

مقایسه کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته

الهه دلمانیان^۱، ریتا لیاقت^۲

چکیده

امروزه سرطان، یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود. طبق مطالعات، بیش از یک سوم بیماران مبتلا به سرطان از اختلالات روانی رنج می‌برند و اضطراب و افسردگی رایج‌ترین علائم روانی هستند. هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته بود. روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته حاضر در بیمارستان فرهیختگان تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. حجم نمونه ۳۰ نفر از زنانی که مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی (گريد ۱) و ۳۰ نفر از زنانی که مبتلا به سرطان پستان در مرحله پیشرفته (گريد ۳) بودند، در نظر گرفته شد که بصورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند که به پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶)، مقیاس امیدواری اشنایدر (۱۹۹۱) و پرسشنامه‌ی عمومی خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) تجزیه و تحلیل شدند. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش میزان F مشاهده شده بین دو گروه از زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته از نظر امید به زندگی ($F(1, 58) = 192.037$; $P < 0.01$)، خودکارآمدی ($F(1, 58) = 110.872$; $P < 0.01$) و کیفیت زندگی ($F(1, 58) = 6.576$; $P < 0.01$)، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته تفاوت وجود دارد، مورد تایید است. همچنین متغیر امید به زندگی بیشترین مجذور اتا را (0.768) دارا می‌باشد. همچنین بر مبنای نتایج حاصل از میانگین‌ها زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی از کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی بالاتری برخوردار می‌باشند. از این رو کادر درمان به ویژه پرستاران بخش سرطان، خانواده این بیماران و اطرافیان باید این موضوع را جهت ارائه حمایت‌های لازم به این بیماران در نظر داشته باشند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، امید به زندگی، خودکارآمدی، زنان مبتلا به سرطان پستان مرحله مقدماتی، زنان مبتلا به سرطان پستان مرحله پیشرفته.

مقدمه

سرطان یکی از بزرگترین مشکلات سلامتی در سراسر جهان و دومین عامل مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی عروقی است. سرطان سینه یکی از شایع‌ترین سرطان‌های شناخته شده در بین زنان در سراسر جهان است و همچنین دومین علت مرگ پس از سرطان ریه است (ایکسونگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). این نوع سرطان از بافت پستان شروع می‌شود و علائم آن عبارتند از: تغییر

^۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: Elahehdelmanian@gmail.com

^۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول). ایمیل: Dr.liyaghat@gmail.com

^۳. Xiong

شکل سینه، ترشح از نوک پستان، احساس توده در سینه، کنده شدن قسمتی از پوست یا گودی در سینه (کوک)^۱ و همکاران، (۲۰۲۴). این بیماری می‌تواند افراد را مجبور به تغییر سبک زندگی خود کند و باعث ایجاد چالش‌های زیادی در زمینه‌های خانوادگی و کاری شود. همچنین می‌تواند باعث ایجاد مشکلات در روابط جنسی، خستگی، احساس عدم کنترل بر ادامه زندگی، تغییر در ظاهر فیزیکی، مشکلات روانی (اضطراب، افسردگی، اختلالات عاطفی و ناتوانی در سازگاری با بیماری) و ترس از عود و یا پیشرفت بیماری شود (الیوت^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). سرطان پستان ممکن است خانواده بیمار از جمله صمیمیت با شریک زندگی و روابط با فرزندان را نیز تحت تأثیر قرار دهد. زنانی که به سر کار باز می‌گردند نیز ممکن است با چالش‌های جدیدی روبرو شوند، نه تنها در روابط خود با همکاران، بلکه در عملکرد شناختی خود و مجبور به کنار آمدن با ترس از عود سرطان و مرگ. همه این عوامل ممکن است تأثیر منفی طولانی مدت بر سلامت روان بازماندگان سرطان پستان داشته باشند (کاریرا^۳ و همکاران، ۲۰۱۷).

همانطور که گفته شد، سیر مزمن و عوارض جانبی گسترده سرطان باعث می‌شود کیفیت زندگی^۴ کلی این بیماران به طور قابل توجهی کاهش یابد (دنت^۵ و همکاران، ۲۰۲۴)؛ همچنین در روند انجام درمان‌هایی مانند شیمی‌درمانی که می‌تواند عوارض جانبی داشته باشد، این بیماران مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند که می‌تواند کیفیت زندگی آنها را نیز تحت تأثیر قرار دهد (سرنو^۶ و دیگران، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی مفهوم گسترده‌ای است که جنبه‌های مختلف زندگی یک فرد مانند رفاه فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و عملکردی را در بر می‌گیرد. این یک معیار ذهنی است که درک فرد از زندگی و شرایط زندگی خود را منعکس می‌کند. کیفیت زندگی اغلب به عنوان یک معیار نتیجه در تحقیقات بالینی برای ارزیابی تأثیر شرایط و مداخلات بهداشتی بر زندگی بیماران استفاده می‌شود (ایلیسکیو^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). در زمینه سرطان پستان، کیفیت زندگی می‌تواند به طور قابل توجهی تحت تأثیر استرس عاطفی ناشی از تشخیص، چالش‌های فیزیکی درمان و استرس‌های زندگی روزمره قرار گیرد. بیماران سرطان پستان ممکن است طیف وسیعی از علائم و عوارض جانبی مانند درد، خستگی، حالت تهوع و ریزش مو را تجربه کنند که می‌تواند بر سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر بگذارد (دیویس و اشنايدر^۸، ۲۰۲۴). عوارض جانبی درمان می‌تواند بر توانایی بیماران برای انجام فعالیت‌های روزانه، کار و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی نیز تأثیر بگذارد که می‌تواند کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (جونیس^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). نهتانی و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف به طور مداوم نقش مهم حمایت اجتماعی، به ویژه تعامل اجتماعی مثبت، را در کاهش تأثیر منفی افکار مرتبط با سرطان بر کیفیت زندگی نشان می‌دهد. عبدولی و ذبیح زاده (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط نیازهای معنوی و تاب‌آوری بر کیفیت زندگی در بیماران دیابتی پرداختند. نتایج بررسی‌های آماری نشان داد که نیاز وجودی، نیاز مذهبی، نیاز به آرامش درونی به صورت مثبت و معنی‌دار بیشترین سهم را در پیش‌بینی کیفیت زندگی داشتند و همچنین مولفه تاب‌آوری نیز در پیش‌بینی کیفیت

1. Koç

2. Elliott

3. Carreira

4. quality of life

5. Dent

6. Serrano

7. Iliescu

8. Davis & Snyder

9. Jonis

زندگی نقش معناداری داشت. ایوانوویکس^۱ و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان دادند بین کیفیت زندگی پاسخ دهندگان به طور معناداری با چند خرده مقیاس حمایت اجتماعی و خودکارآمدی رابطه وجود دارد. پیه^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود به بررسی کیفیت زندگی و سلامت روان در دوره پاندمی کرونا پرداختند. نتایج نشان داد افرادی که کیفیت زندگی بهتر و روابط اجتماعی بهتری داشتند، از سلامت روان و بهزیستی بالاتری برخوردار بوده‌اند.

