



## Original Article

# Effectiveness of Metacognitive Therapy on PostTraumatic Growth, Positive Illness Perception, and Body Acceptance in Women with Breast Cancer after Mastectomy

Hanie Pakravan<sup>1</sup> , Esmail Soleimani<sup>2\*</sup> , Ali Issazadegan<sup>3</sup>

1. Ph.D. Candidate in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran

## Article History:

**Received:** February 1, 2026

**Revised:** May 24, 2026

**Accepted:** May 31, 2026



**\*Corresponding Author:** Esmail Soleimani, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.

## E-mail:

E.Soleimani@urmia.ac.ir

## Abstract

**Background and Aims:** Breast cancer is the most common cancer among women and has profound effects on physical and psychological health. Development of supportive interventions for the survivors of this disease is essential to improve the quality of life and psychological adjustment. The present study aimed to investigate the effectiveness of metacognitive therapy on post traumatic growth, positive illness perception, and body acceptance in women with breast cancer after mastectomy.

**Materials and Methods:** This quasi-experimental study used a pretest-posttest design with a control group and a one-month follow-up. The study population consisted of women aged 35–55 years with breast cancer who had undergone unilateral mastectomy at Omid Hospital, Urmia, Iran, during 2024-25. In total, 40 participants were selected through purposive sampling and then randomly assigned to experimental and control groups using a simple lottery method. The instruments included the Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996), the Positive Illness Perception Scale/Silver Lining Questionnaire (SLQ-38; Sodergren & Hyland, 2000), and the Body Acceptance Scale for Breast Cancer Survivors (BAS-BC; Ahn & Suh, 2018). The experimental group received eight 90-minute sessions of metacognitive therapy. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance through SPSS software (version 26).

**Results:** The results showed significant differences between pretest and posttest, as well as between pretest and follow-up, in terms of post-traumatic growth, positive illness perception, and body acceptance, indicating considerable improvement in these variables ( $P < 0.05$ ). The mean score of post-traumatic growth increased from 27.10 at pretest to 53.80 at posttest, positive illness perception increased from 65.80 to 85.35, and body acceptance increased from 28.80 to 48.90. Moreover, the differences between posttest and follow-up were not significant, suggesting that the effects of metacognitive therapy remained relatively stable over time ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** The findings suggest that metacognitive therapy may contribute to improving post-traumatic growth, positive illness perception, and body acceptance in women with breast cancer after mastectomy. Therefore, metacognitive therapy may be considered a potentially useful component of supportive psychological interventions for women with breast cancer after mastectomy.

**Keywords:** Body acceptance, Breast cancer, Mastectomy, Metacognitive Therapy, Post-traumatic growth

**Please cite this article as follows:** Pakravan H, Soleimani E, Issazadegan A. Effectiveness of Metacognitive Therapy on PostTraumatic Growth, Positive Illness Perception, and Body Acceptance in Women with Breast Cancer after Mastectomy. SJPP. 2026;13(2):155-166.



## اثربخشی فراشناخت درمانی بر رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی

هانیه پاکروان<sup>۱</sup>، اسماعیل سلیمانی<sup>۲\*</sup>، علی عیسی‌زادگان<sup>۳</sup>

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

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

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

### چکیده

**زمینه و هدف:** سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان است و تأثیرات عمیقی در سلامت جسمی و روانی دارد. توسعه مداخلات حمایتی برای بازماندگان این بیماری در بهبود کیفیت زندگی و سازگاری روان‌شناختی ضرورت دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی در رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش از نوع، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان ۳۵ تا ۵۵ ساله مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی یک‌طرفه در بیمارستان امید ارومیه در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش قرعه‌کشی ساده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. ابزارها شامل مقیاس رشد پس از سانحه تدسچی و کالون (۱۹۹۶)، مقیاس ادراک مثبت بیماری ساندروگرن و هایلند (۲۰۰۰)، SLQ-38 و مقیاس پذیرش بدن آهن و سو (۲۰۱۸) (BAS-BC) بود. گروه آزمایش هشت جلسه نود دقیقه‌ای مداخله فراشناخت درمانی دریافت کرد. داده‌ها با تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت میانگین‌ها بین مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری برای رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن معنادار بود و بهبود قابل توجهی را نشان داد ( $p < 0.05$ )، به طوری که میانگین رشد پس از سانحه در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون از ۲۷/۱۰ به ۵۳/۸۰، ادراک مثبت بیماری از ۶۵/۸۰ به ۸۵/۳۵ و پذیرش بدن از ۲۸/۸۰ به ۴۸/۹۰ رسیده است. همچنین، تفاوت میانگین‌ها از مرحله پس‌آزمون به مرحله پیگیری معنادار نبود. بدین معنا که آثار فراشناخت درمانی در طول زمان ثبات داشته است ( $p > 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** فراشناخت درمانی به بهبود رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی کمک کرده است. بنابراین، می‌تواند در طراحی مداخلات مؤثر برای زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی از آموزش فراشناخت درمانی به کار برده شود.

**واژگان کلیدی:** پذیرش بدن، رشد پس از سانحه، سرطان پستان، فراشناخت درمانی، ماستکتومی

### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۲

ویرایش: ۱۴۰۵/۰۳/۰۳

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۰

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

\***نویسنده مسئول:** اسماعیل سلیمانی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

ایمیل:

E.Soleimani@urmia.ac.ir

**استناد:** پاکروان، هانیه؛ سلیمانی، اسماعیل؛ عیسی‌زادگان، علی. اثربخشی فراشناخت درمانی بر رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، بهار ۱۴۰۵؛ ۱۳(۲): ۱۵۵-۱۶۶.

پیامدهای منفی، بلکه تغییرات مثبتی را نیز به همراه داشته باشند که به عنوان رشد پس از سانحه توصیف می‌شوند (میخالچیک و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۲). وقوع تروما به طور خودکار به رشد منجر نمی‌شود. این فرایندی است که شامل راهبرد در برخورد با تجربه‌ای دراماتیک است. اصطلاح رشد پس از سانحه را اولین بار در سال ۱۹۹۶ تدسکی و کالهن<sup>۱۷</sup> استفاده کردند. آن‌ها رشد پس از سانحه را به عنوان تغییر مثبتی تعریف کردند که فرد در نتیجه مبارزه با رویدادی آسیب‌زا تجربه می‌کند. تغییرات مثبت شامل خودشناسی بهتر، بهبود روابط بین فردی و تغییر در فلسفه زندگی است (تدسکی و کالهن، ۲۰۰۴).

همچنین، زنان پس از ماستکتومی ممکن است با پذیرش بدن و ادراک مثبت بیماری، سازگاری روانی بهتری داشته باشند و پیامدهای مثبت تجربه کنند که به افزایش مقاومت به استرس و قدردانی از زندگی منجر می‌شود (وچاهو و همکاران<sup>۱۸</sup>، ۲۰۲۲). ادراک مثبت بیماری در زمینه مبارزه با بیماری به یافتن منبع یا دیدگاه مثبت در مواجهه با ناملایمات یا بیماری اشاره دارد و بر حفظ نگرش مثبت، مدیریت مناسب و سازگاری تاب‌آور با چالش‌های ناشی از بیماری‌های مزمن برای افزایش کیفیت زندگی تأکید دارد (ساندرگرن و هایلند<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۰).

از سوی دیگر، با وجود اینکه زنان پس از تشخیص بیماری و درمان به روش جراحی ماستکتومی و کنار آمدن با طیف گسترده‌ای از تغییرات ظاهری و روان‌شناختی پریشانی تصویر بدن را تجربه می‌کنند (اتریچ و همکاران<sup>۲۰</sup>، ۲۰۲۲)، تورنتون و اسمیت<sup>۲۱</sup> (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان دادند که برخی از زنان به دلیل آنکه پذیرش بدن را تجربه می‌کنند، در برابر نگرانی‌های ظاهری مرتبط با درمان، کمتر آسیب‌پذیرند. پذیرش بدن بر فرایند پذیرش، عادی‌سازی و غلبه بر تغییرات ظاهری و عملکرد بدن ناشی از سرطان پستان و ماستکتومی اشاره دارد که به عنوان تصدیق و غلبه بر تغییرات با تصویر بدن و کیفیت زندگی مرتبط است و برای رفاه بازماندگان ضروری است (آهن و سو، ۲۰۲۳).

