

بررسی امید در بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید قاضی تبریز

اسفندیار بالجانی^{۱*}، مادلین آراکس^۲، سکینه محمد علیزاده^۳

۱- کارشناس ارشد پرستاری عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه ایران

۲- کارشناس ارشد پرستاری عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی تبریز تبریز ایران

۳- دکترای آموزش مادر و کودک عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی تبریز تبریز ایران

چکیده

مقدمه و هدف: بیماران سرطانی برای سازگاری با زندگی روزمره به منابع خودشان و حمایت های اجتماعی نیاز دارند. امید یک راهکار سازگاری مهم برای این بیماران است. این پژوهش با هدف تعیین سطح امید و ارتباط آن با مشخصات فردی اجتماعی در بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید قاضی تبریز انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه یک پژوهش توصیفی مقطعی است. نمونه ها متشکل از ۱۱۵ بیمار سرطانی بالای ۱۵ سال بودند که به روش نمونه گیری آسان وارد مطالعه شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه شاخص امید هرث (Herth Hope Index) جمع آوری شد. روایی این پرسشنامه از طریق اعتبار محتوی و پایایی آن از طریق آلفای کرانباخ اندازه گیری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ تجزیه تحلیل شد. برای تعیین اختلاف بین گروهها از نظر نمره امیدواری از آزمون آماری t گروههای مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه در سطح معنی داری $p < 0/05$ استفاده شد.

یافته ها: ۵۱/۳ درصد بیماران شرکت کننده زن بودند. ۵۱ درصد بیماران سرطان خون داشتند و ۷۱/۷ درصد آنها تحت شیمی درمانی بودند. ۳۰/۴ درصد بیماران امیدوار، ۵۳/۱۰ درصد بیماران امید متوسط و هیچکدام از آنها ناامید نبودند. بین جنس بیماران، نوع سرطان، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، انواع درمان، مدت زمان درمان و نوع سرطان با نمره امید ارتباط آماری معنی دار مشاهده نشد، ولی بین وضعیت مالی، وضعیت شغلی، سبک زندگی، سطح فعالیت، توان فیزیکی، مشکل خواب، نحوه برخورد پرستاران و اعضای خانواده با امید همبستگی معنی دار آماری وجود داشت.

نتیجه گیری: از بین عوامل مرتبط با امید بیماران سرطانی، نحوه رفتار پرستاران و اعضای خانواده، میزان خواب، سطح فعالیت، حفظ شغل قبلی و زندگی با اعضای مهم خانواده با امید بیماران سرطانی ارتباط داشتند. پرستاران و اعضای خانواده بیماران با بهبود شرایط مرتبط با این متغیرها میتوانند به حفظ امید این بیماران کمک کنند.

کلمات کلیدی: امید - سرطان-سازگاری

مقدمه

بیماری مزمنی مانند سرطان تغییرات همیشگی در روش زندگی افراد ایجاد کرده و بیماران و خانواده های آنها برای سازگاری باید تلاش زیادی انجام دهند (Kyngase و همکاران، ۲۰۰۱). نیاز به سازگاری با عوارض درمان و داروها، مثل نیازهای مالی و نگرانی در مورد آینده، عدم تعادل عاطفی و مسایل مربوط به زندگی زناشویی در این راستا مطرح می شوند. سرطان به دلیل اینکه هنوز به عنوان یک بیماری غیر قابل درمان شناخته شده است هم در کارکنان حرفه های بهداشتی و هم افراد عادی پاسخهای عاطفی قوی ایجاد میکند. با پیشرفت درمانهای پزشکی، بیماران مبتلا به سرطان و سایر ناخوشیهای مزمن، نسبت به قبل از طول عمر بیشتری برخوردار گشته اند و بیش از پیش با مشکلات روحی و مسائل مربوط به سازگاری روبرو می شوند (Enskar و همکاران، ۱۹۹۷).

