Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 12 / No .6 /2026
DOI: 10.22034/12.6.99
Page: 99-112

Prediction of Resilience in Cancer Survivors Based on Life Purpose and Perceived Family Support: The Mediating Role of Hope

Adib Javanmardi[1], Aso Moradi[2], Loqman Amadipour[3]

1. M.A. Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Islamic Azad University, Bokan Branch, Bokan, Iran.
2. M.S, Bachelor of Nursing, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
3.* Corresponding Author. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Islamic Azad University, Bokan Branch, Bokan, Iran. Email: Loghman57@yahoo.com.

Received: 04/10/2025 **Accepted:** 09/11/2025

Abstract

Background: The quality of life of cancer survivors is one of the issues that imposes significant psychological and social costs on the survivors, their families, and society.

Objective: This study aimed to predict resilience in cancer survivors based on life purpose and perceived family support, with the mediating role of hope.

Methods: This descriptive-correlational study was based on path analysis. The statistical population included all cancer survivors in Sanandaj during the first half of 1404 (Iranian calendar). Among them, 200 individuals were selected using purposive sampling. Data were collected using the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the Purpose in Life Test (PIL) by Crumbaugh and Maholick, the Perceived Family Support Questionnaire, and the Adult Hope Scale (AHS) by Snyder. Data were analyzed using SPSS 26 and AMOS 24.

Results: Path analysis results indicated that life purpose ($\beta = 0.46$, $p < 0.01$) and perceived family support ($\beta = 0.21$, $p < 0.05$) had significant direct effects on resilience. Both variables also exerted significant indirect effects on resilience through hope, indicating that hope partially mediated the relationships between the independent variables and resilience. Model fit indices were within acceptable ranges (CFI = 0.91, RMSEA = 0.07).

Conclusion: The findings suggest that having purpose and meaning in life and perceiving family support can enhance the resilience of cancer survivors by increasing hope for the future. Therefore, post-treatment psychological and care programs are recommended to focus on strengthening life purpose, educating families for more effective support, and fostering hope in patients. In addition, due to the high correlation between the two variables and the potential for error, the results of this study should be interpreted with caution.

Keywords: Cancer Survivors, Family, Life Purpose, Optimism, Psychological Resilience, Social Support.

Rezaeean F, Esmaeilzadeh Ghandhari, M, Fahimdevin H. Design and Development of Cognitive-Based Educational Strategies to Combat Illicit Drug Use in Bodybuilding Clubs of the Country. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2026; 12 (6): 99-112 DOI: 10.22034/12.6.99
Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره : ۶ ، ۱۴۰۴
DOI: 10.22034/12.6.99
صفحات: ۱۱۲-۹۹

پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران بهبودیافته از سرطان بر اساس هدفمندی در زندگی و حمایت ادراک‌شده از خانواده با نقش میانجی امید به زندگی

ادیب جوانمردی[۱]، آسو مرادی[۲]، لقمان احمدی‌پور[۳*]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان، بوکان، ایران.
۲. کارشناسی پرستاری ، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج ، ایران
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوکان، بوکان، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Loghman57@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۱۲ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۴/۰۸/۱۸

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی بیماران بهبودیافته از سرطان ازجمله مسائلی است که هزینه روانشناختی و اجتماعی زیادی برای افراد بهبودیافته، خانواده و جامعه به همراه دارد.

هدف: پژوهش حاضر باهدف پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران بهبودیافته از سرطان بر اساس هدفمندی در زندگی و حمایت ادراک‌شده از خانواده با نقش میانجی امید به زندگی انجام شد.

روش: روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و مبتنی بر تحلیل مسیر و جامعه آماری شامل کلیه بیماران بهبودیافته از سرطان در شهر سنندج در نیمه اول سال ۱۴۰۴ بود که از میان آن‌ها ۲۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)، هدف در زندگی کرامباف و ماهولیک (PIL)، حمایت ادراک‌شده از خانواده و امید به زندگی اشنایدر (AHS) بود. داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS 26 و AMOS 24 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل مسیر نشان داد که هدفمندی در زندگی ($\beta=0.46, p<0.01$) و حمایت ادراک‌شده از خانواده ($\beta=0.21, p<0.05$) هر دو اثر مستقیم و معناداری بر تاب‌آوری دارند. همچنین، هر دو متغیر از طریق امید به زندگی بر تاب‌آوری اثر غیرمستقیم نیز داشتند، به‌گونه‌ای که امید نقش میانجی جزئی را در روابط میان متغیرهای مستقل و تاب‌آوری ایفا کرد. شاخص‌های برازش مدل نیز در محدوده نسبتاً قابل‌قبول گزارش شدند (CFI=0.91، RMSEA=0.07).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، می‌توان گفت که داشتن هدف و معنا در زندگی و درک حمایت خانوادگی از طریق افزایش امید به آینده، تاب‌آوری بیماران بهبودیافته از سرطان را ارتقا می‌دهد. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های روان‌شناختی و مراقبتی پس از درمان بر تقویت هدفمندی زندگی، آموزش خانواده‌ها برای حمایت مؤثرتر و پرورش امید در بیماران متمرکز شوند. درضمن، با توجه به همبستگی زیاد بین دو متغیر و احتمال خطا بهتر است نتایج این پژوهش با احتیاط استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: امید به زندگی، بیماران بهبودیافته از سرطان، تاب‌آوری روانشناختی، حمایت اجتماعی، خانواده، هدفمندی در زندگی.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