از سوی دیگر، افراد با امید به زندگی^۳، سلامت جسمی و روانی بهتری را گزارش می‌دهند (گالین^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). روحیه امیدواری یک عامل بسیار مهم و یک عنصر ضروری در بیماران سرطانی است که تأثیر زیادی در سازگاری بیماران با شرایط خود به ویژه روند درمان دارد (سدراک^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). در بیماری‌هایی مانند سرطان، امید تلاش فرد را برای مقابله و مبارزه با بیماری و ادامه درمان افزایش می‌دهد (جاکوبس^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). در سال‌های اخیر، روان‌شناسان امید را یک نقطه قوت روان‌شناختی می‌دانند و معتقدند امید، احساسی است که تخیل را به سمت چیزهای مثبت سوق می‌دهد. اشنایدر^۷ (۲۰۰۲) امید را حالتی از انگیزش مثبت بر اساس سه مولفه: اهداف (اهدافی که باید به آنها دست یافت)، مسیرها (برنامه‌ریزی برای دستیابی به این اهداف) و عاملیت (انگیزه معطوف به این اهداف) تعریف کرد. تئوری امید بر حضور عاملیت شخصی مرتبط با اهداف و دانش راهبردهای دستیابی به آن اهداف تأکید دارد (شیاوون^۸ و همکاران، ۲۰۱۷). امید همچنین توانایی باور به احساس بهتر در مورد آینده است که می‌تواند قدرت جدیدی در ارگانیزم ایجاد کند و فرد را به سطح بالایی از عملکرد روانی و رفتاری برساند. بنابراین، امید زمانی قدرتمند تلقی می‌شود که شامل اهداف ارزشمندی مانند دستیابی به شادی باشد (هاتز^۹ و همکاران، ۲۰۱۴). بر اساس تحقیقات اخیر، سطح امید یک فرد اغلب توسط ویژگی‌های شخصیتی ذاتی تعیین می‌شود و تحت تأثیر شرایط روانی اجتماعی (موفقیت در دستیابی به اهداف و مواجهه با عوامل استرس‌زا، حمایت اجتماعی، مراقبت هماهنگ با هدف)، عوامل فیزیولوژیکی (از جمله هورمون‌های استرس، واسطه‌های ایمنی، و انتقال دهنده‌های عصبی) و عوامل محیطی است (کورن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). غفاری و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی به این نتیجه رسید که با تقویت استواری روانی، و بهبود سوگیری تعبیر و نگرانی از تن انگاره می‌توان امید به زندگی بیماران مبتلا به کانسر را تقویت نمود. قربانی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسید که ضریب رگرسیون گام به گام شدت علائم سرطان پستان با معنویت، خوش بینی و امیدواری است. لارانشیرا و کویریدو^{۱۱} (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای به بررسی نقش امیدواری و خوش‌بینی در بهبود سلامت روانی مثبت پرداختند. در این مطالعه پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که نمرات بیشتر امیدواری و خوش‌بینی بالاتر با سلامت روانی مثبت بیشتر همراه است. ایکسونگ و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، پریشانی روانی، خودکارآمدی، شغل، درآمد، تحصیلات و نوع جراحی عوامل موثر بر سطح امید هستند.

1. Iwanowicz

2. Pieh

3. life expectancy

4. Galin

5. Sedrak

6. Jacobs

7. Snyder

8. Schiavon

9. Hutz

10. Corn

11. Laranjeira & Querido

یکی از متغیرهایی که می‌تواند به افراد مبتلا به سرطان کمک کند تا بهتر با موقعیت‌های استرس‌زا سازگار شوند، خودکارآمدی^۱ است (لی و همکاران، ۲۰۲۴). در نظریه بندورا، خودکارآمدی به احساس شایستگی، کفایت و توانایی برای کنار آمدن با زندگی اشاره دارد. بندورا همچنین خودکارآمدی را به عنوان میزان درک ما از میزان کنترلی که بر زندگی خود داریم تعریف می‌کند (شولتز، ۱۹۹۸؛ به نقل از طاهرزاده و همکاران، ۱۳۹۰). افراد خود کارآمد در مواجهه با مشکلات بیشتر از افرادی که به توانایی‌های خود شک دارند مقاومت می‌کنند (تیو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که خودکارآمدی یک پیش نیاز مهم برای رفتار، به ویژه رفتار پیشگیرانه است (ویلیامز^۳ و همکاران، ۲۰۲۰، مارتینز - کالدرون^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). خودکارآمدی به معنای باوری است که فرد در خود دارد تا یک رفتار خاص را با موفقیت انجام دهد و از آن انتظار نتایج را داشته باشد (فورس^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). تیو و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهش به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی نقش واسطه‌ای بین حمایت اجتماعی و رفتار غربالگری زنان چینی مبتلا به سرطان سینه دارد. لی و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که در تصویر بدنی ناهمگونی وجود دارد و خودکارآمدی واسطه‌ای رابطه بین تصویر بدن و کیفیت خواب است. از این رو، ارتقای خودکارآمدی می‌تواند تأثیرات منفی تصویر بدن بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان پستان را از بین ببرد و مداخلات خودکارآمدی نیز باید در کلینیک مورد توجه بیشتری قرار گیرند. نتایج مطالعه مارتینز - کالدرون و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از ارتباط بین خودکارآمدی بالاتر و رسیدن به اهداف بیشتر، پذیرش بیماری، حل مسئله، ارتقاء عملکرد بدنی، مشارکت در فعالیتهای بدنی و افزایش کیفیت زندگی است. نتایج مکرر والا (۱۴۰۰) نشان داد بین میانگین نمرات خودکارآمدی، امید و شدت درد بین گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج والکر^۶ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که خودکارآمدی با کنترل قند خون و پابندی به دارو همبستگی متوسطی داشت. با توجه به موارد بیان شده و با توجه به افزایش رویدادهای تنش‌زای زندگی و تأثیر آن بر سرطان پستان در سالهای اخیر و دربارهای عوامل مؤثر بر رویدادهای تنش‌زا، خلا پژوهشی حداقل در داخل کشور ایران وجود دارد. جهت پر کردن خلا موجود در تحقیقات انجام شده این تحقیق صورت می‌پذیرد. انجام این پژوهش می‌تواند به غنای موجود در پژوهش‌های انجام شده کمک نماید. از این رو در این تحقیق، محقق در صدد آن است که به مقایسه کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته بپردازد. در سال‌های اخیر، پژوهش‌های متعددی به بررسی متغیرهای روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته‌اند، اما کمتر مطالعه‌ای به صورت هم‌زمان سه مؤلفه مهم و مرتبط با سازگاری روانی یعنی کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی را در زنان مبتلا به سرطان پستان و آن‌هم به تفکیک مراحل بیماری (مقدماتی و پیشرفته) بررسی کرده است. از طرفی، بخش زیادی از پژوهش‌های مشابه در خارج از کشور انجام شده‌اند و نتایج آن‌ها ممکن است با شرایط فرهنگی، روانی و اجتماعی بیماران ایرانی سازگار نباشد. این پژوهش با تمرکز بر یک جامعه خاص (زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان فرهیختگان تهران)، تلاش می‌کند شکاف موجود در ادبیات داخلی را پر کرده و داده‌هایی کاربردی و بومی شده برای مداخله‌های روان‌شناختی ارائه دهد. با توجه به مطالب ذکرشده پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا بین کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته تفاوت وجود دارد؟

