JPS | مجلهٔ علوم روانشناختی/ دورهٔ هجدهم/ شمارهٔ ۸۱ / ص ۱۰۵۵-۱۰۴۷ پاییز(آذر) ۱۳۹۸
Journal of Psychological Science, Vol. 18, Issue 81, p 1047-1055, Autumn(December) 2019
مقاله پژوهشی

تدوین مدل پیش‌بینی امیدواری بر اساس تاب‌آوری و شادکامی با در نظر گرفتن نقش میانجی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان*

فاطمه مرادی[۱]، مهدیه صالحی[۲]، رؤیا کوچک انتظار[۳]، بلال ایزانلو[۴]

Hopefulness prediction modeling based on resilience and happiness considering the mediating role of quality of life in women with breast cancer

Fatemeh Moradi[1], Mahdieh Salehi[2], Roya Koochakentezar[3], Balal Izanloo[4]

چکیده

زمینه: نتایج پژوهش‌های دهه‌های اخیر روانشناسی نشان داده‌اند که شادکامی و تاب‌آوری می‌توانند امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان را پیش‌بینی کنند اما آیا کیفیت زندگی در رابطه بین این متغیرها نقش میانجی دارد؟ **هدف:** هدف پژوهش، بررسی و تدوین مدل پیش‌بینی امیدواری بر اساس تاب‌آوری و شادکامی با در نظر گرفتن نقش میانجی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان بوده است. **روش:** پژوهش توصیفی و از نوع مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به انستیتو کانسر بیمارستان‌های امام خمینی و میلاد تهران بودند. برای انتخاب نمونه مورد پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد، به این صورت 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 امید اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، پرسشنامه تاب‌آوری کونور - دیویدسون (۲۰۰۳)، مقیاس شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) بودند. **یافته‌ها:** تاب‌آوری بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه اثر مستقیم (t= ۲/۳۸ و β=۰/۳۷) و غیرمستقیم (t= ۲/۰۳ و β=۰/۱۴) (به واسطهٔ کیفیت زندگی) معنادار دارد (p<۰/۰۵). همچنین شادکامی بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه اثر مستقیم (t= ۴/۵۲ و β=۰/۴۶) معنادار دارد (p<۰/۰۵). **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها مدل پژوهش را بطور کلی تأیید کرد. با افزایش میزان تاب‌آوری و شادکامی می‌توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه را بالا برد و سطح امیدواری این بیماران ارتقاء داد. **واژه کلیدها:** امیدواری، تاب‌آوری، شادکامی، کیفیت زندگی، بیماران مبتلا به سرطان سینه

Background: The results of recent decades of psychology have shown that happiness and resilience can predict the hope of women with breast cancer, but does quality of life play a mediating role in the relationship between these variables? **Aims:** The purpose of this study was to investigate the Hopefulness Prediction Modeling based on Resilience and Happiness Considering the Mediating Role of Quality of Life in Women with Breast Cancer. **Method:** The research method was descriptive and of structural equation modeling. The statistical population of this study included all patients with breast cancer referring to Cancer Institute of Imam Khomeini and Milad hospitals in Tehran. Purposeful sampling method was used to select the sample. In this way, 300 patients with breast cancer were selected based on the criteria of entering and leaving the research. The research instruments were Omid Schneider et al. (1991), the Conor-Davidson Resilience Questionnaire (2003), Oxford Happiness Scale (1989), and World Health Organization Quality of Life Scale (1996). **Results:** For data analysis, structural equation modeling was used. Resilience has a direct (t=2/38 & β=0/37) and indirect (t=2/03 & β=0/14) effect on the hope of patients with breast cancer (due to quality of life) (p<0/05). Happiness also has a direct effect(t=4/52 & β=0/46) on hopefulness of patients with breast cancer (p<0/05). **Conclusions:** The findings confirmed the research model in general. Increasing resilience and happiness can improve the quality of life of patients with breast cancer and raise their hope level. **Key words:** Hopefulness, resilience, happiness, quality of life, patients with breast cancer

Corresponding Author: Iranpour1000@yahoo.com

*این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی نویسنده اول است.

