Structural Model of Quality of Life in Patients with Breast Cancer: The Role of Psychological Hardiness, Religious Orientation, Perceived Social Protection and Self-Efficacy with Mediation of Resilience and Death Anxiety

Sara Farahbakhsh Beh[1], Seyed Abolghasem Mehrinejad[2*], Ameneh Moazedian[1]

[1]Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
[2]Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, AlZahra University, Tehran, Iran

Article Info:

Received: **26 May 2019** ***Revised:*** **7 Sep 2019** ***Accepted:*** **21 Sep 2019**

ABSTRACT

Introduction: The quality of life in cancer patients has become increasingly important. The purpose of this study was to examine the predictive model of quality of life in patients with breast cancer based on psychological hardiness, religious orientation, perceived social support, and self-efficacy with mediation of resiliency and death anxiety. ***Materials and Methods:*** The research method was analytical and structural equation modeling. The statistical population in this study included all patients with breast cancer referring to Cancer Institute of Imam Khomeini and Milad hospitals in Tehran, Iran in 2018. Purposeful sampling method was used to select the sample. 300 patients with breast cancer were selected based on the criteria for entering and leaving criteria. The research tool was a general self-efficacy questionnaire of Sherer et al, multi-dimensional perceived social support questionnaire Zamet et al., Allport Religious Orientation Questionnaire, Kobasa Psychological Hardiness Questionnaire, Templar Death Anxiety Scale, The Conor-Davidson Resilience Questionnaire, and the World Health Organization Quality of Life Scale. ***Results:*** The results of the model analysis showed that the factor structure of the research scales was acceptable. The results of the conceptual model test showed that the fitting indices of the research model are in a favorable condition. Religious orientation and psychological hardiness on quality of life in patients with breast cancer have significant direct and indirect effects on resiliency and death anxiety. In addition, perceived social support and self-efficacy exhibits a significant indirect effect on death anxiety of patients. Furthermore, resiliency and death anxiety have a significant direct effect on the quality of life of patients with breast cancer.

Conclusion: Our results indicate the importance of the antidote to psychological hardiness, religious orientation, and perceived social support in improvement of the quality of life of patients with breast cancer.

Key words:

1. Quality of Life
2. Anxiety
3. Patients

***Corresponding Author:** Seyed Abolghasem Mehrinejad

E-mail: *ab_mehrinejad@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

مدل ساختاری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان: نقش سرسختی روانشناختی، جهت‌گیری مذهبی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی با میانجی‌گری تاب‌آوری و اضطراب مرگ

سارا فرحبخش به[۱]، سید ابوالقاسم مهری نژاد[۲]*، آمنه معاضدیان[۱]

[۱]گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

[۲]گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۵ خرداد ۱۳۹۸ **اصلاحیه:** ۱۶ شهریور ۱۳۹۸ **پذیرش:** ۳۰ شهریور ۱۳۹۸

چـــــکیده

مقدمه: کیفیت زندگی در بیماران سرطانی اهمیت ویژه‌ای یافته است. هدف پژوهش حاضر، بررسی مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بر اساس سرسختی روانشناختی، جهت‌گیری مذهبی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی با میانجی‌گری تاب‌آوری و اضطراب مرگ بود. ***مواد و روش‌ها:*** روش پژوهش تحلیلی و از نوع مدلسازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری در این پژوهش شامل کلیهٔ بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز سرطان بیمارستان‌های امام خمینی و میلاد در تهران، ایران در سال ۱۳۹۷ بودند. برای انتخاب نمونه، روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. ۳۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسشنامهٔ خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران، پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی ادراک شدهٔ چند بعدی زیمت و همکاران، پرسشنامهٔ جهت‌گیری مذهبی آلپورت، پرسشنامهٔ سرسختی روانشناختی کوباسا، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر، پرسشنامهٔ تاب‌آوری کونور -دیویدسون و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. ***یافته‌ها:*** نتایج تحلیل مدل اندازه‌گیری نشان داد که ساختار عاملی مقیاس‌های پژوهش مورد تایید بود. نتایج آزمون مدل مفهومی نشان داد که شاخص‌های برازش مدل پژوهش در وضعیت مطلوبی قرار دارد. جهت‌گیری مذهبی و سرسختی روانشناختی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثرات مستقیم و غیر مستقیم معنی‌داری بر تاب‌آوری و اضطراب مرگ دارد. علاوه بر این حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی بر اضطراب مرگ بیماران اثر غیر مستقیم معنی‌داری دارند. همچنین تاب‌آوری و اضطراب مرگ بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر مستقیم معنی‌دار دارند. ***نتیجه‌گیری:*** یافته‌ها حاکی از اهمیت پیشایندهای سرسختی روانشناختی، جهت‌گیری مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک شده در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان است.

کلید واژه‌ها:

۱. کیفیت زندگی
۲. اضطراب
۳. بیماران

* **نویسنده مسئول:** سید ابوالقاسم مهری نژاد

آدرس الکترونیکی: *ab_mehrinejad@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

مقدمه

در جهان امروز با وجود اینکه پیشرفت فناوری و علوم پزشکی انسان را قادر به غلبه بر بسیاری از سرطان‌ها از جمله سرطان پستان[1] کرده است، همچنان سرطان به خاطر پیش‌آگاهی‌هایی که در مورد آن وجود دارد بیماری وحشت‌آوری در زندگی بشر به شمار می‌رود و از زمان تشخیص تا درمان مشکلات مختلف جسمانی و روانی را برای فرد مبتلا و اطرافیانش به وجود می‌آورد. با توجه به اینکه سرطان پستان در سنینی رخ می‌دهد که زنان در اوج مسئولیت‌های زندگی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی هستند و همچنین به خاطر ماهیت‌های درمان این بیماری که گاهاً با برداشتن پستان همراه است و باعث ایجاد تغییراتی در بدن زنان و نقش‌های جنسی و حس زنانه و مادرانهٔ آن‌ها می‌شود می‌توان گفت مشکلات این بیماری برای مبتلایان و خانواده‌های آن‌ها بسیار زیاد است (۱). در واقع سرطان پستان نوعی بیماری تلقی می‌شود که افراد مبتلا به آن در خطر تجربهٔ آشفتگی‌ها و فشارهای مرتبط با بیماری هستند و بسیاری از آن‌ها مشکلات سازگاری مانند آشفتگی‌های مرتبط با آغاز بیماری و پیامدهای ناشی از سرطان را تجربه می‌کنند که مستقیماً با زندگی یک فرد سرطانی مرتبط است (۲). تشخیص سرطان پستان می‌تواند اثرات روانشناختی منفی زیادی برای همسران و خانواده‌های زنان مبتلا ایجاد کند. مهم‌ترین این اثرات می‌تواند خشم، اضطراب، افسردگی و بروز اختلال در کیفیت زندگی باشد (۳).

طی سال‌های اخیر بررسی کیفیت زندگی[2] در مبتلایان به سرطان اهمیت ویژه‌ای یافته است. سرطان در تمام موارد بر کیفیت زندگی بیماران به درجات مختلف تأثیر می‌گذارد (۴). سازمان بهداشت جهانی[3] چهار بعد سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیتشان در زندگی در زمینهٔ فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند است و با درک آن‌ها از اهداف، انتظارات، استانداردها و علائقشان در ارتباط است (۵). کیفیت زندگی یک مفهوم با محدودهٔ وسیع است که با شیوه‌ای پیچیده تحت تأثیر سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، میزان عدم وابستگی و روابط اجتماعی فرد و روابط وی با محیط اطرافش قرار دارد (۶).

