته کاستانزو^۵ و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان دادند که تغییر در سبک زندگی پس از بهبودی برای بیمارانی که علت مبتلا شدن به سرطان را سبک زندگی نادرست می‌دانند می‌تواند تا حدودی زیادی نگرانی از برگشت بیماری را کاهش و بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را افزایش دهد (۲۵). سیمرد^۷ و همکاران (۲۰۱۳) نیز در بررسی عوامل مؤثر بر ابتلا به سرطان در بین زنان به این نتیجه دست یافتند که ۲۳ درصد از زنان عامل چاقی، ۱۶/۵ درصد عدم تحرک جسمی و ۷ درصد به جهت مصرف الکل و ۲۰ درصد سبک نامناسب زندگی، ۲۰ درصد استرس را عامل ابتلا معرفی نموده‌اند (۲۸). بالین‌حال بررسی موشر^۷ و همکاران (۲۰۱۵) حاکی از آن بود بیمارانی که عوامل غیر قابل‌کنترل را عامل ایجاد سرطان پستان خود می‌دانند، نسب به بهبودی احساس درماندگی و ناامیدی می‌نمایند (۲۹). شیوع بالا و سن پایین بروز سرطان سینه در ایران ضرورت توجه به آن را چندین برابر می‌کند، این در حالی است که اگرچه در علوم پزشکی سرطان سینه مورد توجه قرار گرفته و به پیشرفت‌های بسیاری نیز در تشخیص و درمان آن دست یافته است. اما درباره اثرات روان‌شناختی این بیماری به خصوص تأثیر آن بر ویژگی‌های روان‌شناختی به‌ویژه بهزیستی روان‌ناختی و نگرانی در مورد برگشت سرطان، پژوهش‌های اندکی در ایران صورت گرفته است که لزوم پرداختن بیشتر به اثرات این نوع سرطان را نشان می‌دهد. بر این اساس از آنجایی که نگرانی از برگشت سرطان یکی از

⁷ Mosher

⁸ Vickberg

⁵ Costanzo

⁶ Simard

برده شد. مقیاس فوق دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل دارای ۱۴ پرسش است. از آزمودنی در خواست می‌شود پرسشها را خوانده و نظر خود را بر روی یکی از گزینه‌های شش گانه مخالف تا کاملاً موافق نشان دهد برای هر پرسش نمره‌ای ۱ تا ۶ داده می‌شود نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. برای محاسبه پایایی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف دو روش باز آزمایی و همسانی درونی به کار برده شد. در ایران بیانی و همکاران (۳۲) همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۲ تا ۰/۷۷ محاسبه نمودند. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷ به دست آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده گردید. برای این منظور از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته ها

داده‌های جمعیت‌شناختی گزارش شده نشان داد که میانگین سنی نمونه مورد مطالعه ۳۸/۸۷ با انحراف معیار ۶/۷۸ بود. از این بین تعداد ۵۱ نفر معادل ۳۵/۱۷ درصد دارای مدرک دیپلم، ۷۳ نفر معادل ۵۰/۳۴ درصد دارای مدرک لیسانس و ۲۱ نفر معادل ۱۴/۴۹ درصد دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون‌ها، مفروضه‌هایی که استفاده از آن‌ها را مجاز می‌شمارند، مورد بررسی قرار گرفت. مفروضه‌ی وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک با توجه به نمودار پراکنش متغیرها (نشانه‌گر وجود رابطه‌ی خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک)، مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف ($P > 0/05$) و مفروضه‌ی استقلال باقیمانده‌ها با استفاده از آماره‌ی دوربین-واتسون تأیید قرار گرفت. بنابراین، از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

