SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.2/ 2026;13(2):155-166
DOI: 10.22034/13.2.155
https://shenakht.muk.ac.ir/

Original Article

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

Hanie Pakravan[1], Esmaeil Soleimani[2*], Ali Issazadegan[3]

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:** Esmaeil 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.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

Copyright © 2026 The Author(s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. All rights reserved by the authors. This is an open-access article that may be read, downloaded, copied, distributed, printed, searched, and linked to the full text for lawful purposes, provided that the original authors and source are properly acknowledged.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۴۰۵، صفحات: ۱۶۶-۱۵۵
DOI: 10.22034/13.2.155

مقاله پژوهشی

اثربخشی فراشناخت‌درمانی بر رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان مبتلابه سرطان پستان پس از ماستکتومی

هانیه پاکروان[۱]، اسماعیل سلیمانی[۲*]، علی عیسی‌زادگان[۳]

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران
۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران
۳. استاد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

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، دانشکدهٔ ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

ایمیل:
E.Soleimani@urmia.ac.ir

چکیده

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

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل زنان ۳۵ تا ۵۵ سالهٔ مبتلابه 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 به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. ابزارها شامل مقیاس رشد پس از سانحهٔ تدسچی و کالون (۱۹۹۶، PTGI)، مقیاس ادراک مثبت بیماری ساندرگرن و هایلند (۲۰۰۰، SLQ-38) و مقیاس‌پذیرش بدن آهن و سو (۲۰۱۸، BAS-BC) بود. گروه آزمایش هشت جلسهٔ نود دقیقه‌ای مداخلهٔ فراشناخت‌درمانی دریافت کرد. داده‌ها با تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت میانگین‌ها بین مراحل پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و پیش‌آزمون ـ پیگیری برای رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن معنادار بود و بهبود قابل‌توجهی را نشان داد ($p<۰/۰۵$)، به‌طوری که میانگین رشد پس از سانحه در مرحلهٔ پیش‌آزمون ـ 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 مرحلهٔ پس‌آزمون به مرحلهٔ پیگیری معنادار نبود. بدین معنا که آثار فرا شناخت‌درمانی در طول زمان ثبات داشته است ($p>۰/۰۵$).

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

واژگان کلیدی: پذیرش بدن، رشد پس از سانحه، سرطان پستان، فراشناخت‌درمانی، ماستکتومی

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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

مقدمه

سرطان پستان[1] شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان است و می‌تواند در سلامت جسمی و روانی تأثیر زیادی بگذارد (فیلهو و همکاران[2]، ۲۰۲۵). در ایران، مرگ‌ومیر ناشی از آن رتبهٔ 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[3]، ۲۰۲۲). پس از تشخیص سرطان پستان، درمان‌های حفظ پستان (BCT)[4] و ماستکتومی (MST)[5] روش‌های استاندارد درمانی هستند (گوثالث و همکاران[6]، ۲۰۲۴). باوجود توسعهٔ 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[7]، 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[8]، ۲۰۲۴).

به‌دلیل آنکه در بسیاری از فرهنگ‌ها، پستان‌ها نمادی از زنانگی هستند که از نظر اجتماعی، به‌عنوان بازنمایی بدن زنانه، زیبایی، تمایلات جنسی، باروری و پرورش به‌عنوان یک مادر پذیرفته شده‌اند، ازدست‌دادن پستان‌ها پس از ماستکتومی، تجربه‌ای آسیب‌زا و ویرانگر برای بسیاری از زنان است (هافمن، ۲۰۲۱[9]؛ ضیغمی و همکاران[10]، ۲۰۱۸). مطالعات نشان داده‌اند که باوجودآنکه 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[11]، ۲۰۲۵؛ گاریوس[12]، ۲۰۲۵؛ یااو و همکاران[13]، ۲۰۲۴؛ وانگ و همکاران[14]، ۲۰۲۴).

