

The Mediating role of Fatigue in Relationships between Cognitive Control with Post-Traumatic Stress Symptoms, and Adherence to Treatment in Patient with Breast Cancer

Maryam Nouri¹, Alireza Moradi^{2*}, Hadi Parhoon³

1- PhD student in Psychology, Department of Psychology, Qom branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.

2- Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

Corresponding Author: Alireza Moradi, Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

E-mail: moradi90@yahoo.com

Abstract

Introduction: Breast cancer (BC) is the most common cancer diagnosed in women in worldwide. This study examines the mediating role of fatigue in relationships between cognitive control with post-traumatic stress symptoms, and adherence to treatment in patient with breast cancer.

Methods: This is a cross-sectional study with a convenience sampling method. A total of 206 women with breast cancer in Karaj, Iran participated in this study and completed five questionnaires, namely the PTSD checklist, the Adult Executive Functioning Inventory, the cognitive flexibility scale, the cancer fatigue scale, and the treatment adherence Inventory. The findings were analyzed through the advanced statistical method of structural equation modeling and using SPSS26 and SmartPLS 4 software

Results: Structural Equation Modelling demonstrated that cognitive control was positively associated with PTSD ($\beta = .598$; $T = 3.76$; $P < .001$) and fatigue ($\beta = .829$; $T = 19.17$; $P < .001$), also fatigue was positively associated with PTSD ($\beta = .389$; $T = 2.38$; $P = .02$). The results showed a non-significant relationship between cognitive control and fatigue ($\beta = .23$; $T = 1.29$; $P = .21$) and cognitive control with adherence to treatment ($\beta = .01$; $T = .09$; $P = .93$). Multiple mediator modeling provided evidence that fatigue partially mediated the relationship between cognitive control and PTSD, and a full mediated relationship between cognitive control and treatment adherence.

Conclusions: In general, the findings emphasized the important role of cancer-related cognitive impairment in the possible consequences of this disease. An important issue that, along with other problems such as fatigue, can affect the quality of life and mental health of breast cancer patients.

Keywords: Adherence to treatment, Breast Cancer, Cognitive Control, Fatigue, Post-traumatic stress Symptoms.

نقش میانجی خستگی در رابطه بین کنترل شناختی با علائم استرس پس از سانحه و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان

مریم نوری^۱، علیرضا مرادی^{۲*}، هادی پرهون^۳

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

۲- استاد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳- استادیار روان شناسی سلامت، گروه روان شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

نویسنده مسئول: علیرضا مرادی، استاد روان شناسی بالینی، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
ایمیل: moradi90@yahoo.com

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین نوع تشخیص بیماری سرطان در بین بانوان در دنیا است. مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی خستگی در رابطه بین کنترل شناختی با علائم استرس پس از سانحه و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار: در قالب یک طرح همبستگی از بین زنان ۱۸ تا ۶۰ سال مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به کلینیک آنکولوژی بیمارستان کوثر شهر کرج با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۲۰۶ نفر انتخاب شدند و به چک لیست PTSD، مقیاس ارزیابی کارکردهای اجرایی، مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی، مقیاس خستگی ناشی از سرطان و پرسش‌نامه پیروی از درمان پاسخ دادند. یافته‌ها از طریق روش پیشرفته آماری مدل‌سازی معادلات ساختاری و با استفاده نرم‌افزارهای SPSS26 و SmartPLS 4 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده از مدل‌سازی معادلات ساختاری حاکی از رابطه مثبت و معنادار بین کنترل شناختی با PTSD ($\beta=0/598; T=3/76; P<0/001$)، کنترل شناختی با خستگی ($\beta=-0/829; T=19/17; P<0/001$) و خستگی با PTSD ($\beta=0/389; T=2/38; P=0/02$) بود. همچنین بین کنترل شناختی با پیروی از درمان ($\beta=0/23; T=1/29; P=0/21$) و خستگی با پیروی از درمان ($\beta=0/01; T=0/09; P=0/93$) رابطه معناداری گزارش نشد. افزون بر این، در رابطه بین کنترل شناختی با PTSD نقش میانجی جزئی و در رابطه بین کنترل شناختی و پیروی از درمان نقش میانجی کامل ایفا کرد.

نتیجه‌گیری: در مجموع یافته‌های به دست آمده بر نقش مهم آسیب‌های شناختی ناشی از سرطان در پیامدهای احتمالی این بیماری تأکید داشت. مساله مهمی که در کنار دیگر مشکلات مانند خستگی می‌تواند بر کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیرگذار باشد و نیازمند توجه جدی متخصصین سلامت روان در ایران است.

کلیدواژه‌ها: استرس پس از سانحه، پیروی از درمان، خستگی ناشی از سرطان، سرطان پستان، کنترل شناختی.

مقدمه

می‌دهد و از نظر بروز در بیشتر کشورها (۱۵۹ از ۱۸۵ کشور) و از نظر مرگ و میر در ۱۱۰ کشور رتبه نخست را به خود اختصاص داده است. افزون بر این، میزان بروز در کشورهای توسعه یافته ۸۸ درصد بیشتر از کشورهای در حال توسعه است (۲). شیوع سرطان پستان در بانوان ایرانی ۲۳/۶ درصد گزارش شده است (۳).

سرطان پستان در جهان شایع‌ترین نوع سرطان در بین بانوان است که با حدود ۲/۳ میلیون مورد جدید که ۱۱/۷ درصد از کل موارد سرطان را تشکیل می‌دهد (۱). در میان بانوان، سرطان پستان یک مورد از هر ۴ مورد سرطان و ۱ مورد از هر ۶ مرگ ناشی از سرطان را به خود اختصاص

در دهه‌های اخیر، تعداد بانوان مبتلا به سرطان پستان که توانسته‌اند تشخیص و روند درمان این بیماری را سپری کنند، به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است و مسائل مربوط به بقا با تمرکز ویژه بر مسائل کیفیت زندگی، بیشتر مورد توجه قرار گرفته است (۴). اصطلاح سرطان مزمن نتیجه تحولات و پیشرفت‌های محسوس است که در طول یک دهه اخیر در نتایج بالینی و پژوهشی در حوزه سرطان صورت گرفته است (۵، ۶). با توجه به پیشرفت‌های قابل توجه در درمان‌های پزشکی و کشف داروهای جدید در حوزه سرطان، بیماران مبتلا به سرطان نه تنها طول عمر طولانی‌تر پیدا کرده‌اند، بلکه با عوارض و پیامدهای مختلف درمانی سرطان نیز روبرو هستند (۵-۷). بر اساس شواهد موجود در بازه ۵ سال میزان نجات یافتگان از سرطان در سال ۱۹۷۹، از ۴۹٪ به ۷۰٪ در سال ۲۰۱۹ رسیده است (۸).

