

Correlation between General Health with Life Expectancy and Quality of Life in Patients with leukemia

Farhad Kahrazei¹, Behzad Rigi Kooteh², Amir Akbari Esfahani^{3*}

¹Department of Psychology, Faculty of Education Sciences & Psychology, University of Sistan & Baluchestan, Zahedan, Iran.

²Department of Clinical Psychology, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

³Department of Clinical Psychology, Faculty of Clinical Psychology, Tehran University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author:
Amir Akbari Esfahani,
Department of Clinical Psychology, Faculty of Clinical Psychology, Tehran University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Email:
amak1348@yahoo.com

Received: 27 Jul, 2016

Accepted: 1 Nov, 2016

Abstract

Background and Objectives: Cancer is one of the most important diseases of the present century and the second cause of death. This study aimed to determine the correlation between general health with life expectancy and quality of life in Patients with leukemia.

Methods: This study was conducted as a descriptive-correlational study on 100 leukemia patients selected by convenience sampling in Zahedan city, 2015. Demographic characteristics, general health, life expectancy, and quality of life questionnaires, were filled in by the patients. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, and step-by-step regression Analysis.

Results: Among the dimensions of general health, physical symptoms, and disruption in social functioning, had a significant negative relationship with life expectancy of these patients ($p < 0.01$). Also, dimensions of physical symptoms, disruption in social functioning, and depression had a significant negative relationship with quality of life of these patients ($p < 0.01$). The dimensions of physical symptoms (17.9%) and disruption in social functioning (5.2%) predicted the variance of life expectancy in patients with leukemia ($p < 0.01$). Meanwhile, the dimensions of physical symptoms made the most contribution to the prediction of life expectancy ($p < 0.001$). Also, the dimensions of physical symptoms (20.3%) and disruption in social functioning (3.3%) predicted the variance of quality of life in the patients with leukemia ($p < 0.01$). The dimension of physical symptoms had the most contribution to the prediction of quality of life ($p < 0.001$).

Conclusion: The results of this study indicated that general health promotion can increase life expectancy and quality of life in the cancer patients.

Keywords: General Health; Life expectancy; Quality of life; Leukemia.

همبستگی بین سلامت عمومی با امید به زندگی و کیفیت زندگی در بیماران دچار سرطان خون

فرهاد کهرآزنی^۱، بهزاد ریگی کوته^۲، امیر اکبری اصفهانی^{۳*}

چکیده

زمینه و هدف: سرطان به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر مطرح است. این مطالعه با هدف تعیین همبستگی بین سلامت عمومی و امید به زندگی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان خون انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی - همبستگی بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان خون شهر زاهدان، در سال ۱۳۹۴ به روش نمونه گیری آسان انجام شد. برگه مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی، امید به زندگی و کیفیت زندگی توسط بیماران تکمیل گردید. داده ها با استفاده از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.

یافته ها: از میان ابعاد سلامت عمومی؛ ابعاد علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی با امید به زندگی بیماران دچار سرطان خون، رابطه منفی و معنی داری داشتند ($p < 0/01$). همچنین ابعاد علائم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی با کیفیت زندگی این بیماران، رابطه منفی و معنی داری داشت ($p < 0/01$). بُعد علائم جسمانی (به میزان ۱۷/۹٪) و بُعد اختلال در عملکرد اجتماعی (به میزان ۵/۲٪) توانست واریانس امید به زندگی بیماران دچار سرطان خون را پیش بینی کند ($p < 0/01$). در این میان، بُعد علائم جسمانی، بیشترین نقش را در پیش بینی امید به زندگی داشت ($p < 0/01$). همچنین بُعد علائم جسمانی (به میزان ۲۰/۳٪) و بُعد اختلال در عملکرد اجتماعی (به میزان ۳/۳٪) توانست واریانس کیفیت به زندگی بیماران دچار سرطان خون را پیش بینی کند ($p < 0/01$). در این میان، بُعد علائم جسمانی، بیشترین نقش را در پیش بینی کیفیت به زندگی داشت ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد ارتقای سطح سلامت عمومی می تواند امید به زندگی و کیفیت زندگی را در بیماران دچار سرطان افزایش دهد.

