

The Impact of Personal, Family and Social Factors on Psychological Well-being of Patients with Breast Cancer to Develop a Structural Model

Maryam Soleyman Farokh¹, Ali Delavar²

1. PhD Student, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran
2. Professor of Research Methods and Statistics, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Article Info

Received: 2020/01/21;
Accepted: 2020/03/30;
Published Online: 2020/05/04

doi [10.30699/sjnhmf.28.1.75](https://doi.org/10.30699/sjnhmf.28.1.75)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Cancer is one of the most important diseases of the current century and the third leading cause of death after cardiovascular disease and accidents, and affects the psychological well-being of cancer patients. The aim of this study was to determine the effect of individual, family and social factors on the psychological well-being of patients with breast cancer in order to develop a structural model.

Methods: The present study was descriptive in the form of structural equation modeling. Its statistical population consisted of all women with breast cancer being treated in medical centers and specialized hospitals for cancer in Tehran in the first quarter of 2019 (1350 people). The statistical sample was determined based on the research plan of 300 people and using multi-stage clustering method, clustering of medical centers based on geographical areas and then selection of a cluster was performed randomly. Data were collected using Reef's psychological well-being questionnaires, Baer *et al.*'s mindfulness, five neo-personality factors, Connor and Davidson's resilience, Ritchie and Fitzpatrick's family communication patterns, and Zymet's social support. Finally, the data were analyzed using multivariate linear regression test in the text of structural equation modeling and by AMOS software version 21.

Results: The results of model analysis indicated that among the individual factors, the openness to experience, positively and neurosis has a negative effect on psychological well-being ($P<0.01$). Also, resilience and mindfulness have both positively increased mental well-being ($P<0.01$). In the case of familial factors and among the family communication patterns, the factor of orientation of conformity has reduced mental well-being ($P<0.01$). Finally, social support can increase psychological well-being ($P<0.05$).

Conclusion: Thus, it can be acknowledged that, despite the difficult physical conditions that people with cancer face, it is possible to take appropriate social support to strengthen the resilience of these patients and finally, expect that the ability to adapt and cope with cancer will also increase in people with the disease.

Keywords: Psychological well-being, Breast cancer, Personal factors, Family factors, Social factors

Corresponding Information:

Ali Delavar, Professor of Research methods and Statistics, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran Email: delavar@atu.ac.ir

Copyright © 2020, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Soleyman Farokh M, Delavar A. The Impact of Personal, Family and Social Factors on Psychological Well-being of Patients with Breast Cancer to Develop a Structural Model. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2020; 28 (4)45-61

تأثیر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان: تدوین یک مدل ساختاری

مریم سلیمان فرخ^۱، علی دلاور^۲

۱. روان‌شناس و دانشجوی دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران، تهران، ایران
۲. استاد، آمار و روش تحقیق، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۱۱/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۱۱ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۲/۰۵	<p>مقدمه: سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و سومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلبی‌عروقی و سوانح و حوادث، مطرح و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه به‌منظور تدوین یک مدل ساختاری انجام شد.</p> <p>روش کار: تحقیق حاضر از نظر روش، توصیفی در قالب مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری آن از همه زنان مبتلا به سرطان سینه تحت درمان در مراکز درمانی و بیمارستان‌های تخصصی تشخیص و درمان سرطان شهر تهران در سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۸ به تعداد ۱۳۵۰ نفر تشکیل شد. نمونه آماری براساس طرح پژوهش ۳۰۰ نفر مشخص و با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای، با خوشه‌بندی مراکز درمانی براساس مناطق جغرافیایی و سپس انتخاب یک خوشه به‌طور تصادفی اجرا شد. داده‌های موردنیاز با پرسش‌نامه‌های بهزیستی روانی ریف، ذهن‌آگاهی بائر و همکاران، پنج عامل شخصیتی نئو، تاب‌آوری کانر و دیویدسون، الگوهای ارتباطی خانواده ریچی و فیتزپاتریک و حمایت اجتماعی زیمت گردآوری شد. در نهایت، داده‌ها با آزمون رگرسیون خطی چندمتغیری در متن مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS ویرایش ۲۱ انجام شد.</p> <p>یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل مدل نشان داد از بین عوامل فردی، گویه بازبودن به تجربه، به‌صورت مثبت و روان‌رنجوری به‌صورت منفی بر بهزیستی روانی تأثیر دارند ($P < 0/01$). همین‌طور، تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی نیز هر دو به‌طور مثبت موجب افزایش بهزیستی روانی شده‌اند ($P < 0/01$). درمورد عوامل خانوادگی و از بین الگوهای ارتباطی خانواده، عامل جهت‌گیری هم‌نواپی موجب کاهش بهزیستی روانی شده است ($P < 0/01$). نهایتاً حمایت اجتماعی می‌تواند موجب افزایش بهزیستی روانی شود ($P < 0/05$).</p> <p>نتیجه‌گیری: با وجود شرایط سخت جسمانی که افراد مبتلا به سرطان با آن مواجه هستند، می‌توان با فراهم‌کردن حمایت‌های اجتماعی مناسب در جهت تقویت میزان تاب‌آوری در این بیماران گام برداشت و در نهایت، انتظار داشت که توان‌سازگاری و کنارآمدن با بیماری سرطان در مبتلایان به این بیماری نیز افزایش یابد.</p>
<p>نویسنده مسئول: علی دلاور دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم‌پزشکی قزوین، قزوین، ایران. پست الکترونیک: delavar@atu.ac.ir</p>	<p>برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.</p> 
<p>کلیدواژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، سرطان سینه، عوامل فردی، عوامل خانوادگی، عوامل اجتماعی</p>	

مقدمه

سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و سومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلب و عروق و سوانح و حوادث مطرح است [۱]. سازمان جهانی بهداشت برآورد می‌کند که سالانه بیش از ۱۰ میلیون نفر با انواع مختلف سرطان تشخیص داده می‌شوند [۲]. انتظار می‌رود تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد [۳] که ۶۰ درصد از آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه‌یافته است [۴]. در این میان، سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است [۲]. طبق آمار در حال حاضر بیش از ۷ میلیون زن در دنیا به سرطان سینه مبتلا هستند و انتظار می‌رود تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ به ۱۰ تا ۱۵ میلیون نفر برسد. در ایران این نوع سرطان دومین سرطان شایع در زنان بوده و بیش از ۲۵ درصد از سرطان‌ها را شامل می‌شود [۳]. این بیماری

سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و سومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلب و عروق و سوانح و حوادث مطرح است [۱]. سازمان جهانی بهداشت برآورد می‌کند که سالانه بیش از ۱۰ میلیون نفر با انواع مختلف سرطان تشخیص داده می‌شوند [۲]. انتظار می‌رود تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد [۳] که ۶۰ درصد از آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه‌یافته است [۴]. در این میان، سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است [۲]. طبق آمار در حال حاضر بیش از ۷ میلیون زن در دنیا به سرطان سینه مبتلا هستند و انتظار می‌رود تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ به ۱۰ تا ۱۵ میلیون نفر برسد. در ایران این نوع سرطان دومین سرطان شایع در زنان بوده و بیش از ۲۵ درصد از سرطان‌ها را شامل می‌شود [۳]. این بیماری

روانی^۲ بیماران مبتلا به سرطان سینه بسیار مهم است [۱۱]. با توجه به اینکه، کنترل علائم ضروری همچون خستگی برای افراد مبتلا به سرطان نیاز به حمایت هدفمند دارد، بهزیستی روان‌شناختی^۳ می‌تواند اثرات خستگی و استرس مزمن را کاهش دهد. همچنین بهزیستی روان‌شناختی تأثیر قابل توجهی بر درک علائم سرطان سینه در زنان متأثر از این بیماری دارد [۱۲].

بررسی پیشینه نظری و پژوهشی مربوط به بهزیستی نشان می‌دهد سالیان طولانی رویکردی آسیب‌شناختی^۴ یا بیمارپندارانه به مطالعه آن وجود داشته است، اما از سال ۱۹۹۸، هم‌زمان با ریاست روان‌شناس آمریکایی مارتین سلیگمن^۵ بر انجمن روان‌شناسی آمریکا^۶، جنبش جدیدی در روان‌شناسی شکل گرفت. این جنبش در سال‌های بعد تبدیل به یک گرایش فراگیر در روان‌شناسی به نام روان‌شناسی مثبت‌گرا^۷ شد. در مقابل تمرکز روان‌شناسی کلاسیک، روان‌شناسی مثبت‌گرا بر فهم عوامل مؤثر در تقویت نقاط قوت، کمک به سلامت روان افراد و همچنین بهزیستی، شادکامی^۸ و شکوفایی افراد تأکید می‌کند [۱۳]. تمامی این عوامل و فرآیندها ممکن است عملکرد مطلوب افراد را افزایش دهد [۱۴].

این رویکرد بر شناسایی سازه‌ها و پرورش توانمندی‌ها تأکید دارد که ارتقای سلامت و شادکامی انسان را فراهم می‌آورد. زیربنای نظری روان‌شناسی مثبت‌نگر در کارهای سلیگمن ریشه دارد [۱۵]. رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر، توجه به استعدادهای توانمندی‌های انسان را به‌جای پرداختن به ناهنجاری‌ها و اختلال‌ها مورد توجه قرار داده است [۱۶]. روان‌شناسی مثبت‌گرا مطالعه علمی مباحثی است که به زندگی افراد ارزش می‌دهد و به‌عبارتی مطالعه بهزیستی^۹ است [۱۷]. روان‌شناسی مثبت‌نگر در سلامتی روانی، بر وجود ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید دارد. بررسی بهزیستی با هدف اصلی علم روان‌شناسی که بهبود کیفیت زندگی جمعیت به‌نجار است رابطه قدرتمندی نشان می‌دهد. Ryff با نگاهی تحولی به توانایی‌های انسان، بهزیستی روان‌شناختی را شامل ابعاد خودمختاری^{۱۰} (توانایی و قدرت پیگیری خواسته‌ها و عمل براساس اصول شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد)، پذیرش خود^{۱۱} (توانایی دیدن و

مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و مشکلات فراوانی در تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی برای او ایجاد می‌کند. افسردگی، ناامیدی، خشم و گناه‌گرایش به خودکشی و سایر اختلالات روان‌شناختی در این بیماران بسیار زیاد مشاهده شده است [۵]. تشخیص سرطان و درمان‌های بعد از آن برای بسیاری از بیماران باعث اضطراب می‌شود [۶]. و توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی مورد تهدید قرار می‌دهد که نهایتاً تأثیر نامطلوبی بر عملکرد خانوادگی، نقش زناشویی و... دارد [۷].

