



Research Article

Investigating the Relationship between Coping Styles and Quality of Life with the Mediation of Perceived Social Support and Self-Compassion in Breast Cancer Patients (After Mastectomy)

Mehri Rostamnejad¹ , Javad Khalatbari^{1*} , Mohammadreza Zarbakhsh Bahri¹

¹ Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

* **Corresponding author:** Javad Khalatbari, Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
Email: Javadkhalatbaripsy2@iau.ac.ir

DOI: [10.61882/jams.28.5.358](https://doi.org/10.61882/jams.28.5.358)

How to Cite this Article:

Rostamnejad M, Khalatbari J, Zarbakhsh Bahri M. Investigating the Relationship between Coping Styles and Quality of Life with the Mediation of Perceived Social Support and Self-Compassion in Breast Cancer Patients (After Mastectomy). *J Arak Uni Med Sci.* 2025;28(5): 358-65. DOI: [10.61882/jams.28.5.358](https://doi.org/10.61882/jams.28.5.358)

Received: 17.04.2024

Accepted: 18.05.2025

Keywords:

Perceived social support;
Self-compassion;
Coping styles;
Breast cancer;
Quality of life

© 2024 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Breast cancer is one of the chronic diseases that is closely related to psychological factors. The present study was conducted with the aim of investigating the mediating role of perceived social support and self-compassion in the relationship between coping styles and quality of life in breast cancer patients (after mastectomy surgery).

Methods: The research method was a correlational description. The statistical population of this study was women diagnosed with breast cancer and mastectomy who were referred to the hospitals of Mazandaran province (Sari and Babol) for follow-up treatment. According to Klein (2014), the sample size of 480 people was selected purposefully. Data were collected using the Quality of Life Questionnaire (European Organisation, 2006), the Coping Strategies Questionnaire (Lazarus & Folkman, 2001), the Perceived Social Support Questionnaire (Zimet et al., 1988), and the Self-Compassion Questionnaire (Eris, 2000). Structural equation modeling (SEM) was used to analyze the data.

Results: The results of the research showed that there is a relationship between coping styles mediated by perceived social support and self-compassion with quality of life in breast cancer patients. The lower limit of the confidence interval for the two variables of self-compassion and perceived social support as a mediating variable between coping styles and quality of life is 0.4687 and its upper limit is 0.6523.

Conclusions: Based on the findings, it is recommended to pay attention to the variables of perceived social support, self-compassion, coping styles, and quality of life in breast cancer patients.

بررسی نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده و خودشفقتی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان (پس از جراحی ماستکتومی)

مه‌ری رستم نژاد^۱ ID، جواد خلعتبری^{۱*} ID، محمدرضا زربخش بحری^۱ ID

^۱ گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

* نویسنده مسئول: جواد خلعتبری، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. ایمیل: Javadkhalatbaripsy2@iaui.ac.ir

DOI: 10.61882/jams.28.5.358

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۲۳	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۱	مقدمه: سرطان پستان، از جمله بیماری‌های مزمنی است که ارتباط تنگاتنگی با عوامل روانشناختی دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده و خودشفقتی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان (پس از جراحی ماستکتومی) انجام شد.
واژگان کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده؛ خودشفقتی؛ سبک‌های مقابله‌ای؛ سرطان پستان؛	روش کار: روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این مطالعه، زنان مبتلا به سرطان سینه و ماستکتومی شده بودند که به بیمارستان‌های استان مازندران (ساری و بابل) در سال ۱۴۰۳ جهت پیگیری درمان مراجعه کردند. حجم نمونه براساس نظر کلاین (۲۰۱۴) ۴۸۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌های پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان اروپایی، ۲۰۰۶)، پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای (لازاروس فولکمن، ۲۰۰۱)، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (زیمت و دیگران، ۱۹۸۸) و پرسشنامه خودشفقتی (ریس، ۲۰۰۰) بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از مدل‌یابی معادلات رگرسیونی ساختاری استفاده شد.
تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.	یافته‌ها: نتایج حاصل از تحقیق نشان داد که بین سبک‌های مقابله‌ای با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک شده و خودشفقتی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطه وجود دارد. حد پایین فاصله اطمینان برای دو متغیر خودشفقتی و حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان متغیر میانجی بین سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی ۰/۴۶۸۷ و حد بالای آن ۰/۶۵۲۳ است.
	نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، توجه به متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، خودشفقتی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان توصیه می‌شود.

ارجاع: رستم نژاد مه‌ری، خلعتبری جواد، زربخش بحری محمدرضا. بررسی نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده و خود شفقتی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان (پس از جراحی ماستکتومی). *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک* ۱۴۰۴؛ ۲۸ (۵): ۳۵۸-۳۶۵.

مقدمه

رشد روزافزون سرطان پستان در چند دهه اخیر و اثرات زیان‌بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آنها این نوع از سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده قرن معرفی کنند. سرطان پستان، از جمله بیماری‌های مزمنی است که ارتباط تنگاتنگی با عوامل روانشناختی دارد (۱).