تشخیص سرطان، درمان ها و عوارض متعاقب آن (شیمی درمانی، پرتو درمانی و واکنش های طبیعی بدن در مقابل این درمان ها)، مشکلات مالی و نگرانی های نسبت به آینده، ترس و اضطراب مربوط به عدم کنترل بیماری، رنج کشیدن، عدم تعادل روانی و مشکلات مربوط به زندگی جنسی به وجود می آورد که تمام این عوامل به طرق نامشخص امید بیماران را کاهش داده یا از بین می برد. بیشتر مراقبت های انجام گرفته از مبتلایان معطوف به برطرف کردن نیازهای جسمی آنان می باشد و به نیازهای روانی توجه کمتری مبذول می گردد (Ruston & Wiklund، 2000).

در متون، امید به عنوان یک عامل پیچیده، چند بعدی، پویا و یک عامل قدرتمند در بهبودی و سازگاری موثر تعریف می شود و کیفیت زندگی را در طول دوران بیماری و از دست دادن، ارتقا می دهد. (Hind، ۱۹۹۹)، امید را یک قدرت درونی که می تواند زندگی را غنی سازی کند و افراد را قادر سازد تا به فراسوی درد کنونی و اضطراب خود نگاه کنند تعریف کرده است. امید در چگونگی احساس بیماران سرطانی درباره کیفیت زندگی خود تاثیر مثبت دارد و اغلب به عنوان یک عامل در پیش بینی سیر بیماری وخیم ذکر میشود (Herth، 2000). چند دهه گذشته، اهمیت امید در

بیماران سرطانی به طور فزاینده تعریف شده است. در حقیقت امید بیشتر در افراد سرطانی نسبت به هر تشخیص دیگر مطالعه شده است. به نظر می رسد که سرطان نسبت به سایر بیماری های مزمن تاثیر بیشتری روی امید داشته باشد (Ruston & Wiklund، 2000).

مطالعات نشان داده اند که پرستاری به طور فزاینده در کمک به افراد در زمینه ایجاد و حفظ امید نقش عمده ای دارد (Herth، ۲۰۰۰). پرستارانی که در پژوهش های کمی و کیفی کار می کنند در کشف معنی امید، شناسایی عوامل افزایش دهنده و موانع امید، توصیف ارتباط افراد و پیامدهای مرتبط با بیماری و ارتباط امید با پیامدهای سلامتی، جزء پیشگامان بودند (Benzein & Berg، 1998). در مطالعه ای که در زمینه نقش پرستاران در امید بیماران سرطانی انجام شده، نقش پرستاران به طور معنی دار در امید بیماران تحت مراقبت آنها مهم بود (Herth، ۲۰۰۰).

استفاده از روش توصیفی برای بررسی امید، دریچه ای را برای مطالعه بیشتر این مفهوم فراهم خواهد کرد و تکرار این مطالعات در بیماران سرطانی و خانواده هایشان به توسعه مفهوم امید کمک می کند، (Ruston & Wiklund، 2000).

امید یک مفهوم جهانی بوده و در افراد و فرهنگ های مختلف منحصر به فرد است (Miller، 1991) و مطالعه امید در بیماران سرطانی و خانواده هایشان به توسعه این مفهوم کمک می کند (Ruston & Wiklund، 2000). در یک سطح عمومی یاس و ناامیدی به عذاب متصل می شود و یک نقش مهم در خودکشی بازی می کند. در بیماری های مزمن مثل سرطان ناامیدی ممکن است باعث تاخیر در جستجوی مراقبت شود (Herth، 1996). با توجه به اهمیت امید و واکنش های روحی و روانی بیماران سرطانی و منحصر به فرد بودن این مفهوم در افراد و فرهنگهای مختلف این پژوهش جهت تعیین سطح امید و ارتباط آن با مشخصات فردی اجتماعی در بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی شهید قاضی تبریز انجام گرفت.