سرطان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر است و دومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلبی‌عروقی به شمار می‌رود. کلمه سرطان از واژه یونانی کاراکینوس^۱ به‌معنای خرچنگ گرفته شده است و اغلب به‌عنوان یک بیماری حاد و معمولاً کشنده دیده می‌شود [۷]. دریافت تشخیص سرطان در یک فرد ضایعه بزرگی است. زندگی با سرطان و نگرانی‌های ناشی از احتمال عود آن نیاز به مقاومت و تاب‌آوری روانی بالایی دارد تا فرد بتواند با درمان، اثرات بیماری و عدم اطمینان درمورد آینده خود برخورد کند [۸]. اضطراب، ترس، خشم، غم و اندوه، احساسات رایجی هستند که ممکن است بیمار و اطرافیانش هنگام رویارویی با سرطان داشته باشند. درست است که بروز چنین حالت‌هایی تا هنگامی که در طولانی‌مدت ادامه نیابد و فعالیت‌های روزانه فرد را تحت تأثیر قرار ندهد نگران‌کننده نیست؛ با این حال، تغییرات ظاهری از جمله ریزش مو، عدم اطمینان از نتیجه درمان، درد، رنج و سختی‌های بیماری و درمان می‌تواند سبب افسردگی بیمار، خانواده و دوستان فرد بیمار گردد [۹].

سرطان سینه، با توجه به افزایش میزان بقا، عوارض و استرس در مقایسه با دیگر سرطان‌ها بر سلامت روانی این گروه از بیماران تأثیر مخرب‌تری می‌گذارد. علاوه بر این، بیماران مبتلا به سرطان سینه کیفیت زندگی و خودکارآمدی پایین‌تری را نسبت به دیگر افراد سرطانی تجربه می‌کنند [۱۰]. از سوی دیگر، سرطان سینه یک بیماری چندوجهی، غیرقابل پیش‌بینی و مرگبار است، افراد مبتلا به آن از لحظه تشخیص تا درمان استرس فراوانی را تحمل می‌کنند. بنابراین، توجه به سلامت

7. Positive psychology

8. Happiness

9. Well-being

10. Autonomy

11. Self-acceptance

1. Karakinos

2. Mental health

3. Pshychological well-being

4. Pathologic

5. Seligman

6. American psychological association

تاب‌آوری می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی کند [۲۲-۲۵]. پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده‌اند ذهن‌آگاهی می‌تواند بر میزان بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیر داشته باشد [۲۹، ۲۸، ۲۶، ۲۰]. براساس یافته‌های حاصل از پژوهش‌ها نیز حمایت‌های اجتماعی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را در افراد تحت تأثیر قرار دهد [۳۴-۳۰، ۲۳، ۲۱]. همچنین، عوامل خانوادگی و به‌طور دقیق الگوهای ارتباطی خانوادگی و عوامل شخصیتی بر میزان بهزیستی روان‌شناختی افراد اثرگذار هستند [۳۵-۳۷، ۳۰]. بر این اساس در مدل مفهومی پژوهش مندرج در **تصویر ۱**، عوامل مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه مشخص شده است.

روش بررسی

تحقیق حاضر از نظر روش، توصیفی در قالب مدل‌سازی معادلات ساختاری است و از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت کمی است. جامعه آماری این پژوهش همه زنان مبتلا به سرطان سینه تحت درمان در مراکز درمانی و بیمارستان‌های تخصصی تشخیص و درمان سرطان شهر تهران در سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۸ به تعداد ۱۳۵۰ نفر بود. نمونه آماری براساس طرح پژوهش ۳۰۰ نفر مشخص شد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش با در نظر گرفتن پراکندگی جغرافیایی مراکز درمانی، خوشه‌ای چندمرحله‌ای، با خوشه‌بندی مراکز درمانی براساس مناطق جغرافیایی و سپس انتخاب یک خوشه به صورت تصادفی انجام شد. داده‌های موردنیاز با استفاده از پرسش‌نامه‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹)، پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی [۲]، پرسش‌نامه پنج عامل شخصیتی نئو ۱۶ [۳]، پرسش‌نامه تاب‌آوری [۴]، پرسش‌نامه الگوهای ارتباطی خانواده [۵] و پرسش‌نامه حمایت اجتماعی چندبعدی [۶] گردآوری و با آزمون رگرسیون خطی چندمتغیری در متن مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS ویرایش ۲۱ انجام شد.

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۲۰۰۲): فرم کوتاه این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. نسخه مورد استفاده ۱۸ سؤال دارد. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۵ درجه‌ای

پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود)، رشد فردی^{۱۲} (احساس اینکه استعدادها و توانایی‌های بالقوه طی زمان و طول عمر بالفعل خواهد شد)، هدف زندگی^{۱۳}، روابط مثبت با دیگران^{۱۴} (به معنای داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم در زندگی)، تسلط بر محیط^{۱۵} (توانایی مدیریت مؤثر زندگی شخصی و جهان اطراف آن) می‌داند. بر این اساس می‌توان گفت بهزیستی روان‌شناختی، تلاش فرد برای رسیدن به کمال به‌منظور اثبات پتانسیل‌های واقعی خود است [۱۸]. افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالایی برخوردار هستند، تجربه مثبتی از احساسات داشته و حوادث را به‌طور مثبت ارزیابی می‌کنند [۱۹].

هنگامی که بهزیستی روان‌شناختی فرد کاهش یابد، ممکن است مشکلات روحی، تنهایی، انزوا و افسردگی را تجربه کند، فاکتورهایی که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی انسان را به شیوه‌ای مثبت شکل می‌دهند. افراد مبتلا به سرطان سینه نیز چنانکه از بهزیستی روان‌شناختی بالایی برخوردار باشند توانایی روحی و ذهنی بهتری در درک شرایط و پاسخ به تنش‌ها و فشارهای داخلی و خارجی خواهند داشت [۲۰]. عواملی بسیاری نیز بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیرگذار خواهد بود که می‌تواند با اقدامات خاص و رویکردهای روان‌شناختی بهبود یابد چون بهزیستی جهت ارائه مراقبت شخصی به‌خصوص در افراد مبتلا امری ضروری است [۲۱]. بر این اساس، پژوهش حاضر به‌منظور شناسایی عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه و جانمایی این متغیرها در یک مدل ساختاری انجام می‌شود. با توجه به اینکه تاکنون هیچ پژوهش مدونی به بررسی عوامل مؤثر بر در بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه نپرداخته است، این پژوهش ضمن توجه به خلأ پژوهش موجود، در پی این هدف است که عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر در بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه را به‌منظور تدوین یک مدل ساختاری شناسایی نماید.

مدل‌سازی براساس مطالعه کیفی

در مجموع، مطالعات انجام‌شده در زمینه عوامل مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی متغیرهای تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری، ذهن‌آگاهی، حمایت‌های اجتماعی، عوامل خانواده و عوامل شخصیتی مطرح شده است. براساس برخی پژوهش‌ها عامل

15. Environmental mastery

16. Neo big Five personality traits test

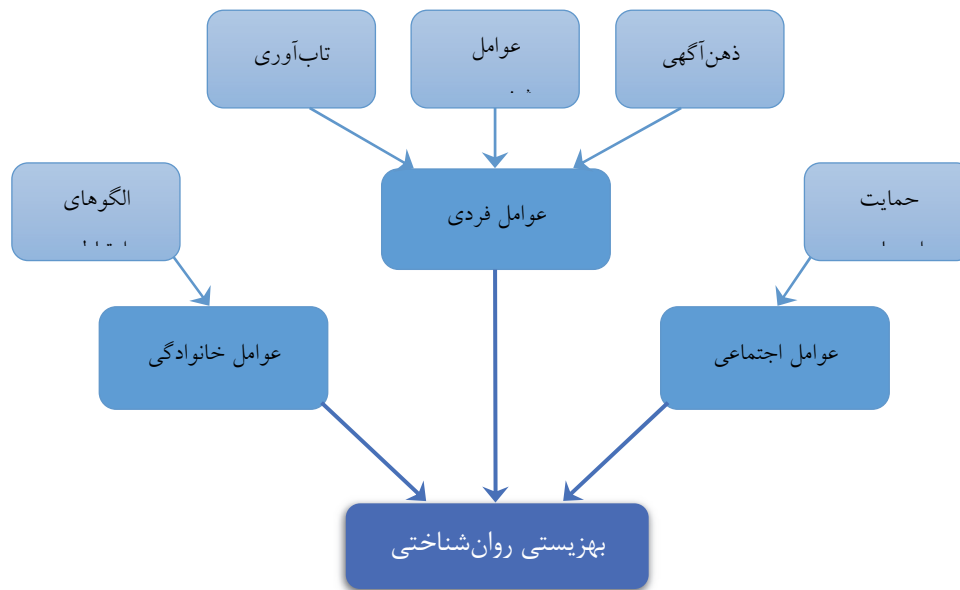
12. Personal growth

13. Purpose in life

14. Positive relations with others

مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است. در ایران تأیید روایی و پایایی این پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفته است [۳۸]. در پژوهش ذکرشده ضریب پایایی پرسش‌نامه برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و پایایی کل آن ۰/۷۱ گزارش شده است.

