مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۱، آبان ۱۴۰۱، ۸۱۶-۸۰۱

تأثیر آموزش توان‌بخشی شناختی بر رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی در زنان ماستکتومی شده: یک مطالعه نیمه‌تجربی

هدی جهانفر[۱]، زهرا دشت‌بزرگی[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۵/۰۸ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۱/۰۶/۳۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۱/۰۷/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: زنان ماستکتومی شده دارای مشکلاتی در زمینه رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی هستند و آموزش توانبخشی شناختی می‌تواند نقش مؤثری در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با سلامت داشته باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش توان‌بخشی شناختی بر رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی در زنان ماستکتومی شده انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش زنان متأهل ماستکتومی شده در بیمارستان شفا شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ بودند که تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه مداخله ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) با روش توان‌بخشی شناختی آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش ماند. داده‌ها با مقیاس رضایت جنسی برای زنان Meston و Trapnell، مقیاس کیفیت زندگی زناشویی Zhang و همکاران و پرسش‌نامه امید به زندگی Snyder و همکاران جمع‌آوری و با آنالیز کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که روش آموزش توان‌بخشی شناختی در مقایسه با گروه کنترل باعث افزایش معنی‌دار رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی در زنان ماستکتومی می‌شود ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان دهنده تأثیر توان‌بخشی شناختی بر افزایش رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی بود. بنابراین، درمان‌گران و متخصصان سلامت می‌توانند از روش مذکور در کنار سایر روش‌های مؤثر برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: توان‌بخشی شناختی، رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی، امید به زندگی، ماستکتومی

۱- کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
تلفن: ۳۲۲۷۲۰۸۲-۰۶۱، دورنگار: ۳۲۲۷۲۰۸۲-۰۶۱، پست الکترونیکی: Zahradb2000@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان و دومین علت مرگ و میر در زنان بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی است [۱]. آمار مبتلایان به سرطان پستان بالا و در حال افزایش است؛ به‌طوری که در جهان سالانه بیش از ۱/۶ میلیون مورد جدید شناسایی و میزان بروز آن در کشورهای توسعه یافته ۸۶/۴ نفر و کمتر توسعه یافته ۲۷/۳ نفر در هر صد هزار زن است [۲]. بروز سالانه سرطان پستان در ایران ۲۳/۳ مورد در هر صد هزار زن است و پیش‌بینی می شود تا سال ۲۰۲۵ به ۳۴ مورد در هر صد هزار زن برسد [۳]. برای درمان سرطان پستان دو نوع جراحی نگه‌دارنده (Surgery) با هدف حفظ کامل پستان و برداشتن غده سرطانی و ماستکتومی (Mastectomy) با هدف برداشتن کل یا بخشی از پستان و غده سرطانی وجود دارد [۴].

یکی از پیامدهای ماستکتومی افت رضایت جنسی (Sexual satisfaction) است [۵] که فقط یک لذت جسمانی نیست، بلکه کلیه باورها، هیجان‌ها و احساس‌های مثبت و منفی رابطه جنسی را در برمی‌گیرد [۶]. این سازه شامل احساس درباره بدن خود و شریک جنسی، علاقه به فعالیت‌های جنسی، نیاز به ارتباط با شریک جنسی و دستیابی به رضایت از فعالیت جنسی است [۷]. کاهش رضایت جنسی با افزایش اضطراب و نگرانی و کاهش عزت‌نفس و بهزیستی همراه و بر روابط جنسی بعدی تأثیر منفی می‌گذارد [۸]. هم‌چنین، ماستکتومی باعث افت کیفیت زندگی زناشویی (Marital life quality) می‌شود [۹] که به‌عنوان ارزیابی ذهنی از میزان توافق نسبی زوجین درباره موضوعاتی چون فعالیت‌های مشترک و ابراز محبت به یک‌دیگر تعریف می‌شود [۱۰]. کیفیت زندگی زناشویی تابع نحوه تعامل زوجین و شیوه‌های مواجهه آن‌ها با رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی زناشویی می‌باشد [۱۱]. این سازه نقش مهمی در تعامل زوجین و شیوه‌های مقابله با رویدادهای تنش‌زا و غیرتنش‌زای زندگی زناشویی دارد و بر افزایش سازگاری، احساس خوشبختی و رضایتمندی آنان تأثیر می‌گذارد [۱۲]. یکی دیگر از پیامدهای ماستکتومی کاهش امید به زندگی (Life expectancy) است [۱۳]. امید یعنی باور به احساس‌های بهتر در آینده که سبب تحریک فعالیت‌های فرد جهت کسب تجربه‌های جدید می‌شود [۱۴]. امید به زندگی میانگین سال‌هایی است که انتظار می‌رود یک نوزاد متولدشده زنده بماند و زندگی کند [۱۵]. امید به زندگی باعث افزایش سلامت و تفکر مثبت درباره آینده، تقویت تحمل مشکلات و پریشانی‌ها، کنترل و مدیریت چالش‌ها و بهبود سرسختی و تاب‌آوری می‌شود [۱۶].

