



## اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ترس از پیشرفت بیماری و کنترل درد و رنج در بیماران مبتلا به

## سرطان پستان

سارا جوانبخت کشیکانی<sup>۱</sup>، فاطمه حق‌جو<sup>۲</sup>

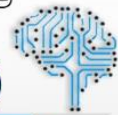
## چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معنادرمانی بر ترس از پیشرفت بیماری و کنترل درد و رنج در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد. روش پژوهش، شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران زن مبتلا به بیماری سرطان پستان مراجع کنند به بیمارستان صارم در سال ۱۳۹۸ بود. با روش نمونه‌گیری دوطرفه، تعداد ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش‌های معنادرمانی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات ترس از پیشرفت و مقیاس کوتاه شدت درد بود که قبل و بعد از آموزش، اجرا گردید. داده‌های جمع‌آوری شده، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که معنادرمانی گروهی، باعث کاهش معنادار ( $p < 0/001$ ) ترس از پیشرفت بیماری و شدت درد در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. بنابراین می‌توان از این درمان به عنوان یک درمان مکمل در کنار دارودرمانی برای بهبود زندگی این بیماران استفاده کرد.

**واژگان کلیدی:** معنادرمانی، ترس از پیشرفت بیماری، کنترل درد و رنج، سرطان پستان

<sup>۱</sup>کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup>کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران



## مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است (بارک، کدامکادی، رامامورتی و زرنیکی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). سرطان پستان، به نوعی سرطان گفته می‌شود که از بافت پستان آغاز می‌شود. علایم سرطان پستان می‌تواند یک توده در پستان، تغییر در شکل پستان، گودی پوست، ترشح مایع از نوک پستان یا پوسته شدن قسمتی از پوست باشد (دسراکس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). درد، خستگی و نبود انرژی شایع‌ترین مشکلات بیماران مبتلا به سرطان است (کاسپر، فوکا، هوسر، لانگو، جمیسون، لوسکالزو، ۲۰۱۸). بیش از نیمی از بیماران مبتلا به سرطان، مقادیری از درد را تجربه کرده‌اند (داپرسپرو، تاورجیها، چیان، جون، چو و هولدن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). شدت درد از طریق عکس‌العمل‌های بیمار، نیاز به پروسه‌های اورژانسی تسکین درد و اظهار خود بیمار مشخص می‌شود (دالیا، هیو، نگویان، چاکو، اسکوت، روبرتس و برورا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). تجربه درد در بیماران سرطانی، بسته به اتیولوژی بیماری، محل و شدت بیماری متفاوت می‌باشد. یکی از منابع ایجادکننده درد، خود تومور می‌باشد (در اثر تومور و رشد آن) که سبب درد احشایی، بدنی یا درد ناشی از تحریک اعصاب می‌شود. پس طبیعی است که میزان دردی که بیماران حسی می‌کنند با همدیگر متفاوت باشد (داپرسپرو و همکاران، ۲۰۱۲). در آمریکا درد بیشترین علت ایجاد ناتوانی و دومین علت ویزیت توسط پزشک می‌باشد، بیشتر افرادی که سرطان پیشرفته دارند (۶۰ - ۸۵ درصد) و حدود ۴۰ درصد افرادی که برای آن‌ها، بقای عمری ۵ ساله تخمین زده شده است، درد را گزارش می‌کنند. بسیاری از موارد بستری بیمارستانی (۱۴-۲۶ درصد) به علت درد کنترل نشده می‌باشد که بیش از ۱۰ میلیون دلار هزینه در بر دارد (گرین، هارت-جووانسون، لیفلر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱).

بر اساس مدل‌ها و نظریات اخیر مانند نظریه ترس و اجتناب از درد و مدل زیستی-اجتماعی-روان‌شناختی، ادراک درد تنها پایه زیستی ندارد و بعد هیجانی درد اهمیت قابل توجهی در ادراک شدت درد ایفا می‌کند (زالی، ادیتری<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵؛ اکتچیل، پینگ، پتریس، فوجس و ترکی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷). بعد هیجانی درد با تظاهرات روان‌شناختی مختلفی مانند استرس، افسردگی و اضطراب، همبستگی قوی دارد و بهبود بیماران را به طرز قابل توجهی تحت تاثیر قرار می‌دهد (چینگ، لیونگ، چیان، چیان، چو و چانگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸). پس بعد درد به تنهایی رخ نمی‌دهد، بلکه بیشتر ماهیت روان‌شناختی دارد و یک تجربه روان‌شناختی پیچیده است. بنابراین پیشگیری و کنترل درد نیز ذاتاً فعالیت روان‌شناختی است (ابراهیمی و سجادیان، ۱۳۹۹) و نیازمند مداخلات روان‌شناختی مناسب در این زمینه است.

