مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال دوم، شماره سوم و چهارم، پاییز و زمستان ۸۸

بررسی رابطهٔ بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی

***مهرانگیز شعاع کاظمی:** استادیار گروه مشاوره، دانشگاه الزهراء

مهرآورمؤمنی جاوید: دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه الزهراء

چکیده

مقدمه: مقالهٔ حاضر با هدف بررسی رابطهٔ بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران زن مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی صورت پذیرفت.

روش بررسی: نمونهٔ پژوهش شامل ۱۰۰ زن مبتلا به سرطان بود که بعد از گذشت ۲ سال از عمل جراحی جهت کنترل بیماری هر سه ماه یک بار به پزشک متخصص انکولوژی مراجعه می‌کردند. سن بیماران در محدودهٔ ۵۰-۳۵ سال قرار داشت. فرضیهٔ پژوهش این بود که بین کیفیت زندگی و امید به زندگی رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد. طرح پژوهش توصیفی- تحلیلی بود. ابزار پژوهش شامل دو پرسشنامه ۱- پرسشنامهٔ امید اسنایدر (۱۰ سؤال) با جهت‌گیری مثبت و منفی که ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و ضریب پایایی پس از یک ماه ۰/۷۴ محاسبه شد. ۲- مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی(WHOQOL-BREEF) با ۲۶ سؤال در ابعاد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیط زندگی بودکه اعتبار آن ۷۸/. برآورد گردید. آزمون‌های آماری مورد استفاده آمار توصیفی و استنباطی(همبستگی و رگرسیون) بود.

یافته‌ها و نتیجه‌گیری: داده‌های پژوهش حاکی از رابطهٔ مثبت و معنی‌دار بین امید به زندگی و کیفیت زندگی بود. بدین صورت که هرچه امید به زندگی بالاتر، کیفیت زندگی نیز مطلوب‌تر خواهد بود و بالعکس. در نتیجه توان پیش‌بینی کیفیت زندگی بهتر از روی امید به زندگی نیز وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، بیماران مبتلا به سرطان، امید به زندگی، جراحی

*نشانی نویسندهٔ پاسخگو:: تهران، دانشگاه الزهرا، مهرانگیزشعاع کاظمی

تلفن: ۰۹۱۲۴۷۸۶۸۳۲ نشانی الکترونیک: M_shkazemi@yahoo.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1388.2.3.3.0]

مقدمه

خوشبختانه تحقیقات نشان می‌دهد که بیماری سرطان در خانم‌ها اغلب در قسمت‌هایی از بدن ایجاد می‌شود که به راحتی با معاینهٔ پزشک قابل تشخیص است. شایع‌ترین سرطان‌های مشترک در خانم‌ها، سرطان پستان و بعد از آن سرطان‌های کولورکتال[۱]، ریه و رحم می‌باشد. بیشتر این سرطان‌های نهفته در نقاط مختلف بدن اگر به‌موقع تشخیص داده شوند، به‌خوبی به درمان جواب می‌دهند. [۱].

سرطان پستان

عوامل خطر: اولین زایمان بعد از سی و پنج سالگی، نداشتن بچه، سابقهٔ خانوادگی سرطان پستان در وابستگان درجه یک، قرارگرفتن در معرض پرتوزایی پیش از سی سالگی، تماس با آفت‌کش‌ها، سیگارکشیدن، ورزش نکردن، زیادی استروژن و چاقی.

علایم خطر: وجود غده در پستان، ضخیم‌شدگی و هر تغییر در حالت پستان مثل فرورفتگی یا کشیدگی رو به بالا، ضخیم‌شدگی یا تورم نوک پستان، خارش، قرمزی و یا آزردگی نوک پستان (غیر از مورد شیردادن) و ترشح غیر عادی پستان[۲].

معمولاً خطر بروز سرطان با بالا رفتن سن به‌ویژه از میانسالی به بعد افزایش می‌یابد. در همهٔ انواع سرطان میزان بروز بیماری از ۴۰ تا ۸۰ سالگی، چهار برابر می‌شود. خطر بروز سرطان با جنس رابطه دارد. بجز سرطان پوست، عمده‌ترین سرطان‌هایی که به‌تازگی تشخیص داده شده است، در مردان سرطان پروستات و در زنان سرطان پستان و برای هر دوجنس سرطان ریه و کولورکتال می‌باشد. ارتباط میان سرطان و عوامل فرهنگی– اجتماعی در اطلاعات مربوط به مرگ‌ومیرهای ناشی از سرطان دو برابر آمریکایی‌های آسیایی، آمریکایی‌های بومی و اسپانیایی زبان‌ها است و میزان مرگ‌ومیر سفیدپوستان در حد بینابینی است[۳].