مقیاس ترس از عود سرطان ویکبرگ^۹ (۲۰۰۳): این مقیاس با ۲۹ آیتم و توسط ویکبرگ در سال ۲۰۰۳ طراحی شد. مقیاس شامل چهار خرده مقیاس نگرانی در مورد سلامتی، نگرانی مرگ، نگرانی در مورد مسیوبیت‌های خانه‌داری و نگرانی در مورد نقش (نقش همسری) می‌باشد. مقیاس در طیف لیکرت از ۰ (به هیچ وجه) تا بسیار زیاد (۴) نمره گذاری می‌گردد. نمره کل این مقیاس بین ۰ تا ۱۱۶ متغیر است. ویکبرگ (۲۰۰۳) آلفای کرونباخ برای این مقیاس را ۰/۹۱ به دست آورد (۳۰). همچنین در مطالعه تامسون^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۴) با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای نمره کل آزمون در نمونه زنان مبتلا به سرطان سینه آفریقایی برابر ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۳). افزون بر این، در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه محقق ساخته عوامل سبب‌ساز سرطان سینه: این مقیاس بر اساس مطالعه ادبیات موردنظر پژوهش در حیطه عوامل سبب‌ساز سرطان با ۲۶ عامل تدوین گردید. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس اصلی عوامل شخصی (تاریخچه خانوادگی، سن، نوع شغل، بیماری‌های زمینه‌ای، تراکم سینه، بد شانس بودن یا نبودن، استفاده از داروهای ضد بارداری، سن اولین قاعدگی...)، محیطی (آلودگی هوا، قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی، تابش اشعه‌های مضر، ...) سبک زندگی (استرس، رعایت رژیم‌های غذایی، اضافه وزن، عدم تحرک، مصرف دخانیات، بچه دار بودن، شیر دادن... و عوامل معنوی/ مذهبی (ایمان، خواست و حکمت خداوند) می‌باشد. نمره گذاری مقیاس به صورت طیف لیکرت از ۱ برای کاملاً موافقم تا ۵ برای کاملاً مخالفم صورت می‌پذیرد. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های عوامل شخصی (۰/۶۹)، محیطی (۰/۶۳) و سبک زندگی (۰/۷۹) و عوامل معنوی/ مذهبی (۰/۸۰) به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی: این مقیاس را ریف^{۱۱} در سال ۱۹۸۹ طراحی نمود فرم اصلی دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی، و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید در این پژوهش فرم ۸۴ سؤالی به کار

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد نگرانی از عود سرطان، عوامل سبب‌ساز سرطان و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	حداقل آماره	حداکثر آماره	میانگین	انحراف استاندارد
نگرانی از عود	۷۸	۹۹	۸۰/۲۷	۶/۳۵

¹¹ Ryff

⁹ Vickberg

¹⁰ Thomson

۱۳/۵۶	۲۵/۱۵	۳۵	۱۹	عوامل شخصی
۱۱/۳۲	۲۹/۴۴	۳۸	۲۲	سبک زندگی
۱۵/۸۹	۱۷/۱۰	۲۲	۱۴	عوامل محیطی
۱۴/۰۱	۲۰/۰۶	۳۹	۱۷	عوامل معنوی/ مذهبی (خواست و حکمت خداوند)
۸/۱۵	۹۱/۷۵	۱۰۹	۷۷	عوامل سبب‌ساز سرطان (نمره کل)
۹/۰۴	۷۳/۱۷	۴۲	۱۶	بهزیستی روان‌شناختی

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

جدول (۲): ماتریس ضرایب همبستگی بین عوامل سبب‌ساز سرطان با نگرانی از عود سرطان و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	۱	۱	۳	۴	۵	۶	۷
نگرانی از عود	۱						
بهزیستی روان‌شناختی	-/۴۱xx	۱					
عوامل شخصی	۰/۷۰xx	-/۸۲xx	۱				
سبک زندگی	۰/۶۳**	-/۷۰xx	۰/۵۸**	۱			
عوامل محیطی	۰/۳۳xx	-/۴۸xx	۰/۴۵xx	۰/۳۹xx	۱		
عوامل معنوی/ مذهبی	-/۵۳xx	-/۶۱xx	۰/۴۶xx	۰/۳۹xx	۰/۲۸xx	۱	
عوامل سبب‌ساز سرطان	۰/۷۷xx	-/۵۸xx	۰/۸۸xx	۰/۶۴xx	۰/۷۰xx	۰/۶۱xx	۱

خرده مقیاس عوامل معنوی/ مذهبی و نگرانی از عود سرطان رابطه منفی و معنادار (-/۵۳) وجود دارد. همچنین بین خرده مقیاس‌های عوامل شخصی (-/۸۲)، عوامل محیطی (-/۴۸) و سبک زندگی (-/۷۰) و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار وجود دارد. در مرحله بعد برای بررسی نقش عوامل سبب‌ساز سرطان در نگرانی از عود از روش تحلیل رگرسیون استفاده شد.