1. self- efficacy

2. Tu

3. Williams

4. Martinez-Calderon

5. Fors

6. Walker

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع تحقیق‌های توصیفی و پس‌رویدادی (علی - مقایسه‌ای) بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته حاضر در بیمارستان فرهیختگان تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. که پرسشنامه‌ها بین آنها توزیع و جمع‌آوری شد. با احتساب خطای ۰/۰۵ و بر مبنای فرمول کوکران ۶۰ نفر به عنوان نمونه‌ای آماری به صورت نمونه‌گیری هدفمند در این مطالعه انتخاب شدند و در دو گروه ۳۰ نفر شامل (۳۰ نفر از زنانی که مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی (گرید ۱) و ۳۰ نفر از زنانی که مبتلا به سرطان پستان در مرحله پیشرفته (گرید ۳)) جایگزین شدند. دلیل انتخاب روش نمونه‌گیری هدفمند، ماهیت خاص جامعه مورد مطالعه یعنی زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل مقدماتی و پیشرفته بود. با توجه به هدف پژوهش که مقایسه کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی در این دو گروه از بیماران است، لازم بود نمونه‌هایی انتخاب شوند که به‌طور دقیق دارای ویژگی‌های مورد نظر پژوهش باشند. در نمونه‌گیری هدفمند، پژوهشگر بر اساس ملاک‌های مشخص (از جمله مرحله بیماری، نوع تشخیص، و شرایط درمانی) اقدام به انتخاب افراد می‌کند تا از ارتباط دقیق داده‌ها با هدف تحقیق اطمینان حاصل شود. همچنین با توجه به دسترسی محدود به بیماران واجد شرایط در بیمارستان فرهیختگان تهران، این روش به‌عنوان مناسب‌ترین شیوه برای انتخاب نمونه‌ها در نظر گرفته شد تا داده‌هایی معتبر، غنی و قابل تحلیل در راستای اهداف پژوهش فراهم آید.

ابزار پژوهش

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO-QOL-BREF)^۱: این پرسش‌نامه دارای ۲۶ سوال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارتند از: (۱) سلامت جسمی، (۲) سلامت روان شناختی، (۳) روابط اجتماعی و (۴) محیط اجتماعی. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. نحوه پاسخگویی پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی (شامل سوالات ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸)، سلامت روان (شامل سوالات ۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶)، روابط اجتماعی (شامل سوالات ۲۰-۲۱-۲۲)، سلامت محیط اطراف (شامل سوالات ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵) و یک نمره کلی بود. پرسشنامه در داخل کشور توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) به فارسی ترجمه و هنجاریابی شد. در پژوهش نجات (۱۳۸۵) مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و ضریب آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به دست آمد. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر گویه با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. در مجموع با توجه به پژوهش نجات (۱۳۸۷)، نتایج به دست آمده حاکی از روایی و پایایی و قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در داخل کشور بود. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۵ بدست آمد.

مقیاس امیدواری اشنایدر^۲: مقیاس امیدواری اشنایدر دارای ۱۲ سوال است که برای افراد بالای ۱۵ سال به بالا کاربرد دارد. از این ۱۲ سوال، ۴ سوال تفکر عاملی شامل سوالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲؛ ۴ سوال سنجش تفکر راهبردی شامل سوالات ۱، ۴، ۷ و ۸؛ ۴ سوال عبارت انحرافی شامل سوالات ۳، ۵، ۶ و ۱۱ می‌باشد. لذا این مقیاس به سنجش دو زیرمقیاس تفکر عاملی و سنجش راهبردی را می‌سنجد. پاسخ‌دهندگان به سوالات براساس مقیاس لیکرت ۱ (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً درست) جواب می‌دهند. سوالات ۳ و ۷ و ۱۱ نمره‌گذاری معکوس دارد. نمره هرچقدر بالاتر باشد نشان می‌دهد فرد از امیدواری بیشتری برخوردار است

1. The World Health Organization Quality of Life questionnaire, BREF

2. Snyder hope scale

(زاهد و همکاران، ۱۳۹۰). دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد. شنایدر و همکارانش (۱۹۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۴ است. اعتبار سازه‌ای توافقی و تفکیکی فراوانی را مقیاس امیدواری دریافت کرده است. همبستگی این پرسشنامه در ایران با پرسشنامه ناامیدی بک برابر با ۰/۵۱- و با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۴۲- است که نشان دهنده اعتبار این پرسشنامه است. نمره‌های مقیاس امید به میزان ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ با مقیاس خوش‌بینی شیپر و کارور^۱ همبستگی دارد. همچنین نمرات این مقیاس با نمرات سیاهه افسردگی بک^۲ همبستگی منفی دارد (۰/۵۱- و ۰/۴۲-). پایایی مقیاس امید شنایدر با روش همسانی درونی مورد بررسی قرارگرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. (پورکمالی، ۱۳۹۳). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۹۱ بدست آمد.

پرسشنامه عمومی خودکارآمدی^۳ شرر و همکاران (GSES): مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس^۴ دارای ۱۷ عبارت است. نمره گذاری پرسشنامه خود کارآمدی بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای انجام می‌گیرد؛ که امتیاز هر یک به ترتیب ذیل است: کاملاً مخالف: ۱، مخالف: ۲، حد وسط: ۳، موافق: ۴، کاملاً موافق: ۵، بنابراین بیشترین امتیاز این پرسشنامه ۸۵ و کمترین امتیاز آن ۱۷ می‌باشد. نمرات بالا نشان دهنده‌ی احساس خودکارآمدی بالا در فرد است (براتی ۱۳۷۶، به نقل از کرامتی و شهرآرای، ۱۳۸۳). نمره گذاری سوال ۲، ۴، ۵، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶ به صورت معکوس می‌باشد. ضریب پایایی آزمون با روش اسپیرمن براون با طول برابر ۰/۷۶ و با طول نابرابر ۰/۷۶ و با روش دو نیمه کردن گاتمن برابر با ۰/۷۶ به دست آمده است. آلفای کرونباخ یا همسانی کل سوالات برابر با ۰/۷۹ به دست آمده که رضایت‌بخش است (کرامتی و شهرآرای، ۱۳۸۳). ضریب آلفای آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. همچنین، کرامتی و شهرآرای، (۱۳۸۳) آلفای کرونباخ آن را در نمونه‌های ایرانی ۰/۸۶ به دست آوردند. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۵ بدست آمد.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر، پیش از پخش پرسشنامه‌ها در بیمارستان فرهیختگان تهران، اقدام به اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی نموده و مدارک پژوهش در نهایت با کد اخلاق IR.IAU.CTB.REC.1403.112 تصویب شد. پرسشنامه‌ها بی‌نام تکمیل شدند. بر این اساس به شرکت کنندگان این اطمینان داده شد که شرکت در این پژوهش به امنیت اجتماعی، شغلی یا خانوادگی آنان آسیبی وارد نمی‌کند. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها موافقت شرکت کنندگان کسب گردید. پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهشگر توزیع و جمع آوری شد تا شرکت کنندگان نگران مطالعه آنان توسط افراد دیگر نباشند.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱ فراوانی مربوط به سن را نشان می‌دهد.

جدول ۱: فراوانی مربوط به سن

مرحله مقدماتی		پیشرفته	
سن	فراوانی	درصد	فراوانی
۲۰ تا ۳۰ سال	-	-	-

^۱. Scheier & Carver

^۲. the Beck depression inventory

^۳. self-efficacy scale

^۴. Sherer & Maddux

۲۶/۷	۸	۴۰/۰	۱۲	۳۱ تا ۴۰ سال
۷۳/۳	۲۲	۶۰/۰	۱۸	بیش از ۴۰ سال
۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	کل

جدول ۲، فراوانی مربوط به وضعیت تاهل را نشان می‌دهد.