سرطان یکی از چالش‌های مهم سلامت عمومی است که نه‌تنها پیامدهای جسمانی قابل‌توجه دارد، بلکه بار روان‌شناختی و اجتماعی گسترده‌ای نیز بر بیماران و خانواده‌های آنان وارد می‌کند. افزون بر پیشرفت‌های پزشکی که میزان بقا را افزایش داده‌اند، مرحلهٔ بهبودی همچنان با نگرانی‌هایی مانند ترس از عود بیماری، تغییر در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی و احساس آسیب‌پذیری همراه است (آبلوف و همکاران[1]، ۲۰۰۸؛ هاشمی، ۱۳۹۹). در چنین زمینه‌ای، سازهٔ تاب‌آوری به‌عنوان توانایی سازگاری مؤثر با دشواری‌ها و بازگرداندن تعادل روانی اهمیت ویژه‌ای دارد. شواهد نشان داده‌اند که تاب‌آوری می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و استرس روانی در بیماران مبتلا و بهبودیافته از سرطان کمک کند (ساوزویچ و همکاران[2]، ۲۰۱۸؛ بابازاده و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی از منابع درونی که می‌تواند تاب‌آوری را تقویت کند، هدفمندی در زندگی است. هدفمندی به معنای داشتن معنا، جهت و اهداف روشن در زندگی تعریف می‌شود (فرانکل[3]، ۱۹۸۵). مطالعات نشان داده‌اند که هدف و معنا در زندگی با کاهش احساس پوچی و ارتقای سلامت روان و سازگاری مرتبط است (استیگر[4]، ۲۰۱۲؛ چراغی، ۱۳۸۷). در زمینه سرطان نیز هدفمندی می‌تواند امید و توان روانی بیماران را افزایش دهد (مطلبی، ۱۳۹۴ و ونوک و همکاران[5]، ۲۰۱۲).

عامل بیرونی مهم دیگر، حمایت ادراک‌شده از خانواده است. خانواده به‌عنوان اصلی‌ترین منبع حمایت اجتماعی، با فراهم آوردن پشتوانهٔ عاطفی و عملی می‌تواند فشار روانی بیماران را کاهش داده و سازگاری آنان را تسهیل کند (کلی و همکاران[6]، ۲۰۲۱). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که بیماران سرطانی در صورت برخورداری از حمایت خانوادگی، احساس توانمندی بیشتری در مقابله با مشکلات تجربه می‌کنند (بنیچ و همکاران[7]، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر، امید به زندگی به‌عنوان سازه‌ای کلیدی در روان‌شناسی مثبت‌گرا، چشم‌انداز آینده و انگیزهٔ تلاش برای دستیابی به اهداف را شکل می‌دهد (اسنایدر، ۲۰۰۲). امید نه‌تنها به بهبود سلامت روان در بیماران سرطانی کمک می‌کند، بلکه می‌تواند رابطهٔ هدفمندی و حمایت خانوادگی با تاب‌آوری را نیز تقویت نماید (رحمانی، ۱۳۹۸، نوروزی و همکاران[8]، ۲۰۱۹ و هسو و همکاران[9]، ۲۰۲۱).

بر این اساس، می‌توان انتظار داشت بیماران بهبودیافته از سرطان زمانی تاب‌آوری بالاتری نشان دهند که علاوه بر برخورداری از هدفمندی در زندگی و حمایت خانوادگی، سطح بالاتری از امید به زندگی داشته باشند. پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس هدفمندی در زندگی و حمایت ادراک‌شده از خانواده با نقش میانجی امید به زندگی در بیماران بهبودیافته از سرطان انجام‌شده است.

روش

[1] Abeloff, M. D, Armitage, J. O, Niederhuber, J. E.
[2] Southwick & Charney,
[3] Frankl
[4] Steger, M. F.
[5] Wnuk, M, Marcinkowski, J. T, & Fobair, P.
[6] Kelley, D. E, Kent, E. E, & Arora, N. K.
[7] Bennich, B. B, Røder, M. E, Overgaard, D.
[8] Nouzari, R, Najafi, S. S, & Momennasab, M.
[9] Hsu, H. T, Juan, C. H, Chen, J. L, & Hsieh, H. F.

پژوهش حاضر با استفاده از روش کمی انجام شد و به بررسی و تحلیل روابط بین متغیرها می‌پردازد. این تحقیق از نظر هدف، کاربردی محسوب می‌شود؛ به این معنا که نتایج آن می‌تواند به بهبود برنامه‌های حمایتی و درمانی برای بیماران بهبودیافته کمک کند.

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران بهبودیافته از سرطان بود که در مطب‌های خصوصی و کلینک‌های سطح شهر سنندج در نیمه اول سال ۱۴۰۴ پرونده پزشکی داشتند و توسط پزشک متخصص به‌عنوان بیماران بهبودیافته شناخته‌شده بودند. با توجه به توصیه‌های هیر[1] و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر کفایت حجم نمونه‌های ۱۵۰ تا ۲۰۰ نفر برای مدل‌یابی معادلات ساختاری مبتنی بر کوواریانس، حجم نمونه این پژوهش ۲۰۰ نفر انتخاب شد که برای برآورد پایا و معتبر پارامترهای مدل کافی محسوب می‌شود. نمونه‌گیری با توجه به معیارهای ورود و خروج به‌صورت هدفمند انجام شد.