[۱]. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی

[1]. Ph.D Student of general Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University

[۲]. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران(نویسنده مسئول)

[2]. Assistant Professor, Department of clinical psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran(Corresponding Author)

[۳]. استادیار، گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

[3]. Associate Professor, Department of general psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[۴]. استادیار، گروه تحقیقات آموزشی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

[4]. Associate Professor, Department of Educational Research, Kharazmi University, Tehran, Iran

دریافت: ۹۸/۰۷/۰۲ پذیرش نهایی: ۹۸/۰۹/۱۴

مقدمه

اهمیت امیدواری شاید به واسطهٔ پیامدهای عدم وجودِ امیدواری بهتر مورد فهم قرارگیرد. ناامیدی یک وضعیت وخیم است که منجر افزایش یأس، افسردگی و نهایتاً فقدان اشتیاق به زندگی می‌شود (فلکمن، ۲۰۱۳). امیدواری به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می‌تواند باعث غناء زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند (اسنایدر،۲۰۰۲). فقدان امیدواری و هدف‌دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یأس‌آور می‌شود. جهت یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی از ویژگی های مهم امیدواری هستند. امیدواری در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش فرد می‌شود (هوانگ، ژانگ، ژانگ و جاو، ۲۰۱۱). بیماران مبتلا به سرطان گاهی اوقات از زندگی خود ناامید شده و امید به زندگی را از دست می دهند. کاهش تنیدگی و افزایش آرامش موجب افزایش امیدواری می‌شود و امیدوار بودن یکی از عوامل مهم کنار آمدن با سرطان محسوب می‌شود (محمدی آریا و همکاران، ۱۳۹۳).

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 به توانایی انطباق موفق با شرایط چالش برانگیز و تهدیدآمیز و همچنین رشد شایستگی تحت شرایط سخت اشاره دارد (سری، هولمن و سیلور، ۲۰۱۰). بنابراین تاب‌آوری می‌تواند به عنوان رشد مثبت یا سازگاری به دنبال دوره‌هایی از به هم ریختگی تعادل فرد توصیف شود (ریچاردسون، ۲۰۰۲). یافته‌های پژوهش نصیری (۱۳۹۳) نشان داد بین دانشجویان با تاب‌آوری بالا و دانشجویان با تاب‌آوری پایین در کیفیت زندگی کلی و ابعاد سلامت روانشناختی و روابط اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و بین دو گروه در ابعاد سلامت جسمانی و سلامت محیط تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که بین دانشجویان با تاب‌آوری بالا و دانشجویان با تاب‌آوری پایین در شادکامی کلی و ابعاد خودپنداره، رضایت از زندگی، خودکارآمدی و امیدواری تفاوت معناداری وجود دارد.

بنابراین کاهش میزان تاب‌آوری و شادکامی می‌تواند امیدواری بیماران سرطانی را تحت تأثیر قرار دهد. در این زمینه پژوهشگران نشان داده‌اند که میزان شادکامی و امید در بیماران سرطانی پایین است. در بیماران سرطانی به دلیل عوارض بیماری و اقدامات درمانی و اختلال در فرآیند معمول زندگی بیمار، طبیعی است که شادکامی تا حدی کاهش یابد (لیوبومیرسکی، بوهم، کسری و ذهم، ۲۰۱۱). شادکامی یک مفهوم جدید روانشناختی است که متاسفانه کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. پژوهشگران آن قدر که دقت خود را صرف آسیب‌های شناختی و روانی از قبیل اضطراب، افسردگی و پدیده‌هایی نظیر آن نموده‌اند، کمتر به اموری چون شادی و نشاط و هیجان‌های مثبت پرداخته‌اند. با این حال مطالعه بر روی شادکامی در دهه اخیر رشد فراوانی داشته است (موزا، ماریکوتویج و گاورلیک، ۲۰۱۹). شادکامی را حالت روانی مثبت، سطح بالای رضایت‌مندی کلی از زندگی، عاطفه مثبت و سطح پایین عاطفه منفی تعریف می‌کنند (تاچ و لیبومیرسکی، ۲۰۰۶). افرادی که از رواندرستی معنوی و امید بالاتری برخوردار بودند کیفیت زندگی و شاد زیستی بهتری را تجربه می‌کردند (مدحی و نجفی، ۱۳۹۷) روانشناسان بر این باورند که افکار و اعتقادات ما کیفیت زندگی ما را می‌سازند (رضاپور، قیصری، رضاپور، علی محمودی، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی مفهومی با دامنه وسیع است که تحت تأثیر مجموعه‌ای گسترده از سلامت فیزیکی، حالات روانشناختی، سطح استقلال روابط اجتماعی و ارتباط آنها با نمودی برجسته در محیط زندگی فرد قرار گرفته است (تراواگلینی، کاسگرو و کلینگامن، ۲۰۱۹). فریش (۲۰۰۶) معتقد است یک زندگی دارای کیفیت، معمولاً به صورت خشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فائق آمدن بر مشکلات بروز می‌کند. سرطان بر کیفیت زندگی بیماران در درجات مختلف تأثیر می‌گذارد. عمده مسائل و مشکلاتی که به طور معمول، کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد شامل آثار روانی و عاطفی ناشی از ابتلاء به بیماری، اقدامات تشخیصی و درمانی، استرس، درد، افسردگی و آثار بیماری بر روابط خانوادگی زناشویی، اجتماعی، مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری، مسائل تغذیه‌ای و عوارض ناشی از درمان است (محدثی، آیت‌اللهی، حسن زاده و یگان‌سنگی، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش عرب اسماعیلی (۱۳۹۶) نشان داد متغیرهای امیدواری، تاب‌آوری، و هوش معنوی به طور مشترک، کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. بیمارانی که از کیفیت زندگی خوبی برخوردارند، امید به بهبود و ادامه زندگی نیز در آنان بالاتر از سایرین می‌باشد و هر چه امید به زندگی بالاتر، کیفیت

