مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۰، آذر ۱۴۰۰، ۹۷۲-۹۵۵

پیش‌بینی منفعت‌یابی از سرطان بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی، شناخت بیماری و پردازش هیجانی در بیماران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی کوثر سمنان در سال ۱۳۹۹: یک مطالعه توصیفی

سیده فائزه قادری[۱]، اسحق رحیمیان بوگر[۲]، سیاوش طالع‌پسند[۳]، فرحناز قهرمانفرد[۴]

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۴/۲۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۰/۰۵/۱۳ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۰/۰۶/۳۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۷/۰۴

چکیده

زمینه و هدف: همواره در هر بیماری فرصت‌هایی برای بهبود وضعیت فردی وجود دارد که بخشی از آن تحت تأثیر وضعیت روان‌شناختی فرد قرار دارد. لذا پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی منفعت‌یابی از سرطان بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی، شناخت بیماری و پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی بر روی بیماران سنین ۲۳ تا ۸۲ سال مبتلا به سرطان در سال ۱۳۹۹ در شهرستان سمنان انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۱۱ بیمار ابزارهای منفعت‌یابی، شناخت بیماری، پردازش هیجانی و مشخصات جمعیت شناختی و بالینی را تکمیل نمودند و داده‌ها با آنالیز رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج آزمون همبستگی نشان داد که شناخت بیماری، پردازش هیجانی و مشخصات جمعیت شناختی و بالینی (تحصیلات، مدت تشخیص بیماری، سن) ارتباط معناداری با منفعت‌یابی از سرطان دارند ($p<۰/۰۵$) و نتایج رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که در مجموع ۳۲ درصد از تغییرات منفعت‌یابی از سرطان به‌وسیله متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود که در این بین متغیرهای شناخت بیماری ($\beta=۰/۳۷۷$، $p<۰/۰۰۱$)، جمعیت شناختی و بالینی ($\beta=-۰/۲۴۱$، $p<۰/۰۰۱$) و پردازش هیجانی ($\beta=۰/۲۲۱$، $p<۰/۰۰۱$) به ترتیب بیش‌ترین سهم را در تبیین منفعت‌یابی از سرطان داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به وجود منفعت‌یابی در بیماران مبتلا به سرطان و ارتباط آن با عوامل روان‌شناختی، جمعیت شناختی و بالینی، لذا ضروری است تیم مراقبت و درمان، منفعت‌یابی از سرطان و عوامل مؤثر بر آن را مورد توجه قرار دهند و در اقدامات کل‌نگر، اقدامات اثربخشی را ارائه دهند.

واژه‌های کلیدی: سرطان، رشد پس از سانحه، روان‌شناختی، شناخت، جمعیت نگاری

۱- دانشجوکارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۲- (نویسنده مسئول) دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
تلفن: ۰۲۳-۳۳۶۲۳۳۰۰، دورنگار: ۰۲۳-۳۳۶۲۵۵۵۴، پست الکترونیکی: i_rahimian@semnan.ac.ir
۳- دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۴- فوق تخصص خون و انکولوژی، دانشیار، مرکز کنترل سرطان دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

مقدمه

سرطان (Cancer) به عنوان اساسی‌ترین بیماری مزمن و یکی از عوامل اصلی مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود [۱]. تشخیص سرطان، یکی از رویدادهای آسیب‌زا به‌حساب می‌آید که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی منفی، بر اساس ویژگی فردی هر شخص ایجاد نماید [۲]. با این وجود، علی‌رغم همه واکنش‌های منفی، بعضی افراد می‌توانند تغییرات روان‌شناختی مثبتی را تجربه کنند [۳]. یکی از تغییرات روان‌شناختی مثبت ناشی از رویدادهای آسیب‌زا، منفعت‌یابی (Benefit finding) است [۴].

منفعت‌یابی فرآیندی است که بیمار بر اساس مزایایی که از بیماری شناسایی می‌کند، ارزش مثبتی را به بیماری اختصاص می‌دهد [۵]. اکثر تحقیقات به اشتباه منفعت‌یابی و رشد پس از سانحه (Posttraumatic growth) را مشابه هم به حساب می‌آورند، اگرچه هر دو به عنوان یک پیامد مثبت بعد از مواجهه با آسیب محسوب می‌شوند با این وجود تفاوت‌های معناداری بین این دو وجود دارد، در واقع منفعت‌یابی بلافاصله پس از تشخیص بیماری، در حالی که رشد پس از سانحه معمولاً مدت‌ها پس از تشخیص بیماری، در بیمار شکل می‌گیرد [۶].

در فرآیند منفعت‌یابی، بیماران به ارزیابی واکنش خود نسبت به بیماری می‌پردازند و این ارزیابی به واسطه شناخت فرد نسبت به بیماری صورت می‌گیرد [۷]. در واقع اصطلاح شناخت‌های بیماری (Cognitions illness) برای توصیف طیف وسیعی از فرآیندهای شناختی نهفته در انسان، در پاسخ به اطلاعات مرتبط با بیماری به کار می‌رود [۸]. هم‌چنین پردازش هیجانی (Emotional processing) به عنوان یک عامل روان‌شناختی مهم در ایجاد رفتارهای سازگارانه و جلوگیری از رفتار ناسازگارانه به حساب می‌آید که نقش به سزایی در تغییرات روان‌شناختی مثبت بیماران مبتلا به سرطان دارد [۹]. مطالعات پیشین هم نشان دادند که پردازش هیجانی و شناختی بیمار، تعیین‌کننده اصلی این مسئله است که آیا افراد به هنگام مواجهه با بیماری یا رویداد آسیب‌زا به جستجو منفعت و سازگاری دست می‌یابند یا دچار گسستگی می‌شوند [۱۰-۱۱].

هم‌چنین منفعت‌یابی به عوامل جمعیتی متعددی همچون سن، جنسیت و سطح تحصیلات و عوامل بالینی مختلفی همچون محل بیماری، نوع درمان، وجود متاستاز یا گسترش بیماری و مدت تشخیص بیماری بستگی دارد که شناخت این عوامل مؤثر می‌تواند در ایجاد تمهیداتی جهت بهبود و در نتیجه ارتقاء منفعت‌یابی این بیماران مؤثر باشد [۱۲-۱۳].

با توجه به همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ (COVID-19) و میزان بالای آسیب‌پذیری بیماران مبتلا به سرطان نسبت به این ویروس و افزایش روزافزون تعداد این بیماران، لذا مطالعه در خصوص راه‌کارهایی جهت بهبود وضعیت این بیماران ضرورت دارد [۱۴-۱۵]. هم‌چنین، با توجه به اهمیت منفعت‌یابی در رشد و بهبود وضعیت این بیماران و عدم بررسی منفعت‌یابی از سرطان، در داخل کشور بر ضرورت چنین مطالعاتی می‌افزاید. بر این اساس هدف اصلی مطالعه حاضر پیش‌بینی منفعت‌یابی از سرطان بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی، شناخت بیماری و پردازش هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان بود.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی است که با کد اخلاق شناسه (IR.SEMUMS.REC.1398.267) در تاریخ ۱ بهمن ماه سال ۱۳۹۸ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سمنان تصویب شد. جامعه آماری مطالعه شامل تمامی بیماران سنین ۲۳ تا ۸۲ سال مبتلا به سرطان بود که در ۲ ماه آخر سال ۱۳۹۸ و ۶ ماه اول سال ۱۳۹۹ به کلینیک تخصصی کوثر سمنان مراجعه کرده‌اند.