پاسخ داده می‌شود. بر این اساس گزینه (خیلی مخالفم) نمره ۱ و گزینه (خیلی موافقم) نمره ۵ دریافت می‌کند. نمره بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. سوالات شماره ۱۷-۱۳-۱۰-۹-۵-۴-۳-۱ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف با



تصویر ۱. مدل مفهومی پژوهش

و ۲۴۰ ماده دارد و پنج محور بزرگ شخصیتی را ارزیابی می‌کند. فرم کوتاه این پرسش‌نامه از ۶۰ ماده تشکیل شده که هر ۱۲ ماده آن یکی از پنج محور بزرگ شخصیت را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای تکمیل می‌شود. بر این اساس گزینه کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نه موافقم نه مخالفم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵) می‌گیرد. سوالات ۱، ۴۶، ۵۷، ۴۲، ۲۷، ۱۲، ۳، ۸، ۱۸، ۲۳، ۳۳، ۳۸، ۴۸، ۵۴، ۴۴، ۳۹، ۲۹، ۲۴، ۱۴، ۹، ۱۵، ۳۰، ۴۵ و ۵۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات هر عامل جداگانه محاسبه می‌شود و در نهایت ۵ نمره به دست می‌آید که مربوط به پنج محور شخصیت (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، تجربه‌گرایی، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی) است. در پژوهشی برای تعیین روایی پرسش‌نامه پنج عاملی از روایی هم‌زمان و تحلیل عاملی استفاده شد [۴۰]. ضریب حاصل از پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این پرسش‌نامه ۲۵ گویه دارد و در مقیاس لیکرت بین صفر (هرگز) و ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس اگرچه سطوح مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد، ولی یک نمره کل دارد. سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و خطر) روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ) مقیاس را به دست آورده‌اند. این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای تکمیل می‌شود. بر این اساس گزینه کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نه موافقم نه مخالفم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵) می‌گیرد. این پرسش‌نامه سؤال معکوس ندارد. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است [۴]. با روش آلفای کرونباخ، ضریب همسانی آن ۰/۸۹ به دست آمد [۳۹].

پرسش‌نامه پنج عاملی بزرگ شخصیتی نئو: این پرسش‌نامه توسط کاستا و مک‌کرا (۱۹۸۹) ساخته شده است

خودسنجی است و میزان موافقت یا عدم موافقت پاسخ‌دهنده را با ۲۶ گویه که درباره وضعیت ارتباطات خانواده وی هستند. این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای تکمیل می‌شود. بر این اساس گزینه کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نه موافقم نه مخالفم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵) می‌گیرد. این پرسش‌نامه سؤال معکوس ندارد. ۱۵ گویه اول مربوط به بعد جهت‌گیری گفت‌و شنود و ۱۱ گویه بعدی مربوط به جهت‌گیری هم‌نوایی هستند. هر آزمودنی دو نمره از این ابزار به دست می‌آورد. اندازه ضریب مایر - آلیکین برابر با ۰/۸۵ بود که حاکی از کفایت نمونه‌گیری محتوایی ماتریس همبستگی اطلاعات است. ضریب آزمون کروییت بارتلت نیز برابر با ۴۹۸/۲۳۱۹ معنادار بود [۵]. در پژوهشی در ایران میزان آلفای کرونباخ برای جهت‌گیری گفت‌و شنود و جهت‌گیری هم‌نوایی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۹ بود [۴۷]. همچنین به منظور بررسی روایی سازه و تأیید ساختار عاملی مقیاس از روش تحلیل عامل به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش قائم استفاده شد که با توجه به داده‌ها مقدار ضریب KMO (شاخص کفایت نمونه‌گیری) برابر با ۰/۸۹ و آزمون کروییت بارتلت (شاخص کفایت ماتریس همبستگی) برابر ۲۴۵۴/۸۴ بود که در سطح $P < 0/01$ معنادار شد.

یافته‌ها

در **جدول ۱** آمار توصیفی مربوط به نمرات متغیرهای تحقیق و هر یک از مؤلفه‌های آن آمده است. با توجه به اطلاعات **جدول ۱**، میانگین و انحراف معیار برای بهزیستی روان‌شناختی برابر با $(5/73 \pm 56/50)$ ، برای تاب‌آوری $(15/95 \pm 87/44)$ ، برای ذهن‌آگاهی برابر با $(9/06 \pm 41/36)$ و برای حمایت اجتماعی $(8/28 \pm 41/18)$ محاسبه شده است. در بین ویژگی‌های شخصیتی، باوجدانی با میانگین و انحراف معیار $(6/99 \pm 41/85)$ دارای بیشترین میانگین و گشودگی با میانگین و انحراف معیار $(5/14 \pm 36/38)$ دارای کمترین میانگین است. از بین مؤلفه‌های الگوهای ارتباطی خانواده، جهت‌گیری گفت‌و شنود با میانگین و انحراف معیار $(9/65 \pm 49/45)$ دارای بیشترین میانگین و جهت‌گیری هم‌نوایی با میانگین و انحراف معیار $(8/14 \pm 31/21)$ دارای کمترین میانگین است.

در بررسی عوامل مؤثر بر بهزیستی روانی از مجموع عوامل بررسی‌شده، برای عوامل فردی ویژگی‌های شخصیتی (مشمول

پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی بائر و همکاران (۲۰۰۶): این پرسش‌نامه یک ابزار خودسنجی ۳۹ آیتمی است که از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن‌آگاه، مقیاس تجدیدنظرشده ذهن‌آگاهی شناختی و هیجانی، و پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی فیلادفیا با استفاده از رویکرد تحلیل ساخته شد [۴۱-۴۴]. این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای تکمیل می‌شود. بر این اساس گزینه کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نه موافقم نه مخالفم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵) می‌گیرد. سؤالات ۳، ۵، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۰ و ۴۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. براساس نتایج، همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیرواکنشی‌بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت. همچنین در مطالعه‌ای که روی اعتباریابی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون - بازآزمون پرسش‌نامه در نمونه ایرانی بین $r = 0/57$ (مربوط به عامل غیرقضاوتی‌بودن) و $r = 0/84$ (عامل مشاهده) مشاهده گردید. همچنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین $\alpha = 0/55$ مربوط به عامل غیرواکنشی‌بودن و $\alpha = 0/83$ مربوط به عامل توصیف) به دست آمد.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی زیمت و همکاران

(۱۹۸۸): این پرسش‌نامه به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده تهیه شده است. این ابزار ۱۲ گویه را شامل است. این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای تکمیل می‌شود. بر این اساس گزینه کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نه موافقم نه مخالفم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملاً موافقم (نمره ۵) می‌گیرد. این پرسش‌نامه سؤال معکوس ندارد. مؤلفان این ابزار و محققان بسیاری از پایایی و روایی این ابزار حمایت کرده اند [۴۵]. در پژوهش همچنین در پژوهش به منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای سه بُعد ادراک حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و افراد خاص دیگر ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش شده است [۴۶].

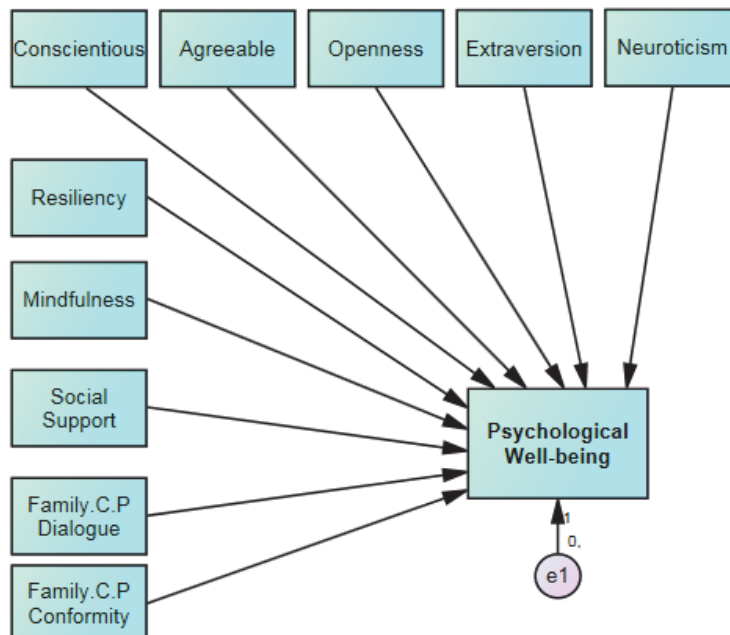
پرسش‌نامه الگوهای ارتباطی خانواده ریچی و فیتزپاتریک (۱۹۹۰): این پرسش‌نامه یک پرسش‌نامه

عوامل خانوادگی، الگوهای ارتباطی خانواده مشتمل بر ۲ بعد جهت گیری گفت و شنود و جهت گیری هم‌نوایی در نظر گرفته شده است.

بر ۵ بعد روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری و مسئولیت‌پذیری، تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی در نظر گرفته شد. برای عوامل اجتماعی، حمایت اجتماعی و برای

جدول ۱. آمار توصیفی نمرات متغیرهای تحقیق

انحراف استاندارد	میانگین	بیشترین	کمترین	تعداد	منبع متغیر
۵/۷۳	۵۶/۵۰	۷۰	۴۵	۳۰۰	بهبودی روان‌شناختی
۵/۳۶	۳۶/۷۹	۴۹	۲۲	۳۰۰	روان‌رنجوری
۵/۵۷	۳۸/۷۴	۵۲	۲۵	۳۰۰	برون‌گرایی
۵/۱۴	۳۶/۳۸	۵۰	۲۳	۳۰۰	گشودگی
۵/۴۳	۳۹/۴۵	۵۳	۲۶	۳۰۰	توافق‌پذیری
۶/۹۹	۴۱/۸۵	۶۰	۲۶	۳۰۰	باوجدانی
۱۵/۹۵	۸۷/۴۴	۱۲۵	۵۰	۳۰۰	تاب‌آوری
۹/۰۶	۱۱۹/۳۶	۱۳۸	۹۸	۳۰۰	ذهن‌آگاهی
۸/۲۸	۴۱/۱۸	۶۰	۲۰	۳۰۰	حمایت اجتماعی
۹/۶۵	۴۹/۴۵	۷۰	۲۹	۳۰۰	جهت‌گیری گفت‌و شنود
۸/۱۴	۳۱/۲۱	۵۱	۱۱	۳۰۰	جهت‌گیری هم‌نوایی



تصویر ۲. مدل مفروض عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر بهبودی روانی

دست آمده است. در نهایت این اعداد نشان می‌دهند که مدل در نظر گرفته شده با مدل نظری تطبیق مناسبی نداشته است. بر این اساس اصلاحاتی در مدل اعمال شد (جدول ۳).