به طور کلی، مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی پیچیده و چندوجهی است. اخیراً، درمان‌های مبتنی بر رویکردهای موج سوم مانند درمان فراشناختی (MCT)<sup>۲۲</sup> مورد توجه قرار گرفته‌اند. فراشناخت درمانی رویکردی نوین و

سرطان پستان<sup>۱</sup> شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان است و می‌تواند در سلامت جسمی و روانی تأثیر زیادی بگذارد (فیلهو و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۵). در ایران، مرگ‌ومیر ناشی از آن رتبه پنجم را دارد. همچنین سن شروع آن یک دهه زودتر از کشورهای توسعه‌یافته است و شیوع آن ۲۳/۶ درصد گزارش شده است (کاظمی‌نیا و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۲). پس از تشخیص سرطان پستان، درمان‌های حفظ پستان (BCT)<sup>۴</sup> و ماستکتومی (MST)<sup>۵</sup> روش‌های استاندارد درمانی هستند (گوئال و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۲۴). با وجود توسعه روش‌های جراحی محافظه‌کارانه مانند حفظ پستان، بسیاری از مبتلایان به سرطان پستان حتی در صورت داشتن شرایط بالینی مناسب برای درمان‌های حفظ پستان، همچنان ماستکتومی رادیکال را ترجیح می‌دهند که عمدتاً در این باور ریشه دارد که نرخ بهبودی و بقا در جراحی‌های تهاجمی‌تر بالاتر است (کریستین و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸). به همین دلیل، برای سرطان پستان موضعی، ماستکتومی ساده یا کامل، یک‌طرفه یا دوطرفه (قطع جراحی بافت جزئی یا کامل پستان) هنوز هم درمان اصلی است (فراست و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۲۴).

به دلیل آنکه در بسیاری از فرهنگ‌ها، پستان‌ها نمادی از زنانگی هستند که از نظر اجتماعی، به عنوان بازنمایی بدن زنانه، زیبایی، تمایلات جنسی، باروری و پرورش به عنوان یک مادر پذیرفته شده‌اند، ازدست‌دادن پستان‌ها پس از ماستکتومی، تجربه‌ای آسیب‌زا و ویرانگر برای بسیاری از زنان است (هافمن، ۲۰۲۱؛ ضیغمی و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). مطالعات نشان داده‌اند که با وجود آنکه ماستکتومی روش درمانی مهمی در درمان سرطان پستان است، با پیامدهای روانی همچون اختلال در تصویر بدنی، اضطراب، افسردگی، کاهش کیفیت زندگی و کاهش عزت‌نفس همراه است (هاریمانا و مک‌چونو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۵؛ گاریوس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۵؛ یاو و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۴؛ وانگ و همکاران<sup>۱۴</sup>، ۲۰۲۴).

در حال حاضر، سازمان بهداشت جهانی تشخیص و درمان سرطان پستان را به دلیل قطع عضو پستان، که تجربه‌ای آسیب‌زاست، مواجه با تروما در نظر می‌گیرد. تروما به عنوان یک آسیب روانی ناشی از محرک‌های عاطفی قوی تعریف می‌شود که بر خودارزیابی فرد آسیب‌دیده تأکید دارد (فیوریلو و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۶). در برخی افراد، موقعیت‌های آسیب‌زا می‌توانند نه تنها

12 Garus

13 Yao

14 Wang

15 Fiorillo

16 Michalczyk

17 Tedeschi &amp; Calhoun

18 Ochoa

19 Sodergren &amp; Hyland

20 Ettridge

21 Thornton &amp; Smith

22 Metacognitive Therapy

1 Breast cancer

2 Filho

3 Kazemini

4 Breast-Conserving Therapy

5 Mastectomy

6 Goethals

7 Christiansen

8 Frost

9 Hofmann

10 Zeighami

11 Harerimana &amp; Mchunu

مبتنی بر مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی (S-REF)<sup>۱</sup> است که هدف آن اصلاح باورهای فراشناختی ناکارآمد و کاهش سندرم شناختی - توجهی (CAS)<sup>۲</sup> است. در چهارچوب این مدل، باورهای فراشناختی ناکارآمد می‌توانند موجب تداوم نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید و تمرکز مداوم بر افکار منفی مرتبط با بیماری شوند (ولز و همکاران، ۲۰۲۰). فراشناخت درمانی با آموزش مهارت‌های خودتنظیمی و مدیریت نشخوار فکری، انعطاف شناختی بیماران را افزایش و ارتباط بین آسیب‌های جسمی و پریشانی روانی را کاهش می‌دهد (ولز، ۲۰۰۹).

با توجه پژوهش‌های گسترده‌ای همچون اسدزاده و همکاران (۱۳۹۶)، گودرزیان و همکاران (۱۴۰۳)، فیشر و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۹) و همچنین نتایج مثبت کاربرد درمان فراشناختی در بازماندگان سرطان پستان (حاجی و همکاران، ۲۰۱۸؛ فیشر و همکاران، ۲۰۱۷)، که اثربخشی این مداخله را در کاهش سندرم شناختی توجهی، نشخوار فکری، پریشانی عاطفی، ارتقای سازگاری روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داده‌اند، ضرورت بررسی درمان گروهی فراشناختی در جمعیت زنان ایرانی پس از ماستکتومی بیش‌ازپیش احساس می‌شود. با این حال، پژوهش‌های پیشین با تمرکز بیشتر بر کاهش آسیب، اغلب به‌طور خاص بر گروه زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی در ایران نپرداخته‌اند، درحالی‌که جراحی ماستکتومی فراتر از چالش جسمی، طرح‌واره‌های فراشناختی فرد را در برابر کارآمدی و یکپارچگی بدن دچار فروپاشی می‌کند. همچنین، از آنجاکه تا به امروز، هیچ مطالعه داخلی و خارجی‌ای اثربخشی این رویکرد را بر متغیرهای شناختی مثبت همچون رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن به‌صورت هم‌زمان در زنان پس از ماستکتومی بررسی نکرده است، این خلأ پژوهشی ضرورت پژوهش حاضر را ایجاب می‌کند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی فراشناخت درمانی در رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر مطالعه نیمه‌آزمایشی با تخصیص تصادفی و پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که جراحی ماستکتومی یک‌طرفه انجام داده بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر هدفمند بود. در مرحله اولیه، ۵۳ زن مبتلا به سرطان پستان غیرمتاستاتیک که در دوازده ماه گذشته تحت جراحی ماستکتومی یک‌طرفه قرار گرفته بودند، از نظر

معیارهای ورود و خروج بررسی شدند. از این تعداد، شش نفر به دلیل نداشتن معیارهای ورود از مطالعه کنار گذاشته شدند و هفت نفر نیز پیش از تخصیص به گروه‌ها، از ادامه همکاری در پژوهش انصراف دادند. در نهایت، ۴۰ نفر واجد شرایط وارد مطالعه شدند و با روش قرعه‌کشی ساده به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند. پس از تخصیص به گروه‌ها، ریزش نمونه‌ای در مراحل مداخله، پس‌آزمون و پیگیری گزارش نشد و تحلیل نهایی براساس داده‌های ۴۰ شرکت‌کننده انجام گرفت. حجم نمونه ۴۰ نفر بر اساس مطالعات مشابه و اثر اندازه متوسط در مطالعات مداخله‌ای تعیین شد (جولیوس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل زنان ۳۵ تا ۵۵ ساله تحت ماستکتومی یک‌طرفه، گذشت حداقل سه ماه از تکمیل دوره درمان، نداشتن سابقه روان‌درمانی یا دارودرمانی اختلالات روان‌شناختی، عدم بازسازی پستان و رضایت و تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود.

ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عود یا متاستاز بیماری، دریافت هم‌زمان روان‌درمانی، غیبت بیش از دو جلسه یا تمایل نداشتن به ادامه همکاری و پیگیری بود. گروه آزمایش طی هشت هفته هر هفته یک جلسه و هر جلسه نود دقیقه تحت درمان فراشناخت، که پژوهشگر انجام داد، قرار گرفتند و در این مدت، شرکت‌کنندگان گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله (پس‌آزمون) و همچنین یک ماه پس از آخرین جلسه (پیگیری)، مجدداً شرکت‌کنندگان هر دو گروه مقیاس رشد پس از سانحه (PTGI)، پرسش‌نامه ادراک مثبت بیماری (SLQ-38) و مقیاس پذیرش بدن زنان مبتلا به سرطان پستان (BAS-BC) را تکمیل کردند.

این پژوهش تمامی اصول اخلاقی همچون اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق، ثبت کارآزمایی بالینی، توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، حفظ رازداری، گمنام‌ماندن شرکت‌کنندگان، اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه در هر مرحله‌ای از آن، در اختیار قراردادن نتایج پژوهش در صورت تمایل شرکت‌کنندگان و همچنین اجرای هشت جلسه درمان فراشناخت برای گروه کنترل را رعایت کرد. در نهایت، داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد.

## ابزار

**مقیاس رشد پس از سانحه (PTGI)**<sup>۵</sup>: این پرسش‌نامه را تدسچی و کالون (۱۹۹۶) برای اندازه‌گیری رشد پس از تروما طراحی کرده‌اند. نوعی ابزار خودسنجی شامل ۲۱ ماده است و هر

<sup>۴</sup> Julious

<sup>۵</sup> Posttraumatic Growth Inventory

<sup>۱</sup> Self-Regulatory Executive Function Model

<sup>۲</sup> Cognitive Attentional Syndrome

<sup>۳</sup> Fisher

همبستگی بین پرسش‌نامه جنبه‌های مثبت بیماری و پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ برابر ۰/۶۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

**مقیاس پذیرش بدن برای زنان مبتلا به سرطان پستان (BAS-BC)**<sup>۲</sup>: این مقیاس را آهن و سو (۲۰۱۸) طراحی کرده‌اند و هفده گویه دارد که در شش عامل طبقه‌بندی می‌شوند: مواجهه، درک، سازگاری، بازگشت به زندگی روزمره، گذار موفق و جهش به پدیده ناشناخته. در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) رتبه‌بندی می‌شود. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی سازگاری درونی عالی است. همچنین، برای بررسی روایی ملاکی همبستگی آن با پرسش‌نامه کیفیت زندگی و پرسش‌نامه تصویر بدنی سنجیده شد و نتایج نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنادار با کیفیت زندگی (۰/۵۱) و همبستگی منفی و معنادار با نارضایتی از تصویر بدنی (۰/۶۸) بود (آهن و سو، ۲۰۱۸). در پژوهش سلیمانی و پاکروان (۱۴۰۴) پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ کلی ۰/۸۴، پایایی بازآزمایی دوهفته‌ای ۰/۹۳ و روایی همگرا با مقیاس کیفیت زندگی وار و شربون (۱۹۹۲) و مقیاس روابط چندبعدی خود-بدن کش و همکاران (۱۹۸۷) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۶۱ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی و اعتبار بسیار مطلوب نسخه فارسی این ابزار برای سنجش پذیرش بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان است. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

**برنامه مداخله:** مداخله‌ای که براساس پروتکل هشت‌جلسه‌ای نود دقیقه‌ای ولز (۲۰۱۱) طراحی شده است. این درمان شامل تکنیک‌های اصلی مانند آگاهی از افکار، فاصله‌گیری شناختی، بازنگری باورهای فراشناختی، کنترل توجه و کاهش سبک تفکر نشخواری و نگرانی است. هدف این مداخله، اصلاح الگوهای ناسازگار شناختی و بهبود تنظیم هیجانی است که جزئیات آن در جدول ۱ قابل مشاهده است.

آیتم در مقیاسی از ۰ (به هیچ وجه) تا ۵ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود که به امتیاز کلی از ۰ تا ۱۰۵ منجر می‌شود. زیرمقیاس‌ها شامل امکانات جدید، رابطه با دیگران، قدرت شخصی، ارزش زندگی و تغییرات روحی یا معنوی است. در مطالعه تدسچی و کالون (۱۹۹۶)، ضریب همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با نمره کلی پرسش‌نامه مثبت معنی‌دار بود (۰/۸۸) و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه ۰/۹۰ بود. همچنین، همبستگی آن با مقیاس خوش‌بینی سرشتی شی‌یر و همکاران (۱۹۹۴)، ۰/۲۹ بود. در پژوهش حیدرزاده و همکاران (۱۳۹۴) ضریب آلفا برای کل ابزار ۰/۸۷ و ضرایب به‌دست‌آمده برای مؤلفه‌های مقیاس بین ۰/۵۵ تا ۰/۷۷ بود و همبستگی بین دو بار اجرای آزمون با فاصله ۳۰ روز در ۱۸ نمونه ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین همبستگی بین ابعاد مختلف در دو آزمون به ترتیب برای ابعاد قدردانی از زندگی، تغییرات معنوی، قدرت شخصی، امکانات جدید و ارتباط با دیگران ۰/۷۳، ۰/۶۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

**مقیاس ادراک مثبت بیماری (SLQ)**<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه، که ساندرا گرن و هایلند (۲۰۰۰) ساخته‌اند، آثار مثبت بیماری‌ها و رشد پس‌آسیبی را می‌سنجد و شامل ۳۸ گویه است و براساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره در این مقیاس ۳۸ و حداکثر نمره ۲۰۰ است. هشت خرده‌مقیاس هدفمندی، ارتباط مثبت با دیگران، خودآگاهی یا خودشناسی، قدرت مواجهه با مسائل و مشکلات، احترام به ارزش‌ها، قضاوت، واقع‌گرایی، کشف قابلیت‌ها و استعداد درونی دارد. نمره بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده آثار مثبت بیماری یا رشد پس‌آسیبی خوب به شمار می‌آید. ساندرا گرن و هایلند (۲۰۰۰) در پژوهش خود پایایی خرده‌مقیاس‌ها را از ۰/۸۳ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همچنین، روایی مقیاس با روایی همگرای سلامت عمومی گلدبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۷۲)، ۰/۶۳ گزارش شد. در پژوهش گلستانی بخت (۲۰۱۵) ضریب آلفای کرونباخ به‌منظور سنجش پایایی پرسش‌نامه، ۰/۹۲ و میزان ضریب

جدول ۱. شرح جلسات فراشناخت درمانی

| جلسات | موضوع                                 | هدف                                                                                                                                                                                                | تکالیف                                                                                                               |
|-------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱     | پیش‌آزمون                             | معارفه، بیان هدف و اجرای پیش‌آزمون                                                                                                                                                                 | خودپایشی افکار: یادداشت کردن زمان‌هایی که فرد احساس تنهایی یا ناراحتی می‌کند، بدون قضاوت.                            |
| ۲     | منطق درمان فراشناختی/ناهماهنگی شناختی | ابتدا منطق درمان فراشناختی برای اختلالات روان‌شناختی و ارتقای حالت‌های بهنجار توضیح داده می‌شود. سپس روش‌های درمانی مختلف برای ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی با رویکرد فراشناختی ارزیابی می‌شود. | شناسایی‌سندرم شناختی - توجهی: مراجع باید در طول هفته لحظاتی را که دچار ناهماهنگی شناختی می‌شود شناسایی کند و بنویسد. |