در حال حاضر، سازمان بهداشت جهانی تشخیص و درمان سرطان پستان را به‌دلیل قطع عضو پستان، که تجربه‌ای آسیب‌زاست، مواجه با تروما در نظر می‌گیرد. تروما به‌عنوان یک آسیب روانی ناشی از محرک‌های عاطفی قوی تعریف می‌شود که بر خودارزیابی فرد آسیب‌دیده تأکید دارد (فیوریلو و همکاران[15]، ۲۰۱۶). در برخی افراد، موقعیت‌های آسیب‌زا می‌توانند نه‌تنها پیامدهای منفی، بلکه تغییرات مثبتی را نیز به‌همراه داشته باشند که به‌عنوان رشد پس از سانحه توصیف می‌شوند (میخالچیک و همکاران[16]، ۲۰۲۲). وقوع تروما به‌طور خودکار به رشد منجر نمی‌شود. این فرایندی است که شامل راهبرد در برخورد با تجربه‌ای دراماتیک است. اصطلاح رشد پس از سانحه را اولین‌بار در سال ۱۹۹۶ تدسکی و کالهون[17] استفاده کردند. آن‌ها رشد پس از سانحه را به‌عنوان تغییر مثبتی تعریف کردند که فرد در نتیجهٔ مبارزه با رویدادی آسیب‌زا تجربه می‌کند. تغییرات مثبت شامل خودشناسی بهتر، بهبود روابط بین‌فردی و تغییر در فلسفهٔ زندگی است (تدسکی و کالهون، 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 (اوچاهو و همکاران[18]، ۲۰۲۲). ادراک مثبت بیماری در زمینهٔ 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[19]، ۲۰۰۰).

ازسوی‌دیگر، باوجود اینکه زنان پس از تشخیص بیماری و درمان به روش جراحی ماستکتومی و کنارآمدن با طیف گسترده‌ای از تغییرات ظاهری و روان‌شناختی پریشانی تصویر بدن را تجربه می‌کنند (اتریج و همکاران[20]، ۲۰۲۲)، تورنتون و اسمیت[21] (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان دادند که برخی از زنان به‌دلیل 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 به‌عنوان تصدیق و غلبه بر تغییرات با تصویر بدن و کیفیت زندگی مرتبط است و برای رفاه بازماندگان ضروری است (آهن و سو، ۲۰۲۳).

به‌طور کلی، مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلابه سرطان پستان پس از ماستکتومی پیچیده و چندوجهی است. اخیراً، درمان‌های مبتنی‌بر رویکردهای موج سوم مانند درمان فراشناختی (MCT)[22] مورد توجه قرار گرفته‌اند. فراشناخت‌درمانی رویکردی نوین و

[1] Breast cancer
[2] Filho
[3] Kazeminia
[4] Breast-Conserving Therapy
[5] Mastectomy
[6] Goethals
[7] Christiansen
[8] Frost
[9] Hofmann
[10] Zeighami
[11] Harerimana & Mchunu
[12] Garus
[13] Yao
[14] Wang
[15] Fiorillo
[16] Michalczyk
[17] Tedeschi & Calhoun
[18] Ochoa
[19] Sodergren & Hyland
[20] Ettridge
[21] Thornton & Smith
[22] Metacognitive Therapy

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

مبتنی‌بر مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی (S-REF)[1] است که هدف آن اصلاح باورهای فراشناختی ناکارآمد و کاهش سندرم شناختی ـ توجهی (CAS)[2] 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). فراشناخت‌درمانی 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[3] (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 مبتلابه سرطان پستان نشان داده‌اند، ضرورت بررسی درمان گروهی فراشناختی در جمعیت زنان ایرانی پس از ماستکتومی بیش‌ازپیش احساس می‌شود. بااین‌حال، پژوهش‌های پیشین با تمرکز بیشتر بر کاهش آسیب، اغلب به‌طور خاص بر گروه زنان مبتلابه 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، ازآنجاکه تا به امروز، هیچ مطالعهٔ 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. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی فراشناخت‌درمانی در رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان مبتلابه سرطان پستان پس از ماستکتومی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعهٔ نیمه‌آزمایشی با تخصیص تصادفی و پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل و دورهٔ پیگیری یک‌ماهه بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل تمام زنان مبتلابه 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 مرحلهٔ اولیه، ۵۳ زن مبتلابه 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 به‌دلیل نداشتن معیارهای ورود از مطالعه کنار گذاشته شدند و هفت نفر نیز پیش از تخصیص به گروه‌ها، از ادامهٔ 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 اندازهٔ متوسط در مطالعات مداخله‌ای تعیین شد (جولیوس[4]، ۲۰۰۵).

