ORIGINAL ARTICLE

Received:2024/07/04 *Accepted:2024/08/27*

The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Psychological Well-Being and Social Adjustment in Breast Cancer Patients

Nahid Khalilnejad (Ph.D.s)[1], Parviz Asgari (Ph.D.)[2], Hamzeh Ahmadian (Ph.D.)[3], Heydar Eslami Shahrbabaki (Ph.D.)[4]

1.Ph.D. student Health Psychology, Department of Psychology, UAE branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

2.Corresponding Author: Professor Department of Psychology, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Email: Askary47@yahoo.com Tel: 09161116182

3.Assistant Professor Department of Psychology, Sanandaj branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

4.Assistant Professor Department of Psychology, Anar branch , Islamic Azad University, Anar, Iran.

Abstract

Introduction: The present study aimed to determine the effectiveness of quality of life therapy (QoLT) on the psychological well-being and social adjustment of breast cancer patients.

Methods: This study was a semi-experimental intervention with a pre-test, post-test, and two-month follow-up in two groups: experimental and control. The study population consisted of all breast cancer patients who were present at Shohadaye Kargar Hospital in Yazd from September to February 2024. From this population, 31 patients were selected through purposive sampling and were randomly assigned to two groups: experimental (N=15) and control (N=16). The data collection tools included a demographic form, the Ryff's scale of psychological well-being- Short Form (RSPWB-18), and the Social Adjustment Scale (SAS). The data were also analyzed using SPSS-21 software and Chi-square, one-way ANOVA, Kolmogorov-Smirnov test, and repeated measures analysis of variance.

Results: The results indicated that QoLT significantly increased psychological well-being (F=115/70) and social adjustment (F=45/78) in breast cancer patients (P<0/001). Additionally, the effect size of this therapy was high, with 80% for psychological well-being and 61% for social adjustment, and its effects persisted for up to two months after the treatment.

Conclusion: The QoLT has a positive impact on improving the psychological well-being and social adjustment of breast cancer patients. Therefore, it is recommended that alongside routine treatment, QoLT should be utilized to enhance the psychosocial health of breast cancer patients.

Keywords: Quality of Life, Psychological Well-Being, Social Adjustment, Breast Cancer

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

This Paper Should be Cited as:
Author: Nahid Khalilnejad, Parviz Asgari, Hamzeh Ahmadian, Heydar Eslami Shahrbabaki. The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Psychological Well-Being and Social .....Tolooebehdasht Journal. 2024;23(5)34-49 .[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست وسوم
شماره پنجم
آذر ودی
شماره مسلسل: ۱۰۷

تاریخ وصول:۱۴۰۳/۰۴/۱۴
تاریخ پذیرش:۱۴۰۳/۰۶/۰۶

اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان

نویسندگان: ناهید خلیل‌نژاد[۱]، پرویز عسگری[۲]، حمزه احمدیان[۳]، حیدر اسلامی شهربابکی[۴]

۱.دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت،گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی

۲.نویسندهٔ مسئول: استاد گروه روان‌شناسی، واحد اهواز،دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

تلفن تماس: ۰۹۱۶۱۱۱۶۱۸۲ Email:Askary47@yahoo.com

۳.استادیار گروه روان‌شناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۴.استادیار گروه روان‌شناسی، واحد انار، دانشگاه آزاد اسلامی، انار، ایران

چکیده

مقدمه:پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش بررسی: مطالعهٔ حاضر از نوع مداخله‌ای نیمه تجربی به صورت قبل و بعد و پیگیری دو ماهه در دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعهٔ پژوهش تمامی بیماران سرطان پستان بودند که از شهریور تا بهمن سال ۱۴۰۲ در بیمارستان شهدای کارگر شهر یزد حضور داشتند. از بین بیماران، ۳۱ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری هدفمند برگزیده شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (N=۱۵) و کنترل (N=۱۶) جایگزین شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، شامل فرم جمعیت شناختی، پرسش‌نامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف-فرم کوتاه (RSPWB-18) و سازگاری اجتماعی (SAS) بود. داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون‌های خی‌دو، واریانس یک‌طرفه، کلموگروف-اسمیرنوف و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی (F=۱۱۵/۷۰) و سازگاری اجتماعی (F=۴۵/۷۸) در بیماران مبتلا به سرطان پستان شود(p<۰/۰۰۱). همچنین میزان اندازه اثر این درمان برای بهزیستی روان‌شناختی با ۸۰٪ و سازگاری اجتماعی با ۶۱٪ در حد خوب بود و تأثیر آن تا دو ماه پس از درمان ماندگار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود بهزیستی روانی و سازگاری اجتماعی بیماران سرطان پستان بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در کنار درمان روتین این بیماران از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای ارتقای سلامت روانی-اجتماعی بیماران سرطان پستان استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، سازگاری اجتماعی، سرطان پستان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات است.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

امروزه سرطان به عنوان دومین علت مرگ و میر در کشورهای توسعه‌یافته و چهارمین علت در کشورهای در حال توسعه شناخته می‌شود(۱). در این میان، سرطان پستان (Breast cancer) یکی از جدی‌ترین مشکلات سلامت زنان در سراسر جهان محسوب می‌شود(۲). در سال ۲۰۲۱ حدود ۱/۷ میلیون مورد جدید سرطان پستان در سراسر جهان شناسایی شدند(۳) و تخمین زده شد که تا پایان سال ۲۰۲۴، ۳۱۰۷۲۰ مورد جدید سرطان پستان به تعداد زنان مبتلا به این سرطان پستان در ایالات متحده اضافه شود و ۴۲۲۵۰ مورد مرگ و میر ناشی از این بیماری رخ دهد(۴). بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO) پیش‌بینی می‌شود تعداد موارد سرطان پستان در خاورمیانه تا سال ۲۰۳۰ دو برابر شود(۵). در ایران نیز با توجه به رشد شهرنشینی و کاهش فعالیت‌های جسمانی، سرطان پستان با سهم ۲۴/۴ درصدی از کل سرطان‌ها به عنوان شایع‌ترین نوع سرطان در زنان ایرانی شناخته شده است(۶،۷).

