



## ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی

مرجان مردانی حموله<sup>۱</sup>، عزیز شهرکی واحد<sup>۲\*</sup>

۱- کارشناس ارشد گروه پرستاری، بیمارستان فاطمه زهرا(س) نجف آباد

۲- کارشناس ارشد گروه پرستاری، عضو هیات علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی زابل

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۳/۳۱

### چکیده

**مقدمه:** سرطان بیماری است که با تغییر شکل غیرطبیعی سلولها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود. بیماران سرطانی دچار مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی می‌شوند که ممکن است این مشکلات باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان گردد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط میان وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی صورت گرفته است.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی می‌باشد. در این تحقیق ۹۰ بیمار سرطانی مراجعه کننده به بیمارستان شقایق اهواز در سال ۱۳۸۷ به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (فرم کوتاه) گردآوری شد و با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون تی و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنی‌دار دارد. حیطه‌های عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با ۳ حیطه‌ی اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معنی‌دار نشان داد. حیطه سلامت روانی از کیفیت زندگی تنها با حیطه علایم شبه جسمی از سلامت روان همبستگی معنی‌دار نشان داد ( $P < 0/02$ ) و در نهایت در حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه اختلال در عملکرد اجتماعی از سلامت روان همبستگی معنی‌دار مشاهده شد ( $P < 0/05$ ). همچنین حیطه‌های سلامت روان مثل اضطراب با  $P = 0/006$  در زنان بیشتر از مردان و علایم شبه جسمی با  $P = 0/025$  در زنان بیشتر از مردان ارتباط معنی‌دار را نشان داده است و از حیطه‌های کیفیت زندگی، عملکرد فیزیکی با  $P = 0/03$  در مردان بیشتر از زنان و درد جسمی با  $P = 0/001$  در زنان بیشتر از مردان، معنی‌دار می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران سرطانی با حیطه‌های سلامت روان آنها رابطه دارد و سرطان بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران اثر گذاشته است.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت روانی - کیفیت زندگی - سرطان

\* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۵۴۲-۲۲۲۳۹۴۳، پست الکترونیکی azizshahraky@yahoo.com

## مقدمه

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، همچنان سرطان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است. این بیماری با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (۱). سرطان به عنوان یک بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج در جامعه تلقی می‌شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد، بطوریکه ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده‌های آنها، فرد را به سمت و سوی اختلالات روانی می‌کشاند (۲). در واقع اعضای خانواده بزرگترین حامیان بیماران سرطانی به شمار می‌آیند. گروهی از محققان در کشور فنلاند ۱۵۳ بیمار مبتلا به سرطان و همسران آنها را به منظور تأثیر ابراز خشم بر کیفیت زندگی آنها مورد بررسی قرار دادند و پی بردند بین کنترل خشم و حمایت درک شده از سوی همسران در راستای ارتقای کیفیت زندگی بیماران رابطه وجود دارد (۳). سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آنها نیز می‌شود که در این میان واکنش‌هایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران مشاهده می‌شود. گروهی از محققین ایتالیایی با مطالعه بیماران مبتلا به سرطان در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال دریافتند، مهمترین عامل مربوط به سلامت روان که بر کیفیت زندگی آنها اثر داشته است، اضطراب می‌باشد و در صورت سن بالای ۵۰ سال، سطوح تحصیلی پایین و عدم اشتغال به کار، کیفیت زندگی بیماران نامطلوب می‌شود (۴). از طرفی 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 تفکر افسرده دارند و در سطح تمرکز و میزان توجه خود، کاهش نشان می‌دهند. به بیان دیگر پیشگیری از بروز اختلالات