یکی از روش‌های بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی، آموزش توان‌بخشی شناختی (Cognitive rehabilitation education) است [۱۷] که نشان‌دهنده مجموعه‌ای ساختارمند از فعالیت‌های آموزشی برای بهبود مهارت‌های شناختی بر پایه ارزیابی و ادراک مشکلات شناختی می‌باشد [۱۸]. توان‌بخشی شناختی مبتنی بر اصول انعطاف‌پذیری، خودترمیمی و شکل‌پذیری عصبی مغز است که شامل تمرین‌های هدفمند برای بهبود حوزه‌های مختلف شناختی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

است و موجب ارتقای عملکردهای شناختی و موفقیت فردی در زمینه‌های شخصی، خانوادگی، تحصیلی، شغلی و اجتماعی می‌گردد [۱۹]. این شیوه کاربرد گسترده‌ای برای مشکلات شناختی و روان شناختی دارد و به‌دنبال بازگشت یا جبران عملکردهای آسیب‌دیده مغزی به وسیله آموزش و تمرین و بهبود عملکرد کلی در زندگی واقعی است [۲۱-۲۰]. پژوهش‌های اندکی درباره تأثیر توان‌بخشی شناختی بر متغیرهای روان‌شناختی انجام‌شده است. برای مثال نتایج پژوهش Sasanpour و همکاران نشان داد که بازسازی شناختی باعث کاهش مشکلات جنسی زوجین از جمله افزایش رضایت جنسی شد [۲۲]. در پژوهشی دیگر Vikan و همکاران گزارش کردند که توان‌بخشی شناختی نقش مؤثری در افزایش رضایت جنسی داشت [۲۳]. هم‌چنین، Baratpour و Dashtbozorgi [۲۴]، Halajani و همکاران [۲۵] و Munger و همکاران [۲۶] ضمن پژوهش‌های مجزایی به این نتیجه رسیدند که توان‌بخشی شناختی باعث افزایش کیفیت زندگی شد. علاوه بر آن، نتایج پژوهش Pourfereydoun و Dashtbozorgi نشان داد که توان‌بخشی شناختی باعث افزایش امید و کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران ماستکتومی شده شد [۲۷]. Namdari و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که توان‌بخشی شناختی باعث کاهش افسردگی و افزایش امید شد [۲۸]. در پژوهشی دیگر Amani و همکاران گزارش کردند که توان‌بخشی شناختی باعث ارتقای امید به زندگی شد [۲۹].

ماستکتومی باعث افت سلامت می‌شود؛ به‌طوری که حتی یک سال بعد از ماستکتومی ۱۸ درصد بیماران دچار افسردگی متوسط و ۵ درصد دچار افسردگی شدید می‌شوند [۳۰]. هم‌چنین، آمار بالای سرطان پستان و افزایش آن [۲] و استفاده از روش درمانی رایج یعنی ماستکتومی [۴] سبب‌شده که نداشتن کل یا بخشی از یک یا هر دو پستان سبب افت رضایت از تصویر بدنی شود و بر روابط زناشویی تأثیر منفی بگذارد [۵]. علاوه بر آن، جنبه جدید و نوآورانه پژوهش حاضر اینکه بیش‌تر پژوهش‌های قبلی تأثیر توان‌بخشی شناختی را بر کارکردهای اجرایی بررسی کردند و کمتر تأثیر آن بر ویژگی‌های روان‌شناختی بررسی شده که پژوهش حاضر با همین هدف و به‌منظور ارائه راهکارهایی جهت بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مبتلایان به ماستکتومی طراحی شده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش توان‌بخشی شناختی بر رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی در زنان ماستکتومی شده انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش زنان متأهل ماستکتومی شده در بیمارستان شفا شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ بودند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر و نتایج پژوهش Mahinfar و همکاران [۳] و مقادیر σ=۱۱/۷۲ (انحراف معیار نمره کیفیت زندگی)، d=۱۴/۳۸ (اختلاف میانگین نمره کیفیت زندگی)، Power=۰/۹۰ (توان آزمون) و α=۰/۰۵

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

(خطای نوع I در آزمون فرضیه) استفاده شد که بر اساس آن‌ها حجم نمونه برای هر گروه ۱۳/۹۴ برآورد شد که در این پژوهش با توجه به ریزش‌های احتمالی حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین، تعداد ۳۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

$$n_1 = n_2 = \frac{2\sigma^2 (Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل گذشت سه ماه تا یک سال از جراحی ماستکتومی، متأهل بودن، حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۵۰-۳۱ سال به دلیل احتمال بیش‌تر وقوع ماستکتومی، عدم ابتلای خود یا اعضای خانواده به کووید-۱۹ در سه ماه گذشته، نداشتن فرزند معلول، عدم اعتیاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی مثل ضداضطراب و ضدافسردگی، عدم سابقه دریافت آموزش توان‌بخشی شناختی، عدم وقوع رخدادهای تنش‌زا مانند طلاق و مرگ نزدیکان در سه ماه گذشته، عدم دریافت خدمات روان‌شناختی در سه ماه گذشته و عدم استفاده از سایر روش‌های آموزشی یا درمانی به‌طور هم‌زمان بودند. هم‌چنین، ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیش‌تر از یک جلسه، انصراف از ادامه همکاری و اعلام توسط آن‌ها و عدم همکاری در جلسات بودند.

نحوه انجام پژوهش حاضر این‌گونه بود که پس از دریافت کد اخلاق با شناسه IR.IAU.AHVAZ.REC.1401.017 و معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز به بیمارستان شفا شهر اهواز مراجعه و پس از بیان اهمیت و ضرورت پژوهش برای مسئولان و کسب موافقت آن‌ها، از آنان خواسته شد تا زنان متأهل ماستکتومی شده در یک سال اخیر را به پژوهش‌گر معرفی کنند. تعداد ۳۰ نفر پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه و بعد از بیان اهمیت و ضرورت پژوهش، اطمینان دادن به آنان درباره رعایت نکات اخلاقی و امضاء فرم رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به‌عنوان نمونه انتخاب و به روش تصادفی با کمک قرعه‌کشی در دو گروه مساوی ۱۵ نفری شامل گروه‌های مداخله و کنترل جایگزین شدند. گروه مداخله به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) تحت آموزش توان‌بخشی شناختی قرار گرفت و گروه کنترل در این مدت آموزشی ندید و در لیست انتظار برای آموزش ماند. مداخله توسط یک متخصص مشاوره توان‌بخشی به‌صورت گروهی و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی مرتبط با کووید-۱۹ در روزهای دوشنبه و چهارشنبه در یکی از مراکز خدمات روان‌شناختی شهر اهواز انجام شد و ریزشی در هیچ‌یک از نمونه‌های دو گروه مداخله و کنترل اتفاق نیفتاد. محتوای آموزش توان‌بخشی شناختی توسط Halajani و همکاران [۲۵] برای ۱۰ جلسه طراحی که در این پژوهش از محتواهای آن با تأکید بر نقش آن‌ها در ارتقای رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی استفاده شد. بنابراین، مهم‌ترین محتواهای آموزش توان‌بخشی شناختی پژوهش حاضر در جدول ۱ گزارش شد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