در بین ۸ سرطان شایع، سرطان ریه (۲ برابر)، پستان (۳ برابر)، پروستات (۲/۵ برابر) و کولورکتال (۳ برابر) در کشورهای پیشرفته شایع‌تر از کشورهای درحال توسعه است. بروز سرطان معده در کشورهای پیشرفته و درحال توسعه مشابه می‌باشد ولی در آسیا، آمریکای شمالی و آفریقا شیوع بیشتری دارد. تخمین زده می‌شود که ۹ فاکتور خطر، مسئول بیشتر از یک‌سوم سرطان‌ها در جهان می‌باشند که این موارد عبارت‌اند از: سیگار کشیدن، مصرف الکل، چاقی، نداشتن فعالیت بدنی، مصرف کم میوه و سبزیجات، تماس جنسی پرخطر، آلودگی هوا، دودهای داخل خانه ناشی از سوخت‌های خانگی و تزریقات آلوده[۲].

در پژوهش‌های دیگری که توسط ونگ (۲۰۰۶) انجام شده است بیان می‌کنند به‌دنبال رویکرد بالینی ویکتور فرانکل و نظریه‌پردازان بعدی سه نوع معنای زندگی از تحقیقات تجربی و نظری نشأت می‌گیرد که عبارت‌اند از: معنای شخصی، معنای موقت و معنای نهایی[۴] در مقاله‌ای با عنوان روان‌درمانی و سرطان می‌نویسد، تحقیقات نشان می‌دهند که حتی وقتی افراد مبتلا فرصتی برای بیان احساسات خود داشته‌اند، در روند بهبود آن‌ها تأثیر مهمی دیده شده است. او می‌نویسد از نتایج مثبت می‌توان کیفیت بهتر زندگی، کاهش استرس و افزایش دفاع بدن در برابر بیماری را نام برد[۵].

پژوهشی توسط گودوین و همکاران (۲۰۰۱) در انگلستان با عنوان تأثیر گروه درمانی ابزاری – حمایتی بر بقاء یا زنده‌ماندن بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت. نتایج چنین گزارش شد: در بررسی‌های چندمنظوره به‌صورت تصادفی ۲۳۵ زن مبتلا به سرطان پستان دارای متاستاز انتخاب شدند. ۱۵۸ نفر به‌عنوان گروه آزمایش به‌طور هفتگی در گروه‌های حمایتی شرکت کردند. ۷۷ نفر به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. نتایج نشان دادند که روان‌درمانی گروهی موجب طول عمر گروه آزمایش نگردید اما، زنان گروه درمانی پیشرفت‌های گسترده‌ای را در زمینهٔ علایم روانی– اجتماعی نشان دادند و درد کمتری را نسبت به گروه کنترل گزارش کردند. نکتهٔ جالب توجه در گروه آزمایش در رابطه با امتیاز روانی– اجتماعی خط پایهٔ گزارش شد. زنانی که پریشان خاطرتر بودند، وضعیت بهتری را بروز دادند و بهبود یافتند، درصورتی‌که آن‌هایی که پریشانی کمتری داشتند، بهبودی محسوس پیدا نکردند[۲].

۱. این واژه به دو قسمت از رودهٔ بزرگ اشاره می‌کند. کولون نام قسمت پایینی رودهٔ بزرگ است که بین ۱/۵ تا ۱/۸ متر طول دارد. رکتوم به حدود ۱۲/۵ تا ۱۵ سانتی‌متر انتهایی کولون گفته می‌شود که رودهٔ بزرگ را به طرف خارج بدن هدایت می‌کند.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1388.2.3.3.0]