کلید واژه ها: سلامت عمومی؛ امید به زندگی؛ کیفیت زندگی؛ سرطان خون.

گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.

گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

امیر اکبری اصفهانی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

amak1348@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۵/۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۱۰

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Kahrazei F, Rigi Kooteh B, Akbari Esfahani A. Correlation between general health with life expectancy and quality of life in patients with leukemia. Qom Univ Med Sci J 2017;11(6):118-126. [Full Text in Persian]

مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر در جهان است (۱). در حال حاضر، بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (۲). در ایران نیز سرطان سومین علت مرگ و میر می‌باشد (۳). سرطان، تجربه نسبتاً متداول در بین افراد مسن بوده و ۴۳٪ از مردان و ۳۸٪ از زنان در طول عمر خود به سرطان دچار می‌شوند (۴). سرطان‌های خون یا لوکمی‌ها (Leukemia) به‌عنوان یکی از زیرگروه‌های سرطان، حدود ۸٪ کل سرطان‌ها را شامل می‌شود و پنجمین سرطان شایع در جهان است (۵). سلول‌های لوکمی بر گلبول‌های قرمز خون و پلاکت‌های خونی اثر می‌گذارد (۶). این بیماری فقط مختص کودکان نیست و براساس گزارش آمار سازمان درمان سرطان خون ایالات متحده، در سنین بین ۷۰-۴۰ سال نیز بروز بالایی دارد (۷). امروزه، تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب‌الوقوع محسوب نمی‌شود و بسیاری از مطالعات نشان داده چنین تشخیصی موجب مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار و خانواده وی می‌شود (۸). نزدیک به یک‌سوم از بیماران سرطانی، تجربه آسیب‌های روان‌شناختی دارند که بر روی غربالگری کارآمد، شناسایی و مدیریت استرس‌های آنان تأثیرگذار است (۹).

سرطان برای بیماران، با استرس شدید همراه بوده و می‌تواند منجر به افسردگی گردد و کیفیت زندگی آنها را در همه جنبه‌ها تحت تأثیر قرار دهد (۱۰). از این رو باید به وضعیت سلامت جسمانی و روانی بیماران مبتلا به سرطان نه تنها در طول درمان بیماری؛ بلکه با در سراسر زنجیره بقای آنها رسیدگی شود (۱۱). بین ۵۰-۸۰٪ از بیماران مبتلا به سرطان به‌طور همزمان، از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند. طبق مطالعات صورت‌گرفته، فراوان‌ترین اختلال روانپزشکی در این بیماران؛ اختلال انطباقی همراه با اضطراب، افسردگی، اضطراب - افسردگی، آسیب در عملکردهای اجتماعی و بدکارکردی جسمی توأم است (۱۲). امید؛ یک عامل شفاف‌بخش چند بُعدی، پویا و قدرتمند بوده و نقش مهمی در سازگاری با بیماری و فقدان دارد (۱۳).

امید به‌عنوان یکی از منابع بالقوه به حساب می‌آید که می‌تواند به بیماران سرطانی در سازگاری با این بیماری کمک کند (۱۴). بیمار مبتلا به سرطان پس از اطلاع از بیماری، خود را نزدیک به مرگ می‌بیند و امید به زندگی را از دست داده و حالاتی از افسردگی، یأس عمیق درونی توأم با ناامیدی به آینده، احساس خشم و ناراحتی از ابتلا به این بیماری را تجربه می‌کند که این مسئله وی را بسیار آسیب‌پذیر می‌سازد (۱۵).

