



منابع امیدبخش و سطح امید در مبتلایان به سرطان

طیبه پورغزنین^{*}، پوری هوشمند^{**}، دکتر الهه طلاساژ فیروزی^{***}، حبیب‌الله اسماعیلی^{****}

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور تعیین منابع امیدبخش و عوامل مرتبط با سطح امید در مبتلایان به سرطان در بیمارستان امید شهر مشهد، در سال ۱۳۷۹ انجام شد.

روش: این بررسی توصیفی-تحلیلی روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان سربایی بخش‌های شبیمی درمانی، اشمه درمانی و درمانگاه بیمارستان امید که مایل به همکاری بودند و توانایی انجام آن را داشتند اجرا شد. نمونه‌گیری به روش زوج‌های جور شده در دو گروه تحت درمان و گروهی که یک برنامه کامل درمانی را پشت‌سر گذاشته بودند، صورت گرفت. داده‌ها به کمک یک پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، شاخص امیدهرث، مصاحبه نیمه‌ساختاری و یک پرسش‌یاز گردآوری شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیماران، خداوند، خانواده، برخورد و سخنان پزشک و پرستاران، نداشتن مشکل جسمی و مادیات را منابع امیدبخش دانستند. هم‌چنین نتایج نشان داد عواملی مانند طی کردن یک برنامه کامل درمانی، حمایت اجتماعی و باورهای دینی تأثیر معنی‌داری بر سطح امید دارند.

نتیجه: با تقویت باورهای دینی، حمایت اجتماعی، رفاه مالی و توضیح اهمیت امید برای بیماران و هم‌چنین سخنان و رفتارهای مناسب می‌توان باعث ارتقای سطح امید در بیماران مبتلا به سرطان شد.

کلید واژه: امید، سرطان، شاخص امیدهرث، آموزش

مقدمه

امید توانایی باور به داشتن احساسی بهتر، در آینده

امید در تمام ابعاد زندگی عنصری ضروری است. می‌باشد. امید با نیروی نافذ خود سامانه فعالیت را

* کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، چهارراه دکری، دانشکده پرستاری و مامایی (نویسنده مسئول).
** کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، چهارراه دکری، دانشکده پرستاری و مامایی.
*** متخصص رادیوتراپی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مشهد، خیابان کوه‌سنگی، فلکه‌الن‌دشت، بیمارستان امید.

**** دانشجوی دوره دکتری آمار حیاتی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، بزرگراه جلال‌آل‌احمد، نرسیده به تقاطع چمران.

تحریک می‌کند تا بتواند تجربه‌های نو کسب نموده و نیروهای تازه‌ای را در موجود ایجاد کند. به‌طور کلی، می‌توان گفت امید تجربه‌ای آگاهانه نیست؛ ولی هرگاه شخص در دشواری‌ها و بحران‌های زندگی قرار گیرد، احساس امیدواری در فرد امیدوار زنده می‌شود و این امید است که پس از بحران‌ها آرامش را به فرد باز می‌گرداند (رایسون، ۱۹۸۳).

موقعیت‌های تهدیدکننده‌ی زندگی، از دست‌دادن‌ها یا تغییرات در طول زندگی می‌توانند بر سطح امید تأثیر گذارند. سرطان یکی از این موقعیت‌های استرس‌زاست که نسبت به سایر بیماری‌های مزمن تأثیر بیشتری بر سطح امید دارد (نووتنی^۱، ۱۹۸۹؛ رلیف^۲، ۱۹۹۲). امید بخشی از بعد روانی انسان است. دید کلی‌نگر^۳ به انسان بر تعامل میان ابعاد وجودی انسان با محیط پیرامون تأکید دارد (استفنسون^۴، ۱۹۹۱). در بیمار مبتلا به سرطان عوامل مختلف پیرامون مانند شهرت بد بیماری و درمان‌های طولانی‌مدت و تأثیر هر یک از این عوامل بر ابعاد بدنی و روانی - اجتماعی می‌تواند سرانجام فرد را به سراسیمگی نامیدی و افسردگی بکشاند.

