

Predicting Health-Related Quality of Life Based on Social Intelligence, Experiential Avoidance, and Distress Tolerance in Women with Breast and Uterine Cancer

1. Fatemeh Narges-Zar[✉]: Department of Health Psychology, UAE.C., Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates

2. Reza Johari Fard^{✉*}: Department of Psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3. Sara Hashemi[✉]: Department of Clinical Psychology, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email Address: rjoharifard@iau.ac.ir



Abstract:

Objective: The present study aimed to predict health-related quality of life based on social intelligence, experiential avoidance, and distress tolerance in women with breast and uterine cancer.

Methods and Materials: This descriptive-correlational study included women with breast and uterine cancer attending Ayatollah Taleghani Hospital in Abadan in 2025. Initially, 300 participants were recruited using purposive sampling, and after excluding incomplete or invalid questionnaires, data from 286 participants were analyzed. Data were collected using the Health-Related Quality of Life Questionnaire, the Tromsø Social Intelligence Scale, the Experiential Avoidance Questionnaire, and the Distress Tolerance Scale. Statistical analyses were performed using Pearson correlation coefficients and simultaneous multiple regression in SPSS version 27.

Findings: Social intelligence was positively and significantly correlated with health-related quality of life ($r=0.545$, $p<0.01$), whereas experiential avoidance was negatively and significantly correlated with health-related quality of life ($r=-0.317$, $p<0.01$). Distress tolerance also showed a positive and significant correlation with health-related quality of life ($r=0.602$, $p<0.01$). The simultaneous regression model was statistically significant ($F=67.081$, $p=0.001$), with the predictor variables collectively explaining 41.6% of the variance in health-related quality of life ($R=0.645$, $R^2=0.416$). Social intelligence ($\beta=0.289$, $p=0.001$), experiential avoidance ($\beta=-0.104$, $p=0.001$), and distress tolerance ($\beta=0.429$, $p=0.001$) significantly predicted health-related quality of life, with distress tolerance demonstrating the strongest predictive contribution.

Conclusion: Higher social intelligence and distress tolerance and lower experiential avoidance are associated with better health-related quality of life among women with breast and uterine cancer. Accordingly, psychological interventions emphasizing distress tolerance, reduced experiential avoidance, and enhanced social functioning may contribute to improving health-related quality of life in these patients.

Keywords: Breast cancer, uterine cancer, health-related quality of life, social intelligence, experiential avoidance, distress tolerance.

How to Cite: Narges-Zar, F., Johari Fard, R., & Hashemi, S. (2026). Predicting Health-Related Quality of Life Based on Social Intelligence, Experiential Avoidance, and Distress Tolerance in Women with Breast and Uterine Cancer. *Journal of Experimental and Cognitive Psychology*, 3(1), 1-20.

Received: 29 December 2025

Revised: 02 April 2026

Accepted: 09 April 2026

Published: 19 April 2026



Copyright: © 2026 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons

Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت براساس هوش اجتماعی، اجتناب تجربی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم

۱. فاطمه نرگس زار¹: گروه روانشناسی سلامت، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی

۲. رضا جوهری فرد²: گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)

۳. سارا هاشمی³: گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: rjoharifard@iau.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت براساس هوش اجتماعی، اجتناب تجربی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم انجام شد.

مواد و روش: این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری آن را تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت‌الله طالقانی آبادان در سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. از میان آنان، ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش، داده‌های ۲۸۶ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، مقیاس هوش اجتماعی ترومسو، پرسشنامه اجتناب تجربی و مقیاس تحمل پریشانی بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: هوش اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معنادار داشت ($r=0.545, p<0.01$)، درحالی‌که اجتناب تجربی با آن رابطه منفی و معنادار نشان داد ($r=-0.317, p<0.01$). همچنین، بین تحمل پریشانی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد ($r=0.602, p<0.01$). مدل رگرسیون همزمان معنادار بود ($F=67.081, p=0.001$) و متغیرهای پیش‌بین در مجموع ۴۱.۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تبیین کردند ($R^2=0.416$). هوش اجتماعی ($\beta=0.289, p=0.001$)، اجتناب تجربی ($\beta=-0.104, p=0.001$) و تحمل پریشانی ($\beta=0.429, p=0.001$) به‌طور معناداری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را پیش‌بینی کردند و تحمل پریشانی قوی‌ترین پیش‌بین بود.

نتیجه‌گیری: هوش اجتماعی بالاتر، اجتناب تجربی کمتر و تحمل پریشانی بیشتر با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطلوب‌تر در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم همراه است؛ بنابراین، توجه به این عوامل روان‌شناختی، به‌ویژه تقویت تحمل پریشانی، می‌تواند در طراحی مداخلات حمایتی و روان‌شناختی برای این بیماران سودمند باشد.

کلیدواژگان: سرطان پستان، سرطان رحم، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، هوش اجتماعی، اجتناب تجربی، تحمل پریشانی.

نحوه استناددهی: نرگس زار، فاطمه، جوهری فرد، رضا، و هاشمی، سارا. (۱۴۰۵). پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت براساس هوش اجتماعی، اجتناب تجربی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم. *روانشناسی تجربی و شناختی*، ۳(۱)، ۱-۲۰.



تاریخ دریافت: ۸ دی ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۳ فروردین ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۲۰ فروردین ۱۴۰۵

تاریخ انتشار: ۳۰ فروردین ۱۴۰۵



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Breast and uterine cancers are among the major malignancies affecting women and impose substantial physical, psychological, interpersonal, and social burdens on patients. Beyond their direct effects on physical health, these cancers may influence body image, femininity, family roles, marital relationships, social participation, and patients' perceptions of their future. Women undergoing diagnosis and treatment may experience fatigue, pain, treatment-related complications, fear of disease progression, uncertainty about prognosis, and persistent concerns regarding recurrence. Clinical complications may further intensify the burden of illness. For example, women with breast and uterine cancers can be exposed to serious medical complications such as venous thromboembolism, adding complexity to disease management and potentially affecting everyday functioning and well-being (Sebastián et al., 2026). Consequently, the evaluation of cancer outcomes should extend beyond survival and tumor control and include patients' subjective experiences of health and functioning.

Advances in cancer diagnosis and treatment have substantially improved the clinical management of breast cancer. Developments in imaging and artificial intelligence-based diagnostic methods have increased the potential for more accurate detection and characterization of breast lesions (Luo et al., 2024). Similarly, treatment strategies are increasingly becoming individualized, and evidence regarding the omission of radiotherapy in selected patients with low-risk luminal A breast cancer illustrates the broader movement toward reducing unnecessary treatment burden while maintaining favorable outcomes (Whelan et al., 2023). Nevertheless, improved medical management does not necessarily eliminate psychological and social consequences. As survival improves, greater attention must be paid to how patients function physically, emotionally, and socially during and after treatment.

Health-related quality of life is therefore an important outcome in women with cancer. It represents patients' perceptions of their physical functioning, psychological well-being, social relationships, and ability to perform everyday roles in the context of health and illness. Evidence from women with non-metastatic breast cancer indicates that health-related quality of life is influenced by multiple clinical and personal factors, emphasizing the need for comprehensive assessment as part of cancer care (Kashtpour Amlashi et al., 2024). Psychological and interpersonal characteristics are also important. Cognitive emotion regulation and marital intimacy have been associated with quality of life among women with breast cancer, suggesting that patients' adaptation depends not only on disease severity but also on how they regulate emotions and maintain close relationships (Abdi & Sadeghi, 2024).

The social environment may either facilitate or hinder adaptation to cancer. Patients may encounter stigma, misunderstanding, altered social reactions, or concerns regarding how they are perceived by others. Social stigma related to cancer has been identified as an important psychosocial issue that can affect patients' social experiences and potentially increase withdrawal and isolation (Mazloumi et al., 2023). Psychological and motivational factors are also relevant to women's cancer-related health behaviors, as educational interventions based on psychological models have demonstrated potential for improving preventive behaviors (Alizadeh Sivaki & Jadgal, 2024). These findings highlight the importance of investigating modifiable psychosocial resources associated with adaptation and quality of life.

One potentially important resource is social intelligence, which refers to the ability to understand social situations, interpret interpersonal information, recognize others' intentions and emotional states, and respond effectively in social interactions. The complexity of social understanding has also been emphasized in contemporary theoretical work on social intelligence and theory of mind (Sap et al., 2022).

In patients with cancer, social intelligence may facilitate communication with family members, healthcare providers, and broader support networks. Patients with stronger social intelligence may be more capable of articulating their needs, obtaining emotional and instrumental support, resolving interpersonal misunderstandings, and maintaining meaningful relationships during treatment. Previous research has demonstrated a significant relationship between social intelligence and quality of life, suggesting that social competencies may represent an important psychosocial resource for well-being (Hakiminia et al., 2017).