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل زنان ۳۵ تا ۵۵ سالهٔ تحت ماستکتومی یک‌طرفه، گذشت حداقل سه ماه از تکمیل دورهٔ درمان، نداشتن سابقهٔ 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 تمایل‌نداشتن به ادامهٔ 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)، پرسش‌نامهٔ ادراک مثبت بیماری (SLQ-38) و مقیاس پذیرش بدن زنان مبتلابه سرطان پستان (BAS-BC)را تکمیل کردند.

این پژوهش تمامی اصول اخلاقی همچون اخذ کد اخلاق از کمیتهٔ اخلاق، ثبت کارآزمایی بالینی، توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، حفظ رازداری، گمنام‌ماندن شرکت‌کنندگان، اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه، اختیاری‌بودن 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 نسخهٔ ۲۶ تجزیه‌وتحلیل شد.

ابزار

مقیاس رشد پس از سانحه (PTGI)[5]: این پرسش‌نامه را تدسچی و کالون (۱۹۹۶) برای اندازه‌گیری رشد پس از تروما طراحی کرده‌اند. نوعی ابزار خودسنجی شامل ۲۱ ماده است و هر

[1] Self-Regulatory Executive Function Model
[2] Cognitive Attentional Syndrome
[3] Fisher
[4] Julious
[5] Posttraumatic Growth Inventory

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

آیتم در مقیاسی از ۰ (به‌هیچ‌وجه) 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 مطالعهٔ تدسچی و کالون (۱۹۹۶)، ضریب هم‌بستگی خرده‌مقیاس‌ها با نمرهٔ کلی پرسش‌نامه مثبت معنی‌دار بود (۰/۸۸) و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه ۰/۹۰ بود. همچنین، هم‌بستگی آن با مقیاس خوش‌بینی سرشتی شی یر 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 فاصلهٔ ۳۰ روز در ۱۸ نمونه ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین هم‌بستگی بین ابعاد مختلف در دو آزمون به‌ترتیب برای ابعاد قدردانی از زندگی، تغییرات معنوی، قدرت شخصی، امکانات جدید و ارتباط با دیگران ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۱ 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)[1]: این پرسش‌نامه، که ساندرگرن و هایلند (۲۰۰۰) ساخته‌اند، آثار مثبت بیماری‌ها و رشد پس آسیبی 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. نمرهٔ بالا در این پرسش‌نامه نشان‌دهندهٔ آثار مثبت بیماری یا رشد پس‌آسیبی خوب به شمار می‌آید. ساندرگرن 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[2] (۱۹۷۲)، ۰/۶۳ گزارش شد. در پژوهش گلستانی بخت (۲۰۱۵) ضریب آلفای کرونباخ به‌منظور سنجش پایایی پرسش‌نامه، ۰/۹۲ و میزان ضریب هم‌بستگی بین پرسش‌نامه جنبه‌های مثبت بیماری و پرسش‌نامهٔ سلامت عمومی گلدبرگ برابر ۰/۶۷ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس‌پذیرش بدن برای زنان مبتلابه سرطان پستان (BAS-BC)[3]: 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 پدیدهٔ 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 نشان‌دهندهٔ پایایی سازگاری درونی عالی است. همچنین، برای بررسی روایی ملاکی هم‌بستگی آن با پرسش‌نامهٔ کیفیت زندگی و پرسش‌نامهٔ تصویر بدنی سنجیده شد و نتایج نشان‌دهندهٔ هم‌بستگی مثبت و معنادار باکیفیت 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 ـ بدن کش و همکاران (۱۹۸۷) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۶۱ به دست آمد که نشان‌دهندهٔ پایایی و اعتبار بسیار مطلوب نسخهٔ فارسی این ابزار برای سنجش‌پذیرش بدن در زنان مبتلابه سرطان پستان است. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

برنامهٔ 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.