از سوی دیگر، ترس از پیشرفت بیماری، رنج و ناراحتی، ناامیدی همراه با درد و محدودیت در فعالیت‌های فیزیکی از حالت‌های هیجانی هستند که سطح احساس درد را در افراد مبتلا به درد مزمن از قبیل ام اس و سرطان افزایش می‌دهد و باعث افزایش احساس درد می‌شود و هم‌چنین می‌تواند حملات بیماری را طولانی‌تر و شدت بیماری را بیشتر کند و در نتیجه سرنوشت این بیماری را بدتر و میزان مرگ و میر را بیشتر کرده و زندگی را برای این بیماران سخت نماید (گاتینون و هال، ۲۰۱۶؛ ترجمه قاسمی و محمدی، ۱۳۹۵). البته برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن جسمی عادی نیست که از ترس مرتبط با جنبه‌های مختلف بیماری خود رنج ببرند. بیمارانی که با تهدید واقعی و مستمر مواجه می‌شوند، عکس‌العمل آن‌ها نه غیر منطقی است نه نامناسب؛ این نوع ترس به ترس از پیشرفت بیماری نسبت داده می‌شود و در نتیجه ترس از اینکه بیماری

<sup>1</sup> Burke, Kodumudi, Ramamoorthi & Czerniecki

<sup>2</sup> Desreux

<sup>3</sup> Di Prospero, Thavarajah, Chen, Jon, Chow, & Holden

<sup>4</sup> Dalal, S., Hui, D., Nguyen, L., Chacko, R., Scott, C., Roberts, L., & Bruera

<sup>5</sup> Green, Hart-Johnson, & Loeffler

<sup>6</sup> Zale & Ditte

<sup>7</sup> Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk

<sup>8</sup> Cheng, Leung, C. M., Chan, Chen, Chow, Chung & Tam



پیشرفت خواهد کرد را با همه عواقب آن ترس از پیشرفت می‌نامیم؛ بنابراین ترس از پیشرفت بیماری در میان مهم‌ترین عوامل استرس‌زا برای بیماران مبتلا به این بیماری‌ها قرار دارد (کواکن باس، ون لانک‌ولد، ونک بکر، ون‌هوگن، وند اند<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). ترس از پیشرفت بیماری باید از مفهوم روان‌پزشکی اختلالات اضطراب‌ناپذیر تمایز داده شود؛ ویژگی اصلی و رایج اختلالات اضطرابی نوروتیک (مثل اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پانیک و آگروفوبیا) غیر واقعی و غیر منطقی بودن آن است (هرشباخ، یوک، دانیکل، بریگ، ویدت، دورن و هنریج<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). در بیماری‌های جدی، بیماران اغلب از ترس واقعی مربوط به خود بیماری، درمان آن و نتایج روانی اجتماعی مربوط به آن رنج می‌برند (دینکل، هرشباخ، برگ، ودات، دوران، انگست-هاستریتر، بوک، ۲۰۱۲). ترس از پیشرفت بیماری شامل طیف گسترده‌ای از ترس‌های واقعی مرتبط با بیماری می‌شود و پاسخ بهنجار و مناسب به تجربه یک بیماری مزمن، ناتوان کننده یا بالقوه کشنده می‌باشد (سیمارد و تیوس، هامفریس، دیکسون، هایدن، میراسکندری و ازانسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳؛ توز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

در بافت سرطان هر چند بیماران با ترس واقعی مواجه می‌شوند، واکنش آن‌ها غیر منطقی یا نامناسب نیست. با این وجود بیماران ممکن است ترس واقعی، طولانی‌مدت یا اغراق‌آمیزی تجربه کنند که بهزیستی و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین ترس از پیشرفت بیماری را به عنوان ترس بیمار مبتنی بر اینکه بیماری با تمام عواقب روانی، اجتماعی، زیستی خود، پیشرفت یا عود خواهد کرد، تعریف می‌کنیم. این یک پاسخ ترس واکنشی و غیر عصبی است که بیمار به طور کامل از آن آگاه است (هرشباخ و همکاران، ۲۰۱۴). مقالات سیستماتیک متعددی جنبه‌های متفاوت ترس از پیشرفت بیماری در سرطان را مورد بررسی قرار داده‌اند (کریس و گرانفیلد<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳؛ سیمارد و همکاران، ۲۰۱۳). کوچ-گالینکامپ و همکارانش (۲۰۱۶) اعلام کردند که ۱۳ درصد از یک نمونه ترکیبی از نجات یافتگان سرطان کولون، رکتوم، پروستات و پستان از ترس متوسط تا شدید از پیشرفت رنج می‌برند. ساورد<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که ترس از پیشرفت بیماری در طول زمان کاملاً ثابت یا کاهش جزئی در اولین ماه‌ها بعد از تشخیص و یا در طول توان‌بخشی خواهد داشت. بیشتر افراد مبتلا به سرطان ترس از پیشرفت را شدید، دشوار و چند بعدی توصیف کرده‌اند (آلمدیا، البوت، سیلوا و سالز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹) که این نیازمند مداخلات مداخلات روان‌شناختی مناسب است.

از جمله مداخلاتی که اثربخشی آن در درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد تایید قرار گرفته است، معنادرمانی است (کیارسی، عمادیان و فخری، ۱۴۰۰). در این راستا، برخی از صاحب‌نظران با توجه به پژوهش‌هایی که در خصوص معنادرمانی صورت گرفته، اذعان داشته‌اند که وجود معنا در زندگی مانند کلیدی است که می‌تواند علاوه بر بازگشایی گره و مشکلات زندگی، افراد کنش‌های مثبتی را انجام دهند. لذا، اغلب افراد زندگی معنادار را از عوامل مهم سلامت روان‌شناختی می‌دانند (علی‌رضایی مقدم بجستانی، لطفی کاشانی و باقری، ۱۳۹۷). معنادرمانی، فرآیند درمانی است که به دنبال بهبود توانایی برای رسیدن به خود حقیقی، گسترش دید درباره خود، دنیای پیرامون و روشن کردن چیزهایی است که به زندگی کنونی و آینده فرد معنا می‌بخشد (وونگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). معنادرمانی یکی از کاربردی‌ترین، مردم‌پسندترین و خوشبیمانه‌ترین نظریه‌های هستی-گرایی است که به اشخاص به عنوان افرادی که توانایی فراتر رفتن از محیط‌شان، آزادی و مسئولیت برای انتخاب کردن را دارند، نگاه می‌کند (باراکوا، باجراچرای، ویلمسن، لورنس و هوسکنس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵؛ وونگ، ۲۰۱۷). پژوهش‌های گوناگون اثربخشی