از سویی دیگر، امروزه بررسی کیفیت زندگی به دلیل پیشرفت‌های تشخیصی - درمانی و میزان بقای مبتلایان به سرطان به‌عنوان یک موضوع مهم سلامت مورد توجه بسیاری از محققان قرار گرفته است (۱۶). سرطان و درمان‌های مختلف آن، تأثیرات مهمی بر زندگی افراد مبتلا و خانواده‌های آنها برجای می‌گذارد و باعث ایجاد تغییر در مسیر زندگی شخصی، فعالیت‌های روزانه، شغل، ارتباطات و نقش‌های خانوادگی با سطح بالایی از استرس می‌شود (۱۷).

از طرفی، بین بیماری و کیفیت زندگی، ارتباط متقابلی وجود داشته و اختلالات جسمانی و وجود علائم مربوط به آن؛ اثری مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (۱۸). کیفیت زندگی نیز به مثابه یکی از پیامدهای مهم درمان بیماری‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد و به منزله یکی از شاخص‌های تعیین‌کننده تأثیر درمان‌ها، ارزیابی می‌شود (۱۹).

باتوجه به اهمیت مسئله سلامت روان در بیماران سرطان خون و ارتباط آن با امید به زندگی و کیفیت زندگی، پژوهش حاضر با هدف بررسی همبستگی سلامت عمومی با امید به زندگی و کیفیت زندگی در بیماران دچار سرطان خون شهرستان زاهدان صورت گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه پیمایشی از نوع همبستگی بود که در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری این تحقیق را تمامی بیماران دچار سرطان خون شهرستان زاهدان تشکیل می‌دادند. از این جامعه، تعداد ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص قطعی بیماری سرطان خون، تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها به‌طور کامل.

در آزمون پایایی در بازآزمایی، ضریب همبستگی اسپیرمن و ضریب توافق کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۸ بود. در آزمون تحلیل عاملی تأییدی، ساختار عاملی پرسشنامه در اجرا بر نمونه مطالعه تکرار شده است (۲۱).

پرسشنامه امید به زندگی: این پرسشنامه مشتمل بر ۳۳ ماده است که آزمودنی‌ها براساس مقیاس لیکرت (کاملاً، تقریباً، هرگز) به آن پاسخ می‌دهند. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۹۹ بوده و هرچه فرد نمره بالاتری کسب کند، نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر است. نقطه برش مقیاس امید به زندگی ۴۵/۵ می‌باشد. زیر ۴۹/۹، نشان‌دهنده امید به زندگی پایین؛ بالای نقطه برش (۶۵-۹۹)، امید به زندگی بالا و امید به زندگی متوسط، ۶۵-۴۹/۵ است. حلاجیان در سال ۱۳۸۸، اعتبار این شاخص را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمونه ۰/۸۹، جنسیت زن و مرد به ترتیب، ۹/۹۲ و ۰/۹۴ اندازه‌گیری و ضریب پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کرد (۲۲). داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری استنباطی ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون گام‌به‌گام و توصیفی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج ضریب همبستگی بین سطح سلامت عمومی، امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان خون در جدول شماره ۱ ارائه شده است. ۴۳٪ افراد مورد پژوهش، مرد و ۵۷٪ زن بودند. ۷۵٪ افراد، سنین ۲۵-۱۶ سال داشتند. ۲۱٪ بین سنین ۳۵-۲۶ سال و ۴٪ افراد در سنین بالای ۳۶ سال بودند.

نمرات سطح سلامت عمومی افراد شرکت‌کننده، $18/4 \pm 2/01$ بود. افسردگی با میانگین $5/9 \pm 0/54$ و اضطراب با میانگین $5/8 \pm 0/73$ بالاترین نمره زیرمقیاس‌های سلامت عمومی را داشتند. میانگین نمرات کیفیت زندگی در آزمودنی‌های پژوهش، $32/8$ و میانگین نمرات امید به زندگی، $27/3$ بود که از نمره هنجار (نمره زیر ۴۹/۹ امید به زندگی پایین)، پایین‌تر است (جدول شماره ۱).

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (سال ۱۹۸۹)، پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) و پرسشنامه امید به زندگی حلاجیان (سال ۱۳۸۸) استفاده شد.

پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه ۲۸ عبارتی سلامت عمومی Goldberg، "پرسشنامه غربالگری" مبتنی بر خودگزارش‌دهی است. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس شامل: علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. شیوه نمره‌دهی در این پرسشنامه به ترتیب از ۱ تا ۴ است. نمرات آزمودنی در هر زیرمقیاس می‌تواند حداقل ۴ و حداکثر ۲۸ باشد. نمره بالاتر از ۱۴ برای هر زیرمقیاس قابل‌بحث بوده و احتمال وجود مشکل بالاتر است. نمره برش برای کل آزمون، ۲۳ می‌باشد. این آزمون توسط نوربالا و همکاران هنجاریابی شده است (۲۰). ارزیابی پایایی و اعتبار به‌دست‌آمده از این پرسشنامه دلالت بر این دارد که این پرسشنامه می‌تواند به‌عنوان یک ابزار مناسب غربالگری در مطالعات اختلالات روانی به‌طور موفقیت‌آمیزی به کار برده شود. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک‌هفته پس از اجرای اولیه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفت، میزان همبستگی $r = 0/85$ به‌دست آمد که در سطح اطمینان، ۹۹٪ معنی‌دار بود (۲۰).

پرسشنامه ۳۶ عبارتی کیفیت زندگی (SF-36): این پرسشنامه خودگزارشی توسط Varshorborn در کشور آمریکا طراحی شد و برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی، همچنین تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی؛ کارایی خود را ثابت کرده است. دارای ۳۶ عبارت است و نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری هر آیتام متفاوت بوده و پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه، صفر و بالاترین نمره، ۱۰۰ در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه توسط رفیعی و همکاران برای گونه فارسی آن، به‌منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی از روایی و پایایی لازم برخوردار است. در تحلیل همخوانی درونی، آلفای کرونباخ پرسشنامه، ۰/۹۳۴ به دست آمد.

جدول شماره ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای سطح سلامت عمومی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در بیماران

مقیاس‌ها	شاخص‌ها	میانگین \pm انحراف معیار	مقدار کمینه	مقدار بیشینه
سطح سلامت عمومی	علائم جسمانی	۵/۶۸ \pm ۰/۴۸	۲/۵۷	۶/۳۹
	اضطراب	۵/۷۸ \pm ۰/۷۳	۳/۷۵	۶/۷۵
	اختلال در عملکرد اجتماعی	۵/۴۳ \pm ۰/۵۶	۴/۲۵	۶/۵
	افسردگی	۵/۹۹ \pm ۰/۵۴	۴/۷۵	۷
	نمره کلی سلامت عمومی	۱۸/۴۸ \pm ۲/۰۱	۵۰/۷۵	۲۸
	امید به زندگی	۳۲/۸۱ \pm ۱/۰۹	۱۵/۱۳	۲۰/۹۴
	کیفیت زندگی	۲۷/۳۳ \pm ۱۲/۴۵	۹	۴۹

همچنین بین زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب با کیفیت زندگی (۰/۴۵۱-)، (۰/۲۲۶-)، (۰/۲۲۸-)، رابطه منفی (معکوس) معنی‌داری وجود داشت ($p < ۰/۰۵$) (جدول شماره ۲).

نتایج ضریب همبستگی نشان داد بین زیرمقیاس‌های علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی با امید به زندگی به ترتیب (۰/۴۲۳-)، (۰/۲۶۹-) در بیماران دچار سرطان خون، رابطه منفی (معکوس) معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$).