عنوان یک بیماری بالقوه تهدید کننده زندگی در کنار روش‌های درمانی پیچیده و چالش برانگیز می‌تواند به عنوان یک ناملایمات با تأثیر عمیق بر سلامت جسمی و روانی آن بیماران تعریف شود(۸،۹). اضطراب، افسردگی، اختلال شناختی، اختلالات سازگاری، اختلال خواب و خستگی مرتبط، استرس پس از سانحه، مسائل مربوط به تصویر بدن و اختلال عملکرد جنسی شایع‌ترین علائم و اختلالات روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان هستند(۱۰) که موجب کاهش عملکرد اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی در این بیماران خواهند شد. بهزیستی روان‌شناختی (Psychological well-being) یک اصطلاح روان‌شناسی است که ابعاد مثبت به ذهن را متبادر می‌کند و به جای سلامت روان مورد استفاده قرار می‌گیرد(۱۱). در واقع، بهزیستی روان‌شناختی در روان‌شناسی مثبت‌نگر یک مفهوم کلی از کیفیت زندگی است که از طریق تعادل عاطفی، احساس انسجام، سرزندگی و رضایت از زندگی شناسایی و ارزیابی می‌شود(۱۲،۱۳). ریف (۱۴) بر این باور است که بهزیستی روانی "تلاش برای تکامل در راستای فراهم ساختن توانایی‌های بالقوهٔ واقعی فرد" است. مؤلفه‌های سازندهٔ بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود، رشد شخصیتی، استقلال، روابط مثبت با دیگران، زندگی هدفمند و تسلط بر محیط است(۱۵،۱۶).

یکی از مؤلفه‌های مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی میزان سازگاری اجتماعی است که مرتبط با عملکرد سالم افراد در موقعیت‌های بین فردی و اجتماعی است(۱۷). اصطلاح سازگاری اجتماعی (Social adjustment) به یک متغیر روان‌شناختی یا سلامت روانی اشاره دارد که به عملکرد در محیط‌های بین فردی مانند روابط همسالان، زناشویی یا خانواده مربوط می‌شود(۱۷،۱۸). همچنین به فقدان رفتارهای خصمانه و پرخاشگرانه اشاره دارد(۱۹). سرطان پستان، تأثیرات روانی و اجتماعی عمده‌ای بر بیماران دارد. سازگاری اجتماعی به عنوان توانایی افراد در حفظ و مدیریت روابط اجتماعی و ایفای نقش‌های اجتماعی خود در مواجهه با تغییرات و چالش‌ها می‌تواند به شدت تحت تأثیر تجربه سرطان پستان قرار گیرد(۲۰).

حمایت اجتماعی قوی و توانایی بیمار در سازگاری با شرایط جدید می‌تواند نه تنها به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند؛ بلکه به بهبود وضعیت روانی و کاهش استرس‌های مرتبط با

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

بیماری نیز منجر شود(۲۱). در واقع درمان‌های مرتبط با سرطان پستان با عوارض جانبی فیزیکی، عملکردی، روانی، شناختی و اقتصادی مرتبط هستند که کیفیت زندگی را در بیماران مختل می‌کند(۲۲،۲۳). کیفیت زندگی (Quality of life) یک مفهوم چند بُعدی است که علاوه بر سلامت جسمی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط را شامل می‌شود(۲۴). این مفهوم بخش مهمی از ارزیابی‌های پزشکی و سنجش وضعیت سلامتی را به خودش اختصاص می‌دهد(۲۵). در روان‌شناسی مثبت‌گرا، کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از اصول اساسی محسوب می‌شود و هدف آن ایجاد تعادل عاطفی، تقویت روابط مثبت با دیگران، احساس استقلال و تسلط بر محیط، دستیابی به اهداف زندگی و رشد شخصیتی فرد است(۲۶). به‌علاوه کیفیت زندگی به معنای درک فرد از جایگاه خود در زندگی است که بر اساس زمینه‌های فرهنگی و ارزش‌های موجود و با توجه به اهداف، انتظارات، باورها و علایق شخصی او تعیین می‌شود. این مفهوم تحت تأثیر وضعیت روانی و جسمی فرد و روابط اجتماعی قرار می‌گیرد(۲۷).

در همین راستا برنامه‌های ارتقاء کیفیت زندگی شامل درمان‌های ترکیبی مبتنی بر الگوهای رفتاری، شناختی، هیجانی و معنوی هستند که می‌توانند به پیشگیری از مشکلات مرتبط با سلامت کمک کنند(۲۸). به‌عبارت دیگر الگوی کیفیت زندگی یک پدیده چند بُعدی و چند علتی است که به بهبود سلامت روانی و اجتماعی فرد کمک کرده و می‌تواند نقش مؤثری در جلوگیری از بروز مشکلات بهداشتی ایفا کند(۲۹). برای مثال گولانت و همکاران(۳۰) در پژوهشی بر روی زنان دارای سرطان پستان نشان دادند بیمارانی که برنامه کیفیت زندگی را آموزش دیده بودند آن را در توانایی خود برای کمک به مدیریت عوارض جانبی درمان مفید می‌دانستند. این برنامه به بیماران در مورد عوارض جانبی خاص سرطان و توانمندسازی آنها برای مقابله موثرتر با بیماری کمک می‌کرد. در واقع وجود مداخله روان‌درمانی یکپارچه و منظم می‌تواند برای افزایش فعالیت بدنی، اوقات فراغت و در نتیجه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان و بازماندگان مورد استفاده قرار گیرد و تغییراتی مثبتی در سبک زندگی آنان ایجاد نماید(۳۱).