ملاک‌های ورود شامل دریافت تشخیص بهبودی کامل از سرطان، سپری نشدن بیش از دو سال از بهبودی، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و فاصله سنی ۲۰ تا ۷۰ سال بود. ملاک‌های خروج شامل سابقه تشخیص اختلال روانی یا بستری در بیمارستان اعصاب و روان، اعتیاد و سوءمصرف مواد یا الکل، نارضایتی از شرکت در پژوهش و حضور همزمان در دوره‌های روان‌درمانی یا مداخله روانشناختی بود.

ابزارها

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استاندارد استفاده شد:

پرسشنامه تاب‌آوری (CD-RISC): این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و توسط کانر و دیویدسون[2] (۲۰۰۳) برای اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید طراحی‌شده است. هر سؤال بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای «کاملاً نادرست» تا «همیشه درست» امتیازدهی می‌شود؛ به‌گونه‌ای که امتیاز صفر نشان‌دهنده «کاملاً نادرست» و امتیاز چهار نشان‌دهنده «همیشه درست» است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سؤالات جمع می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده خواهد و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ است. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچ هاین امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. این مقیاس دارای یک نمره کل است. پایایی مقیاس برابر با ۰/۸۳ گزارش شد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در پژوهش حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای این پرسشنامه به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ در این پژوهش نیز ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه هدف در زندگی (PIL): پرسشنامه هدف در زندگی توسط کرامباف و ماهولیک (۱۹۶۴) ساخته‌شده است و به‌منظور سنجش احساس فردی معنا طراحی گردیده است. هدف اصلی از ساختن این پرسشنامه، ایجاد ابزاری برای ارزیابی تأثیر معنا درمانی بر زندگی افراد است. معنا یا هدف در زندگی به انسان

[1] Hair

[2] Connor, K. M, & Davidson, J. R.

احساس منحصربه‌فرد بودن می‌دهد و شکست در کسب معنا می‌تواند منجر به ایجاد خلأ وجودی شود؛ خلأ وجودی به‌عنوان احساس خالی بودن زندگی تعریف می‌شود. این پرسشنامه می‌تواند احساس خلأ وجود یا معنا را بسنجد (چراغی و همکاران، ۱۳۸۷). پرسشنامه هدف در زندگی شامل ۲۰ سؤال است که پاسخ به هر سؤال با عددی از ۱ تا ۷ علامت‌گذاری می‌شود. این عدد بیانگر دیدگاه پاسخ‌دهنده نسبت به سؤال است و نمره کل از مجموع نمرات همه سؤالات به دست می‌آید. دامنه نمره کل از ۲۰ تا ۱۴۰ متغیر است، به‌طوری‌که نمره بالاتر بیانگر وجود هدف در زندگی و معنای قوی‌تر است. نمره ۱۴۰، از طرف شرکت‌کننده، غیرواقع‌بینانه است و نشانگر اغراق در معنادار جلوه دادن زندگی خود است؛ همچنین، پایایی همسانی درونی پرسشنامه هدف در زندگی با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ نشان‌دهنده هماهنگی درونی مطلوب گویه‌هاست. همچنین، پایایی بازآزمایی آن نیز بالای ۰/۷۰ گزارش‌شده که بیانگر ثبات مناسب این ابزار است (کرامبو و ماهولیک، ۱۹۶۴). همچنین پایایی این ابزار در پژوهش مطلبی (۱۳۹۴) و چراغی و همکاران به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۱ محاسبه شد. ضمناً در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه حمایت ادراک‌شده از خانواده: ابزار سنجش میزان حمایت اجتماعی خانواده در پژوهش حاضر، پرسشنامه ۳۴ سؤالی حمایت اجتماعی از خانواده است که توسط خداپناهی و همکاران (۱۳۸۸) طراحی‌شده است. این پرسشنامه به‌منظور سنجش میزان ارضای افراد از حمایت خانواده تهیه گردیده و در سه مؤلفه حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و جستجوی حمایت، اطلاعات لازم را فراهم می‌کند (خداپناهی و همکاران، ۱۳۸۸). پرسشنامه مذکور بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای طراحی‌شده است که شامل گزینه‌های «خیلی زیاد» (نمره ۵)، «زیاد» (نمره ۴)، «نامشخص» (نمره ۳)، «احتمالاً» (نمره ۲) و «هرگز» (نمره ۱) است. در پژوهش خداپناهی و همکاران (۱۳۸۸)، مقدار آزمون کفایت نمونه‌برداری کیزر-مایر-الکین (KMO) که به‌منظور آزمون میزان تبیین واریانس درون داده‌ها و تأیید توانایی عاملی بودن داده‌ها به کار رفت، برابر با ۰/۹۲ به دست آمد. نتایج روایی پرسشنامه با استفاده از روش‌های روایی محتوایی و روایی سازه موردبررسی و تأیید قرار گرفت. روایی سازه نشان داد که گویه‌ها درمجموع ۴۰ درصد از واریانس حمایت اجتماعی خانواده را تبیین می‌کنند. این پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۹۷ از پایایی درونی بالایی برخوردار است و آلفای نهایی برای مؤلفه‌های مقیاس حمایت اجتماعی خانواده بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱ گزارش‌شده است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (AHS): پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر: ابزار سنجش میزان امید به زندگی در پژوهش حاضر، پرسشنامه ۱۲ سؤالی امید به زندگی است که توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۶) طراحی‌شده و هدف آن ارزیابی میزان امید در افراد بالای ۱۵ سال است. این پرسشنامه شامل دو زیرمقیاس تفکر عاملی (سؤالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲) و تفکر راهبردی (سؤالات ۱، ۴، ۷ و ۸) است و چهار سؤال انحرافی (سؤالات ۳، ۵، ۶ و ۱۱) نیز دارد. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» انجام می‌شود، به‌طوری‌که برای سؤالات ۳، ۷ و ۱۱ نمره‌ها معکوس محاسبه می‌شوند. امتیازات بالاتر نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر فرد است و بر

اساس جمع نمرات، میزان امید به سه دسته پایین (۱۲–۲۴)، متوسط (۲۴–۳۶) و بالا (بیش از ۳۶) تقسیم می‌شود. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط استادان و مطالعات آزمایشی تأییدشده و ضریب همسانی درونی کل آزمون بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۹ گزارش‌شده است (خرمایی و همکاران، ۱۴۰۰). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ مناسب به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل‌قبول پرسشنامه است. در ضمن آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای این پژوهش نیز ۰/۷۸ محاسبه شد.