در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین عوامل سبب‌ساز سرطان با نگرانی از عود سرطان و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مشاهده می‌شود. داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که بین خرده مقیاس‌های عوامل شخصی، عوامل محیطی و سبک زندگی و نگرانی از عود سرطان همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین

جدول (۳): تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی نگرانی از عود سرطان براساس عوامل سبب‌ساز سرطان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	R	R ²	دوربین واتسن	آزمون هم خطی	F	P
تغییرات	مجذورات	میانگین			تلورانس	VIF		
رگرسیون	۱۰۱/۷۶۸	۲۵/۴۴۲	۰/۷۰۶	۰/۰۴۹۹	۱/۸۴	۰/۸۷۸	۴۲/۳۰۷	۰/۰۰۰
باقیمانده	۱۰۲/۲۳۲	۰/۸۷۲						

نیز بیانگر این است که رگرسیون متغیر نگرانی از عود سرطان بر اساس عوامل سبب‌ساز سرطان معنی‌دار است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیر پیش‌بین حدود ۴۹ درصد واریانس نگرانی از عود سرطان را پیش‌بینی می‌کند. نسبت F

جدول (۴): ضرایب بتا و آزمون معنی‌داری T برای پیش‌بینی نگرانی از عود سرطان از طریق عوامل سبب‌ساز سرطان

شاخص	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	T	P
------	----------------------	---------------------	---	---

	Beta	خطای معیار	B	
۰/۰۰۱	۲/۸۵۷	-	۶/۲۶۰	۱۲/۴۳۳ مقدار ثابت
۰/۰۰۰	۳/۶۱۳	۰/۳۳۵	۰/۰۹۰	۰/۳۲۴ عوامل سبک زندگی
۰/۰۰۶	۲/۳۱۹	۰/۴۰۱	۰/۰۹۸	۰/۲۲۷ عوامل شخصی
۰/۰۰۰	۲/۴۶	۰/۲۵۸	۰/۰۸۸	۰/۱۲۸ عوامل محیطی
۰/۰۰۰	-۲/۱۱	-۰/۲۷۲	۰/۰۷۷	-۰/۱۶۲ عوامل معنوی/مذهبی

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که عوامل سبک زندگی با بتای $(T=۲/۴۶)$ ۰/۲۵ و عامل معنوی/مذهبی با بتای $(T=-۲/۱۱)$ ۰/۲۷، $(T=۳/۶۱)$ ۰/۳۳، شخصی با بتای $(T=۲/۳۱)$ ۰/۴۰، محیطی با بتای $(T=۲/۳۱)$ ۰/۴۰، می‌توانند به‌طور معنی‌داری نگرانی از عود سرطان را پیش‌بینی کنند.

جدول (۵): تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی براساس عوامل سبب‌ساز سرطان

P	F	آزمون هم‌خطی		R2	R	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	شاخص
		VIF	تولرانس					
۰/۰۰۰	۸۹/۱۲۸	۲/۷۰۵	۰/۷۳۸	۱/۷۷	۰/۶۷	۰/۸۲	۵۰/۹۰۴	۲۰۳/۶۱۶ رگرسیون
							۰/۵۷۱	۹۷/۰۹۳ باقیمانده

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که با توجه به مقدار ضریب تعیین (R^2)، عوامل سبب‌ساز سرطان ۶۷ درصد از واریانس بهزیستی روان‌شناختی را تبیین می‌کند ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول (۶): نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از طریق عوامل سبب‌ساز سرطان

P	T	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	شاخص
		Beta	خطای معیار		
۰/۰۰۱	۴/۶۷	-	۰/۳۴۵	۱/۶۸۷	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	-۳/۷۶۰	-۰/۵۷۸	۰/۰۸۶	-۰/۶۹۱	عوامل سبک زندگی
۰/۰۰۰	-۲/۵۶۸	-۰/۳۵۴	۰/۰۷۵	-۰/۱۹۲	عوامل شخصی
۰/۳۰۶	-۲/۲۲۹	-۰/۱۳۱	۰/۰۳۹	-۰/۱۲۸	عوامل محیطی
۰/۰۰۰	۲/۳۲۱	۰/۲۱۵	۰/۰۶۹	۰/۳۴۵	عوامل معنوی/مذهبی

روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد. یافته‌ها نشان‌دهنده آن بود که بین خرده مقیاس‌های عوامل شخصی، سبک زندگی و عوامل محیطی با سطوح بالای نگرانی از عود سرطان رابطه مثبت دارند. همچنین بین خرده مقیاس مؤلفه‌های معنوی/مذهبی و نگرانی از عود سرطان رابطه منفی و معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاستانو و همکاران (۲۵)؛ کوک و وایت^۱ (۳۳)؛ لم^۲، (۳۴) و پنجاری و همکاران (۲۷) مبنی بر اینکه عوامل شخصی، سبک زندگی و عوامل محیطی می‌توانند موجب نگرانی از برگشت

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که عوامل سبک زندگی با بتای $(T=۴/۶۷)$ ۰/۵۷، شخصی با بتای $(T=-۲/۷۶)$ ۰/۳۵، محیطی با بتای $(T=-۲/۲۲)$ ۰/۱۳ و عامل معنوی/مذهبی با بتای $(T=-۲/۲۲)$ ۰/۱۳، می‌توانند به‌طور معنی‌داری بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده عوامل سبب‌ساز سرطان در رابطه بین ترس از عود سرطان و بهزیستی

² Lam

¹ Kwok

معنا در زندگی تلقی می‌شوند. این معنا در زندگی موجب کاهش سطح افسردگی، مدیریت بهتر درد، کاهش استرس پس از سانحه، کاهش پریشانی روان‌شناختی، سهولت بیشتر در تصمیم‌گیری به نوع و ادامه درمان، افزایش سطح کورتیزول و امید در زندگی می‌گردد (۳).

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که از بین عوامل سبب‌ساز سرطان؛ عوامل شخصی، محیطی و سبک زندگی با بهزیستی روان‌شناختی بیماران رابطه منفی و معنادار و بین عامل معنوی/ مذهبی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. این یافته، با نتایج تحقیقات آنتونوا^۴ (۳۶) همخوانی دارد. مطابق پژوهش آنتونوا بیمارانی که سرطان پستان را به شیوه زندگی گذشته خود مرتبط می‌دانستند، در محیط‌های آلوده زندگی و یا مشغول به کار بودند، دارای سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان بودند حتی پس از بهبودی نسبی نیز، به دلیل عدم تغییر شرایط بهزیستی روان‌شناختی پایینی را تجربه می‌نمودند. بعلاوه، این بیماران حتی خود را به دلیل ابتلا بیماری و ایجاد مشکل برای خانواده و اطرافیان، عدم توانایی در انجام وظایف خانه‌داری به ماند قبل، تصویر بدنی نامناسب و همچنین یاس و ناامیدی در ایجاد رابطه زناشویی مناسب نسبت به قبل از بیماری، مدام سرزنش می‌کنند و این خود سرزنشی تا حدودی به کاهش بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها می‌انجامد. اگرچه این اجماع وجود دارد که استرس از سطح طبیعی تا بالینی متغیر است، اما استرس زیاد منجر به اضطراب، اختلال در عملکرد و کاهش سطح کیفی بازماندگان از سرطان و حتی مراقبان آن‌ها می‌شود. در نتیجه این امر می‌تواند در پذیرش بیماری، پاسخ‌های روانی بیماران به چالش پیش رو و فعالیت‌های عملکردی و جسمی مشکل ایجاد نموده و با تشدید اختلالات روانی قبلی زندگی روز مره افراد را مختل نماید. استرس زیاد همچنین یکی از عوامل عدم مراجعه و ادامه درمان است (۲۸). از سوی دیگر یکی از عواملی که می‌تواند به بیماران در تحمل شرایط سخت بیماری یاری رساند، عامل مذهبی/ و معنوی و اعتقاد به این مسئله است که در این مسئله حتماً حکمتی نهفته است و با اتکال و اعتماد به خداوند می‌تواند این مرحله را پشت سر بگذارند. معنویت می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی بیماران را بهبود بخشد. معنویت با تأمین منابع حمایتی برای بیمار و همچنین به‌صورت غیر مستقیم از طریق تأثیری که می‌تواند بر امید به بهبود بیماران داشته باشد، خلأ معنایی آن‌ها را پر نموده، و از طریق معنا و هدفی که برای بیماران در زندگی ایجاد می‌کند، سازگاری روانی بیماران را افزایش داده و بهزیستی روان‌شناختی