از آن‌جا که در تحلیل رگرسیون چندگانه نسبت تعداد نمونه به متغیرهای مستقل نباید از ۵ کم‌تر باشد [۱۶]، بنابراین تعداد ۳۲۰ نمونه شرکت‌کننده در این مطالعه کفایت دارد و با توجه به پراکندگی جمعیت نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر شامل حداقل ۲۱ سال سن، مبتلا بودن به یک نوع از انواع سرطان، داشتن حداقل سواد برای تکمیل نمودن ابزار، عدم ابتلاء به مرحله پیشرفته بیماری که امکان همکاری با پژوهش‌گر را سلب می‌نمود، عدم ابتلاء به دیگر بیماری‌های مزمن همراه با ابتلاء به سرطان، عدم وجود اختلالات افسردگی و اختلالات سایکوتیک بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) و عدم بهبودی کامل از بیماری، از معیارهای ورود به مطالعه بودند. هم‌چنین، عدم تمایل بیمار به همکاری در پژوهش و ناتوانی جسمی ناشی از دوره درمان، ملاک‌های خروج از مطالعه را تشکیل دادند. معیارهای ورود و خروج از مطالعه از طریق مطالعه پرونده و مصاحبه با بیمار و مشورت با پزشک متخصص ارزیابی شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی: این پرسش‌نامه ابزار محقق ساخته است که اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنسیت و تعداد سال‌های تحصیل) را جمع‌آوری می‌کند. هم‌چنین، مشخصات بالینی (محل بیماری، مدت زمان بیماری از زمان تشخیص بیماری تا اجراء پژوهش، وجود متاستاز یا گسترش بیماری از زمان تشخیص بیماری، نوع درمان) با مراجعه به پرونده پزشکی بیمار و پرسش از بیماران سنجیده شد.

پرسش‌نامه منفعت‌یابی (Benefit finding scale; BFS): توسط Antoni و همکاران در سال ۲۰۰۱ به منظور ارزیابی منفعت ادراک شده از زمان تشخیص تا درمان، برای افراد مبتلا به سرطان پستان طراحی شده است و به طور گسترده در تمامی بیماران مبتلا به سرطان قابل استفاده است [۱۷]. این مقیاس به صورت تک بعدی و شامل ۱۷ سؤال می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز، نسبتاً کم، متوسط، نسبتاً زیاد، بسیار زیاد) که از هرگز (۰ امتیاز) تا بسیار زیاد (۴ امتیاز) تشکیل شده است. نمره نهایی این مقیاس از جمع نمرات ۱۷ سؤال محاسبه می‌شود و دامنه نمرات در این مقیاس در دامنه ۰ تا ۶۸ می‌باشد که نمرات بالاتر در این مقیاس به معنای منفعت‌یابی بالاتری است. Antoni و همکاران همسانی درونی این مقیاس را در بیماران مبتلا به سرطان پستان برحسب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش داده‌اند و هم‌چنین همسانی درونی این مقیاس در انواع دیگر سرطان برحسب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است [۱۸].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

در مطالعه حاضر پس از تهیه نسخه اصلی پرسش‌نامه، نسخه اصلی با استفاده از روش ترجمه مستقیم و معکوس (Forward-Backward) توسط دو مترجم مستقل و به صورت هم‌زمان ترجمه شد. سپس نسخه فارسی پرسش‌نامه در اختیار چند نفر دکتری تخصصی روان‌شناسی و دکتری روان‌سنجی قرار داده شد و روایی محتوایی و سازه ابزارها تأیید شد. در نهایت در مرحله پایلوت، مقیاس در اختیار ۵۰ بیمار قرار داده شد و سپس به بررسی این نکته پرداخته شد که آیا بیماران، سؤالات مختلف پرسش‌نامه را مطابق با اهداف طراح پرسش‌نامه دریافت می‌کنند؟ و آیا یک برداشت واحد برای یک گویه در بین بیماران وجود دارد یا خیر؟. برای این منظور بیماران به صورت انفرادی پرسش‌نامه مورد نظر را تکمیل نمودند. در حین اجرا از بیماران در مورد برداشت آنان در مورد سؤالات پرسش‌نامه بحث و بررسی به عمل آمد. پس از بررسی و تغییرات بسیار جزئی بر روی پرسش‌نامه، روایی صوری پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت و هم‌چنین در مرحله پایلوت، همسانی درونی مقیاس برحسب آلفای کرونباخ تأیید گردید (۰/۹۰۲). در اجرای نهایی این پژوهش، میزان همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ ۰/۹۲۷ گزارش شده است.

پرسش‌نامه شناخت‌های بیماری (Illness cognitions questioner; ICQ): توسط Evers و همکاران در سال ۲۰۰۱ به منظور ارزیابی شناخت بیماری در بیماران مزمن طراحی شده است [۱۹]. این مقیاس ۱۸ سؤالی شامل ۳ مؤلفه: پذیرش (Acceptance)، درماندگی (Helplessness) و منافع ادراک شده (Perceived benefits) می‌باشد. عبارات مربوط به هر زیر مقیاس عبارت است از: پذیرش ۲، ۳، ۱۰، ۱۳، ۱۴ و ۱۷، درماندگی ۱، ۵، ۷، ۹، ۱۲ و ۱۵ و منفعت ادراک شده ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۶ و ۱۸ می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (کاملاً مخالف، تا حد کمی، تا حد زیادی، کاملاً موافق) که از کاملاً مخالف (۱ امتیاز) تا کاملاً موافق (۴ امتیاز) تشکیل شده است. نمره نهایی این مقیاس از جمع نمرات در هر مؤلفه محاسبه می‌شود. دامنه نمرات در این مقیاس در دامنه ۱۸ تا ۷۲ و در هر خرده مقیاس در محدوده ۶ تا ۲۴ می‌باشد که که نمرات بالاتر در مولفه پذیرش و منفعت ادراک شده نشان دهنده شناخت سازگارانه بیماری و نمره بالاتر در مولفه درماندگی نشان دهنده شناخت ناسازگارانه بیماری است. همسانی درونی این ابزار از نوع آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده است [۱۹].

در مطالعه حاضر پس از تهیه نسخه اصلی پرسش‌نامه، نسخه اصلی با استفاده از روش ترجمه مستقیم و معکوس (Forward-Backward) توسط دو مترجم مستقل و به صورت هم‌زمان ترجمه شد. سپس نسخه فارسی پرسش‌نامه در اختیار چند نفر دکتری تخصصی روان‌شناسی و دکتری روان‌سنجی قرار داده شد و روایی محتوایی و سازه ابزارها تأیید شد. در نهایت در مرحله پایلوت، مقیاس در اختیار ۵۰ بیمار قرار داده شد و سپس به بررسی این نکته پرداخته شد که آیا بیماران، سؤالات مختلف پرسش‌نامه را مطابق با اهداف طراح پرسش‌نامه دریافت می‌کنند؟ و آیا یک برداشت واحدی برای یک گویه در بین بیماران وجود دارد یا خیر؟ برای این منظور بیماران به صورت انفرادی پرسش‌نامه مورد نظر را تکمیل نمودند. در حین اجرا از بیماران در مورد برداشت آنان در مورد سؤالات پرسش‌نامه بحث و بررسی به عمل آمد. پس از بررسی و تغییرات بسیار جزئی بر روی پرسش‌نامه، روایی صوری پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت و هم‌چنین در مرحله پایلوت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

همسانی درونی مقیاس برحسب آلفای کرونباخ تأیید گردید (۰/۷۰۸). در اجرای نهایی این پژوهش میزان همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های درماندگی، پذیرش و منفعت ادراک شده به ترتیب (۰/۷۰۴، ۰/۸۴۵ و ۰/۸۴۷) و برای کل ابزار ۰/۷۶۳ گزارش شده است.