جدول ۲: فراوانی مربوط به وضعیت تاهل

پیشرفته		مرحله مقدماتی		
وضعیت تاهل	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
متاهل	۱۷	۵۶/۶	۲۱	۷۰/۰
مجرد	۵	۱۶/۷	۴	۱۳/۳
مطلقه	۸	۲۶/۷	۵	۱۶/۷
کل	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: آمار توصیفی کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	مرحله مقدماتی	۶۹/۶۰	۹/۶۶
	پیشرفته	۶۱/۱۰	۱۵/۳۶
امید به زندگی	مرحله مقدماتی	۴۶/۹۳	۵/۳۷
	پیشرفته	۲۹/۱۶	۴/۵۱
خودکارآمدی	مرحله مقدماتی	۵۷/۰۶	۷/۳۰
	پیشرفته	۳۹/۶۳	۵/۶۷

برای نشان دادن نرمال و غیر نرمال بودن توزیع‌ها (متغیرها) از آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف (K-S) استفاده شده است. که در تعیین این آزمون چنانچه اگر $\text{sig} > 0.05$ باشد توزیع نرمال و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل استفاده کرد در غیر این صورت از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده می‌شود.

جدول ۴: آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف

آزمون نرمال بودن مربوط به متغیرهای تحقیق			
متغیرها	sig	آماره آزمون	نتیجه آزمون
امید به زندگی	۰/۳۴۶	۰/۹۳۵	نرمال است.
خودکارآمدی	۰/۳۲۹	۰/۹۴۸	نرمال است.
کیفیت زندگی	۰/۶۰۵	۰/۷۶۳	نرمال است.

مطابق جدول ۴، با توجه به این که سطح معناداری آزمون در مجموع بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، داده‌های آن از توزیع نرمال برخوردار هستند و در نتیجه از آزمون‌های پارامتریک (مانوا) برای پاسخ به فرضیه‌های تحقیق استفاده شده است. دلیل انتخاب این روش آن است که پژوهش شامل چند متغیر وابسته (کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی) است که به صورت هم‌زمان مورد مقایسه بین دو گروه از زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل مقدماتی و پیشرفته قرار می‌گیرند. این روش احتمال بروز خطای نوع اول را که ممکن است در صورت انجام آزمون‌های جداگانه برای هر متغیر افزایش یابد، کاهش می‌دهد. با توجه به اهداف پژوهش و ساختار داده‌ها، مانوا به عنوان مناسب‌ترین روش آماری برای آزمون فرضیه‌های پژوهش انتخاب شد. همچنین نتایج آزمون باکس نشان داد که با توجه به مقدار ($F = 1/325$, $p = 0/242$)، آزمون همگنی ماتریس‌های پراکندگی معنادار نمی‌باشد؛ بدین ترتیب مفروضه همگنی ماتریس‌های پراکندگی برقرار می‌باشد و بدین سان از آزمون مانوا استفاده می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری

شاخص	ارزش	F	Hypothesis df	Error df	P
لامبدای ویکلز	۰/۱۶۱	۹۷/۰۳۰	۳	۵۶/۰۰	۰/۸۳۹

همان‌طور که در جدول ۵، مشاهده می‌شود، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار می‌باشد [$P < 0/839$]. $F(3, 56) = 97/03$, $[Wilks' Lambda = 0/161]$. آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) را مجاز شمردند. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶: نتایج آزمون لوین

متغیرها	آماره آزمون	df1	df2	سطح معنی داری
امید به زندگی	۰/۸۸۷	۱	۵۸	۰/۳۵۰
خودکارآمدی	۱/۳۹۵	۱	۵۸	۰/۲۴۲
کیفیت زندگی	۱/۲۶۲	۱	۵۸	۰/۲۶۶

نتیجه: چنانچه در آزمون لوین سطح معنی‌داری بزرگتر از ۵ درصد باشد می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. با توجه به اینکه در متغیرهای پژوهش، ($Sig > 0.05$) می‌باشد نتیجه می‌گیریم که واریانس از تجانس برخوردار است.

جدول ۷: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین نمرات

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات
گروه	امید به زندگی	۴۷۳۴/۸۱۷	۱	۴۷۳۴/۸۱۷	۱۹۲/۰۳۷	۰/۰۰۰	۰/۷۶۸
	خودکارآمدی	۴۵۵۸/۸۱۷	۱	۴۵۵۸/۸۱۷	۱۱۰/۸۷۲	۰/۰۰۰	۰/۶۵۷
	کیفیت زندگی	۱۰۸۳/۷۵۰	۱	۱۰۸۳/۷۵۰	۶/۵۷۶	۰/۰۱۳	۰/۱۰۲
خطا	امید به زندگی	۱۴۳۰/۰۳۳	۵۸	۲۴/۶۵۶			
	خودکارآمدی	۲۳۸۴/۸۳۳	۵۸	۴۱/۱۱۸			

کیفیت زندگی	۹۵۵۷/۹۰۰	۵۸	۱۶۴/۷۹۱
کل			
امید به زندگی	۹۳۰۳۳/۰۰	۶۰	
خودکارآمدی	۱۴۷۲۰۷/۰۰	۶۰	
کیفیت زندگی	۲۶۶۸۷۹/۰۰	۶۰	

با توجه به داده‌های جدول ۷، مشاهده می‌شود میزان F مشاهده شده بین دو گروه از زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته از نظر امید به زندگی ($F(1, 58) = 192/0.37$; $P < 0/01$)، خودکارآمدی ($F(1, 58) = 110/872$; $P < 0/01$) و کیفیت زندگی ($F(1, 58) = 6/576$; $P < 0/01$)، تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته تفاوت وجود دارد، مورد تایید است. همچنین متغیر امید به زندگی بیشترین مجذور اتا را ($0/768$) دارا می‌باشد. همچنین بر مبنای نتایج حاصل از میانگین‌ها زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی از کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی بالاتری برخوردار می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی، امید به زندگی و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته انجام شد. یافته‌ی اوّل پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته تفاوت وجود دارد. این یافته با یافته‌های نهائی و همکاران (1403)، عبدولی و ذبیح زاده (1400)، گرینا و همکاران (2021) پیه و همکاران (2020)، همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ها می‌توان بیان کرد که مفهوم درک شده کیفیت زندگی باعث ایجاد تعامل بین فرد و محیط او می‌شود و یکی از مؤلفه‌های روانشناسی مثبت گرا است که شامل ادراک، شناخت، شادی، علایق، انتظارات، عاطفه‌ی مثبت و منفی است (نهائی و همکاران، 1403)؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که افرادی که کیفیت زندگی بالاتری دارند، احتمالاً عواطف مثبت بیشتری دارند، توانایی شناختی بیشتری دارند و شرایط زندگی بهتری در همه جنبه‌ها اعم از جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی دارند. که می‌تواند به این افراد کمک کند تا در شرایط سخت استقامت بیشتری از خود نشان دهند و در برابر اضطراب و افسردگی و بیماری‌های مزمنی مانند سرطان از پایداری بالاتری برخوردار باشند. همچنین اهمیت «کیفیت زندگی» در این است که زندگی را ارزشمند می‌کند و شخصیت را از بیمار شدن محافظت می‌کند و در نتیجه فرد بهزیستی روانی و لذت روانی را تجربه می‌کند (کایی^۱ و همکاران، 2021). در تبیین این رابطه می‌توان گفت که اگر بتوان کیفیت زندگی را زیرمجموعه‌ای از سلامت روان در نظر گرفت، مجموعه‌ای از بهزیستی جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی توسط فرد یا گروهی از افراد تعیین می‌شود، زنان در این پژوهش کسانی که کیفیت زندگی بالاتری دارند، توانایی حل مسئله بالاتری خواهند داشت، در شرایط سخت بیماری می‌توانند استرس و فشار روانی را بهتر تحمل کنند و در نتیجه از سلامت روان و رفاه روانی بالاتری برخوردار شوند. در این مطالعه مشخص شد زنان مبتلا به سرطان در مرحله اولیه کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان مبتلا به سرطان در مرحله پیشرفته داشتند.