چند عاملی بودن تأثیرات بیماری سرطان این بیماری را به یک تهدید جدی برای زندگی افراد تبدیل کرده است به طوری که در مجموع، فرایند تشخیص، شدت بیماری، میزان تهدید زندگی، احساس تنهایی مرتبط با بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان، طول مدت بیماری، نیاز به تکرار روش‌های درمانی از قبیل شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، اثرات جانبی درمان و داروهای مصرفی و پیش‌آگهی منفی (خطر عود و پیشرفت بیماری) منجر به ترومای سرطان با ماهیت پیچیده خواهد شد (۷، ۸). افزون بر این، گوریج و همکاران (۹) به بررسی تفاوت‌های بین سرطان و دیگر حوادث تروماتیک از جمله مزمن بودن بیماری، غیرقابل پیش‌بینی بودن، ماهیت تهدیدآمیز بیماری سرطان و نامحسوس بودن آن پرداخته‌اند که این مسائل باعث دامن زدن به مشکلات بیشتر برای بیماران خواهد شد. در این راستا، تجربه یک رویداد تروماتیک از قبیل سرطان، به طور معمول، منجر به پیامدهای منفی متعددی از جمله نشانگان استرس پس از سانحه (PTSD) خواهد شد. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که افراد مبتلا به سرطان پس از آگاهی از بیماری خود به عنوان یک اتفاق غیرمنتظره، ناگهانی و تهدیدکننده می‌توانند معیارهای تشخیصی جهت ابتلا به نشانگان PTSD را نیز کسب کنند. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که PTSD در بیماران مبتلا به سرطان نسبت به دیگر بیماری‌ها و جمعیت عمومی شیوع بالاتری دارد (۱۰).

این بیماران می‌توانند بر روند درمان و نتیجه‌گیری از درمان‌های دارویی نیز تأثیر گذاشته و باعث نتیجه نگرفتن از درمان‌های دارویی و پزشکی شود. ادراک پایین از بیماری و انتظارات نابجا از درمان، رعایت نکردن رفتارهای خود مراقبتی از قبیل انجام ماموگرافی به‌موقع و منظم در نهایت به عدم پیروی از دستورات پزشکی منجر شده که این مسأله به دور باطل مشکلات سلامت روان در این بیماران دامن می‌زند. از این رو، با توجه به پیامدهای بیماری سرطان پستان از جمله نشانگان استرس پس از سانحه، مشکلات سلامت روان و کاهش شاخص‌های کیفیت زندگی و به تبع آن عدم پیروی از درمان‌شناسایی عوامل دخیل در این زنجیره می‌تواند به انسجام‌گزینه‌های درمانی مبتنی بر شواهد پژوهشی برای این بیماران منجر شود.

آسیب‌های شناختی معمولاً در بیماران سرطان پستان هم در حین و هم پس از پایان درمان گزارش می‌شود و احتمالاً توسط عوامل متعددی مانند درمان غدد درون‌ریز، خود سرطان، استرس و تغییرات هورمونی ناشی از یائسگی و غیره ایجاد می‌شود. باین‌حال، شیمی‌درمانی به عنوان یک عامل مهم در این اختلال نقش دارد (۴). وضعیت حاصل را اختلال شناختی ناشی از شیمی‌درمانی (CICI)، اختلال شناختی درمان سرطان (CTCI) یا اختلال شناختی مرتبط با سرطان (CRCI) یا به صورت محاوره‌ای، مغز شیمیایی شده یا مه گرفته نامیده می‌شود (۱۱، ۱۲). با افزایش تعداد نجات‌یافتگان سرطان، اختلال شناختی مرتبط با سرطان (CRCI) یک مسئله کلیدی بقا و «اثر دیررس» بالقوه درمان‌های سرطان است (۱۳، ۱۴). انجمن سرطان آمریکا در تعریف آسیب‌های شناختی ناشی از سرطان بر مشکلات در حوزه‌های حافظه، توجه، کارکردهای اجرایی و سرعت پردازش تأکید دارد. در این راستا، شواهد پژوهشی به دست آمده حاکی از آسیب در حافظه کاری، یادگیری مفاهیم جدید، مهارت‌های دیداری-فضایی و زبان‌شناختی در این بیماران است (۱۵، ۱۶). بر اساس شواهد پژوهشی موجود بیشتر از ۸۰٪ از بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از درمان دچار آسیب‌شناختی می‌شوند (۱۷-۲۰). همچنین نتایج به دست آمده از مطالعات طولی عصب روان‌شناختی بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده است که بیشتر از ۷۵٪ از این بیماران آسیب‌های شناختی ناشی از سرطان در حین درمان و بالای ۳۵٪ نیز CRCI چند ماه تا چند سال پس از پایان درمان نشان خواهند داد (۱۵). شیوع بلند مدت CRCI

یک مشکل مهم شناسایی می‌کنند که به اندازه کافی توسط ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به آن پرداخته نمی‌شود (۸). خستگی مرتبط با سرطان یک مفهوم چند بعدی است که بر حوزه‌های فیزیکی (انرژی کمتر و نیاز بیشتر به خواب)، شناختی (کاهش تمرکز و توجه) و هیجانی (کاهش انگیزه) تأثیر می‌گذارد. CRF کیفیت زندگی (QOL) نجات یافتگان سرطان و بازگشت دوباره آن‌ها به زندگی عادی را محدود می‌کند، از جمله توانایی آن‌ها برای بازگشت به کار و نسبت به خستگی عادی ناتوان کننده است. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که شدت و مدت خستگی تجربه شده توسط بیماران سرطانی و نجات یافتگان به‌طور قابل توجهی بیشتر از افراد بدون سابقه سرطان است (۳۴). دشواری‌های تشخیص و درمان در حوزه سرطان به خستگی در بیماران دامن زده و این مسأله مشکلات متعددی در حوزه سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران در پی دارد.

سرطان به عنوان یکی از بحران‌های جدی پیش رو زندگی انسان در عصر مدرن محسوب می‌شود که با توجه به پیامدهای چندعاملی آن نیازمند توجه ویژه پژوهشگران و درمانگران در حوزه‌های مرتبط است. رشد روزافزون سرطان در چند دهه گذشته و اثرات زیان‌بار آن بر مبتلایان موجب شده است که سیستم مراقب بهداشتی به این بیماری توجه ویژه‌ای داشته باشد، به‌طوری‌که متخصصان سلامت، سرطان را به عنوان مشکل بهداشتی عمده قرن حاضر معرفی کرده‌اند. از سوی دیگر در سال‌های اخیر باوجود پیشرفت‌های چشمگیر درمانی در حوزه سرطان، نجات‌یافتگان از این بیماری در حال افزایش است که این مسأله مشکلات سلامت روان و کیفیت زندگی این افراد را بیشتر موردتوجه قرار داده است. شناسایی متغیرهای دخیل در سیر و پیش‌آگاهی این بیماری می‌تواند از مشکلات پیش رو این بیماران تا حد زیاد کاسته و به روند درمان آن‌ها کمک شایانی داشته باشد. از این‌رو در پژوهش حاضر پس از واکاوی ادبیات پژوهش و در قالب چارچوب نظری مشخص شده به مدل مفهومی مطالعه حاضر مبنی بر رابطه مستقیم و غیرمستقیم بین کنترل شناختی و خستگی ناشی از سرطان با PTSD و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته شد. همان‌طور که در شکل ۱ نمایان است در این مطالعه کنترل شناختی متغیر مکنون پیش بین است که رابطه مستقیم و غیر مستقیم آن با متغیرهای مکنون ملاک (نشانگان استرس پس از تروما و

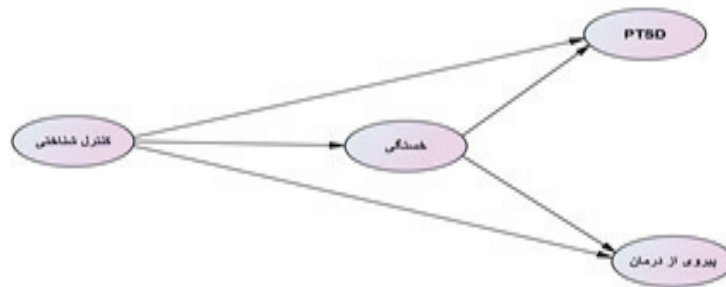
پس از درمان بین ۳۵ تا ۶۰٪ تخمین زده شده است (۲۱) و ممکن است حتی تا ۲۰ سال پس از تکمیل شیمی‌درمانی نیز ادامه داشته باشد (۲۲). این مشکلات باعث کاهش کارکرد روزانه و عملکرد شغلی افراد شده (۲۳) و با کاهش شاخص‌های سلامت روان و کیفیت زندگی همراه است (۲۳-۲۵).