جدول ۱- محتوای آموزش توان‌بخشی شناختی به‌تفکیک جلسات

جلسه	محتوی
اول	آشنایی و برقراری اتحاد درمانی، شناخت کلی روش‌ها و تمرین‌های شناختی و ارزیابی خط پایه کارکردهای شناختی و تشریح رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی
دوم	آموزش تمرین‌های توجهی شامل گوش‌به‌زنگی با محرک‌های شنیداری (اعداد، کلمات، جملات و غیره) و تهیه لیست رویدادهای استرس‌زای زندگی و نقش آن‌ها در رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی
سوم	ارائه کاربرگ مرتبط با آموزش توان‌بخشی شناختی و آموزش مهارت عناصر توجهی (خواندن یک متن و پیداکردن حروف و کلمات از قبل تعیین‌شده) و تمرین‌های توجهی برای بهبود امید به زندگی، کیفیت زندگی زناشویی و رضایت جنسی
چهارم	آموزش تمرین‌های توجهی دیداری و شنیداری و تمرین‌های حافظه شامل توجه انتخابی و پردازش توجهی و نقش آن‌ها در بهبود زندگی
پنجم	آموزش تمرین‌های مربوط به تغییر توجه، درک مطلب و بسط شناختی جهت ارتقای امید به زندگی و کیفیت زندگی زناشویی
ششم	آموزش تمرین‌های رعایت نظم نزولی و صعودی جهت حفظ توجه و خواندن برای درک مطلب و جستجوی هم‌زمان حروف و کلمات از قبل تعیین‌شده با هدف افزایش امید به زندگی، کیفیت زندگی زناشویی و رضایت جنسی از طریق بهبود توجه به مسائل زندگی و حل چالش‌ها
هفتم	آموزش حافظه منطقی، دیداری و شنیداری به کمک اعداد، حروف، اشکال، کلمات و جملات برای ارتقای امید به زندگی، کیفیت زندگی زناشویی و رضایت جنسی
هشتم	انجام تمرین‌های بهبود حافظه کلامی و تصویری، سازماندهی کلامی و ساخت تداعی‌های زوجی جهت بهبود وضعیت‌های مختلف زندگی از جمله امید به زندگی، کیفیت زندگی زناشویی و رضایت جنسی
نهم	آموزش تمرین‌های طرح مربوط به یک تکلیف ساده، طبقه‌بندی، تمایز قائل‌شدن و حل مسأله برای تصمیم‌گیری بهتر در شرایط استرس‌زا با هدف ارتقای امید به زندگی، کیفیت زندگی زناشویی و رضایت جنسی
دهم	انجام تمرین‌های مربوط به حافظه، تمرین‌های شناختی توجه با هدف بهبود سلامت از طریق بهبود امید به زندگی، کیفیت زندگی زناشویی و رضایت جنسی و جمع‌بندی جلسات

در این پژوهش علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سطح تحصیلات، سن و مدت زمان ماستکتومی از مقیاس رضایت جنسی برای زنان، مقیاس کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی استفاده شد.

مقیاس رضایت جنسی برای زنان: مقیاس بهزیستی ذهنی توسط Meston و Trapnell با ۳۰ گویه طراحی شد. گویه‌ها با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت کاملا موافق (نمره ۱)، کمی موافق (نمره ۲)، نه موافق و نه مخالف (نمره ۳)، کمی مخالف (نمره ۴) و کاملاً مخالف (نمره ۵) نمره‌گذاری و گویه‌های ۱، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه شد. حداقل نمره در آن ۳۰ و حداکثر نمره در آن ۱۵۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده رضایت جنسی بیش‌تر می‌باشد. روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و نتایج حاکی از وجود پنج عامل رضایت، ارتباط، سازگاری، اضطراب رابطه‌ای و اضطراب شخصی بود و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و بازآزمایی ۰/۸۷ به‌دست آمد [۳۱]. Roshan Chesli و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

همکاران روایی سازه را با روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و نتایج حاکی از وجود پنج عامل رضایت، ارتباط، سازگاری، اضطراب رابطه‌ای و اضطراب شخصی بود و پایایی کل آن را با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و بازآزمایی ۰/۹۳ گزارش کردند [۳۲]. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه شد.

