

## بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و شاخص های خشم با سلامت روان در بیماران

استومی تهران

محمد اورکی\*، مریم امیرآبادی\*\*، شیما حیدری\*\*\*

\* دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

### چکیده

### تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۳/۰۱/۲۵

تجدیدنظر: ۱۳۹۳/۰۳/۲۲

پذیرش: ۱۳۹۳/۰۴/۱۴

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و شاخص های خشم با سلامت روان بیماران استومی تهران انجام گرفت.

**روش:** در این مطالعه همبستگی، ۱۶۹ بیمار استومی عضو انجمن استومی ایران که کمتر از ۶ ماه از جراحی شان گذشته بود داوطلبانه شرکت کردند و با پرسشنامه های کیفیت زندگی بیماران استومی، حالت-صفت بیان خشم اسپیلبرگر و سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر اطلاعات موردنیاز جمع آوری شد. داده ها با استفاده از آزمون همبستگی اسپیرمن و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### کلیدواژه ها:

استومی، سلامت عمومی، شاخص های خشم، کیفیت زندگی.

**یافته ها:** نتایج نشان داد، ابعاد جسمی و اجتماعی با تمامی مؤلفه های سلامت روان رابطه معنی دار دارند. بعد روانی نیز با اضطراب و بی خوابی و افسردگی رابطه معنی دار دارد. بعد معنوی با اضطراب و بی خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی و کیفیت کلی زندگی نیز با نشانه بدنی و افسردگی رابطه دارد. بین خشم درون ریز با نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی و افسردگی، خشم برون ریز با نشانه های بدنی و اضطراب و بی خوابی و خشم کلی با نشانه های بدنی، رابطه معنی دار وجود دارد. با توجه به نتایج، دو متغیر شاخص خشم و کیفیت زندگی، با هم ۰/۵۸ درصد واریانس سلامت عمومی را پیش بینی کرده اند.

**نتیجه گیری:** با توجه به رابطه خشم و کیفیت زندگی با سلامت عمومی بیماران استومی، می توان با آموزش مهارت های زندگی و کنترل خشم به ارتقای کیفیت زندگی این بیماران پرداخته و سلامت جسم و روانشان را بهبود بخشید.

## Study of relation between life quality and anger indices with mental health in Ostomy Patients of Tehran

\*M. Oraki, \*\*M. AmirAbadi, \*\*\*SH. Heidari

\* Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor university, Iran.

\*\*M.A in Psychology, Payame noor University, Tehran, Iran.

\*\*\*M.A Student in Psychology, Payame noor University, Tehran, Iran.

### Abstract

**Objective:** The present research was fulfilled aiming on study of relation between life quality and anger indices with the mental health in Tehran ostomy patients.

**Method:** In this research which was of correlation type, 169 ostomy patients member of Ostomy Association were selected that less than 6 months of their surgery has been passed, they participated voluntarily and with (COH-QOL), trait- state Spilberger Anger Expression (STAXI-2) and general health (GHQ) Golberg and Hillier, the required information were collected and Spearman correlation and regression tests were used.

**Results:** The results show, corporal and social dimensions have a significant correlation with all the mental health indices. mental dimension with anxiety and insomnia, and depression, intellectual dimension with anxiety and insomnia, social insufficient interaction, and depression, life quality with physical signs and depression, introvert anger with physical signs, anxiety, insomnia and depression, extrovert anger with physical signs and anxiety and insomnia, general anger with physical signs have significant correlation. In prediction discussion the amount of fixed adjustment coefficient was calculated 58%. This means that two variables, anger index and life quality have predicted 58% variance of general health variable.

**Conclusion:** With consideration to relation of anger and life quality with the general health of Ostomy Patients, it is better to improve the health of their body and mind by education of life skills and anger control to promote the life quality of these patients.

### Article Information:

#### History:

Receipt: 2014/01/24

Revise: 2015/08/22

Acceptance: 2016/02/01

### Keywords:

Ostomy, public health, anger indices, life quality

## مقدمه

۲۰٪ ایلئوستومی و ۱۰٪ یوروستومی بوده و از کل بیماران یادشده نیز ۱۰٪ موقتی و بقیه دائمی هستند که هر ساله به علل مختلف تحت عمل جراحی قرار می گیرند (انجمن استومی ایران<sup>۶</sup>، ۱۳۸۹).

سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی نیز برای آنان می شود که در این میان واکنش هایی مانند انکار، خشم و احساس گناه در این افراد مشاهده می شود.