مجذور خی بر درجه آزادی در مدل برآورد شده ۲/۹۴۶ است که کوچکتر از ۳ بوده و قابل پذیرش است. مقدار آماره NFI و CFI نیز باید بالاتر از ۰/۸ باشند که در اینجا این اعداد به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۶ آمده است که این شاخص‌ها هم قابل قبول هستند. همچنین آماره RMSEA نیز ۰/۰۶۷ محاسبه شده است که کمتر از ۰/۰۷ شده است. در نهایت این اعداد نشان می‌دهند که مدل در نظر گرفته شده با مدل نظری تطبیق مناسبی پیدا کرده است.

تصویر ۴ مدل برآورد استاندارد مدل عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر بهزیستی روانی را نشان داده است. در **جدول ۴** روابط همبستگی (کواریانس استاندارد) بین مؤلفه‌ها و متغیرهای پژوهش که در اصلاحات لحاظ شده بود ارائه شده است.

قبل از بررسی نتایج برآورد مدل، بررسی برازش مدل مفروض و شاخص‌های آن ضروری است. **جدول ۲** به ارائه شاخص‌های برازش مدل مربوطه پرداخته است. علت استفاده از برنامه برازاندان مدل این است که این برنامه شاخص‌هایی را فراهم می‌کند که می‌توان با آنها برازش کلی مدل با داده‌ها را اندازه گرفت. در واقع برازش کلی مدل مشخص می‌کند مدل تا چه اندازه می‌تواند داده‌ها را به خوبی توضیح دهد. براساس پیشنهاد تامپسون^{۱۷} شاخص‌های برازش شامل آزمون مجذور کای^{۱۸} (CMIN)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)^{۱۹} شاخص برازش نرم شده (NFI)^{۲۰} و ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)^{۲۱}، مهم‌ترین این شاخص‌ها در بررسی برازش مدل هستند [۴۸].

مجذور خی بر درجه آزادی در مدل برآورد شده ۷/۴۲۳ است که بیشتر از ۳ بوده و قابل پذیرش نیست. مقدار آماره CFI و NFI نیز باید بالاتر از ۰/۸ باشند که در اینجا این اعداد به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۲ آمده است که این شاخص‌ها قابل قبول نیستند. همچنین آماره RMSEA نیز رقمی بالاتر از ۰/۰۷ به

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر بهزیستی روانی

شاخص	مدل مفروض	مدل اشباع	مدل استقلال	مقدار قابل قبول	نتیجه
NPAR	۳۲	۷۷	۲۲	-	-
X ²	۳۳۴/۰۳۵	۰/۰۰۰	۸۲۸/۹۹۲	-	-
df	۴۵	۰	۵۵	-	-
X ² /df	۷/۴۲۳	-	۱۵/۰۷۳	کوچکتر از ۳	قابل قبول
CFI	۰/۷۲۰	۱	۰/۰۰۰	بزرگتر از ۰/۸	قابل قبول
NFI	۰/۷۱۷	۱	۰/۰۰۰	بزرگتر از ۰/۸	قابل قبول
IFI	۰/۶۳۰	۱	۰/۰۰۰	بزرگتر از ۰/۸	قابل قبول
RMSEA	۰/۲۱۲	-	۰/۲۱۷	۰/۰۷	قابل قبول

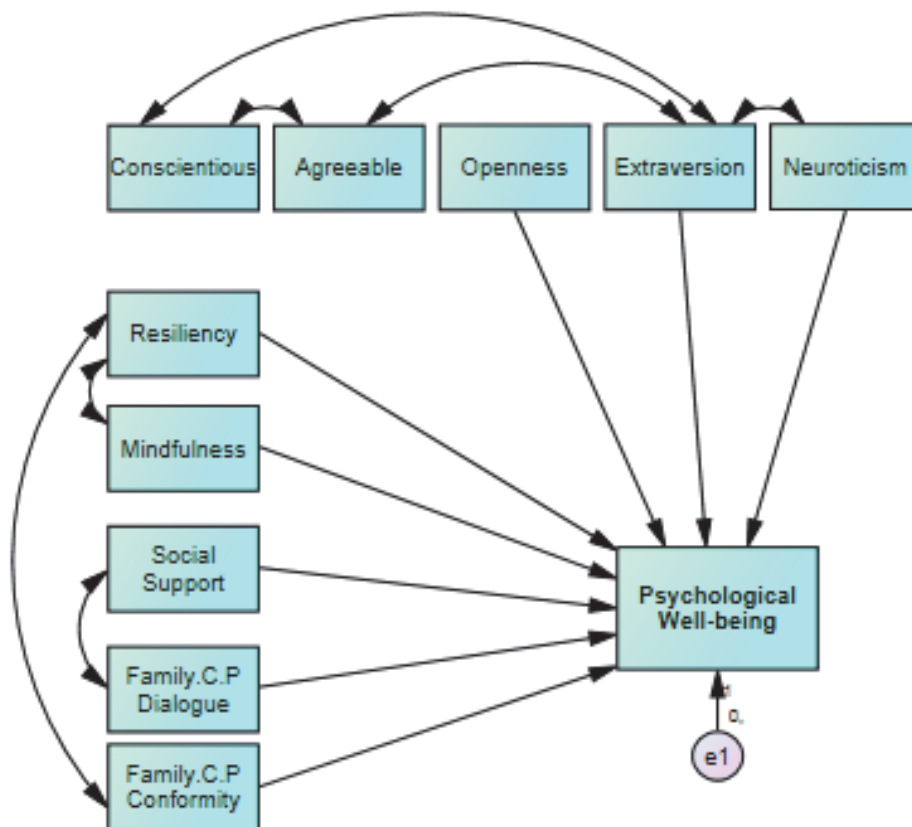
20. Normed Fit Index

21. Root Mean Square Error of Approximation

17. Thompson

18. The Chi Square Test (χ^2)

19. Comparative Fit Index



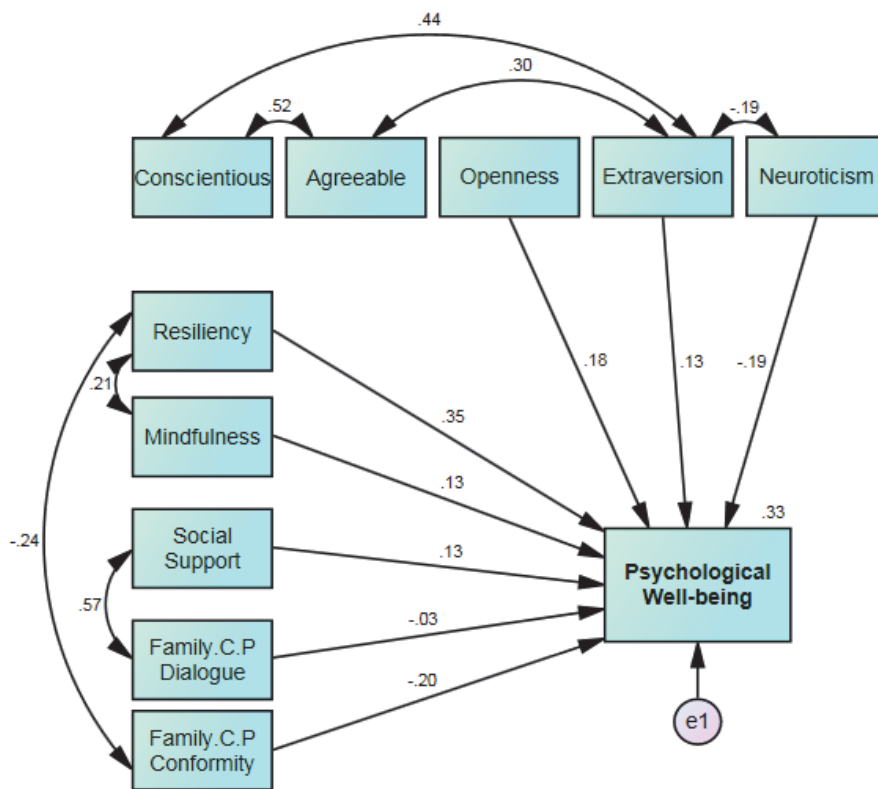
تصویر ۳. مدل اصلاح‌شده عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر بهزیستی روانی

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر بهزیستی روانی

شاخص	مدل مفروض	مدل اشباع	مدل استقلال	مقدار قابل قبول	نتیجه
NPAR	۳۷	۷۷	۲۲	-	-
X ²	۱۱/۸۴۰	۰/۰۰۰	۸۲۸/۹۹۲	-	-
df	۴۰	۰	۵۵	-	-
X ² /df	۲/۹۴۶	-	۱۵/۰۷۳	کوچکتر از ۳	قابل قبول
CFI	۰/۹۵۷	۱	۰/۰۰۰	بزرگتر از ۰/۸	قابل قبول
NFI ²²	۰/۸۳۱	۱	۰/۰۰۰	بزرگتر از ۰/۸	قابل قبول
IFI ²³	۰/۸۶۳	۱	۰/۰۰۰	بزرگتر از ۰/۸	قابل قبول
RMSEA	۰/۰۶۷	-	۰/۲۱۷	کوچکتر از ۰/۰۷	قابل قبول