جدول شماره ۲: ضریب همبستگی بین سطح سلامت عمومی با امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران

متغیر	شاخص‌ها	زیرمقیاس‌ها	امید به زندگی	کیفیت زندگی
			*r	**Sig
سطح سلامت عمومی	علائم جسمانی		۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	اضطراب		۰/۳۵۹	۰/۰۹۴
	اختلال در عملکرد اجتماعی		۰/۰۰۷	۰/۰۰۶
	افسردگی		۰/۰۵۱	۰/۰۲۴
	نمره کلی سلامت عمومی		۰/۷۱۸	۰/۵۳۰

ارتباط منفی و معنی‌داری با امید به زندگی بیماران دچار سرطان خون داشتند که پیش‌بینی‌کننده منفی برای آن متغیر محسوب می‌شود. همچنین در تبیین کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان خون از روی سطح سلامت عمومی آنها، زیرمقیاس علائم جسمانی (به میزان ۲۰/۳٪) و زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی (به میزان ۳/۳٪) توانست واریانس را برای کیفیت زندگی در بیماران دچار سرطان خون تبیین کند. زیرمقیاس علائم جسمانی ($\beta = -۰/۴۳۳$, $p < ۰/۰۰۱$) و زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی ($\beta = -۰/۱۸۳$, $p < ۰/۰۱۲$)، ارتباط منفی و معنی‌داری با کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان خون داشت که پیش‌بینی‌کننده منفی برای آن متغیر محسوب می‌شود (جدول شماره ۳).

برای تعیین وزن متغیر ملاک، نمرات زیرمقیاس‌های سلامت عمومی (علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی، سطح کلی سلامت عمومی) به‌عنوان متغیر پیش‌بین و نمره امید به زندگی و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند.

نتایج جدول شماره ۲ نشان داد در تبیین امید به زندگی بیماران دچار سرطان خون از روی سطح سلامت عمومی آنها؛ زیرمقیاس علائم جسمانی (به میزان ۱۷/۹٪) و زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی (به میزان ۵/۲٪) می‌توانند واریانس را برای امید به زندگی در بیماران دچار سرطان خون تبیین کنند. زیرمقیاس علائم جسمانی ($\beta = -۰/۴۰۰$, $p < ۰/۰۰۱$) و زیرمقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی ($\beta = -۰/۲۳۰$, $p < ۰/۰۱۲$).

جدول شماره ۳: نتایج رگرسیون برای پیش‌بینی امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران از روی سطح سلامت عمومی

متغیر ملاک	الگو (متغیر پیش‌بین)	B	β	SD	t	R	R2	R2Change	F	Sig
امید به زندگی	علائم جسمانی	-۶/۹۵	-۰/۴۰	۱/۶	-۴/۵	۰/۴۲	۰/۱۷۹	۰/۱۷۹	۲۱/۳	۰/۰۰۱
	اختلال در عملکرد جسمانی	-۳/۴۶	-۰/۲۳	۱/۴	-۲/۶	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۰۵۲	۱۴/۶	۰/۰۱۲
کیفیت زندگی	علائم جسمانی	-۱۰/۳	-۰/۴۳۳	۲/۱	-۴/۹	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۲۰۳	۲۵/۰۰۲	۰/۰۰۱
	اختلال در عملکرد جسمانی	-۳/۸	-۰/۱۸۳	۱/۸	-۲/۰۵	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۰۳۳	۱۵/۰۲	۰/۰۴۳

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سطح سلامت عمومی با امید به زندگی و کیفیت زندگی در بیماران سرطان خون انجام شد.

نتایج نشان داد بین زیرمقیاس‌های علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی با امید به زندگی و بین علائم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی با کیفیت زندگی در بیماران دچار سرطان خون؛ همبستگی منفی و معنی‌داری وجود دارد که این یافته‌ها با نتایج طاهری و امیری (۲۳)، بالجانی و همکاران (۲۴)، کهرآزنی و همکاران (۲۵)، Cordella (۲۶)، Purushotham و همکاران (۲۷) و Pinto & Trunzo (۲۸) همخوانی داشت.