پرسش‌نامه پردازش هیجانی (Emotional processing scale; EPS) توسط Baker و همکاران در سال ۲۰۱۰ به منظور شناسایی مشکلات در پردازش هیجانی طراحی شده است [۲۰]. این مقیاس ۲۵ سؤالی با ۵ مؤلفه: سرکوبی (Suppression)، عدم تنظیم هیجان (Unregulated emotion)، پردازش هیجانی ناخوشایند (Impoverished emotional experience)، اثرات هیجانات پردازش نشده (Signs of unprocessed emotion) و اجتناب (Avoidance) می‌باشد. عبارات مربوط به هر زیر مقیاس عبارت است از: سرکوبی ۹، ۱۶، ۱۹، ۲۱ و ۲۵، عدم تنظیم هیجان ۶، ۱۰، ۱۵، ۱۷ و ۱۸، پردازش هیجانی ناخوشایند ۱،۳، ۷، ۱۱ و ۱۲، اثرات هیجانات پردازش نشده ۲، ۵، ۲۰، ۲۲ و ۲۴ و اجتناب ۴، ۸، ۱۳، ۱۴ و ۲۳ می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) که از کاملاً موافقم (۱ امتیاز) تا کاملاً مخالفم (۵ امتیاز) تشکیل شده است. دامنه نمرات در این ابزار از ۲۵ تا ۱۲۵ و در هر خرده مقیاس از ۵ تا ۲۵ که نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده سلامت پردازش هیجانی است. Baker و همکاران [۲۰] همسانی درونی این ابزار از نوع آلفای کرونباخ برای ۳ مولفه (سرکوبی، تجربه هیجانی ناخوشایند و اثرات هیجانات پردازش نشده) بالای ۰/۸۰ و برا دو مولفه (هیجانات غیر قابل تنظیم و اجتناب) بالای ۰/۷۰گزارش داده‌اند. به‌علاوه، در جامعه ایرانی ۰/۹۵ به دست آمده است [۲۱] و در مطالعه حاضر برای مؤلفه‌های سرکوبی، هیجانات غیرقابل تنظیم، تجربه هیجانی ناخوشایند، اثرات هیجانات پردازش نشده و اجتناب به ترتیب (۰/۷۱۸، ۰/۷۹۲، ۰/۷۹۳، ۰/۷۳۵ و ۰/۷۱۵) و برای کل ابزار به میزان ۰/۹۱۷ گزارش شده است.

روش اجرای مطالعه به این صورت بود که ابتدا هماهنگی با کمیته پژوهشی مذکور به منظور تأیید ابزارهای مطالعه و اخذ کد اخلاق صورت گرفت. با توجه به وضعیت کرونا پژوهش‌گر با رعایت کامل پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی، از تاریخ ۱ بهمن ۱۳۹۸ به کلینیک تخصصی کوثر سمنان جهت تکمیل ابزار پژوهش مراجعه نمود.

پس از انتخاب نمونه با توجه به معیار ورود و خروج و با کسب رضایت آگاهانه از بیماران و اطمینان به بیماران به محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات آن‌ها، پرسش‌نامه‌های مطالعه در اختیار بیماران قرار گرفت و بیماران پرسش‌نامه‌های مطالعه را به صورت خودگزارشی تکمیل نمودند.

بعد از تکمیل نمودن پرسش‌نامه‌ها، نام افراد به پزشک معالج برای دریافت اطلاعات پزشکی بیمار داده شد. در روند اجرای پرسش‌نامه‌ها نظارت و راهنمایی‌های لازم صورت گرفته تا در صورت لزوم به پرسش‌های بیماران پاسخ داده شود تا خدشه‌ای به روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ها وارد نشود. در تاریخ ۲۵ شهریور سال ۱۳۹۹ تعداد نمونه آماری پژوهش که شامل ۳۲۰ بیمار بود، تکمیل گردید و تعداد ۹ پرسش‌نامه به دلیل

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه از تحلیل کنار گذاشته شد. لذا تحلیل آماری نهایی بر روی ۳۱۱ پرسش‌نامه انجام گرفت.

داده‌های مطالعه حاضر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آماره‌های استنباطی ضریب همبستگی Pearson، آزمون مجذور کای، آزمون t مستقل و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش هم‌زمان (Enter) تجزیه و تحلیل شد. سطح آماری معنی‌داری در آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در مطالعه حاضر، از تعداد ۳۱۱ بیمار شرکت‌کننده در مطالعه، تعداد ۲۱۷ نفر زن (۶۹/۴ درصد) و تعداد ۹۴ نفر مرد (۳۰/۶ درصد) در دامنه سنی ۲۳ تا ۸۲ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سنی نمونه آماری ۱۱/۴۵± ۵۳/۵۸ سال بود. تعداد سال‌های تحصیل بیماران در دامنه ۰ تا ۲۰ سال قرار داشت که میانگین و انحراف معیار آن ۵/۸۰ ± ۹/۰۵ سال بود. هم‌چنین وضعیت تأهل بیماران، ۲۰۲ بیمار (۶۵ درصد) متأهل، ۷۸ بیمار (۲۵/۱ درصد) بیوه، ۲۵ بیمار (۸ درصد) مطلقه و ۶ بیمار (۱/۹ درصد) مجرد بودند.

دامنه مدت تشخیص بیماری ۱ تا ۷۲ ماه بود و میانگین و انحراف معیار آن ۱۴/۸۸ ± ۲۰/۱۸ ماه بود. از لحاظ نوع سرطان، ۱۸۳ بیمار (۵۸/۸ درصد) مبتلا به سرطان پستان، ۴۹ بیمار (۱۵/۸ درصد) سرطان روده و معده، ۳۴ بیمار (۱۰/۹ درصد) سرطان پروستات، ۲۶ بیمار (۸/۴ درصد) سرطان خون، ۱۹ بیمار (۶/۱ درصد) سایر انواع سرطان مبتلا بودند و هم‌چنین تعداد ۲۰۲ بیمار (۶۵ درصد) فاقد مرحله متاستاز بیماری و تعداد ۱۰۹ بیمار (۳۵ درصد) در مرحله متاستاز بیماری بودند.

از لحاظ نوع درمان دریافتی، تعداد ۱۰۴ بیمار (۳۳/۴ درصد) شیمی درمانی، ۶۰ بیمار (۱۹/۳ درصد) پرتو درمانی، ۵۴ بیمار (۱۷/۴ درصد) جراحی، ۸۳ بیمار (۲۶/۷ درصد) درمان ترکیبی (شیمی درمانی، پرتو درمانی و جراحی) و ۱۰ بیمار (۲/۳ درصد) سایر درمان‌ها را دریافت نمودند.

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های پژوهش و نیز ضرایب همبستگی ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین مؤلفه‌های سرکوب (r=۰/۳۱۰، p<۰/۰۰۱)، عدم تنظیم هیجان (r=۰/۲۴۳، p<۰/۰۰۱)، پردازش هیجانی ناخوشایند (r=۰/۲۶۷، p<۰/۰۰۱)، هیجانات پردازش نشده (r=۰/۳۰۸، p<۰/۰۰۱)، اجتناب (r=۰/۱۳۴، p=۰/۰۱۸)، منفعت ادراک شده (r=۰/۶۱۶، p<۰/۰۰۱) و پذیرش (r=۰/۵۵۴، p<۰/۰۰۱) با منفعت‌یابی همبستگی مثبت و معنی‌دار و بین مؤلفه درماندگی (r=-۰/۴۰۸، p<۰/۰۰۱) با منفعت‌یابی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد.

هم‌چنین ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین سن بیماران (r=-۰/۱۳۳، p=۰/۰۱۹)، تعداد سال‌های تحصیل (r=-۰/۳۸۰، p=۰/۰۰۱)، مدت تشخیص بیماری (r=-۰/۱۶۳، p=۰/۰۰۴) با منفعت‌یابی ارتباط منفی و معناداری وجود دارد، در حالی که آزمون t مستقل نشان داد بین جنسیت (p=۰/۱۹۵) و متاستاز بیماری (p=۰/۲۱۴) با منفعت‌یابی از سرطان، ارتباط آماری معناداری وجود ندارد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

هم‌چنین آزمون مجذور کای نشان داد که بین نوع بیماری (p=۰/۴۵۲)، نوع درمان (p=۰/۱۸۷) و وضعیت تأهل (p=۰/۹۷۹) با منفعت‌یابی ارتباط آماری معناداری وجود ندارد.