<sup>1</sup> Kwakkenbos, van Lankveld, Vonk, Becker, van den Hoogen, & van den Ende

<sup>2</sup> Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., ... & Henrich

<sup>3</sup> Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci

<sup>4</sup> Thewes

<sup>5</sup> Crist, J. V., & Grunfeld

<sup>6</sup> Simard

<sup>7</sup> Almeida, S. N., Elliott, R., Silva, E. R., & Sales

<sup>8</sup> Wong

<sup>9</sup> Barakova, Bajracharya, Willemsen, Lourens & Huskens



معنادرمانی بر روی بیماران سرطانی را مورد بررسی قرار دادند که در این زمینه می‌توان از پژوهش‌های شیوع اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان (صالحی، محسن‌زاده، عارفی، ذهابی و امیری فرد، ۱۳۹۹)، اثربخشی رویکرد تلفیقی معنادرمانی و امید درمانی بر ترس از تصویر بدنی و سازگاری اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان (احمدی فرد، صالحی و غلامرضایی، ۱۳۹۸)، اثربخشی معنادرمانی گروهی بر راهبردهای مقابله‌ای با استرس و سازگاری با بیماری در بیماران مبتلا به سرطان (صالحی و همکاران، ۱۳۹۹) اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقا سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان (پیرخانی و صالحی، ۱۳۹۱) و اثربخشی معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان (کیارسی و همکاران، ۱۳۴۰) یاد کرد. در مجموع می‌توان بیان کرد که درمان‌های روان‌شناختی از جمله معنادرمانی، می‌توانند در تغییر برخی علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان سودمند باشد. از طرف دیگر با توجه به ادبیات پژوهش که نشان‌دهنده خلا پژوهشی در زمینه بررسی اثربخشی معنادرمانی بر شدت درد و ترس از پیشرفت بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان بود، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنادرمانی بر کنترل شدت درد و ترس از پیشرفت بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

### روش پژوهش

این مطالعه از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گروه گواه بود که نمونه آماری، شامل ۲۴ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان در مرحله شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق تخصصی صارم شهر تهران در سال ۱۳۹۸ که ابتلای آن‌ها به سرطان پستان بر اساس نظر پزشک متخصص تایید شده بود و دارای پرونده پزشکی در بیمارستان بودند و به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. به این صورت که پس از هماهنگی با بخش حراست بیمارستان از بیماران مبتلا به سرطان پستان که ۶۲ نفر بودند، دعوت به همکاری شد و از بین این افراد، تعداد ۳۲ نفر داوطلب به همکاری در پژوهش شدند. بعد از بررسی پرسشنامه‌ها، تعداد ۲۴ نفر انتخاب و پس از یکسان‌سازی از نظر سن، تحصیلات و سابقه بیماری به شیوه تصادفی، به روش قرعه‌کشی با استفاده از شماره پرونده آن‌ها در بیمارستان صارم در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل هر کدام ۱۲ نفر گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص سرطان پستان بر اساس نظر متخصص، عدم سابقه به سایر بیماری‌های جسمانی، اختلالات شخصیت و یا روان‌شناختی، عدم گذراندن دوره روان- شناختی مداخله پژوهش حاضر و یا دوره‌های مشابه بود و عدم تمایل ادامه همکاری در پژوهش یا داشتن غیبت بیش از دو جلسه متوالی، استفاده از سایر انواع روش‌های طب مکمل و جایگزین و نیز عود بیماری در طول یک ماه قبل از شروع پژوهش یا در طی دوره مداخله که موجب بستری شدن فرد در بیمارستان شود، نیز از جمله ملاک‌های خروج از پژوهش بود.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه کوتاه شدت درد:** از این پرسشنامه برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن در بیماران سرطانی و دیگر بیماران بالینی دچار درد مزمن استفاده می‌شود (کلند، رایان، ۱۹۹۴؛ کلند و همکاران، ۱۹۹۶). پرسشنامه از دو بخش اصلی سنجش شدت درد (شامل ۴ آیتم که شدت درد اخیراً، حداقل درد، بدترین درد و متوسط درد طی هفته گذشته) و میزان تداخل در امور روزمره (بعد واکنشی) از ۷ سوال تشکیل شده است (کلند و رایان، ۱۹۹۴). نمره‌گذاری این مواد از صفر (عدم وجود درد) تا ده (غیر قابل تصور) است. گارسیا، تافارو، تروتیل، بونگروزون، کوارینتا، و نتروال و پارديسو (۲۰۱۲) میزان پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار دادند که ۰/۸۹ به دست آمد و حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه است. همچنین وکیل-زاده و نخعی (۱۳۸۵) پایایی و روایی این پرسشنامه را روی بیماران مبتلا به سرطان تایید کرده‌اند.