رابطه خشم با تهاجم و خشونت، اختلالات قلبی و عروقی، ناسازگاری های فردی و سرطان تأیید شده است (اسپیلبرگر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹). خشم واکنش رایجی است به موقعیت تنش که می تواند به پرخاشگری نیز منجر شود. برحسب فرضیه ناکام پرخاشگری وقتی راه بر دستیابی به هدف بسته باشد، سائق پرخاشگری حاصله، انگیزه ای برای آسیب رسانی به شخص یا شیء ناکام کننده می شود. هنگامی که راه بر حمله مستقیم به خواستگاه ناکامی بسته باشد، ممکن است پرخاشگری جابه جا شود. به این معنا که محل پرخاشگری به جای علت واقعی متوجه شخص یا شیء بی تقصیر گردد (اتکینسون<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۳۸۱).

در مجموع چنانچه خشم به وجود آمده در بیماران سرطانی، به درستی ابراز نگردد، این امکان وجود دارد که به درون فرد جهت یابد و منجر به افسردگی، ناامیدی و تلاش در راستای خودکشی شود. بسیاری از بیماران سرطانی مبتلا به افسردگی بوده و در سطح تمرکز و میزان توجه

استومی<sup>۱</sup> بیماری مزمنی است که به دلایل مختلفی از جمله سرطان روده، محل دفع از مقعد به کیسه ای خارج از بدن انتقال می یابد. جراحی استومی صرف نظر از نوع یا دلیل آن، باعث آسیب دائمی و تغییر بهداشت فردی شده و اثر بزرگی بر سبک زندگی، روابط شخصی، ازدواج و اعتماد به نفس افراد دارد، در نتیجه باعث می شود بیماران مشکلات متعددی را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سلامت روان تجربه کنند (وو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). این بیماران با فشار روحی بزرگی مواجه می گردند. در واقع عدم دفع کنترل، از بین رفتن فرم عادی بدن، نداشتن اعتماد به نفس لازم جهت حضور در اجتماع، مشکلات خانوادگی و شغلی، هزینه گزاف وسایل مورد نیاز، مشکلات روانی ناشی از اصل بیماری و قبول استومی در ایجاد بحران روحی آن ها مؤثرند (محجوبی و درخشانی، ۱۳۸۱).

بیش از یک میلیون نفر از مردم ایالات متحده آمریکا (آگاروال و ارلیک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰) و ۱۰۲ هزار نفر از جمعیت انگلستان (برچ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲)، استومی روده ای دارند و هر ساله بر تعداد این افراد افزوده می گردد، به طوری که سالانه ۱۰۰ هزار نفر در ایالات متحده آمریکا و ۱۳۵۰۰ نفر در انگلستان (ویلیامز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷) گرفتار استومی می شوند. گرچه در ایران آمار مستند و دقیقی از تعداد بیماران استومی وجود ندارد، اما برخی گزارش ها نشان می دهد که تعداد استومیت ها در ایران حدود ۳۰۰۰۰ نفر است که از این تعداد ۷۰٪ کلاستومی،

5. Williams
6. Iranian Ostomy Association
7. Spielberger
8. Etkinson

1. Ostomy
2. Wu
3. Agarwal
4. Burch

خود، کاهش نشان می‌دهند، به‌بیان‌دیگر پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی از جمله افسردگی در مبتلایان به سرطان ضروری است، زیرا افسردگی سبب تنزل کیفیت زندگی آن‌ها خواهد شد و مداخله جهت کاهش افسردگی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها منجر شود (جوور و ورکوسا، ۲۰۰۸).

بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است، پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (بونومی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶؛ به نقل از نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در این تعریف، کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصیتی، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط، تأثیر می‌پذیرد و نیز بر ادراک فرد مبتنی است. در واقع کیفیت زندگی گستره‌ای است دربرگیرنده ابعاد عینی و ذهنی که در تعامل با یکدیگر قرار دارند. از سوی دیگر باید توجه داشت که کیفیت زندگی مفهومی پویاست، چراکه ارزش‌ها و خود ارزشیابی‌های زندگی ممکن است در طی زمان در واکنش به رویدادها و تجارب زندگی و سلامتی دگرگون شوند، همچنین هر حوزه از کیفیت زندگی می‌تواند آثار قابل ملاحظه‌ای بر دیگر حوزه‌ها

بگذارد (نیوا و تیلور<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲؛ به نقل از نائینیان و همکاران، ۱۳۸۴).