کاترین، بالتر و کاپمن (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای که در یکی از مراکز پزشکی دانشگاه کالیفرنیا در مورد بیماران سرطانی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند بیمارانی که به‌طور هفتگی در گروه درمانی حمایتی شرکت کردند، به بیان هیجانات و احساسات خود نسبت به بیماری پرداختند و تحت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و آشنایی با نحوهٔ عملکرد تومور قرار گرفتند، نسبت به گروه کنترل بهبود داشتند و مدت زنده ماندن آن‌ها نیز به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. مک آردل (۱۹۹۶) در پژوهشی ۲۷۲ زن مبتلا به سرطان پستان را مورد بررسی قرار داد. از این تعداد بیمارانی نیز به‌طور تصادفی برای دریافت مراقبت‌های ویژه انتخاب شدند. این مراقبت‌ها شامل توجهات ویژه از جانب کارکنان بخش عمومی و روان‌درمانی حمایتی بود. آردل گزارش می‌دهد تنها گروهی که برنامهٔ روان‌درمانی حمایتی مرا دریافت کرده بودند، کاهش معنی‌داری را در میزان ناراحتی‌های روانی خویش نشان دادند[۲].

در پژوهشی که به بررسی اثربخشی روان‌درمانی حمایتی به شیوهٔ گروهی بر کاهش اختلالات روانی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته است، نتایج پژوهش وی حاکی از مفید و مؤثر بودن روان‌درمانی حمایتی بر کاهش علایم وسواسی، کاهش شکایت‌های جسمانی، کاهش ناکارآمدی روابط متقابل بیماران، کاهش افسردگی، کاهش اضطراب، کاهش پرخاشگری، کاهش ترس‌های مرضی، کاهش افکار پارانوئیدی و کاهش گرایش‌های روان‌پریشانه در بیماران سرطانی می‌باشد[۶].

سبحانی فرد (۱۳۸۰) در پژوهشی که به بررسی اثربخشی روان‌درمانی حمایتی در کاهش اختلالات روانی زنان مبتلا به سرطان پستان در مرکز بیماری‌های پستان بیمارستان تجریش تهران انجام داده است، به نتایج مشابه پژوهش‌های خارجی و داخلی رسیده است و معتقد است که روان‌درمانی حمایتی باعث بروز اثرهای مثبتی در بیماران سرطانی از جمله ارتقاء سیستم ایمنی بدن، کاهش مشکلات روانی و افزایش امید و آرزو و کاهش اضطراب و افسردگی در آنان می‌شود[۲].

کیفیت زندگی و ارزیابی که افراد از کیفیت زندگی[۲] خود دارند در سال های اخیر ارزش زیادی پیدا کرده است. به اعتقاد برخی از پژوهشگران دانشگاه تورنتو (۲۰۰۵) میزان لذتی که افراد از زندگی خود می‌برند و میزان رضایتی که از زنده بودن خود دارند، مهم‌ترین فرصت و امکان بالقوهٔ آن‌ها برای برخورداربودن از یک زندگی شاد و سلامت جسمی و روان‌شناختی است[۷].

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند: کیفیت زندگی برآیند طیف‌های مختلف زندگی مانند عوامل تعیین کنندهٔ سلامت، شادی (از جمله راحت بودن محیط فیزیکی و رضایت شغلی)، آموزش دستاوردهای اجتماعی و هوشی، آزادی عمل، عدالت و نبودن ستم است[۸].

دانشمندان مختلف تعاریف مختلفی برای کیفیت زندگی ارائه داده‌اند ولی تمامی پژوهشگران در مورد مفهوم کیفیت زندگی در سه اصل توافق دارند:

۱- کیفیت زندگی حاصل یک ارزشیابی ذهنی است و خود بیمار بهتر از هرکس دیگری می‌تواند راجع به کیفیت زندگی خود قضاوت کند. اما، گاهی شرایطی وجود دارد که این قضاوت را برای بیمار مشکل می‌سازد که در این موارد خاص از فرد مراقبت‌کننده (پزشک و پرستار) می‌خواهیم ارزیابی را انجام دهد.

۲- کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا، بدین معنا که در طول زمان همگام با تغییرات درونی و بیرونی تغییر می‌کند.

۳- کیفیت زندگی یک مفهوم چند بُعدی می‌باشد و باید از زوایا و ابعاد مختلفی سنجیده شود که این ابعاد محور اصلی چهارچوب پنداشتی تحقیقات کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد[۹].