عاطفی از جمله افسردگی در مبتلایان به سرطان ضروری می‌باشد زیرا افسردگی سبب تنزل کیفیت زندگی آنها خواهد شد و مداخله جهت کاهش افسردگی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها منجر شود (۵). مرکز تحقیقات رفتاری انجمن سرطان آمریکا با مطالعه ۷۳۹ نفر از اعضای خانواده‌های بیماران مبتلا به سرطان دریافتند، سطوح بالای تنش‌های روانی آنان با اختلال در ابعاد عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی رابطه دارد (۶). از سوی دیگر، همین مشکلات گوناگون روانی و اجتماعی، باعث اختلال در روند طبیعی زندگی و کیفیت آن می‌گردد. حسن پور در مطالعه خود که بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به انواع سرطان انجام داد، اظهار نمود ۳۴٪ بیماران تحت بررسی کیفیت زندگی مطلوبی نداشته‌اند (۱). در واقع کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار می‌باشد. در بیماران سرطانی مثل دیگر بیماری‌های مزمن، به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت می‌باشد و هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان مبتلایان، به حداکثر رساندن توانایی‌های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد در کیفیت زندگی می‌باشد (۱). بنابراین می‌توان با انجام مداخلات لازم به افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و در نهایت کاهش هزینه‌های بیمارستانی در این بیماران کمک کرد. در غیر این صورت کاهش سلامت روانی در بیماران سرطانی بر کیفیت زندگی آنها اثر گذاشته و می‌تواند باعث از دست دادن شغل، از هم گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. لذا با توجه به اینکه در کشور ما به مفهوم کیفیت زندگی، سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی کمتر پرداخته شده است و به تبع آن این دسته از بیماران جهت مداخلات روانشناختی، کمتر مورد بررسی محققین قرار گرفته‌اند پژوهش حاضر ارتباط میان کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران سرطانی را مورد بررسی قرار داده است تا نتایج این تحقیق ضمن

کیفیت زندگی را مشاهده می‌نماییم. پژوهشگران با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از بیماران سرطانی، به گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه و یا تکمیل پرسشنامه توسط خود بیمار پرداختند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز از آمار توصیفی و آمار استنباطی (ضریب همبستگی اسپیرمن، آنالیز واریانس و تست تی) استفاده شد.

### نتایج

در این مطالعه ۴۲/۲٪ بیماران در محدوده سنی ۵۰-۴۰ سال، ۵۵٪ بیماران مذکر، ۷۸/۹٪ متاهل، ۷۴/۴٪ واجد پوشش بیمه‌ای، ۸۰٪ با سواد، ۴۳/۳٪ مبتلا به سرطان دستگاه گوارش، ۸۸/۹٪ دارای سابقه بستری در بیمارستان و ۳۲/۲٪ دارای سابقه فامیلی سرطان بودند. در خصوص وضعیت سلامت روان بیماران سرطانی، میانگین اختلال در عملکرد اجتماعی از حیطه سلامت روان ۹/۱۸ می‌باشد که از سایر حیطه‌ها بیشتر است. بنابراین سرطان بیشترین اثر را بر عملکرد اجتماعی فرد گذاشته است (جدول ۱). در زمینه تعیین وضعیت کیفیت زندگی بیماران سرطانی بیشترین میانگین با ۲۰/۷۸ در حیطه سلامت عمومی و کمترین میانگین با ۱/۶ به حیطه محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی تعلق داشت. میانگین ۲۰/۷۸ سلامت عمومی نشان دهنده وضعیت بهتر این حیطه نسبت به بقیه حیطه‌های کیفیت زندگی می‌باشد (جدول ۲). در مورد ارتباط میان حیطه‌های کیفیت زندگی با ۴ حیطه سلامت روان با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن همراه با آزمون آنالیز واریانس و  $\alpha=0/05$  مشخص شد که کیفیت زندگی بیماران سرطانی به شدت تحت تأثیر سلامت روان آنها می‌باشد. در بعضی از حیطه‌های کیفیت زندگی همبستگی آماری معنی‌دار وجود نداشت، به عنوان مثال در حیطه‌های عملکرد اجتماعی و فیزیکی، کیفیت زندگی و حیطه عملکرد اجتماعی سلامت روان با علایم شبه جسمی سلامت روان، همبستگی معکوس و ضعیف وجود داشت (جدول ۳). همچنین بین حیطه‌های سلامت روان و کیفیت زندگی با جنس بیماران مطابق آزمون تی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت، به طور مثال میانگین نمره علایم شبه جسمی  $(P=0/025)$  و اضطراب  $(P=0/006)$  از حیطه‌های سلامت روان در

حمایت از بیماران سرطانی، رهگشای طرح‌های مداخله‌ای در این خصوص باشد.

### روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-همبستگی، جامعه پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به انواع سرطان که جهت انجام شیمی درمانی به بیمارستان شفا اهواز در سال ۱۳۸۷ مراجعه نموده‌اند، تشکیل داده‌اند. تعداد نمونه، ۹۰ نفر از این بیماران بوده است که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، حجم نمونه این تحقیق با در نظر گرفتن توان آزمون ۹۰٪ و حدود اطمینان ۹۵٪ تعیین شد. نمونه‌های مورد بررسی دارای ویژگی‌هایی به این شرح بوده‌اند: سن بالاتر از ۱۵ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان با تأیید پزشک متخصص، حداقل گذشت یک سال از تشخیص بیماری و عدم مشکلات روانی شناخته شده از جمله افسردگی و یا تحت درمان بودن با داروهای روان‌گردان. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سئوالی و پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سئوال (فرم کوتاه) بوده است. پرسشنامه سلامت عمومی از ۲۸ سئوال در ۴ حیطه افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمی و عملکرد اجتماعی تشکیل شده است. هر حیطه دارای ۷ سئوال می‌باشد. سئالات ۱ تا ۷ مربوط به نشانه‌های جسمانی، از ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب، ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی می‌باشد و در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای به صورت ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره گذاری می‌شود، در این ابزار افزایش نمره با بدتر شدن وضعیت سلامت روان همراه است. پایایی این ابزار توسط پژوهشگران با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. پرسشنامه کیفیت زندگی فرم ۳۶ سئوالی، در بردارنده ۸ مقیاس یا مفهوم می‌باشد که شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی و هیجانی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سرزندگی و درک سلامت عمومی می‌باشد. پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۸۴ بدست آمد. شیوه پاسخگویی به سئالات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی-خیر (بسته پاسخ) تا طیف لیکرت ۶ درجه‌ای متغیر است، در این ابزار با افزایش نمره سطح بهتر

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های کیفیت زندگی در بیماران سرطانی

| انحراف معیار | میانگین | حیطه‌های کیفیت زندگی                       |
|--------------|---------|--|
| ۵/۳۴         | ۱۵/۸۵   | عملکرد فیزیکی                              |
| ۰/۹۶         | ۶/۵۶    | عملکرد اجتماعی                             |
| ۱/۰۳         | ۳/۲۸    | محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی   |
| ۲/۷۹         | ۶/۲۵    | درد جسمی                                   |
| ۲/۷۷         | ۱۴/۸۴   | سلامت روانی                                |
| ۱/۲۲         | ۱/۶     | محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی |
| ۱/۸۵         | ۲۰/۷۸   | درک سلامت عمومی                            |

زنان بیشتر از مردان بوده است و از نظر آماری معنی‌دار بود. میانگین نمره عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی در مردان بیشتر از زنان ( $P=0/03$ ) و میانگین نمره درد جسمی در زنان بیشتر از مردان بود که از نظر آماری معنی‌دار است ( $P=0/001$ ).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های سلامت روان در بیماران سرطانی

| انحراف معیار | میانگین | حیطه‌های سلامت روان      |
|--------------|---------|--------------------------|
| ۳/۵۵         | ۶/۷۸    | علائم شبه جسمی           |
| ۴/۶۲         | ۹/۱     | اضطراب                   |
| ۴/۲۳         | ۹/۱۸    | اختلال در عملکرد اجتماعی |
| ۵/۲۱         | ۵/۷     | افسردگی                  |

