Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 35, No. 2, Summer 2025 ORIGINAL ARTICLE

Investigating the relationship between hope and social support with quality of life in women with breast cancer

***Azita Fthnezhad-Kazemi*[1], *Babak Abri Aghdam*[2]**
[1] *Department of Midwifery, TaMS.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran*
[2] *Department of General Surgery, TaMS.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran*

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.9.7]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.191]

Abstract

Background: Breast cancer diagnosis and treatment provoke significant negative emotional changes, and responses can disrupt the quality of life. This study aimed to investigate the relationship between hope and perceived support with quality of life in women with breast cancer.
Materials and methods: In a cross-sectional study, 220 breast cancer patients were included. The patients completed four questionnaires of demographic-illness characteristics, quality of life (SF12), hope, and perceived social support by self-report method. SPSS version 24 software was used for data analysis.
Results: The mean age of cases was 41.44 years, and most were married. The mean (standard deviation) scores for total hope, perceived social support, and quality of life were 38.45 (6.15), 58.97 (16.84), and 47.99 (10.62), respectively. The results of the regression model indicated that 31.2% of the variation in quality of life was dependent on four variables, including social support, hope, employment status, and duration since diagnosis (R2adj = 0.388, $P < 0.001$), and social support had the highest impact ($\beta = 0.464$, $P = 0.002$).
Conclusion: When patients perceive higher levels of hope and social support, their quality of life improves significantly. As a result, their ability to cope with the pressures and stresses of treatment and their acceptance of the prescribed therapies also increase. Therefore, it is advised to organize appropriate educational programs for these patients to enhance their quality of life, foster hope, and ensure they receive adequate social support.
Keywords: *Quality of life, Hope, Support, Breast cancer.*

Cited as: Fthnezhad-Kazemi A, Abri Aghdam B. Investigating the relationship between hope and social support with quality of life in women with breast cancer. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2025; 35(2): **191-199.**

Correspondence to: Azita Fthnezhad-Kazemi
Tel: *+98 9143092506*
E-mail: afnkazemi@gmail.com, azita.fathnezhadkazemi@iau.ac.ir
ORCID ID: 0000-0002-3601-9892
Received: 16 Jun 2024; **Accepted:** 8 Sep 2024

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۳۵، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴، صفحات ۱۹۱ تا ۱۹۹

Original Article

بررسی ارتباط بین امید و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان

آزیتا فتح نژادکاظمی[۱]، بابک ابری اقدم[۲]

[۱] گروه مامایی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[۲] گروه جراحی عمومی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *تشخیص و درمان سرطان پستان، تغییرات عاطفی منفی قابل توجهی را تحریک می‌کند و پاسخ‌های عاطفی می‌تواند کیفیت زندگی را مختل نمایند. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین امید و حمایت درک شده با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.*

روش بررسی: در یک مطالعه مقطعی، ۲۲۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان، به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. چهار پرسشنامه مشخصات دموگرافیک-بیماری، کیفیت زندگی (SF12)، امید و حمایت اجتماعی درک شده به روش خودگزارشی توسط بیماران تکمیل شدند. برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSSنسخه ۲۴ استفاده شد.

یافته‌ها: *میانگین سنی افراد ۴۱/۴۴ سال و بیشترشان متاهل بودند. میانگین (انحراف معیار) نمره کل امید، حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی به ترتیب ۳۸/۴۵ (۶/۱۵)، ۵۸/۹۷ (۱۶/۸۴) و ۴۷/۹۹ (۱۰/۶۲) بود. نتایج مدل رگرسیونی نشان داد که ۳۱/۲ درصد از تغییرات کیفیت زندگی وابسته به چهار متغیر حمایت اجتماعی، امید، وضعیت اشتغال و طول مدت تشخیص بیماری (R^2_{adj} =۰/۳۸۸ ،P<۰/۰۰۱) بود و حمایت اجتماعی بالاترین تاثیر را داشت (P=۰/۰۰۲ ،β=۰/۴۶۴).*

نتیجه‌گیری: *هنگامی که امید و حمایت اجتماعی درک شده بیماران سطوح بالاتری داشته باشد، کیفیت زندگی به طور معنی‌داری بهبود می‌یابد؛ در نتیجه امکان پاسخدهی بیماران نسبت به تحمل فشارها و استرس های ناشی از درمان بیماری و پذیرش درمان های ارائه شده نیز ارتقا می‌یابد. بنابراین بهتر است برای این بیماران کلاس‌های آموزشی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و امیدواری و جهت دریافت حمایت‌های اجتماعی، برنامه‌ریزی‌های مناسب انجام شود.*