تجزیه‌وتحلیل آماری

پس از کسب رضایت و اعلام آمادگی، داده‌ها از طریق پرسشنامه مجازی (پرسلاین) و کاغذی جمع‌آوری گردید تا ۲۰۰ عدد پرسشنامه کامل به دست آمد و با نرم‌افزارهای SPSS 26 و AMOS 24 تجزیه‌وتحلیل شد. در تحلیل داده‌ها، ابتدا آزمون نرمال بودن متغیرها با استفاده از آزمون‌های نرمالیته چند متغیره انجام شد و سایر پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل مسیر موردبررسی قرار گرفت. سپس برای بررسی فرضیه‌های پژوهش در بخش توصیفی شامل ارائه گزارش میانگین و انحراف معیار محاسبه شد و درنهایت با استفاده از نرم‌افزار ایموس تحلیل مسیر صورت گرفتن و داده‌ها به صورتی که در بخش یافته‌ها مشاهده می‌فرمایید تجزیه‌وتحلیل شد.

یافته‌ها

الف) متغیرهای جمعیت شناختی

پژوهش حاضر بر روی ۲۰۰ نفر از افراد بهبودیافته از سرطان انجام شد. میانگین سنی آن‌ها ۴۷/۸۳ سال با انحراف معیار ۱۵/۴۹ سال بود و دامنه سنی از ۱۷ تا ۸۱ سال متغیر بود. ترکیب جنسیتی نمونه شامل ۶۳/۵ درصد زن و ۳۶/۵ درصد مرد بود. از نظر وضعیت تأهل، بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان متأهل بودند (۷۲/۵ درصد).

در زمینه وضعیت شغلی، بیشتر افراد در گروه‌های کارمند و خانه‌دار قرار داشتند و سایر اطلاعات جمعیت شناختی در جدول ۱ ارائه‌شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر		میانگین	انحراف معیار
	سن	٤٧/٨٣	١٥/٤٩
	متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	زن	۱۲۷	۶۳/۵
	مرد	۷۳	۳۶/۵
وضعیت تأهل	متأهل	۱۴۵	۷۲/۵
	مجرد	۳۰	۱۵
	مطلقه	۱۵	۷/۵
	همسر فوت‌شده	۱۰	۵
وضعیت شغلی	کارمند	۹۰	۴۵
	خانه‌دار	۸۰	۴۰
	آزاد	۳۰	۱۵
تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۱۰۴	۵۲
	کاردانی	۸	۴

کارشناسی	۷۰	۳۵
کارشناسی ارشد	۱۵	۷/۵
دکتری	۳	۱/۵

ب) شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از شاخص‌های توصیفی، میانگین نمره امید در شرکت‌کنندگان ۷۰/۶۹ با انحراف معیار ۱۱/۹۲ بود که در دامنه‌ای بین ۴۶ تا ۹۶ قرار داشت. شاخص‌های کجی و کشیدگی (به‌ترتیب ۰/۲۵- و ۰/۴۱-) نشان می‌دهند که توزیع این متغیر از نرمال بودن فاصله قابل‌توجهی ندارد. میانگین نمره حمایت اجتماعی ۱۱۵/۲۵ با انحراف معیار ۱۳/۲۱ و دامنه نمرات ۹۲ تا ۱۳۶ گزارش شد. مقادیر کجی و کشیدگی آن (۰/۳۸ و ۱/۳۲-) نیز بیانگر توزیع نسبتاً نرمال داده‌هاست. همچنین، میانگین متغیر هدفمندی در زندگی ۸۴/۱۰۵ با انحراف معیار ۴۱/۱۳ و دامنه نمرات ۷۸ تا ۱۳۰ بود. شاخص‌های نرمالیت (کجی = ۰۵/۰- و کشیدگی = ۷۴/۰-) نشان می‌دهند که توزیع این متغیر نیز نرمال است. درنهایت، میانگین نمره تاب‌آوری (CD-RISC) برابر ۴۶/۸۹ با انحراف معیار ۵۴/۱۳ و دامنه نمرات ۶۲ تا ۱۱۵ به‌دست آمد. مقادیر کجی و کشیدگی (به‌ترتیب ۰۱/۰- و ۷۵/۰-) نیز حاکی از نرمال بودن توزیع این متغیر است. به‌طورکلی، شاخص‌های آماری نشان می‌دهند که توزیع تمامی متغیرهای اصلی پژوهش در وضعیت نرمال قرار دارد و داده‌ها از پراکندگی متعادلی برخوردارند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	کجی	کشیدگی
امید به زندگی	۷۰/۶۹	۱۱/۹۲	۴۶	۹۶	۰/۲۶-	۰/۴۱-
حمایت ادراک‌شده از خانواده	۱۱۵/۲۵	۱۳/۲۱	۹۲	۱۳۶	۰/۳۹	۱/۳۲-
هدفمندی در زندگی	۱۰۵/۸۴	۱۳/۴۲	۷۸	۱۳۰	۰/۰۵-	۰/۷۴-
تاب‌آوری	۸۹/۴۶	۱۳/۵۴	۶۲	۱۱۵	۰/۰۱-	۰/۷۵-