جدول ۳: رابطه میان حیطه‌های عملکرد اجتماعی، عملکرد فیزیکی و سلامت روانی از کیفیت زندگی با حیطه‌های سلامت روان

| افسردگی | اختلال در عملکرد اجتماعی |       | اضطراب |       | علائم شبه جسمی |      | سلامت روان | کیفیت زندگی    |
|---------|--------------------------|-------|--------|-------|----------------|------|------------|----------------|
|         | P                        | R     | P      | R     | P              | R    |            |                |
| ۰/۴۲    | -۰/۰۸                    | ۰/۰۵  | -۰/۲   | ۰/۱۴  | -۰/۱۵          | ۰/۱  | -۰/۱۷      | عملکرد اجتماعی |
| ۰/۰۱۲   | -۰/۲۶                    | ۰/۰۰۱ | -۰/۴۲  | ۰/۰۰۴ | -۰/۳           | ۰/۱۸ | -۰/۱۴      | عملکرد فیزیکی  |
| ۰/۱۶    | -۰/۱۴                    | ۰/۱۹  | -۰/۱۳  | ۰/۳۷  | -۰/۰۹          | ۰/۰۲ | -۰/۲۴      | سلامت روانی    |

\*ارزش معنی‌داری

\*\*ضریب همبستگی اسپیرمن

## بحث

جمعیت عادی در سطح پایین‌تری هستند و از نظر شاخصهای افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب و روان‌پریشی دارای مشکل جدی بوده و نیاز به مراقبت‌های روانشناختی دارند (۲). در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که سرطان اثر منفی بر عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی دارد. در مورد ارتباط حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان نتایج تحقیق نشان داد که حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه عملکرد اجتماعی سلامت روان و حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی با علائم شبه جسمی سلامت روان همبستگی معکوس دارد. در واقع، از آنجا که بیماران سرطانی اختلال عملکرد فیزیکی دارند، این امر بر احساس سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی آنان سایه افکنده است و موجب اثر متقابل بر سلامت روان این گروه از بیماران شده است. مطالعه Hassanpour و Azari نیز بیانگر آن

در این مطالعه، نتایج نشان داد که سرطان بیشترین تأثیر منفی را به طور کلی بر وضعیت سلامت روان به ویژه در حیطه عملکرد اجتماعی داشته است. بعد از اختلال در حیطه عملکرد اجتماعی با میانگین ۹/۱۸، میانگین حیطه اضطراب ۹/۱، میانگین علائم شبه جسمی ۶/۷۸، میانگین افسردگی ۵/۷ بوده است. یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج پژوهش Salati و همکاران که بر روی ۲۱۸ بیمار مبتلا به سرطان ریه انجام شد، همخوانی دارد. ایشان طی مطالعه خود در فاصله جولای ۲۰۰۴ تا آگوست ۲۰۰۷ دریافتند که عملکرد فیزیکی و سلامت روانی مبتلایان با تمام حیطه‌های کیفیت زندگی آنها رابطه دارد (۷). Bamshad و همکاران با استفاده از پرسشنامه SCL-90 و نیز مصاحبه بالینی، طی مطالعه خود که در گروهی از زنان مبتلا به سرطان انجام داده اظهار داشت، مبتلایان از نظر شاخص کلی سلامت روانی نسبت به