Another relevant construct is experiential avoidance. Experiential avoidance refers to attempts to suppress, escape, alter, or control unpleasant thoughts, emotions, memories, or bodily sensations, even when these attempts interfere with meaningful functioning. It has been described as a broad psychological process associated with reduced psychological flexibility across different cultural contexts (Monestès et al., 2016). Cancer may generate persistent fear, sadness, uncertainty, thoughts about mortality, concerns about treatment, and distress related to physical changes. Although avoiding these experiences may provide temporary relief, persistent avoidance may restrict adaptive behavior, reduce engagement with valued activities, impair communication, and contribute to psychological distress. Previous findings have shown that experiential avoidance can mediate relationships involving anxiety-related factors and quality of life (Eini et al., 2020). Similar evidence in individuals with chronic illness suggests that experiential avoidance is an important mechanism linking psychological distress to diminished quality of life (Vally et al., 2025).

Distress tolerance represents another central psychological capacity. It refers to the ability to experience and withstand negative emotional states without immediately engaging in avoidance, impulsive behavior, or maladaptive attempts to eliminate discomfort. High distress tolerance may be particularly important in cancer because patients repeatedly encounter difficult situations that cannot be completely controlled, such as waiting for diagnostic

results, experiencing treatment side effects, confronting uncertainty, and worrying about recurrence. Studies in other clinical populations have shown that distress tolerance contributes to the prediction of health-related quality of life (Dehghani Bonadaki et al., 2022) and is associated with quality-of-life models involving perceived stress (Alimohammadi et al., 2019). In cancer populations, psychological interventions targeting emotion regulation have also been shown to influence distress tolerance, indicating that it may represent a modifiable therapeutic target (Yavari et al., 2022). Psychological distress has furthermore been identified as an important mechanism associated with quality of life in families affected by cancer (Zoghi Paydar et al., 2025), while research in chronic illness has demonstrated that psychological distress and resilience can help explain the association between fear of disease progression and quality of life (Ding et al., 2026).

Taken together, social intelligence, experiential avoidance, and distress tolerance represent complementary dimensions of psychological adaptation. Social intelligence reflects effective engagement with the interpersonal environment, experiential avoidance concerns the tendency to escape unwanted internal experiences, and distress tolerance reflects the capacity to remain psychologically functional in the presence of negative emotions. Examining these variables simultaneously may provide a more comprehensive understanding of factors associated with health-related quality of life among women facing cancer. Therefore, the present study aimed to predict health-related quality of life based on social intelligence, experiential avoidance, and distress tolerance in women with breast and uterine cancer.

Methods and Materials

The present study employed a descriptive-correlational design. The statistical population consisted of women with breast and uterine cancer who attended Ayatollah Taleghani Hospital in Abadan during 2025. Participants were selected using purposive sampling. Initially, 300 women meeting the study eligibility criteria were recruited to reduce the

potential impact of participant attrition and incomplete questionnaires. After excluding incomplete or invalid questionnaires, data from 286 participants were included in the final analyses. Eligibility criteria included being 40–60 years of age, having at least a high-school diploma, having been diagnosed with breast or uterine cancer for at least six months, currently undergoing treatment, and having no self-reported history of severe psychiatric disorders. Withdrawal from the study and incomplete questionnaire completion were considered exclusion criteria.

Data were collected using four self-report instruments assessing health-related quality of life, social intelligence, experiential avoidance, and distress tolerance. The health-related quality-of-life instrument assessed several dimensions of health-promoting functioning, including responsibility for health, physical activity, nutrition, spiritual growth, stress management, and interpersonal relationships. Social intelligence was evaluated across dimensions related to social information processing, social awareness, and social skills. Experiential avoidance was assessed as psychological inflexibility and unwillingness to remain in contact with unwanted thoughts and emotions. Distress tolerance was evaluated through dimensions reflecting tolerance of emotional distress, absorption by negative emotions, appraisal of distress, and efforts to regulate distress. Internal consistency coefficients obtained for the instruments in the present sample indicated acceptable reliability.

All participants received information regarding the purpose and procedures of the study. Confidentiality, anonymity, privacy, and voluntary participation were maintained throughout the research process. Data were analyzed using SPSS version 27. Descriptive statistics were used to characterize the main study variables. Pearson correlation coefficients were calculated to assess bivariate associations between health-related quality of life and each predictor variable. Simultaneous multiple regression analysis was subsequently conducted to determine the combined and independent predictive contributions of social

intelligence, experiential avoidance, and distress tolerance to health-related quality of life.

Findings

Pearson correlation analysis demonstrated statistically significant relationships between all three predictor variables and health-related quality of life. Social intelligence was positively and significantly correlated with health-related quality of life ($r=0.545$, $p<0.01$), indicating that higher levels of social intelligence were associated with better health-related quality of life. Experiential avoidance showed a significant negative correlation with health-related quality of life ($r=-0.317$, $p<0.01$), indicating that greater experiential avoidance was associated with poorer health-related quality of life. Distress tolerance demonstrated the strongest bivariate association with the outcome and was positively correlated with health-related quality of life ($r=0.602$, $p<0.01$).

The simultaneous multiple regression model was statistically significant ($F=67.081$, $p=0.001$). The multiple correlation coefficient was $R=0.645$, and the coefficient of determination was $R^2=0.416$. Thus, social intelligence, experiential avoidance, and distress tolerance collectively explained 41.6% of the variance in health-related quality of life among women with breast and uterine cancer.

All three predictors made statistically significant independent contributions to the regression model. Social intelligence positively predicted health-related quality of life ($\beta=0.289$, $t=5.032$, $p=0.001$), indicating that greater social intelligence was associated with higher health-related quality of life after accounting for the other variables in the model. Experiential avoidance negatively predicted health-related quality of life ($\beta=-0.104$, $t=-3.070$, $p=0.001$), demonstrating that greater avoidance of unwanted internal experiences was associated with poorer quality of life. Distress tolerance was the strongest predictor ($\beta=0.429$, $t=7.208$, $p=0.001$), indicating that women who were better able to tolerate emotional distress tended to report substantially better health-related quality of life.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that health-related quality of life among women with breast and uterine cancer is meaningfully associated with psychological and interpersonal resources. The significant positive relationship between social intelligence and health-related quality of life suggests that the capacity to understand and manage social interactions may facilitate adaptation to cancer. Women with stronger social intelligence may be better able to communicate their concerns, request assistance, interpret the reactions of others, and maintain supportive interpersonal relationships. Effective interaction with family members and healthcare professionals may increase perceived support, reduce interpersonal stress, and enhance the patient's sense of control and connectedness during treatment.

The negative association between experiential avoidance and health-related quality of life suggests that attempts to suppress or escape unpleasant thoughts and emotions may interfere with adaptive functioning. Women with cancer are frequently confronted with distressing experiences that cannot be completely eliminated. Persistent attempts to avoid fear, sadness, uncertainty, or thoughts about disease progression may temporarily reduce discomfort but may ultimately restrict daily functioning, reduce meaningful social participation, and increase psychological rigidity. In contrast, greater willingness to experience difficult internal states may allow patients to remain engaged with treatment, relationships, self-care, and valued life activities despite emotional discomfort.

Distress tolerance emerged as the strongest predictor of health-related quality of life. This finding is particularly important because cancer treatment frequently involves unavoidable periods of physical and emotional distress. Women who can tolerate uncertainty, fear, discomfort, and negative emotions without withdrawing or adopting

maladaptive coping responses may be better able to continue treatment, maintain interpersonal relationships, and perform everyday activities. Distress tolerance may therefore function as a psychological protective factor that helps preserve functioning even when disease-related stress cannot be removed.

The combined explanatory power of the three predictors further demonstrates that health-related quality of life is not solely determined by medical characteristics. Social functioning, responses to internal experiences, and the capacity to withstand distress appear to contribute substantially to how women experience their health and daily lives. These variables represent different but interconnected aspects of adaptation: social intelligence facilitates effective use of interpersonal resources, lower experiential avoidance supports psychological flexibility, and distress tolerance allows continued functioning in the presence of emotional discomfort.

Overall, the present findings suggest that higher social intelligence and distress tolerance and lower experiential avoidance are associated with better health-related quality of life among women with breast and uterine cancer. Distress tolerance made the largest independent contribution, followed by social intelligence, whereas experiential avoidance was a significant negative predictor. These findings support the inclusion of psychological assessment and supportive interventions alongside medical care. Programs designed to strengthen distress tolerance, reduce maladaptive experiential avoidance, improve emotional acceptance, and enhance interpersonal and communication skills may contribute to better psychosocial adaptation and improved health-related quality of life in women undergoing treatment for breast and uterine cancer.