لذا هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و شاخص‌های خشم با سلامت روان در بیماران استومی تهران است.

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی است. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران استومی عضو انجمن استومی ایران بود که کمتر از ۶ ماه از تاریخ جراحی آن‌ها می‌گذشت و در زمان انجام پژوهش (تیرماه ۱۳۹۲) تعداد کل بیماران انجمن بالغ بر ۲۴۳ نفر می‌شد. از بین جمعیت این انجمن تعداد ۱۶۹ بیمار استومیت با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه حالت-صفت بیان خشم ۴۲ (STAXI-2): این پرسشنامه توسط اسپیلبرگر مشتمل بر ۵۷ ماده در سال ۱۹۹۹ ساخته شد که شامل ۶ مقیاس، ۵ خرده مقیاس و یک شاخص کلی بیان خشم است. مقیاس‌ها عبارت است از حالت خشم، صفت خشم، برون‌ریزی خشم، درون‌ریزی خشم، کنترل برون‌ریزی خشم و کنترل درون‌ریزی خشم. خرده مقیاس‌ها نیز عبارت است از احساس خشم، نیاز شدید به بیان کلامی خشم، نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم، خلق و خوی خشمگین و واکنش خشمناک. آزمودنی‌ها به هنگام پاسخ دادن به هر یک از ۵۷

3. Newa & Taylor  
4. State and Trait Anger Expression Inventory2

1. Juver & Verçosa  
2. Bonomi

غربالگری اختلالات روان شناختی غیر پسیکوتیک طراحی گردید. این فرم دارای چهار مقیاس فرعی بوده و هر مقیاس فرعی هفت پرسش دارد که عبارت است از علائم جسمانی، علائم اضطراب، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی. گلدبرگ و بکدون پایایی ضریب همبستگی نمرات را با نتیجه ارزیابی شدت اختلالات بالینی  $0/80$  گزارش کردند. تحقیقات به عمل آمده در ایران نیز اعتبار این پرسشنامه را در حد خوب و عالی به دست آورده اند (منتظری و همکاران، ۱۳۸۱). تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی آن را با سه روش دوباره سنجی، تصفی و آلفای کرونباخ به ترتیب  $0/70$ ،  $0/93$  و  $0/90$  گزارش کرده است.

۳- پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران استومی (COH-QOL): این پرسشنامه توسط محققان مرکز ملی سرطان شهر هپ از ایالت کالیفرنیا آمریکا طرح ریزی شده است و مجموعاً دارای ۹۰ سؤال در سه بخش جداگانه است. بخش اول شامل ۱۳ سؤال بوده و در رابطه با مشخصات دموگرافیک و بیماری است که بر اساس اهداف جامعه و معیارهای ورود به مطالعه، برخی سؤالات این بخش تغییر داده شد. بخش دوم دارای ۳۴ سؤال با پاسخ های یک کلمه ای در زمینه شغل، وضعیت بیمه درمانی، مراقبت روزانه از استومی و گروه های غذایی است. در این پژوهش پاسخ سؤالات این بخش فاقد امتیازبندی است و صرفاً برای توصیف نمونه ها استفاده می شود. بخش سوم پرسشنامه که دارای ۴۳ سؤال در زمینه ابعاد سلامت جسمی (سؤالات ۱ تا ۱۱)، روانی (۱۲ تا ۲۴)، اجتماعی (۲۵ تا ۳۶)، معنوی (۳۷ تا ۴۳) است. سؤالات این قسمت بر اساس مقیاس ارزش گذاری لیکرت از ۰ تا ۱۰

ماده پرسشنامه، وضع خود را بر روی یک مقیاس لیکرت چهاردرجه ای، از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۴)، رتبه بندی می کنند و بدین وسیله شدت احساسات خشم خود را در یک زمان معین و نیز فراوانی تجربه، بیان، سرکوب یا کنترل خشم خودشان را اندازه گیری می کنند. کل ابزار دارای محدوده ۲۲۱ - ۵۷ و در شاخص کلی بیان خشم دارای دامنه ۰ تا ۹۶ است. ضرایب آلفا برای مقیاس ها و خرده مقیاس های ناظر بر حالت خشم و صفت خشم، بالاتر از  $0/84$  ( $0/88 =$  میانگین) و برای مقیاس های بیان خشم (برونریزی خشم، درونریزی خشم)، کنترل خشم (کنترل برونریزی خشم، کنترل درونریزی خشم) و شاخص کلی خشم بالاتر از  $0/73$  ( $0/82 =$  میانگین) گزارش شده است (اسپیلبرگر، ۱۹۹۹). در ایران، تحلیل عاملی نمایانگر وجود عوامل چندگانه همسان با فرم اصلی در هر یک از بخش های سیاهه خشم صفت - حالت است. سیاهه ابراز خشم صفت - حالت ۲ اسپیلبرگر از روایی و اعتبار مناسبی جهت سنجش خشم در جوانان ایرانی برخوردار است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶).