زندگی نیز مطلوب‌تر خواهد بود در نتیجه این بیماران نسبت به تحمل فشارها و استرس‌های ناشی از درمانِ بیماری پاسخ مناسب تری از خود نشان می‌دهند و درمان‌های ارائه شده را بهتر پذیرفته و به آن عمل می‌کنند. لذا بهتر است برای این بیماران کلاس‌های آموزشی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و امید به زندگی آنها برگزار شود (علاقبند، ثروت و زارع پور، ۱۳۹۵).

با توجه به مطالب گفته شده چنین بنظر می‌رسدکه با شناخت و درک عمیق‌تر از چگونگی ارتباط ویژگی‌های روانشناختی و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان پستان، می‌توان گام‌هایی را برای افزایش سازگاری آنان با شرایط جدید زندگی برداشت .طبعاً این درک و آگاهی عمیق با کمک پژوهش‌هایی به دست می‌آید که مستقیماً با افراد تجربه‌کننده روبه‌رو شوند و دیدی همه جانبه و کلی پیرامون ادراکات، تصورات و احساسات آنان به دست بیاورند. بایستی توجه داشت که زنان در درون سیستم خانواده عنصری مهم تلقی می‌شوند، به تبع کاهش سلامت‌روانی و جسمانی آنان تأثیرات سوئی بر کل اعضای خانواده خواهد گذاشت و با ابتلاء آنان به سرطان، کل سیستم دچار از هم گسیختگی و اختلال می‌گردد. لذا با عنایت به آمار بالای زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران و مشکلات متعدد آنان و با در نظر گرفتن اهمیت مقوله‌های تاب‌آوری و شادکامی و نقش هر کدام از این متغیرها در امیدواری، محقق برآن شد تا به پژوهش در این زمینه بپردازد. از آنجایی که تحقیقی در خصوص ارتباط متغیرهای مذکور به طور همزمان صورت نگرفته است، خلاء پژوهشی 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 شادکامی با در نظر گرفتن نقش میانجی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان از برازش مطلوبی برخوردار است؟ و متغییر کیفیت زندگی در تبیین و پیش‌بینی امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه نقش واسطه‌ای دارد؟

روش

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع تحقیقات توسعه‌ای و از لحاظ روش‌شناسی توصیفی و از نوع طرح‌های همبستگی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری می‌باشد. به علت ناتوانی روش‌های آماری همبستگی و رگرسیون در تبیین روابط علت و معلولی میان متغیرها، روش الگویابی معادلات ساختاری کاربرد زیادی پیدا کرده است. با آنکه این روش محدودیت روش‌های مذکور را برطرف نموده است، اما می‌توان آن را ترکیبی از روش‌های مذکور و تحلیل عامل تأییدی قلمداد نمود (یورسگاگ و سوربوم، ۲۰۰۲).

جامعهٔ آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به انستیتو کانسر بیمارستان‌های امام خمینی و میلاد تهران بودند. برای انتخاب نمونه مورد پژوهش از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد، به این صورت که از بین بیماران مبتلا به مرحله ۱ و ۲ سرطان پستان ۳۰۰ نفر براساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش به عنوان گروه نمونه انتخاب شد. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش جهت کنترل متغیرهای مداخله‌گر عبارت بودند از: قرار داشتن در رده سنی (۳۰-۶۰) سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، ابتلا به سرطان پستان و با حدقل ۱ ماه زمان بیماری و قرار داشتن در فرآیند درمان، عدم سابقه یا ابتلاء به اختلالات حاد روان پزشکی طی یک سال گذشته. لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود در یک مصاحبهٔ مقدماتی قبل از ارائه پرسشنامه‌ها از مبتلایان به سرطان پستان پرسیده شد و در صورت دارا بودن ملاک‌ها پرسشنامه اجرا شد.

با توجه به نوع مطالعه و تعداد متغیرهای پیش‌بین در تحلیل معادلات ساختاری بنا به توصیه محققان (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۱)، حجم نمونه باید حداقل ۱۰ برابر تعداد متغیرها به اضافه ۵۰ باشد. در پژوهش حاضر در مجموع ۱۵ متغیر مکنون و مشاهده شده وجود دارد (۲۰۰=۵۰+۱۰*۱۵). بنابراین حداقل ۲۰۰ نمونه مورد نیاز است که در این مطالعه برای کاهش خطای نمونه‌برداری و جلوگیری از افت آزمودنی‌ها تا ۳۰۰ نفر افزایش داده شد.