مقیاس کیفیت زندگی زناشویی: مقیاس کیفیت زندگی زناشویی توسط Zhang و همکاران با ۳۹ گویه طراحی شد. گویه‌ها با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از بسیار ناراضی (نمره ۱)، ناراضی (نمره ۲)، نظری ندارم (نمره ۳)، راضی (نمره ۴) و بسیار راضی (نمره ۵) نمره‌گذاری و برخی گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود. حداقل نمره در آن ۳۹ و حداکثر نمره در آن ۱۹۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی زناشویی مطلوب‌تر می‌باشد. روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تأیید شد و پایایی کل آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمد [۳۳]. Moazzen Jami و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند [۳۴]. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسش‌نامه امید به زندگی: این مقیاس را Snyder و همکاران با ۱۲ گویه طراحی شد. تعداد ۴ گویه شامل گویه‌های ۳، ۵، ۶ و ۱۱ جزء گویه‌های انحرافی هستند و در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌گردند و سایر گویه‌ها با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملا مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، نظری ندارم (نمره ۳)، موافقم (نمره ۴) و کاملا موافقم (نمره ۵) نمره گذاری و گویه‌های ۳، ۵، ۷ و ۱۱ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه شد. حداقل نمره در آن ۸ و حداکثر نمره در آن ۴۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده امید به زندگی بیش‌تر می‌باشد. روایی واگرای ابزار با سیاهه افسردگی Beck و Clarck (۱۹۸۸) ۰/۴۴- محاسبه که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود و پایایی آن با روش‌های آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و بازآزمایی یک هفته‌ای ۰/۷۴ به‌دست آمد [۳۵]. Golestanifar و DashtBozorgi پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند [۳۶]. در پژوهش حاضر مقدار پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ تجزیه‌وتحلیل شدند. برای این منظور از آزمون مجذور کای با توجه به وجود حداقل ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک Kolmogorov-Smirnov برای بررسی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون Box's M برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون Levene برای بررسی همگنی واریانس‌های رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی، از آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین نمرهای رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و از آنالیز کوواریانس چندمتغیره برای ارزیابی تأثیر آموزش توان‌بخشی شناختی بر رضایت جنسی، کیفیت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

زندگی زناشویی و امید به زندگی در زنان ماستکتومی شده، با کنترل اثر پیش‌آزمون، استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی زنان گروه مداخله ۴۱/۲۸±۳/۷۵ سال و زنان گروه کنترل ۴۰/۵۱±۴/۰۶ سال بود. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که گروه‌های مداخله و کنترل از نظر سطح تحصیلات، سن و مدت زمان ماستکتومی تفاوت معنی‌داری نداشتند (P>۰/۰۵) (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های مداخله و کنترل در زنان ماستکتومی شده شهر اهواز در سال ۱۴۰۰

متغیرها	سطوح	مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	مقدار P
سطح تحصیلات	دیپلم	۳ (۲۰)	٤ (۲٦/٦۷)	۰/۸٥۳
	کاردانی	٥ (۳۳/۳۳)	۳ (۲۰)	
	کارشناسی	٤ (۲٦/٦۷)	٤ (۲٦/٦۷)	
	بالاتر از کارشناسی	۳ (۲۰)	٤ (۲٦/٦۷)	
سن (سال)	۳۱-۳٥	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۰/۹٦۸
	۳٦-٤۰	٤ (۲٦/٦۷)	٥ (۳۳/۳۳)	
	٤۱-٤٥	٤ (۲٦/٦۷)	۳ (۲۰)	
	٤٦-٥۰	٤ (۲٦/٦۷)	٤ (۲٦/٦۷)	
مدت زمان ماستکتومی (ماه)	٤-٦	٦ (٤۰)	۷ (٤٦/٦۷)	۰/۷۳٤
	۷-۹	٦ (٤۰)	٤ (۲٦/٦۷)	
	۱۰-۱۲	۳ (۲۰)	٤ (۲٦/٦۷)	

آزمون مجذور کای، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که گروه‌های مداخله و کنترل در مرحله پیش‌آزمون از نظر میانگین نمره‌های رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی تفاوت معنی‌داری نداشتند (P>۰/۰۵)، اما در مرحله پس‌آزمون از نظر میانگین نمره‌های هر سه متغیر مذکور تفاوت معنی‌داری داشتند (P<۰/۰۰۱) (جدول ۳).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی گروه‌های مداخله و کنترل در زنان ماستکتومی شده شهر اهواز در سال ۱۴۰۰

متغیرها	مراحل	مداخله (n=۱۵) انحراف معیار ± میانگین	کنترل (n=۱۵) انحراف معیار ± میانگین	مقدار P
نمره رضایت جنسی	پیش‌آزمون	۵۹/۲۰ ± ۷/۰۱	۵۶/۷۳ ± ۷/۴۷	۰/۳۵۹
	پس‌آزمون	۷۱/۱۳ ± ۶/۶۸	۵۶/۰۶ ± ۶/۶۹	<۰/۰۰۱
نمره کیفیت زندگی زناشویی	پیش‌آزمون	۸۳/۰۰ ± ۹/۷۶	۸۰/۶۶ ± ۹/۵۹	۰/۵۱۵
	پس‌آزمون	۹۸/۰۶ ± ۸/۸۷	۷۹/۵۳ ± ۱۰/۲۰	<۰/۰۰۱
نمره امید به زندگی	پیش‌آزمون	۱۴/۸۶ ± ۳/۵۶	۱۵/۵۳ ± ۳/۱۳	۰/۵۹۱
	پس‌آزمون	۱۹/۰۶ ± ۳/۹۷	۱۵/۲۰ ± ۲/۹۰	<۰/۰۰۱

آزمون تی مستقل، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

پیش از تحلیل داده‌ها با آنالیز کوواریانس چند متغیره، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد و نتایج نشان داد که بر اساس آزمون Kolmogorov-Smirnov فرض نرمال‌بودن برای نمره متغیرهای رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون رد نشد (P>۰/۰۵). بر اساس آزمون Box's M فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس (Box's M=۲/۷۴، F=۰/۴۰، P=۰/۸۷۷) و بر اساس آزمون Levene، فرض همگنی واریانس‌های نمره متغیرهای رضایت جنسی (F=۱/۵۲، P=۰/۲۲۷)، کیفیت زندگی زناشویی (F=۰/۰۱، P=۰/۹۲۵) و امید به زندگی (F=۰/۹۵، P=۰/۳۳۶) تأیید شدند. بنابراین، شرایط استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس چند متغیره وجود داشت. نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیره نشان داد که گروه‌های مداخله و کنترل حداقل از نظر نمره یکی از متغیرهای رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی در زنان ماستکتومی شده تفاوت معنی‌داری داشتند (P<۰/۰۰۱، F=۳۱۷/۳۶).