۲- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه برای اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم و به طور وسیعی به منظور تشخیص نشانه های خفیف روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی در موقعیت های مختلف به کار برده شده است. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال است. در این پژوهش از فرم کوتاه شده ۲۸ سؤالی استفاده گردید. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) برای

در پژوهش ناصح و همکاران (۱۳۹۱) میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و مقدار ضریب همبستگی برای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی کیفیت زندگی به ترتیب ۰/۸۸/۸۲، ۰/۸۳، ۰/۷۸ به دست آمده است.

#### یافته‌ها

با توجه به نتایج جدول ۱، ابعاد مربوط به متغیر کیفیت زندگی و خشم با برخی ابعاد مربوط به متغیر سلامت روان در سطح ۰/۰۵ معنی دار شده‌اند.

امتیازدهی شده و در محاسبه میانگین نمره کیفیت زندگی به کار می‌روند. در برخی از سؤالات امتیاز بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. برای محاسبه نمره کیفیت زندگی ابتدا با اعمال تغییرات معکوس برای سؤالات با سوئیچ منفی سؤالات (۱- ۳۰، ۳۲ تا ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۲ تا ۳۴ و ۳۷) میانگین نمره کیفیت زندگی در هر یک از ابعاد آن، حداقل نمره صفر (ضعیف‌ترین) و حداکثر نمره ۱۰ (بهترین) در نظر گرفته شده و سپس با توجه به میانگین نمرات کسب شده توسط نمونه‌ها در مورد بدتر یا بهتر بودن کیفیت زندگی آن‌ها قضاوت می‌شود (ناصح و همکاران، ۱۳۹۱).

جدول ۱. ضریب همبستگی بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی و خشم با سلامت روان

متغیر	نشانه بدنی	اضطراب و بی‌خوابی	نارساکنش‌وری اجتماعی	افسردگی
بعد جسمی	*R=-۰/۴۲	*R=-۰/۱۲	*R=-۰/۰۹	*R=-۰/۰۳
بعد روانی	R=-۰/۰۸	*R=-۰/۳۹	R=-۰/۲۲	*R=-۰/۴۵
بعد اجتماعی	*R=-۰/۱۱	*R=-۰/۰۲	*R=-۰/۵۳	*R=-۰/۲۹
بعد معنوی	R=-۰/۱۲	*R=-۰/۳۹	*R=-۰/۲۲	*R=-۰/۶۲
کیفیت زندگی کلی	*R=-۰/۳۲	R=-۰/۲۴	R=-۰/۱۹	*R=-۰/۴۱
خشم درون‌ریز	*R=۰/۶۲	*R=۰/۴۲	R=۰/۱۲	*R=۰/۲۹
خشم برون‌ریز	*R=۰/۴۲	*R=۰/۲۲	R=۰/۰۴	R=۰/۰۲
خشم کلی	*R=۰/۵۱	R=۰/۱۹	R=۰/۰۰	R=۰/۰۱

\*\*n=۱۶۹ - \*P<۰/۰۵

و بی‌خوابی و افسردگی رابطه معنی دار دارد. بعد معنوی با سه مؤلفه اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی و کیفیت کلی زندگی نیز با دو مؤلفه نشانه بدنی و افسردگی رابطه

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از میان مؤلفه‌های کیفیت زندگی، ابعاد جسمی و اجتماعی با تمامی مؤلفه‌های سلامت روان رابطه معنی دار دارند. بعد روانی نیز با مؤلفه‌های اضطراب

بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و شاخص های خشم با ...

معنی که هر چه نمرات شاخص های خشم بالاتر رود، نمرات سلامت روان نیز بالاتر می رود؛ یعنی هر چه خشم بیشتر باشد سلامت روان کمتری را تجربه خواهند کرد.