مهم‌ترین این عوامل روانشناختی می‌تواند خشم، اضطراب، افسردگی و بروز اختلال در کیفیت زندگی باشد. سرطان در تمام موارد بر کیفیت زندگی بیماران به درجات مختلف تأثیر می‌گذارد (۲). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت‌شان در زندگی در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند است و با درک آن‌ها از اهداف، انتظارات، استانداردها و علائقشان در ارتباط است (۳). در واقع کیفیت زندگی عبارت است از رضایت و عدم رضایت فرد تحت

شرایط ذهنی و فرهنگی‌ای که در آن زندگی می‌کند؛ جدا از راحتی مادی و یک ساختار چند بعدی است که به عنوان ابزاری جهت بررسی دیدگاه ذهنی فرد و اندازه‌گیری شرایط سلامتی وی در حیطه‌های مختلف زندگی از جمله سلامت روحی و جسمی به کار می‌رود و در مورد زندگی مردم اطلاعاتی را فراهم می‌کند (۴). کیفیت زندگی در افراد بیمار و بقا یافته از بیماری‌های مزمنی چون سرطان، حالتی از خوب بودن در نظر گرفته می‌شود که شامل دو جزء توانایی انجام کار روزانه و رضایت فرد از کنترل بیماری و عوارض ناشی از درمان، می‌باشد. علائم سرطان پستان، نوع مداخله جراحی و سطح پایین اقتصادی به طور مستقیم با کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارتباط دارد (۵).

از جمله مهم‌ترین عواملی که در تأمین نیازهای روانشناختی زنان ماستکتومی شده می‌تواند تأثیر بسزایی داشته باشد، مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی، به عنوان احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش و کمک در شرایط نیاز تعریف شده است (۶). در حمایت اجتماعی

خودشفقتی و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین سبک های مقابله ای با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان با جراحی ماستکتومی نقش میانجی دارند؟

روش کار

پژوهش از نظر هدف، کاربردی، برحسب موقعیت، میدانی و از نظر شیوه تحقیق، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این مطالعه، زنان مبتلا به سرطان سینه و ماستکتومی شده بودند که به بیمارستان های استان مازندران (ساری و بابل) جهت پیگیری درمان مراجعه کردند. حجم نمونه بر اساس نظر کلاین (۱۵)، قابل تعیین است مبنی بر اینکه تعداد نمونه به ازای هر خرده مقیاس از متغیرهای درون داد، ۳۰ نفر تعیین شود. با احتساب خرده مقیاس های متغیرهای درون داد (مجموعاً ۱۶) حجم نمونه ۴۸۰ نفر برآورد شد ($n = 480$). روش نمونه گیری به صورت هدفمند بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به سرطان پستان و بدون متاستاز به مناطق دیگر، انجام جراحی ماستکتومی، تحت شیمی درمانی قرار داشتن در حال حاضر، نداشتن بیماری مزمن دیگر بطور همزمان و داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال بود. تکمیل ناقص پرسشنامه ها و نداشتن دقت کافی در پرسشنامه ها از معیارهای خروج از مطالعه بود.

ملاحظات اخلاقی شامل موارد ذیل بود: شرکت در این پژوهش اختیاری بود و داوطلب هر زمان که بخواهد می توانست از مطالعه خارج شود. بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شد و از اطلاعات جمع آوری شده فقط در راستای هدف پژوهشی استفاده شد. حریم خصوصی آزمودنی ها و شرکت کنندگان در تحقیق در طول پژوهش رعایت شد و روش پژوهش با ارزش های اجتماعی، فرهنگی و دینی جامعه سازگار بود. اگر در حین اجرای پژوهش خطرات شرکت در این پژوهش برای آزمودنی ها و شرکت کنندگان بیش از فواید بالقوه آن بود، آن پژوهش بلافاصله متوقف می گشت.

از ابزار زیر در این پژوهش استفاده شده است:

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه استاندارد متعلق به سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان است که کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان اندازه گیری می کند. این پرسشنامه شامل مقیاس های عملکردی و مقیاس های علامتی است و شامل ۲۳ سؤال است که ۱۵ سؤال اختصاص به بررسی مقیاس های علامتی (علائم بازو، علائم پستان و عوارض جانبی درمان) است، ۲ سؤال مربوط به عملکرد جنسی و یک سؤال مربوط به لذت جنسی است، ۱ سؤال مربوط به تصور از آینده و ۴ سؤال دیگر مربوط به تصویر ذهنی از خود است. نمره گذاری به صورت لیکرت طراحی شده و امتیازها در محدوده ۴-۱ هستند و امتیاز بالاتر نشان دهنده وجود میزان بیشتری از علائم است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه نجات و همکاران (۱۶) ۰/۷۶ گزارش شد و از روایی مناسبی برخوردار بوده است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای: پرسشنامه راهبردهای مقابله ای، ابتدا توسط لازاروس فولکمن در سال ۲۰۰۱ ساخته شده است و به سنجش افکار و اعمالی که افراد برای مقابله با برخوردهای تنیدگی زای زندگی روزمره به کار می روند، می پردازد. در یک مقیاس چهار درجه ای (اصلاً، گاهی اوقات، معمولاً و زیاد) نمره گذاری می شود. این پرسشنامه شامل ۶۶ گویه است که ۸ روش رویارویی را بررسی می کند. این الگوهای هشت گانه به دو دسته

ادراک شده، ارزیابی های فرد از در دسترس بودن حمایت ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می شود. یا به عبارت دیگر، ادراک یا تجربه یک فرد از اینکه او را دوست دارند، از او مراقبت می کنند، به او حرمت و ارزش می دهند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی با مساعدت ها و تعهدات به شمار می آورند. حمایت اجتماعی به عنوان نیرومندترین عامل مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان در زمان درگیری افراد با سرطان و شرایط تنیدگی زا تحمل مشکلات را در بیماران تسهیل می کند (۷). منابع حمایت اجتماعی می توانند نقش تعیین کننده ای در فرایند سازش یافتگی با بحران های زندگی مانند سازگاری با بیماری سرطان داشته باشند. بیماران مبتلا به سرطان با فراهم شدن حمایت های اجتماعی مناسب از جانب خانواده و شبکه اجتماعی، قادر خواهند بود بر فشارها کنترل یافته و این می تواند موجب افزایش کیفیت زندگی آنان شود (۸).