مقدمه

سرطان به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های مزمن و تهدیدکننده زندگی، علاوه بر پیامدهای جسمانی، ابعاد روان شناختی، اجتماعی و عملکردی زندگی بیماران را نیز به شدت تحت تأثیر قرار می دهد. در میان انواع سرطان ها، سرطان پستان و سرطان رحم از جمله بدخیمی هایی هستند که به دلیل ارتباط مستقیم با اندام های مؤثر بر تصویر بدنی، هویت زنانه، باروری و عملکرد جنسی، می توانند تجربه ای پیچیده و چندبعدی برای زنان ایجاد کنند. ابتلا به این بیماری ها معمولاً با دوره ای طولانی از تشخیص، درمان، مراقبت های پزشکی و نگرانی درباره عود یا پیشرفت بیماری همراه است و همین فرایند می تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. شواهد بالینی نشان می دهد که زنان مبتلا به سرطان های پستان و رحم ممکن است با عوارض جسمانی مختلف، از جمله خستگی، درد، محدودیت های عملکردی و نیز عوارض ناشی از درمان مواجه شوند و در برخی شرایط، پیامدهای پزشکی مهم دیگری نیز سلامت آنان را تهدید کند. برای مثال، بررسی بیماران مبتلا به سرطان های پستان، تخمدان و رحم نشان داده است که عوارضی مانند ترومبوآمبولی وریدی می تواند بخشی از بار بیماری و پیچیدگی مدیریت بالینی این بیماران را تشکیل دهد (Sebastián et al., 2026). از این رو، ارزیابی پیامدهای سرطان نباید تنها به بقا، پاسخ درمانی یا کنترل تومور محدود شود، بلکه توجه به نحوه تجربه زندگی روزمره و ادراک بیمار از سلامت جسمانی و روانی نیز ضروری است.

در سال های اخیر، پیشرفت های چشمگیر در تشخیص و درمان سرطان پستان، از جمله توسعه روش های تصویربرداری پیشرفته و استفاده از فناوری های مبتنی بر یادگیری عمیق، امکان شناسایی دقیق تر ضایعات و بهبود تصمیم گیری های تشخیصی را فراهم ساخته است (Luo et al., 2024). همچنین، تحول در رویکردهای درمانی موجب شده است که در برخی

گروه های بیماران، میزان و شدت مداخلات درمانی با دقت بیشتری تنظیم شود؛ برای نمونه، یافته های پژوهشی درباره امکان حذف پرتودرمانی در برخی بیماران مبتلا به سرطان پستان لومینال A پس از جراحی حفظ پستان، نشان دهنده حرکت به سمت درمان های شخصی سازی شده و کاهش بار درمانی غیرضروری است (Whelan et al., 2023). با وجود این دستاوردها، افزایش طول عمر بیماران و بهبود نرخ بقا به معنای حذف پیامدهای روانی و اجتماعی بیماری نیست. در واقع، هرچه بقای بیماران افزایش می یابد، مسئله کیفیت زندگی و نحوه سازگاری با پیامدهای جسمانی، روانی و بین فردی بیماری اهمیت بیشتری پیدا می کند. بر همین اساس، مطالعات روان شناسی سلامت بیش از گذشته بر شناسایی عواملی متمرکز شده اند که می توانند به بیماران کمک کنند تا ضمن مواجهه با بیماری و درمان، سطح مطلوب تری از عملکرد و رضایت از زندگی را حفظ کنند.

یکی از مفاهیم محوری در این زمینه، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است. این مفهوم بیانگر ادراک فرد از وضعیت جسمانی، روانی، اجتماعی و عملکردی خود در ارتباط با سلامت و بیماری است و از شاخص های مهم ارزیابی پیامدهای بیماری های مزمن به شمار می رود. در زنان مبتلا به سرطان پستان، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد و محدودیت های جسمانی، نگرانی درباره آینده، اضطراب ناشی از درمان، تغییر در نقش های خانوادگی و اجتماعی و مشکلات مرتبط با تصویر بدنی می توانند آن را کاهش دهند. بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان غیرمتاستاتیک نیز نشان داده است که این سازه از عوامل مختلف بالینی و فردی تأثیر می پذیرد و ارزیابی آن باید به عنوان بخشی از مراقبت جامع از بیماران در نظر گرفته شود (Kashtpour Amlashi et al., 2024). همچنین، در زنان مبتلا به سرطان پستان، متغیرهای روان شناختی و بین فردی از جمله تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی ارتباط

دارند و این امر نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران تنها تابع شدت بیماری یا نوع درمان نیست، بلکه تحت تأثیر منابع روان‌شناختی و کیفیت روابط نزدیک آنان نیز قرار می‌گیرد (Abdi & Sadeghi, 2024).

تجربه سرطان در زنان علاوه بر پیامدهای فردی، ممکن است با واکنش‌های اجتماعی و فرهنگی خاصی همراه باشد. نگرش‌های منفی، باورهای نادرست درباره سرطان و تصورات اجتماعی پیرامون ناتوانی یا مرگ می‌توانند موجب شکل‌گیری انگ اجتماعی شوند و ارتباط بیمار با محیط اجتماعی را تحت تأثیر قرار دهند. پژوهش درباره عوامل مرتبط با انگ اجتماعی سرطان نشان داده است که تجربه این بیماری می‌تواند با ابعاد مختلفی از تعامل فرد با جامعه و ادراک او از نگرش دیگران پیوند داشته باشد (Mazloumi et al., 2023). چنین شرایطی ممکن است زمینه انزوای اجتماعی، کاهش مشارکت در فعالیت‌های جمعی و احساس متفاوت بودن را در بیماران افزایش دهد. بنابراین، برخورداری از منابع روان‌شناختی و اجتماعی مؤثر برای حفظ روابط بین‌فردی و سازگاری با پیامدهای بیماری اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. حتی مداخلات پیشگیرانه و آموزشی در حوزه سرطان نیز نشان داده‌اند که عوامل شناختی و انگیزشی می‌توانند در ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت زنان نقش داشته باشند (Alizadeh Sivaki & Jadgal, 2024). این یافته‌ها اهمیت بررسی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر رفتار و تجربه سلامت زنان را در مراحل مختلف پیشگیری، درمان و سازگاری با بیماری برجسته می‌سازند.

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در این زمینه نقش مهمی ایفا کند، هوش اجتماعی است. هوش اجتماعی به مجموعه‌ای از توانایی‌ها برای درک موقعیت‌های اجتماعی، تفسیر رفتار و هیجانات دیگران، برقراری ارتباط مؤثر و تنظیم رفتار متناسب با شرایط بین‌فردی اشاره دارد. این سازه به فرد امکان می‌دهد تا روابط خود را به شیوه‌ای سازگارانه مدیریت کند و در موقعیت‌های

پیچیده اجتماعی پاسخ‌های مناسبی ارائه دهد. اگرچه بخشی از ادبیات معاصر هوش اجتماعی در حوزه‌های فناورانه و مدل‌های محاسباتی نیز به بررسی فرایندهای مشابه درک اجتماعی و نظریه ذهن پرداخته و محدودیت‌های بازنمایی این توانایی‌ها را نشان داده است (Sap et al., 2022)، در سطح انسانی، هوش اجتماعی یک منبع مهم برای مدیریت روابط و استفاده از حمایت اجتماعی محسوب می‌شود. برای زنان مبتلا به سرطان، این توانایی می‌تواند در برقراری ارتباط با پزشکان، بیان نیازها، دریافت حمایت از خانواده و دوستان و مدیریت واکنش‌های اطرافیان نسبت به بیماری نقش مؤثری داشته باشد.

در شرایطی که بیمار با نگرانی، تغییرات جسمانی و فشارهای ناشی از درمان روبه‌روست، تعامل مؤثر با شبکه اجتماعی می‌تواند بخشی از فشار روانی را کاهش دهد. فردی که توانایی بیشتری در فهم موقعیت‌های اجتماعی و تنظیم رفتار خود دارد، احتمالاً بهتر می‌تواند نیازهای خود را بیان کند، سوءتفاهم‌های بین‌فردی را کاهش دهد و از منابع حمایتی موجود بهره‌گیری. این ویژگی می‌تواند احساس تعلق، پذیرش اجتماعی و امنیت روانی را افزایش دهد و از این طریق بر کیفیت زندگی اثرگذار باشد. در همین راستا، پژوهش درباره عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی با تأکید بر هوش اجتماعی و سلامت اجتماعی نشان داده است که هوش اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه معناداری دارد و می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر ارزیابی افراد از زندگی خود مطرح شود (Hakiminia et al., 2017). بنابراین، بررسی هوش اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم می‌تواند به روشن شدن یکی از مسیرهای اجتماعی-روان‌شناختی مرتبط با کیفیت زندگی آنان کمک کند.

در کنار عوامل تسهیل‌کننده سازگاری، برخی الگوهای روان‌شناختی می‌توانند توانایی فرد را برای مواجهه مؤثر با بیماری کاهش دهند. یکی از این الگوها، اجتناب تجربی است. اجتناب تجربی به تلاش برای اجتناب، سرکوب

یا تغییر افکار، هیجانات، خاطرات و احساسات جسمانی ناخوشایند گفته می‌شود، حتی زمانی که این تلاش‌ها در بلندمدت پیامدهای منفی برای فرد به همراه داشته باشند. در چارچوب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، اجتناب تجربی به‌عنوان فرایندی شناخته می‌شود که می‌تواند موجب محدود شدن دامنه رفتار، فاصله گرفتن از فعالیت‌های ارزشمند و افزایش درگیری با تجارب درونی ناخوایسته شود. شواهد نشان داده‌اند که اجتناب تجربی یک فرایند روان‌شناختی نسبتاً عمومی است و در فرهنگ‌های مختلف می‌تواند با ناسازگاری روان‌شناختی ارتباط داشته باشد (Monestès et al., 2016).