²². Normed Fit Index (NFI)

²³. Incremental Fit Index (IFI)



تصویر ۴. مدل برآورد استاندارد مدل عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر بهزیستی روانی

جدول ۴. روابط همبستگی استاندارد بین متغیرهای پیش‌بین

سطح معنی‌داری	حد بالا	حد پایین	برآورد	منبع تغییر		حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	۰/۶۴۳	۰/۴۸۸	۰/۵۷۱	الگوی گفت‌وشنود	↔	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	-۰/۱۴۶	-۰/۳۴۱	-۰/۲۴۴	الگوی هم‌نوایی	↔	تاب‌آوری
۰/۰۰۱	۰/۲۹۹	۰/۱۱۳	۰/۲۱۱	ذهن‌آگاهی	↔	تاب‌آوری
۰/۰۰۲	-۰/۰۹۱	-۰/۲۷۷	-۰/۱۸۵	روان‌رنجوری	↔	برون‌گرایی
۰/۰۰۱	۰/۵۹۸	۰/۴۵۶	۰/۵۲۴	مسئولیت‌پذیری	↔	توافق‌پذیری
۰/۰۰۱	۰/۵۲۸	۰/۳۵۳	۰/۴۴۲	برون‌گرایی	↔	مسئولیت‌پذیری
۰/۰۰۱	۰/۴۰۱	۰/۲۱۴	۰/۳۰۴	برون‌گرایی	↔	توافق‌پذیری

مسئولیت‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و برون‌گرایی و توافق‌پذیری و برون‌گرایی نیز رابطه مثبت و معناداری وجود داشته است. براساس اطلاعات **جدول ۶** متغیرهای پیش‌بین در مدل در نظر گرفته شده یعنی ۳ ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی و گشودگی به تجربه، تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، حمایت اجتماعی و ۲ ویژگی خانوادگی الگوهای ارتباطی خانواده شامل جهت‌گیری گفت‌وشنود و جهت‌گیری هم‌نوایی،

جدول ۵ نشان داد که بین حمایت اجتماعی و الگوی ارتباطی گفت‌وشنود در خانواده رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد. بین تاب‌آوری و الگوی ارتباطی هم‌نوایی خانواده رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین بین تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی رابطه مثبت و معناداری مشاهده شده است. در بین عوامل شخصیتی نیز برون‌گرایی با روان‌رنجوری رابطه منفی و معنادار داشته است. همچنین بین توافق‌پذیری و

مثبت و مستقیم است. این ضرایب در جامعه آماری و با توجه به خطای اندازه‌گیری اعدادی بین ۰/۲۵ تا ۰/۳۸ هستند.

در مجموع توانایی پیش‌بینی ۰/۳۳ ($P < ۰/۰۵$) از واریانس متغیر ملاک یعنی بهزیستی روانی را داشته است که این ضریب

جدول ۵. مجذور همبستگی چندگانه تأثیر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر بهزیستی روانی

منبع تغییر	برآورد	حد پایین	حد بالا	سطح معنی‌داری
بهزیستی روانی	۰/۳۳۳	۰/۲۵۰	۰/۳۸۱	۰/۰۲۴

جدول ۶. شاخص‌های روابط استاندارد در مدل اصلاح شده

متغیر پیش‌بین	پیش‌بین	برآورد	حد پایین	حد بالا	معنی‌داری
بازبودن		۰/۱۸۱	۰/۰۸۳	۰/۲۷۷	۰/۰۰۱
عوامل شخصیتی	برون‌گرایی	۰/۱۳۰	۰/۰۱۵	۰/۲۳۸	۰/۰۶۲
عوامل فردی	روان‌رنجوری	-۰/۱۸۶	-۰/۲۷۱	-۰/۰۹۹	۰/۰۰۱
	تاب‌آوری	۰/۳۴۶	۰/۲۴۳	۰/۴۴۱	۰/۰۰۱
	ذهن‌آگاهی	۰/۱۲۸	۰/۰۳۹	۰/۲۱۷	۰/۰۱۹
عوامل اجتماعی	حمایت اجتماعی	۰/۱۳۲	۰/۰۴۶	۰/۲۲۵	۰/۰۱۰
عوامل خانوادگی	الگوهای ارتباطی خانواده	-۰/۰۳۲	-۰/۱۴۱	۰/۰۷۹	۰/۰۶۱۳
	هم‌نوایی	-۰/۱۹۶	-۰/۲۸۵	-۰/۰۹۶	۰/۰۰۱

اثر ۰/۰۴۶ تا ۰/۲۲۵ می‌تواند موجب افزایش سطح بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه شود. نهایتاً در مورد عوامل خانوادگی و از بین الگوهای ارتباطی خانواده، عامل جهت‌گیری هم‌نوایی با ضریب اثر ۰/۱۹۶- موجب کاهش سطح بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ($P < ۰/۰۱$). جهت‌گیری هم‌نوایی در جامعه آماری و با توجه به خطای اندازه‌گیری ضریب مابین ۰/۲۸۵- تا ۰/۰۹۶- دارد.

بحث

در بررسی عوامل مؤثر بر بهزیستی روانی از مجموع عوامل بررسی شده، برای عوامل فردی ویژگی‌های شخصیتی (مشمول بر ۵ بعد روان‌رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری)، تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی در نظر گرفته شد. برای عوامل اجتماعی، حمایت اجتماعی و برای عوامل خانوادگی، الگوهای ارتباطی خانواده مشتمل بر ۲ بعد جهت‌گیری گفت‌و شنود و جهت‌گیری هم‌نوایی در نظر گرفته شده است. به‌منظور تصحیح برازش مدل دو عامل شخصیتی

جدول ۷ نشان می‌دهد در حالت استاندارد ۲ عامل بازبودن به تجربه و روان‌رنجوری از بین عوامل شخصیتی به ترتیب با ضریب تأثیر ۰/۱۸۱ به صورت مثبت و ۰/۱۸۶- به صورت منفی بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه تأثیر دارند ($P < ۰/۰۱$). دیگر عوامل شخصیتی شامل برون‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و توافق‌پذیری تأثیر معناداری بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه نداشته‌اند. این ضرایب در جامعه آماری و با توجه به خطای اندازه‌گیری به ترتیب عددی بین ۰/۰۸۳ تا ۰/۲۷۷ برای بازبودن به تجربه و ۰/۲۷۱- تا ۰/۰۹۹- برای روان‌رنجوری به دست می‌آید. همچنین دو عامل دیگر از عوامل فردی تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی نیز به ترتیب با ضرایب اثر ۰/۳۴۶ و ۰/۱۲۸ هر دو به صورت مثبت و مستقیم موجب افزایش سطح بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده‌اند ($P < ۰/۰۱$). تاب‌آوری در جامعه آماری و با توجه به خطای اندازه‌گیری عددی مابین ۰/۲۴۳ تا ۰/۴۴۱ و ذهن‌آگاهی عددی مابین ۰/۰۳۹ تا ۰/۲۱۷ به دست می‌آید. حمایت اجتماعی نیز با ضریب اثر ۰/۳۲ ($P < ۰/۰۵$) و محدوده

می‌کنند چون این ویژگی به آنها کمک می‌کند از شرایط استرس‌زا سریع‌تر بهبود یابند [۲۲]. در پژوهشی نیز مشخص شد فرد با تاب‌آوری بالا می‌تواند معانی مثبت را در دشواری‌ها شناسایی کرده و از هیجانات منفی جلوگیری کند [۲۴]. پژوهش دیگری نشان داد تاب‌آوری تأثیر مثبتی بر مؤلفه‌های تسلط بر محیط، رشد شخصی و پذیرش خود از بهزیستی روان‌شناختی افراد دارد [۲۵].

در مورد تأثیر مثبت و معنادار بین ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی برخی پژوهش‌ها یافته‌ای این پژوهش را تأیید می‌کند [۵۰، ۲۹، ۲۸، ۲۶، ۲۰]. سیک بیان می‌کند ذهن‌آگاهی استراتژی‌های را جهت کاهش استرس و پرخاشگری ارائه می‌دهد و از این طریق بر پذیرش خود، تسلط بر محیط و هدفمندی در زندگی افراد تأثیر می‌گذارد. مداخلات ذهن‌آگاهی می‌تواند بر کاهش اختلالات خلقی و کاهش استرس مؤثر باشد و توانایی مقابله افراد با دشواری‌ها را کاهش می‌دهد و سبب بهبود بهزیستی افراد به‌ویژه در رشد شخصی و پذیرش خود می‌گردد [۵۰]. ذهن‌آگاهی به سبب اینکه موجب کاهش استرس و افسردگی و افزایش توانایی مقابله بیماران می‌شود بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیر بسزایی دارد [۲۰]. ذهن‌آگاهی قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی است [۲۸].

در مورد تأثیر منفی جهت‌گیری هم‌نوایی بر بهزیستی روان‌شناختی بعضی پژوهش‌ها نشان دادند عملکردهای مختلف خانواده می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی افراد خانواده تأثیر داشته باشد [۳۶، ۳۵، ۲۱]. افرادی که حمایت عاطفی بیشتری از اطرافیان دریافت می‌کنند بهزیستی روان‌شناختی بالاتری نسبت به دیگر افراد دارند [۲۱]. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند بین متغیرهای عملکرد خانواده با متغیر بهزیستی روان‌شناختی، همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد [۳۶]. همچنین، جهت‌گیری گفت‌وگوشنود خانواده پیش‌بینی‌کننده مثبت بهزیستی روان‌شناختی بوده است [۳۵].

نهایتاً در مورد تأثیر مثبت و معنادار بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی، برخی پژوهش‌ها نشان دادند حمایت اجتماعی می‌تواند موجب افزایش سطح بهزیستی ذهنی افراد شود [۳۴-۳۰، ۲۳]. همچنین، حمایت اجتماعی ادراک شده بهزیستی فرد مبتلا به سرطان را افزایش می‌دهد [۲۳]. علاوه بر این، حمایت اجتماعی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی افراد باشد [۲۵].