خودشفقتی مادران به منزله یکی از سازه های روانشناسی مثبت نقش مهمی در کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بازی می کند و به عنوان کیفیت مواجهه با رنج و آسیب و کمک کردن به خود در جهت رفع مشکلات تعریف شده است (۹).

شیخان و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، خودشفقتی، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بدون متاستاز تحت شیمی درمانی را در حیطه های جسمانی و روانی افزایش می دهد. پژوهش های گذشته نشان داده اند که میزان خودشفقتی بیمار نسبت به خود بر کیفیت زندگی و خلق بیماران مؤثر بوده است (۱۰).

برخی صفات شخصیتی، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش می دهد. استفاده از سبک های مقابله ای ناکارآمد از جمله این ویژگی های خطرآفرین است (۱۱). مقابله، تلاش های شناخت و رفتاری فرد برای غلبه بر تنیدگی و یا به حداقل رساندن اثر آن می باشد. مقابله با یک عامل، متغیر تعدیل گر مهمی در رابطه بین وقایع تنیدگی زا و پیامدهایی همچون اضطراب و افسردگی در نظر گرفته می شود سبک های مقابله ای به عنوان عاملی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلالات جسمی یا روانی میانجی گری می کند، مورد توجه بسیار بوده است (۱۲). فرایندهای مقابله ای ممکن است به حل مسأله کمک کند؛ مانند انجام کاری برای تغییر تهدید بیماری، مدیریت خود در مقابل بیماری، جستجوی مشاوره و پذیرش درمان، و یا در مدیریت پریشانی هیجانی که با بیماری مرتبط است. فرایند مقابله، با تشخیص بیماری سرطان آغاز می شود و زمانی که بازماندگان سرطان به یک تعادل جدیدی دست می یابند، پایان می یابد (۱۳). Stanton و همکاران در مطالعه خود نشان دادند سبک های مقابله ای، یکی از عوامل پیش بینی کننده سازگاری جسمی و روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان است (۱۴).

بیماران مبتلا به سرطان پستان به دلیل ماهیت بیماری و تغییر روندی که در زندگی ایشان رخ می دهد؛ آمادگی بیشتری برای ابتلا به انواع اختلالات روانی و کاهش کیفیت زندگی دارند. از این رو شناسایی موارد و متغیرهایی که زمینه بهبود کیفیت زندگی این بیماران را فراهم نماید می تواند نقش مؤثری در پیشگیری از ابتلا به اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان داشته باشد. بنابراین با توجه به مباحث مطرح شده پیرامون متغیرها و ارتباط آن ها با بیماری های مزمن همچون سرطان، اهمیت بررسی مطالعه حاضر معلوم می شود و این مسأله مطرح می شود که آیا

اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1402.143 مورد تصویب واقع شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از مطالعه جمعیت‌شناختی تحقیق نشان داد که از بین شرکت‌کنندگان حاضر در پژوهش، ۲۷۶ نفر (۵۷/۵۰ درصد) ساکن شهر ساری و ۲۰۴ نفر (۴۲/۵۰ درصد) ساکن شهر بابل می‌باشند. از میان شرکت‌کنندگان حاضر در پژوهش ۵۰ نفر (۱۰/۴۱ درصد) بین ۱۸ تا ۲۶ سال، ۵۵ نفر (۱۱/۴۶ درصد) بین ۲۶ تا ۳۴ سال، ۷۲ نفر (۱۵ درصد) بین ۳۴ تا ۴۲ سال، ۹۸ نفر (۲۰/۴۲ درصد) بین ۴۲ تا ۵۰ سال، ۱۰۵ نفر (۲۱/۸۸ درصد) بین ۵۰ تا ۵۸ سال و ۱۰۰ نفر (۲۰/۸۳ درصد) بین ۵۸ تا ۶۰ سال سن دارند. همچنین از میان شرکت‌کنندگان حاضر در پژوهش از ابتلا به سرطان پستان ۲۱۰ نفر (۴۳/۷۵ درصد) کمتر از ۵ سال، ۱۶۰ نفر (۳۳/۳۳ درصد) بین ۵ تا ۱۰ سال، ۸۰ نفر (۱۶/۶۷ درصد) بین ۱۰ تا ۱۵ سال و از ابتلا به سرطان پستان ۳۰ نفر (۶/۲۵ درصد) نیز بیش‌تر از ۱۵ سال می‌گذرد.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش برای کل شرکت‌کنندگان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
کیفیت‌زندگی	۴۲/۹۴	۱۷/۱۴	۲۶	۸۵
راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار	۳۵/۱۶	۱۰/۰۵	۱۸	۸۲
راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	۳۸/۱۴	۱۱/۲۷	۲۱	۸۷
حمایت‌اجتماعی ادراک شده	۴۰/۳۳	۱۶/۳۹	۲۵	۶۴
خود شفقتی	۴۵/۹۰	۱۸/۲۸	۱۸	۵۲