همان‌طور که پیش‌تر به آن پرداختیم یکی از ضعف‌های شناختی تأثیرگذار در بیماران مبتلابه سرطان پستان، نقص در کارکردهای اجرایی است. هرچند که در مورد تعریف دقیق کارکردهای اجرایی بین متخصصین و صاحب‌نظران این حوزه انسجام نظری لازم وجود ندارد (۲۶)، ولی دریکی از مهم‌ترین و شناخته شده‌ترین مدل‌های موجود دیاموند (۲۷) سه مؤلفه اصلی کارکردهای اجرایی را شامل حافظه کاری (بروز رسانی)، بازداری (کنترل مهاری) و انعطاف‌پذیری شناختی (جابجایی) معرفی کرده است. در این مدل، حافظه کاری و کنترل مهاری هم‌پوشانی تحولی دارند که تحول انعطاف‌پذیری شناختی نیز بر اساس تحول این دو مؤلفه کلیدی اتفاق خواهد افتاد. از این‌رو، یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی نقش پیش بین کنترل شناختی در ارتباط با متغیرهای PTSD و پیروی از درمان در قالب مدل مفهومی برآمده از ادبیات پژوهش و چارچوب نظری مطالعه حاضر است.

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در رابطه بین آسیب‌های شناختی ناشی از سرطان و پیامدهای سرطان تأثیرگذار باشد خستگی ناشی از سرطان است (۲۸). خستگی آزاردهنده‌ترین و بادوام‌ترین علائم در بازماندگان سرطان پستان پس از درمان گزارش شده است و با نشانگان استرس پس از سانحه، ترس از عود، عدم رعایت رفتارهای خودمراقبتی، پریشانی روان شناختی و عدم پیروی از دستورات پزشکی و درمان رابطه دارد (۲۸-۳۱) خستگی و شکایات شناختی مرتبط با سرطان علائم شایع پس از تشخیص و درمان سرطان پستان هستند. هر دوی این علائم می‌توانند تا سال‌ها پس از پایان درمان اولیه باقی بمانند و منجر به پیامدهای نامطلوب جسمی، روانی و اجتماعی-اقتصادی شوند (۳۲-۳۴). خستگی مرتبط با سرطان یک مشکل برای بخش قابل توجهی از نجات یافتگان سرطان در طول و بعد از درمان فعال سرطان است. خستگی علامتی است که به‌طور معمول توسط نجات یافتگان سرطان در تمام مراحل مسیر بیماری تجربه می‌شود. نجات یافتگان خستگی را به عنوان

و ملاک نقش میانجی دارد که در قالب فرضیه‌های پژوهش به محک آزمایش گذاشته خواهند شد.

پیروی از درمان) پرداخته شد. هم چنین متغیر مکنون خستگی ناشی از سرطان در رابطه بین متغیرهای پیش بین



شکل ۱. مدل مفهومی روابط مفروض بین متغیرهای پژوهش

فرآیند پردازش شناختی آسیب برساند و باعث مخدوش شدن نتیجه مطالعه شود) از روند مطالعه خارج شدند.

ابزارهای پژوهش

چک لیست PTSD برای غیرنظامیان (PCL-5): این چک لیست رایج‌ترین ابزار خود گزارش دهی علائم اختلال استرس پس از سانحه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 است که دارای ۲۰ ماده و ۴ زیر مقیاس علائم و نشانه‌های تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا (۵ گویه)، اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا (۲ گویه)، تغییرات منفی در شناخت و خلق مرتبط با رویداد (۷ گویه) و برانگیختگی و واکنش‌پذیری در ارتباط با رویداد آسیب (۶ گویه) است (۳۵). شرکت‌کنندگان در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از هرگز (۰) تا بسیار زیاد (۴) باید مشخص کنند که در ماه گذشته به چه میزان هر یک از علائم موجب ناراحتی آن‌ها شده است. دامنه نمرات شرکت‌کنندگان بین صفر تا ۸۰ است. همسانی درونی این مقیاس در مطالعه بلوینز و همکاران (۳۵) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/94$) و پایایی باز آزمایشی آن ($I=0/82$) گزارش شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران در مطالعه ورمقانی و همکاران (۳۶) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/9$) گزارش شده است. همچنین در مطالعه حاضر همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ($\alpha=0/86$) گزارش شد.

مقیاس ارزیابی کارکردهای اجرایی بزرگسالان (The Adult Executive Functioning Inventory): این مقیاس خود گزارشی توسط هالست و ترول (۳۷) جهت سنجش کارکردهای اجرایی (حافظه کاری و بازداری) در افراد بزرگسال طراحی شده است. مقیاس حاضر شامل ۱۴ پرسش است

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک طرح همبستگی انجام شد. جامعه در دسترس این مطالعه شامل تمامی زنان ۱۸ تا ۶۰ سال مبتلابه سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیک آنکولوژی بیمارستان کوثر شهر کرج در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ بود. با توجه به متغیرهای مکنون موجود در مدل مفهومی پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار مدل‌سازی معادلات ساختاری بر اساس آلفای $0/05$ ، درجه آزادی 64 ، توان $0/8$ ، $0/05$ RMSEA در فرضیه صفر و $0/1$ RMSEA در فرضیه جایگزین با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس حجم نمونه ۲۱۵ به دست آمد. نظر به این‌که ۹ نفر از شرکت‌کنندگان از روند مطالعه حذف شدند، در نهایت نمونه مطالعه حاضر شامل ۲۰۶ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به این پژوهش شامل ابتلا به سرطان پستان و مرحله I تا IIIA بیماری؛ بیمارانی که سابقه دریافت درمان‌های رایج برای سرطان پستان از جمله جراحی یا شیمی‌درمانی داشتند؛ گذشتن حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری سرطان پستان؛ حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۶۰ سال در زمان تشخیص بیماری سرطان پستان؛ داشتن تحصیلات راهنمایی به بالاتر؛ تسلط به زبان رسمی؛ حداقل دو ماه از آخرین جراحی، شیمی‌درمانی و رادیو درمانی آن‌ها گذشته باشد. همچنین بیماران دارای اختلال‌ها و ویژگی‌های حاد روان‌پزشکی و سابقه بستری در بیمارستان روانی؛ دارای سابقه تشنج، بیماری‌های نورولوژیک و یا شرایط پزشکی حادی که عملکرد شناختی را تحت تأثیر قرار دهد؛ ابتلا هم‌زمان به سایر انواع سرطان (زیرا افرادی که چند نوع سرطان دارند، ممکن است احساسات شدیدی را تجربه کنند که به