ج) همبستگی شاخص‌ها

برای بررسی روابط میان متغیرهای پژوهش، از همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول ۳ ارائه‌شده است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، امید با هدفمندی در زندگی ($p < ۰/۰۵$، $r = ۰/۲۸$) و تاب‌آوری ($p < ۰/۰۵$، $r = ۰/۲۵$) رابطه مثبت و معنادار دارد، اما با حمایت اجتماعی رابطه معنادار نشان نمی‌دهد. در مقابل، حمایت اجتماعی با هدفمندی در زندگی ($p < ۰/۰۱$، $r = ۰/۸۲$) و تاب‌آوری ($p < ۰/۰۱$، $r = ۰/۸۲$) رابطه مثبت و معنادار دارد. همچنین، هدفمندی در زندگی با تاب‌آوری ($p < ۰/۰۱$، $r = ۰/۹۹$) همبستگی بسیار قوی و مثبت دارد که نشان‌دهنده رابطه نزدیک بین این دو متغیر در میان شرکت‌کنندگان است.

جدول ۳. ماتریس همبستگی شاخص‌های پژوهش

	شاخص‌ها	۱	۲	۳	٤
۱	**امید به زندگی**	۱			
۲	**حمایت ادراک‌شده از خانواده**	۰/۰۷	۱		
۳	**هدفمندی در زندگی**	*۰/۲۸	**۰/۸۲	۱	
٤	**تاب‌آوری**	*۰/۲۵	**۰/۸۲	**۰/۹۹	۱

**P < 0.01 ،*P < 0.05

د) بررسی برازش مدل

به‌منظور بررسی میزان انطباق مدل مفهومی با داده‌های پژوهش، شاخص‌های مختلف برازش مورد ارزیابی قرار گرفتند (جدول ۴). همان‌گونه که در جدول زیر مشاهده می‌شود، نسبت خی‌دو به درجه آزادی (χ^2/df =۳/۸۴) کمی بیشتر از مقدار مرزی ۳ است که همچنان پایین‌تر از ۵ و نشان‌دهنده برازش نسبتاً قابل‌قبول مدل است. شاخص برازش تطبیقی (CFI = ۰/۹۱) نیز در حد مطلوب و بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شد. مقدار شاخص دیگر (GFI=۰/۸۹) کمی پایین‌تر از حد مرزی (۰/۹۰) بوده اما همچنان قابل‌قبول است. شاخص تعدیل‌یافته برازندگی (۰/۸۶ = AGFI) نیز در محدوده قابل‌قبول قرار دارد. ریشه میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA = ۰/۰۷) کمتر از ۰/۰۸ و ریشه میانگین باقی‌مانده‌های استانداردشده (۰/۰۶ = SRMR) نیز کمتر از ۰/۰۸ به‌دست آمد که هر دو بیانگر برازش مناسب مدل هستند.با توجه به اینکه شاخص‌های برازش در محدوده نسبتاً قابل‌قبول قرار دارند می‌توان نتیجه گرفت که مدل ساختاری از برازش کلی نسبتاً قابل‌قبول برخوردار است و داده‌های پژوهش با مدل مفهومی پیشنهادی نسبتاً سازگار هستند.

جدول ٤. شاخص‌های برازش

شاخص برازش	χ^2/df	CFI	GFI	AGFI	RMSEA	SRMR
مقدار	۳/۸۴	۰/۹۱	۰/۸۹	۰/۸۶	۰/۰۷	۰/۰۶

ه) بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم

بر اساس مدل مفروض و نتایج تحلیل مسیر، اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش با استفاده از آماره سوبل[1] موردبررسی قرار گرفتند. جدول زیر ضرایب استاندارد مسیرها، اثرات غیرمستقیم از طریق متغیر میانجی «امید به زندگی» و میزان معناداری هر مسیر را نشان می‌دهد.

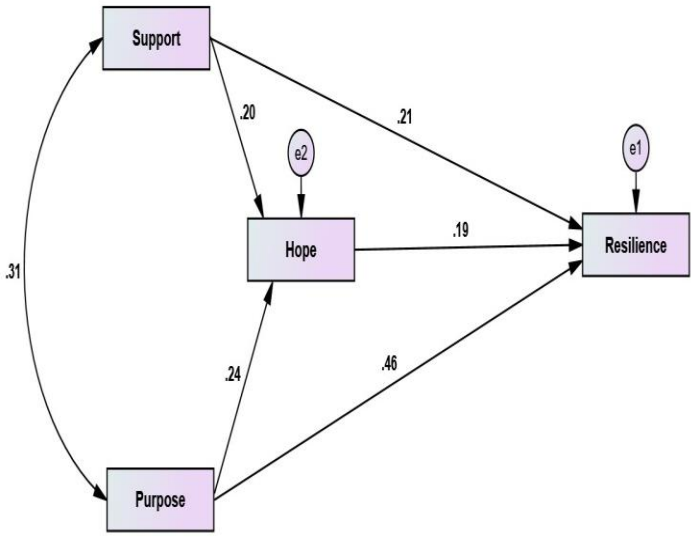
[1] Sobel Test

جدول ۵. ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم (با میانجی‌گری امید به زندگی)	اثر کل
اثر هدفمندی در زندگی بر تاب‌آوری	**۰/۴۶	*۰/۰۵	**۰/۵۱
اثر حمایت ادراک‌شده از خانواده بر تاب‌آوری	*۰/۲۱	*۰/۰۴	**۰/۲۵
اثر هدفمندی در زندگی بر امید به زندگی	**۰/۲۴	—	**۰/۲۴
اثر حمایت ادراک‌شده از خانواده بر امید به زندگی	*۰/۲	—	*۰/۲
اثر امید به زندگی بر تاب‌آوری	*۰/۱۹	—	*۰/۱۹