کیفیت زندگی مقوله‌ای پیچیده است. ارائهٔ تعریفی واضح و روشن برای ارتقاء کیفیت زندگی کار دشواری است، اما شاید بتوان گفت راه ارتقاء کیفیت زندگی آن است که به افراد کمک کرد تا بتوانند توانایی‌های بالقوهٔ خود را با انتخاب بهترین راه و روش به فعل درآورند. کیفیت زندگی بهترین معیار و ملاک اندازه‌گیری توان فرد برای سازگاری موفقیت‌آمیز با چالش‌های موجود دردنیای واقعی است. محیط کار، خانه و اوقات فراغت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در منابع گوناگون عمومی و تخصصی تعاریف متفاوتی از کیفیت زندگی ارائه شده است که از "رضایت زندگی" تا "توانایی عملکردی فرد" گسترده است. مفاهیمی که برای فهم کیفیت زندگی به‌کار می‌روند شامل

[2]. Quality of Life

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1388.2.3.3.0]

خشنودی و ناخشنودی، شرایط زندگی، شادکامی، ناشادمانی، تجربهٔ زندگی و عواملی مانند آسایش، وضعیت عملکردی، وضعیت اجتماعی–اقتصادی، استقلال و شرایط محیطی می‌باشد[۱۰].

شاخص‌های کیفیت زندگی: به‌طور کلی شاخص‌های ذهنی، همان برداشت ذهنی و قضاوت فردی هر شخص از وضعیت زندگی خودش است و به عوامل درونی وابسته است. شاخص‌های ذهنی بر این مبنا طرح‌ریزی شده‌اند که کیفیت زندگی مفهومی ذهنی، چند بُعدی و پیچیده است و فرآیندی است که علاوه بر ارضاء نیازهای حیاتی، جنبه‌هایی را که باعث شکوفایی می‌گردد نیز شامل می‌شود. در زمینهٔ ارزیابی کیفیت زندگی برخی بر این باورند که شاخص‌های ذهنی در مقایسه با شاخص‌های عینی بهتر می‌توانند آسایش و رفاه بیماران را تعیین کنند[۱۱].

سمیعی سیبنی(۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر مشاوره با خانواده بر مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان به این نتیجه رسید که مشاوره با خانواده سبب ارتقاء مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی بیماران شده است[۱۲].

نتایج پژوهش طاهری و امیری(۱۳۸۹) حاکی از آن است که بین سطوح افسردگی، اضطراب و استرس با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان رابطهٔ معکوس و معنی‌داری وجود دارد. به این ترتیب که کیفیت زندگی در بیمارانی که افسردگی، اضطراب و استرس بیشتری داشتند به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از بیمارانی با سطوح افسردگی، اضطراب و استرس کمتر بود[۱۳].

بنسون وارد(۲۰۰۶) در مرور مطالعات مربوط به امید می‌گوید سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق العاده رابطهٔ مثبت دارد[۱۴].

اسنایدر (۲۰۰۶) در پژوهشی به این نتیجه رسید که بین امیدواری بالا و هیجانات مثبت و امیدواری پایین و هیجانات منفی همبستگی معنی‌داری وجود دارد. به این صورت که امیدواری پایین یا کم، نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند که مستقل از علایم تشخیص و سایر مهارت‌های مقابله‌ای است[۱۵].

جکسون، ویس و لاندکویست(۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که امید با عملکردهای سازگارانه نظیر سازگاری روانشناختی،سلامت جسمی و مهارت حل مسئله رابطهٔ مستقیم دارد[۱۶].

فرگوسن(۲۰۰۶) در پژوهشی به بررسی رابطهٔ بین امید و اعتقادهای معنوی در نوجوانان سرطانی پرداخت. نمونهٔ مورد مطالعهٔ او ۷۸ نوجوان در سنین ۲۰-۱۳ سال بودند. نتایج حاکی از آن است که نوجوانان دختر نمره‌های امید بالاتری را درمقایسه با نوجوانان پسر گزارش کرده‌اند همچنین نوجوانان پسر ۱۷-۱۵ ساله به امید بالاتری نسبت به نوجوانان ۱۷-۱۳ ساله داشتند[۱۷].

فرضیهٔ پژوهش : بین کیفیت زندگی و امید به زندگی رابطهٔ معنی‌داری وجود دارد.