پیش از استفاده از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، پیش‌فرض‌هایی مثل: نرمال بودن توزیع متغیر وابسته، عدم رخداد پدیده هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین، نرمال بودن و استقلال خطاها، خطی بودن رابطه و داده‌های پرت مورد بررسی قرار گرفتند. ضریب کجی و ضریب کشیدگی متغیر وابسته (نمره منفعت‌یابی از سرطان) به ترتیب برابر ۰/۳۸ و ۰/۳۶- بود که نشان داد توزیع متغیر وابسته نرمال است و مطابق جدول ۳، آزمون مقادیر تحمل (Tolerance) و عامل افزایش واریانس (Variance inflation factor; VIF) به ترتیب برابر ۰/۹۴۱ تا ۰/۹۶۴ و ۱/۰۳۷ تا ۱/۰۶۳ است که نشان داد هم‌خطی قابل ملاحظه‌ای بین متغیرهای پیش‌بین وجود ندارد و نتایج آزمون Durbin-Watson نشان داد استقلال خطاها برقرار است (Durbin-Watson=۱/۷۴۱)، چرا که مقدار آماره، بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد. برای بررسی نرمال بودن توزیع خطاها از نمودار هیستوگرام استفاده شد. میانگین این توزیع صفر و انحراف معیار آن ۰/۹۹۵ بود که نشان داد خطاها دارای توزیع نرمال استاندارد می‌باشند. هم‌چنین بررسی نمودار پراکندگی نشان داد که یکنواختی پراکندگی حول خط رگرسیون برقرار است و لذا پیش‌فرض هم‌خطی بودن رابطه نیز برقرار است و به منظور بررسی داده‌های پرت از آزمون Mahalanobis استفاده شد که مشخص شد در این مطالعه داده پرت وجود ندارد و در نتیجه استفاده از آنالیز رگرسیون خطی چندگانه بلامانع است

جدول ۱- ضریب همبستگی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی کوثر سمنان در سال ۱۳۹۹ (n=۳۱۱)

ضریب همبستگی	انحراف معیار ± میانگین	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. منفعت‌یابی	۴۴/۵۶ ± ۱۱/۶۶	۱/۰۰								
۲. سرکوب	۱۵/۰۵ ± ۴/۵۳	۰/۳۱۰**	۱/۰۰							
۳. عدم تنظیم هیجان	۱۵/۳۰ ± ۴/۰۹	۰/۲۴۳**	۰/۵۱۴**	۱/۰۰						
۴. پردازش هیجانی ناخوشایند	۱۴/۷۸ ± ۴/۳۵	۰/۲۶۷**	۰/۵۷۰**	۰/۷۰۲**	۱/۰۰					
۵. هیجانات پردازش نشده	۱۴/۳۶ ± ۴/۰۱	۰/۳۰۸**	۰/۵۸۸**	۰/۶۵۲**	۰/۶۹۲**	۱/۰۰				
۶. اجتناب	۱۲/۷۱ ± ۴/۰۰	۰/۱۳۴*	۰/۴۲۱**	۰/۵۲۳**	۰/۵۷۱**	۰/۶۲۸**	۱/۰۰			
۷. منفعت ادراک شده	۱۷/۰۴ ± ۴/۲۳	۰/۶۱۶**	۰/۳۴۴**	۰/۱۹۶**	۰/۲۷۵**	۰/۲۶۸**	۰/۱۳۲*	۱/۰۰		
۸. درماندگی	۱۲/۲۹ ± ۳/۹۶	-۰/۴۰۸**	-۰/۲۷۸**	-۰/۳۱۲**	-۰/۳۷۷**	-۰/۲۸۷**	-۰/۲۰۹**	-۰/۴۰۶**	۱/۰۰	
۹. پذیرش	۱۷/۱۹ ± ۴/۳۴	۰/۵۵۴**	۰/۳۳۰**	۰/۲۳۷**	۰/۳۴۲**	۰/۳۰۵**	۰/۱۶۴**	۰/۷۷۹**	-۰/۳۷۲**	۱/۰۰

ضریب همبستگی Pearson * p<۰/۰۵ ** p<۰/۰۱

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

یافته‌های حاصل از رگرسیون خطی چندگانه در قالب ۳ مدل انجام گرفت (جدول ۲). در مدل ۱، متغیر پردازش هیجانی به‌عنوان پیش‌بینی کننده منفعت‌یابی، میزان F معنادار است (p<۰/۰۰۱، ۵، ۳۰۵ =df و F=۹/۲۳۹) و می‌تواند تغییرات مربوط به منفعت‌یابی را پیش‌بینی کند. هم‌چنین رابطه این متغیر با منفعت‌یابی معنادار بود (R=۰/۳۶۳) و در مجموع ۱۳/۲ درصد از واریانس منفعت‌یابی را تبیین می‌نماید (R^2=۰/۱۳۲). در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، پردازش هیجانی قادر به تبیین ۱۱/۷ درصد از واریانس منفعت‌یابی است (Adj R^2=۰/۱۱۷).

مدل ۲، متغیر شناخت بیماری به‌عنوان پیش‌بینی کننده منفعت‌یابی، میزان F معنادار است (p<۰/۰۰۱، ۳، ۳۰۷ =df و F=۷۴/۱۴۸) و می‌تواند تغییرات مربوط به منفعت‌یابی را پیش‌بینی کند. هم‌چنین رابطه این متغیر با منفعت‌یابی معنادار بود (R=۰/۶۴۸) و در مجموع ۴۲ درصد از واریانس منفعت‌یابی را تبیین می‌نماید (R^2=۰/۴۲۰). در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، شناخت بیماری قادر به تبیین ۴۱/۴ درصد از واریانس منفعت‌یابی است (Adj R^2 =۰/۴۱۴).

در مدل ۳، متغیر جمعیت شناختی و بالینی (سن، تعداد سال‌های تحصیل و مدت تشخیص بیماری) به عنوان پیش‌بینی کننده منفعت‌یابی، میزان F معنادار است (p<۰/۰۰۱، ۳، ۳۰۷ =df و F=۲۴/۱۸۳) و می‌تواند تغییرات مربوط به منفعت‌یابی را پیش‌بینی کند. هم‌چنین رابطه این متغیر با منفعت‌یابی معنادار بود (R=۰/۴۳۷) و در مجموع ۱۹/۱ درصد از واریانس منفعت‌یابی را تبیین می‌نماید (R^2=۰/۱۹۱). در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، متغیر جمعیت شناختی و بالینی قادر به تبیین ۱۸/۳ درصد از واریانس منفعت‌یابی است (Adj R^2=۰/۱۸۳).

جدول ۲- تحلیل واریانس مدل رگرسیون برای متغیرهای منفعت‌یابی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی کوثر سمنان در سال ۱۳۹۹ (n=۳۱۱)

مدل	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p	R	R^2	Adjusted R^2
۱-پردازش هیجانی	رگرسیون	۵۵۴۶/۹۸۴	۵	۱۱۰۹/۳۹۷	۹/۲۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۶۳	۰/۱۳۲	۰/۱۱۷
	باقی‌مانده	۳۶۶۲۳/۶۶۶	۳۰۵	۱۲۰/۰۷۸					
	کل	۴۲۱۷۰/۶۵۰	۳۱۰						
۲-شناخت بیماری	رگرسیون	۱۷۷۱۷/۸۹۳	۳	۵۹۰۵/۹۶۴	۷۴/۱۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۸	۰/۴۲۰	۰/۴۱۴
	باقی‌مانده	۲۴۴۵۲/۷۵۷	۳۰۷	۷۹/۶۵۱					
	کل	۴۲۱۷۰/۶۵۰	۳۱۰						
۳-جمعیت شناختی و بالینی	رگرسیون	۸۰۶۰/۶۷۷	۳	۲۶۸۶/۸۹۲	۲۴/۱۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۷	۰/۱۹۱	۰/۱۸۳
	باقی‌مانده	۳۴۱۰۹/۹۷۳	۳۰۷	۱۱۱/۱۰۷					
	کل	۴۲۱۷۰/۶۵۰	۳۱۰						