همان‌طور که در جدول ۱، نشان داده شده است، میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیر کیفیت زندگی به ترتیب ۴۲/۹۴ و ۱۷/۱۴، در متغیر راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار به ترتیب ۳۵/۱۶ و ۱۰/۰۵، در متغیر راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار به ترتیب ۳۸/۱۴ و ۱۱/۲۷، در متغیر حمایت‌اجتماعی ادراک شده به ترتیب ۴۰/۳۳ و ۱۶/۳۹ و در متغیر خود شفقتی به ترتیب ۴۹/۹۰ و ۱۸/۲۸ می‌باشد. جدول ۲، ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، تمام ضرایب همبستگی به دست آمده برخی در سطوح $P < ۰/۰۵$ و برخی در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی‌دار می‌باشند. در این پژوهش روابط غیرمستقیم متغیرها (میانجی‌گری چندگانه) از طریق روش بوت استرپ Amos-22 و همچنین ماکروی پریچر و هیز مورد آزمون قرار گرفت. برای تمامی فرضیه‌های غیر مستقیم، سطح فاصله اطمینان، ۹۵ و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت استرپ ۵۰۰۰ انتخاب شد. در جدول ۴ منظور از داده، اثر غیرمستقیم در نمونه اصلی و منظور از بوت، میانگین برآوردهای اثر غیرمستقیم در نمونه‌های بوت استرپ است. همچنین، در این جداول، سوگیری، تفاضل بین داده و بوت را نشان می‌دهد و خطای معیار نیز نشان‌دهنده انحراف معیار برآوردهای اثرهای غیرمستقیم در نمونه‌های بوت استرپ است.

مطابق با جدول ۴، حد پایین فاصله اطمینان برای دو متغیر خودشفقتی و حمایت‌اجتماعی ادراک شده به عنوان متغیر میانجی بین سبک‌های

روش‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم شده که بر مبنای یک مقیاس درجه‌بندی شده صفر تا ۳ می‌باشد.

متغیرهای راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار شامل: مقابله‌ای مستقیم، پرت کردن حواس، خویشتنداری، گریز- اجتناب و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار شامل: طلب حمایت‌اجتماعی، پذیرش مسئولیت، حل مسئله و ارزیابی مجدد مثبت می‌شوند. در نسخه اصلی پرسشنامه پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. به منظور بررسی روایی همگرایی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای نیز از محاسبه همبستگی نمره‌های خام حاصل از این پرسشنامه با نمره‌های خام حاصل از پرسشنامه استرس لیونل استفاده نمود که نتایج نشان داد از روایی همگرایی بالایی برخوردار است. در پژوهش خالدیان و همکاران (۱۷)، پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای راهبرد مقابله‌ای کل ۰/۸۶ و برای راهبردهای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۸ برآورد شده است و روایی محتوایی و صوری آن نیز مطلوب گزارش شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده: پرسشنامه چندی بعدی حمایت‌اجتماعی ادراک شده زیمت و دیگران (۱۹۸۸)، یک ابزار ۱۲ سؤالی است که به منظور ارزیابی حمایت‌اجتماعی ادراک شده از سه خرده مقیاس دوستان، خانواده و دیگران مهم طراحی شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه چند بعدی حمایت‌اجتماعی ادراک شده به صورت طیف لیکرتی ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) در نظر گرفته شده است. امتیاز کامل در این بخش ۷۲ بود که بر مبنای ۱۰۰ در نظر گرفته شد به طوری که افرادی که امتیازشان بیشتر از ۷۵ درصد از حداکثر امتیاز بود به عنوان درک بالا از حمایت‌اجتماعی، افرادی که در محدوده ۷۵-۵۰ درصد از حداکثر امتیاز قرار داشتند به عنوان درک متوسط و افرادی که کمتر از ۵۰ درصد حداکثر امتیاز را کسب نموده بودند، به عنوان ادراک ضعیف از حمایت‌اجتماعی در نظر گرفته شدند. در پژوهش خوش‌سرور و کاظمی رضایی، میزان آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و نزدیکان خاص دیگر به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۴ محاسبه گردید که با توجه به مقادیر به دست آمده اعتبار آن در این مطالعه تأیید شد (۷).