واژگان کلیدی: *کیفیت زندگی، امید، حمایت، سرطان پستان.*

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های خطرناک و پیچیده است که ناشی از عوامل محیطی و ژنتیکی اجتماعی، فرهنگی، قومی، جغرافیایی و سایر عوامل ناشناخته دیگر در ارتباط است و سالانه خسارات جبران ناپذیر و فراوانی را به بیماران وارد می‌کند (۱, ۲) و دومین علت اصلی مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق در سراسر جهان است (۳). طبق پیش بینی‌های انجام شده تا سال ۲۰۳۰ سرطان مهم‌ترین و اولین عامل مرگ و میر انسانی خواهد شد (۴). سرطان‌های ژنیکولوژیک و به خصوص سرطان پستان شایع‌ترین نئوپلاسم زنان محسوب می‌شوند که هرساله تعداد مرگ و میر حاصل از آنها در حال افزایش است (۳). تخمین زده می‌شود که سالانه بیش از یک میلیون مورد جدید و نیم

آدرس نویسنده مسئول: تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و سلامت روان زنان، آزیتا فتح نژادکاظمی (email: afnkazemi@gmail.com)
ORCID ID: 0000-0002-3601-9892
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۳/۲۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۶/۱۸

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.9.7]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.191]

میلیون مرگ ناشی از سرطان‌های زنان، در سراسر جهان اتفاق می‌افتد (۵). سرطان پستان ۲۵ درصد تمام موارد سرطان زنان را در ایران شامل می‌شود (۶). مطالعات نشان داده است که تشخیص و درمان سرطان‌ها یک سری تغییرات عاطفی منفی مانند استرس، اضطراب، ترس و افسردگی قابل توجه را تحریک می‌کند (۱۳-۷). این پاسخ‌های عاطفی می‌توانند به طور قابل توجهی کیفیت زندگی (Quality Of Life) را مختل کنند (۱۵-۱۳). براساس گزارش محققین، بیماران سرطانی با بیماری و وضعیت های درمانی مشابه، دارای سطوح کیفیت زندگی متفاوت هستند که ممکن است ناشی از تاثیر عوامل مختلفی همچون وضعیت حمایت اجتماعی درک شده، امیدواری و عوامل روانشناختی باشد (۷, ۸). طبق یافته‌ها عوامل بیولوژیکی (ژن - محیط)، عوامل شخصیتی (به عنوان مثال احساس انسجام، خوش بینی و امید) (و از همه مهمتر، موارد اجتماعی (به عنوان مثال حمایت اجتماعی) در مقاومت بیمار سرطانی و در نتیجه ادامه درمان مطلوب موثر هستند (۲۰). و محیط اجتماعی تعیین کننده مهمی است که می‌تواند بر توانایی بیماران مبتلا به سرطان جهت مقابله با عوامل استرس‌زا تاثیر داشته باشد (۱۱, ۱۲). سیستم‌های حمایت اجتماعی از عوامل محافظتی بسیار مهم برای افرادی هستند که رویدادهای استرس‌زا را تجربه می‌کنند (۱۳). به علاوه براساس نتایج مطالعات بین سلامت امیدواری و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به سرطان رابطه معنی‌داری وجود دارد (۹) و امید، جز مهمی از شخصیت بیماران در زمان از دست دادن، عدم اطمینان و رنج تلقی می‌شود (۱۰). امید و حمایت اجتماعی با گذشت زمان، در یک بیمار مبتلا به سرطان تشخیص داده شده، تاب‌آوری را افزایش می‌دهد (۱۱). از آنجایی که طبق یافته‌های اخیر و به دلیل پیشرفت در تشخیص زودرس و درمان، میزان بقای بیماران سرطانی نسبت به گذشته افزایش یافته است و براساس مطالعات، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی می‌تواند بر طول بقا تاثیر داشته باشد (۱۲, ۱۳). مقوله کیفیت زندگی و پرداختن به آن از اهمیت به سزایی برخوردار است. با توجه به شیوع سرطان پستان و اهمیت تأثیر آن بر تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا و عدم وجود مطالعه‌ای در این ارتباط در شهر تبریز بر آن شدیم که مطالعه‌ای با هدف بررسی وضعیت میزان حمایت اجتماعی، امیدواری و تاثیر این عوامل برکیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان را طراحی کنیم.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی است که در سال ۱۴۰۲ بر روی ۲۲۰ زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به کلینیک انکولوژی بیمارستان ولی عصر شهر تبریز انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۲۰ سال و بالاتر، داشتن سرطان پستان با تشخیص متخصص، عدم ابتلا به سایر سرطان‌ها و بیماری‌های دیگر، آگاهی کامل به بیماری خود، عدم وجود سایر عوامل استرس زا طی ۶ ماه گذشته مانند از دست دادن عزیزان، توانایی خواندن و نوشتن و گذشت حداقل سه ماه از بیماری بود و معیار خروج از مطالعه تکمیل نکردن بیش از ده درصد از سوالات پرسشنامه و عدم رضایت جهت ادامه مطالعه بود. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول محاسبه میانگین استفاده شد و توان ۹۰٪ و فاصله اطمینان ۹۵ درصد و میزان خطای ۵ درصد اطراف میانگین در نظر گرفته شد و براساس نتایج مطالعه Li و همکارانش (۱۴) برای میانگین نمره کیفیت زندگی ۵۸/۷۹ و انحراف معیار ۲۱/۰۵ ، حجم نمونه ۱۹۸ نفر به دست آمد. در نهایت با در نظر گرفتن ۱۰ درصد افزایش دقت مطالعه، حجم نمونه نهایی ۲۲۰ نفر محاسبه شد.