⁴ Antonova

بیماری گردند و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان را کاهش دهند، همخوانی دارد. مطابق پژوهش دومالان^۳ (۱۲) درصد ابتلا به سرطان زنانی که بیشتر در معرض زندگی پراسترس قرار داشتند، نسبت به زنان عادی بسیار بالاتر بود. نتایج پژوهش به روال و همکران (۲۰۱۵) نیز نشان‌دهنده آن بود که بیماران مبتلا به سرطان سینه از عوامل شخصی چون تاریخچه خانوادگی، تولد فرزند، شیردهی و همچنین سبک زندگی نامطلوب چون مصرف مواد، رژیم غذایی نامناسب، زندگی پراسترس و فشار و همچنین مشکلات خانوادگی به‌عنوان عوامل مهم نگرانی در عود سرطان نام برده‌اند (۲۴). توجه به این نکته ضروری است که عوامل سبب‌ساز در ابتلا به سرطان با عوامل عود بیماری ممکن است تا حدودی متفاوت باشند. به‌عنوان مثال مطابق پژوهش گارینو و همکاران (۱۱)، در حالی که ممکن است بیماران علت ابتلا به سرطان را به عواملی نسبت دهند که از حیطه کنترل آن‌ها خارج است از جمله شانس یا بد شانس، قرار گرفتن در معرض محیط‌های آلوده، سابقه خانوادگی و...، به هنگام برگشت بیماری و به منظور جلوگیری از عود سرطان پستان بیماران به عوامل رفتاری مرتبط با سبک زندگی چون چاقی، رژیم نامناسب، مصرف سیگار و الکل، بچه‌دار نشدن، شیر ندادن به کودک، عدم فعالیت بدنی، استفاده از داروهای ضد بارداری خوراکی و نظایر این اشاره می‌نمایند. مطابق نظر کاستانو (۲۵) اضطراب در مورد برگشت بیماری ممکن است منجر به افزایش پایبندی به رفتارهای بهداشتی توصیه شده به‌عنوان راهی برای مقابله گردد. از سوی دیگر چون عوامل مرتبط با سبک زندگی، به‌عنوان عاملی قلمداد می‌گردد که بیماران بیشتر می‌توانند آن را تحت کنترل خویش درآوردند بر خلاف عوامل محیطی چون آلودگی هوا که تحت کنترل بیماران نیستند، بیماران بیشتر تغییرات رفتاری مورد نیاز برای بهبودی را پذیرا هستند. از سوی دیگر، روان‌درمانی و دین/ معنویت منابعی هستند که افراد برای کاهش بیماری‌های روحی و جسمی از آن‌ها استفاده می‌کنند (۳۵). افزودن جنبه معنوی به تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت، نشان‌دهنده توجه بیشتر به نقش اعتقادات دینی در سلامت عمومی، خوشبختی و بهزیستی است. علاوه بر این، پیشرفت روانشناسی و پویا و ماهیت پیچیده جوامع جدید باعث شده است که نیازهای معنوی انسان در برابر نیازهای مادی گرایی از اهمیت بالایی برخوردار باشد. به نظر می‌رسد امروزه مردم در سراسر جهان تمایل به معنویت و مسائل معنوی دارند و روانشناسان و روان‌پزشکان می‌دانند که روش‌های سنتی و ساده برای معالجه اختلالات روانی کافی نیستند (۱۱). دین و معنویت با ایجاد امید و نگرش مثبت به‌عنوان منبع پایداری و ایجاد