پژوهش‌ها نشان داده است که کیفیت زندگی در افراد، به میزان زیادی تحت تأثیر میزان تاب‌آوری[4] در ایشان است (۷). تاب‌آوری به توانایی انطباق موفق با شرایط چالش برانگیز و تهدیدآمیز و همچنین رشد شایستگی تحت شرایط سخت اشاره دارد. بنابراین تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان رشد مثبت یا سازگاری به دنبال دوره‌هایی از بهم ریختگی تعادل فرد توصیف شود (۸). نظریه‌های فعلی تاب‌آوری را سازه‌ای چند بعدی متشکل از متغیرهای سرشتی[5]، مانند: مزاج[6] و شخصیت[7]، همراه با مهارت‌های مخصوص، مثل مهارت حل مسئله، می‌دانند (۹). پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که برخی افراد تاب‌آور، پس از رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمول خود باز می‌گردند و حتی عملکرد برخی پس از رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و دشواری‌ها نسبت به گذشته ارتقا پیدا می‌کند. افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، در برابر آسیب‌ها و استرس‌های اجتناب‌ناپذیر تجربهٔ مقاومت بیشتری دارند، بیشتر احتمال دارد معنای مثبتی در استرس‌هایی که تجربه می‌کنند پیدا کنند (۱۰). به طرز مؤثری با استرس‌های زندگیشان مواجه شوند و به طور انعطاف‌پذیری خود را با آن‌ها انطباق دهند (۱۱). عواملی که منجر به تاب‌آوری افراد در برابر استرس می‌شوند، به طور کامل قابل درک نیستند. با این حال هنگامی که افراد در بستر استرس‌های زندگی قرار می‌گیرند سعی می‌کنند از طرق مختلفی هیجانات خود را تنظیم کنند. تروی[8] و ماس[9] اعتقاد دارند توانایی افراد در تنظیم هیجاناتشان می‌تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب‌آوری آن‌ها باشد (۱۲).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی، اضطراب مرگ[10] است. اضطراب مرگ، مفهومی پیچیده می‌باشد که نمی‌توان آن را به سادگی توضیح داد و به طور کلی مشتمل بر مفاهیم ترس از مرگ خود و دیگران است (۱۳). مرگ واقعیتی اجتناب‌ناپذیر است و هر شخصی ممکن است نسبت به آن برداشت و واکنشی منحصر به فرد داشته باشد. عوامل و ویژگی‌های متعددی در ارتباط با پدیدهٔ مرگ وجود دارند که می‌توانند زمینه‌ساز پذیرش این واقعیت حتمی گردند یا برعکس سبب ایجاد اضطراب و انکار واقعیت مذکور شوند (۱۴). تجربه کردن مقداری اضطراب، دربارهٔ مرگ طبیعی است. اما اگر این اضطراب خیلی شدید باشد سازگاری کارآمد را تضعیف می‌کند (۱۵). اضطراب مرگ می‌تواند سلامت وجودی و مخصوصاً کارکرد سلامت روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. اضطراب و ترس از مرگ در تمام فرهنگ‌ها متداول است و گروه‌ها و ادیان به طرق گوناگون با آن برخورد می‌کنند. مرگ قسمتی لاینفک از موجودیت انسان است، در نتیجه بدیهی است که در برخی مراحل زندگیمان موضوعی برای غم و نگرانی باشد. اضطراب مرگ عبارت است از: یک احساس ترس، هراس یا نگرانی زمانی که یک نفر به فرایند مردن، توقف آینده یا چیزی که بعد از

[1] Breast cancer
[2] Quality of life
[3] World health organization
[4] Resilience
[5] Constitutional
[6] Temperament
[7] Personality
[8] Troy
[9] Mauss
[10] Death anxiety

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

مرگ رخ می‌دهد فکر می‌کند (۱۶). بلسکی[11] اضطراب مرگ را افکار، ترس‌ها و هیجانات مرتبط با واقعهٔ پایانی زندگی و فراتر از حالت عادی زندگی می‌داند (۱۷). بیماران مبتلا به بدخیمی‌هایی نظیر سرطان، به‌عنوان جمعیت‌های آسیب‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند. در اغلب موارد توجه تیم درمان بیشتر بر تثبیت علایم فیزیکی و جسمانی بیماران معطوف است، در حالی که با پیشرفت بیماری و علایم مربوط به آن، بیماران از درد، رنج، تنهایی و کاهش کنترل می‌ترسند که همگی این‌ها به‌عنوان ابعاد اضطراب مرگ شناسایی شده‌اند. اضطراب مرگ این گروه از بیماران با اختلال در بعد روانی می‌تواند کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار دهد (۱۸).

سرسختی روانشناختی[12] به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی مقاوم‌ساز در مقابله با فشارهای روانی، امروزه مورد توجه قرار گرفته است (۱۹). سرسختی روانشناختی به‌عنوان شیوه‌ای برای مفهوم‌سازی بهم پیوسته ادراک خویشتن از تعهد، کنترل و به چالش کشیدن است که در مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا به کار گرفته می‌شود تا آن را به یک تجربهٔ رشدی، نه یک تجربهٔ ناتوان‌کننده تبدیل نماید (۲۰). افراد سرسخت با جنبه‌های منفی خود و زندگیشان کمتر مبارزه می‌کنند (۲۱). کوباسا[13] با استفاده از نظریه‌های موجود دربارهٔ شخصیت، سرسختی را ترکیبی از باورها در مورد خود و جهان که از عمل یکپارچه و هماهنگ تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی سرچشمه می‌گیرد، تعریف کرد (۲۲). افراد متعهد به توانایی خود برای تغییر تجارب زندگی در جهتی جالب و معنی‌دار اطمینان دارند (۲۳). افرادی که در مؤلفهٔ کنترل قوی هستند، رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی و کنترل می‌دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش آنچه را در اطرافشان رخ می‌دهد تحت تأثیر قرار دهند. عملکرد افرادی که کنترل کامل دارند نشان می‌دهد که آن‌ها با حوادث استرس‌زا برخورد می‌کنند و در مسئولیت‌های خود برای زندگی اصرار دارند و قادرند به طور مستقل عمل کنند. افرادی که در مؤلفهٔ مبارزه‌جویی در سطح بالایی قرار دارند، بجای اتکا بر جنبه‌های ثابت زندگی بر انجام تغییرات و تطابق با شرایط تمرکز دارند (۲۴).