**پرسشنامه ترس از پیشرفت بیماری:** این پرسشنامه، یک مقیاس خود گزارشی است که بر روی نمونه‌ای از بیماران مبتلا به سرطان، رماتیسم و دیابت توسط هرشباخ تدوین شده است. این پرسشنامه در آلمان طراحی و تدوین شد و نسخه پایانی آن شامل ۴۳ گویه بود و ۵ خرده مقیاس داشت (واکنش عاطفی، خانواده، شغل، از دست دادن استقلال و مقابله با اضطراب) (منافی و دهشیری، ۱۳۹۶). پاسخگویی به آن طیف لیکرت از ۰ تا ۵ درجه‌ای از هرگز تا بیشتر اوقات را شامل می‌شود. نمره



کل از طریق جمع نمرات خرده مقیاس‌ها به جز خرده مقیاس مقابله محاسبه می‌شود (کاوککینبوس و همکاران، ۲۰۱۲). در مطالعه مقدماتی هرشباخ و همکاران همسانی درونی پرسشنامه ۰/۹۵ و پایایی بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (به نقل از منافی و دهشیری، ۱۳۹۶). در ایران نیز در پژوهش منافی و دهشیری (۱۳۹۶) پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ برای واکنش عاطفی ۰/۸۶، خانواده، ۰/۷۲، شغل ۰/۷۶، از دست دادن استقلال ۰/۷۱ و آلفای کرونباخ کل ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۰ بدست آمد.

**بسته معنادرمانی:** محتویات جلسات معنادرمانی توسط آنتونی رابینز (۱۹۹۰) و بر اساس دیدگاه فرانکل طراحی گردیده و شامل ۸ جلسه می‌باشد که هفته‌ای یک جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه برگزار گردید.

### جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله معنادرمانی

جلسه	اهداف و خلاصه و تکالیف جلسه
اول	معرفی اعضای گروه و رهبر گروه برای آشنایی، بیان اهداف و قوانین گروه توسط رهبر گروه، معرفی بیماری سرطان و آثار روان‌شناختی آن و تاثیر بر بدن و عملکرد شناختی. تکلیف جلسه: از مراجعین درخواست شد در مورد موضوع مطرح شده بیان‌دیشند و مطالبی را مکتوب نمایند.
دوم	ارائه خلاصه مختصری از زندگی‌نامه فرانکل بنیان‌گذار رویکرد معنادرمانی، شروع بحث معنادرمانی، تعریف معنادرمانی و معرفی اصول آن، خلاصه کردن مباحث مطرح در این جلسه. تکلیف: از اعضا خواسته شد درباره معنای زندگی خود بیان‌دیشند و یک معنا برای زندگی خانوادگی خود بیابند.
سوم	بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، گفت‌وگو و ارائه بازخورد درباره تکلیف خانگی ارائه شده، بحث با اعضا در مورد یافتن معنا در رنج (در این باره در ابتدا در مورد جبر و اختیار بحث شد)، بحث با اعضا در مورد یافتن معنا در کار، بحث در مورد عشق، بازگو کردن نظر فرانکل و دیدگاه معنادرمانی در مورد عشق و یافتن معنا در آن، بحث در مورد خوش‌بینی به زندگی که در اثر تغییر نگرش‌ها و تغییر چهارچوب‌ها حاصل می‌شود. تکلیف: از اعضا خواسته شد در مورد این گفته فرانکل هر کدام مطلبی کوتاه بنویسند "چنان زندگی کن، گویی بار دومی است که به دنیا آمده‌ای تا اشتباهات گذشته‌ات را جبران کنی".
چهارم	شروع جلسه با بررسی تکلیف جلسه قبل، اجرای آشنایی گروه با یافتن معنا از طریق ارزش‌های آفرینندگی. تکالیف: اعضا در مورد زیباترین تجارب خود و یا تجاربی که دوست دارند داشته باشند، فکر کرده و مطالبی بنویسند.
پنجم	بررسی تکالیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، بحث در مورد مفهوم ارزش‌های تجربی با اشاره به تکالیفی که اعضا انجام داده بودند، بحث در مورد توانایی فرارفتن از خود و خندیدن به مشکلات. تکلیف: درباره گذشته خود بیان‌دیشید و تجربیاتی از گذشته‌تان که به شما احساس ارزشمندی می‌دهد، یادداشت کنید.
ششم	بررسی تکالیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، بحث در مورد یافتن معنا از طریق مراجعه به گذشته، افزایش احساس مسئولیت برای یافتن معنا در زمال حال. تکلیف: هر کدام درباره یافتن معنا و ارزش‌هایی که تجربه کرده‌اند، جمله‌ای بیابید.
هفتم	بررسی تکالیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، آموزش تکنیک قصد متناقض و روش بازتاب-زدایی.
هشتم	بررسی تکالیف خانگی ارائه شده در جلسه قبل و ارائه بازخورد، بررسی کلی چک لیست تهیه شده ارزش‌های شخصی توسط هر فرد و بحث درباره معنای زندگی هر شخص، ارائه خلاصه‌ای از جلسات و جمع‌بندی کار گروه، دریافت بازخورد اعضای گروه درباره عملکرد گروه، اجرای دوباره پرسشنامه‌ها به عنوان پس‌آزمون و اتمام