³ Dumalaon

قابلیت تعمیم نتایج را محدود می‌کند. از سوی دیگر به دلیل اینکه یکی از معیارهای ورود به پژوهش محدوده سنی ۲۵ تا ۶۰ سال بود، این امکان وجود دارد که عوامل سبب‌ساز سرطان پستان و پیامدهای روانی متعاقب آن برای افراد مسن‌تر متفاوت باشد. همچنین این بررسی فقط بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. لذا توصیه می‌شود در مطالعات بعدی این موارد لحاظ گردد. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به سرطان پستان به دلیل عوارض جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از این بیماری کیفیت زندگی پایینی را تجربه می‌کنند و از آنجا که داشتن کیفیت زندگی خوب در نرخ بهبودی و پیشرفت درمان سرطان تأثیرگذار است، شناسایی عوامل روان‌شناختی مرتبط با این بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به دلیل وجود رابطه مستقیم معنادار میان عوامل سبب‌ساز سرطان و مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و نگرانی از برگشت بیماری پیشنهاد می‌گردد از طریق ارائه آموزش‌های لازم در جهت تغییر سبک زندگی بیماران اقدام گردد. همچنین از آنجایی که نگرانی از عود سرطان، بهزیستی روان‌شناختی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد درمان‌هایی چون درمان‌های شناختی-رفتاری و همچنین درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب کاهش نگرانی از برگشت بیماری گردیده و در نهایت بهزیستی روان‌شناختی بیماران را بهبود بخشد. پیشنهاد می‌شود به جهت تعمیم بهتر نتایج پژوهش فوق، بررسی حاضر در بین سایر گروه‌های سنی و همچنین در استان‌های دیگر اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

از افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین از عوامل بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی شهر گرگان که در اجرای این پژوهش یاری‌گر پژوهشگران بوده‌اند تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

References:

1. Deka SJ, Mamdi N, Manna D, Trivedi V. Alkyl cinnamates induce protein kinase C translocation and anticancer activity against breast cancer cells through induction of the mitochondrial pathway of apoptosis. *J Breast Cancer* 2016;19(4):358-71.
2. Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of Spiritual Group Therapy on Quality of Life and Spiritual Well-

ایشان را بهبود می‌بخشد. مهم‌ترین تأثیر معنویت در بیماران را می‌توان به تغییر نگرش آنان نسبت به مفهوم زندگی و مرگ و بیماری دانست (۳۶، ۳۷).

یافته‌ها همچنین نشان داد که بین نگرانی از عود سرطان و بهزیستی روان‌شناختی بیماران رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش تامپسون و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت منطقی به نظر می‌رسد نگرانی از این که بیماری برگردد و این برگشت دوباره جنبه‌های مختلف زندگی فرد از جمله روابط بین‌فردی، شغلی، عملکردی فرد را تحت تأثیر قرار دهد، فرد را دچار استرس کند و استرس طولانی مدت ایجاد اضطراب و افسردگی نماید. در حوزه خانواده ترس از احتمال این که به دلیل بیماری روابط فرد با همسرش مختل شود تا حدی که همسر تصمیم به جدایی بگیرد؛ در حوزه روابط بین فردی نگرانی از این که دیگران درباره آن‌ها چه فکر می‌کنند چگونه به آن‌ها می‌نگرند و احتمال مورد ترحم واقع شدن یا باری بر دوش آن‌ها بودن؛ در حوزه شغل ترس از دست دادن شغل و این که وضعیت مالی آن‌ها در آینده به چه نحوی خواهد بود و آیا قادر خواهند بود از پس مخارج خود و هزینه‌های درمان بر آیند؛ در حوزه خودمختاری نگرانی از بابت اینکه در صورت برگشت بیماری تا چه حد توانایی انجام امور شخصی خود را به‌طور مستقل خواهند داشت و در حوزه واکنش عاطفی تأثیری که داروها و درمان‌های مختلف بر ظاهر آن‌ها می‌گذارد همه این موارد هم تأثیر جسمانی بر فرد دارند مانند تپش قلب، لرزش بدن اشکال در تنفس هم تأثیر روانی مانند احساس پریشانی، دل‌مردگی و در مواردی باعث می‌شود این بیماران حساس و زود رنج شوند در برخورد با دیگران به شدت واکنش نشان دهند، یا احساس بی‌ارزشی و بی‌معنایی کنند و از زندگی لذت نبرند و به این صورت بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها به طرز چشمگیری تحت تأثیر قرار گیرد.

پژوهش حاضر علی‌رغم نقاط مثبت، دارای محدودیت‌هایی نیز بود. از جمله محدودیت‌های پژوهش ماهیت نمونه موردنظر است که

Being among Patients with Breast Cancer. *Iran J Med Sci* 2016;41(2):140-8.