دارد. همچنین خشم درون ریز با نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی و افسردگی و خشم برون ریز با نشانه های بدنی و اضطراب و بی خوابی و خشم کلی با نشانه های بدنی، رابطه معنی دار دارد. بدین

جدول ۲. خلاصه مدل رگرسیون و ضرایب

انحراف معیار خطای تخمین زده شده	Adjusted R square	R square	R	مدل	ضرایب استاندارد شده		ضرایب استاندارد نشده		مدل
					Beta	t	B	خطای استاندارد	
					معناداری				ثابت
					۰/۰۰	۱/۰۳	۱/۴	۴/۳۲	کیفیت زندگی
۳/۲۱	۰/۲۴	۰/۲۸	*-۰/۴۷	۱	۰/۰۰	۲/۵	-۰/۴۷	۰/۰۹	۰/۲۹

\*پیش بینی شونده: سلامت عمومی \* پیش بینی کننده کیفیت زندگی

واریانس (تغییرات) متغیر سلامت عمومی را پیش بینی کرده است و در مجموع، متغیر مستقل تأثیر نسبتاً قوی بر روی متغیر وابسته دارد (از جهت پیش بینی واریانس آن).

با توجه به مندرجات جدول ۲، ضریب همبستگی بین دو متغیر کیفیت زندگی و سلامت عمومی ۰/۴۷- است. همچنین میزان ضریب تعدیل تعیین شده برابر با ۰/۲۴ است که این بدان معناست که متغیر کیفیت زندگی به تنهایی ۰/۲۴ درصد

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون و ضرایب

انحراف معیار خطای تخمین زده شده	Adjusted R square	R square	R	مدل	ضرایب استاندارد شده		ضرایب استاندارد نشده		مدل
					Beta	t	B	خطای استاندارد	
					معناداری				ثابت
					۰/۰۰	۱/۰۱	۱	۴/۳۲	شاخص خشم
۲/۲	۰/۱۸	۰/۲۲	*۰/۳۸	۱	۰/۰۰	۳/۲	۰/۳۸	۰/۱	۰/۱۶

\*پیش بینی شونده: سلامت عمومی \* پیش بینی کننده شاخص خشم

معناست که متغیر شاخص خشم به تنهایی ۰/۱۸ درصد واریانس متغیر سلامت عمومی را پیش بینی کرده است. در مجموع متغیر مستقل، تأثیر نه چندان

بر اساس نتایج جدول ۳، ضریب همبستگی بین دو متغیر مذکور ۰/۳۸ است. همچنین میزان ضریب تعدیل تعیین شده برابر با ۰/۱۸ است که این بدان

قوی نسبت به شاخص کیفیت زندگی بر روی متغیر وابسته دارد (از جهت پیش‌بینی واریانس آن).

#### نتیجه‌گیری و بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که بین سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران استومی رابطه معنی‌داری وجود دارد که با نتایج پژوهش‌های کانداسامی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱)، هایپامکی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، پوپک<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، کارلسون<sup>۴</sup> (۲۰۱۰)، بوسینگ<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، هسیند<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، هاشمی (۱۳۹۰)، انصاری (۱۳۹۰)، عفتی دیوشلی (۱۳۹۰) و خورسندی و همکاران (۱۳۸۹) همسو است.

در نتایج مشخص شد که هرچه کیفیت زندگی بیماران استومی بالاتر باشد سلامت روان بالاتری خواهند داشت. در واقع کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به‌عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار است (حسن‌پور دهکردی و آذری، ۱۳۸۵). مشاهده شده است که کیفیت زندگی بیماران استومی در جوامع اسلامی پایین‌تر از دیگر جمعیت‌هاست (هولزر<sup>۷</sup> و همکارانش، ۲۰۰۵)، چراکه مسلمانان عقاید خاصی درباره عملکردهای دفعی بدن دارند و به مسئله نجاست و طهارت توجه خاصی داشته و بنابراین تمایلی به مراقبت از استوما ندارند که این مسئله می‌تواند باعث ایجاد

مشکلات عدیده‌ای پس از جراحی استوما شود. با توجه به رابطه کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران و پایین بودن کیفیت زندگی به دلیل عقاید خاص مذهبی، لازم به نظر می‌رسد که از نظر شرعی و مذهبی، آموزش‌های خاص در جهت کاهش تنش‌های روانی و بالا بردن کیفیت زندگی به این بیماران داده شود تا با بهبود کیفیت زندگی به سلامت روان و جسم آن‌ها نیز کمک شود.