از جمله مفاهیم مرتبط با کیفیت زندگی افراد، می‌توان به مذهب[14] اشاره کرد (۲۵). جهت‌گیری مذهبی به منزلهٔ مرجعیت بخشیدن به ساختار روابط و مناسبات انسان در تمامی ابعاد آن در پرتو رابطهٔ انسان با خدا تعریف می‌شود، همچنین باور دینی یا بعد اعتقادی است که خود مشتمل بر ایده‌ها و نگرش‌هایی است که انتظار می‌رود پیروان یک آیین به آن اعتقاد داشته باشند، مثل اعتقاد به خدا، بهشت و دوزخ (۲۶). دین حقیقتی است که در همهٔ جنبه‌ها و ابعاد گوناگون زندگی انسان حضور جدی و قابل توجهی دارد. دیدگاه آلپورت[15] دربارهٔ جهت‌گیری مذهب درونی[16] و جهت‌گیری مذهبی بیرونی[17] به دین تأثیر ماندنی و قوی در روانشناسی مذهب گذاشته است. جهت‌گیری دینی درونی برای تعریف و متمایز نمودن افرادی بکار می‌رود که حقیقتاً و خالصانه تسلیم نوعی عقیده و ایمان به چیزی هستند. شخص با جهت‌گیری دینی درونی با مذهبش زندگی می‌کند، تعصب کمتری دارد و از آموزش‌های دینی برای آگاهی از تعامل‌های روزمرهٔ خود با دیگران استفاده می‌کند. جهت‌گیری دینی بیرونی در واقع مذهب افرادی را نشان می‌دهد که از ایمان و عقیدهٔ مذهبی خود برای رفع نیازها و منافع شخصیشان استفاده می‌کنند. در واقع دین وسیله‌ای برای اهداف خودخواهانهٔ آن‌ها است (۲۷). نتایج پژوهش هامر[18]، واگ[19] و کراگان[20] نشان داد بین مذهب و کیفیت زندگی رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد (۲۸).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده[21] است (۲۹). حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده (عینی) و ادراک شده (ذهنی) مورد مطالعه قرار می‌گیرد (۳۰). در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می‌شود. یا به عبارت دیگر، ادراک یا تجربهٔ یک فرد از اینکه او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، به او حرمت و ارزش می‌دهند و او را بخشی از یک شبکهٔ اجتماعی با مساعدت‌ها و تعهدات به شمار می‌آورند (۳۱). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که هرچه میزان حمایت اجتماعی افزایش یابد، سطح سلامتی نیز افزایش پیدا می‌کند و بالعکس. از این نگاه، داشتن سلامتی مشروط به داشتن حمایت اجتماعی است (۳۲). دیلی[22] و لاندرز[23]، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین حمایت و نزدیکی با خانواده و سلامت روان رابطهٔ مثبت و معنی‌دار وجود دارد (۳۳). افرادی که احساس تنهایی را تجربه می‌کنند، وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند بهتر با مشکلات کنار می‌آیند و سلامت روان آن‌ها با سهولت بهتری امکان‌پذیر است و کیفیت حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش احساس همبستگی بین افراد، سبب بهبود سلامت روانی آن‌ها می‌شود.

[11] Belskey
[12] Psychological hardiness
[13] Kobasa
[14] Religious
[15] Alport
[16] Internal religious orientation
[17] Outer religious orientation
[18] Hammer
[19] Wade
[20] Cragun
[21] Perceived social support
[22] Dehle
[23] Landers

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

در خلال سال‌ها نظریه‌های روانشناختی متعددی سعی کردند تا چگونگی رفتار آدمی را تبیین کنند. نظریه‌های شناختی اجتماعی نیز یکی از این نظریه‌هاست (۳۴). خودکارآمدی[24] که به‌عنوان هستهٔ مرکزی این نظریه در نظر گرفته شده بر عملکرد انسانی و شیوهٔ برخورد وی با مسائل تأثیر بسزایی دارد. خودکارآمدی به‌عنوان رگهٔ شخصیتی تعریف و ارزیابی نشده است بلکه باورهای فرد دربارهٔ توانایی انسجام مهارت‌ها و توانایی‌ها برای دستیابی به اهداف در شرایط و موقعیت خاص می‌باشد، به نوعی داوری فرد دربارهٔ صلاحیت خودش است (۳۵). بندورا[25] این نظریه را در مورد عملکرد آدمیان مطرح کرد که در آن نقش باورهای خود را در شناخت، انگیزش، عاطفه و رفتار آدمی برجسته نمود (۳۶). بندورا با دیدگاه‌هایی که به عوامل درونی مؤثر بر رفتار توجه می‌کنند و عوامل محیطی را نادیده می‌گیرند، مخالفت می‌کند و از دیدگاه‌هایی که انسان را پاسخ‌دهندهٔ منفعل به رویدادهای محیطی می‌دانند نیز انتقاد می‌کند. از نظر بندورا شخص، محیط و رفتار شخص بر هم تأثیر و تأثر مقابل دارند و هیچ کدام از آن سه جزء را نمی‌توان جدا از اجزای دیگر به‌عنوان تعیین‌کنندهٔ رفتار انسان به حساب آورد. بندورا این تعامل سه جانبه را جبر متقابل یا تعیین‌گری متقابل نامیده است. بندورا عقیده دارد که باورهای خودکارآمدی در افراد تحت تأثیر عوامل مختلف قرار دارد و تنها از طریق متقاعد ساختن فرد و تشویق وی رشد نمی‌کند (۳۷). کیایی و همکاران پژوهشی تحت عنوان رابطهٔ بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی انجام دادند (۳۸). نتایج نشان داد بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار مثبت وجود داشت. بین خودکارآمدی و حیطه‌های کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و رضایت از محیط ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. نتایج پژوهش هرتز[26]، خالد[27] و استنتون[28] نشان داد بین خودکارآمدی مدیریت بیماری و سرعت بهبود بیماران مبتلا به سرطان رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد (۳۹). بیماران مبتلا به سرطانی که از خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند، سرعت بهبود بیشتری نیز داشتند.

با توجه به مطالب گفته شده چنین به نظر می‌رسد که با شناخت و درک عمیق‌تر از چگونگی ارتباط ویژگی‌های روانشناختی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، می‌توان گام‌هایی را برای افزایش سازگاری آنان با شرایط جدید زندگی برداشت. طبعاً این درک و آگاهی عمیق با کمک پژوهش‌هایی به دست می‌آید که مستقیماً با افراد تجربه‌کننده رو به رو شوند و دیدی همه جانبه و کلی پیرامون ادراکات، تصورات و احساسات آنان به دست بیاورند. بایستی توجه داشت که زنان در درون سیستم خانواده عنصری مهم تلقی می‌شوند، به تبع کاهش سلامت روانی و جسمانی آنان تأثیرات سوئی بر کل اعضای خانواده خواهد گذاشت و با ابتلای آنان به سرطان، کل سیستم دچار از هم گسیختگی و اختلال می‌گردد. لذا با عنایت به آمار بالای زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران و مشکلات متعدد آنان و با در نظر گرفتن اهمیت مفاهیم سرسختی روانشناختی، جهت‌گیری مذهبی، حمایت اجتماعی ادراک شده، خودکارآمدی، تاب‌آوری، اضطراب مرگ و نقش هر کدام از این متغیرها در کیفیت زندگی، محقق را بر آن داشت تا به پژوهش در این زمینه بپردازد. از آنجایی که تحقیقی در خصوص ارتباط متغیرهای مذکور به طور همزمان صورت نگرفته، خلاء پژوهشی در این حوزه احساس می‌شود. بنابراین مسألهٔ پژوهش حاضر بررسی این سؤال است که در قالب یک مدل، آیا مدل تبیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان بر اساس سرسختی روانشناختی، جهت‌گیری مذهبی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی با میانجی‌گری تاب‌آوری و اضطراب مرگ، از برازش مطلوبی برخوردار است؟

مواد و روش‌ها

مقیاس کیفیت زندگی

داده‌های مربوط به کیفیت زندگی به کمک آزمون ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی جمع‌آوری شد. از سال ۱۹۹۶ اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال است و بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. اصلاً برابر با یک و خیلی زیاد برابر ۵ می‌باشد. این پرسشنامه چهار بعد الف: بهداشت و سلامت جسمانی، ب: بعد روانشناختی، ج: بعد روابط اجتماعی و د: بعد محیط و وضعیت زندگی را می‌سنجد. بونومی و همکاران در بررسی‌های خود پایایی درونی آزمون را ۰/۹۵ اعلام نمودند و در سال ۲۰۰۰، این پرسشنامه به طور همزمان در ۱۵ کشور جهان طراحی و ترجمه شد (۴۰). استانداردسازی، ترجمه و روانسنجی گونهٔ ایرانی این پرسشنامه توسط نجات و همکاران در سال ۱۳۸۴ صورت گرفت (۴۱).