در مطالعه آقایوسفی و همکاران (۴۳) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه مؤلفه جسمانی، عاطفی و شناختی در بیماران مبتلابه سرطان پستان به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۸۵ گزارش شد. همسانی درونی این مقیاس در این مطالعه با استفاده از آلفای کرونباخ برای سه مؤلفه جسمانی، عاطفی و شناختی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ به دست آمد

پرسش‌نامه پیروی از درمان: این مقیاس خود گزارشی دارای ۸ پرسش است، توسط موریسکی (۲۰۰۸) طراحی شده است. هرچه نمره کسب شده توسط پاسخ دهندگان بیشتر باشد، نشان دهنده پیروی ضعیف از درمان است. همسانی درونی نسخه اصلی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۸۳) گزارش شده است. همسانی درونی این مقیاس در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۹) به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

با توجه به شیوع پاندمی کرونا پرسشنامه‌های این مطالعه به صورت آنلاین (برخط) در Google form بارگذاری شد و پس از انجام هماهنگی‌های لازم لینک پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران شرکت‌کننده قرار گرفت. ابتدا از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کسب شد؛ احترام به اصل رازداری شرکت‌کنندگان در تمامی مراحل پژوهش رعایت شد به طوری که جهت محرمانه بودن، اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان ارائه و اسامی آن‌ها حذف گردید؛ هیچ مانعی جهت خروج شرکت‌کنندگان در صورت عدم تمایل از روند پژوهش وجود نداشت و در صورت تمایل توانستند از نتایج آزمون‌های خود نیز مطلع گردند؛ همچنین اجرای این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.1401.1401.014 انجام شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌ها به صورت فایبل اکسل دانلود و پس از آن جهت تجزیه و تحلیل وارد نرم‌افزار SPSS26 شد. سپس داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش پیشرفته آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری SEM، با استفاده از نرم‌افزار SmartPLS 4 در قالب مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۲۰۶ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان بودند که از این بین ۲۴ نفر (۱۱/۷ درصد)

و شرکت‌کنندگان در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۵ به پرسش‌های آن پاسخ می‌دهند، دامنه نمرات در خرده مقیاس حافظه کاری (دارای ۹ ماده) بین ۹ تا ۴۵ و برای خرده مقیاس بازداری (دارای ۵ ماده) بین ۵ تا ۲۵ و نمره کل کارکردهای اجرایی نیز بین ۱۴ تا ۷۰ در نوسان است. در مطالعه اصلی پایایی باز آزمایشی این مقیاس بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۲ و همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای حافظه کاری (۰/۹۰)، بازداری (۰/۷۷) و نمره کل کارکردهای اجرایی (۰/۹۱) گزارش شده است (۳۷). در مطالعه پرهون، پرهون و ترول (۳۸) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۵ و پایایی باز آزمایشی بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۲ گزارش شد.

مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی: این مقیاس خود گزارشی توسط دنیس و واندروال (۳۹) جهت سنجش انعطاف‌پذیری شناختی طراحی شده است و دارای ۲۰ ماده است که در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس دارای دو عامل پردازش حل مسأله و ادراک کنترل‌پذیری است. همسانی درونی این مقیاس در نسخه اصلی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، حل مسأله و کنترل‌پذیری به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و پایایی آن با استفاده از روش باز آزمایشی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ گزارش شده است (۳۹). در پژوهش کهندانی و ابوالمعالی (۴۰) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس و دو خرده مقیاس حل مسأله و کنترل‌پذیری به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ گزارش شده است.

مقیاس خستگی ناشی از سرطان (Cancer fatigue scale): این مقیاس خود گزارشی دهی توسط اوکمیاما و همکاران (۴۱) جهت سنجش خستگی ناشی از سرطان طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه است و سه زیر مؤلفه جسمانی (۶ گویه)، عاطفی (۴ گویه) و شناختی (۴ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد و در طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. کم‌ترین نمره‌ای که فرد می‌تواند کسب کند صفر و بیشترین نمره ۶۰ است. در مطالعه اوکمیاما و همکاران (۴۲) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه خرده مقیاس جسمانی، عاطفی و هیجانی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین،

بر این ۱۲۴ نفر (۲,۶۰ درصد) از شرکت‌کنندگان متأهل و ۸۲ نفر (۸,۳۹ درصد) نیز مجرد بودند. در ادامه شاخص‌های توصیفی نمرات شرکت‌کنندگان (میانگین، انحراف معیار، کشیدگی، کجی و نرمال بودن توزیع) در متغیرهای کنترل شناختی، خستگی، علائم استرس پس از سانحه و پیروی از درمان در جدول ۱ گزارش شده است.

در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۲۷ نفر (۶۱/۷ درصد) در دامنه سنی ۳۱ تا ۴۵ سال و ۵۵ نفر (۲۶/۷ درصد) نیز در دامنه ۴۶ تا ۶۰ سال سن بودند. همچنین در متغیر جمعیت شناختی سطح تحصیلات ۴۸ نفر (۳,۲۳ درصد) سیکل، ۷۳ نفر (۴,۳۵ درصد) دیپلم، ۵۷ نفر (۷,۲۷ درصد) لیسانس و ۲۸ نفر (۶,۱۳ درصد) نیز کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. افزون

جدول ۱: ویژگی‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	M	SD	کشیدگی	کجی	شاپیرو-ویلکز	df	معناداری
حافظه کاری	۲۷/۷۹	۸/۷۷	-۰/۳۶	-۰/۷۱	-۰/۹۶۶	۲۰۶	<۰/۰۰۱
بازداری	۱۵/۱۹	۴/۹۸	-۰/۲۵	-۰/۵۱	-۰/۹۷۵	۲۰۶	<۰/۰۰۱
حل مساله	۵۳/۷۴	۱۶/۷۹	-۰/۵۷	-۰/۰۶	-۰/۹۶۵	۲۰۶	<۰/۰۰۱
کنترل	۲۶/۱۹	۵/۵۹	-۰/۳۵	-۰/۲۳	-۰/۹۸۳	۲۰۶	<۰/۰۰۱
خستگی جسمانی	۱۴/۰۶	۶/۹۶	-۰/۴۳	-۰/۷۶	-۰/۹۵۵	۲۰۶	<۰/۰۰۱
خستگی عاطفی	۸/۰۴	۴/۱۰	-۰/۳۳	-۰/۵۸	-۰/۹۶۰	۲۰۶	<۰/۰۰۱
خستگی شناختی	۸/۳۲	۴/۱۰	-۰/۴۶	-۰/۵۷	-۰/۹۵۴	۲۰۶	<۰/۰۰۱
تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا	۱۰/۸۰	۵/۰۳	-۰/۵۱	-۰/۵۰	-۰/۹۵۷	۲۰۶	<۰/۰۰۱
اجتناب	۴/۳۱	۲/۱۴	-۰/۴۵	-۰/۴۰	-۰/۹۵۳	۲۰۶	<۰/۰۰۱
تغییرات منفی در شناخت و خلق	۱۴/۸۳	۶/۶۹	-۰/۵۷	-۰/۳۴	-۰/۹۵۳	۲۰۶	<۰/۰۰۱
بیش برانگیختگی	۱۲/۹۶	۵/۷۴	-۰/۵۷	-۰/۱۱	-۰/۹۵۹	۲۰۶	<۰/۰۰۱
پیروی از درمان	۹/۶۸	۲/۰۹	-۰/۶۴	-۰/۶۱	-۰/۹۰۶	۲۰۶	<۰/۰۰۱