**P < 0.01 ،*P < 0.05

نتایج نشان داد که هدفمندی در زندگی تأثیر مستقیم مثبت و معناداری بر تاب‌آوری دارد (۰/۰۱ > p، ۰/۴۶ = β) و همچنین از طریق امید به زندگی اثر غیرمستقیم معناداری بر تاب‌آوری اعمال می‌کند (۰/۰۵ > p، ۱/۹۶< Sobel Z، ۰/۰۵ = β). این یافته بیانگر نقش واسطه‌ای امید در تقویت اثر هدفمندی بر تاب‌آوری است. به‌طور مشابه، حمایت ادراک‌شده از خانواده نیز هم به‌صورت مستقیم (۰/۰۱ > p، ۰/۲۱ = β) و هم غیرمستقیم از طریق امید به زندگی (۰/۰۵ > p، ۱/۹۶< Sobel Z، ۰/۰۴ = β) بر تاب‌آوری اثرگذار بود؛ بنابراین، امید به زندگی به‌عنوان متغیر میانجی جزئی در رابطه بین حمایت خانوادگی و تاب‌آوری ایفای نقش می‌کند. درمجموع، نتایج مدل نشان می‌دهد که هر دو متغیر هدفمندی و حمایت خانوادگی با افزایش سطح امید، موجب ارتقای تاب‌آوری در افراد می‌شوند و اثرات کل هر دو مسیر در سطح معنادار تأییدشده است. در نمودار ۱ مدل پژوهش آورده شده است.



نمودار ۱. مدل تحلیل مسیر

بحث

یافته‌های این پژوهش با تأکید بر این‌که هدفمندی در زندگی و حمایت ادراک‌شده از خانواده هر دو به‌صورت مستقیم با تاب‌آوری بیماران بهبودیافته از سرطان ارتباط مثبت دارند و نیز این ارتباطات از طریق میانجی امید به زندگی تقویت می‌شوند، با ادبیات نظری و پژوهشی اخیر همخوانی دارد. در اینجا چند نکته محوری را می‌توان برجسته کرد:

اول اینکه، رابطه مثبت هدفمندی در زندگی با تاب‌آوری، با نتایج مطالعات پیشین تطابق دارد. به‌عنوان‌مثال، در مطالعه‌ای در میان بازماندگان سرطان سینه، هدفمندی در زندگی با نرخ مرگ‌ومیر پایین‌تر مرتبط بوده است (لو و همکاران، ۲۰۲۵). این یافته تأییدی است بر این‌که داشتن معنا، جهت و هدف روشن در زندگی می‌تواند منبع مهمی برای توانمند کردن افراد بهبودیافته باشد تا چالش‌های پس از سرطان را بهتر مدیریت کنند. در این زمینه، معنی‌یابی و تجدید هدف زندگی پس از تجربه بیماری، می‌تواند به‌عنوان منبع تقویت‌کننده تاب‌آوری عمل کند.

دوم، نقش حمایت خانوادگی ادراک‌شده نیز بسیار مهم است. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که افرادی که احساس می‌کنند از سوی خانواده یا شبکه اجتماعی‌شان حمایت می‌شوند، منابع روانی‌شان برای مواجهه با دشواری‌ها قوی‌تر است. برای نمونه، مطالعه‌ای با بیماران سرطان مثانه نشان داد که حمایت ادرک شده خانوادگی و اجتماعی، امید و تاب‌آوری باکیفیت زندگی مرتبط هستند (چن و همکاران، ۲۰۲۳؛ ورتاک، ۲۰۱۵) و پشتیبانی اجتماعی بخش فراوانی از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کرد (لی و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین، مطالعه‌ای در زمینه سرطان پروستات نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، امید و تاب‌آوری با علائم افسردگی در ارتباط هستند (ژاو و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج ما دقیقاً در این مسیر قرار می‌گیرند و با افزایش حمایت خانوادگی، امید بالاتر و تاب‌آوری بیشتر مشاهده‌شده است.

سوم و مهم‌تر، نقش میانجی امید به زندگی در این مدل بسیار قابل‌تأمل است. داده‌های ما نشان دادند که امید به زندگی به‌عنوان متغیر میانجی، امکان تقویت اثر هدفمندی و حمایت خانوادگی بر تاب‌آوری را فراهم می‌آورد. این امر با مطالعاتی که امید را به‌عنوان عامل مؤثر میان منابع حمایتی و نتایج روانی بیماران نشان داده‌اند، مطابقت دارد؛ برای مثال، پژوهشی نشان داد که میانجی‌گری امید در ارتباط میان پشتیبانی اجتماعی و تاب‌آوری بیماران سرطان وجود دارد (سو و همکاران، ۲۰۲۱). از دیدگاه نظری، امید به زندگی شامل ادراک امکان دستیابی به اهداف و مسیرهای معنادار برای آینده است (اشنایدر، ۲۰۲۲) و لذا می‌تواند به‌عنوان واسطه‌ای بین منابع خارجی (حمایت خانوادگی) و منابع داخلی (تاب‌آوری) عمل کند.