## شیوه اجرا

بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، برای بیمارانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را دارا بودند، جلسه معارفه‌ای برگزار گردید و از آن‌ها به صورت کتبی رضایت آگاهانه جهت شرکت در جلسات مداخله گرفته شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. بسته مداخله معنادرمانی در طی ۸ جلسه و به صورت گروهی طی جلسات هفتگی در مدت زمانی دو ماه و نیم به بیماران مبتلا به سرطان پستان گروه آزمایش ارائه شد. هر جلسه دو ساعت به طول می‌انجامید. در ابتدای هر جلسه در مورد تکالیف جلسه قبل بحث و گفتگو می‌شد، سپس مطالب آموزشی ارائه می‌شد که بیماران آن را به صورت مکتوب نیز دریافت می‌کردند و سپس در مورد آن گفتگو می‌شد. بعد از اتمام جلسات آموزشی هر دو گروه آزمایش و گواه مجدداً، پرسشنامه شدت درد و ترس از پیشرفت بیماری را به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. قابل ذکر است بعد از اتمام اجرای پژوهش، گروه گواه نیز در چهار جلسه مداخله معنادرمانی شرکت نمودند. داده‌های به دست آمده نیز از طریق روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و روش آماراستنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره و با به کارگیری نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

## یافته‌ها

بر اساس نتایج این پژوهش میانگین سن بیماران مبتلا به سرطان پستان گروه آزمایش و کنترل، ۴۰ سال و ۸ ماه بود. در جدول (۲) اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر تعارض زناشویی و مولفه‌های آن و عملکرد جنسی به صورت تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی متغیرهای ترس از پیشرفت بیماری و مؤلفه‌های ادراک شدت درد به تفکیک مرحله سنجش در

## گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	مرحله سنجش	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
ترس از پیشرفت بیماری	پیش آزمون	۹۰/۴۲	۵/۲۳	۹۲/۲۵
	پس آزمون	۸۴/۵۲	۵/۴۴	۹۱/۲۸
شدت درد	پیش آزمون	۳۰/۸۹	۱/۴۲	۳۰/۲۵
	پس آزمون	۲۰/۲۰	۱/۲۱	۲۹/۱۸
تداخل در امور	پیش آزمون	۵۰/۴۵	۶/۳۵	۵۲/۹۸
	پس آزمون	۴۰/۸۹	۴/۸۹	۵۰/۵۵

بر اساس جدول ۲ میانگین نمرات شدت درد، تداخل در امور و ترس از پیشرفت بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است.

پیش‌فرض‌های توزیع نرمال و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته که از پیش فرض‌های آماری استفاده از آزمون‌های پارامتریک است به وسیله آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون M باکس با مقادیر  $(P > 0.05)$  مورد تایید قرار گرفت، لذا می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.



برای آزمون این فرضیه که مداخله معنادرمانی بر کاهش ترس از پیشرفت بیماری و شدت درد در زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان تأثیر دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ گزارش شده است.

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای متغیر ترس از پیشرفت بیماری

منابع تغییرات	میانگین مجذورات (MS)	درجه آزادی	مجموع مجذورات (SS)	F	معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۹۸۴/۲۸	۱	۹۸۴/۲۸			
گروه	۸۴۹۵/۲۰	۱	۸۴۹۵/۲۰	۱۱/۵۵	۰/۰۰۲	۰/۴۴
خطا	۲۸/۱۲	۲۱				
کل	۲۵۶	۲۴				

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F (۱۱/۵۵) محاسبه شده بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات ترس از پیشرفت بیماری به صورت کلی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $P < 0/05$ ). همچنین با توجه به اندازه اثر گزارش شده می‌توان گفت که ۴۴ درصد تغییرات در واریانس این متغیر ناشی از اجرای معنادرمانی گروهی است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی ابعاد ادراک شدت درد در مرحله پس‌آزمون

همچنین نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون تأثیر معنادرمانی بر ادراک شدت درد ( $p = 0/010$ ،

متغیر	منابع تغییرات	میانگین مجذورات (MS)	درجه آزادی	مجموع مجذورات (SS)	F	معناداری	اندازه اثر
ادراک	پیش آزمون	۱۰/۴۵۶	۱	۱۰/۴۵۶			
شدت درد	گروه	۱۸/۵۴۱	۱	۱۸/۵۴۱	۷/۳۳	۰/۰۱۰	۰/۵۴۳
تداخل	پیش آزمون	۱۰/۱۸	۱	۱۰/۱۸			
در امور	گروه	۶۳/۳۱	۱	۶۳/۳۱	۱۸/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴

$F_{(1, 24)} = 7/33$  و همچنین برای تداخل در امور ( $F_{(1, 24)} = 18/25$ ،  $p = 0/001$ ) محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات ابعاد ادراک شدت درد در بیماران شرکت‌کننده بر حسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $P < 0/05$ ). همچنین با توجه به اندازه اثر گزارش شده می‌توان گفت که ۵۴ درصد تغییرات در واریانس شدت درد و ۶۴ درصد تداخل در امور ناشی از اجرای مداخله معنادرمانی (گروهی) است. بنابراین این نکته بیانگر آن است که با احتمال ۹۵ درصد می‌توان اظهار کرد که فرض صفر پژوهش به صورت درست رد شده است.