دیجیدیو و همکاران(۳۲) در یک پژوهش مروری سیستماتیک به ارزیابی "اثربخشی مداخلات با هدف بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، بازگشت به فعالیت روزانه و سبک زندگی صحیح در بیماران مبتلا به سرطان پستان" پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد درمان‌های روان‌شناختی مانند آموزش روانی و درمان شناختی-رفتاری می‌توانند به تحقق توانبخشی اجتماعی و روانی کمک کند. با این وجود یک رویکرد چند رشته‌ای می‌تواند به حفظ و بازیابی نتایج آسیب دیده جسمی، روانی، اجتماعی و شغلی بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک بسزایی نماید. نقیبی و همکاران(۳۳) در یک پژوهش نیمه تجربی با پیگیری سه ماهه به بررسی اثر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیداواری و شادکامی بیماران سرطان بیمارستان امید شهر مشهد پرداختند.

نتایج آنان نشان داد که این مداخلهٔ درمانی می‌تواند موجب افزایش معنادار شادکامی و امیدواری در بیماران سرطانی شود. جعفری(۳۴) در یک پژوهش نیمه آزمایشی به اثر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در زنان یائسه شهر تهران پرداخت. نتایج او نشان داد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش مهرورزی به

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

خود و چشم‌انداز زمانی به آینده مؤثر بوده و اثر درمانی آن تا سه ماه پس از مداخله نیز ماندگار است.

با توجه به آنچه گفته شد تعداد پژوهش‌هایی که در زمینهٔ درمان کیفیت‌زندگی بر اساس منابع ایرانی و به ویژه در زمینهٔ روان‌درمانی مثبت‌نگر در بیماران سرطان پستان انجام شده باشد بسیار اندک و محدود است.

با توجه به درد و فشارهای جسمی و روانی همراه با بیماری سرطان پستان لازم است در جهت بهبود سلامت روان و کاهش تنش‌های جسمی- روانی از رویکردهای روان‌شناسی به کار گرفته شود. از این‌رو هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و از نوع نیمه تجربی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل استفاده شد. جامعهٔ آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود که از شهریور تا بهمن ماه سال ۱۴۰۲ به بیمارستان شهدای کارگر شهر یزد مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش از نوع نمونه‌گیری هدفمند بود؛ بدین معنا که در ابتدا به بیمارستان نامبرده مراجعه کرده و سپس فهرستی از بیماران مبتلا به سرطان پستان تهیه شد.

در ادامه ضمن برقراری ارتباط با بیماران به هر یک از آنان توضیح دربارهٔ پژوهش، اهداف و فرایند اجرای آن داده شد. در مرحلهٔ بعد به بیماران پیشنهاد دریافت درمان رایگان روان‌درمانی داده شد. بیمارانی که رضایت خود را مبنی بر شرکت در این پژوهش اعلام نمودند از آنان مصاحبهٔ بالینی گرفته شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: ۱-مؤنث بودن، ۲-داشتن سن ۳۰ تا ۶۰ سال، ۳-داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل به بالا، ۴-تشخیص بیماری سرطان پستان توسط متخصص آنکولوژی، ۵-بیمارانی که تحت هورمون‌درمانی قرار دارند (یعنی عمل جراحی رادیکال ماستکتومی اصلاح شده و فرایند شیمی‌درمانی و پرتودرمانی را به پایان رسانده باشند) و ۶-رضایت کامل برای شرکت در پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه بود. ملاک‌های خروج از پژوهش حاضر نیز شامل: ۱-مصرف سیگار و داروهای مسکن، آرامبخش و خواب‌آور ۲-وجود بیماری و ناراحتی شدید که در جریان درمان برای بیمار اختلال ایجاد نماید ۳-عدم حضور افراد منتخب در تمامی جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و ۴-درمان همزمان داروهای روان‌پزشکی یا روان‌درمانی (بر اساس خودگزارش‌دهی) بود. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، ۳۲ نفر از بیماران که شرایط شرکت در این پژوهش را داشتند را انتخاب نموده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفری مداخله و گروه کنترل جایگزین شدند. در پایان درمان اطلاعات یک نفر از بیماران در گروه مداخله (به علت غیبت بیش از سه جلسه در فرایند جلسات درمانی) از پژوهش کنار گذاشته شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل۱.فرم اطلاعات جمعیت شناختی: یک پرسشنامهٔ محقق ساخته برای سنجش ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران سرطان پستان نظیر سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و شغل بود.

۲. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- فرم کوتاه (RSPWB-18): این پرسش‌نامه توسط ریف و سینگر (۳۵) ساخته شده و دارای ۱۸ سؤال است. این پرسش‌نامه خودسنجی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

شامل شش خرده مقیاس همچون پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، داشتن رشد شخصی، هدف در زندگی و استقلال است. نمرات این مقیاس بر اساس لیکرت شش گزینه‌ای "۱=کاملاً موافقم، ۲=موافقم، ۳= کمی موافقم، ۴= نظری ندارم، ۵= مخالفم، ۶=کاملاً مخالفم" درجه‌بندی می‌شود و در دامنهٔ بین ۱۸ تا ۱۰۸ قرار می‌گیرد. از این‌رو، نمرات بالا در این مقیاس حاکی از وجود بهزیستی روانی در افراد است. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس در یک نمونه ۱۱۷ نفری و پس از شش هفته بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. پایایی این پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ با کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد(۳۶). ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۷۶ به دست آمده است.