جدول ۱. شرح جلسات فراشناخت‌درمانی

جلسات	موضوع	هدف	تکالیف
۱	پیش‌آزمون	معارفه، بیان هدف و اجرای پیش‌آزمون	خودپایشی افکار: یادداشت‌کردن 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 ـ توجهی: مراجع باید در طول هفته لحظاتی را که دچار ناهماهنگی شناختی می‌شود شناسایی کند و بنویسد.

[1] The Silver Lining Questionnaire
[2] Goldberg
[3] Body Acceptance Scale for Women with Breast Cancer

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

۳	تحلیل باورهای فراشناختی	در جلسهٔ 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 فکرم را کنترل کنم) یک جدول مزایا و معایب بنویسد و شواهدی علیه غیرقابل‌کنترل‌بودن فکر پیدا کند.
۴	کنترل فراشناختی	در ابتدای جلسه، راهبردهای کنترل فراشناختی افراد شناسایی، معایب و مزایای آن‌ها تحلیل و راهبردهای مفیدتر به‌عنوان جایگزین آموزش داده می‌شود.	تمرین رهاکردن کنترل: مراجع موظف است در طول روز، سه بار به‌مدت پنج دقیقه اجازه دهد افکار مزاحم بیایند، اما هیچ واکنشی (نه سرکوب و نه تحلیل) نشان ندهد.
۵	ذهن‌آگاهی	شرکت‌کنندگان کاربرد شیوه‌های فاصله‌گیری از ذهن‌آگاهی 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 برگی روی رودخانه تصور کند. تمرین روزانه: ۱۰ دقیقه
۶	تحلیل راهبردهای مقابله‌ای	در جلسهٔ ششم، شرکت‌کنندگان با راهبردهای نگرانی و نشخوار فکری به‌عنوان مقابله‌های ناکارآمد آشنا می‌شوند، سود و زیان نشخوار و نگرانی تحلیل می‌شود، فرایند سرکوب افکار (مانند ببر سفید) به‌عنوان ناکارآمد بررسی و پیامدهای درگیری با علائم توضیح داده می‌شود، سپس شیوهٔ به‌تعویق‌انداختن نگرانی آموزش داده می‌شود.	به‌تعویق‌انداختن 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 فکرنکردن و مشاهدهٔ 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: گوش‌دادن صداهای مختلف محیط (صداهای دور و نزدیک) به‌مدت ۱۰ دقیقه در روز.
۸	راهبرد فراشناختی کارآمد	در جلسات پایانی، شیوهٔ متمرکزکردن توجه بر موقعیت به‌عنوان راهبرد فراشناختی کارآمد آموزش داده می‌شود. موانع به‌کارگیری روش‌ها شناسایی و رفع می‌شود و در پایان، پرسش‌نامه‌ها برای پس‌آزمون توزیع می‌شود.	برنامهٔ پیشگیری از عود: نوشتن «کارت مقابله» که در آن ذکر شده است اگر دوباره احساس تنهایی یا ناهماهنگی کرد، به‌جای نشخوار فکری، از کدام تکنیک (تعویق یا ATT) استفاده کند. اجرای پس‌آزمون نهایی.

نتایج

این مطالعه شامل ۴۰ زن مبتلابه 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 ۲/۷۳ و 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 مرحلهٔ 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.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک 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

برای بررسی نرمال‌بودن توضیح داده‌ها از آزمون شاپیرو ـ ویلک استفاده شد. ازآنجاکه مقادیر آزمون شاپیرو ـ ویلک برای هیچ‌یک از مراحل معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵)، 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 نشان‌دهندهٔ معنادارنبودن 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 ـ کوواریانس از آمارهٔ ام ـ باکس استفاده شد و نتایج به‌دست‌آمده برای متغیر رشد پس از سانحه (P= ۰/۴۳، F=۰/۹۸، MBox= ۶/۵۰)، متغیر ادراک مثبت بیماری (P= ۰/۳۳، F= ۱/۱۴، MBox= ۸/۲۱) و متغیر پذیرش بدن (P= ۰/۳۹۱، F= ۱/۰۵۰، MBox= ۷/۴۴) 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 آنووا) نشان داد که در ارزیابی درون‌گروهی، بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب متغیرهای 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، اندازهٔ 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 مداخلهٔ 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 مقایسهٔ 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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

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، فرضیهٔ پژوهش تأیید می‌شود و فراشناخت‌درمانی بر رشد پس از سانحه، ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در بیماران مبتلابه سرطان پستان ماستکتومی اثربخش است. همچنین، اندازهٔ اثر برای مقایسه‌های معنادار گروه آزمایش نشان داد اثر درمان متوسط تا بزرگ بوده است. تفاوت‌ها از مرحلهٔ پس‌آزمون به مرحلهٔ 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.