روش‌شناسی پژوهش : طرح پژوهش توصیفی-تحلیلی بود. نمونهٔ پژوهش شامل ۱۰۰ زن مبتلا به سرطان بودند که بعد از ۲ سال از عمل جراحی جهت کنترل بیماری هر سه ماه یک‌بار به پزشک متخصص انکولوژی مراجعه می‌کردند. سن بیماران در محدودهٔ ۵۰-۳۵ سال قرار داشت. لازم به ذکر است که نمونه‌گیری به‌شکل تصادفی ساده بوده است.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش

۱- پرسشنامهٔ امید اسنایدر (۱۰ سؤال) با جهت‌گیری مثبت و منفی که ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و ضریب پایایی پس از یک‌ماه ۰/۷۴ محاسبه شد. پرسشنامهٔ امید تأیید اعتبار سازه‌ای توافقی و تفکیکی قابل توجهی را دریافت کرده است. در اعتبار سازه‌ای، افراد امیدوار به‌راحتی راه‌های زیادی برای رسیدن به اهدافشان ایجاد می‌کنند و از عاملیت ذهنی بیشتر برای به‌کارگیری آن راه‌ها برخوردارند. در رابطه با اعتبار تفکیکی پرسشنامهٔ امید همبستگی قابل قبولی با IQ و خودآگاهی ندارد. در رابطه با اعتبار توافقی، پرسشنامهٔ امید با پرسشنامه‌های مختلفی که برای ارزیابی مفاهیم مشابه به‌کار رفته است، همبستگی مثبت دارد. نظیر مثبت‌نگری.(اسکیرو و کارور۱۹۸۵) انتظارات کلی در رابطه با موفقیت (فیبل و هال۱۹۸۵) حل مسئله (هیپز و پیترسون۱۹۸۲) خودکارآمدی (پرسشنامهٔ ستیر ۱۹۸۲) و نمرات عزت نفس (روزنبرگ۱۹۶۵). در ارتباط با کارآمدی تفکیکی پرسشنامهٔ امید در بررسی واریانس قدرت با سایر متغیرهای پیش‌بینی‌کننده، پیش‌بینی‌کنندگی اختصاصی دارد. اولاً پرسشنامهٔ امید به‌طور معنی‌داری قدرت

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1388.2.3.3.0]

پیش‌بینی‌کنندگی چندین متغیر معیار را در رابطه با عزت نفس تقویت کرده‌است ثانیاً هنگامی که پرسشنامهٔ تأثیرگذاری (واتسون۱۹۸۸) و پرسشنامهٔ امید در تحلیل رگرسیون توانایی مقابله (کارور – اسکیرو۱۹۸۹) به کار گرفته شدند، پرسشنامهٔ امید به‌عنوان یک واریانس اختصاصی مورد تأیید قرار گرفت ثالثاً در تحلیل رگرسیونی که با پرسشنامهٔ اضطراب (اسپیلبرگ۱۹۷۰) و پرسشنامهٔ اضطراب (تیلور۱۹۵۴) و پرسشنامهٔ امید به‌عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده و مهارت‌های مقابله‌ای و تمرکز بر مسئله به‌عنوان متغیر ملاک انجام پذیرفت، پرسشنامهٔ امید به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی هر دو فرم پرسشنامه‌های اضطراب را تقویت و تأیید کرد[۱۸].

۲- مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی(WHOQOL-BREEF) که دارای ۲۶ سؤال و دارای ۴ زیر مقیاس است. مقیاس‌ها شامل: سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی است. پایایی کل آزمون ۷۸٪ ارزیابی شد. برای بررسی پایایی از روش‌های بازآزمایی، تنصیفی و ثبات درونی استفاده شد. در روش بازآزمایی از روش همبستگی پیرسون بین دوبار اجرای تست در یک فاصلهٔ زمانی سه هفته‌ای استفاده شد. در روش تنصیفی آیتم‌های مقیاس به دو بخش زوج و فرد تقسیم شد و از روش همبستگی برای ضریب پایایی استفاده گردید و در پایان جهت ثبات درونی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد تا ضریب آن محاسبه گردد[۷].