3. Alagheband M, Mazloomi Mahmoodabad SS, Yassini Ardekani SM, Fallahzadeh H, Rezaei MR, Yavari MR, et al. The impact of religious cognitive behavioural therapy (RCBT) on general health among Iranians. *Mental Health, Religion & Culture* 2019;22(1):73-81.

4. Fllah RG, M. Dastani, M. Mousavi, M. Akbari, M. The Effectiveness of Group Intervention Spiritual Intervention on Promoting Hope and Mental Health in Women with Cancer Breast. *Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2011;19(5):69-80.
5. Moghimi M, Karimi Z, Esmailpour N, Zoladl M. The Effect of Resilience Education by the Teach-back Method on the Stress of Mothers of Educable Mentally Retarded Children: A Field Trial Study. *International Journal of Pediatrics* 2017;5(12):6347-58.
6. Bijari H, Ghanbari-HashemAbadi B, Aghamohammadian-SheerbaF H, Homaie-shandiz F. Effectiveness of group therapy based on hope therapy to increase hope to life in women with breast cancer. *Journal of Educational and Psychological Studies* 2009;10(1):171-84.
7. Akbari ME, Asadi Lari M, Akbari A, Mousavi R, Mousavi M. Spiritual care, neglected aspects of health in cancer management. In: *Palliative medicine in the 21st century Congress*. 2010. p. 14–7.
8. Aukst-Margetić B, Jakovljević M, Margetić B, Bišćan M, Šamija M. Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27(4):250-5.
9. Womble MN, Labbé EE, Cochran CR. Spirituality and personality: understanding their relationship to health resilience. *Psychol Rep* 2013;112(3):706-15.
10. Worthington Jr EL, Hook JN, Davis DE, McDaniel MA. Religion and spirituality. *J Clin Psychol* 2011;67(2):204-14.
11. Guarino A, Polini C, Forte G, Favieri F, Boncompagni I, Casagrande M. The Effectiveness of Psychological Treatments in Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med* 2020;9(1):209.
12. Dumalaon - Canaria J, Prichard I, Hutchinson A, Wilson C. Fear of cancer recurrence and psychological well - being in women with breast cancer: The role of causal cancer attributions and optimism. *Eur J Cancer Care* 2018;27(1):e12579.
13. Thomson AK, Heyworth JS, Girschik J, Slevin T, Saunders C, Fritschi L. Beliefs and perceptions about the causes of breast cancer: a case-control study. *BMC Res Notes* 2014;7(1):558.
14. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2013;14(8):721-32.
15. Browall M, Kenne Sarenmalm E, Persson LO, Wengström Y, Gaston - Johansson F. Patient - reported stressful events and coping strategies in post - menopausal women with breast cancer. *Eur J Cancer Care* 2016;25(2):324-33.
16. Ferrer RA, Green PA, Barrett LF. Affective science perspectives on cancer control: Strategically crafting a mutually beneficial research agenda. *Perspectives on Psychological Science* 2015;10(3):328-45.
17. Nejat N, Whitehead L, Crowe M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemp Nurse* 2017;53(1):48-59.
18. Shand LK, Cowlishaw S, Brooker JE, Burney S, Ricciardelli LA. Correlates of post - traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: A systematic review and meta - analysis. *Psychooncology* 2015;24(6):624-34.
19. Ng GC, Mohamed S, Sulaiman AH, Zainal NZ. Anxiety and depression in cancer patients: the association with religiosity and religious coping. *Journal of religion and health* 2017;56(2):575-90.
20. Ware J, John E, Gandek B. The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health* 1994;23(2):49-73.
21. Foster C, Breckons M, Cotterell P, Barbosa D, Calman L, Corner J, et al. Cancer survivors' self-