مواد و روش ها :

این بررسی، یک مطالعه توصیفی است که در آن ۱۱۵ بیمار سرطانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی شهید قاضی تبریز به عنوان نمونه شرکت داشتند. معیارهای انتخاب نمونه ها شامل: تشخیص قطعی سرطان توسط پزشک، شروع درمان سرطان، سن بالای ۱۵ سال، عدم ابتلاء به بیماری روانی و تمایل داوطلبانه به شرکت در مطالعه بودند. برای تعیین تعداد نمونه از فرمول $n = \frac{s^2}{e^2}$ با

اقتباس از مطالعه مشابه در این زمینه (SD= 13/95 SE=1/3) استفاده شد (Herth، ۲۰۰۰). روش نمونه گیری از نوع آسان بود و پژوهشگر به بخشهای بیمارستان مربوطه مراجعه و بیماران واجد شرایط را انتخاب می کرد. ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر دو قسمت بود. ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر دو قسمت بود. قسمت اول اطلاعات جمعیت شناسی شامل جنس، نوع سرطان، میزان تحصیلات، وضعیت مالی، وضعیت شغلی، وضعیت تاهل، مدت زمان درمان، داشتن زندگی خانوادگی، وضعیت خواب، میزان فعالیت، کیفیت ارائه مراقبت و برخورد اعضای خانواده بودند که به صورت خود اظهاری تکمیل شدند و قسمت دوم شامل ۱۲ سوال از شاخص امید هرث (Herth Hope Index (HHI) بود.

این ابزار از ۱۲ بیانیه ساخته شده است که بر مبنای ۴ درجه ای لیکرت نمره گذاری شده است. گزینه هرگز صدق نمیکند امتیاز ۱، صدق نمیکند امتیاز ۲، صدق میکند امتیاز ۳ و همیشه صدق میکند امتیاز ۴ در نظر گرفته شد. در مورد سوال ۳ و ۷ نمره گذاری به صورت معکوس میباشد. پایایی پرسشنامه در مطالعات خارجی (Lin و همکاران، ۲۰۰۳، Benzein & Berg، 2005 و Herth، 2000) و در مطالعات داخلی (عبدی و همکاران ۲۰۰۷) به تایید رسیده است با این حال چون ترجمه همکاران داخلی در دسترس نبود پس از ترجمه ابزار، محتوای آن توسط اعضای هیئت علمی دانشکده و هیئت داوران معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد تأیید قرار گرفت. پایایی درونی با استفاده از آزمون آلفا - کرانباخ ۰/۸۲ تعیین

گردید. امتیازات کلی شاخص امید هرث بین ۱۲ تا ۴۸ متغیر است و امتیاز بالاتر بیانگر وضعیت امید بهتر است. پس از جمع کردن کل امتیازات هر نمونه، مطابق با مطالعات مشابه خارجی در زمینه تعیین سطح امید Ruston & Wiklund (2000) با توجه به نظر کمیته بررسی طرح از سوی معاونت پژوهشی دانشگاه، جهت سهولت درک امتیازات، نمرات حاصل توسط خود پژوهشگر در ۴ سطح امید وار (۴۸-۴۰)، امیدواری سطح متوسط (۳۹-۳۱)، امیدواری پایین (۳۰-۲۲) و ناامیدی (۲۱-۱۳) طبقه بندی شد. تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه 14، آزمون تی گروههای مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد.