رگرسیون خطی ساده، p<۰/۰۵ارتباط معنی‌دار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

مطابق جدول ۳، از ضرایب آنالیز رگرسیون برای تعیین ارتباط هر یک از مؤلفه‌های متغیرهای پیش‌بین استفاده شده است. تحلیل ضرایب رگرسیون مؤلفه‌های متغیر پردازش هیجانی (مدل ۱) نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سرکوب (β=۰/۱۸۶، p=۰/۰۰۸) و هیجانات پردازش نشده (β=۰/۲۱۹، p=۰/۰۱۲) سهم معناداری در معادله رگرسیون داشته و در این بین مؤلفه هیجانات پردازش نشده، سهم قوی‌تری را در تبیین متغیر منفعت‌یابی دارد. اما هیجانات غیرقابل تنظیم (β=۰/۰۲۹، p=۰/۷۱۹)، تجربه هیجانی ناخوشایند (β=۰/۰۶۵، p=۰/۴۵۱) و اجتناب (β=-۰/۱۳۳، p=۰/۰۶۱) سهم معناداری در معادله رگرسیون ندارند و از مدل حذف می‌شوند. بنابراین معادله رگرسیون برای پیش‌بینی منفعت‌یابی، عبارت خواهد بود از: منفعت‌یابی= ۲۹/۳۲۵ + ۰/۴۷۸ (سرکوب) + ۰/۶۳۷ (هیجانات پردازش نشده). مطابق معادله رگرسیونی، ارتباط سرکوب و هیجانات پردازش نشده با منفعت‌یابی به صورت مثبت و معنادار بوده است.

تحلیل مؤلفه‌های متغیر شناخت بیماری (مدل ۲) نشان می‌دهد که مؤلفه‌های منفعت ادراک شده (β=۰/۴۱۷، p=۰/۰۰۱)، درماندگی (β=-۰/۱۷۸، p=۰/۰۰۱) و پذیرش (β=۰/۱۶۴، p=۰/۰۱۹) سهم معناداری در معادله رگرسیون داشته و در این بین مؤلفه منفعت ادراک شده، سهم قوی‌تری را در تبیین متغیر منفعت‌یابی دارد. بنابراین معادله رگرسیون برای پیش‌بینی منفعت‌یابی، عبارت خواهد بود از: منفعت‌یابی= ۲۳/۸۵۶ + ۱۴۹/۱ (منفعت ادراک شده) - ۰/۵۲۴ (درماندگی) + ۰/۴۴۰ (پذیرش). مطابق معادله رگرسیونی، ارتباط منفعت ادراک شده و پذیرش با منفعت‌یابی به صورت مثبت و معنادار و ارتباط درماندگی با منفعت‌یابی منفی و معنادار بوده است.

تحلیل مؤلفه‌های متغیر جمعیت شناختی و بالینی (مدل ۳) نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سن (β=۰/۱۶۱، p=۰/۰۰۲)، تعداد سال‌های تحصیل (β=-۰/۳۷۶، p<۰/۰۰۱) و مدت تشخیص بیماری برحسب ماه (β=-۰/۱۶۴، p=۰/۰۰۲) سهم معناداری در معادله رگرسیون داشته و در این بین مؤلفه تعداد سال‌های تحصیل سهم قوی‌تری را در تبیین متغیر منفعت‌یابی دارد. بنابراین معادله رگرسیون برای پیش‌بینی منفعت‌یابی، عبارت خواهد بود از: منفعت‌یابی= ۶۲/۱۸۲ - ۰/۱۶۴ (سن) - ۰/۷۵۵ (تعداد سال‌های تحصیل) -۰/۱۲۹ (مدت تشخیص بیماری). مطابق معادله رگرسیونی، ارتباط سن، تحصیلات و مدت تشخیص بیماری با منفعت‌یابی به صورت منفی و معنادار بوده است

جدول ۳- تحلیل ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی منفعت‌یابی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی کوثر سمنان در سال ۱۳۹۹ (n=۳۱۱)

مدل	متغیر	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد		مقدار t	مقدارP
		مقدار (B)	مقدار خطای (B)	مقدار بتا(β)		
۱- پردازش هیجانی	مقدار ثابت	۲۹/۳۲۵	۲/۷۲۷	-	۱۰/۷۵۲	<۰/۰۰۱
	سرکوب	۰/۴۷۸	۰/۱۷۸	۰/۱۸۶	۲/۶۸۷	۰/۰۰۸
	هیجانات غیرقابل تنظیم	۰/۰۸۲	۰/۲۲۸	۰/۰۲۹	۰/۳۶۰	۰/۷۱۹
	تجربه هیجانی ناخوشایند	۰/۱۷۵	۰/۲۳۲	۰/۰۶۵	۰/۷۵۴	۰/۴۵۱
	هیجانات پردازش نشده	۰/۶۳۷	۰/۲۵۱	۰/۲۱۹	۲/۵۳۳	۰/۰۱۲
	اجتناب	-۰/۳۸۸	۰ /۲۰۶	-۰/۱۳۳	-۱/۸۸۲	۰/۰۶۱

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

	مقدار ثابت	۲۳/۸۵۶	۳/۴۹۳	-	۶/۸۳۰	<۰/۰۰۱
۲- شناخت بیماری	منفعت ادراک شده	۱/۱۴۹	۰/۱۹۵	۰/۴۱۷	۵/۸۹۶	<۰/۰۰۱
	درماندگی	-۰/۵۲۴	۰/۱۴۱	-۰/۱۷۸	-۳/۷۲۰	۰/۰۰۱
	پذیرش	۰/۴۴۰	۰/۱۸۷	۰/۱۶۴	۲/۳۵۳	۰/۰۱۹
	مقدار ثابت	۶۲/۱۸۲	۳/۲۲۹	-	۱۹/۴۴۵	<۰/۰۰۱
۳- جمعیت شناختی و بالینی	سن (سال)	-۰/۱۶۴	۰/۰۵۳	-۰/۱۶۱	-۳/۱۲۰	۰/۰۰۲
	تعداد سال‌های تحصیل	- ۰/۷۵۵	۰/۱۰۳	-۰/۳۷۶	-۷/۳۱۷	<۰/۰۰۱
	مدت تشخیص بیماری (ماه)	- ۰/۱۲۹	۰/۰۴۱	-۰/۱۶۴	-۳/۱۷۱	۰/۰۰۲

رگرسیون خطی چندگانه، p<۰/۰۵ ارتباط معنی‌دار

جدول ۴ مدل نهایی رگرسیون برای پیش‌بینی متغیر منفعت‌یابی را نشان می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین به عنوان پیش‌بینی کننده‌های منفعت‌یابی، میزان F معنادار است (p<۰/۰۰۱، ۳، df=۳۰۷ و F=۴۸/۴۱۷) و می‌توانند تغییرات مربوط به منفعت‌یابی را پیش‌بینی کنند. هم‌چنین روابط متغیرهای پیش‌بین با منفعت‌یابی معنادار بوده است (R=۰/۵۶۷) و در مجموع ۳۲ درصد از واریانس منفعت‌یابی را تبیین می‌نماید (R^2=۰/۳۲۱). هم‌چنین مشخص شد متغیر شناخت بیماری (β=۰/۳۷۷، p<۰/۰۰۱)، متغیر جمعیت شناختی و بالینی (β=-۰/۲۴۱، p<۰/۰۰۱) و پردازش هیجانی (β=۰/۲۲۱، p<۰/۰۰۱) به ترتیب بیش‌ترین سهم را در تبیین متغیر منفعت‌یابی دارند. بنابراین معادله رگرسیونی برای پیش‌بینی منفعت‌یابی عبارت خواهد بود از: منفعت‌یابی= ۱۸/۴۱۵+۰/۱۵۰ (پردازش هیجانی) + ۰/۵۹۵ (شناخت بیماری) - ۰/۱۵۰ (مشخصات جمعیت شناختی و بالینی).