یافته‌ی دوم پژوهش نشان داد که بین امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته تفاوت وجود دارد. این یافته با یافته‌های غفاری و همکاران (1403)، قربانی و همکاران (1400)، لارنجیرا و کویریدو (2022)، ایکسونگ و همکاران (2025)، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که از نظر آشنایدر (2002)، امید مفهومی بسیار نزدیک به

¹. Cai

خوش بینی و یکی از ویژگی‌های زندگی است که انسان را به دنبال فردایی بهتر می‌کند. امید یعنی انتظار موفقیت و آینده ای بهتر یعنی دلیلی برای زندگی. وقتی امید در دل و ذهن وجود داشته باشد، اشتیاق به زندگی نیز وجود خواهد داشت. با افزایش امکان اندیشیدن افراد به امکان زندگی طولانی مدت و گذراندن یک زندگی با فرصت‌های بیشتر در کنار دوستان، خانواده، علائق، امیدها و اهداف، امید می‌تواند تمایل فرد را برای بهتر زیستن افزایش دهد تا فکر کند. بیشتر در مورد سلامت جسمی و روحی آنها. امید به زندگی نیروی محرکی است که افراد را قادر می‌سازد تا فعالیت‌های روزمره خود را دنبال کنند و انگیزه کافی برای انجام آن داشته باشند. امید به زندگی یکی از منابع مقابله ای است که به سازگاری با چالش‌ها و مشکلات کمک می‌کند (حیدری آل کثیری و دشت بزرگی، ۱۴۰۰). مطالعات نشان داده است که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد بیماران سرطانی از یک اختلال روانپزشکی از جمله سطوح بالای ناامیدی رنج می‌برند (آقا علی اکبری، ۲۰۲۰). در افراد مبتلا به سرطان، میزان ناامیدی به دلیل ماهیت بیماری که روند طولانی دارد، عوارض جانبی درمان‌هایی مانند شیمی‌درمانی و باورهای بیمار در مورد غیرقابل درمان بودن افزایش می‌یابد (دلمار^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین می‌توان گفت افکار منفی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به ویژه سرطان زیاد است. بیماران اغلب افکار منفی خود را نشخوار می‌کنند و به آینده نامعلوم بیماری خود فکر می‌کنند. این وضعیت امید آنها را کاهش می‌دهد. اکثر بیماران از حضور در لحظه حال اجتناب می‌کنند، آنها یا به گذشته ای فکر می‌کنند که در آن سالم بوده اند یا به آینده ای فکر می‌کنند که در آن ناامید و ترسیده اند، که امید آنها را کاهش می‌دهد. بر اساس نظریه آشنایدر، دو نوع تفکر برای ایجاد امید ضروری است: تفکر مسیر یا گذرگاه و تفکر عامل یا کارگزار. یک فرد ممکن است انرژی ذهنی و اشتیاق زیادی برای اهداف شخصی داشته باشد، اما ممکن است قدرت کافی برای یافتن راه‌هایی برای اجرای اهداف را نداشته باشد، یا ممکن است بتواند به راحتی راه‌های خاصی را برای رسیدن به اهداف خود بیابد، اما ممکن است عامل را نداشته باشد. تفکر برای دستیابی به آنها لازم است (مکری والا، ۱۴۰۰). توضیح دیگر برای این یافته مولفه‌های امید است که امید راهبردی و امید عاملی را شامل می‌شود. امید عاملی شامل توانایی فرد در مدیریت شرایط زندگی به منظور دستیابی به اهداف مورد نظر خود است. اگر فردی به هر دلیلی نتواند شرایط زندگی خود را آنطور که می‌خواهد و مطابق میل خود پیش ببرد، دچار افت مؤلفه عاملی امید می‌شود. در این زمینه، آشنایدر (۲۰۰۰) معتقد است که وقتی افراد در مسیر دستیابی به اهداف خود به بن بست می‌رسند، حتی اهداف زندگی عادی خود را نیز رها می‌کنند. از آنجایی که امید به عنوان احساس دستیابی موفق به اهداف زندگی تلقی می‌شود، باعث تقویت باورهای فرد برای مقابله بهتر می‌شود. در این شرایط، اختلال در وضعیت سلامت جسمانی فرد، موجب اختلال در سطح عامل امید و در نهایت کمبود در سطح امید به زندگی افراد مبتلا به سرطان می‌شود. بنابراین با در نظر گرفتن ویژگی‌های ذکر شده در رابطه با امید، به نظر می‌رسد زنان مبتلا به سرطان که امید بیشتری دارند، انگیزه خود را حفظ کنند، با خوش بینی بیشتری به رویدادها بنگرند و روند زندگی پس از بیماری را رو به وخامت نبینند. با نگاه به آینده و تکیه بر اهداف خود، توانایی بیشتری برای سازگاری با این شرایط سخت دارند. علاوه بر این، امید از زنان مبتلا به سرطان در مقابله با عوامل استرس زا محافظت می‌کند. امید باعث می‌شود که این زنان انگیزه خود را برای رسیدن به اهداف افزایش دهند و با درک روشنی از مسیرهای هدف، اهداف بیشتری را در زندگی خود دنبال کنند. به این ترتیب این زنان نیز می‌توانند با بهره مندی از مزایای امید با داشتن خوش بینی و تاب آوری بالاتر، کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. در این مطالعه مشخص شد که امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان در مراحل پیشرفته کمتر از زنان مبتلا به سرطان در مراحل اولیه است، زیرا زنان مبتلا به سرطان پیشرفته امیدی به بهبود و داشتن یک زندگی عادی در آینده

¹ . Delmar

ندارند. بدانند که باید تا پایان عمر به روند درمان ادامه دهند و اگر برخی کارها را رعایت نکنند و انجام ندهند به سرعت بیماری آنها تشدید می‌شود یا حتی مرگ را تجربه می‌کنند و به همین دلیل این افراد نسبت به افراد مقدماتی امیدواری امید کمتری خواهند داشت.