ادامه به آن خواهیم پرداخت. پیش از پرداختن به تحلیل مدل و مدل‌سازی معادلات ساختاری لازم است تا میزان و جهت ارتباط بین متغیرها مشخص شود از این رو ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ گزارش شده است شاخص‌های نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکز حاکی از آن است که توزیع نمرات متغیرهای پژوهش حاضر از فرض نرمال پیروی نمی‌کند و باید از روش‌های متناسب با توزیع داده‌ها استفاده کرد که در

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. حافظه کاری	-					
۲. بازداری	۰/۸۴**	-				
۳. انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۴۶**	۰/۴۸**	-			
۴. خستگی	۰/۶۹**	۰/۶۳**	۰/۵۲**	-		
۵. PTSD	۰/۸۰**	۰/۷۵**	۰/۴۷**	۰/۸۱**	-	
۶. پیروی از درمان	-۰/۲۸**	-۰/۳۱**	۰/۱۳	-۰/۳۱**	-۰/۳۲**	-

ساختاری بین متغیرها را با استفاده مدل معادلات ساختاری موردبررسی قرارداد و از این لحاظ مانعی وجود ندارد. از این رو

نتایج گزارش شده در جدول ۲ حاکی از همبستگی معنادار بین متغیرهای پژوهش است. از این رو، می‌توان روابط

شده (Standard Root Mean Squared Residual) و شاخص برآزش هنجار شده (Normed Fit Index) جهت ارزیابی مدل مفروض در اختیار پژوهشگران قرار گرفته است. ارزش عددی برای شاخص برآزش SRMR ۰/۰۳ به دست آمد که کمتر از ۰/۰۸ و مقدار ارزش عددی NFI نیز ۰/۹۴ گزارش شد که بالاتر ۰/۹ است. از این رو می توان چنین عنوان کرد که مدل مفروض پژوهش حاضر از برآزش لازم با داده ها برخوردار است. در ادامه نتایج روایی همگرا، پایایی سازه، پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ در جدول ۳ گزارش شده است. جهت ارزیابی روایی همگرا از شاخص میانگین واریانس استخراج شده (AVE) استفاده شد. همچنین، جهت محاسبه همسانی درونی بین شاخص های یک متغیر پنهان از شاخص پایایی ترکیبی استفاده شد. دامنه عددی پایایی ترکیبی بین صفر و یک است و ارزش عددی بزرگتر از ۰/۷ نشان دهنده همسانی درونی قابل قبولی بین شاخص های یک متغیر مکنون است.

با توجه به تخطی یافته های پژوهش از فرض نرمال بودن باید از نرم افزارهای کواریانس محور استفاده کرد که معتبرترین آنها SmartPLS 4 است که در این مطالعه جهت بررسی مدل اندازه گیری و ساختاری پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. متخصصین حوزه مدل سازی معادلات ساختاری دلایل برتری و استفاده بهینه از این نرم افزار را شامل مواردی مانند عدم وابستگی به توزیع نرمال یافته ها که در مطالعه حاضر نیز رعایت نشد، پاسخ گو بودن در نمونه های پایین، معتبر بودن جهت به محک آزمایش گذاشتن مدل های اولیه و نابالغ و قدرت این نرم افزار در مدل های دارای متغیر میانجی و تعدیل گر است.

مدل اندازه گیری

تحلیل مدل اندازه گیری برای مدل مفهومی پژوهش حاضر در نرم افزار smartPLS 4 بر اساس ارزیابی شاخص های روایی، پایایی و برآزش مدل انجام شد (۴۶). در smartPLS 4 دو شاخص کلی ریشه میانگین مربعات باقی مانده استاندارد

جدول ۳. ضریب آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و روایی همگرا برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	آلفای کرونباخ (α)	شاخص rho	پایایی ترکیبی (CR)	شاخص AVE
کنترل شناختی	۰/۸۱	۰/۸۷	۰/۸۳	۰/۶۳
خستگی ناشی از سرطان	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۸۰
PTSD	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۸۱
پیروی از درمان	۱	۱	۱	۱

واگرا یعنی این که تا چه حد یک سازه از سایر سازه ها کاملاً مجزا است. بدین معنا که دو متغیر یک مفهوم را اندازه گیری نمی کنند و هر کدام از متغیرها سازه متفاوتی را اندازه گیری می کنند (۴۴). در پژوهش حاضر از شاخص چند خصیصه (Heterotrait-Monotrait Ratio) جهت بررسی روایی واگرا در مدل اندازه گیری استفاده شد. نقطه برش قابل قبول برای شاخص HTMT ۰/۹ است و نمره پایین تر از ارزش عددی مطرح شده نشانه روایی واگرا بین دو متغیر است.

با توجه به نتایج ضرایب شاخص های آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و روایی همگرا مطرح شده در جدول ۳ می توان نتیجه گرفت که متغیرهای پژوهش از همسانی درونی قابل قبول برخوردار هستند. همچنین روایی همگرا جهت سنجش میزان تبیین متغیر مکنون از طریق متغیرهای آشکار مورد استفاده قرار می گیرد. با توجه به این که مقدار قابل قبول برای پذیرش شاخص میانگین واریانس استخراج شده $AVE > 0/5$ است از این رو با توجه به یافته های گزارش شده در جدول ۳ متغیرهای مطالعه حاضر از روایی همگرا قابل قبولی برخوردار هستند. روایی

جدول ۴. شاخص های HTMT جهت بررسی روایی واگرا

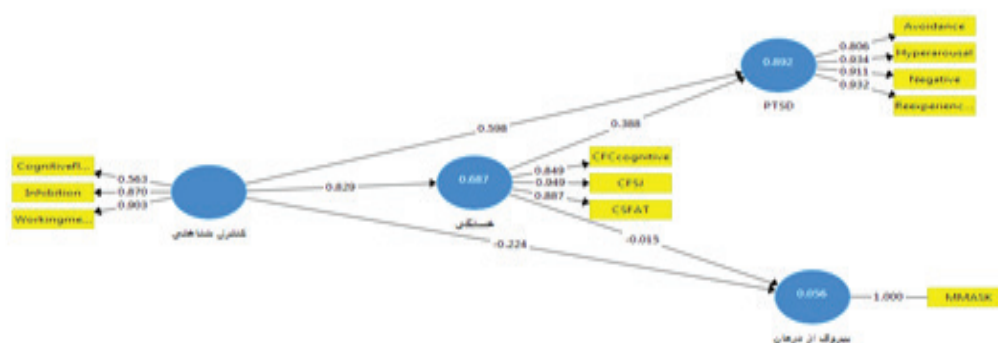
متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. کنترل شناختی	-				
۲. خستگی	۰/۸۱	-			
۳. PTSD	۰/۸۳	۰/۶۸	-		
۴. پیروی از درمان	۰/۲۳	۰/۲۰	۰/۱۸	-	
				۰/۲۵	-

متغیرهای مکنون را مورد بررسی قرار می‌دهد. مدل ساختاری نیز دارای چندین شاخص و معیار است که باید ارزیابی و تایید شود تا بتوان به نتایج حاصل از مدل و داده‌های گردآوری شده با اطمینان بالا استناد نمود. این معیارها شامل بررسی ضرایب مسیر (بتا) و معناداری آن (مقادیر t-value)، بررسی شاخص ضریب تعیین (R^2) متغیرهای مکنون درون‌زا است. مدل ساختاری به رابطه بین شاخص‌ها و متغیر مکنون کاری ندارد، بلکه بر مبنای فرضیه‌های پژوهش به بررسی رابطه بین متغیرهای پنهان می‌پردازد.