۳. مقیاس سازگاری اجتماعی (SAS): این پرسش‌نامه توسط بل و همکارانش در سال ۱۹۶۱ساخته شده که شامل ۱۶۰ سؤال و پنج خرده مقیاس سازگاری در خانه، شغل، تندرستی، عاطفی و اجتماعی است. در این پژوهش از ۱۹ سؤال خرده مقیاس اجتماعی استفاده شد که میزان تطابق‌پذیری فرد را با افراد جامعه و نحوهٔ تعامل با آن را مورد ارزیابی قرار می‌داد. نمرات افراد در این مقیاس بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای از ۱=کاملاً مخالفم، ۲=مخالفم؛ ۳=نظری ندارم، ۴=موافقم و ۵=کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ نمرات در این مقیاس بین ۱۹ تا ۱۳۵ بوده و نمرات پایین حاکی از سازگاری اجتماعی خوب بود. ضریب آلفای این مقیاس در ایران برای کل آزمون ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس اجتماعی ۰/۸۰ به دست آمده است(۳۷). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پروژه حاضر ۰/۸۱ به دست آمد. ساختار جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی: در پژوهش حاضر از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، که بر اساس نظریهٔ فریش (۳۸) طراحی شده است استفاده نمود. این روان‌درمانی با به کارگیری از رویکرد رضایت زندگی در روان-شناسی مثبت‌نگر و شناخت درمانی تدوین شده است. لازم به ذکر است روایی محتوایی (CVI و CVR) درمان مبتنی بر کیفیت زندگی توسط ۸ متخصص روان‌شناسی (دکترای بالینی و سلامت) مورد تأیید قرار گرفته است. خلاصهٔ اعتباریابی شده این برنامهٔ درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.در طی اجرای پژوهش، بیماران هر دو گروه، درمان روتین خود (دارو درمانی) را زیر نظر پزشک انجام می‌دادند و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی اعتباریابی شده به صورت گروهی توسط درمانگر در طی ۱۰ جلسه (هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) و به مدت دو ماه (هر هفته دو جلسه مداخلهٔ درمانی) برای گروه آزمایش اجرا شد. در این مدت گروه کنترل، مداخلهٔ روان‌شناختی دریافت نکرد. در فرایند پژوهش ضمن رعایت اصول اخلاقی تلاش بر این شد شأن و منزلت بیماران حفظ گردد. به هریک از بیماران نیز اطلاع داده شد درمان اختیاری بود و هر زمان بخواهند می‌توانند از فرایند درمان خارج شوند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 و با سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای این منظور در ابتدا از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر فراوانی، میانگین، انحراف معیار استفاده شد. در ادامه با رعایت پیش‌فرض‌های نرمان بودن ویژگی‌های کیفی (به کارگیری از آزمون خی‌دو و واریانس یک‌طرفه) و نمرات کمی (به کارگیری از آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف، لوین و کرویت موچلی) از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آنالیز داده‌ها استفاده شد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

جدول ۱: پروتکل جلسات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه	اهداف و محتوای هر جلسه
اول	گرفتن پیش‌آزمون، آشنایی افراد با یکدیگر، تعریف کیفیت زندگی در بهزیستی روانشناختی، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی وآموزش مدل CASIO، ارائه هفت حوزه مهم کیفیت زندگی
دوم	پیدا کردن فلسفهٔ زندگی، رنج، درد و معنا در زندگی همراه با تکنیک‌های رهاسازی افکار منفی
سوم	تعیین عزت‌نفس، احساس ارزشمندی و قدردانی در سلامت روان همراه با تکنیک تنفس شکمی و خودگویهٔ مثبت
چهارم	تعیین توانمندی‌های انسان، هدف‌گزینی درست و ارزش‌گذاری
پنجم	تعیین راهبردهای حل مسائل همراه با خلق یک زندگی نشاط و معنوی
ششم	تعیین معیارهای مطلوب و انتخاب درست رضایت در زندگی، همراه با ابتکارعمل و سرمایه‌گذاری
هفتم	تعیین نقش شادی، نشاط و ارتباط‌های سالم در رضایت از زندگی همراه با تکنیک مدیتشین
هشتم	تعیین حس دوستی و اعتماد در سلامت جامعه (بین اعضای خانواده، دوستان) همراه با تکنیک آرام‌سازی عضلانی
نهم	تعریف و تعیین تفریح، بازی، ورزش و هنر برای سلامت جسمی-روانی همراه با تکنیک تنفس شکمی و خودگویهٔ مثبت
دهم	گذشت، بخشش، افزایش احساسات مثبت همراه با تصویرسازی هدایت شده، گرفتن پس‌آزمون

یافته ها

در ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه آزمایش ۷/۴۱±۳۹/۰۷، گروه کنترل ۵/۷۴±۴۲/۱۳ و میانگین و انحراف استاندارد کلی ۶/۶۷±۴۰/۶۵ بود. بررسی همسانی داده‌های کیفی با استفاده از آزمون‌های تحلیل واریانس یک طرفه و خی‌دو نشان داد که از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی نظیر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اقتصادی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد($p>۰/۰۵$). این بدین معناست که بین دو گروه شرایط یکسانی از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی وجود دارد(جدول ۲).در ادامه به گزارش میانگین و انحراف استاندار نمرات متغیرهای پژوهش و مقادیر آزمون‌های پارامتریک برای سنجش نرمال بودن داده‌های کمی می‌پردازیم. نتایج بر اساس آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد توزیع نمرات بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نیست($p>۰/۰۵$). این بدین معناست که داده‌های از پراکندگی زیادی برخوردار نبوده و توزیع داده‌ها نرمال است. از سوی دیگر، نتایج آزمون لوین نشان داد در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی پراکندگی معناداری وجود ندارد($p>۰/۰۵$). این بدین معنا است که واریانس نمرات بیماران دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیرهای اصلی پژوهش یکسان است.