یافته ها : 51/3 درصد افراد زن بودند. ۵۲ درصد وضعیت مالی پایین، ۴۳ درصد متوسط و بقیه بالا داشتند. ۵۱ درصد افراد سرطان خون، ۱۴ درصد دستگاه گوارش، ۳ درصد دستگاه تنفس، ۱۴ درصد دستگاه عضلانی - اسکلتی، ۱۵ درصد دستگاه تناسلی و ۳ درصد در سایر دستگاه های بدن داشتند. ۷۱/۷ درصد نمونه ها تحت درمان با شیمی درمانی، ۰/۹ درصد رادیوتراپی، ۳/۵ درصد جراحی و ۲۴/۶ درصد تحت درمان توام بودند. ۶۹/۵ درصد نمونه ها زیر شش ماه، ۱۳/۹ درصد بین هفت تا دوازده و ۱۶/۵ درصد بالای یک سال از زمان درمان آنها می گذشت. ۲/۶ درصد بیماران تنها زندگی می کردند، با همسر ۵۹/۱ درصد، با والدین ۳۶/۵ و ۱/۷ درصد با دیگران زندگی می کردند. از بین زنان ۸/۹ درصد و از بین مردان ۲۸/۸ درصد بیکار، ۵/۴ درصد زنان و ۱۱/۹ درصد مردان کارمند، ۳/۶ درصد زنان و ۴۵/۴ درصد مردان شغل آزاد، ۷۳/۲ درصد زنان خانه دار، ۸/۹ درصد زنان و ۱۱/۹ درصد مردان در سایر مشاغل بودند. اکثریت (۶۷/۲٪) نمونه ها متأهل بودند. 4/30 درصد افراد مشکل خواب داشتند و ۴۷/۸ کم، و ۲۱/۷ درصد مشکل خواب زیادی داشتند. ۸/۱۴ درصد نمونه ها فعالیت نداشتند، 40 درصد کم، ۴۲ درصد متوسط و ۲/۶ درصد فعالیت زیاد داشتند. ۹/۶ درصد افراد توان فیزیکی نداشتند، ۴۳/۵ درصد کم، ۴۶/۹ درصد متوسط و ۶/۱ درصد توان زیاد

داشتند. ۷ درصد افراد ارایه مراقبت بهداشتی را عالی، ۶۶/۱ درصد خوب، ۲۵/۵ درصد متوسط و ۱/۷ درصد آن را ضعیف ارزیابی کردند. ۳۱/۳ درصد شرکت کنندگان برخورد اعضای خانواده را عالی، ۵۴/۸ درصد خوب، ۱۳/۶ درصد باقیمانده آن را متوسط ارزیابی کردند.

پاسخ های شرکت کنندگان به گویه های پرسشنامه امید در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. سطح کلی امید در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱: توزیع میانگین نمره نمونه های مورد پژوهش در هر بیانیه (متغیر) تعداد= ۱۱۵

شماره	بیانیه	میانگین	انحراف معیار
۱	دید مثبت نسبت به زندگی	۲/۹۷	۰/۸۸
۲	اهداف کوتاه مدت یا بلند مدت یا هر دو	۲/۹۸	۰/۷۸
۳	احساس تنهایی	۲/۶۴	۰/۸۴
۴	عقیده به وجود راه حلهایی در مورد مشکلات	۳/۲۲	۰/۷۱
۵	اعتقاد و ایمان	۳/۰۲	۰/۷۴
۶	به یادآوری لحظات شاد و لذت بخش	۳/۰۲	۰/۷۴
۷	احساس نگرانی در باره آینده ام	۳/۵۱	۰/۶۵
۸	داشتن قدرت باطنی عمیق	۲/۴۸	۰/۶۹
۹	حس خود دوستی و دگر دوستی	۳/۴۳	۰/۶۷
۱۰	احساس هدفمندی	۳/۰۰	۰/۷۸
۱۱	عقیده بر موفقیت	۲/۲۲	۰/۶۷
۱۲	احساس زندگی با ارزش	۳/۱	۰/۷۳
	نمره کل	۳۵/۵۳	۵/۶

براساس جدول فوق بیشترین میانگین $0/65 \pm 3/51$ مربوط به سوال ۷ بود. همچنین میانگین نمره کل امید برابر $35/53 \pm 5/6$ بود.