$$n = \frac{(Z_1 - \frac{\alpha}{2})^2 \times s^2}{d^2}$$

در این مطالعه، جمع آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه صورت گرفت. این پرسشنامه دربرگیرنده چهار بخش به شرح زیر بود:

۱- چک لیست مشخصات دموگرافیک و مشخصات بیماری که شامل متغیرهای جمعیت شناختی افراد تحت مطالعه بود. بخش اول شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، خودارزیابی وضعیت اقتصادی خانواده، وضعیت تاهل و بخش مشخصات بیماری شامل طول مدت بیماری، سابقه ابتلا اعضا خانواده، درجه بیماری بود.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی (Health related Quality of life) مرتبط با سلامت که از پرسشنامه ۱۲ سوالی کیفیت زندگی (SF-12) که فرم کوتاه‌تر شده SF-36 است، استفاده شد. این پرسشنامه به طور گسترده‌ای در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد . منتظری و همکارانش در سال ۲۰۰۹ روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه پایایی ۱۲ سوال مولفه های جسمانی و روانی به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۷۲ گزارش شد. این پرسشنامه دارای ۸ زیرمقیاس درک کلی از سلامت خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، درد جسمانی، مشکلات هیجانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان است که ۴ زیرمقیاس اول،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.9.7]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.191]

مولفه جسمانی و ۴ زیر مقیاس دوم، مولفه روانی کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهند. نحوه امتیازدهی آن به این صورت است که اگر نمرات کسب شده ۲۴-۱۲ باشند کیفیت زندگی کل ضعیف، اگر ۳۶-۲۵ باشند کیفیت زندگی کل متوسط و اگر ۴۸-۳۷ باشند کیفیت زندگی کل، خوب محسوب می‌شود (۱۵). در مطالعه حاضر طبق نظر محققین، نمرات محاسبه شده بین صفر تا صد ترازبندی خواهند شد.

۳-پرسشنامه استاندارد حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی (Multidimensional Scale of Perceived Social Support): این پرسشنامه که حاوی ۱۲سؤال درمقیاس لیکرت است و پاسخ‌ها در مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت که از"کاملاً مخالفم"(نمره یک) شروع و به "کاملاً موافقم"(نمره هفت) ختم می شوند. این مقیاس، ادراکات بسندگی حمایت اجتماعی را در سه منبع خانواده، دوستان و دیگران مهم می سنجد. سؤالات ۳- ۱۱-۸-۴ منبع خانواده، سؤالات ۱۲-۹-۷-۶ منبع دوستان و سوالات ۱۰-۵-۲-۱ منبع حمایتی از دیگران مهم را می‌سنجد و حداقل نمره آن ۱۲ و حداکثر نمره ۸۴ است. امتیاز ۴۸-۱۳ حمایت اجتماعی پایین و امتیاز ۶۸-۴۹ سطح حمایت اجتماعی متوسط و امتیاز ۸۴-۶۹ سطح حمایت اجتماعی بالا را نشان می‌دهد (۱۶). پایایی پرسشنامه در مطالعات گوناگون با ضریب آلفای کرونباخ تا ۰/۸۶ درصد گزارش شده است. برآورد روایی نیز از طریق تحلیل محتوی مناسب ذکر شده است (۱۷).

۴-پرسشنامه امیدواری اشنایدر: پرسشنامه امید توسط اشنایدر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و هدف آن ارزیابی میزان امیدواری است. پرسشنامه دارای ۱۲ سوال در یک مولفه است. نمرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۶۴ است. از این عبارات ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و چهار سوال به صورت انحرافی و دروغ سنج در این پرسشنامه وجود دارند. سوالات پرسشنامه بر اساس طیف پنج گزینه ای لیکرت (کاملا موافق وکاملا مخالف) طراحی شده است و الفای کرونباخ به دست آمده بالای ۷۰ درصد است.