بحث و نتیجه‌گیری



پژوهش حاضر با هدف اثربخشی معنادرمانی بر ترس از پیشرفت بیماری و کنترل ادراک درد و رنج در بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی بیمارستان صارم شهر تهران انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش معنادرمانی در کنار سایر درمان‌های زیستی سرطان قادر است ترس از پیشرفت بیماری و کنترل ادراک و رنج در بیماران مبتلا به سرطان پستان را کاهش دهد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش صالحی و همکاران (۱۳۹۸)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۵)، پیرخانفی و صالحی (۱۳۹۱)، و کیارسی و همکاران (۱۴۰۰) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته اول مبنی بر اثربخشی معنادرمانی بر ترس از پیشرفت بیماری باید گفت که؛ یک احساس قوی از معنا و هدف در زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، سازگاری روان‌شناختی را در آنان تسهیل می‌کند و قادر است تا تاثیر افکار مزاحمی که وضعیت سلامت روان آنان را کاهش می‌دهد و باعث هجوم افکار ناکارآمدی که در نتیجه آن افزایش ترس از پیشرفت بیماری در این افراد می‌شود، را کاهش دهد (انگنس و تپالس و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از محبت بهار، گلزاری، اسماعیل اکبری و مرادی‌جو، ۱۳۹۴). در این مداخله گروهی معنادرمانی، بر آن شدیم تا ضمن ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به حوادث پراسترس و تهدیدکننده زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، با آموزش تکنیک‌ها و منابع دریافت معنا در رویکرد فرانکل و نیز استخراج علاقه‌مندی‌ها، اهداف و اولویت‌ها در زندگی، به مرتفع نمودن منابع ترس در زندگی زنان اقدام کنیم. زیرا از آنجایی که زنان مبتلا به سرطان پستان به صورت مداوم با کوچک‌ترین علایم، احساس خطر شدید کرده که این باعث افزایش اضطراب و ترس از مرگ در این افراد می‌شود، از این رو، عملی نمودن آموزه‌های معنادرمانی در زندگی مبتلایان، میزان ترس از پیشرفت بیماری را در آنان کاهش داد.

هم‌چنین با توجه به ارتباط اضطراب و سرطان پستان، برخی از پژوهش‌ها مانند هارتل و همکاران (به نقل از بهار و همکاران، ۱۴۰۰) معتقدند که اضطراب در زنان پس از مواجهه با تشخیص سرطان پستان بروز می‌کند که این امر باعث ترس شدید و نشخوار فکری زیاد در مورد سلامتی و ترس از پیشرفت بیماری در آنان می‌شود. از این رو اجرای مداخله‌هایی در حیطه کاهش اضطراب و به کار بستن راهبردهای کارآمد از ضرورت بالایی برخوردار است. واس، ویسر، گارسون، دیوونونرودین و هیس (۲۰۰۶) معتقدند که بهتر است بلافاصله پس از تشخیص، مشاوره روان‌شناختی آغاز شود، تا این امر از پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان در طولانی‌مدت پیشگیری کند. ایونس، شاو و شارپ (۲۰۱۲) نیز بیان نموده‌اند که ساختن معنا به عنوان یک بخش حائز اهمیت در سازگاری با بیماری تهدیدکننده زندگی، همچون سرطان به حساب می‌آید. در این پژوهش با ذکر مثال‌هایی از حوادث استرس‌زا در گذشته و حال، آزمودنی‌ها نسبت به اتخاذ یک رویکرد متفاوت در نگرستن به موانع و محدودیت‌ها و مشکلات بارز زندگی خویش، همچون ابتلا به سرطان پستان تشویق شدند. آموزش و نیز تمرین و تکرار تکنیک‌های اختصاصی رویکرد فرانکل که در هر جلسه صورت گرفت، منجر شد تا نه تنها آزمودنی‌ها بر ترس از پیشرفت بیماری ناشی از سرطان غلبه کنند؛ بلکه تاثیرات مثبت این آموزه‌ها را در سایر وجوه زندگی خویش؛ همچون کنترل ادراک در حفظ ارتباط سازنده با خانواده، کاهش حساسیت نسبت به واکنش‌های منفی اطرافیان نسبت به سرطان و نهایتاً ایجاد توانایی در پیگیری اهداف ارزشمند زندگی، علی‌رغم بیماری و محدودیت‌های حاصل از آن و نهایتاً غلبه بر ترس از پیشرفت بیماری را تجربه کنند.

در تبیین نتایج قسمت دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی معنادرمانی در کاهش ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان، به طور کلی پژوهش‌های متعدد نقش پراهمیت معنادرمانی به شیوه گروهی را در ارتباط با متغیرهای گوناگون روان‌شناختی نشان داده‌اند که از این میان نقش روان‌درمانی گروهی مبتنی بر معنا در کاهش رنج معنوی و هیجانی انتهای زندگی بیماران مبتلا به سرطان اثبات شده است (حمید، طالبیان، مهربانی‌زاده هنرمند، یآوری، ۱۳۹۰). همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شده که روان‌درمانی فردی معنامحور در ارتقای سلامت معنوی، حس معنا، کیفیت کلی زندگی و کاهش نشانه‌های جسمانی مرتبط با رنج بیماران مبتلا به سرطان موثر است (بریتبارد، پوپیتو، روستنفلد، و کریس، لی، آبی و کاشلیس، ۲۰۱۲).



همچنین یافته‌ها بیانگر آن هستند که تجربه معنا در زندگی به طور مثبت با احساس سلامت روان‌شناختی و به طور منفی با احساس رنج مرتبط است (جرسما، پول، رانچور و سیندرمن، ۲۰۰۷). در این راستا پژوهش‌ها تاثیر معنادرمانی را بر کاهش رنج و افزایش معنای زندگی مورد تایید قرار داده‌اند. همچنین یافته‌های پژوهشی با عنوان اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان پستان، نشان داد که روش مشاوره گروهی به شیوه معنادرمانی، باعث کاهش شکایت جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و ترس مرضی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود (محبت بهار و همکاران، ۱۳۹۴).