در بیماران مبتلا به سرطان، امکان تجربه طیف گسترده‌ای از هیجانات ناخوشایند از جمله ترس، اندوه، خشم، احساس فقدان، نگرانی درباره مرگ و اضطراب درباره آینده وجود دارد. تلاش مستمر برای دوری از این تجربه‌ها ممکن است در کوتاه‌مدت احساس آرامش ایجاد کند، اما در بلندمدت می‌تواند ظرفیت فرد برای سازگاری فعال با بیماری را کاهش دهد. فردی که برای اجتناب از اضطراب ناشی از بیماری از مراجعه به اطلاعات پزشکی، گفتگو درباره وضعیت خود یا مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی خودداری می‌کند، ممکن است فرصت‌های مهمی برای سازگاری، دریافت حمایت و حل مسئله را از دست بدهد. مطالعه‌ای در زمینه مدل‌یابی کیفیت زندگی نشان داده است که اجتناب تجربی می‌تواند در ارتباط میان متغیرهای اضطرابی و کیفیت زندگی نقش میانجی داشته باشد (Eini et al., 2020). این یافته اهمیت اجتناب تجربی را به‌عنوان یکی از سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط با افت کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

اهمیت این متغیر در افراد دارای بیماری مزمن نیز تأیید شده است. مطالعه‌ای درباره اضطراب و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری مزمن نشان داد که اجتناب تجربی و اقدام متعهدانه می‌تواند در تبیین ارتباط میان وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی نقش داشته باشند (Vally et al.,

2025). بر این اساس، در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم نیز می‌توان انتظار داشت که افزایش اجتناب تجربی با کاهش درگیری مؤثر در زندگی روزمره، کاهش مشارکت در روابط اجتماعی و افزایش احساس ناتوانی در برابر بیماری همراه شود. به عبارت دیگر، فرد ممکن است به جای صرف انرژی روان‌شناختی خود برای پذیرش واقعیت بیماری و پیگیری اهداف شخصی، بخش قابل توجهی از منابع خود را صرف مهار، انکار یا کنترل تجارب درونی کند. از این منظر، اجتناب تجربی می‌تواند یکی از عوامل مهم در کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت باشد.

در مقابل اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند، توانایی تحمل پریشانی می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی در سازگاری روان‌شناختی مطرح شود. تحمل پریشانی به ظرفیت فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی بدون توسل فوری به رفتارهای اجتنابی، تکانشی یا ناسازگارانه اشاره دارد. افراد دارای تحمل پریشانی بالاتر می‌توانند در موقعیت‌های دشوار، هیجانات منفی را به‌عنوان تجربه‌هایی موقت و قابل مدیریت تلقی کنند و عملکرد خود را علی‌رغم وجود ناراحتی ادامه دهند. این ظرفیت در بیماران مبتلا به سرطان از اهمیت خاصی برخوردار است؛ زیرا درمان سرطان با موقعیت‌های مکرر و گاه اجتناب‌ناپذیری از پریشانی، مانند انتظار برای نتایج آزمایش‌ها، تحمل عوارض درمان، نگرانی درباره عود بیماری و سازگاری با تغییرات جسمانی همراه است.

پژوهش‌های داخلی نیز رابطه تحمل پریشانی را با شاخص‌های کیفیت زندگی نشان داده‌اند. در مطالعه‌ای که به پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت براساس ناگویی خلقی و تحمل پریشانی در افراد مبتلا به چاقی پرداخت، تحمل پریشانی به‌عنوان یکی از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی مطرح شد (Dehghani Bonadaki et al., 2022). همچنین، طراحی مدل کیفیت زندگی سالمندان براساس استرس ادراک‌شده و تحمل پریشانی نشان

داده است که این ظرفیت می‌تواند در تبیین کیفیت زندگی نقش داشته باشد (Alimohammadi et al., 2019). اگرچه جمعیت این مطالعات با زنان مبتلا به سرطان متفاوت بوده است، نتایج آنها نشان می‌دهد که تحمل پریشانی در شرایط مرتبط با فشار جسمانی یا روانی می‌تواند یکی از منابع مهم سازگاری باشد.

در بیماران سرطانی نیز شواهد مداخله‌ای از اهمیت تحمل پریشانی حمایت می‌کنند. پژوهشی درباره اثربخشی روان‌درمانی تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند تحمل پریشانی را تحت تأثیر قرار دهند و این سازه را در کنار سایر شاخص‌های هیجانی بهبود بخشند (Yavari et al., 2022). این موضوع نشان می‌دهد که تحمل پریشانی صرفاً یک ویژگی ثابت نیست، بلکه می‌تواند هدف مداخلات روان‌شناختی قرار گیرد. در نتیجه، اگر رابطه آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم به‌طور دقیق مشخص شود، می‌توان از یافته‌ها برای طراحی مداخلاتی استفاده کرد که بیماران را در مواجهه با شرایط هیجانی دشوار توانمند سازند.

اهمیت پریشانی روان‌شناختی در تعیین کیفیت زندگی در سایر گروه‌های درگیر با سرطان نیز مشاهده شده است. برای نمونه، در مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان، پریشانی روان‌شناختی در ارتباط میان رضایت زناشویی و کیفیت زندگی نقش مهمی داشته است (Zoghi Paydar et al., 2025). چنین یافته‌ای نشان می‌دهد که تجربه سرطان، حتی زمانی که فرد خود بیمار نیست و به‌عنوان مراقب با بیماری مواجه است، می‌تواند کیفیت زندگی را از طریق مسیرهای هیجانی تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، در بیمارانی که مستقیماً با سرطان مواجه هستند، ظرفیت مدیریت و تحمل پریشانی می‌تواند اهمیت بیشتری داشته باشد. همچنین، پژوهش‌های انجام‌شده در سایر بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند که پریشانی روان‌شناختی و تاب‌آوری می‌توانند در رابطه

میان ترس از پیشرفت بیماری و کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای داشته باشند (Ding et al., 2026). این یافته‌ها به‌طور کلی نشان می‌دهند که کیفیت زندگی بیماران مزمن به‌شدت با نحوه پاسخ روان‌شناختی آنان به تهدید، ترس و فشار هیجانی مرتبط است.

از دیدگاه تلفیقی، هوش اجتماعی، اجتناب تجربی و تحمل پریشانی می‌توانند سه بعد مکمل از سازگاری فرد با سرطان را منعکس کنند. هوش اجتماعی بیشتر به نحوه تعامل فرد با محیط اجتماعی و استفاده مؤثر از منابع بین‌فردی مربوط است؛ اجتناب تجربی بیانگر نحوه مواجهه فرد با افکار و هیجانات ناخوشایند درونی است؛ و تحمل پریشانی ظرفیت باقی ماندن در تماس با هیجانات منفی بدون اتخاذ پاسخ‌های ناکارآمد را نشان می‌دهد. این سه متغیر در کنار یکدیگر می‌توانند تصویری جامع‌تر از منابع و موانع روان‌شناختی مرتبط با کیفیت زندگی بیماران ارائه دهند. زنی که دارای هوش اجتماعی بالاست، احتمالاً بهتر از حمایت‌های اجتماعی استفاده می‌کند؛ اگر در عین حال اجتناب تجربی کمتری داشته باشد، آمادگی بیشتری برای مواجهه با واقعیت بیماری و هیجانات مربوط به آن خواهد داشت؛ و در صورتی که تحمل پریشانی بالاتری نیز داشته باشد، می‌تواند در شرایط دشوار درمان، عملکرد خود را حفظ کند و رفتارهای ارزش‌مدار خود را ادامه دهد.

با وجود مطالعات انجام‌شده درباره کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، عوامل روان‌شناختی مرتبط با بیماری‌های مزمن و نقش جداگانه هوش اجتماعی، اجتناب تجربی یا تحمل پریشانی، هنوز نیاز به بررسی همزمان این متغیرها در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم وجود دارد. بخش قابل توجهی از پژوهش‌های پیشین بر گروه‌های دیگری مانند سالمندان، افراد مبتلا به چاقی، دانشجویان دارای بیماری مزمن یا مراقبان بیماران سرطانی تمرکز داشته‌اند و بررسی همزمان سه متغیر یادشده در جمعیت زنان مبتلا به سرطان‌های پستان و رحم کمتر مورد توجه قرار گرفته است. از سوی دیگر،

ماهیت چندبعدی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ایجاب می‌کند که در کنار عوامل پزشکی و درمانی، منابع بین‌فردی و سازوکارهای تنظیم هیجان نیز بررسی شوند. شناسایی سهم نسبی این متغیرها در پیش‌بینی کیفیت زندگی می‌تواند به متخصصان سلامت روان، روان‌شناسان، پرستاران و تیم‌های انکولوژی در تدوین برنامه‌های غربالگری و مداخلات حمایتی کمک کند و زمینه را برای توجه همزمان به مهارت‌های اجتماعی، کاهش اجتناب از تجربه‌های درونی و افزایش توان تحمل پریشانی فراهم سازد.