در نهایت پیش‌فرض کرویت موچلی مبنی بر تساوی کوواریانس‌ها نیز تأیید شد. بنابراین پیش فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد تأیید قرار گرفته شد.در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که پس از حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده در بهزیستی روان‌شناختی ($F=۱۱۵/۷۰$ و $p=۰/۰۰۱$) مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل شده نمرات بهزیستی روان‌شناختی بر

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

حسب عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) در شرکت‌کنندگان تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان تأثیر درمان کیفیت زندگی ۰/۸۰ درصد بوده است. این بدین معناست که ۰/۸۰ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بوده است. بنابراین با احتمال ۹۹ درصد می‌توان گفت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان شود و و اثر درمان آن در حد خیلی خوب بوده است.دیگر نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده در سازگاری اجتماعی (F=۴۵/۷۸ و p=۰/۰۰۱) مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل شده نمرات سازگاری اجتماعی بر حسب عضویت گروهی (آزمایش و کنترل) در شرکت‌کنندگان تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان تأثیر درمان کیفیت زندگی ۰/۶۱ درصد بوده است. این بدین معناست که ۰/۶۱ درصد از تغییرات سازگاری اجتماعی ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بوده است. بنابراین با احتمال ۹۹ درصد می‌توان گفت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند باعث افزایش سازگاری اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شود و و اثر درمان آن در حد خیلی خوب بوده است.

در ادامه از آزمون تعقیبی بنفرونی (Bonferroni) برای آگاهی از تفاوت معناداری بین مراحل اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) استفاده شد(جدول ۵).

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش بین میانگین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون با پیگیری در هر دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

بین نتایج میانگین مراحل پس‌آزمون با پیگیری در بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود داشت و حاکی از نتایج بهتر آزمودنی‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی بوده است. این نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی اثربخش بوده و اثر مداخلهٔ آن تا دو ماده پس از مداخله نیز ماندگار بوده است.

جدول ۲: بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی در گروه‌های پژوهش

متغیر	طبقه‌بندی	گروه آزمایش (N =۱۵)	گروه کنترل (N =۱۶)	سطح معناداری
سن*		۴۰/۸۱ ±۶/۶۴	۳۹/۶۱ ±۷/۲۵	۰/۰۹
وضعیت تأهل **	مجرد	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۳)	۰/۵۱
	متأهل	۱۳ (۸۶/۷)	۱۵ (۹۳/۸)	
تحصیلات **	سیکل	۵ (۳۳/۳)	۳ (۱۸/۸)	۰/۸۲
	دیپلم	۴ (۲۶/۷)	۵ (۳۱/۶)	
	فوق دیپلم و لیسانس	۵ (۳۳/۳)	۷ (۴۳/۸)	
	فوق لیسانس	۱ (۶/۷)	۱ (۶/۳)	
وضعیت اقتصادی **	ضعیف	۳ (۲۰)	۲ (۱۲/۵)	۰/۸۳
	متوسط	۹ (۶۰)	۱۱ (۶۸/۸)	
	خوب	۳ (۲۰)	۳ (۱۸/۸)	

* آزمون تحلیل واریانس یک طرفه همراه با گزارش میانگین و انحراف استاندارد (M ± SD)

** آزمون خی‌دو همراه با گزارش درصد (فراوانی)

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

جدول ۳: میانگین (انحراف معیار) و آمارهٔ کلموگروف-اسمیرنوف (K-S) متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	آزمایش			کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
بهزیستی روان‌شناختی	۵۷/۶۷ ± ۴/۱۷	۷۶/۰ ± ۶/۰۹	۷۵/۵۳ ± ۶/۳	۵۷/۶ ± ۲/۷	۵۷/۴ ± ۲/۶	۵۵/۴ ± ۲/۶۱
سازگاری اجتماعی	۲۳/۳ ± ۳/۶۴	۱۱/۹۳ ± ۲/۰۱	۱۲/۶ ± ۲/۱۳	۲۴/۷ ± ۴/۲۳	۲۴/۳ ± ۴/۱۶	۲۳/۹ ± ۴/۱۲
K-S برای بهزیستی	۰/۷۷	۰/۸۶	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۸۸	۰/۷۹
K-S برای سازگاری	۰/۷۹	۰/۷۰	۰/۶۸	۰/۴۵	۰/۷۶	۰/۳۰

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی در سرطان پستان

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بهزیستی روان‌شناختی	پیش آزمون	۳۷۲۰۵۷/۰	۱	۳۷۲۰۵۷/۰	۱۱۱۳۷/۱۳	۰/۰۰۱	۱
	گروه‌ها	۳۸۶۵/۰	۱	۳۸۶۵/۰	۱۱۵/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	خطا	۹۶۸/۸	۲۹	۳۳/۴۱			
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۳۷۶۶۱/۰۲	۱	۳۷۶۶۱/۰۲	۱۰۶۲/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	گروه‌ها	۱۶۲۲/۰۵	۱	۱۶۲۲/۰۵	۴۵/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	خطا	۱۰۲۷/۶	۳۵	۳۵/۴۳			

جدول ۵: خلاصهٔ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسهٔ زوجی نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل سه گانهٔ اندازه‌گیری

متغیر	مرحلهٔ مرجع	مرحلهٔ مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	فاصلهٔ اطمینان	
						پایین	بالا
بهزیستی روان‌شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	-۹/۰۷	۱/۰۱	۰/۰۰۱	-۱۱/۶۵	-۶/۵۰
		پیگیری	-۷/۸۴	۱/۰۴	۰/۰۰۱	-۱۰/۵۰	-۵/۱۸
	پس آزمون	پیگیری	۱/۲۳	۰/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۹۳
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۸۸	۰/۳۰	۰/۰۰۱	۵/۱۳	۶/۶۴
		پیگیری	۵/۷۴	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۴/۹۲	۶/۵۶
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۷۱	-۰/۴۵	۰/۱۶

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان شناختی و سازگاری اجتماعی بیماران سرطان پستان انجام گرفت. در ابتدا نتایج پژوهش نشان داد درمان کیفیت زندگی با احتمال ۹۹ درصد موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود و ماندگاری تأثیر آن تا دو ماه پس از درمان نیز وجود داشت. میزان اندازه اثر درمان کیفیت زندگی برای بهزیستی روان‌شناختی با ۸۰٪ در حد خیلی خوب بوده است. این بدین معناست که ۰/۸۰ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

ناشی از تأثیر درمان کیفیت زندگی بوده است.