بیماران مبتلا به سرطان طی بیماری به فراوانی دچار نومیدی می‌شوند (نووتنی، ۱۹۸۹). بر پایه نظر روبرت^۵ امیدبخشی بیماران جنبه‌ای از نقش حرفه‌ای پرستار به‌شمار می‌رود (بنزین^۶، ۱۹۹۸؛ پونکار^۷، ۱۹۹۴). ولی به‌نظر می‌رسد بیشتر مراقبت‌های انجام‌گرفته از مبتلایان به سرطان نیازهای جسمی آنان را برآورده می‌کند و به نیازهای روانی بیماران توجه کمتری می‌شود. چنانچه پرستاران نیاز بیماران مبتلا به بیماری‌های دشوار، همچون سرطان، به‌ویژه نیازهای روانی آن‌ها را بشناسند در امر بهبود و مراقبت از این بیماران تأثیر چشمگیری خواهند داشت زیرا کار مؤثر مداخله‌های پرستاری تقویت احساس امید در این بیماران می‌باشد (روستون^۸ و ویکلون^۹، ۱۹۹۸).

پژوهش‌های نووتنی (۱۹۸۹) نشان دادند که می‌توان امید را در مرحله آغازین فرایند پرستاری سنجید و در پی آن مداخله‌هایی در جهت تقویت منابع امید و

ارتقای آن اعمال نمود. از این‌رو، این پژوهش به‌منظور تعیین منابع امیدبخش و عوامل مؤثر بر سطح امید در مبتلایان به سرطان در بیمارستان امید شهر مشهد در سال ۱۳۷۹ انجام شد.

روش

این بررسی توصیفی - تحلیلی^{۱۱} روی ۱۰۰ نفر (۶۴ زن، ۳۶ مرد) از بیماران بزرگسال ۱۸ سال و بالاتر مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش‌های شیمی‌درمانی، اشعه‌درمانی و درمانگاه بیمارستان امید انجام گرفت. این افراد از نوع بیماری خود آگاه بودند و رضایت خود را برای همکاری با اجرای طرح اعلام کرده بودند. آزمودنی‌ها به روش زوج‌های جور شده در دو گروه: ۵۰ بیمار تحت درمان با اشعه و یا شیمی‌درمانی و ۵۰ بیمار که یک برنامه کامل درمانی را طی کرده و دست‌کم شش ماه از آخرین درمان آن‌ها گذشته و در زمان انجام پژوهش برای پیگیری به درمانگاه مراجعه می‌کردند انجام شد. در این بررسی برای هر فرد در گروه اول فردی مشابه از نظر سن، جنس و نوع سرطان برای گروه دوم انتخاب شد.

آزمودنی‌ها باید توانایی جسمی و هوشیاری برای پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها را داشته، دارای تحصیلات بالاتر از پنجم ابتدایی بوده و از بیماری خود آگاهی می‌داشتند.

افراد دارای عود مجدد بیماری، سابقه هر نوع بیماری مزمن که درمان آن بیش از ۳ ماه طول کشیده باشد، معلولیت جسمی و یا ذهنی، افراد مبتلا به سرطان دهان و حنجره، کلومستومی و یا سیستومستومی، افراد دارای سابقه بیماری روانی یا مصرف داروهای روان‌گردان، متاستاز به سایر نقاط بدن، داشتن درد،

- | | |
|--------------------------|-------------|
| 1- Robinson | 2- Nowotny |
| 3- Ralieg | 4- holistic |
| 5- Stephenson | 6- Robert |
| 7- Benzein | 8- Poncar |
| 9- Rustoen | 10- Wiklund |
| 11- analytic descriptive | |

