

- Penades, M. C., Nunez, A. G., & Canos, J. H. (2017). From planning to resilience: The role (and value) of the emergency plan. **Technological Forecasting and Social Change**, 121, 17-30.
- Sanchez-Lopez, A., Raedt, R. D., Put, J. V., & Koeter, E. H. W. (2019). A novel process-based approach to improve resilience: Effects of computerized mouse-based (gaze) contingent attention training (MCAT) on reappraisal and rumination. **Behaviour Research and Therapy**, 118, 110-120.
- Taylor, D. L., Kraines, M., Grant, D. M., & Wells, T. T. (2019). The role of excessive reassurance seeking: An eye tracking study of the indirect effect of social anxiety symptoms on attention bias. **Psychiatry Research**, 274, 220-227.
- Taylor, R. A. (2019). Contemporary issues: Resilience training alone is an incomplete intervention. **Nurse Education Today**, 78, 10-13.

تدوین مدل پیش‌بینی امیدواری بر اساس تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان

فاطمه مرادی^۱

مهديه صالحی^{۲*}

رویا کوچک انتظار^۳

بلال ایزانلو^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تدوین مدل پیش‌بینی امیدواری بر اساس تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجان با میانجی‌گری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. پژوهش از نوع توصیفی و روش آماری همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به انستیتو سرطان بیمارستان‌های امام خمینی و میلاد تهران در سالهای ۱۳۹۷-۱۳۹۸ بودند. انتخاب نمونه پژوهش به صورت روش نمونه‌گیری هدفمند بود، به این ترتیب که از بین بیماران مبتلا به سرطان پستان ۳۰۰ نفر براساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری کونور-دیویدسون، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران، مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه امید اشناید و همکاران بودند. در تحلیل داده‌ها از روش معادلات ساختاری استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که اثر مستقیم کیفیت زندگی بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان برابر با $t = 1/98$ و $\beta = 0/31$ بود. و تاب‌آوری بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر مستقیم $t = 2/38$ و $\beta = 0/37$ و غیرمستقیم $t = 2/03$ و $\beta = 0/14$ به واسطه کیفیت زندگی معنادار دارد. $(p < 0/05)$ همچنین تنظیم شناختی هیجان مثبت و تنظیم شناختی هیجان منفی بر امیدواری اثر مستقیم معنادار ندارد. تنظیم شناختی هیجان مثبت بر امیدواری اثر غیرمستقیم $t = 2/14$ و $\beta = 0/18$ و تنظیم شناختی هیجان منفی بر امیدواری اثر غیرمستقیم $t = 2/09$ و $\beta = -0/16$ (به واسطه کیفیت زندگی) معنادار دارد. $(p < 0/05)$ نتایج تحلیل مدل اندازه‌گیری نشان داد ساختار عاملی مقیاس‌های پژوهش مورد تایید بود. نتایج آزمون مدل مفهومی نشان داد شاخص‌های برازش مدل پژوهش در وضعیت مطلوبی قرار دارد. افزایش میزان تاب‌آوری هم بطور مستقیم باعث افزایش امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود و هم به واسطه افزایش کیفیت زندگی، سطح امیدواری این بیماران را افزایش می‌دهد. همینطور، افزایش میزان تنظیم شناختی هیجان از طریق افزایش کیفیت زندگی سطح امیدواری بیماران را افزایش می‌دهد.

واژه‌های کلیدی: امیدواری، تنظیم شناختی هیجان، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، سرطان پستان

۱. دکترای تخصصی روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۲- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
Iranpour1000@yahoo.com
- ۳- استادیار، گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
- ۴- استادیار، گروه تحقیقات آموزشی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان در ایران است. مرحله بالینی بیماری تعیین‌کننده نوع درمان، پیش‌آگهی و میزان بقا است. ملاک تعیین مراحل بالینی سرطان پستان بر اساس سه ویژگی اندازه تومور، درگیری غدد لنفاوی و متاستاز دور دست است که به چهار مرحله تقسیم می‌شود (محمودی، محمودی، حقیقی، محمودی، ۱۳۹۳). بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان پستان در معرض فشارهای روانی قرار دارند که می‌تواند اختلالات روانی و اجتماعی را در زندگی این مبتلایان ایجاد کند. آنها در زندگی خانوادگی خود احساس از هم گسیختگی می‌نمایند. درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌سازند. بحران‌های ناشی از سرطان سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان می‌شود. اما بیشترین حالت در این دوره برای بیمار حس یأس و ناامیدی است (محبت بهار، گلزاری، اکبری و مرادی جو، ۱۳۹۴). امید اثرات زیادی در سازگاری بیمار با شرایط به خصوص در طی دوران درد و محرومیت دارد (کیم و همکاران، ۲۰۱۱). امیدواری یک ویژگی روان‌شناختی است که برای داشتن رضایت از زندگی ضروری است. امیدواری منجر به این باور می‌شود که اساساً دنیا مکان قابل اعتمادی است (لیو، چن، لین، چن، و جان، ۲۰۱۳). امید را مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها می‌دانند. در واقع امید عاملی برانگیزاننده است و افراد را قادر می‌سازد مسیری را انتخاب کنند که به نتیجه‌ای مثبت می‌انجامد (اشنایدر، ۲۰۰۰).