مطابق معادله رگرسیونی، ارتباط شناخت بیماری و پردازش هیجانی با منفعت‌یابی به صورت مثبت و معنادار و ارتباط متغیر جمعیت شناختی و بالینی با منفعت‌یابی منفی و معناداری بوده است.

جدول ٤- تحلیل واریانس و ضرایب مدل نهایی رگرسیون برای پیش‌بینی منفعت‌یابی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی کوثر سمنان در سال ۱۳۹۹ (n=۳۱۱)

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	مقدار t	مقدار P	مقدار Tolerance	مقدار VIF
		مقدار (B)	مقدار خطای (B)	مقدار بتا (B)				
منفعت‌یابی	مقدار ثابت	۱۸/۴۱۵	۵/۰۴۵	-	۳/۶۵۰	۰/۰۰۱	-	-
	پردازش هیجانی	۰/۱۵۰	۰/۰۳۳	۰/۲۲۱	۴/۶۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۶۴	۱/۰۳۷
	شناخت بیماری	۰/۵۹۵	۰/۰۷۷	۰/۳۷۷	۷/۷۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۱	۱/۰۶۳
	جمعیت شناختی و بالینی	-۰/۱۵۰	۰/۰۳۰	-۰/۲۴۱	-۵/۰۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۶۴	۱/۰۳۷

R= ۰/۵۶۷ R^2=۰/۳۲۱ Adjusted R^2=۰/۳۱۵ F= ٤٨/٤١٧ P<۰/۰۰۱

رگرسیون خطی چندگانه، p<۰/۰۵ ارتباط معنی‌دار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

بحث

هدف مطالعه حاضر پیش‌بینی منفعت‌یابی از سرطان بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی، شناخت بیماری و پردازش هیجانی در بیماران مراجعه کننده به کلینیک تخصصی کوثر سمنان بود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که شناخت بیماری می‌تواند منفعت‌یابی از سرطان را پیش‌بینی کند. این یافته همسو است با نتایج مطالعه Tang و همکاران که به بررسی اثربخشی مدیریت شناختی و رفتاری استرس (Cognitive behavioral stress management) در بیماران مبتلا به سرطان پرداختند و نشان دادند که مدیریت شناختی و رفتاری از طریق ارزیابی مجدد شناخت و هیجان، منجر به کاهش شناخت‌های منفی و ناسازگارانه می‌شود که در نتیجه افزایش پیامدهای روان‌شناختی مثبت از جمله منفعت‌یابی و کاهش پیامدهای منفی از جمله افسردگی و اضطراب را در پی دارد [۲۲].

هم‌چنین با نتایج مطالعه Oginska-Bulik همسو است که نشان داد دو نوع نشخوار از جمله نشخوار مزاحم و نشخوار تأملی، بر پیامد مثبت و منفی ناشی از آسیب سرطان تأثیر دارد. نشخوار مزاحم به عنوان راهبرد شناختی ناکارآمد تلقی می‌شود که با تفکر مکرر در مورد رویداد آسیب‌زا همراه است؛ در نتیجه مانع از فرآیند انطباقی با شرایط آسیب‌زا و حفظ پیامدهای منفی در بیماران می‌شود، در مقابل نشخوار تأملی بر پیامد مثبت ناشی از آسیب تأثیر می‌گذارد [۲۳].

در تبیین نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت که طبق مدل شناختی اختلال استرس پس از سانحه (posttraumatic stress disorder) افراد هنگام مواجهه با شرایط آسیب‌زا، هم‌زمان با وجود بحران و ترس از مرگ یا عواقب وخیمی که برای خود می‌بینند، احتمالاً سوءگیری‌های شناختی فراوانی در آن‌ها شکل می‌گیرد [۲۴]. لذا اگر با مداخلات شناختی، شناخت‌های سازگارانه‌ای از بیماری در افراد به وجود آید، منجر به تغییر در الگوهای شناخت ناسازگارانه و کاهش آشفتگی‌های روان‌شناختی خواهد شد و در نتیجه پیامدهای مثبتی را در پی دارد [۲۵].

در این راستا و از نظر نگارنده، شناخت بیماری نتایج ثانویه دیگری را نیز در بردارد. در واقع شناخت درست بیماری، به انتخاب مسیر بهتر درمان که در نهایت منجر به بهبودی فرد می‌شود، کمک می‌کند که این مسئله به نوبه خود موجب رشد منفعت‌یابی از بیماری و سازگاری بیمار خواهد شد و از طرفی شناخت درست بیماری علاوه بر هدف‌گذاری درمان و بهبودی، منجر به هدف‌گذاری پس از بیماری نیز خواهد شد. در واقع با شناختی که از بیماری حاصل می‌شود، هدف‌گذاری‌ها و مسیرهای جدیدی همچون شرکت در بعضی کلاس‌ها، کارگاه‌ها، برنامه‌های ورزشی، برخی انجمن‌ها و غیره برای عدم ابتلاء یا عود بیماری، پیدا می‌شود.

نتیجه دیگر این مطالعه نشان داد که پردازش هیجانی می‌تواند منفعت‌یابی از سرطان را پیش‌بینی کند. این یافته همسو است با نتایج مطالعه Rosenberg و همکاران که به بررسی اثربخشی مدیریت استرس بر منفعت‌یابی پرداختند و نشان دادند که کنترل هیجان در شرایط آسیب‌زا منجر به افزایش

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

منفعت‌یابی در بیماران مبتلا به سرطان خون (Multiple Sclerosis)می‌شود [۲۶].

هم‌چنین با نتایج مطالعه Crawford و همکاران [۲۷] که نشان دادند مداخله نوشتن منفعت‌یابی (Benefit-finding writing) که شامل بروز و نوشتن در مورد افکار و هیجانات مثبت در رابطه با تجربه آسیب‌زا از جمله بیماری، منجر به کاهش پریشانی و افزایش منفعت‌یابی در بیماران مبتلا به دیابت می‌شود و با مطالعه Hong و همکاران [۲۸] که نشان دادند بحث در مورد هیجان و بروز احساسات منجر به افزایش منفعت‌یابی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود، همسو است.

در راستای تبیین این نتیجه می‌توان گفت که تشخیص سرطان اغلب موجب مشکلات هیجانی شدید در فرد می‌شود. بنابراین نوع پردازش هیجانی به کار گرفته شده یک عامل مهم روان‌شناختی به حساب می‌آید که می‌تواند نقش به‌سزایی در دیدگاه بیمار نسبت به زندگی و علائم روان‌شناختی داشته باشد [۲۹]. در واقع پردازش هیجانی، شرایط دشوار واقعی بیماری را تغییر نمی‌دهد بلکه از طریق مکانیسم جبرانی که فراهم می‌آورد شرایط دشوار را قابل تحمل می‌کند طوری که منجر به ایجاد بینش مثبت و افزایش قدرت درونی در برابر بیماری و در نتیجه رشد منفعت‌یابی از بیماری می‌شود [۳۰].

نتیجه دیگر مطالعه نشان داد که بین تعداد سال‌های تحصیل و سن بیمار با منفعت‌یابی از سرطان ارتباط منفی و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعه Lassman و همکاران که دریافتند افراد جوان‌تر و سطح تحصیلات پایین‌تر منفعت بیش‌تری از شرایط آسیب‌زا به دست می‌آورند، همسو است [۳۱].

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت افراد جوان‌تر انتظار زندگی طولانی‌تری دارند به همین جهت تلاش بیش‌تر در تحمل رویداد آسیب‌زا و جستجو منفعت دارند [۳۲]. هم‌چنین در خصوص تحصیلات می‌توان گفت که آموزش پایین‌تر نشان دهنده وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین است و بیماران با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین ممکن است به‌طور معمول با رویدادهای آسیب‌زا بیش‌تری مواجهه شوند، در نتیجه ممکن است در کسب منفعت از رویدادهای آسیب‌زا تجربه بیش‌تری داشته باشند [۳۳-۳۱].