پایایی و روایی ابزار اندازه گیری

شعاع کاظمی(۱۳۸۹)اعتبار پرسشنامهٔ امید را دریک گروه ۳۵نفره از بیماران مبتلا به سرطان که جزءگروه نمونهٔ پژوهش نیز بودند، با استفاده از آلفای کرونباخ ۷۹/. ارزیابی نموده است. در ضمن روایی صوری و محتوایی آن نیز از نظر اساتید روانشناسی خوب ارزیابی گردید.

پرسشنامهٔ کیفیت زندگی نیز در پژوهش حاضر با یک گروه ۳۵ نفره از بیماران سرطانی که ۲ سال از بیماری آن‌ها گذشته بود با استفاده از روش بازآزمایی پس از دو هفته ۸۱/. ارزیابی گردید[۱۰].

داده های پژوهش

یافته‌های پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی ارائه شده است.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک آزمودنی ها بر اساس سن

سن	فراوانی	درصد
۳۵-۴۰	۳۷	۳۷
۴۰-۴۵	۴۵	۴۵
۴۵-۵۰	۱۸	۱۸
جمع	۱۰۰	۱۰۰

داده‌های توصیفی جدول بالا نشان می دهد که از کل حجم نمونهٔ مورد پژوهش، بیشترین حجم نمونه در دامنهٔ سنی۴۵-۴۰ سال(۴۵نفر) و کمترین میزان در دامنهٔ سنی ۵۰-۴۵ سال(۱۸نفر) قرار دارند.

جدول۲: اطلاعات دموگرافیک آزمودنی ها براساس مدت ابتلا به بیماری

مدت ابتلا به بیماری	فراوانی	درصد
۵- ۲سال	۶۵	۶۵
۸-۵سال	۳۵	۳۵
جمع	۱۰۰	۱۰۰

با توجه به نتایج جدول بیشترین درصد آزمودنی‌های مبتلا به بیماری بین ۵-۲ سال با ۶۵ درصد قرار دارد.

جدول ۳: اطلاعات دموگرافیک بر اساس تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد
پایین‌تر از دیپلم	۲۰	۲۰
دیپلم	۳۵	۳۵
فوق دیپلم	۱۴	۱۴
لیسانس	۱۹	۱۹
فوق لیسانس	۱۲	۱۲
جمع	۱۰۰	۱۰۰

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1388.2.3.3.0]

با توجه به داده‌های جدول ۳ بیشترین افراد حجم نمونه(۳۵ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و کمترین آن‌ها(۱۲ درصد) فوق لیسانس می‌باشند.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های کیفیت زندگی و امید

شاخص‌های آماری / متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت جسمانی	۱۰۰	۳/۹	۳/۳۵
سلامت روانشناختی	۱۰۰	۴/۲	۲/۸۳
روابط اجتماعی	۱۰۰	۴/۵	۲/۲
محیط زندگی	۱۰۰	۴/۸	۳/۶۴
امید	۱۰۰	۲۸/۳۸	۵/۸۶

با توجه به نتایج جدول ۴، بالاترین میانگین درزیر مقیاس‌های کیفیت زندگی مربوط به مؤلفهٔ محیط زندگی۴/۸ و کمترین در مؤلفهٔ سلامت جسمانی ۳/۹ می‌باشد و میانگین امید نیز ۲۸/۳۸ می‌باشد.

جدول ۵: ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطهٔ بین کیفیت زندگی و امید

شاخص‌ها / متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
امید	۱۰۰	۲۸/۳۸	۵/۸۶	۰/۵۱	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۱۰۰	۲۴/۵	۲/۶۴		

با توجه به نتایج جدول ۵ و r=۰/۵۱ محاسبه شده در سطح p<۰/۰۰۰ می‌توان نتیجه گرفت که همبستگی مثبت و معنی‌داری بین کیفیت زندگی و امید وجود دارد هرچه میزان کیفیت زندگی بالاتر باشد، امیدواری نیز بالاتر می‌رود.