وجود رویداد استرس‌زا مانند طلاق یا فوت نزدیکان و یا شکست مالی در شش ماه گذشته از بررسی حذف شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی و اطلاعات شاخص امیدهرث^۱، فرم مصاحبه برای تعیین اطلاع از بیماری و یک پرسش باز بود. شاخص امیدهرث دارای ۱۲ ماده در مقیاس سه درجه‌ای (موافقم، مطمئن نیستم و مخالفم) است. این درجه‌ها امتیازاتی برابر ۳ تا ۱ را به خود اختصاص می‌دهند. نمره کل در دامنه ۱۲ تا ۳۶ امتیاز است. نمره بالا، سطح امید بالاتری را نشان می‌دهد.

اعتبار علمی ابزار استفاده شده با استفاده از روایی محتوی مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. برای تعیین پایایی شاخص امیدهرث به روش بازآزمایی اقدام و ضریب همبستگی ۰/۸۴ به دست آمد.

برای اجرای پژوهش، یک پژوهشگر هر روز به بخش‌های مربوط مراجعه و بیماران دارای شرایط را انتخاب می‌کرد. پس از آگاهی از رضایت بیمار، نخست پرسشنامه ویژگی‌های فردی و پرسشنامه امیدهرث توسط بیمار تکمیل می‌شد. سپس مصاحبه‌ای برای تعیین میزان آگاهی از نوع بیماری براساس فرم مصاحبه انجام می‌گرفت. داده‌های گردآوری شده به کمک آمار توصیفی، آزمون خی‌دو، ضریب همبستگی پیرسون^۲، آزمون من‌ویتنی^۳، آنالیز واریانس دوطرفه^۴ و آزمون رگرسیون^۵ چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها 42 ± 5 سال بود. بیشتر اعضای گروه نمونه را افراد متأهل (۸۱٪)، با تحصیلات پنجم ابتدایی (۳۷٪)، خانه‌دار (۴۶٪) و مبتلا به سرطان پستان (۴۰٪) تشکیل می‌دادند. نتایج نشان داد همه بیماران، خداوند، خانواده، گفته‌ها و برخورد پزشک و پرستاران، نداشتن مشکل بدنی و مالی را منابع امیدبخش می‌دانند. در این میان ذکر خداوند و خانواده بالاترین درصد منابع (۶۰٪) را به خود اختصاص

می‌دهند. ۴۲٪ بیماران در مصاحبه اظهار کردند که ممکن است تنها نیاز واقعی بیمار این باشد که یک نفر به حرف‌هایش گوش کند و نسبت به آن‌ها واکنش مناسب نشان دهد، نه اینکه کار خاصی برایش انجام دهد.

این بررسی نشان داد طی کردن یک برنامه کامل درمانی، حمایت اجتماعی، موقعیت اقتصادی، تأهل و اعتقادات دینی اثرات مؤثری بر میزان امید دارد (جدول ۱ و ۲).

جدول ۱- مقایسه میانگین امید افراد مورد بررسی در دو گروه

گروه	میزان امید	
	نمره شاخص امید	میانگین انحراف معیار نمره ^۱
بیماران تحت درمان	۲۶/۳۸	۲/۵۹
بیماران پس از طی یک برنامه کامل درمانی	۳۰/۱۰	۲/۷۷

** $p < 0.001$

به منظور تعیین اثر واقعی متغیرهای مورد بررسی، تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد و نتایج به دست آمده نشان داد که میزان امید در بیمارانی که یک برنامه کامل درمانی را گذرانده‌اند به‌طور مؤثری افزایش می‌یابد. هم‌چنین حمایت اجتماعی و تکالیف دینی در افزایش امید تأثیری معنی‌دار دارند (جدول ۳).