جدول ۲: توزیع افراد مورد پژوهش بر حسب سطوح امید. تعداد= ۱۱۵

سطوح امید	تعداد	درصد
نا امید (۲۱-۱۳)	۰	۰
امید کم (۳۰-۲۲)	۱۹	۱۶/۵۰
امید متوسط (۳۹-۳۱)	۶۱	۵۳/۱۰
امید بالا (۴۸-۴۰)	۳۵	۳۰/۴۰

بر اساس جدول فوق، ۱۶/۵ درصد نمونه ها امید کم، ۵۳/۱ درصد نمونه ها امید متوسط و ۳۰/۴ درصد نمونه ها دارای امید بالا بودند. آزمون آگروه

های مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که بین امید و جنس بیماران، تشخیص بیماری، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، انواع درمان، مدت زمان

می کنند. Herth (۲۰۰۰) معتقد است که علت سطح بالای امید بیماران سرطانی این است که بیماران با استفاده از مکانیسم انکار، از روبرو شدن با حوادث تهدید کننده اجتناب می کنند.

میانگین نمره کلی امید در مطالعه حاضر ۳۵/۵۳ با انحراف معیار ۵/۶ بود که در مطالعه Herth (2000) در آمریکا، ۳۴/۷ و در مطالعه Lin و همکاران (۲۰۰۳) در تایوان، ۳۵/۵۶ بودند و با مطالعه حاضر همخوانی دارند. در تایوان نیز مانند محیط مطالعه ما، رایج نیست به بیمار تشخیص سرطان اطلاع داده شود برای مثال در مطالعه Ger و همکاران (۱۹۹۶) فقط ۳۷/۲ درصد بیماران مورد مطالعه از تشخیص خود اطلاع داشتند.

در رابطه با میانگین در هر بیانیه شاخص امید (HHI) ۱۲، یافته های این پژوهش نشان داد که بیانیه «در باره آینده ام احساس نگرانی میکنم» با میانگین ۳/۵۱ بیشترین میانگین نمره را دارد که نشان میدهد بیماران مورد مطالعه در این پژوهش از آینده خود نگرانی چندانی ندارند. علاوه بر این

Ruston & Wiklund (۲۰۰۰) و Herth (۲۰۰۰)، عدم آگاهی بیماران در مورد تشخیص بیماریشان را نیز جزء این علل می دانند. داشتن آگاهی از تشخیص سرطان در مطالعات قبلی مورد مباحثه بوده است. نتایج مطالعه Lin و همکاران (2003) در تایوان نشان داد که بحران عاطفی حاصل از تشخیص سرطان، امید بیماران مبتلا به سرطان را کاهش داد. همچنین در اکثر فرهنگها خود بیماران نیز دوست ندارند با آگاهی از تشخیص سرطان، خود را با این تهدید عاطفی روبرو سازند (Buckman, 1996). اما در سوی دیگر نداشتن آگاهی از تشخیص سرطان و سیر درمان ممکن است عدم اطمینان، اضطراب و نارضایتی را در بیماران سرطانی همراه داشته باشد یا سبب احساس طرد توسط پرسنل درمانی یا اطرافیان شود و یا احساس جدایی بیماران و پرسنل بهداشتی را تشدید نماید (Annas, 1994).

در شرایطی که آگاهی از تشخیص سرطان در کشورهای خارجی بسته به فرهنگ رایج بین ۱۵ تا ۷۴ درصد متغیر بوده است و نتایج مطالعه Costantini و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که ۳۷ درصد بیماران از تشخیص بیماری خود