پژوهش‌ها نشان داده است که امیدواری در افراد، به میزان زیادی تحت تأثیر میزان تاب‌آوری در ایشان است (فرونفلکر، تهیر، ابدیرامن و بتانکورت، ۲۰۱۹). تاب‌آوری در برگیرنده ویژگی‌هایی است که فرد را قادر می‌سازد تا در شرایط نامطلوب پیشرفت کند (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند در مواجهه با مشکلات مدت بیشتری مقاومت می‌کنند. در حالی که افرادی که تاب‌آوری کمتری دارند، احساس درماندگی می‌کنند و ناتوان از اعمال کنترل روی رویدادهای تنش‌زا هستند. این افراد به محض مواجه شدن با مانع، تسلیم می‌شوند. ولی افراد تاب‌آور باور دارند که قادرند به شکل مؤثری از عهده رویدادهای زندگی برآیند. بندورا معتقد است در سطح شناختی، افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، در مدیریت تنش‌های محیطی، اثربخشی راهبری و انعطاف بیشتری از خود نشان می‌دهند (بندورا، ۲۰۰۶). بنابراین، بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود دارد (حسینی، حسینی، ۱۳۹۷).

نتایج بررسی‌ها نشان داد که امیدواری به شکل مطلوبی توانایی بهبود برخی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را داراست (پیه، کیوا، ماهندرن، ۲۰۱۶). و تنظیم شناختی هیجان به فرایندهایی که دربردارنده‌ی پاسخ‌دهی و کنترل هیجانات و توانایی تنظیم حالت‌های روانشناختی و اجتماعی است، گفته می‌شود (براکیسزویسکی، ۲۰۱۰). اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در پژوهش‌های زیادی تأیید شده است (ورنر و گراس ۲۰۱۰ و هاریهاران، آدام، آستور و وینهارت، ۲۰۱۵).

به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی از عوامل متعددی تأثیر می‌گیرد و بر متغیرهای بسیاری اثرگذار است که در این پژوهش با توجه به ارتباط آن با تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجان نقش میانجی آن با امیدواری مورد بررسی قرار می‌گیرد. مشخص شده است که کیفیت زندگی با امیدواری و راهبردهای مقابله‌ای ارتباط مثبت دارد، به این معنی که افراد با کیفیت زندگی بالا در رسیدن به اهداف خود مصمم هستند و همچنین راهبردهای قدرتمندی را برای رسیدن به اهداف و حل مسائل استفاده می‌کنند (اشنایدر، ۲۰۰۵) همین‌طور بیش از یک دهه است که بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در

مراقبت‌های بهداشتی به ویژه در مطالعات بیماری‌های مزمن مطرح می‌باشد. امروزه به دلیل پیشرفت‌های تشخیصی-درمانی بررسی کیفیت زندگی و تداوم حیات مبتلایان به سرطان پستان به عنوان یک موضوع مهم سلامت مورد توجه قرار گرفته است (دمارک-واهنفرید، ۲۰۰۷). روانشناسان باور دارند که افکار و اعتقادات ما کیفیت زندگی ما را شکل می‌دهند (رضا پور، قیصری، رضاپور، علی محمودی، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی از مهمترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت جهانی محسوب می‌شود و بیانگر درک فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائق می‌باشد. نتایج پژوهش گلزاری (۱۳۹۳) در زمینه‌ی رابطه بین امید با راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در معتادین شهرستان زاهدان انجام داد. نتایج نشان داد بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی با امید رابطه معناداری وجود دارد.