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

اثر	آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجهٔ آزادی خطا	Sig.
گروه	اثر پیلایی[1]	۰/۹۸	۳۴۰/۲۴	۶	۳۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکنز[2]	۰/۰۱	۳۴۰/۲۴	۶	۳۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ[3]	۶۳/۷۹	۳۴۰/۲۴	۶	۳۲	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی[4]	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 مرحلهٔ اندازه‌گیری

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

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسهٔ زمان‌ها

گروه	متغیر	زمان		میانگین تفاوت‌ها	خطای معیار	مقدار P	اندازهٔ 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

[1] Pillai's trace
[2] Wilks Lambda
[3] Hotelling's trace
[4] Roy's greatest characteristic root criterion

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

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

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی فراشناخت‌درمانی در رشد پس از سانحه، ادراکات مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان مبتلابه سرطان پستان پس از ماستکتومی بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد که فراشناخت‌درمانی 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 (η^2=۰/۵۲ ،p <۰/۰۰۱)، و تفاوت‌ها از پس‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵) که نشان‌دهندهٔ پایداری اثر درمان در طول زمان است. این یافته با نتایج پژوهش رانیری و همکاران[1](۲۰۲۰) همسو است که نشان دادند مداخلات فراشناختی تأثیر معناداری در تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان پستان دارد.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که فراشناخت‌درمانی با تمرکز بر فرایندهای فکری و باورهای فراشناختی بیماران، به اصلاح مسیرهای شناختی ناکارآمد مرتبط با اضطراب و نگرانی مداوم کمک می‌کند. این درمان براساس مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی ولز و سمبی[2] (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 فراشناخت‌درمانی 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، تجربهٔ بحرانی سرطان می‌تواند به فرصت‌های رشد روانی تبدیل شود (سان و همکاران[3]، ۲۰۱۷).

یافتهٔ دیگر پژوهش نشان داد فراشناخت‌درمانی در افزایش ادراک مثبت بیماری زنان مبتلابه سرطان پستان پس از ماستکتومی اثرگذار بوده است (η^2=۰/۴۰ ،p<۰/۰۰۱) و تفاوت‌ها از پس‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار نبود (p>۰/۰۵) که نشان‌دهندهٔ پایداری اثر درمان در طول زمان است. این یافته با نتایج پژوهش ژیو و همکاران[4] (۲۰۲۳) همسو بود. ژیو و همکاران (۲۰۲۳) در

[1] Ranieri
[2] Wells & Sembi
[3] Sun
[4] Zhu

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

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 مبتلابه 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[1]، 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 نشان‌دهندهٔ آن است که فرد می‌تواند با به‌کارگیری منابع داخلی و مداخلات شناختی ـ هیجانی، جنبه‌های امیدبخش و فرصت‌های یادگیری از بیماری را تشخیص دهد (چلی و همکاران[2]، 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، فراشناخت‌درمانی 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 ـ 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 وانلاهیوری[3]، ۲۰۲۳).