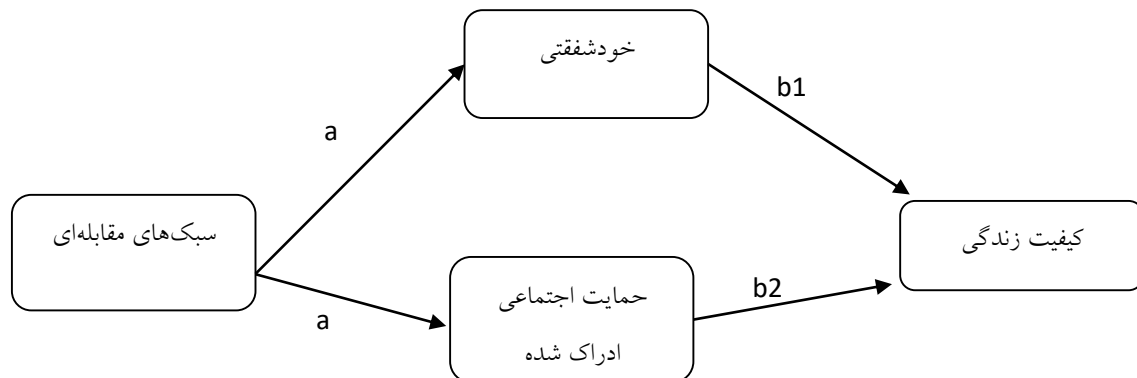
مقیاس خودشفقتی: به منظور سنجش خودشفقتی از پرسشنامه‌ای به همین نام که توسط Raes (۲۰۱۱) ساخته شده است، استفاده شد. مقیاس خودشفقتی شامل ۱۲ گویه و ۶ عامل مهربانی باخود، قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی، انزوا، بهوشیاری و فزون همانندسازی است. پاسخ‌ها در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای قرار می‌گیرند. در مطالعه Raes، (۱۸) اعتبار این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ مورد تأیید قرار گرفته است. در تحقیق حسنی و پاسدار (۱۹) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰، دامنه ضرایب بازآزمایی ۰/۷۱-۰/۵۶ و دامنه همبستگی بین ماده‌ها ۰/۷۸-۰/۵۴ بیانگر پایایی مطلوب مقیاس بود. همچنین الگوی ضرایب همبستگی بین خرده مقیاسها، روایی محتوا، واگرا، همگرا و ملاکی بیانگر روایی خوب مقیاس بود.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از مدل‌یابی معادلات رگرسیونی ساختاری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) و Amose نسخه ۲۳ استفاده شد. انجام این مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی مربوط به متغیرهای پژوهش برای کل شرکت کنندگان

ردیف	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱	کیفیت زندگی	-							
۲	راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار	۰/۴۱**	-						
۳	راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	۰/۲۴*	۰/۲۱*	-					
۴	حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۴۹**	۰/۲۳*	۰/۲۸**	۰/۱۵*	۰/۱۷*	۰/۱۹*	-	
۵	خود شفقتی	۰/۱۵*	۰/۱۳*	۰/۱۱*	۰/۲۵**	۰/۲۵۱**	۰/۱۰*	۰/۲۷**	-

※: $P \leq 0/05$ ؛ ※※: $P \leq 0/01$



شکل ۱. رابطه فرضی بین سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی از طریق خود شفقتی و حمایت اجتماعی ادراک شده

جدول ۳. پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم متغیرهای پژوهش

مسیر	برآورد استاندارد	برآورد غیر استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	سطح معنی داری
سبک‌های مقابله‌ای به خود شفقتی	۰/۲۹	۰/۳۵	۰/۳۲	۱۰/۹۳	۰/۰۰۱
سبک‌های مقابله‌ای به کیفیت زندگی	۰/۲۸	۰/۳۴	۰/۳۵	۹/۷۱	۰/۰۰۱
سبک‌های مقابله‌ای به حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۳۷	۰/۴۲	۰/۲۸	-۱۵	۰/۰۰۱
خود شفقتی به کیفیت زندگی	۰/۲۴	۰/۳۲	۰/۳۸	-۸/۴۲	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک شده به کیفیت زندگی	۰/۴۰	۰/۵۳	۰/۱۸	۲۹/۴۴	۰/۰۰۱

جدول ۴. نتایج آزمون میانجی‌گری (با دو میانجی) روابط غیر مستقیم با استفاده از روش بوت استرپ ماکروی پریچر و هیز (۲۰۰۸)

فرضیه	داده	بوت	سوگیری	خطای استاندارد	سطح اطمینان ۰/۹۵ حد پایین حد بالا
۱- رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک شده و خود شفقتی	۰/۵۷۲۴	۰/۵۷۲۲	۰/۰۰۰۲	۰/۰۵۶۹	۰/۶۵۲۳ ۰/۴۶۸۷

مقابله‌ای و کیفیت زندگی ۰/۴۶۸۷ و حد بالای آن ۰/۶۵۲۳ است. سطح اطمینان برای این فاصله اطمینان ۹۵ است. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله اطمینان قرار می‌گیرد، این رابطه واسطه‌ای معنی‌دار بوده و این فرضیه تأیید می‌شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده و خود شفقتی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان (پس از جراحی ماستکتومی) انجام شد. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که بین سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی ادراک شده و خود شفقتی در بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطه وجود دارد. نتایج مطالعه با سایر یافته‌های پژوهشی همسو بود (۷، ۱۰، ۱۴).

بیماران مبتلا به سرطان پستان با طیف گسترده‌ای از مشکلات روان شناختی همچون کاهش میزان عملکرد، نگرانی نسبت به آینده، ترس

از مرگ، عوارض درمان‌ها، اختلال در تصویر ذهنی، اضطراب و افسردگی مواجه می‌شوند که می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را دچار اختلال کند. همچنین آثار روانی و عاطفی ناشی از ابتلا به بیماری، اقدامات تشخیصی و درمانی، استرس، درد، افسردگی و آثار بیماری بر روابط خانوادگی، زناشویی، اجتماعی، مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری، مسائل تغذیه‌ای و عوارض ناشی از درمان از عمده مسائل و مشکلاتی که به طور معمول، کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). علائم سرطان پستان، نوع مداخله جراحی و سطح پایین اقتصادی به طور مستقیم با کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارتباط دارد (۲۰).