بعد از هماهنگی با مسئولین بیمارستان، پژوهشگر با مراجعه به مرکز فوق الذکر، پس از شناسایی افراد مبتلا براساس معیارهای ورود با بیان اهداف مطالعه به آنها و پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه پرسشنامه ها در اختیار آنها گذاشته شد و پرسشنامه‌ها به صورت خودایفا تکمیل شدند. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی برای تنظیم جدول‌های فراوانی و تعیین شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مطالعه به منظور توصیف ویژگی‌های واحدهای پژوهش استفاده شد. هم چنین از آزمون‌های آماری تحلیلی از آزمون تی مستقل، ANOVA و همبستگی پیرسون برای مقایسه و بررسی متغیرهای کمی استفاده شد. برای تعیین متغیرهای پیش بین از آزمون رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

یافته‌ها

شرکت کنندگان ۲۲۰ زن مبتلا به سرطان پستان بودند. میانگین (انحراف معیار) سنی افراد ۴۱/۴۳ (۱۰/۷۳) سال با دامنه ۲۰ - ۶۱ سال بودند. اکثر شرکت کنندگان متاهل بودند و در مجموع ۱۶۴ نفر از شرکت کننده ها (۷۴/۵ ٪) کمتر از ۱ سال از زمان تشخیص بیماری‌شان گذشته بود. از نظر مرحله بندی سرطان سینه، اکثر زنان در مرحله دوم (۱۲۹ نفر، ۵۸/۶ ٪) قرار داشتند. سایر اطلاعات جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه شده است. تحلیل اولیه، ارتباط بین مشخصات دموگرافیک با کیفیت زندگی را نشان داد؛ میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان خانه دار نسبت به زنان شاغل (۴۸/۴۱ در مقابل ۴۳/۶۰) به طور معنی‌داری بیشتر بود (P=۰/۰۳۵، t=۲/۰۵۶). همچنین سطوح کیفیت زندگی نسبت به طول مدت زمان تشخیص بیماری (P=۰/۰۱۸، F=۴/۰۹۸) در افراد مشارکت کننده تفاوت معنی‌داری داشت. به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی در افرادی که از زمان تشخیص بیماری کمتر از دو سال گذشته بود، نسبت به افرادی که از زمان تشخیص بیماری بیش از دو سال گذشته بود بیشتر بود. قابل ذکر است که میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان با سن بالاتر از ۶۰ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی و در طلاق گرفته و مجرد نسبت به زنان متاهل و در زنان با تحصیلات ابتدایی نسبت به زنان دارای تحصیلات بالاتر، کمتر بود ولی این تفاوت ها از نظر آماری معنی دار نبودند (جدول ۱).

آمار توصیفی پایه برای امید، حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی در جدول ۲ نشان داده شده است. میانگین نمره کل امید ۳۸/۴۵ و کمترین نمره مربوط به زیرمقیاس تفکر راهبردی یا برنامه ریزی برای دستیابی به اهداف به دست آمد. همچنین میانگین نمره حمایت اجتماعی ۵۸/۹۷ و نمره حیطه حمایت درک شده از جانب دیگران بیشتر از بقیه حیطه‌ها بود و حمایت دریافتی از جانب دوستان کمترین مقدار را کسب کرد. در نهایت میانگین نمره کیفیت زندگی ۴۷/۹۹ به دست آمد و نمره حیطه جسمانی نمره کمتری از حیطه روانی را کسب کرد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای اصلی مطالعه در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج بیان کننده آن بود که ارتباط بین

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.9.7]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.191]

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک و بیماری شرکت کنندگان و ارتباط آنها با کیفیت زندگی

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)	t or F	سطح معنی‌داری
سن زنان (سال)			۰/۵۳۱	۰/۷۱۳
۲۰-۲۹	۳۳ (۱۵)	۴۷/۹۰ (۱۰/۶۰)		
۳۰-۳۹	۵۵ (۲۵)	۴۸/۲۳ (۱۱/۱۴)		
۴۰-۴۹	۷۴ (۳۳/۶)	۴۹/۱۰(۱۰/۸۵)		
۵۰-۵۹	۵۲ (۲۳/۶)	۴۶/۴۷ (۹/۹۱)		
≥ ۶۰	۶ (۲/۷)	۴۵/۸۳ (۱۰/۵۰)		
وضعیت تحصیلات زنان			۲/۸۱۴	۰/۰۶۲
ابتدایی و متوسطه	۶۷ (۳۰/۵)	۴۵/۶۱ (۱۱/۱۷)		
دیپلم	۸۶ (۳۹/۱)	۴۸/۴۲ (۹/۴۴)		
دانشگاهی	۶۷ (۳۰/۵)	۴۹/۸۳ (۱۱/۱۸)		
وضعیت اشتغال زنان			۲/۱۵۷	۰/۰۳۶
خانه دار	۱۸۷ (۸۵/۰)	۴۸/۴۱ (۱۰/۹۷)		
شاغل	۳۳ (۱۵/۰)	۴۳/۶۰ (۶/۵۱)		
وضعیت تاهل			۰/۲۶۳	۰/۷۶۹
متاهل	۱۷۹ (۸۱/۴)	۴۸/۱۴ (۱۰/۴۴)		
مجرد	۲۹ (۱۳/۲)	۴۷/۹۹ (۱۲/۵۰)		
مطلقه و همسر مرده	۱۲ (۵/۵)	۴۵/۸۳ (۸/۷۴)		
وضعیت درآمد			۰/۰۴۶	۰/۹۵۵
بیش از حد کفایت	۴۸ (۲۱/۸)	۴۸/۳۸ (۱۰/۰۵)		
در حد کفایت	۵۳ (۲۴/۱)	۴۸/۰۱ (۱۰/۰۶)		
کمتر از حد کفایت	۱۱۹ (۵۴/۱)	۴۷/۸۳ (۱۱/۱۵)		
مرحله بیماری			۰/۰۸۱	۰/۹۲۲
I	۶۱ (۲۷/۷)	۴۷/۸۱ (۱۰/۹۷)		
II	۱۲۹ (۵۸/۶)	۴۸/۲۱ (۱۰/۸۲)		
III	۳۰ (۱۳/۶)	۴۷/۴۱ (۹/۲۲)		
طول مدت تشخیص بیماری			۴/۰۹۸	۰/۰۱۸
کمتر از یک سال	۱۶۴ (۷۴/۵)	۴۷/۷۵ (۱۰/۳۱)		
۲-۱ سال	۴۴ (۲۰/۰)	۵۰/۷۶ (۱۰/۷۶)		
۲-۳ سال	۱۲ (۵/۵)	۴۱/۲۰ (۱۱/۴۱)		