درمان و نوع سرطان با نمره امید ارتباط آماری مشاهده نشد ($p > 0/05$). اما بین امید و متغیرهای وضعیت شغلی ($p = 0/04$)، وضعیت مالی ($P = 0/04$) و سؤال با چه کسی زندگی می کنند ($P = 0/04$)، وجود داشت. در این مطالعه بیمارانی که کارمند هستند در مقایسه با دیگران وضعیت امید بهتری داشتند. همچنین در این مطالعه ارتباط آماری بین نمره امید و متغیرهای سطح فعالیت ($P = 0/02$)، توان فیزیکی ($P = 0/01$) و مشکل خواب ($P = 0/01$) وجود دارد. آنهایی که سطح فعالیت و توان فیزیکی متوسط داشتند به طور معنی داری امید بالاتری در مقایسه با آنهایی که سطح فعالیت و توان کم یا نداشتند، نشان دادند. رفتارپرستاران و اعضای خانواده با نمره امید در این مطالعه ارتباط معنی داری داشت ($P = 0/04$). بیمارانی که این رفتار را عالی یا خوب ارزیابی کرده اند در مقایسه با آنهایی که آن را متوسط ارزیابی کرده اند، نمره امید بالاتری داشتند.

بحث و نتیجه گیری:

یافته های پژوهش نشان داد که ۸۳/۴ درصد بیماران سطح امید بالا و یا متوسط داشتند و هیچ کدام از بیماران ناامید نبودند. نتایج این مطالعه مشابه مطالعه Ruston & Wiklund (۲۰۰۰) است. که هیچ کدام از بیماران سرطانی تازه تشخیص داده شده ناامید نبودند. ایشان چنین نتیجه ای را جالب ارزیابی کرده است، به این خاطر که به نظر میرسد عقیده عموم این باشد که بیماری سرطان یک تهدید برای امید افراد باشد.

(Ruston & Wiklund, ۲۰۰۰) دلیل بالا بودن امید بیماران سرطانی را عدم شرکت بیماران سرطانی افسرده و مضطرب که ممکن است امید پایین داشته باشند در مطالعه عنوان کرده اند. همچنین افراد وقتی با بیماری تهدیدکننده زندگی روبرو می شوند به مرور زمان سازگاری شناختی پیدا می کنند و مجددا ارزش های خود را ساماندهی می کنند هر چند که در جریان این تغییرات سطح اولیه امید کاهش نشان می دهد. (Ruston & Wiklund, ۲۰۰۰) علت دیگر این موضوع را انتظار بیماران سرطانی برای مداوا ذکر

آگاهی داشته اند، با این حال یکی از محدودیت های پژوهش حاضر این بود که به بیماران در مورد تشخیص بیماری اطلاع داده نشود.

همچنین بیانیه « حس خوددوستی و دگردوستی » با میانگین 3/43 در درجه دوم بیشترین میانگین میباشد. این حس از طریق افراد مهم زندگی از جمله همسر، پدر و مادر و دوستان صمیمی بدست میآید (Miller, 2000). Miller (1991) در بیماران خیلی بدحال احساس تعلق داشتن، مفید بودن، اعتماد به دیگران و یک تجربه دوست داشتن را جزء عناصر مهم امید معرفی کردند. ارتباط معنی دار آماری بین امید و متغیرهای وضعیت شغلی ($P = 0/004$)، وضعیت مالی ($P = 0/04$) و سؤال با چه کسی زندگی می کنند ($P = 0/04$)، وجود داشت. دراین مطالعه کارمندان در مقایسه با دیگران وضعیت امید بهتری داشتند. در مطالعه دیگر، بیماران سرطانی مورد مطالعه اظهار کرده اند که حفظ شغل قبلی یا ثبت نام کردن در برنامه فعالیتی، فکر آنها را از اضطراب، درد و ناراحتی آزاد میکند و آنها را به سوی حس سالم بودن و امید به عنوان روش سازگاری با مشکل فعلی سوق میدهد (Miller, 2000). در مورد وضعیت مالی، می توان گفت داشتن احساس کنترل بر امر مراقبت و پیگیری درمان و همچنین طراحی فعالیت هایی از سوی خانواده که به نظر می رسد در گروه وضعیت مالی متوسط نسبت به پایین بیشتر باشد، بر امید بیماران سرطانی مفید است (Ruston & Wiklund, 2000).