یافته‌ی سوم پژوهش نشان داد که بین خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله مقدماتی و پیشرفته تفاوت وجود دارد. این یافته با یافته‌های تیو و همکاران (۲۰۲۴)، لی و همکاران (۲۰۲۴)، مارتینز -کالدرون و همکاران (۲۰۲۰)، مکرری والا (۱۴۰۰)، همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ها می‌توان بیان کرد که خودکارآمدی یک عامل مهم روانی است که در زندگی از اهمیت بالایی برخوردار است. خودکارآمدی می‌تواند از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد. خودکارآمدی بالاتر می‌تواند فرد را قادر به اتخاذ رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و ترک رفتارهای آسیب رسان به سلامت کند. برای توضیح این یافته می‌توان از نظریه خودکارآمدی بندورا نیز استفاده کرد. بر اساس نظریه بندورا، باورهای خودکارآمدی به طور خودکار ایجاد یا تقویت نمی‌شوند، بلکه تغییرات در سطح خودکارآمدی افراد باید از طریق منابع ایجاد شود. یکی از این منابع تجربه مستقیم است. اگر کسی قضاوت کند که عملکرد او بر اساس گذشته به اندازه کافی شایستگی نداشته است، کارایی درک شده او کاهش می‌یابد. اما اگر کسی قضاوت کند که عملکرد آنها به درستی محقق شده است، کارایی درک شده آنها افزایش می‌یابد. انجام وظایف با مهارت‌های مشابه در موقعیت‌های مختلف ضعیف، متوسط یا قوی به تغییر در باورهای خودکارآمدی بستگی دارد. همچنین، خودکارآمدی برای مقابله با سرطان، سازه خاصی است که به رفتارهایی اشاره دارد که در طول دوره تعارض با تغییر وضعیت به بقا رخ می‌دهد. بیماران سرطانی با خودکارآمدی مثبت از حمایت جویی و حل مسئله به عنوان مکانیسم‌های مقابله ای سازگار استفاده می‌کنند و بیماران با خودکارآمدی منفی از مشکلات اجتناب می‌کنند (پنگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). بیماران زن با خودکارآمدی بالا نسبت به سایر بیماران زن اعتماد به نفس بالاتر و ارتباطات اجتماعی قوی تری داشتند. آنها بسیار مستقل تر از سایر بیماران زن عمل کردند. با توجه به نتایج مطالعه که نشان داد سطح خودکارآمدی افراد مبتلا به سرطان پستان پیشرفته در مقایسه با افراد مبتلا به بیماری در مراحل اولیه پایین است، می‌توان گفت که افراد با خودکارآمدی بالا معتقدند که این توانایی را دارند. به طور موثر وقایع زندگی خود را کنترل و مدیریت می‌کنند و در مسیر زندگی آنها تغییراتی ایجاد می‌کنند. بنابراین، خودکارآمدی عامل مهمی است که می‌تواند موفقیت و شکست را پیش‌بینی کند و درک هر فرد از سطح خودکارآمدی خود بر توانایی او در ایجاد تغییرات در رفتارهای پرخطر تأثیر می‌گذارد (لی و همکاران، ۲۰۲۴). خودکارآمدی باعث ایجاد این باور در فرد می‌شود که قادر به پذیرش و انجام وظایف و مسئولیت‌هاست. به گفته بندورا، مردم فقط کارهایی را انجام می‌دهند که معتقدند توانایی انجام آن را دارند و از کارهایی که احساس می‌کنند در انجام آن شکست خواهند خورد اجتناب می‌کنند. افراد با خودکارآمدی بالا در مواجهه با چالش‌ها انعطاف پذیر خواهند بود زیرا احساس می‌کنند هر چقدر هم که مشکلات دشوار باشند، باز هم قادر به حل آن‌ها و غلبه بر موانع هستند. طبق نظر بندورا (۲۰۰۱)، میزانی که فرد احساس شایستگی و کفایت می‌کند و توانایی مقابله مؤثر با زندگی خود را دارد، خودکارآمدی او را نشان می‌دهد. خودکارآمدی انگیزه شخصی، کیفیت انجام وظیفه، انتخاب‌های زندگی و سازگاری با مشکلات و چالش‌های موجود را هدایت می‌کند و عواطف، رفتار، افکار و انگیزه‌ها را تعیین می‌کند. برانگیختگی عاطفی و فیزیولوژیکی نیز نقش بسیار مهمی در شکل گیری خودکارآمدی دارد و می‌تواند بر حالات جسمانی، قضاوت‌ها و ارزیابی‌های افراد تأثیر بگذارد. زمانی که افراد ناراحت و عصبانی هستند، احتمال اینکه بتوانند به خوبی با مشکلات و تنش‌ها روبرو شوند و مشکلات خود را

¹ . Peng

حل کنند بسیار کم خواهد بود. بنابراین عواملی مانند استرس، واکنش‌های فیزیکی، برانگیختگی و هیجان و وضعیت هیجانی ارتباط تنگاتنگی با درک افراد از توانایی‌های خود دارند و کنترل استرس و اضطراب در هنگام سختی‌ها و رویدادهای نامطلوب زندگی مانند سرطان می‌تواند به افزایش حس خود کمک کند (تیو و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، با توجه به اینکه سرطان در مراحل پیشرفته تقریباً هیچ درمان قطعی ندارد، به احتمال زیاد بیمار احساس می‌کند که کنترلی بر زندگی خود و موقعیت‌های موجود در آن ندارد و نمی‌تواند تغییری در آن ایجاد کند. این ممکن است خودکارآمدی بیماران را کاهش دهد. بر این اساس به نظر می‌رسد احساسات و عواطف منفی که افراد مبتلا به سرطان به ویژه در مراحل پیشرفته به دلیل عوارض بیماری تجربه می‌کنند، به احتمال زیاد باعث کاهش خودکارآمدی آنها خواهد شد. بنابراین، بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته در مقایسه با بیماران سرطانی در مراحل اولیه، خودکارآمدی کمتری خواهند داشت.

هر پژوهش در راه انجام خود با محدودیت‌هایی روبرو می‌باشد که در ادامه به محدودیت‌های این پژوهش اشاره می‌شود: برخی از بیماران به دلیل شرایط خاص و مشکلات عدیده، جهت تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری لازم و کافی را نکردند. محدود بودن جامعه از نظر مکانی فقط به بیمارستان فرهیختگان در شهر تهران از محدودیت دیگر این پژوهش می‌باشد، که دلیل آن محدودیت‌های اعمال شده بر پژوهشگر بوده و لذا نتایج قابلیت تعمیم‌دهی ندارند. طرح پژوهش حاضر از نوع مقطعی بود که از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است و تعمیم‌دهی را محدود می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های کیفی از قبیل مشاهده و مصاحبه و در شرایط مساعدتر جهت گردآوری اطلاعات اقدام شود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از جامعه گسترده‌تری استفاده شود تا قدرت تعمیم‌پذیری افزایش یابد. با توجه به محدود بودن طرح مطالعه حاضر با روش مقطعی، پیشنهاد می‌گردد از طرح‌های طولی در مطالعات آینده استفاده شود. پیشنهاد می‌شود انجمن حمایت از بیماران سرطانی در قالب طرح‌هایی ملی و فراگیر، برای این زنان دوره‌های آموزشی را در نظر گیرد تا با توانمندسازی آنها، در جهت ارتقاء سطح خودکارآمدی و امید به زندگی گامی مهم و موثر بردارند و بدین ترتیب با بهبود کیفیت زندگی از بروز مشکلات روانشناختی پیشگیری به عمل آورند. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود مسئولان کلینیک‌های مشاوره و بهزیستی‌ها، حمایت‌های لازم را در جهت ارائه خدمات روانشناختی در راستای آموزش و بهبود مهارت‌های لازم برای ارتقا امید و کیفیت زندگی و خودکارآمدی در این زنان به عمل آورد تا در نتیجه این زنان بتوانند سلامت روان بالاتری داشته باشند. پیشنهاد می‌گردد با تقویت گروه‌های خودیاری و با آموزش افراد دچار سرطان در زمینه ذهن‌آگاهی و مراقبه و قرار دادن این افراد در گروه‌ها، سطح وسیعی از خدمات روانشناختی را برای افراد دچار سرطان فراهم نمود.

منابع

حیدری آل کثیری، زینب و دشت بزرگی، زهرا (۱۴۰۰) تاثیر آموزش مثبت نگری بر خوش بینی، امید به زندگی و خودمدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت. فرهنگ و ارتقای سلامت، ۱۵(۱)، ۱۱۵-۱۰۸. URL: <http://ijhp.ir/article-1-396-fa.html>

[fa.html](http://ijhp.ir/article-1-396-fa.html)

عبدولی، مصطفی و ذبیح زاده، عباس. (۱۴۰۰). ارتباط نیازهای معنوی و تاب آوری بر کیفیت زندگی در بیماران دیابتی. مجله علوم پزشکی صدر، ۹(۲)، ۱۸۶-۱۷۳. <https://doi.org/10.30476/smsj.2021.88768.1182>

غفاری، مظفر؛ اسمعیلی، احمد؛ عبدالمنافی، وحید و فرجی، کبری. (۱۴۰۳). طراحی مدل علی امید به زندگی در افراد مبتلا به بیماری سرطان براساس استواری روانی، سوگیری تعبیر و تن انگاره. *مجله پژوهش پرستاری ایران*، ۹۰، ۳۶-۴۶.