مسئولیت‌پذیری و توافق‌پذیری از مدل نهایی حذف شدند. نتایج حاصل از ارتباط متغیرهای پیش‌بین نشان داد که بین حمایت اجتماعی و الگوی ارتباطی گفت‌وگوشنود در خانواده رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد. بین تاب‌آوری و الگوی ارتباطی هم‌نوایی خانواده رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین بین تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی رابطه مثبت و معناداری مشاهده شده است. در بین عوامل شخصیتی نیز برون‌گرایی با روان‌رنجوری رابطه منفی و معنادار داشته است. همچنین بین توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری، مسئولیت‌پذیری و برون‌گرایی و توافق‌پذیری و برون‌گرایی نیز رابطه مثبت و معناداری وجود داشته است ($P < 0/01$). نهایتاً نتایج استاندارد حاصل از تحلیل مدل نشان داد ۲ عامل باز بودن به تجربه و روان‌رنجوری از بین عوامل شخصیتی به ترتیب با ضریب تأثیر ۰/۱۸۱ به صورت مثبت و ۰/۱۸۶- به صورت منفی بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه تأثیر دارند ($P < 0/01$). دیگر عوامل شخصیتی شامل برون‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و توافق‌پذیری تأثیر معناداری بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه نداشته‌اند. همچنین دو عامل دیگر از عوامل فردی تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی نیز به ترتیب با ضرایب اثر ۰/۳۴۶ و ۰/۱۲۸ هردو به صورت مثبت و مستقیم موجب افزایش سطح بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده‌اند ($P < 0/01$). در مورد عوامل خانوادگی و از بین الگوهای ارتباطی خانواده، عامل جهت‌گیری هم‌نوایی با ضریب اثر ۰/۱۹۶- موجب کاهش سطح بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ($P < 0/01$). نهایتاً حمایت اجتماعی نیز با ضریب اثر ۰/۳۲ ($P < 0/05$) می‌تواند موجب افزایش سطح بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه شود.

در مورد تأثیر عوامل شخصیتی بر بهزیستی برخی پژوهش‌ها یافته‌ای فرضیه حاضر را تأیید می‌کنند [۳۷، ۳۰]. نتایج پژوهشی نشان داد ویژگی‌های شخصیتی (برون‌گرایی، روان‌رنجوری، گشودگی به تجربه، خوش‌بینی و با وجدانی) بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند [۳۷]. پژوهشی نیز نشان داد بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند با افزایش و روان‌رنجوری کاهش یابد [۴۹].

همچنین یافته‌ای این پژوهش در مورد تأثیر مثبت تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی با برخی پژوهش‌ها همسو است [۲۵، ۲۴، ۲۲]. نتایج پژوهش دیگری نشان داد افراد تاب‌آور در حفظ سلامت جسمی و روانی خود بیشتر از سایر افراد تلاش

عاطفه منفی براساس نظریه بهزیستی روان‌شناختی (به‌عنوان یکی از عوامل کاهنده بهزیستی روان‌شناختی مطرح است [۱۳]). همین‌طور مؤلفه رشد شخصی از نظریه بهزیستی روان‌شناختی با ویژگی دمدمی مزاج بودن در تناقض است [۱]. رشد شخصی به‌معنای داشتن احساس توسعه مداوم و بازبودن به تجربیات جدید است. به عبارتی فرد در این حالت، برای زندگی خود یک فرآیند همواره در حال یادگیری، تغییر و رشد را در نظر می‌گیرد. این در حالیست که افرادی که ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری دارند، در دنبال کردن اهداف بلندمدت و پیگیری آنها تا به ثمر رسیدن عملکرد مطلوب ضعف دارند. دیگر عامل فردی که در فرضیه حاضر تأثیر مثبت و معنادار آن بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه تأیید شده است تاب‌آوری است. تاب‌آوری به‌عنوان سپری در مقابل حوادث ناگوار زندگی تعریف شده است که از سلامت روان افراد حمایت می‌کند. درمورد تأثیر مثبت تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان باید به این نکته اشاره کرد که تاب‌آوری به عوامل و فرایندهایی اطلاق می‌شود که خط سیر رشدی را از مسیر رفتارهای مشکل‌زا و آسیب‌های روان‌شناختی جدا می‌کند و با وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه منتهی می‌گردد [۵۱]. در این شرایط تاب‌آوری درمورد بیماران که به‌علت سرطان درگیر فرایند طاقت‌فرسای درمان‌های تهاجمی سرطان سینه مانند عمل جراحی و شیمی‌درمانی می‌شوند می‌تواند به‌عنوان عاملی محافظتی درمقابل تهدیدهای این بیماری مطرح باشد.

آخرین یافته پژوهش حاضر نشان داد ذهن‌آگاهی نیز به‌عنوان عاملی در جهت افزایش سطح تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان سینه مطرح است. ذهن‌آگاهی با توانایی تماس با لحظه اکنون درمورد هیجانات، افکار و متغیرهای خارجی مانند حوادث زندگی مطرح است. ذهن‌آگاهی به افراد این توانایی را می‌دهد که فارغ از آنچه در حال رخ‌دادن است، بدون قضاوت منفی شرایط را لمس کند. منظور از شرایط در این تعریف هر دوی عوامل درونی و بیرونی است. عوامل درونی مانند خشم، اضطراب، غم و افکار ناخوشایند و عوامل بیرونی مانند شرایط بیماری و ابهام در فرایند درمان است. فردی که می‌تواند بدون احساس ترس هر آنچه که در لحظه تجربه می‌کند را با آگاهی بپذیرد، خودانتقادی کمتری دارد. زنان مبتلا به بیماری سرطانی که ذهن‌آگاهی بالایی دارند می‌توانند شرایط را آن‌گونه که هست، نه به‌صورت شرایط بحرانی تجربه کنند. در

شناختی باشد؛ همچنین اثربخشی حمایت اجتماعی توسط فاکتورهای مختلفی همچون نوع، زمان و حمایت‌کننده اجتماعی تعیین می‌گردد [۳۱]. حمایت اجتماعی کمک زیادی می‌کند به بهزیستی روان‌شناختی بسیاری از افراد که در معرض آسیب‌های جسمی، روحی قرار می‌گیرند [۳۳]. برخورداری فرد از حمایت‌های اجتماعی خانواده، دوستان و اطرافیان می‌تواند به بهزیستی روان‌شناختی او کمک نماید [۳۴].

درمورد تأثیر مستقیم گشودگی به تجربه بر بهزیستی روان‌شناختی باید به ویژگی‌هایی اشاره کرد که این خصیصه به همراه دارد. این افراد معمولاً افرادی با عاطفه مثبت بالا هستند. براساس نظریه بهزیستی روان‌شناختی، عاطفه مثبت یکی از مهم‌ترین منابع بهزیستی روان‌شناختی محسوب می‌شود [۱۳]. افراد دارای عاطفه مثبت بالا و عاطفه منفی پایین، تاب‌آوری بیشتری در مقابل اتفاقات منفی و فشارزای زندگی دارند. این افراد در موقعیت ابهام اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند و به‌سرعت می‌توانند بعد از وقوع تراوما به حالت عادی بازگردند. بر این اساس بیماران مبتلا به سرطان که ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه را دارند، سطح بالاتری از عاطفه مثبت را تجربه می‌کنند که با بهزیستی روان‌شناختی همبسته است. همچنین این افراد ویژگی‌هایی همچون باانرژی بودن، فعال بودن و جرأت‌مندبودن را نیز بروز می‌دهند. این ویژگی‌ها در موقعیت‌های استرس‌زا می‌تواند باعث شکل‌گیری رفتارهای خودحمایتی مانند مراقبت‌های پزشکی و اجتماعی شود که این موارد نیز می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تأثیر داشته باشد.

درمورد تأثیر منفی روان‌رنجوری بر بهزیستی روان‌شناختی باید گفت براساس نظریه ریف یکی از ابعاد بهزیستی روان‌شناختی پذیرش خود است. پذیرش خود به‌عنوان شاخصی از میزان نگرش مثبت به خود، پذیرش جنبه‌های متعدد خود که می‌تواند مثبت یا منفی باشد و احساس مثبت درمورد زندگی گذشته است. در پژوهش‌های مختلف خودپذیری به‌عنوان اصلی‌ترین عامل مؤثر در بهزیستی مطرح شده است و یکی از ویژگی‌های اساسی بهزیستی روانی و عنصر کلیدی عملکرد مطلوب، افزایش عملکرد روان‌شناختی و توسعه شخصی به شمار می‌رود. این در حالیست که روان‌رنجورخویی با ویژگی‌هایی از قبیل عاطفه منفی، دمدمی مزاجی، سازش‌یافتگی پایین و نگرش منفی به خود مشخص می‌شود.

و دیگران جلوگیری کنند که این عامل نیز بسیار بهتر از جهت‌گیری هم‌نوایی می‌تواند موجب بروز احساسات همدلی در بین افراد شود. در واقع افراد در خانواده‌هایی که جهت‌گیری گفت‌و شنود دارند تشویق می‌شوند در مورد آنچه در حال وقوع است صحبت کنند و افکار و احساساتشان را در مورد آن موضوع بیان کنند. در این حالت افراد از برقراری ارتباط با افراد خانواده احساس لذت می‌کنند. پذیرش بی‌قید و شرطی که در این خانواده‌ها وجود دارد به شدت موجب بروز حالتی می‌شود که می‌توان از آن به‌عنوان تاب‌آوری خانوادگی یاد کرد. منظور از این حالت توانایی تاب‌آوری و کنار آمدن همهٔ افراد خانواده به‌عنوان یک کل واحد با مشکلات بیماری سرطان است. سوم، افراد در خانواده‌هایی که جهت‌گیری گفت‌و شنود دارند درگیری مخرب ارتباطی کمتری نسب به خانواده‌های با جهت‌گیری هم‌نوایی دارند. در خانواده‌هایی که جهت‌گیری هم‌نوایی حاکم است هیچ‌کس جز افراد بزرگ‌تر به‌ویژه والدین نمی‌توانند برای حل مشکلات اظهار نظر کنند. در این خانواده‌ها تصمیم‌نهایی توسط یکی از والدین یا هر دوی آنها گرفته می‌شود و عملاً بیماری که در این خانواده زندگی می‌کند اختیار بسیار کمی در مورد روند درمان بیماری خودش دارد. این احساس اجبار و عدم توانایی برای تصمیم‌گیری می‌تواند به‌عنوان عاملی بیرونی موجب افزایش تنش روانی فرد و کاهش سطح بهزیستی روان‌شناختی او مطرح باشد.