میانگین نمره امید به طور معنی داری در افرادی که با همسر یا والدین خود زندگی میکردند از افرادی که تنها زندگی میکردند، بالاتر بود. همچنین (Bornman, 2000, Ruston & Wiklund, 2002) در همکاران (2002)، مطالعات خود نشان دادند که بیمارانی که زندگی خانوادگی دارند در مقایسه با آنهایی که مجرد هستند سطح امید بالاتری داشته اند. همچنین حمایت از سوی افراد خانواده بخصوص از سوی همسران تاثیر بیشتری روی امید داشته است. بیماران بیشتر وقت خود را با خانواده هایشان صرف میکنند و این ارتباط در منابع مختلف مورد تاکید قرار گرفته است. در این مطالعه ارتباط آماری بین نمره امید و متغیرهای سطح فعالیت ($P = 0/002$)، توان فیزیکی

($P = 0/001$) و مشکل خواب ($P = 0/01$) وجود داشت. آنهایی که سطح فعالیت و توان فیزیکی متوسط داشتند به طور معنی داری امید بالاتری در مقایسه با بیماران با سطح فعالیت و توان کم، نشان دادند. Bornman و همکاران (2002) در مطالعات خود داشتن فعالیت را با داشتن اعتماد به توانایی فردی مرتبط دانسته و آن را جزء عناصر مهم امید معرفی کرده است. مطالعات تحقیقی دیگر از جمله هرت با نتایج تحقیق ما همسو هستند (Herth, 2000).

همچنین دراین پژوهش ارتباط آماری معنی داری بین مشکل خواب و نمره امید مشاهده شد. بیمارانی که مشکل خواب زیاد داشتند در مقایسه با گروهی که مشکلی در این مورد نداشتند، نمره امید پایین داشتند. Raleigh (1992) نیز در مطالعه خود به منظور کشف منابع امید، داشتن برنامه فعالیت و استراحت منظم را با داشتن امید بالا مربوط دانسته و یادآور شده است که فعالیت ممکن است مکانیسم دفاعی باشد تا بیماران با استفاده از آن افکار منفی را دور کرده و به موضوعات دیگر تمرکز کنند. هر چند که او به مشکل خواب بیماران سرطانی نپرداخته است، ولی دلایل زیادی وجود دارد که نشان میدهد اضطراب -عامل برهم زننده خواب- در بیماران با امید پایین، بیشتر است (Herth & Cutcliffe, 2002). برخورد پرستاران و اعضای خانواده با نمره امید در این مطالعه ارتباط معنی داری داشت ($P = 0/04$). بیمارانی که این برخورد را عالی یا خوب ارزیابی کرده اند در مقایسه با آنهاییکه آن را متوسط ارزیابی کرده اند، نمره امید بالاتری داشتند. اهمیت حمایت خانوادگی و افراد مهم زندگی بخصوص همسر توسط منابع مختلف مورد تاکید قرار گرفته است (Miller, 2000 و Gibson, 1999). مطالعه (Lin و همکاران 2003) نشان داد نشان داد که هر وقت میزان حمایت خانوادگی کاهش یافته است، سطح امید بیماران سرطانی نیز کاهش یافته است و روی این اصل در تایوان بعد از تشخیص سرطان حمایت خانوادگی، اجتماعی، دوستان و مراقبین بهداشتی برای جایگزین کردن منابع امید دوچندان می شود. مطالعاتی که در آمریکا روی بیماران با سندرم نقص ایمنی اکتسابی انجام شده بود، نشان داد که کاهش حمایت اجتماع، سطح امید این بیماران را کاهش داد

این مطالعه ارتباط داشت با خانواده های بیماران بحث و صحبت کنند.

تشکر و قدردانی : نویسندگان کمال تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تمام بیماران شرکت کننده و همکاران محترم دفتر پرستاری بیمارستان شهید قاضی تبریز اعلام می دارند. همچنین از آقایان علیرضا محجل و دکتر صالح سلیمی به خاطر همکاری در نمونه-گیری این پژوهش اعلام می دارند.