شعاع کاظمی و مومنی جاوید (۱۳۸۹) مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران سرطانی بعد از عمل جراحی انجام دادند. فرضیه پژوهش این بود که بین کیفیت زندگی و امید به زندگی رابطه معناداری وجود دارد. با توجه به مطالب بیان شده بنظر می‌رسد که با شناخت و درک عمیق‌تر از ویژگی‌های روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان و تأثیر آنها بر میزان امیدواری این بیماران می‌توان اقداماتی در جهت افزایش سازگاری آنان با شرایط جدید زندگی انجام داد. بایستی توجه داشت افراد مبتلا به آن در خطر تجربه‌ی آشفتگی‌ها و فشارهای مرتبط با بیماری هستند و بسیاری از آنها مشکلات سازگاری را تجربه می‌کنند که به تبع منجر به کاهش سلامت روانی و جسمانی آنان می‌گردد و با توجه به این که زنان نقش کلیدی در نظام خانواده دارند، با ابتلاء آنان به سرطان، کل سیستم دچار ازهم گسیختگی و اختلال می‌گردد بنابراین با توجه به میزان شیوع بالای سرطان پستان در زنان ایرانی و مشکلات متعدد آنان و با در نظر گرفتن اهمیت مؤلفه‌های تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجان و نقش هر کدام از این متغیرها در امیدواری، محقق برآن شد تا به پژوهش در این زمینه بپردازد. از آن جایی که تحقیقی در خصوص ارتباط متغیرهای مذکور به طور همزمان یافت نشده است، ضرورت پژوهش در این حوزه احساس می‌شود بنابراین مسأله پژوهش حاضر بررسی این سؤال است که در قالب یک مدل، آیا مدل پیش‌بینی امیدواری بر اساس تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجان با در نظر گرفتن نقش میانجی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان از برازش مطلوبی برخوردار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر بر اساس هدف آن از تحقیقات کاربردی و جزء روش‌های توصیفی و به لحاظ آماری از نوع طرح‌های همبستگی است. جامعه آماری در این پژوهش متشکل از کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به انستیتو سرطان بیمارستان‌های میلاد و امام خمینی تهران سال ۹۸-۹۷ بودند. با توجه به نوع مطالعه و تعداد متغیرهای پیش‌بین در تحلیل معادلات ساختاری بنا به توصیه محققان (تاباچنیک و فیسل، ۲۰۰۱)، حجم نمونه باید حداقل ۱۰ برابر تعداد متغیرها به اضافه ۵۰ باشد. در این پژوهش در مجموع ۱۲ متغیر مکنون و مشاهده شده وجود دارد ($170 = 10 + 50 * 12$). بنابراین حداقل حجم نمونه باید ۱۷۰ مورد باشد که در این مطالعه به منظور جلوگیری از افت آزمودنی‌ها و کاهش خطای نمونه برداری تا ۳۰۰ نفر افزایش داده شد. به منظور انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد، به این ترتیب که از بین بیماران مبتلا به سرطان پستان ۳۰۰ نفر که در مرحله ۱ و ۲ سرطان پستان قرار داشتند با توجه به ملاک‌های ورود پژوهش که در یک مصاحبه مقدماتی قبل از ارائه پرسشنامه‌ها از مبتلایان به سرطان پستان پرسیده شد و در صورت دارا بودن ملاک‌ها پرسشنامه اجرا شد، ملاک‌ها عبارت بودند از: دریافت تشخیص سرطان پستان و قرار داشتن در فرآیند درمان، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، قرار داشتن در رده سنی

(۳۰-۶۰) سال و ملاک خروج: عدم سابقه ابتلاء به اختلالات حاد روانپزشکی در طول یک سال گذشته بود. در تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار AMOS علاوه بر محاسبه شاخص‌های توصیفی به محاسبه شاخص‌های استنباطی با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری اقدام شد. و برای مدل پیشنهادی شاخص‌های برازش و ضرایب مسیر استخراج شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه امید‌اشناید و همکاران (۱۹۹۱) متشکل از ۱۲ ماده است که ۸ ماده آن امیدواری و ۴ ماده آن شکنندگی یا امیدواری پایین را می‌سنجند. مقیاس امیدواری‌اشناید شامل دو مؤلفه است: هر ماده با مقیاس چهار درجه‌ای اندازه‌گیری می‌شود که دامنه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست را در بر می‌گیرد. و به صورت ۱ تا ۴ نمره گذاری می‌شود. دامنه نمره گذاری آن برای مقیاس امیدواری ۸ تا ۳۲ و برای مقیاس شکنندگی ۴ تا ۱۶ است. مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل قبولی را از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی به دست آورده است. (اشناید و همکاران، ۱۹۹۱). در پژوهش بیگی، فراهانی، محمد خانی، و محمدی فر (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ بدست آمده در مؤلفه امیدواری ۰/۷۸ و برای مؤلفه شکنندگی ۰/۷۵ به دست آمده است. ضریب پایایی مقیاس امیدواری در پژوهش حاضر ۰/۷۳ محاسبه شد.

پرسش نامه تاب‌آوری کونور دیویدسون (CD-RISC) این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. هر عبارت بر اساس یک مقیاس لیکرت بین ۰ (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره گذاری آن ۱۰۰-۰ است. این پرسشنامه شامل ۵ خرده مقیاس است که عبارتند از زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: ۲۳-۲۴-۲۵-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰، زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی: ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶، زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن: ۸-۵-۴-۲-۱، زیرمقیاس کنترل: ۲۲-۲۱-۱۳ و زیرمقیاس تأثیرات معنوی: ۹-۳. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه‌های بهنجار و بیمار، قابلیت اعتماد و درستی آن را با ضریب ۰/۷۹ تأیید کرده است (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). محمدی (۱۳۸۴) مقیاس مذکور را برای ۲۴۸ نفر اجرا نمود و قابلیت اعتماد آن را با روش همسانی درونی آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و درستی آن را به شیوه تحلیل عاملی برابر ۰/۸۷ واریانس تبیین شد. ضریب پایایی مقیاس تاب‌آوری در پژوهش حاضر ۰/۸۸ محاسبه شد.

پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجانی: این پرسشنامه یک پرسشنامه‌ی خودسنجی است که توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی تدوین شد. نسخه‌ی اصلی این پرسشنامه با ۲ مؤلفه راهبردهای تنظیم هیجان مثبت و راهبردهای تنظیم هیجان منفی دارای ۳۶ ماده است. هر مؤلفه شامل ۱۸ سؤال است و در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای است و از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود. بنابراین برای هر مؤلفه بین ۱۸ تا ۹۰ است. این پرسشنامه در گروه‌های بهنجار و بالینی از سن ۱۲ سال به بالا قابل اجرا است. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی و هرگز) جمع‌آوری می‌گردد. سازندگان این پرسشنامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ محاسبه کرده‌اند. این آزمون در ایران توسط حسنی (۱۳۸۹) ترجمه و مورد استفاده قرار گرفت. اعتبار بدست آمده برای کل آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای عامل‌های تشکیل دهنده آزمون بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ قرار داشت و با استفاده از روش بازآزمایی برای کل آزمون ۰/۷۷ به دست آمد آزمون ۰/۷۷ به دست آمد. ضریب پایایی مقیاس

تنظیم شناختی هیجانی در پژوهش حاضر ۰/۸۸ محاسبه شد.

مقیاس کیفیت زندگی: داده‌های مربوط به کیفیت زندگی به کمک آزمون ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی جمع‌آوری شد. این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال است و بر اساس مقیاس لیکرت نمره گذاری می‌شود. اصلاً برابر با یک و خیلی زیاد برابر ۵ می‌باشد. این پرسشنامه چهار بعد الف: بهداشت و سلامت جسمانی. ب: بعد روانشناختی. ج: بعد روابط اجتماعی و د: بعد محیط و وضعیت زندگی را می‌سنجد و دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ است. از سال ۱۹۹۶ قابلیت اعتماد و درستی این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی در کشورها و فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. بونومی در بررسی‌های خود قابلیت اعتماد درونی آزمون را ۰/۹۵ اعلام نمود و در سال ۲۰۰۰، این پرسشنامه به طور همزمان در ۱۵ کشور جهان طراحی و ترجمه شد. استانداردسازی، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی این پرسشنامه توسط نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، کوروش، محمد، مجدزاده، در سال ۱۳۸۴ صورت گرفت که مقادیر همبستگی درونی آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد و برای درستی محتوایی ابتدا پرسشنامه دوبار به فارسی ترجمه شد، سپس مطالعه آزمایشی، درستی صوری آن را با اطمینان بالایی تأیید کرد (نجات، ۱۳۸۵).

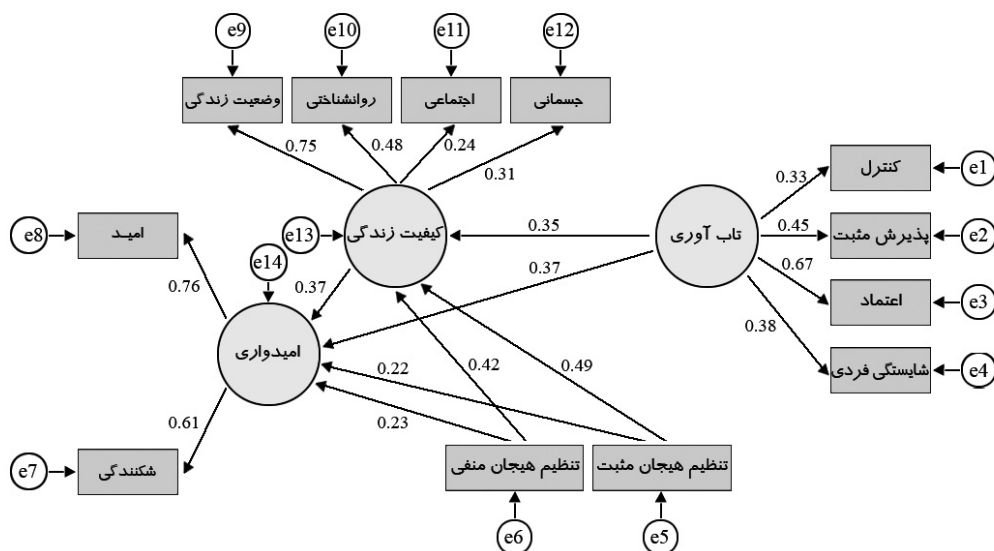
یافته‌ها

تحلیل داده‌های جمعیت شناختی نشان داد ۳۱ درصد گروه نمونه بین ۳۰ تا ۴۵ سال و ۶۹ درصد بین ۴۵ تا ۶۰ سال بودند. همچنین بیشترین فراوانی برای افراد با تحصیلات دیپلم است. در این قسمت نخست شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل شاخص‌های گرایش مرکزی و شاخص‌های پراکنندگی گزارش شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های استفاده شده در پژوهش