جدول ۶ : توان پیش بینی امید بر اساس متغیر کیفیت زندگی

منبع تغییرات	واریانس	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورها	f	سطح معنی‌داری
رگرسیون	۳۲۳۰/۲۴	۱	۷۶۶/۰۵	۶/۴۴	۰/۰۰۱
باقیمانده	۱۹۸۲۵/۷۲	۹۸	۱۱۸/۹۹		

با توجه به نتایج جدول ۶، f=۶/۴۴ محاسبه شده در سطح معنی‌داری p<۰/۰۱ می‌توان نتیجه گرفت که توان پیش‌بینی امید به زندگی از روی متغیر کیفیت زندگی وجود دارد. لذا، هرچقدر میزان کیفیت زندگی افراد بالاتر باشد، میزان امیدواری آن‌ها نیز بالاترخواهد بود.

بحث و نتیجه گیری

سرطان پستان یکی از انواع شایع سرطان‌ها در بین زنان در سطح جهان خصوصاً در کشور ایران می‌باشد . مطالعات مختلف علل و عوامل متعددی را برای بروز و شیوع سرطان معرفی نموده‌اند ولی صرف‌نظر از علل ایجادکننده از دیدگاه علم روانشناسی مهم‌ترین مسئله در برخورد با بیماری، نوع نگاه به آن و چگونگی سازگاری با آن است که تعیین‌کنندهٔ سلامت و یا... می‌باشد. باتوجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر معلوم شد که بین کیفیت زندگی و امید به زندگی رابطهٔ مثبت و معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت بیمارانی که از سبک و کیفیت زندگی خوبی برخوردارند، امید به بهبود و ادامهٔ زندگی نیز در آنان بالاتر

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1388.2.3.3.0]

از سایرین می‌باشد. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در ابعاد کیفیت زندگی، محیط زندگی دارای بیشترین میانگین و بُعد جسمانی دارای کمترین می‌باشد. و این حاکی از اختلال در بُعد جسمانی می‌باشد که بیمار با توجه به ضعف جسمانی مداوم امید به زندگی را نیز از دست می‌دهد. بنسون وارد (۲۰۰۶) در مرور مطالعات مربوط به امید می‌گوید سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق العاده رابطهٔ مثبت دارد. که این یافته با یافته‌های پژوهش کنونی همخوانی دارد. بدین صورت که امیدواری سبب سلامت روانشناختی و احساس ارزشمندی می‌شود و به ایجاد روابط اجتماعی جهت افزایش سلامت کمک می‌نماید.

اسنایدر (۲۰۰۶) در پژوهشی به این نتیجه رسید که بین امیدواری بالا و هیجانات مثبت و امیدواری پایین و هیجانات منفی همبستگی معنی‌داری وجود دارد[۱۵]. به‌این‌صورت که امیدواری پایین یا کم، نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند که مستقل از علایم تشخیص و سایر مهارت‌های مقابله‌ای است. بیمارانی که از روحیهٔ امیدوار برخوردار باشند، راه‌های مقابله با بیماری را سریع‌تر از دیگران یاد می‌گیرند و از این طریق در سیر درمان خود می‌توانند به عنوان منبع حمایتی و اطلاع‌رسانی برای سایر بیماران عمل کنند. البته در بسیاری از مواقع بیماران به دلیل رفتارهای اجتنابی از افشاء بیماری خود هراس دارند و از مکانیزم دفاعی انکار در برخورد با بیماری استفاده می‌کنند. لذا، از مهارت‌های مقابله همانند حل مسئله و جستجوی راهکارهای مناسب کمتر استفاده می‌کنند.