<sup>3</sup> Body Acceptance Scale for Women with Breast Cancer

<sup>1</sup> The Silver Lining Questionnaire

<sup>2</sup> Goldberg

|   |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |
|---|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۳ | تحلیل باورهای فراشناختی   | در جلسه سوم، باورهای مثبت و منفی فراشناختی شناسایی و ارزیابی و معایب و مزایای آن‌ها تحلیل می‌شود.                                                                                                                                                                                                             | فهرست سود و زیان: مراجع باید برای باورهای مثبت (مثلاً: نگرانی باعث می‌شود آماده باشم) و باورهای منفی (مثلاً: نمی‌توانم فکر را کنترل کنم) یک جدول مزایا و معایب بنویسد و شواهدی علیه غیرقابل کنترل بودن فکر پیدا کند.                           |
| ۴ | کنترل فراشناختی           | در ابتدای جلسه، راهبردهای کنترل فراشناختی افراد شناسایی، معایب و مزایای آن‌ها تحلیل و راهبردهای مفیدتر به عنوان جایگزین آموزش داده می‌شود.                                                                                                                                                                    | تمرین رهاکردن کنترل: مراجع موظف است در طول روز، سه بار به مدت پنج دقیقه اجازه دهد افکار مزاحم بیایند، اما هیچ واکنشی (نه سرکوب و نه تحلیل) نشان ندهد.                                                                                          |
| ۵ | ذهن آگاهی                 | شرکت کنندگان کاربرد شیوه‌های فاصله‌گیری از ذهن آگاهی در مواجهه با افکار و راهبردهای ناکارآمد فراشناختی را می‌آموزند.                                                                                                                                                                                          | تکنیک ابرهای گذرا: هر بار فکر آزاردهنده‌ای آمد، فرد باید آن را به شکل ابر، واگن قطار یا برگ روی رودخانه تصور کند. تمرین روزانه: ۱۰ دقیقه                                                                                                       |
| ۶ | تحلیل راهبردهای مقابله‌ای | در جلسه ششم، شرکت کنندگان با راهبردهای نگرانی و نشخوار فکری به عنوان مقابله‌های ناکارآمد آشنا می‌شوند، سود و زیان نشخوار و نگرانی تحلیل می‌شود، فرایند سرکوب افکار (مانند ببر سفید) به عنوان ناکارآمد بررسی و پیامدهای درگیری با علائم توضیح داده می‌شود، سپس شیوه به تعویق انداختن نگرانی آموزش داده می‌شود. | به تعویق انداختن نگرانی: مراجع باید زمان مشخصی (مثلاً ۶ عصر به مدت ۱۵ دقیقه) را برای نگرانی تعیین کند. در طول روز هر فکری آمد، یادداشت کند و به ساعت ۶ موکول کند. همچنین تمرین «ببر سفید» را انجام دهد (تلاش برای فکر نکردن و مشاهده شکست آن). |
| ۷ | درک بی‌توجهی شناختی       | در ابتدای جلسه، افراد با نشانگان بی‌توجهی شناختی در تداوم اختلال‌های روانی آشنا می‌شوند و فنون آموزش توجه به آن‌ها ارائه می‌شود.                                                                                                                                                                              | تمرین آموزش توجه: گوش دادن صداهای مختلف محیط (صداهای دور و نزدیک) به مدت ۱۰ دقیقه در روز.                                                                                                                                                      |
| ۸ | راهبرد فراشناختی کارآمد   | در جلسات پایانی، شیوه متمرکز کردن توجه بر موقعیت به عنوان راهبرد فراشناختی کارآمد آموزش داده می‌شود. موانع به کارگیری روش‌ها شناسایی و رفع می‌شود و در پایان، پرسش‌نامه‌ها برای پس‌آزمون توزیع می‌شود.                                                                                                        | برنامه پیشگیری از عود: نوشتن «کارت مقابله» که در آن ذکر شده است اگر دوباره احساس تنهایی یا ناهماهنگی کرد، به جای نشخوار فکری، از کدام تکنیک (تعویق یا ATT) استفاده کند. اجرای پس‌آزمون نهایی.                                                  |

## نتایج

در گروه کنترل ۶/۲ ماه با انحراف معیار ۲/۱۲ بود. در جدول ۲ شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش ذکر شده است. با توجه به نتایج جدول ۲، میانگین نمرات گروه آزمایش در مقایسه با مرحله پس‌آزمون و پیگیری در رشد پس از سانحه و ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش داشته است. قبل از انجام تحلیل آماری، پیش‌فرض‌های آماری بررسی شد.

این مطالعه شامل ۴۰ زن مبتلا به سرطان پستان بود که تحت عمل ماستکتومی یک‌طرفه قرار گرفته بودند و بهبودی کامل داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در پژوهش ۴۸/۵۰ سال با انحراف معیار ۳/۴۱ و میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه کنترل ۴۶/۳۳ با انحراف معیار ۴/۱۰۰ بود. میانگین مدت‌زمان سپری‌شده از جراحی ماستکتومی تا شروع پژوهش در گروه آزمایش ۵/۸ ماه با انحراف معیار ۲/۲۳ و

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

| متغیرها           | گروه   | مرحله     | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|-------------------|--------|-----------|-------|---------|--------------|
| رشد پس از سانحه   | کنترل  | پیش‌آزمون | ۲۰    | ۲۶/۶۰   | ۲/۰۶         |
|                   |        | پس‌آزمون  | ۲۰    | ۲۵/۸۵   | ۵/۶۰         |
|                   |        | پیگیری    | ۲۰    | ۲۱/۲۵   | ۵/۹۲         |
|                   | آزمایش | پیش‌آزمون | ۲۰    | ۲۷/۱۰   | ۱/۸۳         |
|                   |        | پس‌آزمون  | ۲۰    | ۵۳/۸۰   | ۷/۲۸         |
|                   |        | پیگیری    | ۲۰    | ۵۳/۵۰   | ۵/۳۵         |
| ادراک مثبت بیماری | کنترل  | پیش‌آزمون | ۲۰    | ۶۵/۵۵   | ۱/۸۸         |
|                   |        | پس‌آزمون  | ۲۰    | ۵۴/۵۱   | ۳/۵۸         |
|                   |        | پیگیری    | ۲۰    | ۵۳/۳۶   | ۳/۴۳         |
|                   | آزمایش | پیش‌آزمون | ۲۰    | ۶۵/۸۰   | ۲/۲۱         |
|                   |        | پس‌آزمون  | ۲۰    | ۸۵/۳۵   | ۴/۳۸         |
|                   |        | پیگیری    | ۲۰    | ۸۴/۶۵   | ۵/۸۱         |
| پذیرش بدن         | کنترل  | پیش‌آزمون | ۲۰    | ۲۶/۳۰   | ۵/۳۷         |
|                   |        | پس‌آزمون  | ۲۰    | ۲۵/۱۰   | ۵/۷۴         |
|                   |        | پیگیری    | ۲۰    | ۲۴/۷۰   | ۴/۶۹         |
|                   | آزمایش | پیش‌آزمون | ۲۰    | ۲۸/۸۰   | ۳/۱۵         |
|                   |        | پس‌آزمون  | ۲۰    | ۴۸/۹۰   | ۶/۶۸         |
|                   |        | پیگیری    | ۲۰    | ۴۸/۷۵   | ۶/۹۱         |

وابسته به‌طور هم‌زمان تفاوت معناداری وجود داشت. به‌منظور تعیین اینکه در کدامیک از متغیرهای وابسته بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود دارد، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج ارزیابی درون‌گروهی نشان می‌دهد بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب متغیرهای وابسته به‌طور هم‌زمان تفاوت معنی‌داری وجود داشت. برای پی‌بردن به اینکه در کدامیک از متغیرهای وابسته بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد که نتایج حاصل از آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیرهای رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین، اندازه اثر برای متغیر رشد پس از سانحه برابر ۰/۶۳، ادراک مثبت بیماری ۰/۵۷ و پذیرش بدن ۰/۴۹ بود که نشان می‌دهد درصد بالایی از واریانس متغیرها به مداخله درمانی نسبت داده می‌شود. برای بررسی روند تغییرات گروه‌ها، در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه زوجی در جدول ۵ نشان داد تفاوت نمرات میانگین بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری برای متغیرهای رشد پس از