رویکرد معنادرمانی، فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگر چه نمی‌تواند حوادث قطعی زندگی‌اش را تغییر دهد؛ اما می‌تواند یاد بگیرد تا روش مقابله با آن‌ها را تغییر دهد و در مقابل آن رویداد واکنش نشان دهد (محبت بهار و همکاران، ۱۳۹۴). در پیامد و به جای تاکید بر نشانه‌های منفی این بیماری سعی در این باشد که این بیمار یک معنایی برای خود درست کرده و به جای تاکید بر نقاط منفی و درک علایم و شدت درد بر نکات مثبت تاکید کرده که نتیجه آن کاهش ادراک درد می‌شود. همچنین در پژوهش حاضر با آموزش مضامینی؛ همچون قدرت اراده انسان، آزادی و مسئولیت، زنان را متوجه ابعاد متفاوت از زندگی فراتر رفتن از محدودیت‌ها ساختیم، بدین نحو که از آنان خواسته شد تا ضمن کشف معنای نهفته در زندگی، توجه خود را به محدودیت زندگی برای همه انسان‌ها جلب کنند و بیاموزند که آنچه اهمیت دارد، نحوه نگرش انسان‌ها به مسائل زندگی است و اگر افراد بتوانند نگرش خود را تغییر دهند، حتی اتفاقات تلخ نیز برای فرد می‌تواند به گونه‌ای دلپذیرتر، قابل پذیرش باشد. از محدودیت‌های این پژوهش فقدان سنجش پیگیری در طرح مطالعه به دلیل عدم دسترسی آسان به شرکت‌کننده‌های گروه به علت وضعیت جسمانی و بیماری آن‌ها که باعث شد تداوم تأثیرات درمانی در این پژوهش سنجیده نشود و نیز نمونه آماری پژوهش، زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران بود که این نتایج قابل تعمیم به سایر بیماران مبتلا به سرطان پستان و نیز سایر افراد دارای بیماری مزمن در سطح کشور هستند، نیست. همچنین، در عین اینکه تلاشی در جهت تعیین تاثیر معنادرمانی بر ترس از پیشرفت بیماری و ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود، اما با توجه به محدود بودن حجم نمونه، نیازمند واریسی متعدد در شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متنوع در ایران است. تردیدی نیست که اگر امکان مقایسه‌ای برنامه درمانی با دیگر برنامه‌های روان‌شناختی مربوط به بیماران مزمن و نیز برنامه دارو نما انجام می‌شد، نقش و تاثیر آن جدی‌تر مورد ارزیابی قرار می‌گرفت.

## منابع

- ابراهیمی، سارا، سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۹). تاثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر نشخوار فکری و اضطراب مرتبط با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان. سلامت جامعه، ۱۴ (۳): ۳۶-۲۷.
- احمدی‌فرد، مریم، مسعود، صادقی، سیسمن، غلامرضایی. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی رویکرد تلفیقی معنادرمانی و امید درمانی بر ترس از تصویر بدنی و سازگاری اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان. روان پرستاری، ۷ (۱): ۶۷-۷۴.
- بهار، محبت، گلزاری، سحر، اکبری، محمود، مرادی‌جو، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۸ (۱): ۵۹-۵۰.
- پیرخائفی، علیرضا، صالحی، فاطمه. (۱۳۹۲). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله روانشناسی سلامت، ۲ (۴): ۶۲-۶۹.
- حمید، نجمه، طالبیان، لیدا، مهربابی‌زاده هنرمند، مهناز، یآوری، امیرحسین. (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. مجله دستاوردهای روان‌شناختی، ۱۸ (۲): ۱۹۹-۲۲۴.