با با حیطة سلامت روانی مرتبط بوده است ولی با حیطة عملکرد فیزیکی رابطه نداشته است. همچنین پیشنهاد نمودند مداخلات حمایتی جهت بهبود عزت نفس مبتلایان، بر سلامت روان آنان بیشتر از سلامت جسمانی شان مؤثر می‌باشد (۱۵). محققان آمریکایی با بررسی ۳۹۸ بیمار سرطانی بیان داشتند هرگاه متعاقب تشخیص سرطان سطح سلامت روان کاهش یابد، عملکرد بیماران در سایر حیطة‌های کیفیت زندگی نیز به مخاطره می‌افتد (۱۶). نتایج بررسی کیفیت زندگی ۲۹۱ بیمار زن ۸۸-۳۱ ساله مبتلا به سرطان رحم که ۱۰-۲ سال از تشخیص سرطان آنان سپری شده بود، نشان داد هرچند از مکانیسم‌های مقابله‌ای مؤثر استفاده نموده‌اند ولی سلامت روان آنها همچنان در سطح نامطلوب می‌باشد (۱۷). در حقیقت قدرت تصمیم‌گیری‌های درمانی در بیماران، در بهبود کیفیت زندگی آنها می‌تواند نقش داشته باشد. نتایج مطالعه‌ای در این خصوص نشان داد که تصمیم‌گیری صحیح در رابطه با تأثیر عمل جراحی بر سلامتی بیماران مبتلا به سرطان پستان، باعث بهبود کیفیت زندگی مبتلایان شده است (۱۸). در خصوص متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران و ارتباط آن با کیفیت زندگی و سلامت روان، نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که حیطة‌های علایم شبه جسمی و اضطراب با جنس تفاوت آماری معنی‌داری دارد. یافته‌های اخیر با نتایج پژوهش HassanPour و Azari (۱) همسو نمی‌باشد. در مطالعه وی رابطه‌ای بین متغیر جنس و کیفیت زندگی مشاهده نشده است. در خاتمه قابل ذکر است، روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در این تحقیق، تعمیم یافته‌ها را با دشواری رو به رو نموده است لذا در این رابطه رعایت احتیاط لازم است.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده شناخت و خامت مشکلات روانی بیماران مبتلا به سرطان و توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنان، عنایت بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه‌های درمانی تیم روانشناختی به طور جدی‌تر و گسترده‌تر، در سطح بیمارستان‌ها می‌طلبد. از طرفی تأسیس و تقویت مؤسسات حمایت‌کننده و فرهنگ‌سازی برای سازگاری با انواع مشکلات روانی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. در نهایت

بوده که بیماران سرطانی تحت بررسی در بعد وضعیت عمومی ۴۶٪، در بعد وضعیت اجتماعی ۲۱/۵٪، در بعد وضعیت خواب ۴۲٪ و در بعد فعالیت‌های جسمی ۲۵/۵٪ دچار اختلال بوده‌اند (۱). محققان معتقدند سلامت فیزیکی بیماران سرطانی از رشد روانی آنان تأثیر می‌پذیرد و ارتقای سلامت روانی آنها بر پایه پیشگیری و درمان تنش‌های عاطفی استوار می‌باشد (۸). در مطالعه دیگری همانند این مطالعه بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پروستات با سلامت روان آنها رابطه مشاهده شده است (۹). به علاوه، پژوهشگران ژاپنی با بررسی ۱۵۴ مرد مبتلا به سرطان پروستات در طول ۵ سال دریافتند، مبتلایان در حیطة عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی خود دچار مشکل بوده‌اند ولی این مشکلات با گذر زمان کمتر شده‌اند (۱۰). نتایج بررسی Perkins و همکاران در آمریکا که به مطالعه ۱۴۸ بیمار مبتلا به سرطان پستان و ۱۳۴ بیمار مبتلا به سرطان پروستات پرداخته‌اند، نشان داد حیطة سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران با خودکارآمدی جسمی آنها ارتباط دارد (۱۱). محققان موسسه ملی سرطان آمریکا با بررسی ۱۲۶۶۸۵ فرد سالم و بیمار سرطانی بالای ۶۵ سال اعلام نمودند، حیطة‌های عملکرد فیزیکی و سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران سرطانی در مقایسه با گروه سالم دارای اختلال می‌باشد (۱۲). نتایج مطالعه تجربی Shariati و همکاران که ۳۶ بیمار سرطانی تحت شیمی‌درمانی را مورد بررسی قرار داده‌اند، نشان داد ورزش برنامه‌ریزی شده از شدت خستگی بیماران کم نموده است و محققین نتیجه گرفتند فعالیت‌های فیزیکی بیماران سرطانی در راستای بهبود کیفیت زندگی آنها مؤثر خواهد بود (۱۳). در همین رابطه پژوهشگران طی تحقیق تجربی دیگری که با مشارکت ۴۴ زن مبتلا به سرطان پستان انجام شد، به بررسی تأثیر یوگا بر سلامت روانی مبتلایان پرداختند و نتایج تحقیق نشان داد، یوگا سبب افزایش سطح سلامت روان و کاهش خستگی جسمی در این بیماران شده است (۱۴). در همین راستا، گروهی از محققین در آمریکا با مطالعه ۱۴۵ زن مبتلا به سرطان رحم دریافتند بین حیطة‌های عملکرد فیزیکی و سلامت روانی از کیفیت زندگی آنها با میزان بقای آنها ارتباطی وجود نداشته است و نمره عزت نفس مبتلایان

بیماران سرطانی در راستای ارتقای سطح سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی آنان به شمار می‌رود.