برای بررسی نرمال بودن توضیح داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. از آنجاکه مقادیر آزمون شاپیرو-ویلک برای هیچ‌یک از مراحل معنی‌دار نبود ( $p > 0.05$ )، توزیع داده‌ها در تمام متغیرها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل نرمال است. همچنین، برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده معنادار نبودن آزمون لوین در سطح ۰/۰۵ برای هریک از متغیرها بود. به عبارت دیگر، این مفروضه نیز برقرار است. به‌منظور بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس از آماره ام - باکس استفاده شد و نتایج به‌دست‌آمده برای متغیر رشد پس از سانحه ( $F=0.98, P=0.43$ )، متغیر ادراک مثبت بیماری ( $F=0.33, P=0.83$ )، و متغیر پذیرش بدن ( $F=1.14, P=0.39$ ) حاکی از این است که مفروضه برای متغیرهای مربوطه به هر فرضیه محقق شده است. همچنین، نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در تمامی متغیرها رعایت شده است. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های اجرای آزمون، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مقدور شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر چندمتغیری (میکس آنوا) نشان داد که در ارزیابی درون‌گروهی، بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب متغیرهای

معنادار گروه آزمایش نشان داد اثر درمان متوسط تا بزرگ بوده است. تفاوت‌ها از مرحله پس‌آزمون به مرحله پیگیری معنادار نبود، به این معنا که آثار فراشناخت‌درمانی در طول زمان ثبات داشت. همچنین، در گروه کنترل، تغییرات بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبود.

سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در گروه آزمایش، بیانگر افزایش معنادار نمرات در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مراحل پیش‌آزمون در گروه مداخله است. بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و فراشناخت‌درمانی بر رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در بیماران مبتلایه سرطان پستان ماستکتومی اثربخش است. همچنین، اندازه اثر برای مقایسه‌های

**جدول ۳.** نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری (میکس آنوا) برای متغیرهای وابسته

| اثر  | آزمون                           | ارزش  | مقدار F | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | Sig.  |
|------|---------------------------------|-------|---------|------------------|----------------|-------|
| گروه | اثر پیلای <sup>۱</sup>          | ۰/۹۸  | ۳۴۰/۲۴  | ۶                | ۳۲             | ۰/۰۰۱ |
|      | لامبدای ویلکنز <sup>۲</sup>     | ۰/۰۱  | ۳۴۰/۲۴  | ۶                | ۳۲             | ۰/۰۰۱ |
|      | اثر هتلینگ <sup>۳</sup>         | ۶۳/۷۹ | ۳۴۰/۲۴  | ۶                | ۳۲             | ۰/۰۰۱ |
|      | بزرگ‌ترین ریشه روی <sup>۴</sup> | ۶۳/۷۹ | ۳۴۰/۲۴  | ۶                | ۳۲             | ۰/۰۰۱ |

**جدول ۴.** نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای متغیرهای وابسته در سه مرحله اندازه‌گیری

| مؤلفه             | منبع        | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F     | مقدار P | مجزوراتا |
|-------------------|-------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------|----------|
| رشد پس از سانحه   | درون گروهی  | ۱۴۸۷۶/۷۰      | ۲          | ۷۴۳۸/۳۵         | ۴۰/۹۹ | ۰/۰۰۱   | ۰/۵۲     |
|                   | زمان × گروه | ۲۳۸۸۸/۸۱      | ۲          | ۱۱۹۴۴/۴۰        | ۶۵/۸۲ | ۰/۰۰۱   | ۰/۶۴     |
|                   | بین گروهی   | ۱۳۴۲۸/۲۶      | ۷۶         | ۱۸۱/۴۶          |       |         |          |
| ادراک مثبت بیماری | درون گروهی  | ۲۱۹۳۱/۷۱      | ۲          | ۹۶۵/۸۵          | ۲۶/۲۳ | ۰/۰۰۱   | ۰/۴۰     |
|                   | زمان × گروه | ۴۳۳۳۲/۹۵      | ۲          | ۲۱۶۶۶/۴۷        | ۵۱/۸۴ | ۰/۰۰۱   | ۰/۵۷     |
|                   | بین گروهی   | ۳۱۷۶۲         | ۷۶         | ۴۱۷/۹۲          |       |         |          |
| پذیرش بدن         | درون گروهی  | ۵۸۰۷/۶۱       | ۲          | ۳۹۰۳/۸۰         | ۳۶/۸۸ | ۰/۰۰۱   | ۰/۴۹     |
|                   | زمان × گروه | ۶۲۶۳/۰۱       | ۲          | ۳۱۳۱/۵۰         | ۳۹/۷۷ | ۰/۰۰۱   | ۰/۵۱     |
|                   | بین گروهی   | ۵۹۸۴/۰۳       | ۷۶         | ۷۸/۷۳           |       |         |          |

**جدول ۵.** نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه زمان‌ها

| گروه            | متغیر             | زمان                 | میانگین تفاوت‌ها | خطای معیار | مقدار P | اندازه اثر |
|-----------------|-------------------|----------------------|------------------|------------|---------|------------|
| فراشناخت‌درمانی | رشد پس از سانحه   | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | ۲۶/۷۰            | ۲/۶۴       | ۰/۰۰۱   | ۱/۱۵       |
|                 |                   | پیش‌آزمون - پیگیری   | ۲۶/۴۰            | ۲/۱۳       | ۰/۰۰۱   | ۱/۱۸       |
|                 |                   | پس‌آزمون - پیگیری    | -۰/۳۰            | ۳/۸۷       | ۱       | ۰/۰۳       |
|                 | ادراک مثبت بیماری | پیش‌آزمون - پس‌آزمون | ۱۹/۵۵            | ۳/۲۹۲      | ۰/۰۰۱   | ۱/۳۰       |
|                 |                   | پیش‌آزمون - پیگیری   | ۱۶/۸۵            | ۲/۵۸       | ۰/۰۰۱   | ۱/۳۲       |

<sup>۱</sup> Pillai's trace

<sup>۲</sup> Wilks Lambda

<sup>۳</sup> Hotelling's trace

<sup>۴</sup> Roy's greatest characteristic root criterion

|      |       |      |        |   |                       |                      |
|------|-------|------|--------|---|-----------------------|----------------------|
| ۰/۰۲ | ۱     | ۴/۳۳ | -۲/۷۰  | - | پس‌آزمون<br>پیگیری    |                      |
| ۱/۴۲ | ۰/۰۰۱ | ۲/۱۳ | ۲۰/۱۰  | - | پیش‌آزمون<br>پس‌آزمون |                      |
| ۱/۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۱/۶۶ | ۱۹/۹۵  | - | پیش‌آزمون<br>پیگیری   | پذیرش بدن            |
| ۰/۰۳ | ۱     | ۱/۵۶ | -۰/۱۵  | - | پس‌آزمون<br>پیگیری    |                      |
| -    | ۱     | ۲/۳۹ | -۰/۷۵  | - | پیش‌آزمون<br>پس‌آزمون | رشد پس از سانحه      |
| -    | ۱     | ۱/۴۰ | -۵/۳۵  | - | پیش‌آزمون<br>پیگیری   |                      |
| -    | ۱     | ۲/۵۹ | -۴/۶   | - | پس‌آزمون<br>پیگیری    |                      |
| -    | ۱     | ۳/۰۵ | -۱۱/۰۴ | - | پیش‌آزمون<br>پس‌آزمون | ادراک مثبت<br>بیماری |
| -    | ۱     | ۲/۶۱ | -۱۲/۱۹ | - | پیش‌آزمون<br>پیگیری   | کنترل                |
| -    | ۱     | ۲/۳۶ | -۱/۱۵  | - | پس‌آزمون<br>پیگیری    |                      |
| -    | ۱     | ۱/۴۹ | -۱/۲   | - | پیش‌آزمون<br>پس‌آزمون | پذیرش بدن            |
| -    | ۱     | ۰/۷۹ | -۱/۶   | - | پیش‌آزمون<br>پیگیری   |                      |
| -    | ۱     | ۱/۲۷ | -۰/۴   | - | پس‌آزمون<br>پیگیری    |                      |

می‌کند. این درمان براساس مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی ولز و سمبی<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) عمل می‌کند که برطبق آن، پریشانی روانی مداوم زمانی رخ می‌دهد که باورهای فراشناختی ناکارآمد، فرد را به چرخه‌های مداوم نگرانی و نشخوار فکری هدایت کنند. این چرخه‌ها باعث می‌شوند افراد بر تهدیدهای بالقوه و افکار منفی تمرکز کنند، درحالی‌که فراشناخت درمانی به بیماران کمک می‌کند تا نشخوار فکری و تمرکز بیش از حد بر تهدیدها را کاهش دهند و از چرخه‌های تکراری نشخوار فکری خارج شوند. در نهایت، با بازسازی شناختی و عاطفی، تجربه بحرانی سرطان می‌تواند به فرصت‌های رشد روانی تبدیل شود (سان و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷).