بسیاری از متغیرهای مورد بررسی از جمله سن، جنس، تحصیلات، شغل، نوع سرطان، مرحله بیماری، انجام عمل جراحی، موقعیت جغرافیایی، ایجاد تغییر ظاهری، انجام مسئولیت‌های خانوادگی، فاصله شروع مشکلات تا تشخیص پزشک، طول مدت بستل، انجام شیمی درمانی و اشعه درمانی تأثیری معنی‌دار بر سطح امید نشان ندادند.

1- Herth Hope Index

2- Pearson correlation coefficient

3- Mann-Whitney

4- two-way-ANOVA

5- multiple regression

جدول ۲- مقایسه میانگین امید افراد مورد بررسی برحسب حمایت اجتماعی، موقعیت اقتصادی، وضعیت تاهل و

باورهای دینی در دو گروه

نتیجه آزمون	میزان امید		بیماران تحت درمان	بیماران پس از طی برنامه کامل درمانی	ANOVA دو طرفه	df	F	سطح معنی داری
	گروه‌ها	میزان امید						
حمایت اجتماعی	ضعیف	۲۴/۵±۲/۴	۲۹/۱±۲/۵	اثر کلی	۳	۳۲/۶	۰/۰۰۱	
	متوسط	۲۶/۶±۲/۹	۲۹/۵±۲/۵	اثر گروه	۱	۴۰/۷	۰/۰۰۱	
	قوی	۳۰/۵±۳/۵	۳۲/۶±۲	اثر متغیر	۲	۲۴	۰/۰۰۱	
				اثر متقابل	۲	۲/۰۷	N.S.	
موقعیت اقتصادی (درآمد)	کمتر از حدکفاف	۲۵/۵±۳/۲	۲۸/۸±۲/۳	اثر کلی	۳	۱۴/۳	۰/۰۰۱	
	در حدکفاف	۲۶/۹±۳/۸	۳۱±۲/۷	اثر گروه	۱	۳۵/۲	۰/۰۰۱	
	بیش از حدکفاف	۲۹±۰/۰	۲۹±۰/۰	اثر متغیر	۲	۳/۸۵	۰/۰۵	
				اثر متقابل	۲	۰/۶۱۶	N.S.	
وضعیت تاهل	متاهل	۲۷±۳/۵	۳۰/۴±۲/۸	اثر کلی	۲	۲۱/۸	۰/۰۰۱	
				اثر گروه	۱	۳۰/۹	۰/۰۰۱	
	مجرد	۲۴/۵±۳/۴	۲۸/۴±۱/۵	اثر متغیر	۱	۷/۹۸	۰/۰۱	
				اثر متقابل	۱	۰/۱	N.S.	
انجام تکالیف دینی	ضعیف	۲۴/۹±۳	۲۸/۸±۲/۵	اثر کلی	۳	۲۹/۷	۰/۰۰۱	
	متوسط	۲۷/۲±۲/۸	۳۱/۳±۲/۵	اثر گروه	۱	۵۰/۳	۰/۰۰۱	
	قوی	۳۱/۵±۲/۵	—	اثر متغیر	۲	۲۱/۱	۰/۰۰۱	
				اثر متقابل	۱	۰/۰۳	N.S.	
	جمع	۲۶/۳۸±۳/۶	۳۰/۱±۲/۸					

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۸۵

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای

گروه، حمایت اجتماعی و اعتقادات دینی

متغیر	β	نمره t	سطح معنی داری
گروه	۳/۲۹	۶/۳۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	۰/۳۱	۳/۴۶	۰/۰۰۱
تکالیف دینی	۰/۴۵	۳/۴	۰/۰۱
ضریب ثابت	۱۷/۹۲	۱۱/۹۸	۰/۰۰۱

بحث

این بررسی نشان داد که بیماران در هر دو گروه خداوند، خانواده، صحبت‌های امیدبخش و برخورد پزشک و پرستاران، نداشتن مشکل بدنی و مالی را