### سپاسگزاری

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از تمامی بیماران شرکت کننده در تحقیق اعلام می‌دارند.

لازم است به جایگاه معنویت در جهت ایجاد امیدواری و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی، تأکید کنیم. در حقیقت کارکنان درمانی با شناسایی نیازهای معنوی این بیماران، می‌توانند موقعیت‌های مناسبی جهت بهبود معنوی آنها که همان امیدواری است، فراهم نمایند چرا که امید به زندگی یکی از نیازهای اساسی

### منابع:

- 1- Hassanpour A, Azari E. *Quality of life and related factors in cancer patients*. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences 2006. p. 42. [Persian]
- 2- Bamshad Z, Safikhani F. *Assessment of mental health of women with breast cancer*. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences 2006. p.56.[Persian]
- 3- Julkunen J, Gustavsson-Lilius M, Hietanen P. *3- Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients*. J Psychosom Res 2009;66(3):235-44.
- 4- Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C, et al. *Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy*. Gynecol Oncol 2008;111(1):144-50.
- 5- Juvier JP, Verçosa N. *Depression in patients with advanced cancer and pain*. Rev Bras Anesthesiol 2008 May-Jun;58(3):287-98.
- 6- Spillers RL, Wellisch DK, Kim Y, Matthews BA, Baker F. *Family caregivers and guilt in the context of cancer care*. Psychosomatics 2008 Nov-Dec;49(6):511-9.
- 7- Salati M, Brunelli A, Xiumè F, Refai M, Sabbatini A. *Quality of life in the elderly after major lung resection for lung cancer*. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2009 Jan;8(1):79-83.
- 8- Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. *Psychological health in cancer survivors*. Semin Oncol Nurs 2008;24(3):193-201.
- 9- Lips IM, van Gils CH, van der Heide UA, Kruger AE, van Vulpen M. *Health-related quality of life 3 years after high-dose intensity-modulated radiotherapy with gold fiducial marker-based position verification*. BJU Int 2009 ;103(6):762-7
- 10- Namiki S, Ishidoya S, Ito A, Kawamura S, Tochigi T, Saito S, et al. *Quality of life after radical prostatectomy in Japanese men: a 5-Year follow up study*. Int J Urol 2009 Jan;16(1):75-81.
- 11- Perkins HY, Baum GP, Taylor CL, Basen-Engquist KM. *Effects of treatment factors, comorbidities and health-related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors*. Psychooncology 2009;

- 18(4):405-11.
- 12- Smith AW, Reeve BB, Bellizzi KM, Harlan LC, Klabunde CN, Amsellem M, et al. *Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults*. Health Care Financ Rev. 2008 Summer;29(4):41-56.
- 13- Shariati A, Haghighi SH, Fayazi S. *The effect of exercise of the fatigue the cancer patients*. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences 2006. p. 48. [Persian]
- 14- Danhauer SC, Mihalko SL, Russell GB, Campbell CR, Felder L, Daley K, et al. *Restorative yoga for women with breast cancer: findings from a randomized pilot study*. Psychooncology 2009;18(4):360-8.
- 15- Bartoces MG, Severson RK, Rusin BA, Schwartz KL, Ruterbusch JJ, Neale AV. *Quality of life and self-esteem of long-term survivors of invasive and noninvasive cervical cancer*. J Womens Health (Larchmt) 2009 May;18(5):655-61.
- 16- Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. *Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being*. Health Psychol 2009;28(2):147-56.
- 17- Korfage IJ, Essink-Bot ML, Mols F, Van de Poll-Franse L, Kruitwagen R, van Ballegooijen M. *Health-related quality of life in cervical cancer survivors: a population-based survey*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009 1;73(5):1501-9.
- 18- Andersen MR, Bowen DJ, Morea J, Stein KD, Baker F. *Involvement in decision-making and breast cancer survivor Quality of life*. Health Psychol 2009;28(1):29-37.