چهارم، اما نکته‌ای که قابل‌توجه است و باید با احتیاط تفسیر شود، مقدار بسیار بالای همبستگی میان هدفمندی در زندگی و تاب‌آوری ($r \approx ۰/۹۹$) است. این مقدار همبستگی بسیار بالاتر از آن چیزی است که معمولاً در مطالعات میان‌روایی مشاهده می‌شود و احتمال دارد چند عامل در آن دخیل باشند: نخست، ممکن است در این نمونه خاص، سازه‌های هدفمندی و تاب‌آوری تا حد زیادی همپوشانی مفهومی داشته باشند؛ دوم، ویژگی جامعه نمونه بیماران بهبودیافته از سرطان ممکن است

باعث شود که این افراد به‌صورت خاصی تجربه هدفمند بودن و تاب‌آوری بالا را تجربه کنند؛ سوم، احتمال وجود هم‌خطی بالا یا اثرات مشترک متغیرها وجود دارد. در مطالعات مشابه، چنین همبستگی‌های بسیار بالا به‌عنوان نشانه‌ای برای بررسی دقیق‌تر ساختار متغیرها توصیه‌شده‌اند. مثلاً مطالعه‌ای درباره «خودکارآمدی و امید» نشان داد که میانجی‌گری امید بین پشتیبانی اجتماعی و تاب‌آوری در بیماران سکته رخ می‌دهد (سان و همکاران، ۲۰۲۴). لذا، در بحث تفسیر این یافته، باید تأکید شود که این همبستگی بالا ممکن است مستلزم ارزیابی‌های بیشتر، ازجمله تحلیل هم‌خطی، تفکیک دقیق‌تر مفهومی و طراحی طولی باشد. به دلیل هم‌خطی شدید که در بالا اشاره شد، یافته‌های مدل باید با احتیاط فراوان تفسیر شوند و در تعمیم‌دهی نتایج محدودیت جدی وجود دارد.

نتیجه‌گیری

هدفمندی در زندگی و حمایت خانوادگی، باواسطه امید به زندگی، از عوامل کلیدی ارتقای تاب‌آوری در بیماران بهبودیافته از سرطان هستند و توجه به این عوامل می‌تواند به بهبود برنامه‌های پس از درمان و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها کمک نماید. با توجه به این نتایج، پیشنهاد می‌شود که در مداخلات روان‌شناختی و مراقبتی برای بیماران بهبودیافته از سرطان، تمرکز ویژه‌ای بر تقویت هدفمندی زندگی (مثلاً از طریق معنا درمانی، تعیین هدف‌های زندگی پس از بهبود) و نیز ارتقای حمایت خانوادگی (آموزش خانواده، گروه‌های حمایتی، تسهیل ارتباط میان بیمار و خانواده) در نظر گرفته شود. همچنین، امید به زندگی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های میانجی موردتوجه قرار گیرد و برنامه‌هایی طراحی شود که چشم‌انداز مثبت آینده، مسیرهای دستیابی به هدف و معنای زندگی را در بیماران تقویت کنند.

نتایج پژوهش نشان داد که هدفمندی در زندگی و حمایت خانوادگی، با نقش میانجی امید به زندگی، با افزایش تاب‌آوری در بیماران بهبودیافته از سرطان ارتباط دارند و می‌توانند در ارتقای کیفیت زندگی این افراد نقش حمایتی ایفا کنند. بااین‌حال، باید تأکید شود که مدل به‌کاررفته دچار چندخطی گرایی شدید میان برخی متغیرها به‌ویژه میان هدفمندی و تاب‌آوری بوده است (همبستگی بسیار بالا). این موضوع می‌تواند بر دقت ضرایب مسیر، توانایی تفکیک اثرات مستقل متغیرها و اعتبار استنباط‌های علی تأثیر بگذارد؛ بنابراین، یافته‌ها باید با احتیاط و در چارچوب این محدودیت آماری تفسیر شوند.

در مطالعات آینده توصیه می‌شود طراحی‌های طولی یا مداخلاتی در نظر گرفته شود تا جهت علیّت روابط میان هدفمندی، حمایت خانوادگی، امید و تاب‌آوری روشن‌تر شود. علاوه بر آن، جامعه نمونه می‌تواند گسترش یابد و متغیرهای بالینی، درمانی، اقتصادی-اجتماعی نیز کنترل شوند تا پایایی نتایج افزایش یابد. همچنین، حجم نمونه توصیه‌شده برای چنین پژوهشی بیشتر از ۲۰۰ نفر است و توصیه می‌شود در پژوهش آتی این مقدار افزایش یابد.

سپاسگزاری

این پژوهش بدون پشتوانه مالی دولتی یا سازمانی انجام‌شده است و هیچ تعارض منافعی بین هیچ‌کدام از نویسندگان وجود ندارد. با سپاس از تمامی بیمارانی که باوجود شرایط سخت زندگی باحوصله به سؤالات این پژوهش پاسخ دادند. شرکت‌کنندگان به‌صورت کتبی رضایت دادند، اطلاعات آنان محرمانه نگه‌داشته شد،

امکان خروج از پژوهش در هر زمان برای آن‌ها محفوظ بود و تمامی هزینه‌ها توسط پژوهشگر تأمین شد.

References

Abeloff, M. D., Armitage, J. O., Niederhuber, J. E., Kastan, M. B., & McKenna, W. G. (2008). *Abeloff's clinical oncology e-book*. Elsevier Health Sciences.