در تبیین نتایج حاصل از مطالعه می‌توان بیان داشت که در فرایند مقابله، افراد به تلاش‌هایی با ماهیت رفتاری و شناختی برای پیشگیری، نظم بخشیدن و فرو نشاندن تنیدگی می‌پردازند. در واقع، سبک‌های مقابله فرایندی است که طی آن فرد به اداره خواسته‌ای می‌پردازد که فراتر از منابع و توانایی‌های شخصی در شرایط تهدیدکننده هستند و بر حسب موفقیت‌آمیز بودن تلاش‌هایش تغییر می‌کند و به این ترتیب از آسیب‌های

اجتماعی، حمایت عاطفی و احساس تعلق، منجر به تنظیم ریتم خواب و بیداری و بهبود رفتار خواب سالم می‌شود. حمایت اجتماعی یکی از جنبه‌های بسیار مهم مراقبت از سرطان‌ها می‌باشد. حمایت اجتماعی، سبب ایجاد ارتباط همدلانه و ایجاد شبکه ایمنی برای بیمار می‌گردد و همچنین حمایت اجتماعی سبب افزایش تطابق فرد و سازگاری او با بیماری‌های مزمن مانند سرطان می‌گردد و به افراد کمک می‌کند تا احساس بهتری نسبت به خود داشته باشند و بهتر بتوانند با شرایط مقابله کنند. همچنین اعتماد به نفس و افکار امیدوارانه و سلامت روحی و کیفیت زندگی و در نتیجه زنده ماندن این افراد افزایش می‌یابد. در تبیین نقش واسطه‌ای خودشفقتی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی، خودشفقتی کسب یک نگرش سالم نسبت به خود را سبب می‌شود، پیش‌بینی کننده قوی برای شدت نشانه‌های بیماری و کیفیت زندگی است و موجب کاهش در استرس ادراک شده می‌شود (۲۱).

باید توجه داشت خودشفقتی، موجب تعدیل احساسات منفی می‌شود و از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی کمک می‌کند. در بحث از بیماری، شیوه‌ای که افراد خود را تهدید می‌کنند تأثیر عمیقی بر بهزیستی و حس‌شان در مورد خود دارد. در واقع در بیماری، خودانتقادی خیلی رایج است و در خود انتقادی افراد مدام به خود حمله می‌کنند و خود را شرمگین می‌سازند در عین حال افراد نسبت به گستردگی اثر خود انتقادی غافل هستند در حالی که خودانتقادی موجب افزایش درد و شدت پریشانی می‌گردد (۲۲). بنابراین خودشفقتی، با ایجاد پذیرش، مهربانی با خود، ذهن‌آگاهی و التیام روانی در مبتلایان به سرطان سینه، پریشانی، درد و شرمگینی در مورد تغییرات ظاهری را کاهش می‌دهد. این تغییرات می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی کمک نمایند و به علت نقش خودشفقتی در کاهش استرس ادراک شده و رفع خودانتقادی تأثیر بیشتر در حوزه‌های جسمانی و روانی مشهود خواهد بود. به عبارتی، خودشفقتی به افراد کمک می‌کند تا احساس بیشتری از تعلق و امنیت داشته باشند و به واسطه ذهن‌آگاهی و بودن در لحظه حال از ذهن انتقادگر و قضاوت‌گر خود فاصله بگیرند که این جنبه‌ها منجر به بهزیستی و کیفیت بهتر زندگی می‌گردد (۲۳).

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. از جمله می‌توان به نمونه‌گیری هدفمند، عدم کنترل متغیرهای سن و زیاد بودن دامنه سنی بیماران، زمان ابتلا و زمان انجام پژوهش اشاره نمود. همچنین استفاده از روش آماری همبستگی، مهم‌ترین محدودیت به شمار می‌رود، لذا شایسته است در استفاده از نتایج در قالب روابط علت و معلولی جانب احتیاط رعایت گردد. با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی زنان سرطانی مبتلا به سرطان پستان انجام گرفته، در تعمیم یافته‌های پژوهش به نمونه مردان و مبتلایان به دیگر بیماری‌های مزمن جانب احتیاط رعایت شود. استفاده از طرح‌های مقایسه‌ای به منظور شناسایی تفاوت‌ها میان زنان بیمار و سالم نیز از پیشنهادات پژوهشی است.

پیشنهاد می‌شود در صورت امکان پژوهشگران بر روی گروه‌های دیگر بیماران مزمن میزان پیش‌بینی‌کنندگی حمایت اجتماعی را در متغیرهای

استرس در امان مانده و کیفیت زندگی خود را ارتقا می‌بخشد. افراد به کمک مهارت‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار، موقعیت‌های استرس‌آمیز را برآورد یا ارزیابی کرده و مولدهای بروز هیجانات منفی توسط خواسته‌های درونی و بیرونی را کاهش می‌دهند (۱۳). سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار با ایجاد تلاش‌های شناختی و رفتاری به جلوگیری، مدیریت و کاهش تنیدگی منجر می‌شود که می‌تواند از تأثیر فشارها بر سلامت روانی بکاهد و سلامت روانی و سازگاری روانی و اجتماعی را افزایش دهد که خود می‌تواند زمینه‌ساز سبک زندگی سالم و در نتیجه کیفیت زندگی باشد. بیماری‌های استرس‌مدار و وخیم‌تر شدن سلامت عمومی بیشتر در کسانی دیده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند (۱۴).