بنابراین، هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت براساس هوش اجتماعی، اجتناب تجربی و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم بود.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر به روش توصیفی-همبستگی انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت الله طالقانی آبادان در سال ۱۴۰۴ بودند. برای انتخاب نمونه مورد پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد، به این صورت که از بین بیماران مبتلا به سرطان پستان و رحم ۳۰۰ نفر براساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. جهت کنترل متغیرهای مداخله‌گر، ملاک‌های ورود رعایت شد: قرار داشتن در رده سنی (۴۰-۶۰) سال؛ داشتن حداقل تحصیلات دیپلم؛ ابتلا به سرطان پستان و رحم و با حداقل ۶ ماه زمان بیماری؛ قرار داشتن در فرآیند درمان؛ عدم سابقه ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی (خودکشی). و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: تمایل به ترک آگاهانه از پژوهش و پر کردن ناقص پرسشنامه‌ها. در این مطالعه برای کاهش خطای نمونه‌برداری و جلوگیری از افت آزمودنی‌ها تا

۳۰۰ نفر افزایش داده شد. در پایان با کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش، تعداد ۲۸۶ نفر وارد پژوهش شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. با توجه به توان آماری بالاتر از ۰/۸۰، این حجم نمونه برای کافی و مناسب ارزیابی شد.

- پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت: پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۱ توسط والکر و همکاران (۱۹۹۵) طراحی شد و از سطح قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی برخوردار است و در بسیاری از کشورهای جهان آزمون شده است. نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. این مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در شش بعد مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی (۸ سؤال، از شماره ۲۵ تا ۳۲)، فعالیت جسمی (پیروی از یک الگوی ورزشی منظم با ۱۳ سؤال، از شماره ۱۲ تا ۲۴)، تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با ۱۱ سؤال، از سوال ۱ تا ۱۱)، رشد معنوی (برخورداری از احساس هدفمندی و رضایتمندی با ۶ سؤال، ۴۷ تا ۵۲)، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس‌زا و اقدامات مدیریت استرس با ۶ سؤال، از شماره ۳۳ تا ۳۸)، و رفتار بین فردی (۸ سؤال، از شماره ۳۹ تا ۴۶) اندازه‌گیری می‌کند. مجموع سؤالات پرسشنامه ۵۲ سؤال است که به‌صورت لیکرت ۴ گزینه‌ای هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، معمولاً (۳)، و همیشه (۴) نمره دهی شد. محدوده نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت بین ۵۲ تا ۲۰۸ است که برای هر بعد نمره جداگانه‌ای محاسبه گردید. بنابراین محدوده نمره ابعاد مسئولیت‌پذیری، وضعیت تغذیه‌ای، رشد معنوی، روابط بین فردی (۳۶-۰) و هر یک از ابعاد مدیریت استرس و فعالیت جسمی (۳۲-۰) در نظر گرفته شد. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده اتخاذ رفتارها و شیوه زندگی سالم‌تر می‌باشد. در پژوهش والکر و همکاران (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه، ۰/۹۴

گزارش شد. همچنین والکر و همکاران (۱۹۹۷) در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه محاسبه کردند. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹ را برای ۶ خرده مقیاس این آزمون محاسبه نمودند. چو و همکاران (۲۰۱۳) نیز در این پژوهش آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۹۱ گزارش نمودند. در ایران خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلفی بررسی شده است. در پژوهش محمدی زیدی و همکاران (۱۳۸۹)، تعداد گویه‌های این مقیاس از ۵۲ به ۴۹ تقلیل پیدا نمود و تعداد ۳ سؤال به دلیل بار عاملی پایین حذف شد و آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۹ گزارش شد. در تحقیق حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر ۰/۸۲ به دست آمده است.

- **مقیاس هوش اجتماعی:** پرسشنامه هوش اجتماعی^۱ توسط ترومسو (۲۰۰۱) ساخته شده است و دارای ۲۱ سوال بوده و هدف آن سنجش هوش اجتماعی افراد و خرده مقیاس‌های آن (خرده مقیاس پردازش اطلاعات اجتماعی (SIP)، خرده مقیاس آگاهی اجتماعی (SA)، خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی (SS)) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت (۱= کاملاً مخالفم، ۲= کاملاً موافقم) است. اما این شیوه نمره گذاری در مورد سوالات ۱۰، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ معکوس می‌شود. در پژوهش رضائی (۱۳۸۹) پس از تایید روایی صوری مقیاس، پایایی آن یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (۰) به معنای عدم پایداری، تا مثبت یک (۱) به معنای پایایی کامل قرار می‌گیرد و هر چه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیکتر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می‌شود. ترومسو (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس پردازش اطلاعات اجتماعی (SIP)، خرده مقیاس آگاهی اجتماعی (SA)، خرده مقیاس مهارت‌های

اجتماعی (SS) و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۳؛ ۰/۶۶؛ ۰/۶۴ و ۰/۸۱ گزارش کرد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۷ به دست آمده است.

- **پرسشنامه اجتناب تجربی:** پرسشنامه اجتناب تجربه ای^۲ توسط باند^۳ و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده و یک نسخه ۷ سؤالی از پرسش نامه اصلی (AAQ-I) است که به وسیله هیز و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده بود. پرسشنامه اجتناب تجربه ای - نسخه دوم، همسو با نظریه زیربنایی اش، برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به ویژه در ارتباط با اجتناب تجربه ای و تمایل به درگیری در عمل با وجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (هرگز=۱؛ به ندرت= ۲؛ گاهی اوقات=۳؛ تقریباً همیشه=۴؛ همیشه=۵) نمره گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در این مقیاس نشان دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه ای بالاتر است. این پرسشنامه سازه ای را می‌سنجد که به اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برمی‌گردد و این عامل را با ۷ جمله می‌سنجد. یافته‌های پژوهشی پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی را برای این ابزار گزارش داده اند: میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماهه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد (باند و همکاران، ۲۰۱۱). عباسی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی، همسانی درونی و اعتبار همگرایی قابل قبولی را برای نسخه فارسی نشان دادند. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ به دست آمده است.

- **مقیاس تحمل پریشانی:** مقیاس تحمل پریشانی^۴، مقیاسی ۱۵ گزینه ای است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد. گزینه‌های این مقیاس تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی،

ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام تنظیم کننده ها برای تسکین پریشانی، موردسنجش قرار می دهند. مقیاس تحمل پریشانی چهار خرده مقیاس به شرح ذیل است. ۱- تحمل (تحمل پریشانی هیجانی) ۲- جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی) ۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) ۴- تنظیم (تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی). سوالات این پرسشنامه به صورت طیف ۵ گزینه ای لیکرت از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ می باشد. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. پژوهشگران مختلف پایایی و روایی این پرسش نامه را مورد بررسی قرار داده اند. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس های راهبردهای مقابله ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷۲ توسط عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) برآورد شده و ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس های تمایل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ به دست آمده است. روایی همزمان این پرسش نامه نشان داده است که بین مقیاس تحمل آشفتگی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی های ۰/۵۴۳، ۰/۲۲۴- و ۰/۶۵۳- وجود دارد. در مطالعه علی محمدی و همکاران

(۱۳۹۸) پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۲ به دست آمده است.

پس از کسب مجوزهای ضروری و ارائه توضیحات کافی درباره اهداف پژوهش به شرکت کنندگان، فرآیند اجرا با توزیع پرسشنامه ها در میان زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم آغاز شد. تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، ناشناس بودن پاسخ دهندگان، تحلیل داده ها و حفظ حریم خصوصی افراد به طور کامل رعایت گردید. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد. در بخش آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار متغیرها محاسبه گردید و در بخش آمار استنباطی، برای بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و برای پیش بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر اساس هوش اجتماعی، اجتناب تجربی و تحمل پریشانی از روش رگرسیون همزمان استفاده شد.