در مورد تأثیر مثبت حمایت اجتماعی بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌توان گفت حمایت اجتماعی اساساً به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل بیرونی و غیر فردی مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی مطرح است. شاید بتوان گفت بهترین تعریف حمایت اجتماعی در مورد بیماران مبتلا به سرطان در دسترس بودن و کیفیت ارتباط با افرادی باشد که در مواقع مورد نیاز، منابع حمایت را فراهم می‌کنند. علاوه بر این، تأمین حمایت‌های اطلاعاتی، آموزشی و ابزاری توسط جامعه نیز می‌تواند نقش مهمی بر احساس مثبت افراد نسبت به زندگی در دوره‌های بیماری داشته باشد [۵۲]. اطرافیان، به‌عنوان منابع، از طریق انواع گوناگون حمایت می‌توانند بر احساس بهزیستی تأثیر عمده‌ای بگذارند؛ به عبارت دیگر از جمله عوامل مؤثر در بهزیستی ذهنی شبکهٔ اجتماعی است که فرد با آن در ارتباط و از سوی آن مورد حمایت قرار می‌گیرد. حمایت دریافت شده از سوی این شبکه نقش بسیار مهمی در نوع کنش فرد با خود و محیط دارد [۵۳].

این فرایند خودانتقادی که به‌عنوان عاملی مهم در کاهش سطح بهزیستی روان‌شناختی مطرح است کاهش می‌یابد و فرد می‌تواند آگاهانه با احساس‌های منفی خود ارتباط برقرار کند و از انکار، ترس، اجتناب و دیگر رفتارهای مخرب بهزیستی دوری کند. همچنین ذهن‌آگاهی با طیف وسیعی از پیش‌آیندهای بهزیستی در ارتباط است. به‌عنوان مثال هیجان‌ات مثبت، رفتارهای هدفمند، تاب‌آوری و خوش‌بینی از عواملی هستند که به‌صورت واسط می‌توانند رابطهٔ بین ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی را در زنان مبتلا به سرطان سینه تبیین کنند.

در تبیین تأثیر عامل جهت‌گیری هم‌نوایی از الگوهای ارتباطی خانواده بر بهزیستی روانی باید گفت خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بین سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مطرح است. خانواده خصوصاً در جوامع سنتی مانند ایران تحت تأثیر فرهنگ ایرانی قرار دارد. در فرهنگ خانوادهٔ ایرانی وقتی فردی از اعضای خانواده درگیر مشکل یا بیماری می‌شود، دیگر اعضای خانواده وظیفهٔ خود می‌دانند از او حمایت کنند. بر این اساس خانواده به‌عنوان عاملی که می‌تواند فشارهای ناشی از بیماری‌های مختلف به‌ویژه بیماری‌های صعب‌العلاج را در بین افراد خانواده تقسیم نماید می‌تواند موجب کاهش سطح فشار روانی بر بیمار شود. نتایج مصاحبهٔ پژوهشگر با برخی از بیماران که بیان می‌کردند خانوادشان در بهبود شرایط روانی‌شان نقش مثبت زیادی داشتند نشان داد احساسات همدلی با برقراری روابط عاطفی نزدیک‌تر از قبل موجب کاهش سطح اضطراب و فشار روانی ناشی از بیماری شده است. بیماران بیان می‌کردند افراد خانواده همیشه آمادهٔ حمایت از مشکلاتشان بودند، آنها را در فرایند درمان و حتی پیگیری امور بیمارستانی یاری می‌کردند، حمایت‌های مالی بسیار زیادی در صورت بروز مشکلات اقتصادی از افراد بیمار می‌کردند و دائم با برقراری ارتباط عاطفی کلامی و غیر کلامی سعی در کاهش سطح اضطراب آنها داشتند. اما جهت‌گیری گفت‌و شنود با بروز احساساتی مانند همدردی و رفتارهایی مانند همدلی نمایان می‌شود. در خانواده‌هایی که جهت‌گیری گفت‌و شنود وجود دارد، افراد اولاً بسیار بیشتر از جهت‌گیری هم‌نوایی با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند که همین برقراری ارتباط می‌تواند به‌عنوان عاملی در جهت بهبود وضعیت بهزیستی روان‌شناختی مطرح باشد. دوم، در این خانواده‌ها احساسات منفی به‌سادگی مطرح می‌شود و اعضای خانواده سعی ندارند از بیان احساسات ناخوشایند خود

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل مدل نشان داد از بین عوامل فردی، عوامل شخصیتی بازبودن به تجربه به‌طور مثبت و روان‌رنجوری به‌طور منفی بر بهزیستی روانی تأثیر دارند. همچنین تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی نیز هردو به‌طور مثبت موجب افزایش بهزیستی روانی شده‌اند. درمورد عوامل خانوادگی و از بین الگوهای ارتباطی خانواده، عامل جهت‌گیری هم‌نوایی موجب کاهش بهزیستی روانی شده است. نهایتاً حمایت اجتماعی می‌تواند موجب افزایش بهزیستی روانی شود.

سپاسگزاری

از تمامی بیمارانی که با وجود مشکلات فراوان، صبورانه در این مطالعه شرکت نمودند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

منابع حمایت اجتماعی در این پژوهش سه منبع خانواده، افراد مهم و دوستان بودند. حضور در میان دوستان، خانواده و سایرین باعث گسترش روابط اجتماعی می‌شود و بر ادراک حمایت اجتماعی تأثیر می‌گذارد. نتیجه دیگر اینکه ارتباط با دوستان، خانواده، خویشاوندان و سایرین در میان بیماران دارای اهمیت است. این در حالیست که یکی از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در نظریه Ryff تسلط بر محیط است. منظور از تسلط بر محیط در این تعریف صرفاً تسلط فیزیکی نیست، بلکه تسلط ذهنی نیز مطرح است. بر این اساس ادراک فرد از تسلط بر محیط در این حالت مطرح است. این بعد از تسلط بر محیط بیشتر بر جنبه‌های بین‌شخصی روابط اشاره دارد و بسیار به حمایت اجتماعی نزدیک است. تسلط اجتماعی بر محیط به انتخاب و کنترل محیط اطراف از طریق اعمال ذهنی اشاره دارد. درحالی‌که سطح بالای تسلط بر محیط، توانایی بالای فرد را در کنترل محیط پیرامون خود نشان می‌دهد، سطح پایین نشان‌دهنده عدم توانایی کنترل شرایط محیط و زندگی است. افراد بالغ به‌طور کلی قادر به تعامل و برقراری ارتباط با افراد مختلف در موقعیت‌ها به‌منظور در دست گرفتن کنترل شرایط دشوار هستند. بر این اساس افرادی که دارای شبکه حمایتی اجتماعی گسترده هستند در مؤلفه تسلط بر محیط بهزیستی روان‌شناختی نمرات بالاتری کسب می‌کنند.

References

1. Monfared A, Pakseresht S, Ghanbari Khanghah A, Atrkar-Roshan Z. Health-Related Quality of Life and its related factors among women with breast cancer. J Holis Nurs Midwifery. 2013; 23(2):52-62.
2. Momeni T, Musarezaie A, Karimian J, Ebrahimi A. The relationship between spiritual well-being and depression in Iranian breast cancer patients. Health Inform Manag. 2011; 8(8):1007-16.
3. Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. The Assessment of Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. Sci J Hamadan Univ Med Sci. 2009; 16(2):33-8.
4. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Psychological state, quality of life, and coping style in patients with digestive cancer. Gen Hospital Psych. 2005; 27(2):125-32. [DOI:10.1016/j.genhosppsy.2004.10.006] [PMID]
5. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. J General Inter Med. 2007; 22(4):470-7. [DOI:10.1007/s11606-006-0044-9] [PMID] [PMCID]
6. Kamian S, Taghdisi MH, Azam K, Estebsari F. Evaluating Effectiveness of Spiritual Health Education on Increasing Hope among Breast Cancer Patients. Iran J Health Educ Health Prom. 2014; 2(3):208-14.
7. Hayati F, Shahsavari A, Mahmudi M. relation psychic convenience with individual factors of patients with breast cancer in hospitals of Tehran University of Medical Science. J Iran Breast Disease. 2009; 2(1):23-8.
8. Kaliamos A, Roussi P. Religious beliefs, coping, and psychological well-being among Greek cancer patients. J Health Psych. 2015; (1):1-11.
9. Yeung NC, Lu Q. Perceived stress as a mediator between social support and posttraumatic growth among Chinese American breast cancer survivors. Cancer Nurs. 2018; (41):53-61. [DOI:10.1097/NCC.0000000000000422] [PMID] [PMCID]