در بررسی رابطه بین شاخص‌های خشم و سلامت روان نیز نتایج حاکی از آن است که خشم درون‌ریز با نشانه‌های بدنی و اضطراب و افسردگی ارتباط معنی‌دار دارد که نشان‌دهنده آن است که هر چه خشم درون‌ریزی بیشتری داشته باشد نشانه‌های بدنی، اضطراب و افسردگی نیز بیشتر خواهد شد. همچنین خشم اگر برون‌ریزی شود نیز فرد در نشانه‌های بدنی و اضطراب نمرات بالایی خواهد داشت و از نظر جسمی نشانه‌های نامطلوبی را تجربه خواهد کرد؛ اما مؤلفه خشم کلی تنها با نشانه‌های بدنی رابطه نشان داد. در مجموع نشان داده شد که خشم با نارسا کنش وری اجتماعی هیچ رابطه‌ای ندارد اما با نشانه‌های جسمانی رابطه قوی و مستقیمی دارد، یعنی هرچه میزان خشم تجربه‌شده بالاتر باشد، بیمار از نظر بدنی و روانی دچار مشکلات و صدمات بیشتری خواهد شد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های لاگوت<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۳)، بارت<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۳)، گونزالز<sup>۱۰</sup> و همکاران

6. Hsien  
7. Holzer  
8. Laguette  
9. Barrett  
10. Gonzalez

1. Kandasamy  
2. Haapamäki  
3. Popek  
4. Carlsson  
5. Büssing



از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از نمونه‌های در دسترس است که به دلیل شرایط خاص جسمانی و روانی این بیماران، همکاری زیادی با پژوهشگر نداشتند. به دلیل محدود بودن نمونه‌ها، تفکیک سنی آن‌ها امکان‌پذیر نبود که این مسئله می‌تواند بر روی نتایج پژوهش تأثیر داشته باشد. پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن سن بیماران، این پژوهش با همین متغیرها انجام شود. همچنین توصیه می‌شود برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران، مسائل شرعی و دینی به شکلی آموزش داده شود که اضطراب و استرس این افراد کمتر شود. همچنین با آموزش مهارت‌های زندگی، در جهت بهبود کیفیت زندگی تلاش شود.

سپاسگزاری:

در پایان، پژوهشگر مراتب سپاس‌گزاری خود را به مسئولین انجمن استومی و کلیه بیماران استومیت که با حضور و مشارکت خود امکان اجرای این پژوهش را فراهم ساختند صمیمانه ابراز می‌نماید.

افروز، غلامعلی؛ کاکابرابی، کیوان؛ صیدی، مریم؛ قنبری، نیک زاد و مؤمنی، خدامراد (۱۳۸۹)، رابطه سبک‌های دل‌بستگی با نحوه مدیریت خشم و سلامت عمومی، اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)، سال ۵، شماره ۱۸، صص ۸۷-۹۵

(۲۰۱۲)، روبن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، نوواکو<sup>۲</sup> (۲۰۱۲)، تراست<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، حسینی (۱۳۹۰)، افروز و همکاران (۱۳۸۹)، مسعودنیا (۱۳۸۹)، پورجوزی (۱۳۸۹) و علی بخشی و همکاران (۱۳۸۹) همسو است. پژوهش‌های آن‌ها در نمونه‌های مختلف نشان داد که بین خشم و سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که خشم می‌تواند پیش‌بینی کننده سلامت روان باشد. مکاسکیل<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) و گونزالز (۲۰۱۲) نیز به همین نتیجه دست یافتند.

نتایج نشان داد که چنانچه خشم به وجود آمده در بیماران سرطانی، به‌درستی ابراز نگردد، این امکان وجود دارد که به درون فرد جهت یابد و منجر به افسردگی، ناامیدی و تلاش در راستای خودکشی شود. به‌بیان‌دیگر پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی از جمله افسردگی در مبتلایان به سرطان ضروری است، زیرا افسردگی سبب تنزل کیفیت زندگی آن‌ها خواهد شد و مداخله جهت کاهش افسردگی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها منجر شود (جوور و ورکوسا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸).

## منابع

اتکینسون، ریتال؛ اتکینسون، ریچارد، سی؛ و هلیگارد، ارنست (۱۳۸۱)، زمینه روان‌شناسی جلد اول و دوم، ترجمه محمدتقی براتی؛ سعید شاملو؛ نیسان گاهان؛ یوسف کریمی و کیانوش هاشمیان، جلد اول و دوم، تهران، انتشارات رشد.