پیشرفت‌های روزافزون علم پزشکی در بسیاری از این بیماری‌ها؛ قابلیت پیشگیری، درمان و کند شدن روند ابتلا پیدا کرده‌اند، ولی مسئله مهمی که در کنار شیوه‌های درمانی می‌تواند در بهبود افراد بیمار نقش زیادی داشته باشد، روحیه و امید فرد بیمار است. امید به زندگی بالاتر باعث می‌شود افراد این بیماری‌ها را به جای اینکه یک مصیبت به‌نامند یک نعمت دانسته و با وجود سختی‌های زیاد بتوانند سالیان دراز با امید و عشق در کنار عزیزانشان زندگی کنند. تحقیقات مختلف و مشاهدات گوناگون نشان می‌دهد برخورداری از سلامت روانی مناسب و داشتن امید در افراد دچار بیماری‌های مزمن، به اندازه درمان‌هایی که روی آنها صورت می‌گیرد، در بهبودی آنها تأثیر داشته و در نتیجه سبب بالا رفتن کیفیت زندگی در آنان می‌شود (۲۲). Snider در پژوهش خود به این نتیجه رسید که سلامت و امیدواری پایین یا کم، نشانه‌های افسردگی و کیفیت زندگی پایین را پیش‌بینی می‌کند. بیمارانی که از روحیه امیدوارکننده‌ای برخوردار باشند، راههای مقابله با بیماری را سریع‌تر از دیگران یاد می‌گیرند و

از این طریق در سیر درمان خود می‌توانند به‌عنوان منبع حمایتی و اطلاع‌رسانی برای سایر بیماران عمل کنند (۲۹).

Fehring و همکاران، ارتباط مثبت بین روحیه بالا و امید را نشانه سلامت روان معرفی کرده‌اند، همچنین آنها ارتباط مثبت سلامت معنوی و امید را نشانه اتخاذ ساز و کارهای سازگاری مناسب بیماران در رویارویی با وقایع تهدیدکننده حیات دانسته‌اند. بنابراین، امید به‌عنوان یک منبع درونی تجربه‌شده به بیمار کمک می‌کند تا بتواند مشکلات، درمان‌های لازم و تغییرات بیماری را کنترل کند و در شرایطی که امید بیماران حفظ شود، به رشد بیمار، یادگیری و توسعه خودآگاهی او نیز کمک می‌شود. روحیه امیدوارانه از عوامل مهم و از عناصر ضروری در بیماران دچار سرطان است که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط خود، به‌خصوص در روند درمانی دارد (۲۳). محققان بر این باورند که فرد ابتدا ناامید، سپس افسرده می‌شود. ناامیدی بر سلامتی و ابعاد روان‌شناختی افراد، اثری منفی داشته و عامل خطری برای اختلال در این ابعاد است. در بیماری‌هایی مانند سرطان، امیدواری، تلاش فرد را برای مقابله و مبارزه با بیماری و تداوم درمان افزایش می‌دهد (۲۴). سرطان و درمان‌های آن ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان سبب بروز مشکلات روانی نیز می‌شود که در این میان، علائم افسردگی مشهود است؛ چراکه بسیاری از آنها تفکر افسرده دارند و در سطح امیدواری کاهش نشان می‌دهند (۲۵).

بامشاد و همکاران با بررسی زنان دچار سرطان، نشان دادند مبتلایانی که از نظر شاخص روانی نسبت به جمعیت عادی در سطح پایین‌تری هستند و از نظر شاخص‌های افسردگی، حساسیت بین‌فردی، اضطراب و روان‌پریشی دارای مشکل جدی بوده و نیاز به مراقبت‌های روان‌شناختی دارند، سرطان تأثیر منفی بیشتری بر سلامت روان آنان دارد و به‌تبع آن کاهش سلامت روانی و

منحصر به فردی برای امید به زندگی در این بیماران است. همچنین بین میزان سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران، همبستگی معنی‌داری وجود دارد که سطح سلامت روانی، پیش‌بینی‌کننده منحصر به فردی برای کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. از این رو در پیش‌گرفتن شیوه و سبک زندگی سالم، در بهبود و ارتقای بخشی سلامت روان بیماران سرطان خون، نقش به‌سزایی ایفا می‌کند و دریچه‌های امید را به سوی زندگی‌شان می‌گشاید. بنابراین توجه به کیفیت زندگی، از مسائل مهم در این بیماران است.