ابزار

پرسشنامه امید اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) متشکل از ۱۲ ماده است که ۸ ماده آن امیدواری و ۴ ماده آن شکنندگی یا امیدواری پایین را می‌سنجند. مقیاس امیدواری اسنایدر شامل دو مؤلفه است: مؤلفه تفکر عاملی که تعیین کننده هدف مداری فرد است و مؤلفه تفکر مسیر که راه‌های برنامه‌ریزی شده برای رسیدن به اهداف را در بر می‌گیرد. هر ماده با مقیاس چهار درجه‌ای اندازه‌گیری می‌شود که دامنه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست را در بر می‌گیرد. مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل قبولی را از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی به دست آورده است. در پژوهش بیگی، فراهانی، محمد خانی، و محمدی‌فر (۱۳۹۰) آلفای کرنباخ بدست آمده در مؤلفه تفکر عاملی ۰/۷۵ و برای مؤلفه تفکر مسیر ۰/۷۸ به دست آمده است. پرسشنامه تاب‌آوری کونور دیویدسون ((CD-RISC این مقیاس

دارای ۲۵ گویه است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه ای 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. نتایج مطالعهٔ مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه‌های بهنجار و بیمار، قابلیت اعتماد و درستی آن را تأیید کرده است (کونور و دیوید سون،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 بدست آورد و آن را برای استفاده در ایران انطباق داد. قابلیت اعتماد این پرسشنامه علاوه بر هنجاریابی اولیه، توسط کردمیرزا نیکوزاده (۱۳۸۸) مجدداً با ضریب آلفای کل برابر با ۰/۹۰ محاسبه شد. مقیاس شادکامی آکسفورد (۱۹۸۹) توسط آرگیل، مارتین و کراسلند تهیه شده و در سال ۱۳۷۸ توسط نور بالا و علی‌پور به فارسی برگردانده شده است و دارای ۲۹ ماده است که ۵ عامل رضایت، خلق مثبت، سلامتی، کارآمدی و عزت‌نفس را در بر می گیرد. آلفای کرونباخ برای عوامل پنج‌گانه رضایت برابر ۰/۸۹، خلق مثبت برابر ۰/۸۴، سلامتی برابر ۰/۸۱، خودکارآمدی برابر ۰/۶۸ و عزت‌نفس برابر ۰/۵۸ به دست آمد. آلفای کرونباخ برای کل سؤالات پرسشنامه ۰/۹۳. قابلیت اعتماد آن که از روش دو نیمه کردن آزمون محاسبه شده، ۰/۹۲ گزارش شده است (علی‌پور و نور بالا، ۱۳۷۸). مقیاس کیفیت زندگی: داده‌های مربوط به کیفیت زندگی به کمک آزمون ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی جمع‌آوری شد. 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 و همکاران 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). این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال است و بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری 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.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر محاسبه شاخص‌های توصیفی به محاسبه شاخص‌های استنباطی با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری اقدام شد. با استفاده از نرم‌افزار AMOS محاسبات لازم صورت گرفت و برای مدل پیشنهادی شاخص‌های برازش و ضرایب مسیر استخراج شد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد و کجی و کشیدگی گزارش شده است.

در این بخش در پی پاسخ به فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه "مدل تبیین امیدواری براساس تاب‌آوری و شادکامی با در نظر گرفتن نقش میانجی کیفیت زندگی داده‌های تجربی برازش دارد؟" از مدل سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار آموس بهره برده شده است. برای بررسی نرمال بودن تک متغیری یک معیار کلی توصیه می‌کند که چنانچه کجی و کشیدگی در بازه (۲، ۲-) نباشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند. (کولیکن، ۲۰۰۹). براساس داده‌های جدول ۴-۳ مشخص می‌شود که شاخص کجی و کشیدگیِ هیچ یک از نشانگرها خارج از بازهٔ (۲، ۲-) نیست و بنابراین می‌توان آنها را نرمال یا تقریب نرمال در نظر گرفت.

یکی از مفروضه‌های مدل سازی معادلات ساختاری، نرمال بودن توزیع چند متغیری است. برای این منظور در نرم‌افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری ماردیا استفاده می‌شود. بنتلر (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کند که مقادیر بزرگتر از ۵ برای ضریب ماردیا نشان دهنده توزیع غیرنرمال داده‌ها است (برن،۲۰۱۰). مقدار ضریب ماردیا برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۴/۳۶ است که نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن چندمتغیره برقرار است. زمانی‌که داده های پیوسته به طور قابل توجهی از نرمال بودن انحراف ندارند می توان روش برآورد بیشینه درست نمایی (ML) را مورد استفاده قرار داد.