جکسون، ویس و لاندکویست(۲۰۰۳) به این نتیجه رسیدند که امید با عملکردهای سازگارانه نظیر سازگاری روانشناختی، سلامت جسمی و مهارت حل مسئله رابطهٔ مستقیم دارد[۱۶] طاهری و امیری(۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که بین سطوح افسردگی، اضطراب و استرس و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان رابطهٔ معکوس و معنی‌داری وجود دارد. به این ترتیب که کیفیت زندگی در بیمارانی که افسردگی، اضطراب و استرس بیشتری داشتند، به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از بیمارانی با سطوح افسردگی، اضطراب و استرس کمتر بود البته این مورد نه تنها در ارتباط با بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص همچون سرطان بلکه در سایر موارد نیز چنین می‌باشد چنان‌که نتیجهٔ پژوهش نیز نشان داد، رابطهٔ بین امید و کیفیت زندگی یک رابطهٔ دو سویه می‌باشد[۱۳]. ویکی‌نوت (۲۰۰۶) در مقاله‌ای با عنوان روان‌درمانی و سرطان می‌نویسد: «تحقیقات نشان می‌دهند که حتی وقتی افراد مبتلا فرصتی برای بیان احساسات خود داشته‌اند، در روند بهبود آن‌ها تأثیر مهمی دیده شده است.» او می‌نویسد: از نتایج مثبت می‌توان کیفیت زندگی بهتر، کاهش استرس و افزایش دفاع بدن در برابر بیماری را نام برد[۵]. چنان‌که تحقیقات متعدد نیز بیانگر آن است که بیمارانی که از سبک زندگی خوبی برخوردارند، بعد از عمل جراحی کمتر به سایر بیماری‌ها مبتلا می‌شوند و میزان ایمنی بدن آنان در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد و بالعکس بیمارانی که ناامید از درمان می‌باشند و از استرس بالایی نیز رنج می‌برند، با کوچک‌ترین نشانه‌ای از پا در می‌آیند و پروندهٔ زندگی آنان سریع‌تر از دیگران بسته می‌گردد در حالی که میزان جراحت آنان به مراتب کمتر از سایر بیماران بوده است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر توصیفی بودن پژوهش و عدم دستکاری متغیرهای دخیل در پژوهش است. به‌طور مثال بررسی نوع تغذیه، ورزش، درمان‌های همزمان و... .

پیشنهادها: اجرای مشاوره‌های گروهی با گروه همگن (تحصیلات، نوع بیماری، جنسیت، مدت زمان و.....).

آموزش راه‌های مقابله به افراد تحت درمان

استفادهٔ همزمان از روش‌های درمانی مختلف و مقایسهٔ اثربخشی روش‌ها.

خانواده درمانی، ترمیم روابط زناشویی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1388.2.3.3.0]

References

1. Khoshnevis, F. Facts about current cancer in women &men Babul, Aveeshen publisher 1386.
2. Saadati M. The study of effective dimension logo therapy training on decrease sadness women's cancer in Tehran city. These is of MA Alzahra university 1388: 39.
3. Alavi Z. Relationship between guilt feel & God image & hopeness in cancer patient. MA Theses. Alzahra university 1385: 57.
4. Wong.p.t.p. Meaning in life and meaning in death in successful aging. Pensilvania. Brunner-mazel 2005.
5.Vikki knott. Psychotherapy and cancer. University of Adelaide 2006.
6. BarAbadi H. The study of effective protection psychotherapy on decrease disorder of cancer patient. These is of MA Alameh University. 1383; 56.
7. Nasseri H. The study of Quality of life students of shiraz university. 3th congress mental health. 1385; 76-9.
8. Park JA. Social & prevent in medicine lesson. First version. Translate : Shojaee, Hosein. Second published. Samat publisher 1380.
9. Sanglache B. The study of effective rehabilitation services on Quality of life MS people. These is of MA rehabilitation university 1384.
10. Shoaa kazemi M, Momeni M. The effective protective intervention(Logo therapy) on recovery of Quality of life PTSD students in Bam city.1th congress of powerment & promotion women activity. Cross red 1389; 34.
11. Eftekhari E. The effective of practice & Quality of life in women patient MS. These is of MS Azad university 1386; 68.
12. Samiee F. The study of effective counseling with family on function scales of Quality of life cancer women's . Third congress of breast cancer 1389; 87.
13. Taheri E, Amiri M. Relationship between depression & anxiety, stress with Quality of life breast cancer patient. 3th congress breast cancer 1389; 102.
14. Banson W. The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students highschool and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication. These is for degree of master of science in the department of educational sciences middle east technical university 2006.
15. Snider M. The discursive proportion of hope: a qualitative analysis of cancer patients speech, qualitaive health research 2006; 12(2).
16. Jackson N, weiss M lundquist l. Hope and problem-solving healthy, adjustment. Journal of human resource University of nerbraska Lincoln 2003; 14: 176-87.
17. Ferguson P. Relationships of age and gender to hope and spiritual well-being among and adolesents with cancer journal of pediatric 2006; 77: 123-34.
18. Shoaa kazemi M, Namdari M. Relationship between hope & educational promotion in MA students Alzahra university. 4th congress of mental health, shiraz. 1387; 85-8.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-12]

DOR: 20.1001.1.17359406.1388.2.3.3.0]