به‌عنوان منابع امیدبخش بیان کردند. در بررسی رالیف (۱۹۹۲) بیشترین درصد افراد مورد بررسی (۸۴/۱) اعتقاد به خداوند و نیایش را راهبردهای سودمند برای رفع ناامیدی دانستند. در پژوهش بالرد^۱، گرین^۲ و مک‌کای^۳ بیماران تازه تشخیص داده شده از پرستاران، پزشکان و دیگر مراقبان حرفه‌ای بهداشت به‌عنوان منابع امید نام بردند و بیماران با عود مجدد گزارش کردند در آن‌ها امید از ایمان ریشه گرفته است. در پژوهش لیندوال^۴ (۱۹۹۵) و وایت^۵ (۱۹۹۶) بیماران بیان کردند

1- Ballard
3- McCaa
5- White

2- Green
4- Lindvall

امید در آن‌ها از باورهای دینی، خانواده، خویشاوندان و ارتباط با کارکنان بیمارستان و جنگ در برابر بیماری منشأ می‌گیرد که مشابه یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

در این پژوهش حمایت اجتماعی با میزان امید ارتباط مثبت معنی‌داری نشان داد که با بررسی اوون^۱ (۱۹۸۹)، هانگ^۲، کو^۳ و مائو^۴ (۱۹۹۶)، هرث (۱۹۹۰) و فورس‌برگ^۵ (۱۹۹۶) همخوان است. پژوهش‌های اخیر نشان‌دهنده ارتباط معنی‌داری میان سطح امید و حمایت اجتماعی بودند و نشان دادند انزوای اجتماعی حس ناامیدی را تقویت می‌کند.

در بررسی حاضر باورهای دینی با میزان امید ارتباط معنی‌داری نشان داد. بررسی رلایف (۱۹۹۲)، گریم^۶ (۱۹۸۹)، هرث (۱۹۸۹، ۱۹۹۰) و هانگ و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد افرادی که از باورهای دینی قوی‌تری برخوردار بودند، به‌طور معنی‌داری میانگین نمرات بالاتری از سطح امید را دارا بودند که با بررسی حاضر همسوی دارد.

وضعیت تأهل در این بررسی تأثیر معنی‌داری نشان نداد. پژوهش هرث (۱۹۹۲)، هانگ و همکاران (۱۹۹۶) و بالرد و همکاران (۱۹۹۷) نشان داد بیماران متأهل سطح امید بالاتری دارند که با پژوهش حاضر همخوان نیست.

در این پژوهش سن با میزان امید رابطه معنی‌داری نشان نداد. این نتیجه با پژوهش هرث (۱۹۹۲، ۱۹۹۰) و اوون (۱۹۹۰) مطابقت دارد، ولی با پژوهش رینگدال^۷ (۱۹۹۵) همخوان نیست. در پژوهش رینگدال افزایش سن با درجه ناامیدی ارتباط معنی‌داری دارد.

نتایج این پژوهش نشان داد که جنس تأثیر معنی‌داری بر سطح امید ندارد و این یافته با پژوهش هرث (۱۹۹۰، ۱۹۹۲) مطابقت دارد. گرچه پژوهش بالرد و همکاران (۱۹۹۷) گویای سطح امید بالاتر مردان بود.

متغیرهای موقعیت جغرافیایی، ایجاد تغییرات ظاهری ناشی از درمان، شغل، فاصله شروع مشکلات تا تشخیص بیماری توسط پزشک در این پژوهش بر سطح امید تأثیر معنی‌دار نشان ندادند.

سطوح مختلف تحصیلات با میزان امید رابطه معنی‌داری را نشان نداد که با پژوهش اوون (۱۹۹۰) و هرث (۱۹۹۰، ۱۹۹۲) مطابقت دارد؛ هر چند بررسی هانگ و همکاران (۱۹۹۶) ارتباط مثبت و معنی‌دار آن دو را نشان داد.