(Cutcliffe, ۱۹۹۸). (Gibson, ۱۹۹۹) و (Herth, ۲۰۰۰) نیز نیز در مطالعه خود اهمیت برخورد خوب پرستاران و افراد مهم زندگی را متغیر ارتقاء دهنده امید معرفی کردند. در مجموع باید گفت که نتایج این مطالعه به پرستاران کمک می کند که با آگاهی کافی از اهمیت ارزیابی و شناسایی منابع امید در بیماران سرطانی، مداخلات و برنامه های مراقبتی مناسبی را در جهت حفظ امید بیماران طراحی و اجرا نمایند. همچنین پرستاران می توانند در باره اهمیت داشتن فعالیت و سایر منابع که با امید بیماران در

References

- Annas G J (1994). Informed consent, cancer, and truth in prognosis. *New England Journal of Medicine*. 33 (1) 223-225.
- Abdi N, Taghdisi M H, Naghdi S (2007). [The effects of hope promoting interventions on cancer patients. A case study in Sanandaj, Iran]. *Journal of Armaghan Danesh*. 14(3) 214- 219. (Persian)
- Borneman T, Ferrell B R (2002). The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 4(1) 21-33.
- Benzein E, Berg A (2005). The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*. 19(3) 234-240
- Benzein E G, Berg A C, Saveman B I (1998). Hope: future imagined reality. The meaning of hope as described by group of healthy pentecotalists. *Journal of Advanced Nursing*. 28(5) 1063-1073.
- Buckman R (1996). Talking to patients about cancer: no excuse now for not doing it. *British Medical Journal*. 3(13) 699-704.
- Costantini M et al (2006). Diagnosis and prognosis disclosure among cancer patients. Results from an Italian mortality follow-back survey. *Annals of Oncology*. 17(5) 853- 859.
- Cutcliffe J R (1998). Hope, Counseling and complicated bereavement reactions. *Journal of Advanced Nursing*. 28(4) 754-763.
- Enskar K et al (1997). Symptom distress and life situation in adolescents with cancer. *Cancer Nursing*. 20 (1) 30-33.
- Gibson P R (1999). Hope in multiple chemical sensitivity: social support and attitude towards healthcare delivery as predictors of hope. *Journal of Clinical Nursing*. 8(3) 275-285.
- Ger LP et al (1996). Cancer patients' knowledge of their diagnoses. *Journal of the Formosan Medical Association*. 95(1) 605-611.
- Herth K (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence. *Journal of Advanced Nursing*. 32(6) 1431-1441.
- Herth K, Cutcliffe J R (2002). The concept of hope in nursing 3: Hope and palliative care nursing. *British Journal of Nursing*. 11(14) 977-982.

Hinds P S (1999). Hopefulness and its characteristics in adolescents with cancer. Western Journal of Nursing Research. 21(5) 615- 620

Kyngase H, Nousiainen E M, Vaattovaara R (2001). Coping with the onset of cancer: Coping strategies and resources of young people with cancer. European Journal of Cancer Care. 10(1) 6-11.

Lin C et al (2003). Changing in level of hope after diagnostic disclosure among Taiwanese patients with cancer. Cancer Nursing 26(2) 155-160.

Miller J F (1991). Developing and maintaining hope in families of the critically ill. American Association of Critical- Care Nurses Clinical Issues Critical_Care Nursing. 2(2) 307-315.

Miller J F (2000). Coping With Chronic Illness. 3rd. edition. Philadelphia, F. A. Davis Company.

Raleigh E.D (1992). Sources of hope in chronic illness. Oncol Nurse Forum. 19(3) 443-448.

Ruston T, Wiklund L (2000). Hope in newly diagnosed patients with cancer. Cancer Nursing. 23(1) 214- 219.