پس از حذف سؤالات و عواملی که در تحلیل عاملی تأییدی نقش معناداری نداشتند، برای آزمون این فرضیه ابتدا مدل پژوهش آزمون می‌شود.

با توجه به اینکه در مدل آزمون شده بالا، مسیرهای بین متغیرها همان فرضیه‌های پژوهش هستند در ادامه، جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم گزارش می‌شود.

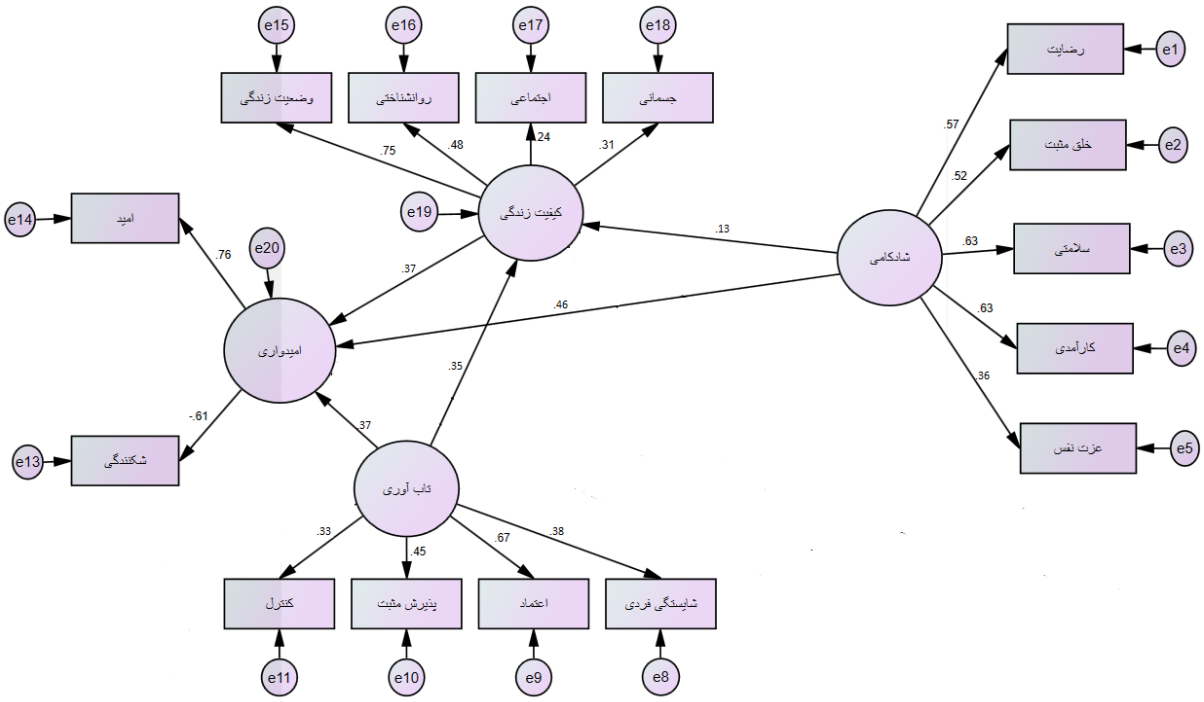
آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که کیفیت زندگی اثر مستقیم بر امیدواری داشته است، رابطهٔ کیفیت زندگی با امیدواری به صورت مستقیم برابر (t= ۱/۹۸ و β=۰/۳۱) است. بنابراین سؤال مطرح شده در ارتباط با وجود اثر مستقیم کیفیت زندگی بر امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است. همچنین شادکامی و تاب‌آوری اثر مستقیم معنادار بر امیدواری داشته اند (p<۰/۰۵). اثر غیرمستقیم تاب‌آوری به واسطهٔ کیفیت زندگی نیز معنادار است.

جدول۱. آماره‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های استفاده شده در پژوهش