نتایج این پژوهش نشان داد بیماران پس از طی یک برنامه کامل درمانی تا حدی امید از دست رفته خود را بازمی‌یابند. پزشکان و پرستاران با آگاهی نسبت به این که امید از دست‌رفته قابل برگشت می‌باشد، با برنامه‌ریزی مناسب و مراقبت‌های روانی همراه با درمان جسمی می‌توانند باعث تسریع بازگشت امید و افزایش آن شوند. برخورد مناسب پزشکان و پرستاران، سخنان آسان، گوش‌کردن به سخنان بیمار، پذیرش برون‌فکنی‌های وی و عکس‌العمل مناسب در برابر این برون‌فکنی‌ها و هم‌چنین آگاهی داشتن پرستاران از منابع امیدبخش در بیماران (باورهای دینی، حمایت اجتماعی و کلام پزشک) تقویت این منابع، آگاهی از مشکلاتی که باعث ناامیدی در آنان می‌شود (مشکلات مالی، ترس از آینده) و کمک به تعدیل این مشکلات تا حد امکان و توضیح اهمیت امید برای بیماران تا اندازه‌ای باعث افزایش امید در آنان می‌شود. این اقدام‌ها علاوه بر افزایش طول عمر، همکاری فعالانه بیمار برای انجام درمان‌ها، پذیرش آموزش‌های لازم برای برنامه خودمراقبتی و مقابله مؤثر با بیماری را به دنبال خواهد داشت. امید است پرستاران با آگاهی از چگونگی وضعیت روحی بیماران الگوهای مراقبتی را

1- Owen

2- Hwang

3- Ku

4- Mao

5- Forsberg

6- Grimm

7- Ringdal

Owen,C.(1990).The relationship of selected variables to the level of hope in women with breast cancer, University of Toledo.

Owen,D.(1989).Nurses' perspectives on the meaning of hope in patients with cancer,*Oncology Nursing Forum*,16,75-79.

Poncar,P.J.(1994). Inspiring hope in the oncology patient. *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services*,32,33-38.

Raleigh,H.(1992).Sources of hope in chronic illness. *Oncology Nursing Forum*,19,443-448.

Ringdal,G.(1995).Correlates of hopelessness in cancer patients.*Journal of Psychosocial Oncology*, 13, 47-66.

Robinson,L. (1983). *Psychiatric nursing: Human experience*.New York:Saunders Company.

Rustoen, T., Wiklund,I.(1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. *Cancer Nursing*,21, 235-245.

Stephenson,C.(1991). The concept of hope revisited for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1450-1461.

White,J. (1996).Hope, spirituality, sense of coherence, and quality of life in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23, 1571-1576.

به گونه ای طرح ریزی کنند که با برقراری ارتباط مؤثر بتوانند گامی مفید در جهت رفع نیازهای بیماران، افزایش امید و کمک به آنان در سازگاری با بحران پدید آمده از ابتلا به بیماری بردارند.

منابع

Ballard,A,Green,T.,& McCaa,A.(1997).A Comparison of the level of hope in patients with newly diagnosed and recurrent cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 899-904.

Benzein,E.(1998).Hope:Future imagined reality. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1063-1070.

Forsberg,C.(1996).Living with cancer, perception of well being. *Journal of Caring Science*,10,109-115.

Grimm,P.M.(1989).*Hope,affect,psychological status and the cancer experience*. Baltimore: University of Maryland.

Herth,K. A.(1989).The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16, 67-72.

Herth,K.A.(1990).Fostering hope in terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*,15,1250-1259.

Herth,K.A.(1994).Abbreviated instrument to measure hope:Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*,17,1251-1259.

Hwang,R,Ku,N.,Mao,H.(1996).Hope and related factor of breast cancer women. *Nursing Research Chine*,4,35-46.

Lindvall,L.(1995).Hope in everyday living of cancer patients.*Hoitotiede*,7,223-234.

Nowotny,M.(1989).Assessment of hope in patients with cancer,development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*,16,57-61.