نتایج به دست آمده با پژوهش‌های پیشین است. برای مثال سعیدی و اصغر نژاد(۳۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی روان درمانی کیفیت‌زندگی مبتنی بر نظریه فریش در ارتقای شادکامی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز مشاوره ایران (مشهد) پرداختند. در این طرح شبه آزمایشی پیش و پس آزمون، ۳۰ زن مبتلا به سرطان پستان حضور داشتند. نتایج نشان داد که این درمان در ارتقاء شادکامی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد. نیک بخش و همکاران(۴۰) در یک پژوهش کارآزمایی بالینی بر روی بیماران سرطان پستان مبتلا به اختلال افسردگی که سیتالوپرام مصرف می‌کردند نشان دادند روان‌درمانی گروهی بر بهبود افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بوده است.

فاوزر و همکاران(۴۱) در یک پژوهش کارآزمایی تصادفی‌سازی شده به بررسی یک روان‌درمانی کوتاه‌مدت و یک بحث گروهی غیراختصاصی ارائه شده در طول توانبخشی سرطان پستان پرداختند. پیامد اولیه اضطراب و پیامدهای ثانویه شامل افسردگی، پریشانی، خستگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بودند. تفاوت معناداری بین هر دو گروه در پیامد اولیه اضطراب در پایان توانبخشی و سه ماه پس از توانبخشی و در هر پیامد ثانویه وجود نداشت.

بیماران گروه روان‌درمانی کوتاه مدت با سطح اضطراب بالا، علائم افسردگی کمتری را در پایان دوره توانبخشی گزارش دادند و بیشتر از روان‌درمانی ساختاریافته کوتاه‌مدت بهره‌مند شدند. با این وجود تفاوتی بین روان‌درمانی کوتاه مدت ساختاریافته با بحث گروهی غیراختصاصی در کاهش فشار روانی وجود نداشت. در تبیین این موضوع باید گفت درمان کیفیت زندگی به جای تمرکز صرف بر جنبه‌های فیزیکی بیماری به تمام جنبه‌های زندگی بیمار می‌پردازد. این رویکرد شامل توجه به نیازهای روان‌شناختی، اجتماعی و احساسی بیماران است و موجب می‌شود که بیماران احساس حمایت بیشتری داشته باشند و با وضعیت خود بهتر سازگار شوند. در درمان کیفیت زندگی نیز به بیماران کمک می‌کند تا احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند.

وقتی بیماران احساس کنند که می‌توانند بخشی از زندگی خود را در دست بگیرند و به طور فعال در فرآیند درمان مشارکت کنند، احساس رضایت و خوشبختی آنها افزایش می‌یابد. این احساسات مثبت مستقیماً به بهبود بهزیستی روان‌شناختی منجر می‌شود. از سوی دیگر سرطان پستان علاوه بر چالش‌های فیزیکی، استرس و اضطراب روانی زیادی را برای بیماران به همراه دارد. درمان کیفیت زندگی با ارائه راهکارهایی برای مدیریت استرس و افزایش تاب‌آوری به بیماران کمک می‌کند تا بهتر با بیماری خود مقابله کنند. این کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری می‌تواند به بهبود قابل توجه بهزیستی روان‌شناختی منجر شود.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد درمان کیفیت زندگی با احتمال ۹۹ درصد موجب افزایش معنادار سازگاری اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود و ماندگاری تأثیر آن تا دو ماه پس از درمان نیز وجود داشت. میزان اندازه اثر درمان کیفیت زندگی برای سازگاری اجتماعی با ۶۱٪ در حد خوب بوده است. این

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

بدین معناست که ۰/۶۱ درصد از تغییرات سازگاری اجتماعی ناشی از تأثیر درمان کیفیت زندگی بوده است. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های پیشین است. برای مثال مائده و همکاران(۴۲) در پژوهشی به اثربخشی مداخله روان‌شناختی کوتاه مدت شخصیت بر وضعیت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان ژاپنی پرداختند. نتایج آنان نشان داد که این مداخلهٔ روان‌شناسی می‌تواند میزان مقابله سازگاری را در بیماران سرطان پستان اولیه افزایش دهد و در ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی بیماران نیز مفید باشد. قنبری و همکاران(۴۳) در یک پژوهش کارآزمایی بالینی گزارش داد آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی (در طی ۱۰ جلسه هفتگی، هر جلسه ۹۰ دقیقه) می‌تواند در تنظیم شناختی-هیجان بیماران مؤثر باشد و رفتارهای خود تخریب‌گرایانهٔ آنان را کاهش دهد.

کاسلا و همکاران(۳۱) در پژوهشی به بررسی این موضوع پرداختند که آیا یک مشاوره یکپارچه نظارت شده و برنامه ورزشی گروهی می‌تواند فعالیت اوقات فراغت را در زنان مبتلا به سرطان پستان افزایش دهد یا خیر؟ در این پژوهش آزمایشی همراه با طرح تک گروهی، مداخله شامل ۲۴ جلسه تمرین ترکیبی هوازی و ورزش قدرتی و همچنین کلاس‌هایی در مورد رفتارهای غذایی و سلامتی بر روی ۴۸ زن مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج نشان داد بیماران مبتلا به سرطان پستان افزایش نمره در اوقات فراغت، قدرت کلی، ظرفیت عملکردی و کیفیت زندگی داشتند و نمره افسردگی آنان کاهش یافت. این بهبودها مستقل از اینکه آیا بیماران در حال درمان هستند یا درمان خود را کامل کرده بودند.