نتایج آزمون آنالیز کوواریانس چندمتغیره نشان داد که بین گروه‌های مداخله و کنترل از نظر نمره هر سه متغیر رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی در زنان ماستکتومی شده تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت که با توجه به مجذور اتا ۹۲ درصد تفاوت در نمره رضایت جنسی، ۹۴ درصد تفاوت در نمره کیفیت زندگی زناشویی و ۸۸ درصد تفاوت در نمره امید به زندگی در زنان ماستکتومی شده نتیجه روش مداخله یعنی آموزش توان‌بخشی شناختی است (P<۰/۰۰۱) (جدول ۴).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

جدول ۴- مقایسه میانگین نمره رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی گروه‌های مداخله (n=۱۵) و کنترل (n=۱۵) در زنان ماستکتومی شده شهر اهواز در سال ۱۴۰۰

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	مجذور اتا	توان آزمون
نمره رضایت جنسی	پیش‌آزمون	۷۰۱/۱۹	۱	۷۰۱/۱۹	۱۸۰/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
	گروه	۱۱۹۶/۲۳	۱	۱۱۹۶/۲۳	۳۰۷/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱/۰۰
	خطا	۹۷/۳۱	۲۵	۳/۸۹				
نمره کیفیت زندگی زناشویی	پیش‌آزمون	۱۵٤۵/۵٤	۱	۱۵٤۵/۵٤	۳٤٤/۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
	گروه	۱۸۷۰/۲۸	۱	۱۸۷۰/۲۸	٤۱٦/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۹٤	۱/۰۰
	خطا	۱۱۲/۱۹	۲۵	٤/٤۸				
نمره امید به زندگی	پیش‌آزمون	۳۱٤/۵۱	۱	۳۱٤/۵۱	٤۰۸/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۹٤	۱/۰۰
	گروه	۱٤۵/۲۳	۱	۱٤۵/۲۳	۱۸۸/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰
	خطا	۱۹/۲۵	۲۵	۰/۷۷				

تحلیل کوواریانس چندمتغیره، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش توان‌بخشی شناختی باعث افزایش رضایت جنسی در زنان ماستکتومی شده شد. این یافته با یافته پژوهش‌های Sasanpour و همکاران [۲۲] و Vikan و همکاران [۲۳] همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که بسیاری از رویکردهای درمانی در درمان مشکلات روان‌شناختی افراد یا زوج‌ها با این فرض که علت اصلی ایجاد اختلال، شناخت تحریف شده و تفکر غیرمنطقی است محور فعالیت‌های درمانی خود را بر اصلاح شناخت و تفکر قرار می‌دهند و در واقع آن‌ها به نوعی سعی در بازسازی شناختی یا توان‌بخشی شناختی افراد و زوج‌ها دارند. در روش توان‌بخشی شناختی، باورها و عقاید جدید در الگوهای تازه تفکر جایگزین باورهای قدیمی و نامناسب می‌شوند و برنامه توان‌بخشی شناختی می‌تواند در این زمینه مؤثر واقع شود [۲۲]. هم‌چنین، آموزش توان‌بخشی شناختی با بهبود یادگیری، درک، فهم و استدلال به افراد کمک می‌کند تا نسبت به رفع و کاهش تعارض‌های موجود در زندگی زناشویی اقدام نمایند و در چنین شرایطی به‌صورت مناسب‌تر تصمیم بگیرند و به آرامش زناشویی بهتری دست یابند. از آن‌جایی که برنامه توان‌بخشی شناختی روشی برای بهبود نقایص و عملکردهای شناختی از قبیل عملکردهای اجرایی، افزایش درک بین‌فردی و توانایی تمرکز و توجه بیش‌تر بر تکالیف و ضرورت‌های زندگی زناشویی است و علاوه بر آن به حل مسأله می‌پردازد و با آموزش حل مسأله به فرد درباره تعریف و شناسایی مشکل و پیداکردن بهترین راه حل‌ها و اقدام به انجام آن‌ها کمک می‌کند و از این طریق می‌تواند در بهبود متغیرهای زناشویی از جمله کاهش تنش‌های زناشویی و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

افزایش رضایت جنسی مؤثر واقع شود [۲۳]. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که روش آموزش توان‌بخشی شناختی بتواند نقش مؤثری در افزایش رضایت جنسی در زنان ماستکتومی شده داشته باشد.

دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش توان‌بخشی شناختی باعث افزایش کیفیت زندگی زناشویی در زنان ماستکتومی شده شد. با اینکه پژوهشی درباره تأثیر توان‌بخشی شناختی بر کیفیت زندگی زناشویی یافت نشد، اما پژوهش‌هایی درباره تأثیر آن بر کیفیت زندگی انجام شد و نتایج پژوهش‌های Baratpour و Dashtbozorgi [۲۴]، Halajani و همکاران [۲۵] و Munger و همکاران [۲۶] حاکی از تأثیر آن بر افزایش کیفیت زندگی بودند. هر سه پژوهش مذکور تأثیر برنامه توان‌بخشی شناختی را بر کیفیت زندگی بررسی کردند و نتایج هر سه پژوهش حاکی از تأثیر آن بر بهبود کیفیت زندگی بودند. با اینکه بین کیفیت زندگی و کیفیت زندگی زناشویی تفاوت‌هایی وجود دارد و کیفیت زندگی به ارزیابی ذهنی از میزان رضایت از وضعیت زندگی و کیفیت زندگی زناشویی به ارزیابی ذهنی از میزان توافق نسبی زوجین درباره موضوعاتی چون فعالیت‌های مشترک و ابراز محبت به یک‌دیگر اشاره دارد [۱۰]، اما ضمن وجود تفاوت بین کیفیت زندگی با کیفیت زندگی زناشویی می‌توان استنباط کرد که بین آن‌ها هم‌پوشی زیادی وجود داشته باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که یکی از عوامل مهم و مؤثر بر کیفیت زندگی افراد همان کارکردهای شناختی و اجرایی آن‌ها است و افزایش این کارکردها باعث بهبود کلی کیفیت زندگی می‌شود. از آن جایی که هدف اصلی مداخله توان‌بخشی شناختی بهبود نقایص و عملکرد شناختی است، پس با کمک آن و با توجه به بهبود کارکردهای شناختی می‌توان کیفیت زندگی افراد را بهبود بخشید. نکته حائز اهمیت دیگر این‌که بخش عمده‌ای از کیفیت زندگی دربرگیرنده ابعاد و شاخص‌های ذهنی است که این شاخص ها برخاسته از مغز و مرتبط با کارکردهای شناختی هستند. بنابراین، با بهبود کارکردهای شناختی افراد به کمک توان‌بخشی شناختی می‌توان انتظار داشت که سطح کیفیت زندگی افراد بهبود یابد [۲۴]. هم‌چنین، توان‌بخشی شناختی ابتدا بر نقش افکار در هیجان‌ها و رفتارها و سپس بر تغییر الگوهای تفکر تاکید می‌کند و تحریف‌های شناختی در الگوهای فکری که در نتیجه پردازش غلط اطلاعات است را زیر سؤال می‌برد و مورد آزمون قرار می‌دهد تا فرد به الگوهای فکری درست و احساس‌ها و رفتارهای مناسب و مثبت دست یابد. هنگامی احساس‌ها و رفتارهای مذکور بوجود می‌آیند که روش تعامل با همسر در جهت تعامل‌های مثبت تغییر یابد. به این معنا که آموزش توان‌بخشی شناختی از طریق جایگزینی باورها و عقاید جدید در الگوهای تازه تفکر، تعاملات زناشویی زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هنگامی که تعاملات مثبت افزایش پیدا کند، رفتارهای نگهدارنده رضایتمندی زوجین نیز افزایش می‌یابد و این رفتارها سطح بالاتری از هیجان‌های مثبت و رضایت از رابطه زناشویی را به دنبال خواهد داشت [۲۶]. بنابراین، منطقی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

است که آموزش توان‌بخشی شناختی بتواند سبب افزایش کیفیت زندگی زناشویی در زنان ماستکتومی شده شود.

یافته‌های دیگر این پژوهش نشان داد که آموزش توان‌بخشی شناختی باعث افزایش امید به زندگی در زنان ماستکتومی شده شد که این یافته با یافته پژوهش‌های Pourfereydoun و Dashtbozorgi [۲۷]، Namdari و همکاران [۲۸] و Amani و همکاران [۲۹] همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که آموزش توان‌بخشی شناختی نقش مؤثری در افزایش سرعت پردازش، انعطاف‌پذیری شناختی و حافظه دارد و بر روی فعالیت قشر پیش‌پیشانی تأثیر می‌گذارد. هدف این روش آموزشی افزایش مهارت‌های شناختی از طریق بازگشت یا ایجاد توانایی شناختی با کمک تمرین‌های خاصی است که می‌تواند سبب تغییرهای قابل توجه در سطوح رفتاری، توجه، حافظه و سایر کنش‌های اجرایی شود. از آنجایی که آموزش توان‌بخشی شناختی به شکل سلسله مراتبی و با درجات مختلف سختی انجام می‌شود، به مرور می‌تواند سبب بهبود کارکردهای اجرایی و بالطبع ویژگی‌های روان‌شناختی شود. علاوه بر آن، از مزایا و نقاط قوت آموزش توان‌بخشی شناختی می‌توان به تمرین‌های مبتنی بر کارکردهای اجرایی مؤثر بر ویژگی‌های اجرایی و روان‌شناختی مانند تمرین‌های توجهی دیداری و شنیداری، آموزش عناصر توجهی، تمرین حفظ و تغییر توجه، شناخت و بهبود حافظه و تمرین عملکردهای اجرایی اشاره کرد که نقش مؤثری در بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی دارند [۲۷]. هم‌چنین، امید به زندگی به‌عنوان سازه‌ای شناختی متاثر از کارکردهای اجرایی است و بر همین اساس می‌توان انتظار داشت که امید به زندگی در نتیجه بهبود کارکردهای اجرایی ارتقاء یابد. چون امید به یک مجموعه شناختی شامل درک این موضوع بستگی دارد که فرد می‌تواند راه‌هایی را برای رسیدن به هدف ایجاد کند و انگیزه لازم برای رسیدن به هدف را خود حفظ کند و ارتقاء بخشد [۲۸]. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که روش آموزش توان‌بخشی شناختی بتواند نقش مؤثری در افزایش امید به زندگی در زنان ماستکتومی شده داشته باشد.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، عدم بررسی تداوم تأثیر نتایج روش مداخله در مرحله پی‌گیری و محدودشدن آن به زنان ماستکتومی شده بیمارستان شفا شهر اهواز و استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها بودند. بنابراین، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای کاهش خطای نمونه‌گیری، بررسی تداوم تأثیر روش آموزش توان‌بخشی شناختی در بلند مدت و مقایسه تأثیر روش آموزش توان‌بخشی شناختی با سایر روش‌های آموزشی از جمله آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش مثبت نگری، آموزش مبتنی بر شفقت، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و غیره پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان‌دهنده تأثیر روش آموزش توان‌بخشی شناختی بر افزایش معنی‌دار نمره رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی در زنان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