مقیاس	شاخص آماری زیر مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
تاب‌آوری	شایستگی فردی	۱۶/۲۳	۴/۰۷	-۰/۷۶	-۰/۶۶
	اعتماد	۱۱/۱۷	۳/۳۳	-۰/۷۳	-۰/۱۳
	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
شادکامی	رضایت	۱۶/۱۴	۵/۴۹	-۰/۵۰	-۰/۷۱
	خلق مثبت	۱۶/۰۶	۵/۴۴	-۰/۸۷	-۰/۳۲
	سلامتی	۱۴/۱۶	۵/۵۱	-۰/۴۷	-۰/۷۰
	کارآمدی	۱۰/۸۰	۵/۱۸	-۰/۱۱	-۰/۷۹
	عزت نفس	۱۰/۰۱	۵/۹۳	-۰/۴۲	-۱/۱۱
	شادکامی	۶۷/۱۷	۱۲/۱۳	-۰/۴۹	-۱/۰۷
کیفیت زندگی	وضعیت زندگی	۱۹/۰۷	۳/۵۲	-۰/۰۳	-۰/۶۳
	روانشناختی	۱۳/۷۵	۳/۳۸	-۰/۵۰	-۰/۳۴
	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
امیدواری	امید	۲۳/۷۲	۳/۰۲	-۱/۴۷	۰/۸۶
	شکنندگی	۱۹/۵۰	۳/۱۸	-۰/۸۹	-۰/۶۷

جدول۲. شاخص‌های برازش مدل

نام شاخص	شاخص‌های برازش	
	مقدار	حد مجاز
$\frac{\chi 2}{df}$	۲/۱۶	کمتر از ۳
RMSEA (ریشه میانگین خطای برآورد)	۰/۰۶	کمتر از ۰/۱
CFI (برازندگی تعدیل یافته)	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹
NFI (برازندگی نرم شده)	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹
GFI (نیکویی برازش)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹



شکل۱. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

جدول۳. ضرایب و معناداری اثرات مستقیم و غیر مستقیم در مدل

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	β استانداردشده	آماره سوبل	sig
امیدواری	تاب‌آوری	مستقیم	۰/۹۳	۰/۳۷	۲/۳۸	۰/۰۱
امیدواری	تاب‌آوری	به واسطهٔ کیفیت زندگی	۰/۲۳	۰/۱۴	۲/۰۳	۰/۰۴
امیدواری	شادکامی	مستقیم	۰/۳۲	۰/۴۶	۴/۵۲	۰/۰۰۱
امیدواری	شادکامی	به واسطهٔ کیفیت زندگی	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۶۹	۰/۷۱
امیدواری	کیفیت زندگی	مستقیم	۰/۳۱	۰/۳۷	۱/۹۸	۰/۰۴

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌های پژوهش می‌توان بیان نمود که در مجموع الگوی ساختاری پیش‌بینی امیدواری در پژوهش حاضر، در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار بودند و می‌توان گفت مفروضه پژوهشگر مبنی برازش مدل پیش‌بینی امیدواری مورد تأیید است. متغیرهای تاب‌آوری و شادکامی در نقش متغیرهای برون‌زا و کیفیت زندگی در نقش متغیرهای برون‌زا و میانجی بر متغیر امیدواری اثر مستقیم و غیرمستقیم داشتند. این اثرات از نظر آماری نیز معنی‌دار بود. همانگونه که در قسمت‌های قبلی پژوهش گزارش شد و در این فصل هم نتایج تبیین می‌گردد، مدل ساختاری پژوهش حاضر در تبیین و پیش‌بینی امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه کارآمد بوده است. این دستاورد بسیار مهمی برای پژوهش حاضر است. در پژوهشی با ۴۴٪ مشابهت با پژوهش حاضر نشان داده شد با آموزش و ارتقاء تاب‌آوری می‌توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا را غنی‌تر نمود (باغی، باغبان کریمی، جعفری، قانعی قشلاق، ۱۳۹۶). مدل پژوهش هم‌راستا با نظریه امید اسنایدر (۲۰۰۲) است. وی معتقد است زمانی که افراد در راه دستیابی به اهداف خود به بن بست می‌رسند اهداف معمولی زندگی خود را رها می‌کنند و دچار افسردگی شده و خودکشی را که یک هدف نامناسب است برمی‌گزینند. چون امید و تفکرات عامل به عنوان احساس دستیابی موفقیت‌آمیز به اهداف زندگی در نظر گرفته می‌شود، باورهای فرد را برای مقابله بهتر تقویت می‌کند که این خود موجب کاهش افسردگی در فرد می‌شود (مادوز، کسلو، تامپسون، جرکوویک، ۲۰۰۵). پژوهشی با ۴۴٪ درصد مشابهت نتیجه گرفت که استفاده از راهبرهای تنظیم شناختی هیجان ممکن است با کاستن از هیجانات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی،