یافته دیگر پژوهش نشان داد فراشناخت درمانی در افزایش ادراک مثبت بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی اثرگذار بوده است ( $\eta^2=0/40$ ,  $p<0/001$ ) و تفاوت‌ها از پس‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار نبود ( $p>0/05$ ) که نشان‌دهنده پایداری اثر درمان در طول زمان است. این یافته با نتایج پژوهش ژو و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۲۳) همسو بود. ژو و همکاران (۲۰۲۳) در

## بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی در رشد پس از سانحه، ادراکات مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد که فراشناخت درمانی در افزایش رشد پس از سانحه تأثیر داشته است و میانگین نمرات گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به طور معنادار افزایش یافت ( $\eta^2=0/52$ ,  $p<0/001$ )، و تفاوت‌ها از پس‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار نبود ( $p>0/05$ ) که نشان‌دهنده پایداری اثر درمان در طول زمان است. این یافته با نتایج پژوهش رانیری و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) همسو است که نشان دادند مداخلات فراشناختی تأثیر معناداری در تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که فراشناخت درمانی با تمرکز بر فرایندهای فکری و باورهای فراشناختی بیماران، به اصلاح مسیرهای شناختی ناکارآمد مرتبط با اضطراب و نگرانی مداوم کمک

<sup>3</sup> Sun  
<sup>4</sup> Zhu

<sup>1</sup> Ranieri  
<sup>2</sup> Wells & Sembi

پژوهش خود نشان دادند که باورهای فراشناختی سازگار به کاهش استرس و ادراک منفی از بیماری منجر شد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت جراحی ماستکتومی در زنان مبتلا به سرطان پستان با عوارض جانبی نامطلوب متعددی همراه است که درک بیمار از بدن خود و نقش‌های اجتماعی او را تغییر می‌دهد (کنیس و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۵). ادراک بیماران از بیماری براساس مجموعه‌ای از تجربیات شناختی، هیجانی و اجتماعی شکل می‌گیرد و نقش تعیین‌کننده‌ای در سطح رفاه و میزان پایبندی به درمان دارد که مستقیماً با توانایی بازخوانی شناختی و مدیریت هیجانات مرتبط و نشان‌دهنده آن است که فرد می‌تواند با به‌کارگیری منابع داخلی و مداخلات شناختی - هیجانی، جنبه‌های امیدبخش و فرصت‌های یادگیری از بیماری را تشخیص دهد (چلی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). تفسیر منفی پیامدهای جراحی و ترس از پیشرفت بیماری می‌تواند با احساس درماندگی، اضطراب و کاهش سلامت روان مرتبط باشد (اوشمیاووسکا و همکاران، ۲۰۲۲). مواجهه با پیامدهای ماستکتومی ممکن است باورهای فراشناختی ناکارآمد را فعال کند، بدون آنکه مستقیماً موجب پریشانی شود. از سوی دیگر، فراشناخت درمانی با آموزش مهارت‌هایی مانند توجه کنترل‌شده و ذهن‌آگاهی گسسته، به بیماران کمک می‌کند تا چرخه‌های نشخوار و نگرانی مداوم را کاهش دهند و کنترل شناختی - هیجانی خود را افزایش دهند (ژیو و همکاران، ۲۰۲۳).

این مداخله با تقویت خودآگاهی هیجانی، انعطاف شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای هدفمند، به زنان کمک می‌کند جنبه‌های مثبت بیماری را شناسایی و دیدگاه سازگارانه و امیدوارانه‌تری به وضعیت خود پیدا کنند. در نتیجه، سطح رضایت روانی و سازگاری اجتماعی آن‌ها بهبود می‌یابد و توانمندی برای مدیریت پیامدهای بیماری افزایش پیدا می‌کند (راشمی و وانلاله‌یوری<sup>۳</sup>، ۲۰۲۳).

یافته دیگر پژوهش نشان داد فراشناخت درمانی افزایش پذیرش بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی اثرگذار بوده است ( $p < 0.001$ ,  $\eta^2 = 0.49$ ) و تفاوت‌ها از پس‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار نبود ( $p > 0.05$ ) که نشان‌دهنده پایداری اثر درمان در طول زمان است. این یافته با نتایج پژوهش صبری و همکاران (۲۰۲۵) همسو بود. صبری و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهش خود نشان دادند که باورهای فراشناختی منفی درباره نگرانی به‌طور مستقیم پریشانی تصویر بدنی را پیش‌بینی می‌کنند.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که جراحی ماستکتومی تغییرات نمایان و برگشت‌ناپذیری در پستان‌ها ایجاد می‌کند که فراتر از یک عضو ساده، نماد هویت زنانه و نقش مادر بودن هستند (کوچان و گورسای<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). برخلاف جمعیت عمومی، که ناراضی بدنی اغلب در ادراکات تحریف‌شده ریشه دارد، در این زنان، چالش تصویر بدنی ناشی از واقعیت‌های فیزیکی عینی و

آسیب‌های پوستی ناشی از درمان‌های سیستمیک است (صبری و همکاران، ۲۰۲۱). باورهای فراشناختی ناکارآمد می‌توانند به چرخه‌های خودکار نشخوار فکری و تهدید به نقص‌های بدنی منجر شوند که باعث اجتناب از لمس یا مشاهده بدن و محدود شدن روابط اجتماعی می‌شود (میوتلیو و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). فراشناخت درمانی با مداخله در این فرایندهای خودکار، مفهوم انعطاف‌پذیری پذیرش بدن را تقویت می‌کند؛ به این معنا که بیمار به جای تلاش برای تغییر یا انکار واقعیت‌های بدنی، تجربه کامل ادراکات و احساسات خود را بدون قضاوت می‌پذیرد (سان و همکاران، ۲۰۲۱). فراشناخت درمانی به بیماران کمک می‌کند تا خودگویی منطقی، مراقبت مثبت از خود و مدیریت فعال تغییرات را جایگزین راهبردهای ناسازگار کنند که در نتیجه، پذیرش بدن و بازسازی عزت‌نفس در این بیماران تقویت می‌شود (یابلونسکی و همکاران، ۲۰۱۸).

### نتیجه‌گیری

به‌صورت کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش فراشناخت درمانی به زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی با افزایش رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن همراه است. همچنین، نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن بود که تغییرات مشاهده‌شده در گروه مداخله در دوره پیگیری یک‌ماهه تا حدی پایدار مانده است. بااین‌حال، به نظر می‌رسد باوجود یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه اثربخشی کوتاه‌مدت و قابلیت کاربردی فراشناخت درمانی در حوزه روان آنکولوژی، تعمیم نتایج مستلزم در نظر گرفتن برخی محدودیت‌های روش‌شناختی است. حجم نمونه محدود، نمونه‌گیری هدفمند از یک مرکز درمانی واحد، دوره پیگیری کوتاه‌مدت و نبود گروه کنترل فعال باعث می‌شود نتایج در زمینه‌های مختلف قابل تعمیم نباشد. همچنین، زمینه فرهنگی جامعه ایران، ازجمله نگرش‌های اجتماعی به بدن زنانه، هویت زنانگی، نقش‌های مادرانه و انتظارات مرتبط با زیبایی و تاب‌آوری، ممکن است بر تجربه ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان پس از ماستکتومی تأثیر بگذارد و تعمیم نتایج را به زمینه‌های فرهنگی متفاوت محدود کند.