پرسشنامهٔ تاب‌آوری کونور -دیویدسون

پرسشنامهٔ تاب‌آوری کونور -دیویدسون (CD-RISC)[29] را کونور[30] و دیویدسون[31] با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزهٔ تاب‌آوری تهیه کردند. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که سازهٔ تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج

[24] Self-efficacy
[25] Bandura
[26] Herts
[27] Khaled
[28] Stanton
[29] Connor-davidson resilience scale
[30] Connor
[31] Davidson

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

درجه‌ای لیکرت می‌سنجد، هر عبارت بر اساس یک مقیاس لیکرت بین ۰(کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و دامنهٔ نمره‌گذاری آن ۰-۱۰۰ است. نتایج مطالعهٔ مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در نمونه‌های بهنجار و بیمار، پایایی و روایی آن را تائید کرده است (۴۲). محمدی مقیاس مذکور را برای ۲۴۸ نفر اجرا نمود و پایایی آن را با روش همسانی درونی آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی آن را به شیوهٔ تحلیل عاملی برابر ۰/۸۷ به دست آورد و آن را برای استفاده در ایران انطباق داد (۴۳).

مقیاس اضطراب مرگ

مقیاس اضطراب مرگ تمپلر[32] ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ بوده که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است (۴۴). این مقیاس، پرسشنامه‌ای خود اجرایی متشکل از پانزده سؤال بلی -خیر است و پاسخ بلی نشانهٔ وجود اضطراب در فرد است. دامنهٔ نمره‌های این مقیاس از صفر تا پانزده است و نمرهٔ زیاد (نمرهٔ بالاتر از متوسط «نمرهٔ ۸») معرف درجهٔ بالایی از اضطراب مرگ است. این پرسشنامه توسط رجبی و بحرانی به فارسی برگردانده شده است (۴۵). بررسی‌های به عمل آمده دربارهٔ پایایی و روایی پرسشنامهٔ اضطراب مرگ، نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره‌مند است. ساینو[33] و کلاین[34] ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به دست آورده‌اند، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند (۴۶).

پرسشنامهٔ سرسختی روانشناختی کوباسا (۱۹۷۹)

پرسشنامهٔ سرسختی روانشناختی کوباسا (۱۹۷۹)[35] به وسیلهٔ کوباسا تهیه شده است (۲۲). آزمون زمینه‌یابی دیدگاه‌های شخصی، یک پرسشنامهٔ خودگزارشی است که میزان سرسختی روانشناختی افراد با آن سنجیده می‌شود و دارای ۵۰ ماده و سه خرده مقیاس کنترل، تعهد و مبارزه‌جویی است که هر یک از آن‌ها ۱۷، ۱۶، ۱۷ ماده از آزمون را به خود اختصاص داده‌اند. آزمودنی برای پاسخگویی باید نظر خود را در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلا صحیح نیست، تقریباً صحیح است؛ غالباً صحیح است و کاملاً صحیح است) بیان کند. نمره‌گذاری مقیاس از صفر تا سه می‌باشد. مطالعهٔ جمهری نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سرسختی یعنی تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی هریک به ترتیب از ضریب پایایی ۷۰٪، ۵۲٪ و ۵۲٪ برخوردارند و این ضرایب برای کل صفت سرسختی ۷۵٪ محاسبه شده است (۴۷).

پرسشنامهٔ جهت‌گیری مذهبی

پرسشنامهٔ جهت‌گیری مذهبی آلپورت و راس[36]، شامل ۲۱ جمله است که به آزمودنی ارائه می‌شود و بعد از اطمینان بخشیدن به وی در حفظ امانت‌داری پاسخ‌های ارائه شده از طرف آزمودنی، از او خواسته می‌شود با کمال صداقت، احساس و نگرش خود به هریک از عبارات را با علامت زدن و انتخاب یکی از گزینه‌ها مشخص نماید (۴۸). سؤالات آزمون دارای چهار گزینه: الف_ کاملاً مخالفم، ب_ تقریباً مخالفم، ج_ تقریباً موافقم، د_ کاملاً موافقم می‌باشد، بر همین اساس این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس، گزینه‌های عبارات ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری مذهبی برونی و عبارات ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری مذهبی درونی را می‌سنجند. این پرسشنامه نقطهٔ برش ندارد و هرچه آزمودنی‌ها در مقیاس‌های مورد بررسی نمرات بیشتری به دست آورند بیشتر دارای آن صفت می‌باشند. آزمون محدودیت زمانی ندارد و به صورت گروهی اجرا می‌شود، همچنین این پرسشنامه محدودیت سنی ندارد و از ۱۶ سالگی به بالا قابلیت اجرا دارد. آلپورت و راس در سال ۱۹۶۷ این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های مذهبی درونی و برونی تهیه کردند در مطالعات اولیه‌ای که صورت گرفت، مشاهده شد که همبستگی جهت‌گیری برونی و درونی ۲۱ درصد است (۴۸). این آزمون در سال ۱۳۷۷ در ایران ترجمه و هنجاریابی شده که اعتبار و روایی آن توسط جان بزرگی به دست آمده است (۴۹).

پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی ادراک شدهٔ چند بعدی

پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی ادراک شدهٔ چند بعدی (MSPSS)[37] توسط زیمت[38] و همکاران تهیه شده است (۵۰). مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شدهٔ چند بعدی یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که به‌منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شدهٔ فرد را در هر یک از سه حیطهٔ مذکور در طیف ۷ گزینه‌ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. روش نمره‌گذاری به این صورت است که هر گویه در مقیاس ۷ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ قرار دارد. برای به دست آوردن امتیاز هر زیر مقیاس، نمرهٔ تک تک سؤالات آن را با هم جمع نمایید. همچنین برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه نمرهٔ مجموع سؤالات یک تا دوازده را با هم جمع می‌کنیم

[32] Templer
[33] Sayino
[34] Kelaien
[35] Kobasa.'S hardiness questionnaire
[36] Ross
[37] Multidimensional scale of perceived social support
[38] Zimet

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

تا میزان حمایت اجتماعی ادراک شده مشخص شود. این امتیاز دامنه‌ای از ۱۲تا ۸۴ خواهد داشت. بدیهی است که هرچه این امتیاز بالاتر باشد نشان‌دهندهٔ میزان حمایت اجتماعی ادراک شده خواهد بود و برعکس. در مطالعهٔ شکری ضریب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه گانهٔ خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی در نمونهٔ ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵ به دست آمد (۵۱).