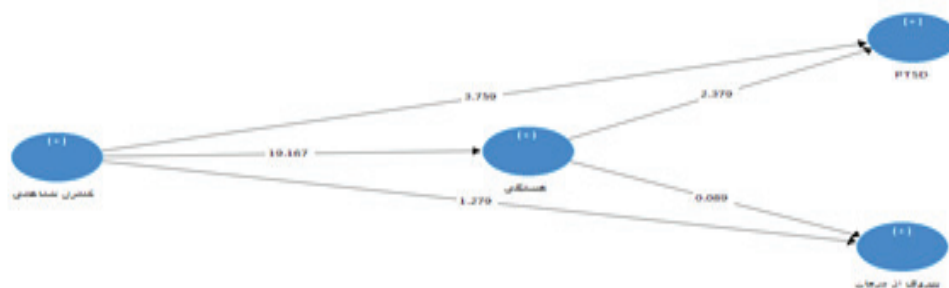
با توجه به ارزش عددی HTMT در جدول ۴ تمامی ضرایب به دست آمده از نقطه برش تعیین شده یعنی ۰/۹ کوچک‌تر بودند که این مساله بیانگر روایی و اگرای قابل قبول بین متغیرهای پژوهش است. در ادامه با توجه به اتمام بررسی ویژگی‌های مدل اندازه‌گیری به بررسی شاخص‌های مدل ساختاری (مدل درونی یا رابطه بین متغیرهای مکنون) پرداخته شد.

مدل ساختاری

در ادامه شاخص‌های مدل ساختاری را مورد بررسی قرار خواهیم داد. مدل ساختاری مدلی است که رابطه بین



شکل ۲. مدل پژوهش در حالت ضرایب مسیر استاندارد شده (ارزیابی مدل‌های ساختاری)



شکل ۳ مقادیر T-Value مدل پژوهش

جدول ۵. بررسی فرضیه‌های مستقیم پژوهش

نتیجه	P	T_value	β	مسیر: متغیر مکنون پیش بین -> متغیر مکنون ملاک
معنادار	<0/001	3/76	0/598	کنترل شناختی -> PTSD
عدم معناداری	0/20	1/29	0/225	کنترل شناختی -> پیروی از درمان
معنادار	<0/001	19/17	0/829	کنترل شناختی -> خستگی
معنادار	0/021	2/38	0/389	خستگی -> PTSD
عدم معناداری	0/93	0/09	0/015	خستگی -> پیروی از درمان

درمان در بیماران مبتلابه سرطان پستان انجام شد. در پاسخ به فرضیه نخست پژوهش مبنی بر این که کنترل شناختی به‌طور مستقیم و غیر مستقیم از طریق خستگی با نشانگان PTSD در بیماران مبتلابه سرطان پستان رابطه دارد. نتایج به دست آمده از ضرایب رگرسیونی استاندارد مدل مفروض پژوهش اثر مستقیم این رابطه را تأیید کرد. در مرحله بعد با اضافه شدن متغیر میانجی یعنی خستگی رابطه بین متغیر مکنون پیش بین (کنترل شناختی) و متغیر مکنون ملاک (نشانگان PTSD) هم چنان معنادار بود، از این رو، می‌توان چنین عنوان کرد که خستگی شناختی در رابطه بین کنترل شناختی و نشانگان PTSD نقش میانجی جزئی ایفا کرده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه مبنی بر نقش متغیرهای شناختی و هیجانی در پیش‌بینی و پایداری نشانگان PTSD در بیماران مبتلابه سرطان پستان (۴۲)، انواع دیگر سرطان (۴۵) و دیگر حوادث تروماتیک همسو است (۴۶).

این یافته در چارچوب نظری موجود مانند مدل شناختی اهلرز و کلارک (۴۷، ۴۸) نیز قابل تبیین است. بر اساس این مدل الگوی حفظ نشانگان استرس در بیماران مبتلابه سرطان که به نوعی دچار یک حادثه تروماتیک شده‌اند اهمیت شناخت در وجود تهدید در زمان حال است که این مساله مدام ذهن بیماران را در باتلاق‌های روانی و دام‌های تنیده در گذشته گرفتار می‌کند و منجر به حالت دائمی تهدید در زمان اکنون و اضطراب نسبت به آینده خواهد شد. آنچه در مدل شناختی اهلرز و کلارک، بر آن تأکید شده است این مساله است که ارزیابی تهدید می‌تواند منجر به رشد و تداوم علائم PTSD در افراد شود. همچنین در این مدل بر نقش پردازش شناختی به عنوان تفسیر تجربه و علائم تجربه مجدد و فلاش‌بک‌ها در قالب ارزیابی اشاره شده است. از این رو تهدید مداوم و نحوه ارزیابی و نگرش بیماران از این تهدید منجر به تداوم و مزمن شدن نشانگان PTSD در بیماران مبتلابه سرطان پستان شده و این نگرانی و چالش مداوم بر شاخص‌های سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها اثرات مخربی در پی دارد و می‌تواند تأثیرات درمان‌های پزشکی را تحت تأثیر قرار داده و منجر به دور باطل شکست در درمان و مشکلات شناختی و روان‌شناختی در این بیماران شود.

افزون بر این، در پاسخ به فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این که کنترل شناختی به‌طور مستقیم و غیر مستقیم

همان‌طور که در جدول ۵ قابل مشاهده است بر اساس آماره t -Values و مقدار احتمال به دست آمده رابطه مستقیم بین کنترل شناختی با نشانگان استرس پس از سانحه، کنترل شناختی با خستگی و خستگی با PTSD معنادار و بین کنترل شناختی با پیروی از درمان و خستگی با پیروی از درمان رابطه معنادار گزارش نشد. دومین معیار بررسی مدل ساختاری، ضریب تعیین مربوط به متغیرهای مکنون درون‌زا (وابسته) در مدل است و نشان دهنده تأثیر یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا است که سه مقدار $0/19$ ، $0/33$ و $0/67$ به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی ضریب تعیین در نظر گرفته می‌شوند. هر چه ضریب تعیین مربوط به سازه‌های درون‌زای یک مدل بیشتر باشد، نشان از برآزش بهتر مدل است. مقدار R^2 برای سازه‌های PTSD و خستگی به ترتیب برابر $0/89$ و $0/69$ به دست آمد که ناشی از وضعیت قوی و مطلوب آنها است. همچنین مقدار R^2 برای متغیر پیروی از درمان در وضعیت ضعیف قرار داشت. در ادامه نقش میانجی خستگی در رابطه بین متغیر مکنون و پیش بین و ملاک به محک آزمایش گذاشته شد.