جدول ۲. آمار توصیفی و همبستگی بین متغیرهای اصلی مطالعه

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	مینیمم	ماگزیمم	۱	۲	۳
۱- حمایت اجتماعی کل	۵۸/۹۷ (۱۶/۸۴)	۱۲	۸۶	۱	*۰/۴۵۴	*۰/۵۳۵
حمایت از طرف دیگران	۲۱/۰۷ (۵/۲۶)	۴	۲۸			
حمایت از طرف دوستان	۱۷/۳۰ (۶/۲۳)	۴	۲۸			
حمایت از طرف خانواده	۲۰/۵۰ (۶/۷۶)	۴	۳۰			
۲- امید کل	۳۸/۴۵ (۶/۱۵)	۱۳	۵۲		۱	*۰/۳۹۲
تفکر عاملی	۱۲/۸۰ (۲/۹۰)	۴	۲۰			
تفکر راهبردی	۱۱/۸۸ (۲/۷۵)	۴	۱۸			
۳- کیفیت زندگی کل	۴۷/۹۹ (۱۰/۶۲)	۱۹	۷۵			۱
حیطه سلامت جسمانی	۱۲/۰۱ (۲/۵۹)	۷	۱۹			
حیطه سلامت روانی	۱۷/۳۰ (۲/۴۴)	۱۰	۲۶			

*P<۰/۰۰۱

حمایت اجتماعی کل و امید به زندگی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مثبت و متوسط بود و این ارتباطات از نظر آماری معنی‌دار بودند (P<۰/۰۰۱). با این‌حال همبستگی بین دو متغیر حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی بالاتر بود. مطابق مدل ۱ با استفاده از آنالیز رگرسیون تک متغیره، ارتباط آماری معنی داری بین حمایت اجتماعی درک شده و امید با کیفیت زندگی وجود داشت و این متغیرها هر کدام به تنهایی توانستند به ترتیب ۲۸/۳ ٪ و ۱۵ ٪ از تغییرات کیفیت زندگی را پیش بینی کنند. به طوری که با افزایش یک انحراف معیار در نمره حمایت اجتماعی درک شده و امید، کیفیت زندگی به ترتیب با میزان به ترتیب با ضریب رگرسیونی (β) ۰/۵۳۵ و ۰/۳۹۲ انحراف معیار افزایش می‌یابد. آنالیز رگرسیون چند متغیره در

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.9.7]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.191]

جدول ۳. تحلیل رگرسیون خطی تک متغیره و چند متغیره پیش بین کیفیت زندگی

پیش بین	R	R2	R2adj	P-Value	B	S.E	β	95%CI	F
مدل ۱									
حمایت اجتماعی	۰/۵۳۵	۰/۲۸۶	۰/۲۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۷	۰/۰۳۶	۰/۵۳۵	۰/۴۰۸-۰/۲۶۶	۸۷/۲۳۶
امید	۰/۳۹۲	۰/۱۵۴	۰/۱۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۷	۰/۱۰۸	۰/۳۹۲	۰/۸۸۹-۰/۴۶۵	۳۹/۶۰۷
مدل ۲									
	۰/۵۶۰	۰/۳۱۴	۰/۳۰۸	<۰/۰۰۱					
حمایت اجتماعی				۰/۰۰۳	۰/۲۸۳	۰/۰۴۰	۰/۴۴۹	۰/۳۶۲-۰/۲۰۵	۴۹/۶۴۰
امید				<۰/۰۰۱	۰/۳۲۵	۰/۱۰۹	۰/۱۸۸	۰/۵۴۰-۰/۱۱۰	
مدل ۳									
	۰/۵۷۰	۰/۳۲۵	۰/۳۱۲	<۰/۰۰۱					۲۵/۸۶۶
حمایت اجتماعی				۰/۰۰۲	۰/۲۹۳	۰/۴۰	۰/۴۶۴	۰/۳۷۲-۰/۲۱۴	
امید				<۰/۰۰۱	۰/۳۹۹	۰/۱۰۹	۰/۱۹۶	۰/۵۵۳ – ۰/۱۲۴	
وضعیت اشتغال				۰/۰۶۵	۲/۰۱۳	۱/۰۸۶	۰/۱۰۶	۴/۱۵۴- -۰/۱۲۹	
طول مدت تشخیص بیماری				۰/۸۵۲	-۰/۱۹۶	۱/۰۴۸	-۰/۰۱۱	۱/۸۶۹- -۲/۲۶۱	