- صالحی، فرخنده، محسن‌زاده، فرشاد، عارفی، مختار، صالحی‌ذهابی، سارا، امیری فرد، نسرین. (۱۳۹۹). شیوع اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان شهر کرمانشاه. نشریه مراقبت سرطان، ۱ (۱): ۲۶-۲۹.
- علی‌رضایی مقدم بجستانی، سمیه، لطفی‌کاشانی، فرح، باقری، فریبرز. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و معنادرمانی گروهی بر نشانگان اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۸ (۳۲): ۵-۱۹.
- کیارسی، زیبا، عمادیان، سیده‌علیا، فخری، محمدکاظم. (۱۴۰۰). اثربخشی معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه مراقبت سرطان، ۲ (۱): ۳-۱۰.
- گایتون، آرتور و هال، جان‌ای. (۲۰۱۶). فیزیولوژی پزشکی. (ترجمه اصغر قاسمی و مسلم محمدی، ۱۳۹۵). تهران. نشر اطمینان.
- منافی، سیده فاطمه، دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۵). ترس از پیشرفت در بیماران مبتلا به سرطان و مولتیپل اسکلروزیس و رابطه آن با مشکلات عاطفی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶ (۲۹): ۱۱۵-۱۳۰.
- منافی، سیده فاطمه، دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۵). ترس از پیشرفت در بیماران مبتلا به سرطان و مولتیپل اسکلروزیس و رابطه آن با مشکلات عاطفی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶ (۲۹): ۱۱۵-۱۳۰.
- وکیل‌زاده، پرویز، نخعی، نوذر. (۱۳۸۵). پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه کوتاه درد در بیماران مبتلا به سرطان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۵ (۴): ۲۵۳-۲۵۸.
- Almeida, S. N., Elliott, R., Silva, E. R., & Sales, C. M. (2019). Fear of cancer recurrence: A qualitative systematic review and meta-synthesis of patients' experiences. *Clinical psychology review*, 68, 13-24.
- Barakova, E. I., Bajracharya, P., Willemsen, M., Lourens, T., & Huskens, B. (2015). Long-term LEGO therapy with humanoid robot for children with ASD. *Expert Systems*, 32(6), 698-709.
- Breitbart, W., Poppito, S., Rosenfeld, B., Vickers, A. J., Li, Y., Abbey, J., ... & Cassileth, B. R. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology*, 30(12), 1304.
- Burke, E. E., Kodumudi, K., Ramamoorthi, G., & Czerniecki, B. J. (2019). Vaccine therapies for breast cancer. *Surgical Oncology Clinics*, 28(3), 353-367.
- Cheng, S. T., Leung, C. M., Chan, K. L., Chen, P. P., Chow, Y. F., Chung, J. W., ... & Tam, C. W. (2018). The relationship of self-efficacy to catastrophizing and depressive symptoms in community-dwelling older adults with chronic pain: A moderated mediation model. *PloS one*, 13(9), e0203964.
- Cleeland, C. S., & Ryan, K. M. (1994). Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Annals, academy of medicine, Singapore*.
- Cleeland, C. S., Nakamura, Y., Mendoza, T. R., Edwards, K. R., Douglas, J., & Serlin, R. C. (1996). Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: new information from multidimensional scaling. *Pain*, 67(2-3), 267-273.
- Crist, J. V., & Grunfeld, E. A. (2013). Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(5), 978-986.
- Dalal, S., Hui, D., Nguyen, L., Chacko, R., Scott, C., Roberts, L., & Bruera, E. (2012). Achievement of personalized pain goal in cancer patients referred to a supportive care clinic at a comprehensive cancer center. *Cancer*, 118(15), 3869-3877.



- Desreux, J. A. (2018). Breast cancer screening in young women. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology*, 230, 208-211.
- Di Prospero, L., Thavarajah, N., Chen, E., Jon, F., Chow, E., & Holden, L. (2012). Pain management needs assessment: a survey of radiation therapists at a large academic comprehensive cancer centre. *Journal of medical imaging and radiation sciences*, 43(4), 214-220.
- Dinkel, A., Herschbach, P., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., Engst-Hastreiter, U., ... & Book, K. (2012). Determinants of long-term response to group therapy for dysfunctional fear of progression in chronic diseases. *Behavioral Medicine*, 38(1), 1-5.
- Evans, M., Shaw, A., & Sharp, D. (2012). Integrity in patients' stories: 'Meaning-making' through narrative in supportive cancer care. *European Journal of Integrative Medicine*, 4(1), e11-e18.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological bulletin*, 133(4), 581.
- Green, C. R., Hart-Johnson, T., & Loeffler, D. R. (2011). Cancer-related chronic pain: examining quality of life in diverse cancer survivors. *Cancer*, 117(9), 1994-2003
- Herschbach, P., Book, K., Dinkel, A., Berg, P., Waadt, S., Duran, G., ... & Henrich, G. (2010). Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Supportive care in cancer*, 18(4), 471-479.
- Hruschak, V., & Cochran, G. (2018). Psychosocial predictors in the transition from acute to chronic pain: a systematic review. *Psychology, health & medicine*, 23(10), 1151-1167.
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2007). The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of The Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(3), 241-248.
- Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's principles of internal medicine*, 19e (Vol. 1, No. 2). McGraw-hill.
- Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., ... & Arndt, V. (2016). Fear of recurrence in long-term cancer survivors—Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter?. *Health Psychology*, 35(12), 1329.
- Kwakkenbos, L., van den Hoogen, F. H., Custers, J., Prins, J., Vonk, M. C., van Lankveld, W. G., ... & van den Ende, C. H. (2012). Validity of the Fear of Progression Questionnaire-Short Form in patients with systemic sclerosis. *Arthritis care & research*, 64(6), 930-934.
- Kwakkenbos, L., van Lankveld, W. G., Vonk, M. C., Becker, E. S., van den Hoogen, F. H., & van den Ende, C. H. (2012). Disease-related and psychosocial factors associated with depressive symptoms in patients with systemic sclerosis, including fear of progression and appearance self-esteem. *Journal of psychosomatic research*, 72(3), 199-204.
- Savard, J., & Ivers, H. (2013). The evolution of fear of cancer recurrence during the cancer care trajectory and its relationship with cancer characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(4), 354-360.
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 300-322.



- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7(3), 300-322.
- Thewes, B., Bell, M. L., Butow, P., Beith, J., Boyle, F., Friedlander, M., ... & Members of the FCR Study Advisory Committee. (2013). Psychological morbidity and stress but not social factors influence level of fear of cancer recurrence in young women with early breast cancer: results of a cross-sectional study. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2797-2806.
- Vos, P. J., Visser, A. P., Garssen, B., Duivenvoorden, H. J., & de Haes, H. C. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient education and counseling*, 60(2), 212-219.
- Wong, P. T. (2017). Meaning-centered approach to research and therapy, second wave positive psychology, and the future of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 45(3), 207.
- Zale, E. L., & Ditre, J. W. (2015). Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain. *Current opinion in psychology*, 5, 24-30.