- efficacy to self-manage in the year following primary treatment. *J Cancer Surviv* 2015;9(1):11-9.
22. Ferrucci LM, Cartmel B, Turkman YE, Murphy ME, Smith T, Stein KD, et al. Causal attribution among cancer survivors of the 10 most common cancers. *J Psychosoc Oncol* 2011;29(2):121-40.
23. Lizama N, Rogers P, Thomson A, Slevin T, Fritschi L, Saunders C, et al. Women's beliefs about breast cancer causation in a breast cancer case-control study. *Psychooncology* 2016;25(1): 36-42.
24. Dumalaon-Canaria JA, Hutchinson AD, Prichard I, Wilson C. What causes breast cancer? A systematic review of causal attributions among breast cancer survivors and how these compare to expert-endorsed risk factors. *Cancer Causes Control* 2014;25 (7):771-85.
25. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Roeder SL. Common - sense beliefs about cancer and health practices among women completing treatment for breast cancer. *Psychooncology* 2011;20(1):53-61.
26. Menezes RR, Kameo SY, dos Santos Valença T, Moco GAA, de Jesus JM. Quality of Life Related to Health and Spirituality in Individuals with Cancer. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2018;64(1):9-17.
27. Panjari M, Davis SR, Fradkin P, Bell RJ. Breast cancer survivors' beliefs about the causes of breast cancer. *Psychooncology* 2012;21(7):724-9.
28. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 2013;7(3): 300-22.
29. Mosher CE, Ott MA, Hanna N, Jalal SI, Champion VL. Coping with physical and psychological symptoms: a qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers. *Supportive Care in Cancer* 2015;23(7):2053-60.
30. Vickberg SMJ. The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. *Ann Behav Med* 2003;25(1):16-24.
31. Schmutte PS, Ryff CD. Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *J Pers Soc Psychol* 1997;73(3):549.
32. Bayani A, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008;14(2):146-51.
33. Kwok C, White K. Cultural and linguistic isolation: The breast cancer experience of Chinese-Australian women—A qualitative study. *Contemp Nurse* 2011;39(1):85-94.
34. Lam WW, Tsang J, Yeo W, Suen J, Ho WM, Yau TK, et al. The evolution of supportive care needs trajectories in women with advanced breast cancer during the 12 months following diagnosis. *Support Care Cancer* 2014;22(3):635-44.
35. Schreiber JA. Image of God: effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*; 2011.
36. Antonova L, Aronson K, Mueller CR. Stress and breast cancer: from epidemiology to molecular biology. *Breast Cancer Res* 2011;13(2):208.
37. Delgado-Guay MO, Hui D, Parsons HA, Govan K, De la Cruz M, Thorney S, et al. Spirituality, religiosity, and spiritual pain in advanced cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(6):986-94.

RELATIONSHIP BETWEEN FEAR OF RECURRENCE AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN WOMEN WITH BREAST CANCER: THE PREDICTIVE ROLE OF CAUSAL CANCER ATTRIBUTIONS

Mehdi Sharifi¹

Received: 06 April, 2021; Accepted: 23 December, 2021

Abstract

Background & Aims: Fear of disease recurrence and decrease in the mental health of patients with breast cancer is one of the major concerns of patients that causes psychological distress and reduces the quality of life in patients. Therefore, determining factors that cause fear of recurrence in patients and reduce their well-being is crucial to improve their quality of life. Therefore, the present study aimed to investigate the predictive role of causal cancer attributions in the relationship between the fear of cancer recurrence and psychological well-being in women with breast cancer.

Materials & Methods: The research method was correlational and the statistical population included all patients with breast cancer referred to specialized hospitals and clinics in Gorgan. They were selected and tested using the Vickberg Cancer Recurrence Fear Scale (2003), a researcher-made questionnaire of Causal Cancer Attributions and a short version of the Ryff Psychological Well-being Scale (1989). Then data were analyzed using correlation coefficient and multiple regression analysis.

Results: The results showed a positive relationship between the subscales of personal factors, lifestyle, and environmental causal cancer attributions with fear of cancer recurrence and also there was a negative relationship between the subscales of spiritual/religious factors with fear of cancer recurrence. The results also showed that there is a negative relationship between the subscales of personal factors, lifestyle, and environmental with the psychological well-being of patients but there is a positive relationship between spiritual/religious factors subscale with patients' psychological well-being.

Conclusion: According to the results of this study and the role of causal cancer attributions in fear of recurrence and psychological well-being, encouraging patients to change their lifestyle, physical activity, and strengthening spiritual and religious practices can help them to improve their quality of life.

Keywords: Cancer, Recrudescence, Mental health, Breast Cancer

Address: Department of Psychology, Islamic Azad University, Bandargaz Branch, Bandargaz, Iran.

Tel: (+98) 9386651738

Email: Email:mehdisharifi273@gmail.com

¹ M.Sc. Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Bandar-e-Gaz Branch, Bandar-e-Gaz, Iran