یافته ها

از مجموع شرکت کنندگان، ۲۷ نفر زیر دیپلم؛ ۳۵ نفر دیپلم؛ ۲۶ نفر کاردانی؛ ۱۴۹ نفر کارشناسی؛ ۴۴ نفر کارشناسی ارشد و ۶ نفری دکترا بودند. میانگین سنی آزمودنی ها ۴۸/۷ و انحراف معیار ۸/۳ بودند. در ادامه، شاخص های میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی مربوط به متغیرهای اصلی پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و کجی، کشیدگی در متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۱۲۰/۲۶	۱۷/۳۱	-۰/۳۷۴	۰/۵۸۰
هوش اجتماعی	۸۷/۲۱	۲۰/۷۱	-۰/۳۷۴	۰/۱۵۸
اجتناب تجربی	۲۰/۸۷	۶/۲۸	۰/۰۲۴	۰/۶۷۱
تحمل پریشانی	۴۱/۴۹	۱۱/۱۱	-۰/۵۷۶	-۰/۲۹۰

آماره‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی در

جدول ۱ آمده است. در ادامه ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول

۲ آمده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر اساس هوش اجتماعی، اجتناب تجربی و تحمل پریشانی

متغیرهای پژوهش	کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
هوش اجتماعی	$r = ۰/۵۴۵$
اجتناب تجربی	$r = -۰/۳۱۷$
تحمل پریشانی	$r = ۰/۶۰۲$

(۰/۶۰۲) رابطه مثبت و معنادار دارد. همچنین برای بررسی اینکه رابطه همزمان

متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک بررسی شود، از تحلیل رگرسیون به روش

همزمان استفاده شد. نتایج آن در جدول ۳، آمده است.

مطابق جدول ۲، ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است. با توجه

به این نتایج، هوش اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (۰/۵۴۵) رابطه

مثبت و معنادار، اجتناب تجربی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (-۰/۳۱۷)

رابطه منفی و معنادار و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

جدول ۳. خلاصه تحلیل رگرسیون با مدل همزمان

متغیرهای پیش بین	F	p	R	R^2	B	SE	Beta	t	P
هوش اجتماعی	۶۷/۰۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۰/۴۱۶	-۰/۰۱۸	۰/۲۵۲	-۰/۱۰۴	-۳/۰۷۰	۰/۰۰۱
اجتناب تجربی					۰/۲۴۱	۰/۰۴۸	۰/۲۸۹	۵/۰۳۲	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی					۰/۶۶۸	۰/۰۹۳	۰/۴۲۹	۷/۲۰۸	۰/۰۰۱

ضریب همبستگی استاندارد متغیر هوش اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با

سلامت ۰/۲۸۹ بوده است که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود؛ ضریب همبستگی

استاندارد متغیر اجتناب تجربی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت -۰/۱۰۴

بوده است که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود؛ ضریب همبستگی استاندارد متغیر

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقدار همبستگی چندگانه

متغیرهای پیش بین با ملاک برابر ۰/۶۴۵ بود که ۰/۴۱۶ از واریانس متغیر

ملاک را تبیین می‌کنند و با توجه به مقدار F برای مدل رگرسیون مربوطه

($F = ۶۷/۰۸۱$ و $p = ۰/۰۰۱$) نشان دهنده معنادار بودن مدل مذکور بود. همچنین،

تحمل پریشانی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ۰/۴۲۹ بوده است که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هوش اجتماعی، اجتناب تجربی و تحمل پریشانی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم رابطه معناداری دارند و هر سه متغیر توانستند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را به‌طور معناداری پیش‌بینی کنند. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که هوش اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری دارد، اجتناب تجربی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه منفی و معنادار دارد و تحمل پریشانی نیز با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری نشان می‌دهد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون همزمان نشان داد که ترکیب سه متغیر پیش‌بین، ۴۱.۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را تبیین می‌کند. در میان متغیرهای پیش‌بین، تحمل پریشانی با ضریب استاندارد $\beta=0.429$ بیشترین سهم را در پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت داشت، پس از آن هوش اجتماعی با $\beta=0.289$ قرار گرفت و اجتناب تجربی با $\beta=-0.104$ نیز به‌صورت منفی و معنادار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را پیش‌بینی کرد. این الگو نشان می‌دهد که کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم نه‌تنها تحت تأثیر شرایط پزشکی و درمانی قرار دارد، بلکه به میزان قابل توجهی به ظرفیت‌های روان‌شناختی و اجتماعی آنان برای مواجهه با فشارهای بیماری وابسته است.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که هوش اجتماعی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم رابطه مثبت و معناداری دارد و افزایش هوش اجتماعی با بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همراه است. این یافته با نتایج پژوهش حکیمی‌نیا و همکاران که نشان دادند هوش اجتماعی یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی است، همسو است

(Hakiminia et al., 2017). همچنین، پژوهش عبدی و صادقی نشان داد که کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان با متغیرهای روان‌شناختی و بین‌فردی نظیر تنظیم شناختی هیجان و صمیمیت زناشویی ارتباط دارد (Abdi & Sadeghi, 2024). این همسویی بیانگر آن است که کیفیت زندگی بیماران سرطانی را نمی‌توان صرفاً پیامد وضعیت جسمانی یا شدت بیماری دانست، بلکه نحوه تعامل فرد با محیط اجتماعی و کیفیت روابط او با دیگران نیز در ارزیابی کلی وی از زندگی نقش مهمی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هوش اجتماعی به فرد کمک می‌کند نشانه‌های اجتماعی و هیجانی را با دقت بیشتری درک کند، رفتار دیگران را بهتر تفسیر نماید و متناسب با شرایط بین‌فردی پاسخ دهد. زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم در جریان بیماری ممکن است با تغییرات گسترده‌ای در روابط خانوادگی، روابط زناشویی، نقش‌های اجتماعی و ارتباط با کادر درمان مواجه شوند. در چنین شرایطی، توانایی مدیریت ارتباطات، بیان مناسب نیازها و استفاده مؤثر از حمایت اجتماعی می‌تواند فشار روانی ناشی از بیماری را کاهش دهد. بیمار دارای هوش اجتماعی بالاتر احتمالاً بهتر می‌تواند نگرانی‌های خود را با اعضای خانواده در میان بگذارد، از حمایت عاطفی و عملی آنان بهره‌مند شود و در تعامل با پزشکان و پرستاران نیز اطلاعات لازم را به شکل مؤثرتری دریافت و منتقل کند. این فرایند می‌تواند احساس کنترل، امنیت روانی و تعلق اجتماعی را افزایش دهد و در نهایت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را بهبود بخشد.

از سوی دیگر، سرطان می‌تواند با نوعی انگ اجتماعی همراه باشد و بیماران را در معرض احساس متفاوت بودن، نگرانی از قضاوت دیگران یا کاهش مشارکت اجتماعی قرار دهد. یافته‌های مربوط به انگ اجتماعی سرطان نشان داده‌اند که نگرش‌های اجتماعی نسبت به بیماری می‌تواند بر تجربه بیماران و روابط اجتماعی آنان تأثیر بگذارد (Mazloumi et al., 2023).

در چنین شرایطی، هوش اجتماعی می‌تواند به عنوان یک منبع سازگاری عمل کند؛ زیرا فرد با بهره‌گیری از مهارت‌های اجتماعی، توانایی بیشتری برای مدیریت واکنش‌های دیگران، پیشگیری از سوء تفاهم و حفظ پیوندهای اجتماعی خواهد داشت. همچنین، مفهوم هوش اجتماعی اساساً با توانایی فهم حالت‌های ذهنی و اجتماعی دیگران مرتبط است و پژوهش‌های نظری نیز بر پیچیدگی این فرایند تأکید کرده‌اند (Sap et al., 2022). بنابراین، می‌توان استدلال کرد که هوش اجتماعی بالا به بیماران کمک می‌کند در جریان بیماری ارتباطات کارآمدتری برقرار کنند و از انزوای اجتماعی فاصله بگیرند؛ عاملی که می‌تواند مستقیماً بر ابعاد روانی و اجتماعی کیفیت زندگی تأثیر بگذارد.

یافته دوم پژوهش نشان داد که اجتناب تجربی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه منفی و معناداری دارد؛ به گونه‌ای که افزایش اجتناب تجربی با کاهش کیفیت زندگی همراه است. این یافته با نتایج عینی و همکاران همسو است که نشان دادند اجتناب تجربی می‌تواند در رابطه میان حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی نقش میانجی ایفا کند (Eini et al., 2020). همچنین، نتایج با یافته‌های والی و همکاران هماهنگ است که در افراد مبتلا به بیماری مزمن نشان دادند اجتناب تجربی یکی از سازوکارهای مرتبط با اضطراب و کیفیت زندگی است (Vally et al., 2025). افزون بر این، پژوهش مونسس و همکاران نشان داده است که اجتناب تجربی یک فرایند روان‌شناختی فراگیر است که در فرهنگ‌های مختلف با مشکلات سازگاری روان‌شناختی ارتباط دارد (Monestès et al., 2016).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که ابتلا به سرطان با تجربه مکرر افکار و احساسات ناخوشایندی مانند ترس از مرگ، نگرانی درباره پیشرفت بیماری، ترس از عود، احساس فقدان، اندوه ناشی از تغییرات جسمانی و اضطراب درباره آینده همراه است. در صورتی که بیمار برای کنترل یا سرکوب این تجارب به اجتناب تجربی متوسل شود، ممکن است در کوتاه‌مدت کاهش

نسبی پریشانی را احساس کند، اما در بلندمدت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی او کاهش می‌یابد. تلاش مستمر برای نادیده گرفتن افکار یا هیجانات ناخوشایند سبب می‌شود بخش زیادی از منابع روانی فرد صرف کنترل تجربه‌های درونی شود و فرصت کمتری برای مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند، روابط خانوادگی و اجتماعی و رفتارهای مرتبط با مراقبت از سلامت باقی بماند. در چنین شرایطی، کیفیت زندگی به تدریج کاهش می‌یابد، زیرا فرد نه تنها با بیماری جسمانی مواجه است، بلکه بخش قابل توجهی از انرژی روانی خود را نیز صرف مبارزه با تجربه‌هایی می‌کند که به طور کامل قابل حذف نیستند.