ماستکتومی شده بود. این نتایج می‌تواند برای مسئولان و برنامه‌ریزان گروه‌های آسیب‌پذیر و مدیران، مشاوران، درمان‌گران و متخصصان سلامت مراکز و کلینیک‌های مشاوره و خدمات روان‌شناختی تلویحات کاربردی داشته باشد. مسئولان و برنامه‌ریزان گروه‌های آسیب‌پذیر می‌توانند در سیاست‌گذاری‌های آموزشی و درمانی خود جهت بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی از روش توان‌بخشی شناختی در کنار سایر روش‌ها بهره ببرند. هم‌چنین، مدیران، مشاوران، درمان‌گران و متخصصان سلامت می‌توانند خود را در زمینه فراگیری مهارت‌های مبتنی بر روش توان‌بخشی شناختی تقویت نمایند و از آن‌ها جهت بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی به‌ویژه افزایش رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و امید به زندگی در گروه‌های آسیب‌پذیر استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است. به این وسیله، نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از مسئولان بیمارستان شفا به دلیل همکاری با پژوهش‌گران و زنان ماستکتومی شده به دلیل شرکت فعال در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

References

[1] Wei G, Kumar A, Lee MC, Wang X. Influential factors on risk-reduction mastectomy in a high-risk breast cancer population with genetic predispositions. *Clin Breast Cancer* 2021; 21(4): 427-33.

[2] Lee JY. Traumatic neuroma at the mastectomy site, unusual benign lesion, mimicking tumor recurrence: A report of two cases. *Radiol Case Rep* 2022; 17(3): 662-6.

[3] Mahinfar K, Sadooghiasl A, Kazemnejad A. The effect of self-care program on quality of life of women with breast cancer having mastectomy. *IJNR* 2021; 16(2): 11-22. [Farsi]

[4] Kapur H, Warburton R, Pao JS, Dingee C, Chen L, McKevitt E. Decreasing contralateral prophylactic mastectomy rates in average-risk women with unilateral breast cancer. *Am J Surg* 2021; 221(6): 1172-6.

[5] Brandt-Salmeri A, Przybyla-Basista H. Depression and marital satisfaction: The mediating role of sexual satisfaction and perceived partner acceptance in women after mastectomy. *Health Psychol Rep* 2019; 7(2): 121-32.

[6] Kelley EL, Cannell MB, Gass M, Sealy-Jefferson S, Woods NF, Bird CE, et al. Is interpersonal abuse

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

associated with sexual (dis)satisfaction among postmenopausal women? *Women's Health Issues* 2019; 29(4): 299-307.

[7] Kim M, Moon SH, Kim JE. Effects of psychological intervention for Korean infertile women under in vitro fertilization on infertility stress, depression, intimacy, sexual satisfaction and fatigue. *Arch Psychiatr Nurs* 2020; 34(4): 211-17.

[8] Rausch D, Rettenberger M. Predictors of sexual satisfaction in women: A systematic review. *Sex Med Rev* 2021; 9(3): 365-80.

[9] Sergesketter AR, Thomas SM, Lane WO, Shammas RL, Greenup RA, Hollenbeck ST. The influence of marital status on contemporary patterns of postmastectomy breast reconstruction. *J Plastic Reconstr Aesthet Surg* 2019; 72(5): 795-804.

[10] John NA, Seme A, Roro MA, Tsui AO. Understanding the meaning of marital relationship quality among couples in Peri-Urban Ethiopia. *Cult Health Sex* 2017; 19(2): 267-78.

[11] Wang W, Wang M, Hu Q, Wang P, Lei L, Jiang S. Upward social comparison on mobile social media and depression: The mediating role of envy and the moderating role of marital quality. *J Affect Disord* 2020; 270: 143-9.

[12] Ross DB, Gale J, Wickrama K, Goetz J, James M, Tang Y. Couple perceptions as mediators between family economic strain and marital quality: Evidence from longitudinal dyadic data. *Journal of Financial Counseling and Planning* 2021; 32(1): 158-72.

[13] Davies KR, Brewster AM, Bedrosian I, Parker PA, Crosby MA, Peterson SK, et al. Outcomes of contralateral prophylactic mastectomy in relation to familial history: a decision analysis. *Breast Cancer Res* 2016; 18(93): 1-13.

[14] Currie J, Boyce T, Evans L, Luker M, Senior S, Hartt M, et al. Life expectancy inequalities in Wales before COVID-19: an exploration of current contributions by age and cause of death and changes between 2002 and 2018. *Public Health* 2021; 193: 48-56.

[15] Jayatilleke N, Hayes RD, Dutta R, Shetty H, Hotopf M, Chang CK, et al. Contributions of specific causes of death to lost life expectancy in severe mental illness. *Eur Psychiatry* 2017; 43: 109-15.

[16] Kessing LV, Ziersen SC, Andersen PK, Vinberg M. A nation-wide population-based longitudinal study on life expectancy and cause specific mortality in patients with bipolar disorder and their siblings. *J Affect Disord* 2021; 294: 472-6.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

[17] Brochet B. Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis in the period from 2013 and 2021: A narrative review. *Brain Sci* 2022; 12(55): 1-14.

[18] Cicerone KD, Goldin Y, Ganci K, Rosenbaum A, Wethe JV, Langenbahn DM, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: Systematic review of the literature from 2009 through 2014. *Arch Phys Med Rehabil* 2019; 100(8): 1515-33.

[19] Zhao Q, Wang X, Wang T, Dmytriw AA, Zhang X, Yang K, et al. Cognitive rehabilitation interventions after stroke: protocol for a systematic review and meta-analysis of randomized controlled. *Syst Rev* 2021; 10(66): 1-9.

[20] Pena J, Ibarretxe-Bilbao N, Sanchez P, Uriarte JJ, Elizagarate E, Gutierrez M, et al. Mechanisms of functional improvement through cognitive rehabilitation in schizophrenia. *J Psychiatr Res* 2018; 101: 21-7.

[21] Vita A, Barlati S, Ceraso A, Nibbio G, Ariu C, Deste G, et al. Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry* 2021; 78(8): 848-58.