پرسشنامهٔ خودکارآمدی

در این پژوهش از پرسشنامهٔ خودکارآمدی عمومی شرر[39] و همکاران استفاده شد (۵۲). زیرا این آزمون خودکارآمدی عمومی را می‌سنجد، شرایط خاصی را برای اجرا قائل نیست و اجرای آن در سنین مختلف محدودیتی ندارد و در بین ابزارهای موجود در زمینهٔ خودکارآمدی ابزار مناسبی است و همچنین مورد استفادهٔ محققان زیادی قرار گرفته است. در پژوهشی که توسط شرر و همکاران جهت ساخت آزمون انجام شد، ۳۷۶ دانشجوی روانشناسی می‌بایست به تکمیل مقیاس خودکارآمدی و چند اندازهٔ شخصیتی می‌پرداختند (۵۲). آزمودنی‌ها می‌بایست میزان موافقت خود را با هر یک از پرسش‌های آزمون خودکارآمدی با تعیین یکی از گزینه‌ها مشخص می‌کردند. آزمون شامل ۱۷ ماده است که خودکارآمدی عمومی را می‌سنجد و این ۱۷ ماده دارای میانگین ۵۷/۹۹ و انحراف معیار ۱۲/۰۸ است. شیوهٔ نمره‌گذاری به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. ضریب پایایی از طریق روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خرده مقیاس خودکارآمدی اجتماعی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۱ برای هریک به دست آمد. براتی جهت بررسی پایایی آزمون از روش دو نیمه کردن استفاده کرده است (۵۳). ضریب پایایی آزمون از روش دو نیمه کردن گاتمن برابر ۰/۷۶ به دست آمد. آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ به دست آمد که رضایت‌بخش می‌باشد. براتی در یک تحقیق برای به دست آوردن روایی سازهٔ آزمون، این آزمون را همراه با آزمون دیگر به نام مقیاس عزت نفس روی یک گروه ۱۰۰ نفری انجام داده و همبستگی ۰/۶ را گزارش کرده است که در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود (۵۳).

تجزیه و تحلیل داده‌ها

به‌منظور توصیف متغیرهای پژوهش از شاخص‌های انحراف معیار و میانگین استفاده شد. همچنین شاخص‌های فراوانی و درصد برای ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گزارش شد. در این پژوهش در جهت آزمون فرضیه‌ها و تأیید یا رد آن‌ها از مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد. لازم به ذکر است، برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار کامپیوتری Amos و SPSS نسخهٔ ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول ۱ آورده شده است. نتایج تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی

جدول ۱- توزیع فراوانی نمونهٔ مورد مطالعه به تفکیک سن.

متغیر	شاخص آماری	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۴۰ تا ۴۵ سال	۷۶	۲۵/۳۳	۴۸/۶۳	۵/۵۶
	۴۶ تا ۵۰ سال	۱۰۲	۳۴		
	۵۱ تا ۵۵ سال	۶۸	۲۲/۶۷		
	۵۶ تا ۶۰ سال	۵۴	۱۸		
تحصیلات	دیپلم	۱۱۹	۳۹/۶۷	-	-
	فوق دیپلم	۶۹	۲۳		
	لیسانس	۸۷	۲۹		
	فوق لیسانس و بالاتر	۲۵	۸/۳۳		
	مجموع کل	۳۰۰	۱۰۰	-	-

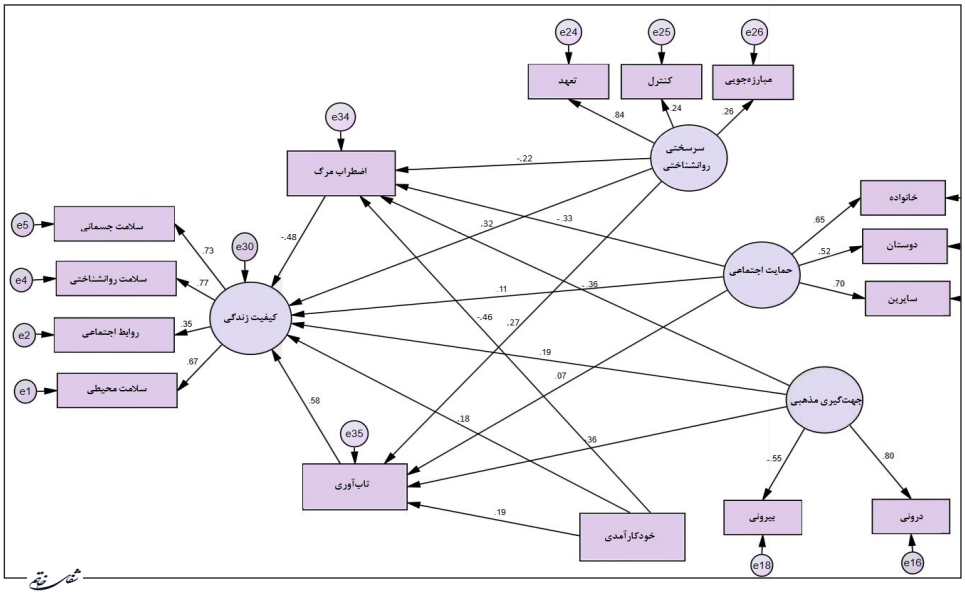
جدول ۲- یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های تحقیق.

شاخص آماری / مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
سرسختی روانشناختی	۹۷/۱۱	۱۱/۴۷
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۲۷/۱۸	۷/۱۲
جهت‌گیری مذهبی درونی	۲۷/۵۷	۷/۲۰
خودکارآمدی	۴۰/۴۶	۸/۱۵
حمایت اجتماعی ادراک شده	۴۰/۵۹	۱۰/۶۱
تاب‌آوری	۴۸/۰۲	۷/۳۸
اضطراب مرگ	۱۲/۸	۵/۱۸
کیفیت زندگی	۸۹/۹۰	۱۴/۴۶

[39] Sherer

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

نشان داد بیشتر افراد گروه نمونه ۴۶ تا ۵۰ سال سن داشتند. همچنین بیشترین فراوانی برای بیماران با تحصیلات دیپلم بود. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش می‌شود. یکی از مفروضه‌های مدلسازی معادلات ساختاری نرمال بودن توزیع چند متغیری است. برای این منظور در نرم‌افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری ماردیا استفاده می‌شود. مقدار ضریب ماردیا برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۳/۹۸ است که نشان می‌دهد مفروضهٔ نرمال بودن چند متغیره برقرار است. در ادامه نتایج حاصل از اجرای مدل ساختاری پژوهش گزارش می‌شود.



تصویر ۱- مدل در حالت ضرایب استاندارد شده.

نام شاخص	شاخص‌های برازش	
	مقدار	حد مجاز
$\frac{X^2}{df}$	۱/۱۹	کمتر از ۳
RMSEA (ریشه میانگین خطای برآورد)	۰/۰۴	کمتر از ۰/۱
CFI (برازندگی تعدیل‌یافته)	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹
NFI (برازندگی نرم‌شده)	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹
GFI (نیکویی برازش)	۰/۹۸	بالاتر از ۰/۹
AGFI (نیکویی برازش‌اصلاح شده)	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹

جدول ۴- ضرایب و معنی‌داری اثرات مستقیم و غیر مستقیم بر کیفیت زندگی.