در تبیین نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک شده می‌توان بیان داشت که درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری نموده میزان مراقبت از خود را افزایش داده و تأثیر مثبت بر وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد گذارد. حمایت اجتماعی به عنوان نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری افراد با سرطان و شرایط تنیدگی‌زا تحمل مشکلات را در بیماران تسهیل می‌کند (۷).

حمایت اجتماعی نیز نقش عمده‌ای در تطابق و کنار آمدن با بیماری‌های مزمن و جدی چون سرطان دارند. حمایت اجتماعی از جنبه‌های مهم مراقبت مدرن از سرطان است. افزایش اعتماد به نفس، احساس تعلق به گروه، تقویت توانایی‌شان یا شایستگی انجام وظایف ضروری‌شان، همه به عنوان اشکال حمایت اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند. از میان انواع مختلف حمایت اجتماعی حمایت خانواده نقش مهمی در بازپایی کارکرد بعد از سرطان ایفا می‌کند. شواهدی وجود دارد که حمایت اجتماعی اثرات محافظت‌کننده در بیماران سرطانی دارد. فقدان حمایت اجتماعی عامل پیش‌بینی کننده مهمی برای پذیرش مجدد در بیمارستان و مرگ و میر در بیماران مبتلا به سرطان است (۶).

بیماران مبتلا به سرطان، نیازمند کمک برای انطباق مؤثر و زندگی بخش با بیماری مزمن خود هستند. این افراد نیاز خواهند داشت تا مهارت‌های مقابله‌ای جدید را یاد بگیرند، این هدف زمانی می‌تواند تحقق یابد که مقابله و واکنش‌های آن در قبال بیماری و مشکلات وابسته به آن از طریق آگاهی‌افزایی کاملاً شناخته شده باشد. شواهدی وجود دارد که حمایت اجتماعی اثرات محافظت‌کننده در بیماران مبتلا به سرطان دارد. فقدان حمایت اجتماعی عامل پیش‌بینی کننده مهمی برای پذیرش مجدد در بیمارستان و مرگ و میر در بیماران سرطانی است. حمایت اجتماعی می‌تواند بر ارزیابی‌های شناختی شخص و باورهایش درباره جهان تأثیر گذارد بدین صورت که هر چه میزان حمایت و توجه مثبت خانواده نسبت به بیماران افزایش یابد قدرت و مهارت استفاده از شیوه مقابله مسأله‌مدار نیز افزایش می‌یابد و از این طریق احتمال عود و بازگشت بیماری نیز کاهش پیدا می‌کند (۸).

حمایت اجتماعی به عنوان تخفیف‌دهنده استرس و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان عنوان می‌باشد. حمایت اجتماعی با تنظیم ریتم بیولوژیک در حفظ حالت خواب و بیداری فرد اثر داشته، از طریق تأثیر بر تنش‌های روانی روی خواب اثر گذاشته و با حفظ فرد در مقابل تنهایی

می‌نماید، به بهترین وجه استفاده شود. می‌توان با افزایش حمایت اجتماعی افراد و کاهش استرس آن‌ها می‌توان تا حدود بسیار زیادی مشکلات ناشی از سرطان پستان را کاهش داد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند تا از تمامی کسانی که در فرایند پژوهش مشارکت داشتند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان در تمامی قسمت‌های مقاله نقش داشتند.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تضاد منافع ندارد.

روانشناختی بررسی کنند. با توجه به نتایج، حمایت اجتماعی از عوامل بسیار مهم تاثیر گذار بر سرطان پستان می‌باشند. بنابراین می‌توان با افزایش حمایت اجتماعی افراد و کاهش استرس آن‌ها می‌توان تا حدود بسیار زیادی مشکلات ناشی از سرطان پستان را کاهش داد. بنابراین تأکید بر ضرورت توجه بیشتر به افزایش حمایت اجتماعی و کاهش استرس در زنان روشن می‌گردد، در نهایت می‌توان با آموزش روش‌های حمایت اجتماعی به خانواده‌ها و تشکیل جلسات مشاوره گروهی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌توان میزان آسیب در این بیماران را کاهش داد.

پیشنهاد می‌شود جلسات گروه درمانی برای زنان مبتلا به سرطان سینه در نظر گرفته شود و همچنین آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله به زنان مبتلا به سرطان در کنار شیمی‌درمانی و رادیوتراپی داده شود. پیشنهاد می‌شود با توجه به حضور مؤثر اعضای خانواده خصوصاً همسر در سیر درمان که مهمترین عامل حمایت کننده است و بیمار را از حالت انزوا و سوگواری خارج و نقش او را همچون گذشته در محیط خانواده و اجتماع پررنگ