URL: <http://ijnr.ir/article-1-2891-fa.html>

قربانی، یاسمن؛ شه‌پناه، میترا و قاسم‌زاده، عزیزرضا. (۱۴۰۰). رابطه بین خوش بینی، امیدواری و معنویت با شدت علائم بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران. *نشریه روانشناسی زن*، ۲(۱)، ۲۲-۱۳.

کرامتی، هادی و شهرآرای، مهرناز. (۱۳۸۳). بررسی نقش خودکارآمدی ادراک شده در عملکرد ریاضی. *مجموعه علوم انسانی، نوآورهای آموزشی*، ۴(۱)، ۱۱۵-۱۰۳.

مکری والا، مهرنوش. (۱۴۰۰). تدوین و اعتبار یابی بسته تلفیقی گشتالت درمانی و درمان شناختی رفتاری و مقایسه اثربخشی آن با برنامه‌های شناختی- رفتاری و گشتالت درمانی بر میزان خودکارآمدی، امید به زندگی و شدت و کنترل درد در زنان مبتلا به سرطان سینه. پایان نامه دکتری رشته مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی.

نجات، سحرناز. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه گیری آن. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی*، ۴(۲)، ۵۷-۶۲.

URL: <http://irje.tums.ac.ir/article-1-146-fa.html>

نهتائی، وحید و پیمان، نوشین. (۱۴۰۳). نقش حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان: مرور نظام مند. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۷۶۱، ۲۴۷-۲۲۷. https://jims.mui.ac.ir/article_31224.html

Abdevali, M., & Zabihzadeh, A. (2021). The Effect of Spiritual Needs and Resiliency on Quality of Life in Diabetics. *Sadra Medical Sciences Journal*, 9(2), 173-186. [Persian] <https://doi.org/10.30476/smsj.2021.88768.1182>

Cai, T., Verze, P., Johanson, T, B. (2021). The Quality of Life Definition: Where Are We Going?. *Uro J. Urol.* 1, 14-22. <https://doi.org/10.3390/uro1010003>

Carreira, H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S., & Bhaskaran, K. (2018). Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 110(12), 1311-1327. DOI: [10.1093/jnci/djy177](https://doi.org/10.1093/jnci/djy177)

Corn, B. W., Feldman, D. B., and Wexler, I. (2020). The science of hope. *Lancet Oncol*, 21, e452-e459. DOI: [10.1016/S1470-2045\(20\)30210-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30210-2)

Davis, SC., & Snyder, E. (2024). Factors impacting quality of life for breast cancer survivors. *Nurse Pract*, 49(5), 17-23. doi: [10.4103/jmh.JMH_15_17](https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_15_17)

De Jaeghere, E. A., Tuyaerts, S., Van Nufel, A. M., Belmans, A., Bogaerts, K., Baiden-Amissah, R., ... & Denys, H. G. (2024). Correction: Pembrolizumab, radiotherapy, and an immunomodulatory five-drug cocktail in pretreated patients with persistent, recurrent, or metastatic cervical or endometrial carcinoma: Results of the phase II PRIMMO study. *Cancer Immunology, Immunotherapy*, 74(1), 32. DOI: [10.1007/s00262-024-03873-5](https://doi.org/10.1007/s00262-024-03873-5)

Delmar, C., Seibaek, L., & Hounsgaard, L. (2018). Sustaining hope and life courage in patients undergoing ovarian cancer surgery – the impact of care. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 27(1), 32- 48. DOI: [10.1111/ecc.12562](https://doi.org/10.1111/ecc.12562)

Dent, R., Cortés, J., Pusztai, L., McArthur, H., Kümmel, S., Bergh, J., ... & Schmid, P. (2024). Neoadjuvant pembrolizumab plus chemotherapy/adjuvant pembrolizumab for early-stage triple-negative breast cancer: quality-of-life results from the randomized KEYNOTE-522 study. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 116(10), 1654-1663. <https://doi.org/10.1093/jnci/djae129>

- Elliott, K., Haworth, E., Bolnykh, I., McAllister-Williams, R. H., Greystoke, A., Todd, A., & Sharp, L. (2024). Breast cancer patients with a pre-existing mental illness are less likely to receive guideline-recommended cancer treatment: A systematic review and meta-analysis. *The Breast*, 103855. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2024.103855>
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Moser, J. (2002). Context in the clinic: how well do cognitivebehavioral therapies and medications work in combination?. *Biological psychiatry*, 52(10), 987-997. DOI: [10.1016/s0006-3223\(02\)01552-4](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01552-4)
- Galín, S. Heruti, I. Barak, N. & Gotkine, M. (2018). Hope and self-efficacy are associated with better satisfaction with life in people with ALS. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 19(7-8), 611-618. DOI: [10.1080/21678421.2018.1476546](https://doi.org/10.1080/21678421.2018.1476546)
- Ghaffari, M., Esmali, A., Abdolmanafi, V., & Faragji, K. (2024). Designing a Causal Model of Life Expectancy in Patients with Cancer Diseases based on Mental Toughness, Interpretation Bias and Body Image. *IJNR*, 19(3), 36-46. [Persian] URL: <http://ijnr.ir/article-1-2891-fa.html>
- Ghorbani Ashin, Y., Shahpanah, M., & Ghasemzadeh, A. R. (2021). The relationship between optimism, hope and spirituality with severity of symptoms in breast cancer patients in Tehran. *Psychology of Woman Journal*, 2(1), 13-22. [Persian]
- Heydari Alkasiri, Z., & DashtBozorgi, Z. (2021). The Effect of Positivistic Education on Optimism, Life Expectancy and Self-Management in Patients with Diabetes. *Iran J Cult Health Promot* 2021; 5 (1) :108-115. [Persian] URL: <http://ijhp.ir/article-1-396-fa.html>
- Hutz, C. S., Midgett, A., Pacico, C., Bastianello, M. R., Zanon, C., (2014). The Relationship of Hope, Optimism, Self-Esteem, Subjective Well-Being, and Personality in Brazilians and Americans. *Psychology*, 5, 514-522. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.56061>
- Iliescu, MG., Stanciu, LE., Uzun, AB., Cristea, AE., Motoască, I., Irsay, L., Iliescu, DM., Vari, T., Ciubean, AD., Caraban, BM., & Ciufu, N. (2024). Assessment of Integrative Therapeutic Methods for Improving the Quality of Life and Functioning in Cancer Patients—A Systematic Review. *J Clin Med*, 13(5), 1190. <https://doi.org/10.3390/jcm13051190>
- Iwanowicz Palus, G., Mroz, M., & Bień, A. (2021). uality of life, social support and selfefficacy in women after a miscarriage. *Journal Health Qual Life Outcomes*, 19(16), 1-8. DOI: [10.1186/s12955-020-01662-z](https://doi.org/10.1186/s12955-020-01662-z)
- Jacobs, F., Agostinetti, E., Miggiano, C., De Sanctis, R., Zambelli, A., & Santoro, A. (2023). Hope and hype around immunotherapy in triple-negative breast cancer. *Cancers*, 15(11), 2933. DOI: [10.3390/cancers15112933](https://doi.org/10.3390/cancers15112933)
- Jonis, Y. M. J., Wolfs, J. A. G. N., Hummelink, S., Tielemans, H. J. P., Keuter, X. H. A., van Kuijk, S., ... & Qiu, S. S. (2024). The 6 month interim analysis of a randomized controlled trial assessing the quality of life in patients with breast cancer related lymphedema undergoing lymphaticovenous anastomosis vs. conservative therapy. *Scientific Reports*, 14(1), 2238. DOI: [10.1038/s41598-024-52489-3](https://doi.org/10.1038/s41598-024-52489-3)
- Keramati, H., & Shahraray, M. (2004). Investigating the role of perceived self-efficacy in mathematical performance. *Humanities, Educational Innovators*, 4(1), 103-115.
- Koç, Z., Kaplan, E., & Tanrıverdi, D. (2024). The effectiveness of telehealth programs on the mental health of women with breast cancer: a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 30(3), 405-419. DOI: [10.1177/1357633X211069663](https://doi.org/10.1177/1357633X211069663)