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استانداردشده	آمارهٔ معنی‌داری	معنی‌داری
کیفیت زندگی	سرسختی روانشناختی	مستقیم	۰/۴۲	۰/۳۴	۳/۵۸	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	سرسختی روانشناختی	به واسطهٔ تاب‌آوری	۰/۱۹	۰/۱۶	۲/۵۳	۰/۰۰۳
کیفیت زندگی	سرسختی روانشناختی	به واسطهٔ اضطراب مرگ	۰/۱۳	۰/۱۱	۱/۵۶	۰/۰۹
کیفیت زندگی	جهت‌گیری مذهبی	مستقیم	۰/۰۹	۰/۱۹	۲/۰۴	۰/۰۳
کیفیت زندگی	جهت‌گیری مذهبی	به واسطهٔ اضطراب مرگ	۰/۱۱	۰/۱۹	۲/۱۲	۰/۰۲
کیفیت زندگی	جهت‌گیری مذهبی	به واسطهٔ تاب‌آوری	۰/۱۲	۰/۲۱	۲/۲۵	۰/۰۱
کیفیت زندگی	حمایت اجتماعی	مستقیم	۰/۲۰	۰/۱۱	۱/۹۸	۰/۰۴
کیفیت زندگی	حمایت اجتماعی	به واسطهٔ اضطراب مرگ	۰/۱۶	۰/۱۵	۳/۰۱	۰/۰۱
کیفیت زندگی	حمایت اجتماعی	به واسطهٔ تاب‌آوری	۰/۱۳	۰/۰۴	۰/۷۸	۰/۲۹
کیفیت زندگی	خودکارآمدی	مستقیم	۰/۲۰	۰/۱۸	۳/۰۹	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	خودکارآمدی	به واسطهٔ تاب‌آوری	۰/۰۷	۰/۰۶	۱/۰۳	۰/۲۳
کیفیت زندگی	خودکارآمدی	به واسطهٔ اضطراب مرگ	۰/۱۷	۰/۱۶	۲/۶۲	۰/۰۰۲
کیفیت زندگی	تاب‌آوری	مستقیم	۰/۶۳	۰/۵۸	۷/۱۹	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	اضطراب مرگ	مستقیم	-۰/۵۲	-۰/۴۸	-۶/۱۵	۰/۰۰۱

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

به طور کلی در کار با برنامهٔ اموس هریک از شاخص‌های به دست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. مقدارهای به دست آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است.

آنچه از نتایج جدول فوق بر می‌آید این است که عوامل سرسختی روانشناختی، جهت‌گیری مذهبی و حمایت اجتماعی اثر مستقیم بر کیفیت زندگی داشته‌اند. همچنین فرضیهٔ مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیر مستقیم سرسختی روانشناختی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان به واسطهٔ تاب‌آوری با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. اضطراب مرگ و تاب‌آوری در رابطهٔ جهت‌گیری مذهبی و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی نقش میانجی معنی‌دار داشته‌اند ($P<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از برازش مناسب مدل مفهومی پژوهش بود. همچنین متغیر سرسختی روانشناختی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان هم اثر مستقیم و هم اثر غیر مستقیم (به واسطهٔ تاب‌آوری و اضطراب مرگ) دارد. همسو با این یافته نتایج پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد بین سرسختی روانشناختی با مؤلفه‌های سلامت عمومی شامل نشانه‌های جسمی، پریشانی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی ارتباط مثبت معنی‌دار وجود داشت (۱۹) که افراد سرسخت به دلیل برخورداری از سبک تبیینی خوش‌بینانه، احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات، برخورد مسأله‌مدارانه با مشکلات، انتظارات مثبت در مورد پیامدها و باور به وابسته بودن پیامد به عمل، می‌توانند سلامت روان خود را در رویدادهای پیش‌بینی‌نشده و ناگوار حفظ کنند (۲۲). بنابراین بیماران سرطانی که سرسختی بیشتری دارند می‌توانند افکار و احساسات خود را کنترل کرده و بر تنش‌های خود فایق شوند(۲۴).

بر اساس یافته‌های پژوهش متغیر جهت‌گیری مذهبی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر مستقیم معنی‌دار و اثر غیر مستقیم معنی‌دار (به واسطهٔ تاب‌آوری و اضطراب مرگ) دارد.

همسو با یافته‌های پیشین، ارتباط بین میزان دین‌داری با بروز، تشدید یا بهبود بیماری در گسترهٔ وسیعی از شرایط پزشکی نشان داده شده است و فواید حاصل از روش‌های درمانگری مذهبی نیز برجسته شده است (۲۵). همچنین پژوهشگران توانسته‌اند به یک ارتباط مثبت، بین سطوح بالای باورهای مذهبی و سلامت بهتر دست یابند و برخی نیز بر وجود یک رابطهٔ علّی تأکید کرده‌اند، بدون آنکه هنوز شواهد قاطعی به سود این موضع‌گیری به دست آمده باشد (۲۸). از سوی دیگر، برخی از پژوهش‌های مروری به ناپایداری نتایج حاصل از ارزشیابی‌های مرتبط با دین‌داری با دیدگاه فاعلی فرد دربارهٔ سلامت خویشتن دست یافته‌اند (۲۶). شاید بتوان نتایج اخیر را حاصل عدم کنترل دیگر متغیرهای همراه با سلامت دانست یا این فرضیه را مطرح کرد که دین‌داری و سلامت پیامد متغیر دیگری مانند وضعیت کنشی فرد هستند و یا بالاخره این نتایج را پیامد عدم توجه به تمایز بین دین‌داری و معنویت ملحوظ کرد. از اینجاست که جنبه‌های بنیادی متمایز کردن و عملیاتی‌کردن دو سازهٔ دین‌داری و معنویت برجسته می‌شود. پزشکان پذیرفته‌اند که بهزیستی معنوی برای حفظ سلامت از اهمیت زیادی برخوردار است و نیمی از آن‌ها نیز بر این باورند که باید دل‌مشغولی‌های معنوی را در نظر بگیرند. سامانهٔ باورهای معنوی به برخی افراد امکان می‌دهد که به ناملایمات، فشارهای روانی و فقدان‌های گریزناپذیر که در روند چرخهٔ زندگی رخ می‌دهد معنا دهند و به یک زندگی بعدی که در آن این‌گونه دشواری‌ها وجود ندارد، امیدوار و خوش‌بین باشند. شاید این موضوع به این دلیل باشد که احساس اشخاص از پدیده‌های ماوراء طبیعی می‌تواند حمایت روانشناختی فراهم کند و ممکن است یک حمایت معنوی نیز به همراه داشته باشد. به دلیل ماهیت متعالی تجربه‌های معنوی، افراد دارای باورهای مذهبی به طور مداوم در ارتباط با درکی از تجربه‌های زندگی خود هستند که شامل مداخلات معنوی و الهی است و این مداخلات می‌توانند رویدادهای زندگی و افکار و رفتار انسان را تغییر دهند و به نحو سودمندی به چگونگی مقابلهٔ شخص با رویدادهای نامطلوب و میزان کیفیت زندگی او تأثیر بگذارند (۲۵).