اجتناب تجربی همچنین می‌تواند باعث شود بیمار از موقعیت‌هایی که یادآور بیماری هستند فاصله بگیرد. برای مثال، ممکن است از گفت‌وگو درباره بیماری، دریافت اطلاعات پزشکی، بیان نگرانی‌های خود به اعضای خانواده یا حتی حضور در برخی موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کند. این الگوی رفتاری می‌تواند به کاهش حمایت اجتماعی، افزایش انزوا و تشدید احساس درماندگی منجر شود. از سوی دیگر، تجربه بیماری‌های مزمن معمولاً با اضطراب درباره آینده و کاهش احساس کنترل همراه است و هنگامی که فرد به جای پذیرش و مواجهه سازگارانه، راهبرد اجتنابی را انتخاب می‌کند، احتمال تشدید مشکلات روان‌شناختی افزایش می‌یابد. یافته‌های والی و همکاران نیز اهمیت نقش اجتناب تجربی را در ارتباط میان بیماری مزمن، اضطراب و کیفیت زندگی تأیید کرده‌اند (Vally et al., 2025). بنابراین، رابطه منفی مشاهده‌شده در پژوهش حاضر را می‌توان ناشی از محدود شدن رفتارهای سازگارانه، کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افزایش درگیری فرد با افکار و هیجانات ناخوشایند دانست.

یافته سوم نشان داد که تحمل پریشانی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه مثبت و معناداری دارد و در میان سه متغیر بررسی‌شده، قوی‌ترین

پیش‌بین کیفیت زندگی بود. این یافته با نتایج پژوهش دهقانی بنادکی و همکاران همسو است که نشان دادند تحمل پریشانی در پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نقش دارد (Dehghani Bonadaki et al., 2022).

همچنین، علی‌محمدی و همکاران در طراحی مدل کیفیت زندگی بر اساس استرس ادراک‌شده و تحمل پریشانی نشان دادند که این متغیر با کیفیت زندگی ارتباط معناداری دارد (Alimohammadi et al., 2019). نتایج پژوهش یآوری و همکاران نیز نشان داده است که تحمل پریشانی از جمله متغیرهای مهم در سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان است و می‌تواند در اثر مداخلات تنظیم هیجانی بهبود یابد (Yavari et al., 2022). بنابراین، نتیجه پژوهش حاضر در امتداد شواهدی قرار می‌گیرد که تحمل پریشانی را به‌عنوان یکی از منابع اصلی سازگاری در شرایط فشار جسمانی و روان‌شناختی معرفی می‌کنند.

در تبیین این یافته باید توجه داشت که زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم به‌طور مداوم با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که مستلزم تحمل هیجانات ناخوشایند است. انتظار برای دریافت نتایج آزمایش‌ها، نگرانی درباره موفقیت درمان، تحمل عوارض شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی، تغییرات ظاهری و نگرانی درباره عود بیماری همگی می‌توانند سطح بالایی از پریشانی ایجاد کنند. فردی که تحمل پریشانی بالاتری دارد، می‌تواند این حالات را بدون توسل فوری به اجتناب یا رفتارهای ناکارآمد تجربه کند و در عین حال، فعالیت‌های روزمره و درمانی خود را ادامه دهد. به بیان دیگر، تحمل پریشانی بالا موجب می‌شود بیمار هیجان منفی را به‌عنوان حالتی گذرا و قابل مدیریت تجربه کند، نه به‌عنوان وضعیتی غیرقابل تحمل که مستلزم فرار یا کناره‌گیری است.

همچنین، یافته حاضر با پژوهش دینگ و همکاران همخوانی دارد که نشان دادند پریشانی روان‌شناختی و تاب‌آوری در ارتباط میان ترس از پیشرفت بیماری و کیفیت زندگی نقش دارند (Ding et al., 2026). اگرچه مطالعه

آنان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده است، مفهوم مشترک میان دو پژوهش آن است که نحوه پاسخ فرد به فشار روان‌شناختی می‌تواند کیفیت زندگی را به‌شدت تحت تأثیر قرار دهد. از سوی دیگر، پژوهش ذوقی پایدار و همکاران نیز نشان داده است که پریشانی روان‌شناختی در رابطه میان عوامل بین‌فردی و کیفیت زندگی نقش مهمی ایفا می‌کند (Zoghi Paydar et al., 2025). این یافته‌ها در مجموع بیانگر آن هستند که توانایی مدیریت و تحمل پریشانی، صرف‌نظر از منشأ آن، یکی از عناصر مهم در حفظ کیفیت زندگی در شرایط بیماری و مراقبت طولانی‌مدت است.

قوی‌تر بودن نقش تحمل پریشانی در مقایسه با هوش اجتماعی و اجتناب تجربی نیز قابل تبیین است. زنان مبتلا به سرطان در طول فرایند تشخیص و درمان ناگزیر با موقعیت‌های دشوار و کنترل‌ناپذیری روبه‌رو می‌شوند که امکان حذف کامل آنها وجود ندارد. در چنین موقعیت‌هایی، صرف برخورداری از مهارت‌های اجتماعی یا تلاش برای کاهش اجتناب ممکن است کافی نباشد؛ بلکه توانایی باقی ماندن در شرایط ناخوشایند، تحمل هیجان و ادامه رفتارهای سازگارانه اهمیت بنیادی پیدا می‌کند. تحمل پریشانی بالا می‌تواند به فرد کمک کند که باوجود ترس و ناراحتی، درمان را ادامه دهد، ارتباط خود را با دیگران حفظ کند و فعالیت‌های روزانه را تا حد ممکن دنبال نماید. این فرایند از طریق حفظ عملکرد و کاهش رفتارهای اجتنابی می‌تواند مستقیماً به ارتقای کیفیت زندگی منجر شود.

نتایج پژوهش حاضر را همچنین می‌توان در چارچوب ماهیت چندبعدی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تفسیر کرد. کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت تأثیر عوامل جسمانی، روانی و اجتماعی قرار دارد و پژوهش‌های انجام‌شده درباره سرطان پستان نیز نشان داده‌اند که کیفیت زندگی این بیماران با مجموعه‌ای از متغیرهای بالینی و فردی مرتبط است (Kashtpour Amlashi et al., 2024). پیشرفت‌های تشخیصی و درمانی در سرطان

پستان، از توسعه فناوری‌های تصویربرداری پیشرفته تا بهینه‌سازی شیوه‌های درمان، موجب بهبود مدیریت پزشکی بیماری شده است (Luo et al., 2023; Whelan et al., 2024)، اما بهبود پیامدهای زیستی به‌تنهایی تضمین‌کننده کیفیت زندگی مطلوب نیست. حتی در شرایطی که درمان موفقیت‌آمیز است، نگرانی درباره عود، اثرات پایدار درمان و تغییرات روانی و اجتماعی می‌تواند باقی بماند. به همین دلیل، یافته‌های حاضر بر ضرورت توجه همزمان به جنبه‌های روان‌شناختی و اجتماعی مراقبت از بیماران تأکید دارند.