- Laranjeira, C., Querido, A. (2022). Hope and Optimism as an Opportunity to Improve the “Positive Mental Health” Demand. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-6. doi: [10.3389/fpsyg.2022.827320](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.827320)
- Li, S., Xiang, Y., Li, H., Yang, C., He, W., Wu, J., ... & Ye, Z. (2024). Body image, self-efficacy, and sleep quality among patients with breast cancer: a latent profile and mediation analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 71, 102652. DOI: [10.1016/j.ejon.2024.102652](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102652)
- Martinez-Calderon, J., Flores-Cortes, M., Morales-Asencio, J. M., Fernandez-Sanchez, M., & Luque-Suarez, A. (2020). Which Interventions Enhance Pain Self-efficacy in People With Chronic Musculoskeletal Pain? A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, Including Over 12 000 Participants. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 50(8), 418–430. DOI: [10.2519/jospt.2020.9319](https://doi.org/10.2519/jospt.2020.9319)
- Mokrivala, M. (2021). Development and validation of a combined package of Gestalt therapy and cognitive behavioral therapy and comparing its effectiveness with cognitive-behavioral programs and Gestalt therapy on self-efficacy, life expectancy, and pain intensity and control in women with breast cancer. Doctoral thesis, Counseling, Allameh Tabatabaie University. [Persian]
- Nejat, S. (2008). Quality of Life and its Measurement. *Irje*, 4(2), 57-62 URL: <http://irje.tums.ac.ir/article-1-146-fa.html>
- Nohtani, V., & Peyman, N. (2024). The Role of Social Support on Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review. *Journal Of Isfahan Medical School*, 761, 227-247. https://jims.mui.ac.ir/article_31224.html
- Peng, CH., Ye, ZJ., Zhang, HW., Liang, MZ., Zhao, JJ., Sun, Z., & et al. (2018). A biopsychosocial model of resilience for breast cancer: A preliminary study in mainland China. *Eur J Oncol Nurs*, 36, 95 -102. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.08.001>
- Pieh, Ch., O'Rourke, T., Budimir, S., Probst, Th. (2020). Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown. *PLoS ONE*, 15(9), e0238906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257118>
- Schiavon, C. C., Marchetti, E., Gurgel, L. G., Busnello, F. M., and Reppold, C. T. (2017). *Optimism and hope in chronic disease: a systematic review*. *Front. Psychol*, 7, 2022.
- Sedrak, M. S., Sun, C. L., Bae, M., Freedman, R. A., Magnuson, A., O'Connor, T., ... & Ji, J. (2024). Functional decline in older breast cancer survivors treated with and without chemotherapy and non-cancer controls: results from the Hurria Older PatiEnts (HOPE) prospective study. *Journal of Cancer Survivorship*, 1-13. DOI: [10.1007/s11764-024-01594-3](https://doi.org/10.1007/s11764-024-01594-3)
- Serrano, D., Gandini, S., Guerrieri-Gonzaga, A., Feroce, I., Johansson, H., Macis, D., ... & DeCensi, A. (2018). Quality of life in a randomized breast cancer prevention trial of low-dose tamoxifen and fenretinide in premenopausal women. *Cancer Prevention Research*, 11(12), 811-818. DOI: [10.1158/1940-6207.CAPR-18-0073](https://doi.org/10.1158/1940-6207.CAPR-18-0073)
- Sherer, M., & Maddux, J. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychoical Reports*, 51, 663-671. DOI: [10.2466/pr0.1982.51.2.663](https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663)
- Snyder, C. R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Snyder, CR, (2000). The past and possible futures of hope. *Journal of social and clinical psychology*, 19(1), 11-2. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.11>

- Tu, H., Zhang, L., Xu, M., Zhao, Z., Han, J., & Yan, L. (2024). The mediating effect of self-efficacy on social support and cancer screening behavior among Chinese women: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 24(1), 454. DOI: [10.1186/s12905-024-03296-5](https://doi.org/10.1186/s12905-024-03296-5)
- Walker, R. J., Smalls, B. L., Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., & Egede, L. E. (2014). Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. *Ethnicity & disease*, 24(3), 349–355.
- Williams, D. M., Dunsiger, S., Emerson, J. A., Dionne, L., Rhodes, R. E., & Beauchamp, M. R. (2020). Are self-efficacy measures confounded with motivation? An experimental test. *Psychology & health*, 35(6), 685–700. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1683179>
- Xiong, W., Huang, M., Leung, X. Y., & Li, Y. (2025). The healing impact of travel on the mental health of breast cancer patients. *Tourism Management*, 106, 104997. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2024.104997>

Comparison of quality of life, life expectancy and self-efficacy in women with early and advanced breast cancer

Elaheh Delmanian¹, Rita Liyaghat²

Abstract

Today, cancer is considered one of the most important health problems worldwide. According to studies, more than one-third of cancer patients suffer from mental disorders, and anxiety and depression are the most common psychological symptoms. The aim of the present study was to compare quality of life, life expectancy and self-efficacy in women with early and advanced breast cancer. The research method was a descriptive causal-comparative type. The statistical population of the study included all women with early and advanced breast cancer attending Farhikhtegan Hospital in Tehran in 2024. The sample size was 30 women with early stage breast cancer (grade 1) and 30 women with advanced stage breast cancer (grade 3), who were selected through purposive sampling and responded to the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (1996), Schneider Hopefulness Scale (1991), and Scherer et al. General Self-Efficacy Questionnaire (1982). The collected data were analyzed using SPSS version 25 statistical software and multivariate analysis of variance (MANOVA) test. According to the results of the study, there is a significant difference in the F value observed between the two groups of women with breast cancer in the early and advanced stages in terms of life expectancy ($P < 0.01$; $F = (58, 1) 192.037$), self-efficacy ($P < 0.01$; $F = (58, 1) 872.110$), and quality of life ($P < 0.01$; $F = (58, 1) 576.6$). Therefore, the research hypothesis that there is a difference between quality of life, life expectancy, and self-efficacy in women with breast cancer in the early and advanced stages is confirmed. Also, the life expectancy variable has the highest eta square (0.768). Also, based on the results of the averages, women with breast cancer in the early stages have higher quality of life, life expectancy, and self-efficacy. Therefore, the medical staff, especially the cancer ward nurses, the families of these patients and those around them should keep this issue in mind in order to provide the necessary support to these patients.

¹ . M.A of Clinical Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: Elahehdelmanian@gmail.com

² . (Corresponding author): Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: Dr.liyaghat@gmail.com

Keywords: Quality of life, life expectancy, self-efficacy, women with early-stage breast cancer, women with advanced-stage breast cancer.