در تبیین این موضوع باید گفت بیماران مبتلا به سرطان پستان ممکن است با چالش‌های مختلفی در روابط اجتماعی، نقش‌های خانوادگی و اجتماعی خود مواجه شوند. درمان کیفیت زندگی با تقویت مهارت‌های اجتماعی و روان‌شناختی به بیماران کمک می‌کند تا بهتر با این چالش‌ها کنار بیایند و در محیط‌های اجتماعی خود سازگاری بیشتری داشته باشند. در واقع یکی از جنبه‌های مهم درمان کیفیت زندگی، افزایش شبکه‌های حمایتی برای بیماران است؛ زیرا باعث تقویت روابط بیمار با خانواده، دوستان و جامعه می‌شود. افزایش این حمایت‌ها به بیماران کمک می‌کند تا احساس تنهایی کمتری داشته باشند و در نتیجه سازگاری اجتماعی آنها بهبود یابد. از سوی دیگر درمان کیفیت زندگی شامل آموزش‌هایی است که به بیماران کمک می‌کند تا احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند و اعتماد به نفس آنها افزایش یابد. این حس توانمندی و خودکارآمدی می‌تواند در تعاملات اجتماعی آنها نیز منعکس شود و موجب بهبود سازگاری اجتماعی آنها گردد.

در نهایت نتایج کلی پژوهش حاکی از آن است که درمان کیفیت زندگی می‌تواند موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی در بیماران سرطان پستان شود و اثر درمان آن در حد خوب بود. ماندگاری اثرات درمان تا دو ماه پس از پایان درمان نشان‌دهنده این است که بیماران مهارت‌ها و رویکردهای آموخته شده را در زندگی روزمره خود به کار گرفته‌اند و این تغییرات به مرور زمان تثبیت شده است. این تداوم اثر می‌تواند ناشی از یادگیری مؤثر و تعمیق رفتارهای سازگارانه در طول دوره درمان باشد یا حتی ممکن است بخاطر طراحی دقیق و اجرای مؤثر درمان، همراه با نیازهای ویژه و حساسیت‌های بیماران مبتلا به سرطان پستان باشد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

در هر حال بهتر است از این درمان مقرون به صرفه در کنار درمان روتین بیماران سرطان پستان، جهت ارتقاء سلامت روانی- اجتماعی بیماران در مراکز درمانی استفاده شود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نمونهٔ پایین، عدم پیگیری بلند مدت (شش ماهه و یک ساله)، عدم استفاده از کارآزمایی بالینی دو سوکور اشاره نمود. این موارد ممکن است از تعمیم‌پذیری نتایج تحقیق به سایر گروه‌های بیماران سرطانی بکاهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود ضمن توجه به محدودیت‌های مذکور، از درمان کیفیت زندگی بر روی سایر بیماران سرطانی (خون، پانکراس و غیره) استفاده شود تا در صورت مؤثر بودن بتوان از این رویکرد درمانی برای بهبود سلامت روانی و اجتماعی بیماران بهره جست.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با کد IR.IAU.SRB.REC.1402.382 در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات با اخذ به ثبت رسیده است.

سهم نویسندگان

ناهید خلیل‌نژاد: انجام مصاحبه و گردآوری داده‌ها، علیرضا پیرخائفی: ناظر و طراح پژوهش، حمزه احمدیان: گردآوری منابع، حیدر اسلامی: تجزیه و تحلیل داده‌ها را بر عهده داشتند. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

برای انجام این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع:

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بر حسب وظیفه از مسئولین بیمارستان شهدای کارگر و بیماران سرطانی شرکت کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1-Giaquinto AN, Sung H, Miller KD & et al. Breast cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians. 2022;72(6):524-541.

2-Mussallem D. Lifestyle for breast cancer risk reduction. Menopause. 2022;29(8):979-81.

3-Arnold M, Morgan E, Rumgay H & et al. Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. The Breast. 2022;66:15-23.

4-Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians. 2024;74(1):1-5.

5-Seyedkanani E, Hosseinzadeh M, Mirghafourvand M & et al. Breast cancer screening patterns and associated factors in Iranian women over 40 years. Scientific Reports. 2024;14(1):1-9.

6-Shamshirian A, Heydari K, Shams Z & et al. Breast cancer risk factors in Iran: a systematic review & meta-analysis. Hormone molecular biology clinical investigation. 2020;41(4):20-30.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

7-Akbari ME, Akbari A, Khayamzadeh M & et al. Ten-year survival of breast cancer in Iran: a national study (Retrospective cohort study). Breast Care. 2023;18(1):12-21.

8-Budisavljevic A, Dedic Plavetic N, Klaric K & et al. The Impact of Newly Diagnosed Early Breast Cancer on Psychological Resilience, Distress Levels, and the Perception of Health. International Journal of Environmental Research Public Health. 2024;21(6):677-683.

9-Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. Frontiers in psychiatry. 2019;10(677):1-11.

10-Penberthy JK, Stewart AL, Centeno CF & et al. Psychological Aspects of Breast Cancer. Psychiatric Clinics. 2023;46(3):551-570.

11-Wong PT. A second-wave positive psychology in counselling psychology: A paradigm shift: Taylor & Francis; 2023.

12-Sorbi MH, Rahmanian M, Azizi R. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on the Well-Being and Glycemic Control of Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Thrita. 2019;8(1):1-7.

13-Maor M, Zukerman G, Amit N & et al. Psychological well-being and adjustment among type 2 diabetes patients: the role of psychological flexibility. Psychology, Health Medicine. 2022;27(7):1456-1467.

14-Ryff CD. The Privilege of Well-Being in an Increasingly Unequal Society. Current Directions in Psychological Science. 2024;9:63-72.

15-Scharbert J, Humberg S, Kroencke L & et al. Psychological well-being in Europe after the outbreak of war in Ukraine. Nature Communications. 2024;15(1):1202-1210.