مقیاس	شاخص آماری زیر مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
	شایستگی فردی	۱۶/۲۳	۴/۰۷	-۰/۷۶	-۰/۶۶
	اعتماد	۱۱/۱۷	۳/۳۳	-۰/۷۳	-۰/۱۳
تاب‌آوری	پذیرش مثبت	۱۱/۴۷	۳/۴۸	-۰/۸۲	-۰/۲۳
	کنترل	۹/۷۸	۴/۱۱	-۰/۵۲	-۱/۱۱
	تاب‌آوری	۴۸/۶۵	۸/۹۷	-۰/۷۳	-۰/۲۰
تنظیم شناختی هیجان	تنظیم هیجان منفی	۴۴/۵۴	۶/۶۱	-۰/۲۴	-۰/۶۸
	تنظیم هیجان مثبت	۴۵/۶۴	۶/۴۵	-۰/۴۸	۰/۱۸
	وضعیت زندگی	۱۹/۰۷	۳/۵۲	-۰/۰۳	-۰/۶۳
	روانشناختی	۱۳/۷۵	۳/۳۸	-۰/۵۰	-۰/۳۴
کیفیت زندگی	اجتماعی	۱۲/۲۳	۳/۷۱	-۰/۳۳	-۰/۸۵
	جسمانی	۱۴/۹۷	۲/۹۹	-۰/۶۰	-۰/۴۳
	کیفیت زندگی	۵۹/۹۹	۱۰/۷۱	-۰/۶۶	-۰/۴۹
	امید	۲۳/۷۲	۳/۰۲	-۱/۴۷	۰/۸۶
امیدواری	شکندگی	۱۹/۵۰	۳/۱۸	-۰/۸۹	-۰/۶۷
	امیدواری کل	۴۳/۲۲	۵/۷۳	-۱/۲۱	۰/۷۹

معیار کلی نرمال بودن تک متغیری این است که چنانچه کجی و کشیدگی در بازه (۲، -۲) باشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند. (کولیکن، ۲۰۰۹). براساس داده‌های جدول ۴-۳ مشخص می‌شود شاخص کجی و کشیدگی همه نشانگرها در بازه (۲، -۲) است و بنابراین آنها را نرمال یا تقریب نرمال در نظر گرفته شد. از دیگر مفروضه‌های مدل سازی معادلات ساختاری، نرمال بودن توزیع چند متغیری است. به همین منظور در نرم افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری مardia محاسبه می‌گردد. بنتلر (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کند که مقادیر بزرگتر از ۵ برای ضریب مardia نشان دهنده توزیع غیر نرمال داده‌ها است (برن، ۲۰۱۰). مقدار ضریب مardia برای داده‌های این پژوهش معادل ۴/۳۶ است که نشان دهنده برقرار بودن مفروضه نرمال بودن چند متغیره است. در ادامه ضرایب مسیر استاندارد شده مدل در شکل و جدول ارائه شده است.



شکل ۱. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

در ادامه شاخص‌های برازش مدل در جدول ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازش		نام شاخص
حد مجاز	مقدار	χ^2/df
کمتر از ۳	۲/۱۳	ریشه میانگین خطای برآورد (RMSEA)
کمتر از ۰/۱	۰/۰۶	CFI (برازندگی تعدیل یافته)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۴	NFI (برازندگی نرم شده)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۵	GFI (نیکیویی برازش)
بالاتر از ۰/۹	۰/۹۵	

بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان بیان نمود که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است و می‌توان گفت مدل نظری مورد تأیید است. در ادامه ضرایب مسیر استاندارد شده و استاندارد نشده مدل‌های اصلاحی در شکل و جدول ارائه شده است.

جدول ۳. ضرایب و معناداری اثرات مستقیم و غیر مستقیم در مدل

Sig	آماره سوبل	β استاندارد نشده استاندارد شده	ضریب استاندارد نشده استاندارد شده	نوع اثر	متغیرملاک	متغیر پیش بین
۰/۰۱	۲/۱۴	۰/۲۶	۰/۳۵	مستقیم	کیفیت زندگی	تاب‌آوری
۰/۰۰۱	۶/۷۳	۰/۵۷	۰/۴۹	مستقیم	کیفیت زندگی	تنظیم شناختی هیجان مثبت
۰/۰۰۱	۵/۹۸	۰/۵۱	۰/۴۲	مستقیم	کیفیت زندگی	تنظیم شناختی هیجان منفی
۰/۰۴	۲/۰۳	۰/۱۴	۰/۲۳	به واسطه کیفیت زندگی	امیدواری	تاب‌آوری
۰/۰۷	۱/۷۷	۰/۲۲	۰/۱۰	مستقیم	امیدواری	تنظیم شناختی هیجان مثبت
۰/۰۷	-۱/۷۹	-۰/۲۳	۰/۱۱	مستقیم	امیدواری	تنظیم شناختی هیجان منفی
۰/۰۳	۲/۱۴	۰/۱۸	۰/۱۲	به واسطه کیفیت زندگی	امیدواری	تنظیم شناختی هیجان مثبت
۰/۰۴	۲/۰۹	-۰/۱۶	۰-/۱۱	به واسطه کیفیت زندگی	امیدواری	تنظیم شناختی هیجان منفی
۰/۰۴	۱/۹۸	۰/۳۷	۰/۳۱	مستقیم	امیدواری	کیفیت زندگی