نقش میانجی خستگی ناشی از سرطان

جهت بررسی نقش میانجی خستگی ناشی از سرطان از روش Bootstrapping استفاده شد. در رابطه مستقیم بین کنترل شناختی و PTSD ($T=27/13$; $P<0/001$) به دست آمد، سپس در مرحله بعد خستگی به عنوان متغیر میانجی به مدل اضافه شد که نتایج ($T=5/23$ $P<0/001$) دوباره معنادار ولی مقدار بتا کاهش نشان داد. از این رو می‌توان چنین عنوان کرد که در رابطه بین کنترل شناختی و PTSD خستگی نقش میانجی جزئی ایفا می‌کند. همچنین در رابطه مستقیم بین کنترل شناختی و پیروی از درمان ($P<0/001$)؛ به دست آمد. سپس خستگی به عنوان متغیر میانجی به مدل اضافه شد که نتایج معنادار نبود ($T=1/46$; $P=0/14$) از این رو می‌توان چنین بیان کرد که خستگی ناشی از سرطان در رابطه بین کنترل شناختی و پیروی از درمان در بیماران مبتلابه سرطان نقش میانجی کامل دارد.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش میانجی خستگی در رابطه بین کنترل شناختی با نشانگان PTSD و پیروی از

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر حاکی از نقش میانجی خستگی ناشی از سرطان در رابطه بین کنترل شناختی با نشانگان PTSD و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. از این رو با توجه به نقش متغیرهای شناختی در پیشگیری، سیر و درمان بیماری سرطان پستان، می‌توان چنین عنوان کرد که بهبود مشکلات شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌تواند در کنار اثراتی که بر ارتقاء عملکرد این بیماران دارد در جهت مدیریت شرایط استرس‌زا پس از تشخیص، ادراک درست از بیماری و داشتن انتظارات مبتنی بر واقعیت از درمان‌های دارویی و روان‌شناختی نیز تعیین‌کننده باشد. شایان‌ذکر است که تفسیر نتایج به دست آمده از این مطالعه باید در کنار محدودیت‌های موجود مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به ماهیت مقطعی مطالعه حاضر و حجم نمونه مورد مطالعه در تعمیم‌پذیری یافته‌های به دست آمده باید با احتیاط عمل کرد. نظر به این‌که اطلاعات به دست آمده به صورت خود گزارشی و از نمونه بیماران مبتلا به سرطان پستان به دست آمد، از این رو پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی در کنار مقیاس‌های خود گزارشی از ابزارهای مبتنی بر عملکرد نیز جهت سنج متغیرهای مورد مطالعه استفاده و مدل مفهومی مفروض در این مطالعه در نمونه‌هایی از دیگر سرطان‌ها نیز مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از تز دکتری نویسنده نخست پژوهش است؛ بدین‌وسیله از تمامی بیماران شرکت‌کننده که در راه گردآوری یافته‌های این مطالعه نهایت همکاری را با ما داشتند نهایت سپاس و قدردانی را به عمل می‌آوریم.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نشده است.

از طریق خستگی ناشی از سرطان با پیروی از درمان بیماران مبتلا به سرطان رابطه دارد. نتایج به دست آمده از ضرایب رگرسیونی استاندارد مدل مفروض رابطه مستقیم کنترل شناختی با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان را مورد تأیید قرارداد. در مرحله بعد با اضافه شدن متغیر خستگی ناشی از سرطان به عنوان متغیر میانجی به مدل با توجه به این‌که در مرحله نخست رابطه بین متغیر پیش بین (کنترل شناختی) و متغیر ملاک (پیروی از درمان) معنادار بود و در مرحله پایانی با اضافه شدن متغیر میانجی (خستگی) رابطه بین متغیر پیش بین و ملاک معنادار نبود؛ از این رو می‌توان چنین عنوان کرد که خستگی در رابطه بین کنترل شناختی و پیروی از درمان نقش میانجی کامل ایفا کرد. در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که لنگرگاه کارکردهای اجرایی خودتنظیمی است و این مهارت سطح بالا منجر به تنظیم هیجان، حل مساله، بازداری و تصمیم‌گیری خواهد شد که نتیجه عملی این توانایی‌های سطح بالا رعایت رفتارهای خود مراقبتی و پیروی از درمان خواهد بود (۴۹). از این رو رابطه بین کنترل شناختی و پیروی از درمان نشان می‌دهد که بیمارانی که دارای کنترل شناختی بالا هستند، این مساله باعث انسجام روانی آن‌ها شده که پیامد آن پذیرش فعال بیماری و شرایط حاصل از آن و به تبع آن تبعیت از درمان و رعایت رفتارهای خود مراقبتی است که این مساله باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی خواهد شد. از طرف دیگر بیمارانی که از انعطاف‌پذیری شناختی ضعیف، کنترل مهارتی پایین و ظرفیت حافظه کاری و حل مساله ضعیف برخوردارند این مساله با دامن زدن به نشانگان جسمی باعث وخامت اوضاع شده و بیمار را در دام باتلاق‌های روانی ناشی از بیماری غرق خواهد کرد که پیامد مخرب آن وخامت اوضاع بیماری، عدم پیروی از دستورات پزشکی و رعایت نکردن رفتارهای خود مراقبتی است که به نشانگان PTSD و به تبع آن افزایش مشکلات سلامت روان در این بیماران را در پی خواهد داشت.

References

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(1):7-33.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-49.
3. Kazeminia M, Salari N, Hosseinian-Far A, Akbari H, Bazrafshan M-R, Mohammadi M. The Prevalence of Breast Cancer in Iranian Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Indian Journal of Gynecologic Oncology*. 2022;20(1):14.
4. Whittaker AL, George RP, O'Malley L. Prevalence of cognitive impairment following chemotherapy treatment for breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*. 2022;12(1):2135.
5. Arndt V, Koch-Gallenkamp L, Jansen L, Bertram H, Eberle A, Holleczeck B, et al. Quality of life in long-term and very long-term cancer survivors versus population controls in Germany. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2017;56(2):190-7.
6. Damaskos P, Gerbino S. Introduction to the special issue: Coping with chronic cancer: clinical approaches for oncology social work practice. *Social work in health care*. 2014;53(1):1-4.
7. Zolfa R, Moradi A, Parhoon H, Parhoon K, Jobson L. Feasibility and Acceptability of Written Exposure Therapy in addressing Posttraumatic Stress Disorder in Iranian Patients with Breast Cancer. *Psycho-oncology*. 2022.
8. American Cancer Society (2019) Cancer facts & figures (2019). American Cancer Society AmCSCffhwco.
9. Gurevich M, Devins G, Rodin G. Stress Response Syndromes and Cancer: Conceptual and Assessment Issues. *Psychosomatics*. 2002;43:259-81.
10. Swartzman S, Booth JN, Munro A, Sani F. Posttraumatic stress disorder after cancer diagnosis in adults: A meta-analysis. *Depression and anxiety*. 2017;34(4):327-39.
11. Mounier NM, Abdel-Maged AE, Wahdan SA, Gad AM, Azab SS. Chemotherapy-induced cognitive impairment (CICI): An overview of etiology and pathogenesis. *Life sciences*. 2020;258:118071.
12. Ahles TA, Root JC, Ryan EL. Cancer- and cancer treatment-associated cognitive change: an update on the state of the science. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2012;30(30):3675-86.
13. Rowland JH, Bellizzi KM. Cancer survivorship issues: life after treatment and implications for an aging population. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2014;32(24):2662-8.
14. Ellingson LL. Realistically Ever After: Disrupting Dominant Narratives of Long-Term Cancer Survivorship. *Management Communication Quarterly*. 2017;31(2):321-7.
15. Janelins MC, Kesler SR, Ahles TA, Morrow GR. Prevalence, mechanisms, and management of cancer-related cognitive impairment. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*. 2014;26(1):102-13.
16. Argyriou AA, Assimakopoulos K, Iconomou G, Giannakopoulou F, Kalofonos HP. Either called «chemobrain» or «chemofog,» the long-term chemotherapy-induced cognitive decline in cancer survivors is real. *Journal of pain and symptom management*. 2011;41(1):126-39.
17. Ahles TA, Saykin AJ, McDonald BC, Li Y, Furstenberg CT, Hanscom BS, et al. Longitudinal assessment of cognitive changes associated with adjuvant treatment for breast cancer: impact of age and cognitive reserve. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2010;28(29):4434-40.
18. Biglia N, Bounous VE, Malabaila A, Palmisano D, Torta DM, D'Alonzo M, et al. Objective and self-reported cognitive dysfunction in breast cancer women treated with chemotherapy: a prospective study. *European journal of cancer care*. 2012;21(4):485-92.
19. Tager FA, McKinley PS, Schnabel FR, El-Tamer M, Cheung YK, Fang Y, et al. The cognitive effects of chemotherapy in post-menopausal breast cancer patients: a controlled longitudinal study. *Breast cancer research and treatment*. 2010;123(1):25-34.
20. Wefel JS, Saleeba AK, Buzdar AU, Meyers CA. Acute and late onset cognitive dysfunction