16-Benasi G, Gostoli S, Zhu B & et al. Well-Being Therapy and lifestyle intervention in type 2 diabetes: a pilot randomized controlled trial. Psychosomatic Medicine. 2022;84(9):1041-1049.

17-Ahmadi Forooshani S, Izadikhah Z, Renzaho AMN & et al. Effectiveness of psychological interventions on young refugees' social adjustment: A meta-analysis. Journal of Refugee Studies. 2021;34(1):976-992.

18-Cho S, Tromburg C, Forbes C & et al. Social adjustment across the lifespan in survivors of pediatric acute lymphoblastic leukemia (ALL): a systematic review. Journal of Cancer Survivorship. 2022;17(6):1221-1227.

19-Al-Srehan HS. The impact of social adjustment policy on Syrian refugees. Journal of International Studies. 2020;13(3):85-97.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

 CC BY-NC 4.0

20-Kim J, Jang M. Stress, social support, and sexual adjustment in married female patients with breast cancer in Korea. Asia-Pacific journal of oncology nursing. 2020;7(1):28-35.

21-Mokhatri-Hesari P, Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. Health quality of life outcomes. 2020;18(1):1-25.

22-Tommasi C, Balsano R, Corianò M & et al. Long-term effects of breast cancer therapy and care: calm after the storm? Journal of clinical medicine. 2022;11(23):72-83.

23-Villalona S, Castillo BS, Chavez Perez C & et al. Interventions to mitigate financial toxicity in adult patients with cancer in the United States: a scoping review. Current Oncology. 2024;31(2):918-932.

24-Veenhoven R. Quality of life (QOL), an overview. Encyclopedia of quality of life well-being research. 2024;1(2):5668-5671.

25-Boelhouwer J, Noll H-H. Objective quality of life. Encyclopedia of quality of life and well-being research: Springer; 2024. 4783-4785.

26-Jones P, Drummond P. Construction and evaluation of a mindfulness-based quality of life and well-being program (MQW) in a randomized trial. Current Psychology. 2023;42(17):782-803.

27-Moudjahid A, Abdarrazak B. Psychology of quality of life and its relation to psychology. International Journal of Inspiration Resilience Economy. 2019;3(2):58-63.

28-Carroll AJ, Christon LM, Rodrigue JR & et al. Implementation, feasibility, and acceptability of quality of life therapy to improve positive emotions among patients with implantable cardioverter defibrillators. Journal of behavioral medicine. 2020;43:968-978.

29-Hoseini F, Abedi MR, Gorgi Y. Effectiveness of Quality-of-Life Therapy on the Quality of Parent-Adolescent Interaction and Adolescent Adjustment. Journal of Applied Psychological Research. 2024;15(1):73-89.

30-Golant M, Altman T, Martin C. Managing cancer side effects to improve quality of life: a cancer psychoeducation program. Cancer nursing. 2003;26(1):37-44.

31-Casla S, Hojman P, Cubedo R & et al. Integrative exercise and lifestyle intervention increases leisure-time activity in breast cancer patients. Integrative Cancer Therapies. 2014;13(6):493-501.

32-D'egidio V, Sestili C, Mancino M & et al.. Counseling interventions delivered in women with breast cancer to improve health-related quality of life: a systematic review. Quality of Life Research. 2017;26:2573-2592.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

 CC BY-NC 4.0

33-Naghibi SH, Saeedi Z, Khazaei F. The Effectiveness of Group training Based on Improving Quality of Life on Hope and Happiness of People with Cancer; a three Months follow up. Journal of Counseling Research. 2018;17(65):4-29.

34-Jafari F. The effectiveness of quality of life therapy in self-compassion and future time perspective in menopausal women. Positive Psychology Research. 2017;3(2):37-50.

35-Van Dierendonck D & Lam H. Interventions to enhance eudaemonic psychological well-being: A meta-analytic review with Ryff's Scales of Psychological Well-being. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2023;15(2):594-610.

36-Heydari M, Nouri M, Niaei A. The effectiveness of group positive psychotherapy on psychological well-being and hope of cancer patients undergoing chemotherapy. Journal of social behavior community health. 2023;7(1):1042-1050.

37-Grera MY, Abdallah SS & Hamed KA. Psychological well-being, social adjustment and social responsibility as predictors of achievement motivation among Arab postgraduate students in Malaysia. International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development. 2022;11(1):373-386.

38-Carroll AJ, Christon LM, Rodrigue JR & et al. Implementation, feasibility, and acceptability of quality of life therapy to improve positive emotions among patients with implantable cardioverter defibrillators. Journal of behavioral medicine. 2020;43: 968-978.

39-Saeidi Z, Asgharnejad AA. The Effectiveness of Positivism Group Psychotherapy Based on Frisch's Theory in Promoting Happiness and Life Satisfaction of Breast Cancer Patients. American Scientific Research Journal for Engineering, Technology, and Sciences (ASRJETS). 2018;48(1):53-63.

40-Nikbakhsh N, Moudi S, Alvarzandi S & et al. Citalopram and group psychotherapy in breast cancer patients: A randomized clinical trial. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2018;32:68.

41-Fauser D, Rimalis-Vogt E, Mattes J & et al. Psychological interventions during breast cancer rehabilitation: a randomized controlled trial comparing structured short-term psychotherapy versus non-specific group discussion. BMC cancer. 2023;23(1):11-33.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

 CC BY-NC 4.0

42-Maeda T, Kurihara H, Morishima I & et al. The effect of psychological intervention on personality change, coping, and psychological distress of Japanese primary breast cancer patients. Cancer nursing. 2008;31(4):27-35.

43-Ghanbari H, Jani HT, Nejat H. Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) and Quality of Life therapy (QOLT) on self-destructive behaviors and emotional cognitive regulation in substance abusers. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2020;22(1):47-55.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-09]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i5.17665]

 CC BY-NC 4.0