آنچه از نتایج جدول فوق حاصل می‌گردد، این است که کیفیت زندگی اثر مستقیم بر امیدواری داشته است، رابطه کیفیت زندگی با امیدواری به صورت مستقیم برابر ($t = 1/98$ و $\beta = 0/31$) است. بنابراین فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر مستقیم کیفیت زندگی بر امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. همچنین تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری اثر غیرمستقیم معنادار بر امیدواری به واسطه کیفیت زندگی داشته‌اند ($p > 0/05$). اثر مستقیم تاب‌آوری نیز معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

بر مبنای نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها می‌توان بیان کرد که در الگوی ساختاری پیش‌بینی امیدواری در پژوهش حاضر، در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار بودند و می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه پژوهش مبنی بر برازش مدل پیش‌بینی امیدواری مورد تأیید است. متغیرهای تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجان به عنوان متغیرهای برون‌زا و متغیر کیفیت زندگی به عنوان متغیر برون‌زا و میانجی بر متغیر امیدواری اثرات مستقیم و غیرمستقیم داشتند. به لحاظ آماری این اثرات معنی‌دار بود. بنابراین مدل ساختاری پژوهش حاضر در تبیین و پیش‌بینی امیدواری بیماران مبتلا به

سرطان پستان کارآمد بوده است. این دستاورد بسیار مهمی برای پژوهش حاضر است. که همسو است با نتایج پژوهش‌های (محبت بهار، گلزاری، اکبری و مرادی جو، ۱۳۹۴، کیم و همکاران، ۲۰۱۱، لیو، چن، لین، چن، و جان، ۲۰۱۳، اشنايدر ۲۰۰۰). در همین راستا، اسکراورز، کرایچ، گارنفسکی و فرنز (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند بیمارانی که قادر به فکر کردن درباره موضوعات خوشایند بودند (به جای فکر کردن در مورد تجربه سرطان) و به طور مداوم احساسات و افکار منفی مرتبط با تجربه سرطان را ذهن نمی‌آورند از میزان سلامتی بیشتری برخوردار بودند. تمرکز مثبت، راهکار موثری برای کاهش اثرات منفی و بروز نتایج مثبت می‌باشد. کارلسون، دیکگلیگیل، گرینبرگ و موجیکا پرودی (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند افرادی که عادت به استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد برای تنظیم هیجان‌اتشان در زندگی روزمره خود دارند، تاب‌آوری بیشتری در برابر استرس از خود نشان می‌دهند.

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که اثر مستقیم تنظیم شناختی هیجان بر امیدواری معنادار نمی‌باشد. و ناهمسو با پژوهش (پیه، کیوا، ماهندرن، ۲۰۱۶) و پژوهشی است که بیان میکند: تفکر امیدوارکننده به رفاه روانی - اجتماعی بیماران منجر شود. علاوه بر این، اثر متقابل بین امید و ارزیابی مجدد نشان داد که ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی ممکن است برای بیماران با امید کم، کمک کننده باشد (چائو، هوک، ریتی، ۲۰۱۵). اثر غیرمستقیم تنظیم شناختی هیجان بر امیدواری (به واسطه کیفیت زندگی) معنادار است. ($p < 0.05$) هم راستا با پژوهش حاضر، در پژوهشی نشان دادند اثر استاندارد شده سبک‌های شناختی تنظیم هیجان مثبت و منفی بر کیفیت زندگی معنادار بود (ندائی، پاغوش و صادقی هسنیجه، ۱۳۹۵). همچنین، نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی معنادار است. راهکارهای تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار داشتند. در حالی که بین راهکار ملامت دیگران و کیفیت زندگی رابطه معنادار منفی برقرار بود (بهرامی، بهرامی، مشهدی و کارشکی، ۱۳۹۴).

تاب‌آوری بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر مستقیم و غیرمستقیم به واسطه کیفیت زندگی معنادار دارد. که همسو با نتایج پژوهش‌های (فرونفلکر، تهیر، ابدیرامن و بتانکورت، ۲۰۱۹، کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳، بندورا، ۲۰۰۶، حسینی، حسینی، ۱۳۹۷) است. در پژوهشی همسو با این پژوهش بیان شد، امید درمانی به شیوه گروهی در افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است و سبب افزایش امید و تاب‌آوری می‌شود علت این امر را نیز می‌توان چنین بیان نمود که چون امید درمانی به عنوان یک عامل مداخله‌ای موجب افزایش توان فرد در مقابله با موقعیت‌های تنش‌زای بیماری می‌گردد، لذا این نوع از روش درمانی، سازگاری و در پی آن تاب‌آوری فرد را افزایش می‌دهد (باقری زنجانی اصل منفرد و قومنی انتصار، ۱۳۹۵). بنابراین در تبیین این یافته که تاب‌آوری منجر به افزایش امیدواری می‌گردد، می‌توان گفت تاب‌آوری، با افزایش دادن سطوح عواطف مثبت، منجر به تقویت عزت نفس و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌گردد و نهایتاً باعث انطباق پذیری مثبت و بهزیستی روانی و امیدواری می‌گردد و متقابلاً افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردارند توانایی سازگاری بالاتری در مواجهه با مشکلات، نسبت به کسانی که از این مزیت برخوردار نیستند، دارند. همینطور، هرچه فرد قدرت تاب‌آوری بیشتری در مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد.