10. Castro E, Ponciano C, Meneghetti B. Quality of Life, Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Brazilian Adults with Cancer: A Longitudinal Study. *Sci Res.* 2012; 4(3):304-9. [[DOI:10.4236/psych.2012.34043](https://doi.org/10.4236/psych.2012.34043)]
11. Vin-Raviv N. Racial disparities in posttraumatic stress after diagnosis of localized breast cancer: the BQUAL study. *J Natl Cancer Inst.* 2013; 105(8):563-72. [[DOI:10.1093/jnci/djt024](https://doi.org/10.1093/jnci/djt024)] [[PMID](#)] [[PMCID](#)]
12. Pintado S. Self-concept and emotional well-being in patients with breast cancer. *Revista Iberoamericana Psicología Salud.* 2017; 8(2): 76-84. [[DOI:10.23923/j.rips.2017.08.007](https://doi.org/10.23923/j.rips.2017.08.007)]
13. Seligman M. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being.* New York: Free Press; 2011.
14. Kun A, Balogh P, Krasz KG. Development of the work-related well-being questionnaire based on Seligman's PERMA model. *Soc Manag Sci.* 2017; (25):56-63. [[DOI:10.3311/PPSo.9326](https://doi.org/10.3311/PPSo.9326)]
15. Seligman ME. Fundamental assumptions. *Psychologist.* 2003 Mar;16(3):126.
16. Hefferon K, Boniwell I. Pozitif psikoloji kuram, araştırma ve uygulamalar [Positive psychology Theory, study and practices] (T. Doğan, Trans.). Ankara, Turkey: Nobel Yayın Dağıtım; 2014.
17. Compton WC, Hoffman E. *Positive psychology: The science of happiness and flourishing.* Belmont. 2012; CA: Wadsworth.
18. Kenyon M, Mayer DK, Owens, AK. Late and long-term effects of breast cancer treatment and surveillance management for the general practitioner. *J Obst Gynecol Neonat Nurs.* 2014; 43(3):382-98. [[DOI:10.1111/1552-6909.12300](https://doi.org/10.1111/1552-6909.12300)] [[PMID](#)]
19. Leustek J, Theiss J. Family communication patterns that predict perceptions of upheaval and psychological well-being for emerging adult children following late-life divorce. *J Family Stud.* 2017; 52(23):1-20. [[DOI:10.1080/13229400.2017.1352531](https://doi.org/10.1080/13229400.2017.1352531)]
20. Sarenmalm EK, Mårtensson L, Andersson B, Karlsson P, Bergh I. Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Med.* 2017; (2):1108-22. [[DOI:10.1002/cam4.1052](https://doi.org/10.1002/cam4.1052)] [[PMID](#)] [[PMCID](#)]
21. Kollberg S, Wilderang U, Thorsteinsdottir T, Hugosson J, Wiklund P, Bjartell A, et al. Psychological Well-being and Private and Professional Psychosocial Support after Prostate Cancer Surgery: A Follow-up at 3, 12, and 24 Months after Surgery. *Eur Urol Focus.* 2015; (15):1-8. [[DOI:10.1016/j.euf.2015.10.005](https://doi.org/10.1016/j.euf.2015.10.005)] [[PMID](#)]
22. Vinayak S, Judge J. Resilience and Empathy as Predictors of Psychological Wellbeing among Adolescents. *Int J Health Sci Res.* 2018; 8(4):192-200.
23. Hu T, Xiao J, Peng J, Kuang X, He B. Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study. *J Can Res Ther.* 2018; (14):72-7. [[DOI:10.4103/jert.JCRT_849_17](https://doi.org/10.4103/jert.JCRT_849_17)] [[PMID](#)]
24. Chow M, Tang W, Chan W, Sit W, Choi K. Resilience and well-being of university nursing students in Hong Kong: a cross-sectional study. *BMC Medical Education.* 2018; (18):2-8. [[DOI:10.1186/s12909-018-1119-0](https://doi.org/10.1186/s12909-018-1119-0)] [[PMID](#)] [[PMCID](#)]
25. Sagone E, De Caroli ME. Relationships between psychological well-being and resilience in middle and late adolescents. *Procedia-Soc Behav Sci.* 2014; (141):881-7. [[DOI:10.1016/j.sbspro.2014.05.154](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.05.154)]
26. Sisk D. Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Psych Res.* 2017; 7(10):530- 5. [[DOI:10.17265/2159-5542/2017.10.002](https://doi.org/10.17265/2159-5542/2017.10.002)]
27. Klainin-Yobas P, Ramirez D, Fernandez Z, Sarmiento J, Thanoi W. Examining the predicting effect of mindfulness on psychological well-being among undergraduate students: A structural equation modelling approach. *Person Ind Differ.* 2016; (91):63-8. [[DOI:10.1016/j.paid.2015.11.034](https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.034)]
28. Bränström B, Kvillemo P, Brandberg Y, Moskowitz J. Self-report Mindfulness as a Mediator of Psychological Well-being in a Stress Reduction Intervention for Cancer Patients-A Randomized Study. *Ann Behav Med.* 2010; (39):151-61. [[DOI:10.1007/s12160-010-9168-6](https://doi.org/10.1007/s12160-010-9168-6)] [[PMID](#)]
29. Grace A, Itunuoluwa A, Moyinoluwa O. Social Support and Personality Traits as Predictors of Psychological Wellbeing of Postpartum Nursing Mothers in Oyo State, Nigeria. *Int J Car Sci.* 2018; 11(2):704-18.
30. Katagami E, Tsuchiya H. Effects of Social Support on Athletes' Psychological Well-Being: The Correlations among Received Support, Perceived Support, and Personality. *Psych.* 2016; (7):1741-52. [[DOI:10.4236/psych.2016.713163](https://doi.org/10.4236/psych.2016.713163)]
31. Rani K. Perceived Social Support and Psychological Well-Being: Testing the Unique Association and Gender Differences among Young Working Adults. *Int J India Psych.* 2016; 3(2):98-113. [[DOI:10.25215/0302.065](https://doi.org/10.25215/0302.065)]
32. Olukulade O, Alao T, Adebisi A. The Role of social support and need for achievement on psychological well-being of below the knee amputees. *IOSR J Hum Soc Sci.* 2013; 18(1):23-7. [[DOI:10.9790/0837-1812327](https://doi.org/10.9790/0837-1812327)]
33. Batool S, Ahmad A. Impact of Perceived Social Support on Psychological Well-being of Teenagers. *Sci J Psych.* 2013; 1-6. [[DOI:10.7237/sjpsych/267](https://doi.org/10.7237/sjpsych/267)]
34. Ahmadi S, Hosseini SM, Samani S. The Relationship between Family Communication Patterns and Adolescent Psychological Well-Being with Mediation of Identity Dimensions. Paper presented at The Second National Conference on Family Psychology. Tehran, Iran; 2014.

35. Akhbarati F, Bashardost S. Predicting psychological well-being based on family functioning and students' basic psychological needs. *Special Proceedings of the Third International Conference on Psychology and Educational Sciences*. 2017; 374-9.
36. Ullah F. Personality Factors as Determinants of Psychological Well-Being among University Students. *Int J India Psych*. 2017; 4(2):5-16.
37. Khanjani M, Shahidi Sh, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri, O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thought Behav Clin Psych*. 2014; 8(32):27-36.
38. Alipoor Z. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Education on Resiliency for Migraineurs. Thesis in Master of Science, Islamic Azad University, Hamadan Branch; 2015.
39. Anisi J, Majdian M, Joushan Lu M, Gohari Kamel Z. Validity and Reliability of the NEO Five-Factor Short Form Questionnaire in Students. *J Behav Sci*. 2011; 4(18):351-5.
40. Buchheld N, Grossman P, Walach H. Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *J Medit Medit Res*. 2002; 1, 11-34.
41. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Person Soc Psych*. 2003; 84, 822-48. [DOI:10.1037/0022-3514.84.4.822] [PMID]
42. Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau J. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale revised (CAMS-R). *J Psych Behav Assess*. 2007; 29(3):177-90. [DOI:10.1007/s10862-006-9035-8]
43. Chadwick P, Hember M, Symes J, Peters E, Kuipers E, Dagnan, D. Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *Brit J Clin Psych*. 2008; 47(4):451-5. [DOI:10.1348/014466508X314891] [PMID]
44. Edwards DJA. Developing Evidence-Based Practice: The Role of Case-Based Research. *Profession Psych: Res Practice*. 2004; 35(6):589-97. [DOI:10.1037/0735-7028.35.6.589]
45. Salimi A, Jokar B, Nikpour R. Internet Communication in Life: Investigating the Role of Perceived Social Support and Loneliness in Internet Use. *Psych Stud*. 2009; 5(3):102-81.
46. Koshtaran T. The Relationship between Family Communication Patterns and Resilience in Shiraz University Students. *Knowl Res Appl Psych*. 2017; (39):43-55.
47. Gamst G, Guarino AH. Applied Multivariate Research (Design and Interpretation). Translated by H. Pasha Sharifi, V. Farzad, S. Rezakhani, H. Hassanabadi, B. Izanloo, M. Habibi editors. Tehran: Iran National Library; 2012.
48. Husted H. The Relationship Between Psychological Well-Being and Successfully Transitioning to University Undergraduate Honors Theses. London: King's University College at Western University Canada; 2017.
49. Cassidy O. The Effects of Mindfulness, Sociability, Self Control and Yoga on Mental Health. Submission of Thesis to Norma Smurfit Library, National College of Ireland; 2017.
50. Souri H, Hejazi E, Ejei M. The Relationship between Resilience and Psychological Well-Being: A Mediator of Optimism. *Knowl Res Appl Psych*. 2013; 15(1):5-15.
51. Goudarz M, Foroughan M, Makarem A, Rashedi V. Relationship between Social Support and Subjective Well-Being in Older Adults. *Salmand: Iran J Age*. 2015; 10(3):110-9.
52. Abutalebi F, Khamsan A, Rastegomqadam M. The Relationship between Perceived Social Support with Mental Well-being and Academic Achievement of Preschool Girls. *J Edu Psych*. 2017; 14(48):147-68.
53. Shaheen M, Schindler L, Saar-Ashkenazy R, Bani Odeh K, Soreq H, Friedman A, et al. Victims of war-Psychoendocrine evidence for the impact of traumatic stress on psychological well-being of adolescents growing up during the Israeli-Palestinian conflict. *Psychophys*. 2020; 57(1):e13271. [DOI:10.1111/psyp.13271] [PMID]