با توجه به مطالب گفته‌شده، پیشنهاد می‌گردد کلینیک‌های ویژه‌ای برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان خون، ایجاد و تأسیس گردد. همچنین کلینیک بازتوانی، قدم استواری در جهت کمک به بیماران مبتلا به سرطان است. در بخش بهبود سبک زندگی نیز آن چیزی که باید مدنظر قرار گیرد تا مانع از گسترش سرطان شود؛ تقویت سبک زندگی سالم در ابعاد جسمانی، روانی و روحی می‌باشد. در ابعاد جسمانی توجه به تغذیه سالم، ورزش و فعالیت‌های فیزیکی اهمیت شایانی دارد؛ چراکه توانمندسازی روانی باعث می‌گردد تا علاوه بر ارتقای کیفیت زندگی، از گسترش سرطان پیشگیری به عمل آید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی بیماران شرکت‌کننده و مسئولینی که در اجرای پژوهش نهایت همکاری را داشتند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

مشکلات جسمانی ایجادشده بعد از بیماری می‌تواند کیفیت زندگی فرد را دچار مشکلات زیادی کند (۳۱). در واقع بیماران مبتلا به سرطان، اختلال عملکرد جسمانی داشته که این امر بر احساس سلامت جسمانی و کیفیت زندگی آنان سایه افکنده و موجب اثر متقابل بر سلامت روان آنان می‌شود.

بیماران مبتلا به سرطان دچار مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی می‌شوند که ممکن است این مشکلات باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان گردد. یافته‌ها نیز نشان داد بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان، همبستگی معنی‌دار دارند. از این رو دارا بودن روحیه مناسب و کنترل حالات روحی به‌هنگام روبرو شدن با این بیماری نه تنها سبب پاسخ‌دهی مناسب به بیماری خواهد بود؛ بلکه کیفیت زندگی را نیز بالا می‌برد. مهم‌ترین محدودیت در پژوهش حاضر، نوع روش نمونه‌گیری (روش در دسترس) بود که این مسئله در بحث تعمیم‌پذیری باید لحاظ گردد. از دیگر محدودیت‌ها، می‌توان به بررسی پژوهش در یک گروه از بیماران (مبتلایان به سرطان خون) اشاره کرد که امید است در پژوهش‌های آتی به بررسی مطالعه در سایر زیرگروه‌های سرطان و مقایسه بیان آنها نیز پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این مطالعه، بیماران مبتلا به سرطان خون از لحاظ سطح سلامت عمومی در زیرمقیاس‌های علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی دچار مشکل هستند و بین میزان سلامت روان و امید به زندگی در این بیماران، همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد و سطح سلامت روانی، پیش‌بینی‌کننده

References:

1. Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. The assessment of relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *Sci J Hamadan Univ Med Sci* 2009;16(2):33-38. [Full Text in Persian]
2. Heydarnejad MS, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci* 2011;11(2):266-70. [Full Text in Persian]
3. Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddigh Z. Cancer incidence and mortality in Iran. *Ann Oncol* 2009;20(3):556-63. [Full Text in Persian]
4. Howlader NAM, Noone M, Krapcho J, Garshell N, Neyman SF, Altekruse CL, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010. Bethesda: National Cancer Institute; 2013.