نتایج آزمون آماری نشان داد متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر مستقیم معنی‌دار و اثر غیر مستقیم معنی‌دار (به واسطهٔ اضطراب مرگ) دارد. این یافته تقویت‌کنندهٔ نظریهٔ مستقیم حمایت اجتماعی است. این نظریه بر آن است که اثر حمایت اجتماعی بر سلامتی شخص مستقیم است و خود به خود برای سلامتی و تندرستی سودمند است و رابطهٔ خیلی خطی بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی وجود دارد. این الگو به الگوی عمومی حمایت اجتماعی نیز مرسوم است. طبق این الگو کمبود حمایت اجتماعی و یا فقدان آن به خودی خود فشارآور است، بنابراین حمایت اجتماعی در همه حال، اعم از وقوع حوادث تنش‌زا و غیر آن سودمند است. مطابق این الگو، حمایت اجتماعی به طرق مختلف مقاومت شخصی را افزایش می‌دهد (۲۹). فلمینگ[40] و همکاران معتقدند افراد با حمایت اجتماعی بالا از سلامتی بیشتری بهره می‌برند (۵۴). در واقع سلامتی افراد متأثر از میزان

[40] Fleming

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

حمایت اجتماعی آنان است.

همسو با این یافته نتایج پژوهش برایت و استنتون نشان داد بین حمایت اجتماعی با نشانه‌های افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد (۵۵)؛ بدین معنا که زنان مبتلا به سرطانی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کردند، نشانه‌های افسردگی پایین‌تری را نشان می‌دادند.

نتایج آزمون آماری نشان داد متغیر خودکارآمدی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر مستقیم معنی‌دار و اثر غیر مستقیم معنی‌دار (به واسطهٔ اضطراب مرگ) دارد.

همسو با این یافته کیایی و همکاران پژوهشی تحت عنوان رابطهٔ بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی انجام دادند (۳۸). نتایج نشان داد بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار مثبت وجود داشت. بین خودکارآمدی و حیطه‌های کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و رضایت از محیط ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

در تبیین این یافته و در چارچوب نظریهٔ بندورا باید گفت فردی که خود کارآمدی زیادی دارد معتقد است که می‌تواند به طور مؤثر با رویدادها و شرایطی که مواجه می‌شود برخورد کند. از آنجایی که او در غلبه بر مشکلات انتظار موفقیت دارد، در تکلیف‌ها استقامت نموده و اغلب در سطح بالایی عمل می‌کند. این‌گونه افراد از اشخاصی که خودکارآمدی کمی دارند، به توانایی‌های خود اطمینان بیشتری داشته و تردید کمی نسبت به خود دارند. آن‌ها مشکلات را چالشی می‌بینند و نه تهدید و فعالانه موقعیت‌های جدید را جستجو می‌کنند. خود کارآمدی زیاد، ترس از شکست را کاهش می‌دهد، سطح آرزو را بالا می‌برد و توانایی‌های مسأله‌گشایی و تفکر تحلیلی را بهبود می‌بخشد. بر حسب نظر بندورا وقتی فرد باور داشته باشد که توانایی پیشرفت وکسب موفقیت را داراست به خودکارآمدی دست یافته است (۳۶). باورهای خودکارآمدی، باورهایی هستند دربارهٔ شایستگی‌های ادراک شدهٔ فرد و اینکه او باور دارد می‌تواند کاری را به خوبی یا حداقل به طور مناسب و کافی انجام دهد، این باورها در افراد متفاوتند. طبق نظر بندورا، باورهای خودکارآمدی شخصی، دقیقاً تفسیر او از کارهای گذشته نیست بلکه ابزاری هستند که چگونگی تعامل او را با محیط و افراد دیگر ممکن می‌سازد. کارآمدی ادراک شده قضاوت فرد دربارهٔ لیاقت‌های خویشتن می‌باشد (۳۷).

نتایج آزمون آماری نشان داد متغیر تاب‌آوری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر مستقیم معنی‌دار دارد. همسو با یافتهٔ پژوهش حاضر، پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که برخی افراد تاب‌آور، پس از رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمول خود باز می‌گردند و حتی عملکرد برخی پس از رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و دشواری‌ها نسبت به گذشته ارتقاء پیدا می‌کند (۱۰). تاب‌آوری، از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت نفس و مقابلهٔ موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. بر این اساس، تاب‌آوری از طریق تقویت عزت نفس به‌عنوان مکانیزم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی و امیدواری منتهی می‌شود و افرادی که از امیدواری و بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردارند توانایی سازگاری آن‌ها با مشکلات، بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخودار نیستند. از طرفی، هرچه فرد قدرت بیشتری در تاب‌آوری، مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و از کیفیت زندگی و بهزیستی روانی بالاتری بهره‌مند می‌شود (۱۱).

نتایج آزمون آماری نشان داد متغیر اضطراب مرگ بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر مستقیم معنی‌دار دارد.

همسو با این یافته اسکراورز[41]، کرایج[42] و گارنفسکی[43] در پژوهش خود نشان دادند بیمارانی که قادر به فکر کردن دربارهٔ موضوعات خوشایند بودند (بجای فکر کردن در مورد تجربهٔ سرطان) و به طور مداوم احساسات و افکار منفی مرتبط با تجربهٔ سرطان را در ذهن نمی‌آورند از میزان سلامتی بیشتری برخوردار بودند (۵۶). بنابراین اضطراب و استرس یکی از مهم‌ترین علل اصلی ناتوانی ارادی است که با سیر مزمن و پیشروندهٔ خود می‌تواند کیفیت زندگی اشخاص را در ابعاد مختلف خود تحت تأثیر قرار دهد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که متغیر سطح اقتصادی خانوادهٔ بیمار وارد مدل‌یابی نشده است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی متغیر سطح اقتصادی خانوادهٔ بیمار وارد پژوهش‌های مدل‌یابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه شود. مدیران و مسئولان مرتبط با امور بیماران و خانواده‌های بیماران مبتلا به سرطان سینه باید توجه داشته باشند که مداخلات و آموزش‌های مبتنی بر تقویت باورهای مذهبی و افزایش خودکارآمدی، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌توانند داشته باشد.

[41] Schroevers
[42] Kraaij
[43] Garnefski

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

منابع

1. Shahbazin S, Mosavi A, Khaledi Pave B, Nasouri M, Azami S. Relationship between psychological status and coping responses in women with breast cancer in Kermanshah in 2012. Clinical Research in Paramedical Sciences. 2012; 2(4): 209-19.

2. Hoseinian S, Yazdi M, Hajian F. Investigating the relationship between goodness and satisfaction of basic psychological needs in women with breast cancer. Imam Hossein University. 2013; 7(20): 90-111.

3. Moradi N, Abdollahzade F, Rahmani A, Zamanzade V, Asodi I, Ghaleban K. The impact of spouses' education on meeting the needs of care support in patients with breast cancer: a clinical trial. Scientific Journal of Hamedan Nursing and Midwifery Faculty. 2013; 21(3): 40-50.

4. Soriano EC, Pasipanodya EC, LoSavio ST, Otto AK, Perndorfer C, Siegel SD, et al. Social constraints and fear of recurrence in couples coping with early stage breast cancer. Health Psychol. 2018; 37(9): 874-84.

5. World Health Organization. Facts on ageing and the life course. Geneva, Switzerland Retrieved. 2014.

6. Trevizan FB, Miyazaki M, Silva Y, Roque C. Quality of life, depression, anxiety and coping strategies after heart transplantation. BJCVS. 2017; 32(3): 162-70.

7. Sanford K, Backer-Fulghum LM, Carson C. Couple resilience inventory: two dimensions of naturally occurring relationship behavior during stressful life events. Psychol Assess. 2016; 28(10): 1243-54.

8. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. J Clin Psychol. 2002; 57: 307-21.

9. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. Emotion. 2006; 6(4): 587-96.

10. Moskowitz DS. Depression symptoms moderate the association between emotion and communal behavior. J Couns Psychol. 2016; 64(3): 269-79.

11. Liu Y, Wang Z, Li Z. Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. Personality and individual differences. 2012; 52(7): 833-8.

12. Troy A, Mauss I. Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. Pathways to Resilience. 2011; 30-44.

13. Yalch MM, Levendosky AA. Influence of betrayal trauma on death anxiety. The Humanistic Psychologist. 2018; 46(4): 390-8.

14. Mansournejad Z, Kajbaf MB. Relationship between religious orientation (external-internal) and gender with death anxiety among students. Journal of Cognitive and Behavioral Sciences. 2012; 2(1): 55-64.

15. Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. Clin Psychol. 2011; 31(6): 1041-56.

16. Folk JB, Loya JM, Alexoudis EA, Tangney JP, Wilson J, Barboza SE. Differences between inmates who attempt suicide and who die by suicide: Staff-identified psychological and treatment-related risk factors. Psychol Serv. 2018; 15(3): 349-56.

17. Blesky J. The psychology of aging. Brooks/Cole Pub. 1999; p. 352.

18. Grady PA, Knebel AR, Draper A. End-of-life issues in AIDS: the research perspective. J R Soc Med. 2001; 94(9): 479-82.

19. Moradi S, Shaker A. The relationship between psychological hardiness and quality of life among teachers of district one high schools of Urmia city. JPBS. 2015; 2: 43-7.

20. Kobasa S, Maddi SR, Puccetti M. Personality and exercise as buffers in the stress-illness relationship. J Behav Med. 1982; 5(4): 391-404.

21. Sandvik AM, Hansen AL, Hystad SW, Johnsen BH, Bartone PT. Psychopathy, anxiety, and resiliency–Psychological hardiness as a mediator of the psychopathy–anxiety relationship in a prison setting. Personality and Individual Differences. 2015; 72: 30-4.

22. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. J Pers Soc Psychol. 1979; 37(1): 1-11.

23. Mobasheri F, Kafi M. The relationship between personality characteristics and psychological hardiness of operative staff in alzahra hospital in Isfahan in 2014. Razi Medical Journal. 2016; 23(143): 47-56.

24. Tarimoradi A. Compares the degree of hardiness and public health between iranian and english women university students. Procedia Soc Behav Sci. 2014; 116: 101-5.

25. Warren P, Van Eck K, Townley G, Kloos B. Relationships among religious coping, optimism, and outcomes for persons with psychiatric disabilities.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

Psychology of Religion and Spirituality. 2015; 7(2): 91-9.

26. Lahsaei Zadeh A, Azargon Z, Moradi G. Study of religious orientation and mental health of immigrants based on allport & ross model: case study of sweet palace. Social Sciences Quarterly. 2003; 8: 149.

27. Wen Y-H. Religiosity and death anxiety. The Journal of Human Resource and Adult Learning. 2010; 6(2): 5-7.

28. Hammer JH, Wade NG, Crugan RT. Valid assessment of spiritual quality of life with the WHOQOL-SRPB BREF across religious, spiritual, and secular persons: A psychometric study. Psychology of Religion and Spirituality. 2019; 4(6): 345-50.

29. Utz S, Breuer J. The relationship between use of social network sites, online social support, and well-being: Results from a six-wave longitudinal study. J Media Psychol. 2017; 29(3): 115-25.

30. Hesam M, Asayesh H, Ghorbani M, Shariati A, Nasiri H. Relationship between perceived social support, mental health and life satisfaction in controlled students and self-sacrificing students in governmental universities of Gorgan. Journal of Bioscience and Nursing Faculty of Gorgan. 2011; 1(8): 34-41.

31. Taylor SE, Sherman D, Kim HS, Jarcho J, Takagi K, Dunagan MS. Culture and social support: who seeks it and why? J Pers Soc Psychol. 2007; 87(3): 354-62.

32. Ghodsi AM. Sociological study of the relationship between social support and depression. Tarbiat Modares University. 2003.

33. Dehle C, Landers JE. You cant always get what you want but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. Journal of Social and Clinical Psychology. 2005; 24(7): 1051-76.

34. Rezaei Pour K. The motivation to progress with s tudent self-efficacy. Tehran: Inspirational Light. 2015.

35. Vieno A, Santinello M, Pastore M, Perkins DD. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. Am J Community Psychol. 2007; 39: 177-90.

36. Bandura A. Social foundations of though and action: asocial cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentic Hall. 1986.

37. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman. 1997.

38. Kiyaei MZ, Ferdosi M, Moradi R, Chelongar K, Ahmadzade M, Bahman Ziari N. The relationship between self-efficacy and quality of life in women admitted to breast cancer chemicals. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2016; 20(2): 58-65.

39. Herts KL, Khaled MM, Stanton AL. Correlates of self-efficacy for disease management in adolescent/young adult cancer survivors: A systematic review. Health Psychol. 2017; 36(3): 192-205.

40. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol. 2000; 53(1): 19-23.

41. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The world health organization quality of life (whoqol-bref) questionnaire: translation and validation study of the iranian version. SJSPH. 2006; 4(4): 1-12.

42. Connor KM, Davidson JRT. Development of a New Resilience Scale: The connor- davidson resilience scale (CD-RISC). Journal of Depression and Anxiety. 2003; 18: 76-82.

43. Mohammadi M. Investigating the factors affecting resilience in subjects at risk of substance abuse. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. 2004.

44. Templer D. Construction of a death anxiety scale-extended. Journal of Death and Dying. 1970; 53(3): 209-26.

45. Rajabi GH, Bahrani M. Factor analysis of death anxiety scale questions. Journal of Psychology. 2002; 5(4): 331-44.

46. Sayini B, Kelaien S. Suicidal behavior in patients diagnosed with cancer of the cervix. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 1996; 24(4): 168-72.

47. Jomehri F. Relationship between hardiness and tendency to depression and anxiety among female and male students in Tehran University. Allameh Tabatabai University, Tehran. 2001.

48. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation prejudice. Journal of Personality and Social Psychology. 1967; 5: 432-43.

49. Jan Bozorgi M. Religious orientation and mental health. Journal of Faculty of Medicine. 1999; 31(4): 345-50.

50. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]

multidimensional scale of perceived social support. Journal of Personality Assessment. 1988; 52(1): 30-41.

51. Shokri A, Behpajoh A, Daneshvarpour Z, Molaei M, Naghsh Z, Tarkhan R, et al. Factor Structure index of academic expectations. Iranian Psychology Quarterly. 2008; 16: 367-76.

52. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: construction and validation. Psychological Reports. 1982; 51(2): 663-71.

53. Barati S. The investigation between self-efficacy and self-esteem in among high school students. Shahid Chamran University of Ahvaz. 1998.

54. Fleming R, Baum MM, Gisriel RJ, Gatchel A. Mediating influences of social support on stress at three mile Island. Journal of Human Stress. 1982; 8(3): 14-22.

55. Bright EE, Stanton AL. Prospective investigation of social support, coping, and depressive symptoms: A model of adherence to endocrine therapy among women with breast cancer. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2018; 86(3): 242-53.

56. Schroevers M, Kraaij V, Garnefski N. How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions? British Journal of Health Psychology. 2010; 13: 351-62.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/shefa.8.1.86]