افزون بر این، همگنی نسبی نمونه از نظر ویژگی‌های بالینی و جمعیت‌شناختی، ازجمله دامنه سنی محدود، ماستکتومی یک‌طرفه، غیرمتاستاتیک بودن بیماری و اعمال معیارهای ورود و خروج محدودکننده، اگرچه می‌تواند به کنترل برخی عوامل مداخله‌گر کمک کند، ممکن است دامنه تغییرپذیری نمرات را کاهش دهد و تعمیم نتایج به گروه‌های متنوع‌تر از زنان مبتلا به سرطان پستان را محدود کند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با طراحی‌های قوی‌تر، ازجمله مطالعات

<sup>4</sup> Koçan

<sup>5</sup> Mutlu

<sup>1</sup> Kannis

<sup>2</sup> Cheli

<sup>3</sup> Rashmi & Vanlalhrui

## تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

## ملاحظات اخلاقی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری با کد اخلاق (IR.URMIA.REC.1403.016) در رشته روان شناسی و ثبت کارآزمایی بالینی (IRCT20241006063268N1) است. از تمام شرکت کنندگان در مطالعه رضایت نامه کتبی آگاهانه کسب شد. در این مطالعه، تمامی روش ها مطابق با دستورالعمل ها و مقررات مربوطه انجام شد.

## حمایت مالی

این پژوهش هیچ گونه کمک مالی ای از سازمان های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

تصادفی سازی شده با حجم نمونه بزرگتر، گروه کنترل فعال، نمونه گیری از چند مرکز درمانی و دوره پیگیری طولانی تر، انجام شوند تا پایداری و دامنه آثار فراشناخت درمانی با دقت بیشتری بررسی شود. همچنین، بررسی نقش متغیرهای تعدیلگر مانند شدت بیماری، نوع جراحی، مدت زمان سپری شده از ماستکتومی، وضعیت تأهل، حمایت اجتماعی و ویژگی های جمعیت شناختی می تواند به فهم دقیق تر شرایط اثربخشی این مداخله و توسعه برنامه های روان شناختی متناسب با نیازهای زنان پس از ماستکتومی کمک کند.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام زنان مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی در بیمارستان امید ارومیه، که در این پژوهش شرکت کردند، قدردانی می شود. همچنین، از مسئولان محترمی که امکان اجرای این پژوهش را فراهم کردند، صمیمانه قدردانی و تشکر می شود.

## REFERENCES

- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85(5):365-76. [DOI: 10.1093/jnci/85.5.365]
- Abdelrahman SM, Ibraheem MH, Allam H, Sewram V. Factors affecting quality of life in women post mastectomy for breast cancer in Baheya Foundation (Egypt): a retrospective cohort study. *BMC Womens Health.* 2025;25(1):43. [DOI: 10.1186/s12905-025-03571-z]
- Adler FR, Griffiths JI. Mathematical models of intercellular signaling in breast cancer. *Semin Cancer Biol.* 2025. [DOI: 10.1016/j.semcancer.2025.01.005]
- Ahn J, Suh EE. Body acceptance scale for women with breast cancer: development and validation of a measurement. *Semin Oncol Nurs.* 2023;39(5):151486. [DOI: 10.1016/j.soncn.2023.151486]
- Asadzadeh A, Mahmoud Alilou M. Determining the effectiveness of metacognitive therapy on depression symptoms and life expectancy in women with breast cancer. *Clin Psychol Stud.* 2018;8(29):69-95. (In Persian) [DOI: 10.22054/jcps.2018.8315]
- Bride OM, Dunwoody L, Lowe-Strong A, Kennedy SM. Examining adversarial growth in illness: the factor structure of the Silver Lining Questionnaire (SLQ-38). *Psychol Health.* 2008;23(6):661-78. [DOI: 10.1080/14768320701356540]
- Cătană A, Iordănescu I, Filip GG, Filip S, Militaru MS, Pătrășcanu AA, et al. Quality-of-life assessment in patients undergoing mastectomy and breast reconstruction for moderate-penetrance gene-related breast cancer. *J Clin Med.* 2025;14(4):1140. [DOI: 10.3390/jcm14041140]
- Cheli S, Caligiani L, Martella F, De Bartolo P, Mancini F, Fioretto L. Mindfulness and metacognition in facing the fear of recurrence: a proof-of-concept study with breast-cancer women. *Psychooncology.* 2019;28(3):600-6. [DOI: 10.1002/pon.4984]
- Christiansen P, Carstensen SL, Ejlersen B, Kroman N, Offersen B, Bodilsen A, et al. Breast conserving surgery versus mastectomy: overall and relative survival—a population-based study by the Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). *Acta Oncol.* 2018;57(1):19-25. [DOI: 10.1080/0284186X.2017.1403042]
- Dahlui M, Azzani M, Taib NA, Hoong SM, Jamaris S, Islam T. Breast conserving surgery versus mastectomy: the effect of surgery on quality of life in breast cancer survivors in Malaysia. *BMC Womens Health.* 2023;23(1):607. [DOI: 10.1186/s12905-023-02738-w]
- Ettridge K, Scharling-Gamba K, Miller C, Roder D, Prichard I. Body image and quality of life in women with breast cancer: appreciating the body and its functionality. *Body Image.* 2022;40:92-102. [DOI: 10.1016/j.bodyim.2021.11.001]
- Fiorillo A, Volpe U, Bhugra D, editors. *Psychiatry in practice: education, experience, and expertise.* Oxford: Oxford University Press; 2016. [DOI: 10.1093/med/9780198723646.001.0001]
- Fisher PL, Byrne A, Fairburn L, Ullmer H, Abbey G, Salmon P. Brief metacognitive therapy for emotional distress in adult cancer survivors. *Front Psychol.* 2019;10:162. [DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00162]
- Frost C, Lesă R, Richardson S. The experience of women receiving mastectomy care in an acute surgical ward: a qualitative study. *Nurs Open.* 2024;11(10). [DOI: 10.1002/nop2.70053]
- Garus M. Self-esteem and working capacity of women after mastectomy. *Hum Res Rehabil.* 2025;15(1). [DOI: 10.21554/hrr.042520]
- Goethals A, Menon G, Rose J. Mastectomy. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. [Link]
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9(1):139-45. [DOI: 10.1017/s0033291700021644]
- Golestani Bakht T. Psychometric properties of the Positive Aspects of Illness Scale (PAIS). *J Res Behav Sci.* 2015;13(2):276-87. (In Persian) [Link]
- Goodarziyan M, Mohammadi K, Amirfakhraei A. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on health-related locus of control and metacognitive beliefs in women with breast cancer. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2024;31(3):334-43. (In Persian) [DOI: 10.30468/jsums.2024.7707.3013]
- Haji SJT, Tajikzadeh F, Bayat H, Roshandel Z, Rahmani S. Comparison of effectiveness of the mindfulness-based cognitive therapy and the metacognition treatment on anxiety, depression and stress among breast cancer patients. [DOI: 10.15171/icnj.2018.12]
- Hamzeh Rad M, Niknam M, Amani F. Sexual function and marital intimacy in mastectomized women with breast cancer: the mediating role of body image concern. *J Shahid*