یافتهٔ دیگر پژوهش نشان داد فراشناخت‌درمانی افزایش پذیرش بدن در زنان مبتلابه سرطان پستان پس از ماستکتومی اثرگذار بوده است ($p<۰/۰۰۱$، $\eta^2=۰/۴۹$) و تفاوت‌ها از پس‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار نبود ($p>۰/۰۵$) که نشان‌دهندهٔ 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 دربارهٔ 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[4]، ۲۰۱۶). برخلاف جمعیت عمومی، که نارضایتی 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 مشاهدهٔ بدن و محدودشدن روابط اجتماعی می‌شود (میوتلیو و همکاران[5]، ۲۰۱۸). فراشناخت‌درمانی با مداخله در این فرایندهای خودکار، مفهوم انعطاف‌پذیری پذیرش بدن را تقویت می‌کند؛ به این معنا که بیمار به‌جای تلاش برای تغییر یا انکار واقعیت‌های بدنی، تجربهٔ کامل ادراکات و احساسات خود را بدون قضاوت می‌پذیرد (سان و همکاران، ۲۰۲۱). فراشناخت‌درمانی 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 فراشناخت‌درمانی به زنان مبتلابه 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 دورهٔ پیگیری یک‌ماهه تا حدی پایدار مانده است. بااین‌حال، به نظر می‌رسد باوجود یافته‌های پژوهش حاضر در زمینهٔ اثربخشی کوتاه‌مدت و قابلیت کاربردی فراشناخت‌درمانی در حوزهٔ روان آنکولوژی، تعمیم نتایج مستلزم درنظرگرفتن برخی محدودیت‌های روش‌شناختی است. حجم نمونهٔ محدود، نمونه‌گیری هدفمند از یک مرکز درمانی واحد، دورهٔ پیگیری کوتاه‌مدت و نبود گروه کنترل فعال باعث می‌شود نتایج در زمینه‌های مختلف قابل‌تعمیم نباشد. همچنین، زمینهٔ فرهنگی جامعهٔ ایران، ازجمله نگرش‌های اجتماعی به بدن زنانه، هویت زنانگی، نقش‌های مادرانه و انتظارات مرتبط با زیبایی و تاب‌آوری، ممکن است بر تجربهٔ ادراک مثبت بیماری و پذیرش بدن در زنان پس از ماستکتومی تأثیر بگذارد و تعمیم نتایج را به زمینه‌های فرهنگی متفاوت محدود کند.

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

[1] Kannis
[2] Cheli
[3] Rashmi & Vanlalhruaii
[4] Koçan
[5] Mutlu

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

تصادفی‌سازی‌شده با حجم نمونهٔ بزرگ‌تر، گروه کنترل فعال، نمونه‌گیری از چند مرکز درمانی و دورهٔ پیگیری طولانی‌تر، انجام شوند تا پایداری و دامنهٔ آثار فراشناخت‌درمانی با دقت بیشتری بررسی شود. همچنین، بررسی نقش متغیرهای تعدیلگر مانند شدت بیماری، نوع جراحی، مدت‌زمان سپری‌شده از ماستکتومی، وضعیت تأهل، حمایت اجتماعی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی می‌تواند به فهم دقیق‌تر شرایط اثربخشی این مداخله و توسعهٔ برنامه‌های روان‌شناختی متناسب با نیازهای زنان پس از ماستکتومی کمک کند.

تشکر و قدردانی

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

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش برگرفته از رسالهٔ دکتری با کد اخلاق (IR.URMIA.REC.1403.016) در رشتهٔ روان‌شناسی و ثبت کارآزمایی بالینی (IRCT: IRCT20241006063268N1) است. از تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه کسب شد. در این مطالعه، تمامی روش‌ها مطابق با دستورالعمل‌ها و مقررات مربوطه انجام شد.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ‌گونه کمک مالی‌ای از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

REFERENCES

1. 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]
2. 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]
3. Adler FR, Griffiths JI. Mathematical models of intercellular signaling in breast cancer. Semin Cancer Biol. 2025. [DOI: 10.1016/j.semcancer.2025.01.005]
4. 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]
5. 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]
6. 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]
7. 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]
8. 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]
9. Christiansen P, Carstensen SL, Ejlertsen 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]
10. 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]
11. 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]
12. 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]
13. 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]
14. Frost C, Lesā 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]
15. Garus M. Self-esteem and working capacity of women after mastectomy. Hum Res Rehabil. 2025;15(1). [DOI: 10.21554/hrr.042520]
16. Goethals A, Menon G, Rose J. Mastectomy. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. [Link]
17. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med. 1979;9(1):139-45. [DOI: 10.1017/s0033291700021644]
18. 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]
19. 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]
20. 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]
21. 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

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]

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-Dymand 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. Kazeminia M, Salari N, Hosseinian-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, Vanlalhruaii 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/ijct.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]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-17]