- associated with chemotherapy in women with breast cancer. *Cancer*. 2010;116(14):3348-56.
21. Wefel JS, Kesler SR, Noll KR, Schagen SB. Clinical characteristics, pathophysiology, and management of noncentral nervous system cancer-related cognitive impairment in adults. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2015;65(2):123-38.
 22. Koppelmans V, Breteler MM, Booger W, Seynaeve C, Gundy C, Schagen SB. Neuropsychological performance in survivors of breast cancer more than 20 years after adjuvant chemotherapy. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2012;30(10):1080-6.
 23. Wefel JS, Lenzi R, Theriault RL, Davis RN, Meyers CA. The cognitive sequelae of standard-dose adjuvant chemotherapy in women with breast carcinoma: results of a prospective, randomized, longitudinal trial. *Cancer*. 2004;100(11):2292-9.
 24. Myers JS. Chemotherapy-related cognitive impairment: the breast cancer experience. *Oncology nursing forum*. 2012;39(1):E31-40.
 25. Reid-Arndt SA, Yee A, Perry MC, Hsieh C. Cognitive and psychological factors associated with early posttreatment functional outcomes in breast cancer survivors. *Journal of psychosocial oncology*. 2009;27(4):415-34.
 26. Parhoon K, Moradi A, Alizadeh H, Parhoon H, Sadaphal DP, Coolidge FL. Psychometric properties of the behavior rating inventory of executive function, second edition (BRIEF2) in a sample of children with ADHD in Iran. *Child neuropsychology : a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*. 2022;28(4):427-36.
 27. Diamond A. Executive functions. *Annual review of psychology*. 2013;64:135-68.
 28. Brown LC, Murphy AR, Lalonde CS, Subhedar PD, Miller AH, Stevens JS. Posttraumatic stress disorder and breast cancer: Risk factors and the role of inflammation and endocrine function. *Cancer*. 2020;126(14):3181-91.
 29. Ruiz-Casado A, Álvarez-Bustos A, de Pedro CG, Méndez-Otero M, Romero-Elías M. Cancer-related Fatigue in Breast Cancer Survivors: A Review. *Clinical breast cancer*. 2021;21(1):10-25.
 30. Malgaroli M, Szuhany KL, Riley G, Miron CD, Park JH, Rosenthal J, et al. Heterogeneity of posttraumatic stress, depression, and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: a latent class analysis. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2022.
 31. Arch JJ, Mitchell JL, Genung SR, Judd CM, Andorsky DJ, Bricker JB, et al. Randomized trial of acceptance and commitment therapy for anxious cancer survivors in community clinics: Outcomes and moderators. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2021;89(4):327-40.
 32. Abrahams HJG, Gielissen MFM, Schmits IC, Verhagen C, Rovers MM, Knoop H. Risk factors, prevalence, and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12 327 breast cancer survivors. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*. 2016;27(6):965-74.
 33. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Bernaards C, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer*. 2006;106(4):751-8.
 34. Joly F, Lange M, Dos Santos M, Vaz-Luis I, Di Meglio A. Long-Term Fatigue and Cognitive Disorders in Breast Cancer Survivors. *Cancers*. 2019;11(12).
 35. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of traumatic stress*. 2015;28(6):489-98.
 36. Varmaghani H, Fathi ashtiani A, Poursharifi H. Psychometric Properties of the Persian Version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Journal of Applied Psychological Research*. 2018;9(3):131-42.
 37. Holst Y, Thorell LB. Adult executive functioning inventory (ADEXI): Validity, reliability, and relations to ADHD. *International journal of methods in psychiatric research*. 2018;27(1).
 38. Parhoon K, Parhoon H, Thorell LB. Psychometric properties of the Persian Version of the Adult Executive Functioning Inventory (ADEXI) *Advances in Cognitive Sciences*. 2022.
 39. Dennis J, Vander Wal J. The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Cogn Ther Res*. 2010;34:241-53.

40. Kohandani M, Abolmaali Alhosseini K. Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander Wal and Jillon. *Psychological Methods and Models*. 2017;8(29):53-70.
41. Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Shima Y, Maruguchi M, et al. Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2000;19(1):5-14.
42. 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. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2020;27(1):11-21.
43. Aghayousefi A, Dehestani M, Sharifi Saki S. Effectiveness of Cognitive – Behavioral Education in Reduction of Exhaustion of Cancer of Women Suffering from Breast Cancer. *Health Psychology*. 2016;5(3):7-18.
44. Hair JJF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. *A primer on partial least squares structural equation modeling(PLS-SEM)*: Sage publication; 2013.
45. Payandehdarinejad m. The Relationship between Cognitive Fusion, Sense of Coherence, Rumination, and Psychological distress in Cancer patients: The Mediating role of Emotional Dysregulation. *rph*. 2021;15(1):1-19.
46. Greenblatt-Kimron L, Cohen M. The role of cognitive processing in the relationship of posttraumatic stress symptoms and depression among older Holocaust survivors: a moderated-mediation model. *Anxiety, stress, and coping*. 2020;33(1):59-74.
47. Ehlers A, Clark DM. Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments. *Nordic journal of psychiatry*. 2008;62 Suppl 47(Suppl 47):11-8.
48. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*. 2000;38(4):319-45.
49. Barkley RA. Executive functioning and self-regulation viewed as an extended phenotype: Implications of the theory for ADHD and its treatment. In R. A. Barkley (Ed.), *Attentiondeficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 405–434). The Guilford Press; 20.15.