از سوی دیگر، بیماری‌های سرطان پستان و رحم ممکن است با عوارض و پیچیدگی‌های پزشکی قابل توجهی همراه باشند که خود می‌توانند فشار روانی بیماران را افزایش دهند؛ برای مثال، مطالعات بالینی بر اهمیت عوارضی مانند ترومبوآمبولی وریدی در زنان مبتلا به سرطان‌های پستان و رحم تأکید کرده‌اند (Sebastián et al., 2026). چنین شرایطی می‌تواند احساس آسیب‌پذیری و نگرانی درباره سلامت را تشدید کند و در نتیجه، نیاز بیمار به منابع روان‌شناختی مؤثر را افزایش دهد. همچنین، مداخلات آموزشی مبتنی بر مدل‌های روان‌شناختی در حوزه سرطان زنان نشان داده‌اند که متغیرهای شناختی و انگیزشی قابلیت تغییر دارند و می‌توانند رفتارهای مرتبط با سلامت را ارتقا دهند (Alizadeh Sivaki & Jadgal, 2024). از این منظر، متغیرهای بررسی‌شده در پژوهش حاضر نیز می‌توانند اهداف مناسبی برای مداخلات روان‌شناختی و حمایتی باشند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم حاصل تعامل پیچیده منابع روان‌شناختی و اجتماعی است. هوش اجتماعی می‌تواند از طریق تسهیل روابط بین‌فردی و بهره‌گیری از حمایت اجتماعی به بهبود کیفیت زندگی کمک کند؛ اجتناب تجربی با محدود کردن مواجهه سازگاران با بیماری و کاهش

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند کیفیت زندگی را تضعیف کند؛ و تحمل پریشانی از طریق افزایش توانایی فرد برای باقی ماندن در شرایط دشوار و ادامه رفتارهای سازگاران می‌تواند نقش محافظتی مهمی داشته باشد. بنابراین، نتایج از این دیدگاه حمایت می‌کنند که مداخلات جامع در بیماران مبتلا به سرطان بهتر است علاوه بر مراقبت‌های پزشکی، بر تقویت مهارت‌های بین‌فردی، کاهش الگوهای اجتنابی و افزایش تحمل هیجانی نیز تمرکز داشته باشند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از طرح توصیفی-همبستگی و مقطعی اشاره کرد که امکان استنباط روابط علی میان متغیرها را محدود می‌سازد. همچنین، نمونه پژوهش تنها از زنان مبتلا به سرطان پستان و رحم مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی انتخاب شد و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به بیماران سایر شهرها، مراکز درمانی و گروه‌های فرهنگی محدود کند. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز می‌تواند پاسخ‌ها را در معرض سوگیری مطلوبیت اجتماعی، شرایط هیجانی لحظه‌ای و ادراک شخصی شرکت‌کنندگان قرار دهد. علاوه بر این، متغیرهایی مانند مرحله سرطان، مدت زمان سپری‌شده از تشخیص، نوع درمان، شدت عوارض جسمانی، وضعیت تأهل، حمایت اجتماعی و شرایط اقتصادی در مدل پژوهش کنترل نشدند و ممکن است بخشی از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین کرده باشند.

برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود از طرح‌های طولی استفاده شود تا تغییرات هوش اجتماعی، اجتناب تجربی، تحمل پریشانی و کیفیت زندگی در مراحل مختلف تشخیص و درمان سرطان بررسی شود. انجام مطالعات چندمرکزی با نمونه‌های بزرگ‌تر و استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی نیز می‌تواند قدرت تعمیم نتایج را افزایش دهد. همچنین، بررسی مدل‌های ساختاری شامل متغیرهای واسطه‌ای یا تعدیل‌گر مانند حمایت اجتماعی، تنظیم

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می‌گردد.

References

- Abdi, F., & Sadeghi, F. (2024). The Relationship of Cognitive Emotion Regulation and Marital Intimacy with Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Applied Psychology Quarterly*, 18(2), 152-172.
- Alimohammadi, F., Sotoudeh Asl, N., & Karami, A. (2019). Designing a Quality-of-Life Model for Older Adults Based on Perceived Stress and Distress Tolerance. *Health and Care Journal*, 21(1), 53-65.
- Alizadeh Sivaki, H., & Jadgal, M. S. (2024). The Effect of an Educational Intervention Based on Protection Motivation Theory on Promoting Cervical Cancer Preventive Behaviors among Women in Torbat-e Heydarieh. *Toloo-e Behdasht*, 23(2), 1-15.
- Dehghani Bonadaki, M., Velayati, M., Rayat Dost, F., Kalantari, M., & Ternas, G. (2022). Predicting Health-Related Quality of Life Based on Alexithymia and Distress Tolerance in Individuals with Obesity. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64(5), 3945-3955.
- Ding, H., Fang, X., Li, S., Miao, L., & Wu, X. (2026). Role of Psychological Resilience and Psychological Distress in Linking Fear of Disease Progression to Quality of Life in Chronic Heart Failure: A Cross-Sectional Serial Mediation Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 17, 1809638. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2026.1809638>
- Eini, S., Hosseini, S. A., Ebadi, M., & Mohammadzadeh, M. (2020). Causal Modeling of Quality of Life Based on Anxiety Sensitivity with the Mediating Role of Experiential Avoidance in Older Adults. *Journal of Aging Psychology*, 6(1), 65-77.
- Hakiminia, B., Pourafkari, N., & Ghaffari, D. (2017). Factors Affecting Quality of Life with Emphasis on Social Intelligence and Social Health: A Case Study of Kermanshah. *Applied Sociology*, 28(2), 163-178.
- Kashtpour Amlashi, Z., Bazrafshan, M., Shariatpanahi, S., Javadi, S. M. R., Aghababai, Z., Tapak, L., Arian, M., & Nikzad, S. (2024). Health-Related Quality of Life in Patients with Non-Metastatic Breast Cancer and Its Associated Factors. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 17(1), 102-115.
- Luo, L., Wang, X., Lin, Y., Ma, X., Tan, A., Chan, R., & Chen, H. (2024). Deep Learning in Breast Cancer Imaging: A Decade of Progress and Future Directions. *IEEE Reviews in Biomedical Engineering*. <https://doi.org/10.1109/RBME.2024.3357877>
- هیجان، تاب‌آوری، خودشفقتی، اضطراب مرگ، ترس از عود و شدت علائم جسمانی می‌تواند تصویر جامع‌تری از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی ارائه دهد. مقایسه بیماران مبتلا به سرطان پستان و رحم به صورت جداگانه و بررسی تفاوت‌ها بر حسب مرحله بیماری، نوع درمان و مدت ابتلا نیز می‌تواند به شناسایی الگوهای اختصاصی هر گروه کمک کند.
- از نظر کاربردی پیشنهاد می‌شود ارزیابی منظم کیفیت زندگی و متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با آن در برنامه‌های مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان و رحم گنجانده شود. طراحی کارگاه‌ها و جلسات روان‌شناختی با هدف افزایش تحمل پریشانی، آموزش پذیرش هیجانی، کاهش الگوهای اجتنابی و تقویت مهارت‌های ارتباطی می‌تواند به سازگاری بهتر بیماران کمک کند. همچنین، آموزش خانواده‌ها درباره نحوه ارائه حمایت عاطفی و اجتماعی، تشکیل گروه‌های حمایتی برای بیماران و همکاری نزدیک روان‌شناسان سلامت با تیم‌های انکولوژی می‌تواند زمینه استفاده بهتر بیماران از منابع بین‌فردی و روان‌شناختی را فراهم کند. شناسایی بیمارانی که تحمل پریشانی پایین، اجتناب تجربی بالا یا مشکلات ارتباطی دارند و ارجاع زودهنگام آنان به خدمات روان‌شناختی نیز می‌تواند بخشی از مراقبت جامع و بیمارمحور در مراکز درمانی باشد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

- Mazloumi, O., Parsamehr, M., & Zare Shahabadi, A. (2023). Factors Associated with the Social Stigma of Cancer in Tehran in 2022. *Hospital Journal*, 22(1), 68-81.
- Monestès, J. L., Karekla, M., Jacobs, N., Michaelides, M. P., Hooper, N., Kleen, M., & Hayes, S. C. (2016). Experiential Avoidance as a Common Psychological Process in European Cultures. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Sap, M., LeBras, R., Fried, D., & Choi, Y. (2022). Neural Theory-of-Mind? On the Limits of Social Intelligence in Large LMs. Proceedings of the 2022 Conference on Empirical Methods in Natural Language Processing, <https://doi.org/10.18653/v1/2022.emnlp-main.248>
- Sebastián, O. G., Trujillo-Santos, J., del Carmen Díaz-Pedroche, M., Demelo-Rodríguez, P., Otalora, S., Brenner, B., & Jiménez-Echandía, C. A. (2026). Venous Thromboembolism in Patients with Breast, Ovarian, and Uterine Cancer: A Comparative Analysis from the Registro Informatizado Enfermedad TromboEmbolica Registry. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 10(1), 103301.
- Vally, Z., AlKhanji, R., & Helmy, M. (2025). Anxiety and Quality of Life in College Students with a Chronic Illness Compared to Those Without: The Mediational Roles of Experiential Avoidance and Committed Action. *International journal of mental health and addiction*, 23(4), 2994-3010. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01274-4>
- Whelan, T. J., Smith, S., Parpia, S., Fyles, A. W., Bane, A., Liu, F. F., & Levine, M. N. (2023). Omitting Radiotherapy after Breast-Conserving Surgery in Luminal A Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, 389(7), 612-619. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2302344>
- Yavari, Y., Khosh Akhlagh, H., & Shoarbahfchizadeh, M. R. (2022). Effectiveness of Emotion-Regulation Psychotherapy on Self-Blame, Distress Tolerance, Self-Conscious Affect, and Conflict-Resolution Styles in Patients with Cancer in Isfahan. *Nurse and Physician Within War*, 10(35), 84-95.
- Zoghi Paydar, M. R., Mohagheghi, H., Ghasemi Rahmatabadi, M., Roshanayi, M. R., Ghorbani, Z., & Amirabadi, Z. (2025). The Relationship of Marital Satisfaction and Quality of Life with the Mediating Role of Psychological Distress in Mothers of Children with Cancer: A Descriptive Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 24(6), 525-538.