نتیجه دیگر این مطالعه نشان داد که مدت تشخیص بیماری با منفعت‌یابی از سرطان ارتباط منفی و معناداری دارد. این یافته همسو است با نتایج مطالعات Conley و همکاران [۳۴] و Bi و همکاران [۳۵]، که نشان دادند با افزایش مدت تشخیص بیماری، منفعت‌یابی از سرطان کاهش می‌یابد، به این علت که در طول زمان سرطان یک عامل استرس‌زا کم‌تر برجسته به شمار می‌رود و این امکان وجود دارد که عوامل استرس‌زا غیر سرطانی منجر به از بین رفتن منفعت‌یابی در طول زمان شود.

در مطالعه حاضر ارتباط معناداری بین نوع سرطان، نوع درمان، متاستاز بیماری و جنسیت و وضعیت تأهل با منفعت‌یابی از سرطان مشاهده نشد. نتایج مطالعات پیشین در این زمینه متفاوت است. مطالعه Siefring که نشان داد که عوامل جمعیتی و بالینی کودکان بیمار مبتلا به سرطان،

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

ارتباط قابل توجهی با منفعت‌یابی از سرطان ندارد [۳۶] و هم‌چنین مطالعه Zimmaro و همکاران [۳۷] که نشان داد عوامل بالینی بیمار (نوع سرطان، نوع درمان و متاستاز) با منفعت‌یابی از سرطان ارتباط معناداری ندارد، لذا با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

در تضاد با نتایج مطالعه حاضر، Liu و همکاران [۱۲] دریافتند که شیوع منفعت‌یابی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بیش‌تر از بیماران مبتلا به سرطان پروستات است و زنان مبتلا به سرطان، منفعت‌یابی بیش‌تری را نسبت به مردان مبتلا به سرطان گزارش داده‌اند و هم‌چنین دریافتند بین متاستاز یا گسترش بیماری با منفعت‌یابی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

در تبیین این یافته‌های متضاد می‌توان این‌گونه بحث کرد که ابزارهای متفاوت سنجش، تفاوت در جوامع پژوهشی، اهداف متفاوت مطالعات و هم‌چنین روش‌های آماری متفاوت باعث تناقض در یافته‌ها شده است.

محدودیت مطالعه حاضر بر نتیجه‌گیری از یافته‌ها اثر می‌گذارد و پیامد بالینی این مطالعه را محدود می‌سازد. این مطالعه بر روی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی کوثر شهرستان سمنان که اصلی‌ترین کلینیک در این شهر بوده است و مکان دیگری برای نمونه برداری در این شهر وجود نداشت، صورت گرفته است، لذا تعمیم نتایج مطالعه حاضر به شهرها و گروه‌های دیگر بایستی با احتیاط صورت بگیرد و پیشنهاد می‌شود این مطالعه در شهرها و استان‌های دیگر انجام شود تا از این طریق قابلیت تعمیم نتایج مطالعه افزایش یابد. با توجه به آن‌که امکان دارد متغیرهایی که در بستر زمان رخ دهند، از جمله شرایط اقتصادی-اجتماعی، شیوع ویروس کرونا و غیره بر ادراک شرکت‌کنندگان از متغیرهای پژوهش اثرگذار بوده باشد، لذا اجرا این پژوهش در دوره پس از کرونا پیشنهاد می‌گردد. هم‌چنین طرح مطالعه حاضر توصیفی بود، بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی برنامه مداخلاتی را با در نظر گرفتن عوامل شناختی و هیجانی ایجاد کنند و سپس در قالب پژوهش آزمایشی، اثربخشی آن بر منفعت‌یابی مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به این‌که مطالعه حاضر با محدودیت عدم انجام مطالعات مشابه داخلی در این زمینه همراه بوده است، بنابراین گسترش تحقیقات در زمینه منفعت‌یابی از سرطان و هم‌چنین بررسی منفعت‌یابی گروه دیگری از بیماران همچون بیماران دیابتی، قلبی و غیره پیشنهادات برخاسته از مطالعه حاضر برای رفع این محدودیت‌ها در مطالعات آتی است.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر رابطه مثبت و معناداری بین شناخت بیماری و پردازش هیجانی با منفعت‌یابی از سرطان نشان داد، در حالی که بین مشخصات جمعیت شناختی و بالینی با منفعت‌یابی از سرطان رابطه منفی و معناداری مشاهده شد. بنابراین با توجه به نقش شناخت بیماری، پردازش هیجانی، مشخصات جمعیت شناختی و بالینی بر منفعت‌یابی از سرطان، لذا استفاده از مداخلات روان‌شناختی جهت ایجاد شناخت و هیجان سازگارانه نسبت به بیماری با در نظر گرفتن عوامل

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

جمعیت شناختی و بالینی به منظور افزایش منفعت‌یابی و توان‌مندسازی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از مسئولین محترم کلینیک تخصصی کوثر سمنان جهت فراهم نمودن امکان انجام این مطالعه در آن مرکز و از بیماران گرامی و خانواده‌هایشان جهت همکاری در انجام این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

[1] Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Pineros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *Int J Canc* 2019; 144(8): 1941-53.

[2] Vazquez D, Rosenberg S, Gelber S, Ruddy KJ, Morgan E, Recklitis C, et al. Posttraumatic Stress in Breast Cancer Survivors Diagnosed at Young Age. *Psycho Oncol* 2020; 29(8): 1312-20.

[3] Oh JM, Kim Y, Kwak Y. Factors influencing posttraumatic growth in ovarian cancer survivors. *Support Care Canc* 2020; 29(4): 1-9.

[4] Wang AWT, Hoyt MA. Cancer-related masculinity threat in young adults with testicular cancer: the moderating role of benefit finding. *Hist Philos Logic* 2020; 33(2): 207-15.

[5] Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(5): 797-816.

[6] Kritikos TK, Stiles-Shields C, Winning AM, Starnes M, Ohanian DM, Clark O, et al. A Systematic Review of Benefit-Finding and Growth in Pediatric Medical Populations. *J Pediatr Psychol* 2021; 46(7): 831-45.

[7] Samuel MY. Cognitive factors in breast cancer: Mental adjustment style, benefit finding, and fear of recurrence. *IPOS18* 2018; 27(3): 46-55.

[8] Nicolaas SMS, Schepers SA, van den Bergh EM, Evers AW, Hoogerbrugge PM, Grootenhuis MA, et al. Illness cognitions and family adjustment: psychometric properties of the Illness Cognition Questionnaire for parents of a child with cancer. *Support Care Canc* 2016; 24(2): 529-37.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

[9] Ogińska-Bulik N, Michalska P. The Relationship Between Emotional Processing Deficits and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Breast Cancer Patients: The Mediating Role of Rumination. *J Clin Psychol Med Settings* 2020; 27(1): 11-21.

[10] de Vries AM, Helgeson VS, Schulz T, Almansa J, Westerhuis R, Niesing J, et al. Benefit finding in renal transplantation and its association with psychological and clinical correlates: A prospective study. *Br J Health Psychol* 2019; 24(1): 175-91.

[11] Xia Z, Lili GU. Effect of expressive writing on negative emotions and benefit finding of breast cancer patients with chemotherapy. *CJIN* 2018; 4(7): 19-22.

[12] Liu Z, Thong MS, Doege D, Koch-Gallenkamp L, Bertram H, Eberle A. et al. Prevalence of benefit finding and posttraumatic growth in long-term cancer survivors: results from a multi-regional population-based survey in Germany. *Br J Canc* 2021; 125(1): 1-7.

[13] Zhu L, Ranchor AV, Helgeson VS, Van Der Lee M, Garssen B, Stewart RE, et al. Benefit finding trajectories in cancer patients receiving psychological care: Predictors and relations to depressive and anxiety symptoms. *Br J Health Psychol* 2018; 23(2): 238-52.