مدل ۲ با ضریب تعیین تعدیل شده (R2adj= ۰/۳۰۸) نشان داد که ۳۰/۸ ٪ از تغییرات متغیر مربوط به کیفیت زندگی وابسته به دو متغیر حمایت اجتماعی درک شده و امید بود و بیشترین تاثیر مربوط به حمایت اجتماعی درک شده بود (P=۰/۰۰۳، ۰/۴۴۹ =β). در نهایت در مدل ۳، با وارد کردن تمام متغیرهای معنی‌دار به روش inter در مدل رگرسیونی، نتایج نشان داد که ۳۱/۲ ٪ از تغییرات کیفیت زندگی وابسته به چهار متغیر وارد شده در مدل بود (R2adj =۰/۳۸۸, P< ۰/۰۰۱) و متغیرهای حمایت اجتماعی و امید ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی داشتند و حمایت اجتماعی بالاترین تاثیر را بر کیفیت زندگی داشت (P =۰/۰۰۲، ۰/۴۶۴ =β) و دو متغیر وضعیت اشتغال و طول مدت بیماری ارتباط معنی‌داری با کیفیت زندگی نداشتند (جدول ۳).

بحث

هدف اصلی مطالعه بررسی تاثیر عوامل موثر بر کیفیت زندگی و اثرات تاثیرگذار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بود. یافته‌ها نشان داد که HRQoL (Health-related quality of life) ارتباط مستقیمی با حمایت اجتماعی و امید دارد.

ابتدا بررسی اولیه در این مطالعه نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پستان که در مطالعه مشارکت داشتند، از ضعف و اختلال کیفیت زندگی رنج می‌برند. چرا که میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی کمتر از آن بود که بیماران مبتلا به سرطان پستان در سایر مطالعات گزارش کردند. در مطالعات انجام یافته در سایر کشورها، بیماران مبتلا به سرطان پستان نسبتا نمرات بالاتری را در کیفیت زندگی کل کسب کرده بودند. به علاوه در مطالعه ما نمره حیطه سلامت جسمانی کمتر از سلامت روانی بود. در کل وضعیت کیفیت زندگی در زنان مبتلا مناسب گزارش نشده است، به طوری که در سایر مطالعات نیز نمره کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان نسبت به جمعیت عمومی کمتر بود (۱۸). وجود کیفیت زندگی نامناسب می‌تواند تحت تاثیر عواملی از جمله ویژگی‌های اجتماعی-دموگرافیک بیماران مانند مذهب و ویژگی‌های خود بیماری باشد. همچنین نمرات کسب شده از بابت حمایت اجتماعی (۵۹/۳۷ vs ۶۶/۰۸)، امید به زندگی(۵۹/۳۷ vs ۴۷/۶۶) نسبت به جمعیت عمومی زنان که در ایران گزارش شده است کمتر است. در سایر مطالعات نیز افراد مبتلا به سرطان نمرات پایین‌تری را نسبت به جمعیت عمومی در آیتم‌های مذکور کسب کرده بودند (۱۹, ۲۰) که اهمیت توجه به این موضوع و انجام مداخلات مربوطه را می-طلبد.

سپس این مطالعه نقش حمایت اجتماعی را در رابطه بین امید به زندگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که هر دو متغیر مستقل تاثیر مستقیم و معنی‌داری بر HRQoL دارند و حمایت اجتماعی تاثیر مستقیم و ارتباط متوسطی با کیفیت زندگی دارد. این نتایج اهمیت حمایت اجتماعی را در رابطه با

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.9.7]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.191]

بهبود کیفیت زندگی بیماران را نشان می‌دهد، یافته‌ای که مطابق با سایر شواهد موجود، تأثیر مفید حمایت اجتماعی را تأیید می‌کند (۲۱-۲۳). حمایت اجتماعی از طرق مختلف می‌تواند بر فرآیند سازگاری و HRQoL تأثیر بگذارد. حمایت عاطفی دریافت شده از طرف خانواده، اطرافیان و مراقبین بهداشتی ممکن است به بیماران در روند بهبود جسمانی یا ایجاد توانایی مقابله با چالش‌های بیماری و درمان‌های مرتبط کمک کند و از این رو به آنها اجازه می‌دهد بتوانند کیفیت زندگی مناسبی داشته باشند، به طوری که حمایت کسب شده در فرایند تشخیص و درمان سرطان اطمینان بخش است و با ایجاد احساس ارزش در بیماران در موقعیت سختی که با آن مواجه هستند، اثرات مختل کننده ناشی از بیماری را به حداقل می‌رساند.