نتایج آزمون آماری نشان داد متغیر کیفیت زندگی بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه اثر مستقیم معنادار دارد ($p < 0.05$). در پژوهشی هم راستا با این نتایج نشان داده شد 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 علائم تشخیص و سایر مهارت‌های مقابله‌ای است. بیماران که از روحیه 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 (اشنایدر، ۲۰۰۶). هیچ پژوهشی ناهمخوان با این پژوهش یافت نشد. پژوهش حاضر نشان داد برای اینکه بیماران مبتلا به سرطان پستان سطح مناسبی از امیدواری بهره‌مند شوند مستلزم این است که از یک سو ویژگی تاب‌آوری در سطح بالایی دارا باشند. از سوی دیگر از مهارت‌های تنظیم شناختی برخوردار باشند. این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی در تبیین و پیش‌بینی امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان نقش واسطه‌ای دارد. متغیر فوق از یک طرف تحت تأثیر تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان قرار می‌گیرند و طرفی می‌تواند بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر معناداری داشته باشند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارزیابی تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند نقش مهمی در درمان مشکلات روانشناختی احتمالی آنان بازی کند و می‌تواند بر پیروی بیمار از دستورات درمانی و پیش‌آگاهی وی اثرگذار باشد. افرادی که تاب آورند، نگاهی خلاقانه و انعطاف‌پذیر به مسائل دارند، برای حل آنها برنامه‌ریزی می‌کنند و در صورت نیاز از دیگران درخواست کمک می‌کنند که این عوامل باعث می‌شود فرد از کیفیت زندگی و امیدواری بالاتری برخوردار باشد. بدیهی است اثبات این ادعا نیاز به پژوهش‌های بعدی در مقیاس بزرگتر و با طراحی مداخلاتی دارد. عدم بررسی وضعیت اقتصادی خانواده و کم و کیف روابط با همسر و فرزندان به دلیل محدودیت‌های نمونه‌گیری، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

پیشنهادات پژوهشی عبارتند: از این که این موضوع تحقیقاتی با توجه به وسعت فرهنگی کشور، در شهرهای دیگر که دارای بافت فرهنگی متفاوت هستند و سایر بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی اجرا گردد. نقش تعدیل‌گر متغیر وضعیت تاهل و سطح اقتصادی و خانواده در زنان مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار گیرد. به منظور دستیابی به علل و عوامل تأثیرگذار بر امیدواری و بیماران مبتلا به سرطان پستان و در تکمیل یافته‌های این پژوهش، انجام پژوهش‌های کیفی عمیق ضروری است. با توجه به نقش معنادار تنظیم هیجان بر امیدواری که در این پژوهش استنباط شد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های متعددی مبتنی بر روش‌های مداخله نظیر اثربخشی آموزش‌های مبتنی بر تنظیم هیجان بر امیدواری انجام شود.

پیشنهاد کاربردی: براساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌هایی که با بیماران سرطانی کار می‌شود، برای افزایش سطح امیدواری آنان از آموزش مؤلفه‌های تنظیم هیجان، تاب‌آوری و شادکامی استفاده شود. مدیران و مسئولان مرتبط با امور بیماران و خانواده‌های بیماران مبتلا به سرطان پستان باید توجه داشته باشند که مداخلات و آموزش‌های مبتنی بر تقویت تنظیم هیجان و تاب‌آوری، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی، امیدواری و شادکامی در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند داشته باشد.