Babazadeh Nemini, S., Elahi, S. A., Sairfi, M. R., Sabet, M., & Azadeh, P. (2011). Predicting growth after trauma based on perceived social support; The mediating role of resilience in women with breast cancer: A structural equation modeling approach. *Health Education and Health Promotion, 9*(2), 172-186.

Bennich, B. B., Røder, M. E., Overgaard, D., Egerod, I., Munch, L., Knop, F. K., & Vilsbøll, T. (2020). Supportive family relationships and diabetes distress in adults with type 2 diabetes: Results from the DD2 study. *Diabetic Medicine, 37*(6), 924-932.

Chen, C., Sun, X., Liu, Z., Jiao, M., Wei, W., & Hu, Y. (2023). The relationship between resilience and quality of life in advanced cancer survivors: Multiple mediating effects of social support and spirituality. *Frontiers in Public Health, 11*, 1207097. Doi: 10.3389/fpubh.2023.1207097

Cheraghi, M., Areezisamani, S., & Farahani, H. A. (2008). A study of the validity, reliability, factor analysis and norming of Grambaf and Mahulik's Goal in Life Questionnaire. *Journal of Psychology, 12*(4), 396-412.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. Doi: 10.1002/da.10113

Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology, 20*(2), 200-207. Doi: 10.1002/1097-4679(196404)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-7

Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Washington Square Press.

Green, D. M., & D'Angio, G. J. (1991). *Late effects of treatment for childhood cancer*. Wiley-Liss

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage Learning.

Hashemi, N. (2019). *Psychological challenges in cancer patients*. Khat Akare Publications.

Hsu, H. T., Juan, C. H., Chen, J. L., & Hsieh, H. F. (2021). Mediator roles of social support and hope in the relationship between body image distress and resilience in breast cancer patients undergoing treatment: A modeling analysis. *Frontiers in Psychology, 12*, 695682. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.695682

Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review, 22*(4), 499-524.

Kelley, D. E., Kent, E. E., & Arora, N. K. (2021). Family matters in survivorship: The role of family functioning in quality of life for survivors of colorectal cancer. *Supportive Care in Cancer, 29*(6), 3299-3307.

Khodapanahi, M., Asghari, A., Sedgpour, S., & Katibaei, J. (2009). Construction, validation and validation of the Family Social Support Questionnaire (a

preliminary study). *Family Studies, 5*(4), 423-439

Khormaei, F., & Kamari, S. (2021). Investigating the psychometric properties of the Hope for Education Scale (AHS): Student form. *Journal of Education and Learning Studies, 13*(1), 247-274.

Li, M. Y., Yang, Y. L., Liu, L., et al. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes, 14*, 73. Doi: 10.1186/s12955-016-0481-z

Luo, J., Hooker, S. A., Kroenke, C. H., Hendryx, M., Naughton, M. J., Du, Y., Tindle, H. A., Ballinger, T. J., Jung, S. Y., Weitlauf, J. C., Benzo, R. M., Qi, L., Lane, D. S., & Margolis, K. L. (2025). Purpose in life and mortality among breast cancer survivors. *Health Psychology*. Advance online publication. Doi: 10.1037/hea0001563

Motalebi, M. (2015). *Comparison of attachment styles, fear of intimacy, purpose in life and quality of life among cancer patients and normal individuals* [Master's thesis, Urmia University].

Mousavi, S. Z., Goodarzi, M. A., & Taghavi, S. M. R. (2019). Predicting post-traumatic growth based on gratitude and perceived social support in women with leukemia. *Health Psychology, 8*(30), 39-53. Doi: 10.30473/hpj.2019.40332.4008

Nouzari, R., Najafi, S. S., & Momennasab, M. (2019). Post-traumatic growth among family caregivers of cancer patients and its association with social support and hope. *International Journal of Community-Based Nursing and Midwifery*, 7(4), 319-328.

Rahmani, M. (2019). *Comparison of life expectancy, time perspective and meaning in life in individuals with post-traumatic growth and normal individuals (Case study: Patients with sarcoma cancer)* [Master's thesis, Islamic Azad University, Malard Branch].

Samani, S., & Jokar, B. (2007). Resilience, mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 13*(3).

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry, 13*(4), 249-275.

Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 321-335. Doi: 10.1037/0022-3514.70.2.321

Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2018). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges* (2nd ed.). Cambridge University Press.

Steger, M. F. (2012). Making meaning in life. *Psychological Inquiry, 23*(4), 381-385. Doi: 10.1080/1047840X.2012.720832

Sun, B., Wang, N., Li, K., Yang, Y., & Zhang, F. (2024). The mediating effects of hope on the relationships of social support and self-esteem with psychological resilience in patients with stroke. *BMC Psychiatry, 24*, 340. Doi:10.1186/s12888-024-05744-w

Vartak, J. (2015). The role of hope and social support on resilience in cancer patients. *Indian Journal of Mental Health, 2*(1), 35-42. Doi: 10.30877/IJMH.2.1.2015.35-42

Wnuk, M., Marcinkowski, J. T., & Fobair, P. (2012). Purpose in life and hope in cancer patients. *Journal of*

Psychosocial Oncology, 30(6), 649-659.

Zhao, X., Sun, M., & Yang, Y. (2021). Effects of social support, hope and resilience on depressive symptoms within 18 months after diagnosis of prostate cancer. *Health and Quality of Life Outcomes,* 19, 15. Doi:10.1186/s12955-020-01660-1