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر معلوم شد که بین کیفیت زندگی و امید به زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. به طوری که بیمارانی که از سبک و کیفیت زندگی خوبی برخوردارند، امید به بهبود و ادامه زندگی نیز در آنان بالاتر از سایرین است و سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکرمثبت و روابط اجتماعی رابطه مثبت دارد. بدین صورت که امیدواری سبب سلامت روانشناختی و احساس ارزشمندی می‌شود و به ایجاد روابط اجتماعی جهت افزایش سلامت کمک می‌کند. این نتایج در راستای پژوهش اشنایدر است که ارتقای امید را موثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مزمن می‌داند. از نظر محققین، امید افزایی باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی این دسته از بیماران می‌شود. در این راستا در یک مطالعه کیفی بر روی بیماران سرطانی، بیماران حمایت اجتماعی دریافت شده را به عنوان عامل تسهیل کننده برای امید به زندگی توصیف کردند که می‌تواند بر کیفیت زندگی موثر باشد (۲۲). در مطالعه‌ای دیگر بر روی زنان مسن جمعیت عمومی بر اهمیت حمایت اجتماعی در حفظ امید تاکید شده است (۲۴, ۲۵). همچنین ارائه مداخلات در گروه‌های حمایتی در بیماران سرطانی منبعی برای افزایش امید ذکر شده است (۲۶). سایر مطالعات نیز از امید به عنوان میانجی بین حمایت اجتماعی و پیامدهای روانی حمایت می‌کنند. که تایید کننده نتایج مطالعه حاضر است. همچنین محققین گزارش کردند که حمایت اجتماعی از یک سو عامل تعدیل کننده استرس و نتیجه موثر بر پیامدهای سلامتی است(۲۷) و از سوی دیگر، احتمالا عاملی تسهیل کننده بر فعال شدن مکانیسم‌های مقابله‌ای است که در موقعیت‌های استرس‌زا مفید است (۲۱). محققین توسط آنالیز رگرسیون چندگانه نشان دادند که متغیرهای مربوط به بیماری شامل مرحله سرطان و عوامل روانشناختی همچون حمایت اجتماعی و مقابله با حل مسئله، پیش‌بینی‌کننده‌های قابل‌توجهی برای HRQoL بودند (۲۴, ۲۵).

مطالعه حاضر محدودیت‌هایی داشت که به آن اشاره می‌شود. ابتدا، همچنان که روشن است مطالعات با طراحی مقطعی نمی‌توانند توضیح دقیق‌تری از روابط علی بین متغیرها ارائه دهند. ناهمگونی در ویژگی‌های جامعه پژوهش حاضر ممکن است باعث سوگیری در نتایج ما شده باشد. همچنین می‌توان مطالعات بعدی را با حجم نمونه بالاتر و اختصاصی گروه‌های مختلف طراحی کرد. جدا از این، در مطالعه ما تاب آوری و امید به زندگی به عنوان متغیرهای میانجی برای بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در نظر گرفته شد؛ در حالی که عوامل دیگری مانند خودکارآمدی، خوش بینی و توانایی مقابله و سایر متغیرها نیز ممکن است بر روابط بین متغیرها در افراد مبتلا به سرطان سینه تاثیرگذار باشند که نیاز به بررسی سایر متغیرها است. در این راستا مطالعات کیفی را نیز می‌توان برای تبیین معنای روابط بین عوامل دخیل در کیفیت زندگی در نظر گرفت.

از یافته‌های این مطالعه نتیجه گیری می‌شود که اندازه‌گیری کیفیت زندگی و امید به زندگی بخشی از درمان یک بیمار سرطانی است چرا که امروزه نمی‌توان درمان یک بیمار دچار سرطان را فقط به ابعاد بالینی خلاصه کرد. سرطان و درمان آن دارای ابعاد گوناگونی است، پس طبیعی و ضروری است که در کنار مسائل بالینی به این گونه مسائل هم توجه شود. درمانگران باید جنبه‌های شخصی تهدید کننده‌ای را که بیمار با آنها مواجهه شده است، مشخص کنند. همچنین انجام حمایت‌های اقتصادی و اجتماعی بی‌تردید یکی از مهم‌ترین گام‌ها در جهت افزایش کیفیت زندگی در این گونه بیماران خواهد بود. در نهایت لازم است به جایگاه معنویت در جهت ایجاد امیدواری و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی تاکید کنیم، چرا که امید به زندگی یکی از نیازهای اساسی بیماران سرطانی در راستای ارتقای سطح سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی آنان به شمار می‌رود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از مشارکت کنندگان در مطالعه تشکر می‌کنند. همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.9.7]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.191]

اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند. این مطالعه دارای تاییدیه اخلاقی به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1402.392 از دانشگاه آزاد اسلامی علوم پزشکی تبریز است.