منابع

- باقری زنجانی اصل منفرد، لیلا. فومنی انتصار، غلامحسین. (۱۳۹۵). اثر امید درمانی گروهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شهر زنجان. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، ۴ (۵)، ۶۸-۶۷.
- بهرامی، بتول. بهرامی، عبدالله. مشهدی، علی و کارشکیف حسین. (۱۳۹۴). نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران در سرطانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۵۸ (۲)، ۹۶-۱۰۵.
- حسینی، سید سجاد. حسینی، سعیده سادات. (۱۳۹۷). بررسی رابطه تاب‌آوری و کیفیت زندگی با اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان شهر همدان. *مجله دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی*. ۳ (۳).
- شعاع کاظمی، مهرانگیز و مومنی جاوید، مهرآور. (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۲ (۳)، ۲۱-۳۰.
- گلزاری، مهناز. (۱۳۹۳). *رابطه بین امید با راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در معتادین شهرستان زاهدان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- محبت بهار، سحر. اکبری، محمد اسماعیل. ملکی، فاطمه و مرادی جو، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۹ (۳۴)، ۲۷-۱۷.
- محمودی، مریم سادات. محمودی، سید عباس. حقیقی، فاطمه. محمودی، سید مصطفی. (۱۳۹۳). تعیین مرحله بالینی سرطان پستان توسط الگوریتم‌های داده‌کاوی. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۸ (۴).
- ندائی، علی؛ پاغوش، عطاالله و صادقی هسنیجه، امیرحسین (۱۳۹۵). ارتباط عامل‌های شخصیت، تنظیم و بازشناسی هیجان با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸ (۴)، ۳۵-۵۰.
- Bandora, A, (2006). Adolescent development from and agnatic perseptive. In F. Pajares and T. Urdan (Eds). *Self-efficacy belifes of Adolescent*, 5, 143-146.
- Bentler, P.M. (2005). *EQS 6 Structural Equations Program Manual. Multivariate Software*, Encino.
- Byrne, B. (2010). *Structural Equation Modeling With AMOS, Basic Concepts, Applications, and Programming*, 2nd ed. New York: Routledge.
- Baraciszewski, J. (2010). *Trajectories of emotion regulation into middle childhood: An investigation of attachment, temperament and language*. A Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy.
- Carlson JM, Dikecligil GN, Greenberg T, Mujica-Parodi LR (2012). Trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. *J Res Personal*.;46(5):609-13. DOI: 10.1016/j.jrp.2012.05.003
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson.

- Coolican, H. (2009). **Research methods and statistics in psychology**. Newyork: Hodder Education.
- Chao, Xu. Peh., Ee, Heok. Kua & Rathi Mahendran. (2015). Hopfulness, emotion regulation, and psychosocial well-being in patients newly diagnosed with cancer. **Official Journal of International Gastric Cancer Association & Japanes Gastric Cancer**.
- Demark-Wahnefried W. (2007). Move Onward, Press Forward, and Take a Deep Breath: Can Lifestyle Interventions Improve the Quality of Life of Women with Breast Cancer, and How Can We Be Sure? **Journal of Clinical Oncology**. 25(28): 4344-5
- Frounfelker, R. L., Tahir, S., Abdirahman, A., & Betancourt, T. S. (2019). Stronger together: Community resilience and Somali Bantu refugees. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**. Advance online publication.
- Kim SW, Kim SY, Kim JM, Park MH, Yoon JH, Shin MG, Yoon, JS. (2012) Relationship between a hopfulnessful attitude and cellular immunity in patients with breast cancer. **General hospital psychiatry** 2011; 33(4):371-6.
- Hariharan, A., Adam, M. T. P., Astor, P. J., & Weinhardt, C. (2015). Emotion regulation and behavior in an individual decision trading experiment: Insights from psychophysiology. **Journal of Neuroscience, Psychology, and Economics**, 8(3), 186-202.
- Hepburn SR, Barnhofer T, Williams JMG. (2009). The future is bright? Effects of mood on perception of the future. **J Happiness Stud**;10(4):483-96.
- Liao MN, Chen SC, Lin YC, Chen MF, Wang CH, Jane SW (2013). Education and psychological support meet the supportive care needs of Taiwanese women three months after surgery for newly diagnosed breast cancer: A non-randomized quasi-experimental study. **International journal of nursing studies**; 51:390-9.
- Rezapour, M. Qeysari, F. Rezapour, N & Alimahmudi, P. (2014). A study on the relationship between happiness, interpersonal skills, responsibility and hopfulness and mental health of student. **Journal of Counseling International Journal of Manegment and Humanity of Sciences**, 3(4), 1744-1750.
- Schroevers, M, J. Kraaij, v. Garnefski, N. Weijmer, J. Frans. (2010). **Cognition coping, Goal Adjustment, and Depressive and Anxiety Symptoms in People Undergoing Infertility Treatment: A Prospective Study**.
- Snyder, C. R. (2000). **Genesis: The birth and growth of hopfulness**. In C.R. Snyder (Ed.), Handbook of hopfulness: Theory, measures, and applications (pp. 25-57). San Diego, CA: Academic Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hopfulness theory: Rainbows in the mind. **Psychological Inquiry**, 13(4), 249-275.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. (2005). (Eds). Handbook of Positive Psychology. Oxford University press.125-126
- Snyder, C. R., Lehman, K. A., Kluck, B., & Monsson, Y. (2006). Hopfulness for rehabilitation and vice versa. **Rehabilitation Psychology**, 51, 89-112.
- Tabakhnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). **Using Multivariate Statistics** (3th ed.), Boston: Allyn & Bocon.
- Taleghani F, ParsaYekta Z, Nikbakht Nasrabadi A. (2006). Coping with breast cancer in

- newly diagnosed Iranian women. **Journal of Advanced Nursing**; 54; 3: 265-73.
- Vedat I. P. G, Seref k, Anmet O. A. F. (2001). The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer. **Cancer Nursing**; 24:490-495.
- Werner K, Gross JJ. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In: Kring A, Sloan DM, editors. Emotion regulation and psychopathology: **A transdiagnostic approach to etiology and treatment**. New York, US: Guilford Press. p. 461.