موجبات رویارویی فرد برای حل مشکل و افزایش تاب‌آوری او را فراهم کند (شریفی باستان، یزدی و زهرایی، ۱۳۹۵). بنابراین افرادی که از تفکرات عاملی برخوردارند به وسیلهٔ آن، و با توجه به توانایی شان گذرگاه‌هایی انتخاب می‌کنند و به تلاش خود ادامه دهند. بر این اساس الگوهای قضاوت عمومی درباره بیماری‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا کسانی که ذهنیت نادرست دارند ممکن است قادر به انطباق منطقی خود با شرایط، در پیش‌گرفتن رفتار سالم برای پیشگیری، اقدام درمانی به موقع پس از ظهور نشانگان یا پیگیری توصیه‌های پزشک بعد از تشخیص بیماری، نباشند. در کل با توجه تعاریف مفاهیم نگرش‌های ناکارآمد می‌توان گفت که هر قدر افراد سرطانی نگرش‌های مطلوب‌تری را داشته باشند مسائل و من‌جمله سرسختی در مقابله با بیماری برای آنها قابلیت پیش‌بینی بیشتری دارد و سعی بر آن دارند که خود را با مسأله وفق دهند. علاوه بر آن در نظریه امید، اهداف منبع اصلی هیجان هستند. هیجان مثبت ناشی از دستیابی به هدف یا دستیابی به هدف یا تصور نزدیک شدن به آن است که یکی از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی و شادکامی است؛ لذا، افراد دارای امید از دستیابی به هدف و حتی تصور نزدیک شدن به آن احساس شادکامی و رضایت‌مندی می‌کنند (اسنایدر، ۲۰۰۲). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که افرادی که از امیدواری بالاتری برخودار بودند، عزت‌نفس زیادتر، عملکرد تحصیلی بهتر و تعهد بیشتری به انجام فعالیت‌هایی که به بهداشت و سلامتی بیشتر منجر می‌شوند، نشان می‌دهند. همچنین لزوم مداخلات روانشناختی جهت کمک به بیماران برای کنار آمدن با چالش‌هایی که متعاقب ابتلاء به سرطان برای فرد ایجاد می‌شود مطرح می‌گردد. در پژوهشی همسو با این پژوهش بیان شد، امید درمانی به شیوه گروهی در افزایش تاب آوری 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 تاب آوری فرد را افزایش می‌دهد (باقری زنجانی اصل منفرد و فومنی انتصار، ۱۳۹۵). نتایج پژوهشی نشان داد، درمان شناختی - رفتاری در افزایش ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن اثربخش بوده است (حاتمی، حسنی و قاسمی، ۱۳۹۳). ازسویی افراد تاب‌آور، به طرز خلاقانه و انعطاف‌پذیری به مسائل می‌نگرند، برای حل آنها طرح و برنامه‌ریزی می‌کنند و در صورت نیاز نسبت به درخواست کمک از دیگران دریغ نمی‌ورزند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که این عوامل باعث می‌شود فرد از بهداشت روان و امیدواری بالایی برخوردار باشد. بنابراین در تبیین این یافته که تاب‌آوری می‌تواند موجب افزایش امیدواری گردد می‌توان بیان کرد که تاب‌آوری، از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت‌نفس و مقابلهٔ موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. بر این اساس، تاب‌آوری از طریق تقویت عزت‌نفس به عنوان مکانیزم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و بهزیستی روانی و امیدواری منتهی می‌شود و افرادی که از امیدواری و بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردارند توانایی سازگاری آنها با مشکلات، بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخودار نیستند. از طرفی، هرچه فرد قدرت بیشتری در تاب آوری، مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و از امیدواری و بهزیستی روانی بالاتری بهره‌مند می‌شود. ناتوانی در کنترل اختلالات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه مورد مطالعه، یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. نتایج نشان داد رابطه شادکامی و تاب‌آوری با امیدواری معنادار است، پژوهشی با ۴۴٪ مشابهت با پژوهش حاضر به این نتیجه رسید که متغییرهای تاب‌آوری و شادکامی توان پیش‌بینی رضایت از زندگی سالمندان را دارند (کریمی، کرمی و سنجابی، ۱۳۹۵). هیچ پژوهشی ناهمخوان با این پژوهش یافت نشد. این پژوهش نشان داد برای اینکه بیماران مبتلا به سرطان سینه سطح مناسبی از امیدواری داشته باشند لازم است از یک سو تاب‌آوری در سطح بالایی داشته باشند. از سوی دیگر محیط آنها باید مبتنی بر بهبود شادکامی باشد. پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی در تبیین و پیش‌بینی امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه نقش واسطه‌ای دارد. این متغیر از یک سو تحت تأثیر تاب‌آوری، شادکامی قرار می‌گیرند و از سوی دیگر می‌تواند اثر معناداری بر امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه داشته باشند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارزیابی شادکامی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند نقش مهمی در مشاوره و درمان روانشناختی مشکلات احتمالی آنان بازی کند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر پیروی بیمار از دستورات درمانی و پیش‌آگاهی وی اثرگذار است. افراد تاب‌آور، به طرز خلاقانه و انعطاف‌پذیری به مسائل می‌نگرند، برای حل آنها طرح و برنامه‌ریزی می‌کنند و در صورت نیاز نسبت به

درخواست کمک از دیگران دریغ نمی‌ورزند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند 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.