[14] Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* 2020; 21(3): 335–7.

[15] Liu C, Zhao Y, Okwan-Duodu D, Basho R, Cui X. COVID-19 in cancer patients: risk, clinical features, and management. *Canc Biol Med* 2020; 17(3): 519-24.

[16] Human H. Structural equation modeling using LISREL software. Tehran: Samt; 2018: 15-27. [Farsi]

[17] Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers AE, Culver JL, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol* 2001; 20(1): 20-32.

[18] Chen M, Gong J, Li J, Luo X, Li Q. The Experienced Benefits of the 17-Item Benefit Finding Scale in Chinese Colorectal Cancer Survivor and Spousal Caregiver Couples. *Healthcare* 2021; 9(5): 512-20.

[19] Evers AW, Kraaimaat FW, van Lankveld W, Jongen PJ, Jacobs JW, Bijlsma JW. Beyond

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6): 1026-36.

[20] Baker K, Jaksic S, Rowley D. The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *J Psychosom Res* 2010; 68(1): 83-8.

[21] Kharamin S, Shokraeezadeh AA, Ghafaryan Shirazi Y, Malekzadeh M. Psychometric Properties of Iranian Version of Emotional Processing Scale. *Open Access Maced J Med Sci* 2021; 9(B): 217-24.

[22] Tang M, Liu X, Wu Q, Shi Y. The effects of cognitive-behavioral stress management for breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Canc Nurs* 2020; 43(3): 222-37.

[23] Ogińska-Bulik N. The negative and positive effects of trauma resulting from cancer–the role of personality and rumination. *Curr Issues Pers Psychol* 2017; 5(4): 232-43.

[24] Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38(4): 319-45.

[25] Zhang P, Mo L, Torres J, Huang X. Effects of cognitive behavioral therapy on psychological adjustment in Chinese pediatric cancer patients receiving chemotherapy: A randomized trial. *Medicine* 2019; 98(27): 16319-28.

[26] Rosenberg AR, Bradford MC, Barton KS, Etsekson N, McCauley E, Curtis JR, et al. Hope and benefit finding: Results from the PRISM randomized controlled trial. *Pediatr Blood Canc* 2019; 66(1): 27485-93.

[27] Crawford J, Wilhelm K, Proudfoot J. Web-Based Benefit-Finding Writing for Adults with Type 1 or Type 2 Diabetes: Preliminary Randomized Controlled Trial. *JMIR diabetes* 2019; 4(2): 13857-70.

[28] Hong YR, Yadav S, Suk R, Khanijahani, A, Erim D, Turner K. Patient–provider discussion about emotional and social needs, mental health outcomes, and benefit finding among US Adults living with cancer. *Cancer Med* 2021; 10(11): 3622-34.

[29] Martino ML, Gargiulo A, Lemmo D, Dolce P, Barberio D, Abate V, et al. Longitudinal effect of emotional processing on psychological symptoms in women under 50 with breast cancer. *Health Psychol Open* 2019; 6(1): 1-9.

[30] Manne SL, Kashy DA, Virtue S, Criswell KR, Kissane DW, Ozga M, et al. Acceptance, social support, benefit-finding, and depression in women with gynecological cancer. *Qual Life Res* 2018; 27(11): 2991-3002.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

[31] Lassmann I, Dinkel A, Marten-Mittag, B, Jahnen M, Schulwitz H, Gschwend, JE, et al. Benefit finding in long-term prostate. *Support Care Cancer* 2021; 29(1): 1-10.

[32] Cormio C, Muzzatti B, Romito F, Mattioli V, Annunziata MA. Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end. *Support Care Canc*er 2017; 25(4): 1087-96.

[33] Kinsinger DP, Penedo FJ, Antoni MH, Dahn JR, Lechner S, Schneiderman N. Psychosocial and sociodemographic correlates of benefit-finding in men treated for localized prostate cancer. *Psycho Oncol* 2006; 15(11): 954–61.

[34] Conley CC, Small BJ, Christie J, Hoogland AI, Augusto BM, Garcia JD, et al. Patterns and covariates of benefit finding in young Black breast cancer survivors: A longitudinal, observational study. *Psycho Oncol* 2020; 29(7): 1115-22.

[35] Bi W, Wang H, Yang G, Zhu C. How does benefit finding evolve over time among Chinese women breast cancer survivals: a longitudinal study. *Preprint submitted to Journal of LATEX Template* 2021.

[36] Siefring E. Benefit Finding in Children with Advanced Cancer and their Parents. Doctoral dissertation, The Ohio State University; 2021: 12-3.

[37] Zimmaro LA, Deng M, Handorf E, Fang CY, Denlinger CS, Reese JB. Understanding benefit finding among patients with colorectal cancer: a longitudinal study. *Support Care Canc*er 2021; 29(5): 2355-62.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]

The Prediction of Benefit Finding in Cancer Based on Demographic and Clinical Characteristics, Illness Cognition, and Emotional Processing in Patients Referred to Kosar Specialized Clinic in Semnan in 2020: A Descriptive Study

S. F. Ghaderi[۱], I. Rahimian Boogar[۲], S. Talepasand[۳], F. Ghahreman Fard[۴]

Received: 14/07/21 Sent for Revision: 04/08/21 Received Revised Manuscript: 22/09/21 Accepted: 26/09/21

Background and Objectives: In every disease there are always opportunities for improvement of the individual status, part of which is affected by person's psychological status. Therefore, this study aimed to predict benefit finding in cancer based on demographic and clinical characteristics, illness cognition, and emotional processing in cancer patients.

Materials and Methods: This descriptive study was performed on patients aged 23 to 82 years with cancer in 2020 in Semnan city. The statistical sample consisted of 311 people who were selected by convenience sampling method. They responded to Benefit Finding Scale (BFS), Illness Cognition Questionnaire (ICQ), Emotional Processing Scale (EPS), and demographic and clinical characteristics questionnaire. Data were analyzed by multiple linear regression analysis using the simultaneous entry method.

Results: The results of correlation test showed that illness cognition, emotional processing, and demographic and clinical characteristics (education, duration of diagnosis, age) had a significant relationship with benefit finding ($p<0.05$). The results of multiple regression showed that a total of 32% of benefit finding changes were explained by predictor variables; out of which variables of illness cognition ($\beta= 0.377$, $p<0.001$), demographic and clinical characteristics ($\beta= - 0.241$, $p<0.001$), and emotional processing ($\beta= 0.221$, $p<0.001$) had the largest share in explaining the benefit finding in cancer patients, respectively.

Conclusion: Due to the existence of benefit finding in cancer patients and its relationship with psychological, demographic and clinical factors, the care givers and treatment team should consider the benefit finding in cancer and the factors affecting it, and in holistic measures, provide effective actions.

Key words: Cancr, Posttraumatic growth, Psychological, Cognition, Demography

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Semnan University of Medical Sciences approved the study (IR.SEMUMS.REC.1398.267).

How to cite this article: Ghaderi SF, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Ghahreman Fard F. The Prediction of Benefit Finding in Cancer Based on Demographic and Clinical Characteristics, Illness Cognition, and Emotional Processing in Patients Referred to Kosar Specialized Clinic in Semnan in 2020: A Descriptive Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2021; 20 (9): 955-72. [Farsi]

1- MSc Student in General Psychology, Dept. of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran ORCID: 0000-0003-1620-2662

2- Associate Prof. of Health Psychology, Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran, ORCID: 0000-0003-3029-9050

(Corresponding Author) Tel: (023) 33623300, Fax: (023) 33625551, E-mail: i_rahimian@semnan.ac.ir

3- Associate Prof., Dept. of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran, ORCID: 0000-0002-7534-5711

4- Hematology/Oncology Subspecialty, Associate Prof., Cancer Control Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran, ORCID: 0000-0003-2620-3378

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1400.20.9.5.1]
[DOI: 10.52547/jrums.20.9.955]