- Sadoughi Univ Med Sci. 2023;32(4):7724-38. (In Persian) [\[Link\]](#)
22. Harerimana A, Mchunu G. The use of standardised tools to measure post-mastectomy quality of life among women in Africa: a scoping review. *BMC Womens Health*. 2025;25(1):392. [\[DOI: 10.1186/s12905-025-03858-1\]](#)
23. Heidarzadeh M, Rasouli M, Mohammadi Shahbolaghi F, Alavi Majd H, Mirzaee H, Tahmasebi M. Psychometric properties of the Persian version of Post-Traumatic Growth Inventory in patients with cancer. *Payesh*. 2015;14(4):467-73. (In Persian) [\[Link\]](#)
24. Hofmann AR. The wounded body in public space: voices of breast cancer survivors. *J Womens Health Gynecol*. 2021. [\[DOI: 10.17303/jwhg.2021.8.105\]](#)
25. Jabłoński MJ, Streb J, Mirucka B, Słowik AJ, Jach R. The relationship between surgical treatment (mastectomy vs. breast conserving treatment) and body acceptance, manifesting femininity and experiencing an intimate relation with a partner in breast cancer patients. *Psychiatr*. 2018;52(5):859-72. [\[DOI: 10.12740/pp/91916\]](#)
26. Julious SA. Sample sizes for clinical trials with normal data. *Stat Med*. 2005;24(12):1921-86. [\[DOI: 10.1201/9780429503658-3\]](#)
27. Kannis-Dymland L, Rune K, Mitchell N, Carter JD, Keech J, Allen A, et al. Metacognitive beliefs and body image: developing and validating the metacognitions about physical appearance questionnaire. *Cogn Ther Res*. 2025;1-17. [\[DOI: 10.1007/s10608-025-10572-7\]](#)
28. Kazeminiya M, Salari N, Hosseiniyan-Far A, Akbari H, Bazrafshan MR, Mohammadi M. The prevalence of breast cancer in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. *Indian J Gynecol Oncol*. 2022;20(1):14. [\[DOI: 10.1007/s40944-022-00613-4\]](#)
29. Koçan S, Gürsoy A. Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research. *J Breast Health*. 2016;12(4):145. [\[DOI: 10.5152/tjbh.2016.2913\]](#)
30. Kunkler IH, Williams LJ, Jack WJ, Cameron DA, Dixon JM. Breast-conserving surgery with or without irradiation in early breast cancer. *N Engl J Med*. 2023;388(7):585-94. [\[DOI: 10.1056/NEJMoa2207586\]](#)
31. Liu X, Zhang Q, Yu M, Xu W. Patterns of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among breast cancer patients in China: a latent profile analysis. *Psychooncology*. 2020;29(4):743-50. [\[DOI: 10.1002/pon.5332\]](#)
32. Michalczyk J, Dmochowska J, Aftyka A, Milanowska J. Post-traumatic growth in women with breast cancer: intensity and predictors. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):6509. [\[DOI: 10.3390/ijerph19116509\]](#)
33. Mutlu HH, Bilican FI, Mutlu HH, Gumus M. A comparison of metacognitive factors among patients with cancer and the control group. *Psychooncology*. 2018;27(4):1277-83. [\[DOI: 10.1002/pon.4667\]](#)
34. Ochoa C, Casellas-Grau A, Vives J, Font A, Borràs JM. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *Int J Clin Health Psychol*. 2017;17(1):28-37. [\[DOI: 10.1016/j.ijchp.2016.09.002\]](#)
35. Ochoa-Arnedo C, Prats C, Travier N, Marques-Feixa L, Flix-Valle A, de Frutos ML, et al. Stressful life events and distress in breast cancer: a 5-years follow-up. *Int J Clin Health Psychol*. 2022;22(2):100303. [\[DOI: 10.1016/j.ijchp.2022.100303\]](#)
36. Ośmiałowska E, Staś J, Chabowski M, Jankowska-Polańska B. Illness perception and quality of life in patients with breast cancer. *Cancers (Basel)*. 2022;14(5):1214. [\[DOI: 10.3390/cancers14051214\]](#)
37. Ranieri J, Guerra F, Di Giacomo D. Role of metacognition thinking and psychological traits in breast cancer survivorship. *Behav Sci (Basel)*. 2020;10(9):135. [\[DOI: 10.3390/bs10090135\]](#)
38. Rashmi R, Vanlalhrui C. Metacognitive processes in cancer: a review. *Indian J Med Paediatr Oncol*. 2023;44(4):398-407. [\[DOI: 10.1055/s-0043-1768050\]](#)
39. Sebri V, Jiménez-Díaz A, Herrero R, Galdón MJ, Baños R, Pravettoni G. Relating to a new body: understanding the influence of body compassion and metacognition on body image in breast cancer survivors. *Cogent Psychol*. 2025;12(1). [\[DOI: 10.1080/23311908.2025.2488461\]](#)
40. Sodergren S, Hyland ME. The Silver Lining Questionnaire. [\[DOI: 10.1080/08870440500058561\]](#)
41. Soleimani E, Pakravan H. Validation and normalization of the Body Acceptance Scale in women with breast cancer (BAS-BC). *Health Psychol*. 2026;14(55):57-72. (In Persian) [\[DOI: 10.30473/hpj.2025.73937.6213\]](#)
42. Sun KI, Hyunju J, Soyun H, Eunyoung J. Concept analysis of illness acceptance in chronic disease: application of Hybrid Model Method. *J Korean Acad Fundam Nurs*. 2021;28(1). [\[DOI: 10.7739/jkafn.2021.28.1.67\]](#)
43. Sun X, Zhu C, So SHW. Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *Eur Psychiatry*. 2017;45:139-53. [\[DOI: 10.1016/j.eurpsy.2017.05.029\]](#)
44. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*. 1996;9(3):455-71. [\[DOI: 10.1007/BF02103658\]](#)
45. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq*. 2004;15(1):1-18. [\[DOI: 10.1207/s15327965pli1501\\_01\]](#)
46. Thornton M, Lewis-Smith H. "I listen to my body now": a qualitative exploration of positive body image in breast cancer survivors. *Psychol Health*. 2023;38(2):249-68. [\[DOI: 10.1080/08870446.2021.1956494\]](#)
47. Wang SJ, Feng X, Zhang W, Sun GY, Fang H, Jing H, et al. Depression and anxiety in patients with breast cancer receiving radiotherapy: a longitudinal study. *Ther Adv Med Oncol*. 2025. [\[DOI: 10.1177/17588359251345930\]](#)
48. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2011. [\[Link\]](#)
49. Wells A. Advances in metacognitive therapy. *Int J Cogn Ther*. 2013;6(2):186-201. [\[DOI: 10.1521/ijt.2013.6.2.186\]](#)
50. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2004;35(4):307-18. [\[DOI: 10.1016/j.jbtep.2004.07.001\]](#)
51. Wells A, Capobianco L, Matthews G, Nordahl HM. Metacognitive therapy: science and practice of a paradigm. *Front Psychol*. 2020;11:576210. [\[DOI: 10.3389/fpsyg.2020.576210\]](#)
52. Yao H, Xiong M, Cheng Y, Zhang Q, Luo Y, Ding X, et al. The relationship among body image, psychological distress, and quality of life in young breast cancer patients: a cross-sectional study. *Front Psychol*. 2024;15:1411647. [\[DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1411647\]](#)
53. Yoon HS, Ryu E. Mental health in female breast cancer survivors post-mastectomy: a structural model based on Roy's adaptation model. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2025. [\[DOI: 10.1016/j.apjon.2025.100820\]](#)
54. Zeighami Mohammadi S, Mohammad Khan S, Zohreh Vanaki K. Reconstruction of feminine identity: the strategies of women with breast cancer to cope with body image altered. *Int J Womens Health*. 2018;10:689-97. [\[DOI: 10.2147/IJWH.S181557\]](#)
55. Zhu P, Liu X, Shang X, Chen Y, Chen C, Wu Q. Mindfulness-based stress reduction for quality of life, psychological distress, and cognitive emotion regulation strategies in patients with breast cancer under early chemotherapy: a randomized controlled trial. *Holist Nurs Pract*. 2023;37(3):131-42. [\[DOI: 10.1097/HNP.0000000000000580\]](#)