منابع

باقری زنجانی اصل منفرد، لیلا. فومنی انتصار، غلامحسین (۱۳۹۵). اثر امید درمانی گروهی بر تاب‌آوری وامید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شهر زنجان. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، ۴(۵)، ۶۸-۶۷.

باغی، وجیهه، باغبان کریمی، الناز. جعفری، حسین. قانعی قشلاق، رضا (۱۳۹۶). پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا بر اساس تاب‌آوری و حمایت اجتماعی. *نشریه روان پرستاری*، ۶(۵)، ۲۵-۲۴.

حاتمی، محمد. حسنی، جعفر. قاسمی، میترا (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن. *مجله علوم روانشناختی*، ۵۱ (۱۷)، ۳۷۵-۳۷۴.

شریفی باستان، فرنگیس. یزدی، سیده منور. زهرایی، شقایق (۱۳۹۵). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، عاطفه مثبت و منفی در پیش بینی تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه روان پرستاری*، ۴ (۲)،۴۶-۴۵.

عرب اسماعیلی، محبوبه (۱۳۹۶). *بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و امیدواری در رابطه بین هوش معنوی و کیفیت زندگی دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.

علاقبند، مریم. ثروت، فرخ لقا. زارع پور، فاطمه (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مجله طلوع بهداشت*، ۵۶ (۲)، ۱۷۶-۱۷۵.

کریمی، پروانه. کرمی، جهانگیر. سنجابی، امیر (۱۳۹۵). پیش‌بینی رضایت از زندگی بر اساس تاب‌آوری و شادکامی در سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۶ (۲)، ۲۳۰-۲۲۹.

محدثی، حمیده. آیت اللهی، هاله. حسن زاده، گلاویژ، یگان سنگی، میترا (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان سرطان پستان تحت درمان در مرکز تحقیقات سرطان امید ارومیه. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۲ (۴)، ۴۳-۳۵.

محمدی آریا، علیرضا. پاکدامن، مهدیه. ابوالقاسمی، شهنام. رضایی، منصور. پاشایی، طاهره. قره تپه، آمنه (۱۳۹۳). تأثیر آموزش گروهی روش‌های مقابله با استرس بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه روان پرستاری و مامائی*، ۱(۱۱)، ۱۰-۹.

مدحی، صغری. نجفی، محمود (۱۳۹۷). رابطه رواندرستی معنوی و امید با کیفیت زندگی و شاد زیستی در سالمندان. *مجله علوم روانشناختی*، ۶۵ (۱۷)، ۸۸-۷۹.

نصیری، مژگان. (۱۳۹۳). *مقایسه کیفیت زندگی و شادکامی در دانشجویان با تاب‌آوری بالا و پایین*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

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.

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

Folkman, S. (2013). *Stress, coping, and hope. In: Carr BI, Steel J eds, Psychological Aspects of Cancer.* New York: Springer 119-27.

Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy: A life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.

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.

Huang G., Wu Y., Zhang G., Zhang P., Gao, J. (2011). Analysis of the psychological conditions and related factors of breast cancer patients. *The Chinese German Journal of Clinical Oncology*; 9(1):53-7.

Joreskog, K., Sorbom, D. (2002). *Lisrel 8.53 (computer software)*. Chicago: sage.

Lyubomirsky, S., Boehm, J. K., Kasri, F., & Zehm, K. (2011). The cognitive and hedonic costs of dwelling on achievement-related negative experiences: *Implications for Enduring Happiness and Unhappiness. Emotion, 11*(5), 1152-1167.

Meadows, L. A., Kaslow, N. J., Thompson, M. P., & Jurkovice, G. J. (2005). Protective against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *American Jornal of Community Psychology*, 36(1-2): 106-121.

Moza, D., Maricuțoiu, L., & Gavreliuc, A. (2019). Cross-lagged relationships between self-esteem, self-construal, and happiness in a three-wave longitudinal study. *Journal of Individual Differences.* Advance online publication.

Rezapour, M. Qeysari, F. Rezapour, N & Alimahmudi, P. (2014). A study on the relationship between happiness, interpersonal skills, responsibility and

hope and mental health of student. *Journal of Counseling International Journal of Manegment and Humanity of Sciences*, 3(4), 1744-1750.

Richardson, GE (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol.* 2002; 58:307-21.

Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, *99*(6), 1025-1041.

Snyder, C.R. (1996). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73(3), 355-360.

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

Tabakhnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics* (3th ed.), Boston: Allyn & Bocon.

Tkach, C. & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness? Relating personality, happiness-increasing strategies and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 183–225.

Travaglini, L. E., Cosgrave, J., & Klingaman, E. A. (2019). Pain and sleep problems predict quality of life for veterans with serious mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Jour*.