References

- Cao S, Wei Y, Huang J, Yue Y, Deng A, Zeng H, et al. A bibliometric worldview of breast-conserving surgery for breast cancer from 2013 to 2023. *Front Oncol*. 2024;2(7):14-26. [pmid: 39099692](#) [doi: 10.3389/fonc.2024.1405351](#)
- Soriano-Maldonado A, Carrera-Ruiz Á, Díez-Fernández DM, Esteban-Simón A, Maldonado-Quesada M, Moreno-Poza N, et al. Effects of a 12-week resistance and aerobic exercise program on muscular strength and quality of life in breast cancer survivors: Study protocol for the EFICAN randomized controlled trial. *Medicine* (Baltimore). 2019;98(44):e17625. [pmid: 31689771](#) [doi: 10.1097/MD.0000000000001762](#)
- Martini S, Ningrum DA, Abdul-Mumin KH, Yi-Li C. Assessing quality of life and associated factors in post-stroke patients using the world health organization abbreviated generic quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF). *Clin Epidemiol Glob Health*. 2022; 13:100941. [doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100941](#)
- Kangwanrattanakul K. Mapping of the World Health Organization Quality of Life Brief (WHOQOL-BREF) to the EQ-5D-5L in the general Thai population. *Pharmacocon Open*. 2023;7(1):139-48. [pmid: 36383341](#) [doi: 10.1007/s41669-022-00380-0](#)
- Ban Y, Li M, Yu M, Wu H. The effect of fear of progression on quality of life among breast cancer patients: the mediating role of social support. *Health Qual Life Outcomes*. 2021;19(1):178. [pmid: 34253195](#) [doi: 10.1186/s12955-021-01816-7](#)
- Brisson R, Furstova J, Sokolová L, Eriksson C, Boniel-Nissim M, Badura P. Trends in the Link Between Perceived Social Support and Life Satisfaction in Adolescents (2013/14–2021/22): A Cross-National Study. *Int J Public Health*. 2024;69:1607283. [pmid: 39050192](#) [doi: 10.3389/ijph.2024.1607283](#)
- Khoshsorour S, Kazemi Rezaei A. The role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting quality of life and severity of symptoms of patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS) [in Persian]. *IJRNS*. 2019;6(1):60-8.
- Maghsoodi S, Salehinejad Z. The relationship between social support and quality of life among cancer patients in Kerman [in Persian]. *Socialworkmag*. 2018;7(2):15-22.
- Mehdipour F, Hajializadeh K, Seddigh S H. The structural relationships model of mindfulness and self-compassion with body shame through body appreciation in cancer patients [in Persian]. *IJPN*. 2023;11(3):24-34. [doi: 10.22034/IJPN.11.3.3](#)
- Sheykhan R, Ghadampour E, Aghabozorgi R. The effect of self compassion training on body image and quality of life in women with breast cancer without metastasis under chemotherapy [in Persian]. *Clinical Psychology Studies*. 2019;9(35):131-45. [doi: 10.22054/jcps.2019.42476.2137](#)
- Forat Yazdi M, Giah Yazdi M, Sorbi M H. Comparing the quality of life and Strategies for Coping with Stress in cancer and non-cancer patients in Yazd [in Persian]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical ScienceS*. 2017;25(4):322-32.
- Tremblay D, King A, Li L, Moshier E, Coltoff A, Koshy A, et al. Risk factors for infections and secondary malignancies in patients with a myeloproliferative neoplasm treated with ruxolitinib: a dual-center, propensity score-matched analysis. *Leuk Lymphoma*. 2020;61(3):660-7. [pmid: 31711337](#) [doi: 10.1080/10428194.2019.1688323](#)
- Abdi Zarrin S, Masoumi H, Tavalaye Nejad Z. Comparison of lifestyle, coping strategies with stress and resilience in women with breast cancer and healthy women [in Persian]. *IJCA*. 2023;2(1):55-65.
- Stanton AL, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA, Kirk SB, et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):875-82. [pmid: 11068973](#) [doi: 10.1037/0022-006X.68.5.875](#)
- Kline P. An easy guide to factor analysis. London, UK: Routledge; 2014. [doi.org/10.4324/9781315788135](#)
- 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 [in Persian]. *SJSPH*. 2006;4(4):1-12.
- Khaledian H, Parhizkar B, Shikhesmaeli F, Moradi M. Comparison of the personality characteristics and coping strategies between the patients with irritable bowel

- syndrome and normal individuals [in Persian]. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2019;24(3):85-95. Doi: 10.29252/sjku.24.3.85
18. Raes F. The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*. 2011;2:33-6. doi: 10.1007/s12671-011-0040-y
19. Hasani J, Pasdar K. The assessment of confirmatory factor structure, validity, and reliability of PersianVersion of Self-Compassion Scale (SCS-P) in Ferdosi University of Mashhah in 2013 [in Persian]. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2017;16(8):727-42.
20. Zhang H, Zhao Q, Cao P, Ren G. Resilience and quality of life: exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Med Sci Monit*. 2017;23:5969. pmid: 29248937 doi: 10.12659/MSM.907730
21. Torkamandi H, Heidaranlu E, Firouzbakht M, Tahmasbi B, Ziyari M, Yaghoobzadeh A, et al. The relationship between social support and quality of life in Iranian clients with Cancer. *Iranian Journal of Cancer Care*. 2022;1(2):9-15. doi: 10.29252/ijca.1.2.9
22. Khoshnoudfar Z, Omidvar B, Tahmasebi S. The relationship between self-compassion and spiritual health with quality of life and mood in women with breast cancer [in Persian]. *Sadra Med Sci J*. 2019;7(1):23-36. doi: 10.30476/smsj.2018.44752
23. Mahfouzi Y, Firoozi M, Khavandizadeh Aghdam S. The effectiveness of self-compassion training on resilience and quality of life in mothers of children with intellectual disability [in Persian]. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2023;23(1):66-81.