4. Macaskill  
5. Juver & Verçosa

1. Reuben  
2. Novaco  
3. Trost

انصاری، حبیب‌اله (۱۳۹۰)، بررسی رابطه کیفیت زندگی بیماران پوستی با سلامت روان آن‌ها و مقایسه با افراد سالم، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی.

پورجوزی، بهنام (۱۳۸۹)، بررسی تحلیلی رابطه خصومت و خشم و شدت انسداد عروق کرونر قلب، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰)، بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز، مجله روان‌شناختی، ۳۹۸، ۴-۳۸۱.

حسن‌پور دهکردی، علی و آذری، س. (۱۳۸۵)، کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سرطان، بهبود، ۱۰(۲)، ۱۱۹-۱۱۰.

حسینی، سید مهدی (۱۳۹۰)، اثر بخشی آموزش گروهی هوش هیجانی (حل مسئله و کنترل خشم) بر سلامت روان جوانان مجرم زندان عادل آباد شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی.

خدایاری فرد، محمد؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ اکبری زرد خانه، سعید؛ و لیاقت، سمیه (۱۳۸۶)، استانداردسازی سیاهه ابراز خشم صفت حالت ۲ اسپیلبرگر برای دانشجویان ایرانی، طرح تحقیقاتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

خورسندی، محبوبه؛ جهانی، فرزانه؛ رفیعی، محمد و فرازی، علی اصغر (۱۳۸۹)، کیفیت زندگی

مرتبط با سلامتی کارکنان ستاد و بیمارستان‌های تابع دانشگاه علوم پزشکی اراک، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره‌آورد دانش)، سال ۱۳، شماره ۱، (پیاپی ۵۰)، ۴۸-۴۰.

عفتی دیوشلی، مرضیه (۱۳۹۰)، کیفیت زندگی وابستگان به مواد و ارتباط آن با سلامت روانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه گیلان.

علی بخشی، سیده زهرا؛ بشارت، محمدعلی و موحدی نسب، علی‌اکبر (۱۳۸۹)، تأثیر واسطه‌ای نشخوار خشم بر رابطه بین ابعاد خشم و مهار خشم با سلامت و بیماری جسمی، روان‌شناسی معاصر، سال ۵، شماره ۲، ص ۱۴-۳.

محمجویی، بهار و درخشانی، سعید (۱۳۸۱)، مراقبت از استومی، کلستومی و ایلئوستومی، تهران، انتشارات اشتیاق.

مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹)، خصومت، خشم و خطر بروز آترواسکلروز عروق کرونر، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، سال ۱۸، شماره ۶ (پیاپی ۷۷)، ص ۵۴۰-۵۵۱.

منتظری، علی؛ حریرچی، امیر محمود؛ شریعتی، محمد؛ گرمارودی، غلامرضا؛ فاتح، ابوالفضل و عبادی، مهدی (۱۳۸۱)، ترجمه، تعیین پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی، فصلنامه پایش، سال ۱، شماره ۳، ص ۳۹-۴۶.

زندگی سازمان جهانی بهداشت، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴، ص ۱۲-۱.

هاشمی، اعظم (۱۳۹۰)، مقایسه کیفیت زندگی و سبکهای دل بستگی در دانش آموزان عادی و کم توان ذهنی شهر شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی تهران.

انجمن استومی ایران، درباره بیماری استومی و انجمن استومی ایران بیشتر بدانیم، موجود در سایت <http://iranstomy.persianblog.i> r/archive، ۱۳۸۹/۲/۴.

## References

- Agarwal, S.H. & Ehrlich, A. (2010). "Stoma Dermatitis: Prevalent but Often Overlooked". *Dermatitis*, 21(3), 138-147.
- Barrett, E.L., Mills, K.L. & Teesson, M. (2013). "Mental health correlates of anger in the general population: Findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing". *Aust N Z J Psychiatry*, 47, 405-406.
- Burch, J. (2002). "Caring for peristomal skin: what every nurse should know". *British Journal of Nursing*, 19(3), 166-172.
- Büssing, A., Fischer, J., Ostermann, T. & Matthiessen, P. F. (2009). "Reliance on God's Help as a Measure of Intrinsic Religiosity in Healthy Elderly and Patients with Chronic Diseases. Correlations with Health-

ناصح، لادن؛ رفیعی، فروغ و شیخی، رحیم علی (۱۳۹۱)، کیفیت زندگی بیماران دارای استومی روده ای و عوامل مرتبط با آن، نشریه جراحی ایران، دوره ۲۰، شماره ۳.

نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا؛ روشن، رسول؛ صیدمحمدی، کبرا و خلمی، زهره (۱۳۸۴)، مطالعه برخی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه کیفیت زندگی (QLQ)، *دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشگاه شاهد (دانشور رفتار)*، سال ۱۲ دوره جدید، شماره ۱۳، ص ۵۹-۴۷.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سید رضا (۱۳۸۵)، استانداردسازی پرسشنامه کیفیت

Related Quality of Life"? Applied Research in Quality of Life Volume 4, Issue 1, pp 77-90.

Carlsson, E., Berndtsson, I., Hallén, A., Lindholm, E. & Persson, E. (2010). "Concerns and Quality of Life Before Surgery and During the Recovery Period in Patients With Rectal Cancer and an Ostomy". *Journal of wound ostomy and continence nursing*, 37(6), 654-661.

Gonzalez, M.M., López, J. Rosa, R. M. & Losada, A. (2012). "Anger, Spiritual Meaning and Support from the Religious Community in Dementia Caregiving". *Journal of Religion and Health* Volume 51, Issue 1, pp 179-186.

Haapamäki, J., Roine, R.P., Sintonen, H., Turunen, U., Färkkilä, M.A. & Arkkila, P.E.T. (2010). "Health-related quality of life in inflammatory bowel

- disease measured with the generic". 15D instrument 2010, Volume 19, Issue 6, pp 919-928.
- Holzer, B., Matzel, K., Schiedeck, T.C. & et al. (2005). "Study Group for Quality of Life in Rectal Cancer. Do geographic and educational factors influence the quality of life in rectal cancer patients with a permanent colostomy"? *Dis Colon Rectum*, 48(12), 2209-2216.
- Hsien, P., Chuan, H., Christian, U., Krägeloh, D. S. & Rex, B. (2009). "Religion/spirituality and quality of life of international tertiary students in New Zealand". *Mental Health, Religion & Culture* Volume 12, Issue 4, pages 385-399.
- Juver, J.P. & Verçosa, N. (2008). "Depression in patients with advanced cancer and pain". *Rev Bras Anesthesiol*, 58(3), 287-98.
- Kandasamy, A., Chaturvedi, S.K. & Desai, G. (2011). "Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer". *National Institute of Mental Health and Neuro Sciences*, Volume 48 Issue 1, Page : 55-59r.
- Laguet, V., Apostolidis, T., Dany, L., Bellon, N., Grimaud, J., Charles, L. & Simeoni, M.C. (2013). "Quality of life and time perspective in inflammatory bowel disease patients". *Journal Quality of Life Research*.
- Macaskill, A. (2012). "Differentiating Dispositional Self-Forgiveness from Other-Forgiveness: Associations with Mental Health and Life Satisfaction". *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 31, No. 1, pp. 28-50.
- Novaco, R.W., Swanson, R.D., Gonzalez, O.I., Gahm, G.A. & Reger, M.D. (2012). "Anger and postcombat mental health: Validation of a brief anger measure with U.S. Soldiers postdeployed from Iraq and Afghanistan". *Psychological Assessment*, 24(3), 661-675.
- Popek, S. Grant, M., Gemmill, R., Wendel, C.S., Mohler, M., Jane. Rawl, S.M., Baldwin, C. M., Ko, C.Y., Schmidt, C., Max, K. & Robert, S. (2010). "Overcoming challenges: life with an ostomy". *The American Journal of Surgery*, Volume 200, Issue 5, Pages 640-645.
- Reuben, N.G., Rebecca, P., Ang, Moon-Ho Ringo Ho. (2012). "Coping with Anxiety, Depression, Anger and Aggression: The Mediational Role of Resilience in Adolescents". *Child & Youth Care Forum*, Volume 41, Issue 6, pp 529-546
- Spielberger, C. (1999). "STAXI-2. State-Trait Anger Expression Inventory-2: Professional manual". Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Trost, Z., Vangronsveld, K.L., Steven, J.Q., Phillip, J.S. & Michael, J.L. (2012). "Cognitive Dimensions of Anger in Chronic Pain". *Pain*, 153: 515-517
- Williams, J. (2007). "Stoma care nursing: what the community nurse needs to know". *British journal of Community Nursing*, 12 (8): 342-346.
- Wu, H.P., Chun, C.J. & Twinn, S.H. (2007). "Self-efficacy and Quality of Life among Stoma Patients in Hong Kong". *Cancer Nursing*, 30(3), 186-193