5. Jemal A, Thun MJ, Ries LA, Howe HL, Weir HK, Center MM, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2005, featuring trends in lung cancer, tobacco use and tobacco control. *J Natl Cancer Inst* 2008;100(23):1672-94.
6. Zand AM, Imani S, Sa'adati M, Borna H, Ziaei R, Honari H. Effect of age, gender and blood group on blood cancer types. *Trauma Mon* 2010;15(2):111-14.
7. Mood AM, Graybill FA, Boes DC. Introduction to the theory of statistics. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1974. p. 170-75.
8. Coyne JC, Stefanek M, Palmer SC, Palmer. Psychotherapy and survival in cancer: The conflict between hope and evidence. *Psychol Bull* 2007;133(3):367-94.
9. O'Hea EL, Monahan BR, Cutillo A, Person SD, Grissom G, Boudreaux ED. Predictors of psychological distress and interest in mental health services in individuals with cancer. *J Health Psychol* 2016;21(6):1145-56.
10. Abolghazi A. Stress management skills training on quality of life in women with breast cancer. [MSc Thesis]. Counseling. University of social welfare and rehabilitation, Tehran, Iran; 2009. p. 87-88. [Text in Persian]
11. Naughton MJ, Weaver KE. Physical and mental health among cancer survivors considerations for long-term care and quality of life. *N C Med J* 2014;75(4):283-6.
12. Spiegel D. Minding the body: psychotherapy and cancer survival. *Br J Health Psychol* 2014;19(3):465-85.
13. Duggleby W, Ghosh S, Cooper D, Dwernychuk L. Hope in newly diagnosed cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2013;46(5):661-70.
14. Mack JW, Wolfe JE, Cook F, Grier HE, Cleary PD, Weeks JC. Hope and Prognostic Disclosure. *J Clin Oncol* 2007;25(35):5636-42.
15. Barnaś E1, Skreń-Magierło J, Skreń A, Bidziński M. The quality of life of women treated for cervical cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2012;16(1):59-63.
16. Fasihi Harandi T, Anoose M, Ghafaranipoor F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohammadi E, et al. Quality of life in women with breast cancer: A qualitative study. *Payesh J* 2011;11(1):73-81. [Full Text in Persian]
17. Reed E, Simmonds P, Haviland J, Corner J. Quality of life and experience of care in women with metastatic breast cancer: a cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage* 2012;43(4):747-58.
18. Holzner B, Kemmler G, Sperner-Unterweger B, Kopp M, Dünser M, Margreiter R, et al. Quality of life measurement in oncology--a matter of the assessment instrument? *Eur J Cancer* 2001;37(18):2349-56.
19. Knobf MT. The influence of endocrine effects of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. *Oncologist* 2006;11(2):96-110.
20. Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. The validation of general health questionnaire- 28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Health Res J* 2009;11(4):47-53. [Full Text in Persian]
21. Rafiei N, Sharifian Sani M, Rafiey H, Behnampour N, Foroozesh K. Reliability and validity of Persian version of quality of life index. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014;24(116):75-83. [Full Text in Persian]
22. Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliat Med* 2005;19(3):234-40.
23. Taheri A, Amiri M. The relationship between depression, anxiety and stress and quality of life in breast cancer patients. *Breast Cancer Congress: Tehran, Iran; 2010*. [Text in Persian]
24. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. *J Hayat*;17(3):27-37. [Full Text in Persian]

25. Kahrazei F, Danesh E, Hydarzadegan A. The effect of cognitive-behavioral therapy (CBT) on reduction of psychological symptoms among patients with cancer. *Zahedan J Res Med Sci* 2012;14(2):112-16. [Full Text in Persian]
26. Cordella M. You know doctor, i need to tell you something. *Aust Rev Appl Linguistics* 2004;27(2):92-109.
27. Purushotham A, Bains S, Lewison G, Sullivan R. Cancer and mental health: a clinical and research unmet need. *Ann Oncol* 2013;24(9):2274-8.
28. Pinto B, Trunzo J. Body esteem and mood among sedentary and active breast cancer survivors. *Mayo Clin Proceeding* 2011;70(6):180-89.
29. Snider M. The discursive proportion of hope: A qualitative analysis of cancer patient's speech. *Qual Health Res* 2002;12(2):173-93.
30. Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1997;24(4):663-71.
31. Bamshad Z, Safikhani F. The mental health of postmenopausal women with breast cancer. *Proceedings of the National Congress in disease-specific care*. Ahvaz, Iran; 2006. [Text in Persian]