[22] Sasanpour M, Shahrodyan G, Ahmadi SA. The effectiveness of sexual cognitive reconstruction program for couples on reduction of sexual problems. *Journal of Family Research* 2015; 10(4): 475-91. [Farsi]

[23] Vikan JK, Snekkevik H, Nilsson MI, Stanghelle JK, Geirdal AO, Fugl-Meyer KS. Sexual satisfaction and associated biopsychosocial factors in stroke patients admitted to specialized cognitive rehabilitation. *Sex Med* 2021; 9(5): 100424.

[24] Baratpour S, DashtBozorgi Z. The effectiveness of cognitive rehabilitation on quality of life, psychological flexibility and health worry in patients with panic disorder. *IJRN* 2021; 7(2): 10-9. [Farsi]

[25] Halajani F, Jameinezhad F, DashtBozorgi Z, Peymani Foroshani R, EsmaeiliShad B. The effect of cognitive rehabilitation group training on perceived stress, depression and quality of life among primigravid women with pregnancy anxiety. *IJRN* 2019; 6(1): 10-7. [Farsi]

[26] Munger K, Pacos-Maartinez A, Hyland M. Impact of cognitive rehabilitation on quality of life in patients with multiple sclerosis: A pilot study. *Mult Scler J Exp Transl Clin* 2021; 7(3): 1-7.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

[27] Pourfereydoun M, DashtBozorgi Z. Comparison the effectiveness of cognitive rehabilitation training and positive mindfulness training on hope and psychological distress in mastectomized patients with depression. *IJRN* 2022; 8(3): 42-53. [Farsi]

[28] Namdari S, Nasiri A, Nejati V, Taheri F, Tplppee F. Effect of cognitive rehabilitation intervention on hope and depressive mood state of the elderly cognitive rehabilitation in elderly. *Journal of Pharmaceutical Research International* 2019; 31(4): 1-9.

[29] Amani O, Mazaheri MA, Nejati V, Shamsian BS. Effect of cognitive rehabilitation on executive functions in adolescent survivors of leukemia: A randomized and controlled clinical trial. *Archives of Rehabilitation* 2017; 18(1): 73-82. [Farsi]

[30] Padmalatha S, Tsai YT, Ku HC, Wu YL, Yu T, Fang SY, et al. Higher risk of depression after total mastectomy versus breast reconstruction among adult women with breast cancer: A systematic review and metaregression. *Clin Breast Cancer* 2021; 21(5): 526-38.

[31] Meston C, Trapnell P. Development and validation of a five-factor sexual satisfaction and distress scale for women: The sexual satisfaction scale for women (SSS-W). *J Sex Med* 2005; 2(1): 66-81.

[32] Roshan Chesli R, Mirzaei S, Nikazin A. Validity and reliability of multidimensional sexual satisfaction scale for women (SSSW) in one sample of Iranian women. *Biannial Journal of Clinical Psychology & Personality* 2014; 12(1): 129-40. [Farsi]

[33] Zhang H, Xu X, Tsang SK. Conceptualizing and validating marital quality in Beijing: A pilot study. *Social Indicators Research* 2013; 113(1): 197-212.

[34] Moazzen Jami A, Mohammadi K, Fallahchai R. Prediction of marital quality based on spiritual orientation. *Journal of Religion and Health* 2018; 5(2): 31-40. [Farsi]

[35] Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60(4): 570-85.

[36] Golestanifar S, Dasht Bozorgi Z. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and well-being therapy on life expectancy and psychological health in elderly nonclinical depressed patients. *JRUMS* 2021; 20(3): 297-312. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]

The Effect of Cognitive Rehabilitation Education on Sexual Satisfaction, Marital Life Quality and Life Expectancy in Mastectomized Women: A Quasi-Experimental Study

Hoda Jahanfar[1], Zahra Dasht Bozorgi[2]

Received: 30/07/2022 Sent for Revision: 21/09/2022 Received Revised Manuscript: 01/10/2022 Accepted: 04/10/2022

Background and Objectives: Mastectomized women have problems in the field of sexual satisfaction, married life quality, and life expectancy. Cognitive rehabilitation education can play an effective role in improving psychological characteristics related to health. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effect of cognitive rehabilitation education on sexual satisfaction, marital life quality and life expectancy in the mastectomized women.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental study with a pretest and posttest design with a control group. The research population was the married mastectomized women in Shafa Hospital of Ahvaz city in 2021, out of which 30 people were selected according to the inclusion criteria and by purposive sampling method and randomly placed into two equal groups. The experimental group was trained 10 sessions of 60 minutes (two sessions per week) with cognitive rehabilitation method, and the control group was placed on the waiting list for training. Data were collected by Meston and Trapnell's Sexual Satisfaction Scale for Women, Zhang and et al.'s Marital Life Quality Scale, and Snyder and et al.'s Life Expectancy Questionnaire, and analyzed by multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The findings showed that the cognitive rehabilitation education method in comparison with the control group led to a significant increase in the sexual satisfaction, marital life qualityand life expectancy in the mastectomized women ($p<0.001$).

Conclusions: The results indicated the effect of cognitive rehabilitation on increasing sexual satisfaction, marital life quality, and life expectancy. Therefore, health professionals and therapists can use the mentioned method along with other effective educating methods to improve health-related characteristics.

Key words: Cognitive rehabilitation, Sexual satisfaction, Marital life quality, Life expectancy, Mastectomy.

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University of Ahvaz Branch, approved the study (IR.IAU.AHVAZ.REC.1401.017)

How to cite this article: Jahanfar Hoda, Dasht Bozorgi Zahra. The Effect of Cognitive Rehabilitation Education on Sexual Satisfaction, Marital Life Quality and Life Expectancy in Mastectomized Women: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2022; 21 (8): 801-16 [Farsi]

1 - M.A. Dept. of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2 - Assistant Dept. of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran, ORCID: 0000-0003-9603-8032
(Corresponding Author) Tel: (061) 32272082, Fax: (061) 32272082, E-mail: Zahradb2000@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1401.21.8.2.3]
[DOI: 10.52547/jrums.21.8.801]