REFERENCES

1. Coughlin SS. Epidemiology of Breast Cancer in Women. Adv Exp Med Biol 2019;1152:9-29 .
2. Bade BC, Dela Cruz CS. Lung Cancer 2020: Epidemiology, Etiology, and Prevention. Clin Chest Med 2020;41:1-24.
3. Marouzi P, Hajizadeh E, Gholami M. The Multilevel Study of Incidence Rate of Common Cancers in Khorasan Razavi Province in Women, between 2012-2015. Journal of Paramedical Science and Rehabilitation (JPSR) 2020;9:30-38. [In Persian]
4. Kimura T, Egawa S. Epidemiology of prostate cancer in Asian countries. Int J Urol 2018;25:524-31.
5. Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynecological cancer: the size of the problem. Best pract Res Clin Obstet Gynecol 2006;20:207-25.
6. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast Cancer in Iran: An Epidemiological Review. Breast J 2007;13:383-91.
7. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova B. Resilience and Quality of Life in Breast Cancer Patients. Open Access Maced J Med Sci 2015;3:727-31.
8. Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM, Oppedisano G, Gerhardt C, Primo K, et al. Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. Health Psychol 1999;18:315-26.
9. Jafari E, Najafi M, Sohrabi F, Dehshiri GR, Soleymani E, Heshmati R. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. Procedia- Social and Behavioral Sciences 2010;5:1362-6.
10. Ebright PR, Lyon B. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. Oncol Nurs Forum 2002;29:561-68.
11. Lin H-R, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. J Adv Nurs 2003;44:69-80.
12. Minig L, Padilla-Iserte P, Zorrero C. The Relevance of Gynecologic Oncologists to Provide High-Quality of Care to Women with Gynecological Cancer. Front Oncol 2016;5:308.
13. Jones GL, Ledger W, Bonnett TJ, Radley S, Parkinson N, Kennedy SH. The impact of treatment for gynecological cancer on health-related quality of life (HRQoL): A systematic review. Am J Obstet Gynecol 2006;194:26-42.
14. Li M-Y, Yang Y-L, Liu L, Wang L. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes 2016;14:1-9.
15. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. BMC Public Health. 2009;9:341.
16. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of Personality Assessment 1988;52:30-41.
17. Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric properties of the Persian version of the multidimensional scale of perceived social support in Iran. Int J Prev Med 2013;4:1277.
18. Liberacka-Dwojak M, Wiłkość-Dębczyńska M, Ziółkowski S. A Pilot Study of Psychosexual Functioning and Communication in Women Treated for Advanced Stages of Cervical Cancer After the Diagnosis. Sexuality Research and Social Policy 2023;20:1258-66.
19. Kornblith AB, Herndon JE, Zuckerman E, Viscoli CM, Horwitz RI, Cooper MR, et al. Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. Cancer 2001;91:443-54.
20. Oliva A, García-Cebrián JM, Calatayud EF, Serrano-García I, Herraiz MA, Coronado PJ. A comparison of quality of life and resilience in menopausal women with and without a history of gynaecological cancer. Maturitas 2019;120:35-9.
21. Mattioli JL, Repinski R, Chappy SL, editors. The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. Oncol Nurs Forum 2008;35:822-29.
22. Vugia HD. Support groups in oncology: building hope through the human bond. Journal of Psychosocial Oncology 1991;9:89-107.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.9.7]
[DOI: 10.61186/iau.35.2.191]

23. Williams F, Jeanetta SC. Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study. Health Expect 2016;19:631-42.

24. Wang Y, Zhao Y, Xie S, Wang X, Chen Q, Xia X. Resilience mediates the relationship between social support and quality of life in patients with primary glaucoma. Front Psychiatry 2019;10:22.

25. Wang Z, Xu J. Association between resilience and quality of life in Wenchuan Earthquake Shidu parents: The mediating role of social support. Community Ment Health J 2017;53:859-63.

26. Toscano A, Blanchin M, Bourdon M, Bonnaud Antignac A, Sébille V. Longitudinal associations between coping strategies, locus of control and health-related quality of life in patients with breast cancer or melanoma. Qual Life Res 2020;29:1271-9.

27. Costa ALS, Heitkemper MM, Alencar GP, Damiani LP, da Silva RM, Jarrett ME. Social support is a predictor of lower stress and higher quality of life and resilience in Brazilian patients with colorectal cancer. Cancer Nurs 2017;40:352-60.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1404.35.2.9.7]

[DOI: 10.61186/iau.35.2.191]