

نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

سیده حکیمه موسوی^۱، * رضا باقریان-سرارودی^۲، فرحناز مسچی^۳، جواد خلعتبری^۴، بیوک تاجری^۵
 ۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.
 ۲. دانشیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.
 ۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.
 ۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.
 ۵. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.
 (تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۹/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۲۱)

The Role of Mediating Resilience in the Relationship Between Health Literacy and Specific Quality of Life in Breast Cancer Patients

Seyyede Hakimeh Mousavi¹, *Reza Bagherian-Sararoudi², Farhnaz Meschi³, Javad Khalatbari⁴, Biouk Tajeri⁵

1. Ph.D Student in Health Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran.
2. Associate Professor of Health Psychology, Department of Health Psychology, Medical School, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Assistant Professor of Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.
4. Assistant Professor of Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University Tonekabon Branch, Mazandaran, Iran.
5. Assistant Professor of Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran.

Original Article

(Received: Dec. 11, 2019 - Accepted: Apr. 09, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The health literacy for breast cancer patients plays an important role in accessing adequate diagnostic and therapeutic measures. The aim of this study was to investigate the mediating role of resilience in the relationship between health literacy and specific quality of life among patients with breast cancer. **Method:** In this cross-sectional study, 213 consecutive patients with breast cancer were selected based on the inclusive and exclusive criteria. Then, the patients completed questionnaires of Iranian version of health literacy, quality of life and resilience. Data were analysed using SPSS and LISREL software by path analysis model. **Findings:** All components of health literacy and specific quality of life were significantly correlated with resilience. Also there was a significant association between health literacy and specific quality of life. The findings showed that as far as the health literacy is increased, the resilience scores significantly are also increased. **Conclusion:** It seems that resilience plays the mediating role between health literacy and specific quality of life among patients with breast cancer. Therefore, it is necessary to consider the relational model between these factors for development of psychological protocols and integrating those protocols in therapeutic plans for breast cancer patients.

Keywords: Health Literacy, Resilience, Specific Quality of Life, Breast Cancer.

چکیده

مقدمه: سواد سلامت بیماران سرطان پستان نقش مهمی در دسترسی به اقدامات تشخیصی و درمانی مناسب دارد. هدف این مطالعه بررسی نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. **روش:** در این مطالعه مقطعی و همبستگی ۲۱۳ بیمار مبتلا به سرطان پستان بر اساس معیارهای ورود و خروج و بصورت بی‌دری انتخاب شدند. سپس بیماران پرسشنامه‌های نسخه ایرانی سواد سلامت، کیفیت زندگی اختصاصی و تاب‌آوری را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و LISREL با روش تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد همه مؤلفه‌های سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی با تاب‌آوری رابطه معنادار داشتند. همچنین بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی رابطه معناداری وجود داشت. یافته‌ها نشان داد هرچه سواد سلامت در بیماران مبتلا به سرطان افزایش یابد، میزان تاب‌آوری در بیماران به‌طور معناداری افزایش می‌یابد. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد تاب‌آوری نقش میانجی بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی در بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد؛ بنابراین در نظر گرفتن مدل ارتباطی این متغیرها در طراحی پروتکل‌های روان‌شناختی و ادغام آن‌ها با برنامه‌های درمانی بیماران سرطان پستان ضروری است.

واژگان کلیدی: سواد سلامت، تاب‌آوری، کیفیت زندگی اختصاصی، سرطان پستان.

* نویسنده مسئول: رضا باقریان-سرارودی

* Corresponding Author: Reza Bagherian-Sararoudi

Email: bagherian@med.mui.ac.ir

مقدمه

تحرک هستند، آموزش سلامت به همه افراد اعم از بیمار و غیر بیمار از مهم‌ترین اولویت‌های برنامه‌های سلامت و از اصلی‌ترین وظایف دست‌اندرکاران سلامت است. روند رو به رشد بیماری‌های مزمن و اهمیت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران در کنار افزایش طول عمر آن‌ها، نیاز به مداخلات آموزشی را بیش‌ازپیش پررنگ‌تر ساخته است (بدر و شن^۳، ۲۰۱۰).

مفهوم جدیدی که در سال‌های اخیر به مداخلات آموزشی اعتبار بیشتری بخشیده است، مفهوم سواد سلامت است. سواد سلامت توانایی دریافت، پردازش، درک و فهم اطلاعات و خدمات مرتبط با سلامت به‌منظور اتخاذ تصمیمات مناسب برای سلامت است؛ بنابراین سواد سلامت نه‌تنها مهارت خواندن و نوشتن را شامل می‌شود بلکه طیف گسترده‌ای از فهم اطلاعات سلامت تا انجام رفتارهای سالم را نیز در بر می‌گیرد. به دلیل پیشرفت‌های پزشکی، سواد سلامت و نقش آن در سیستم‌های پیچیده خدمات بهداشتی بیش‌ازپیش موردنیاز است. بسیاری از اطلاعات مکتوب مرتبط با سلامت ازجمله دستورالعمل‌های درمانی، بیمه‌نامه‌ها، موارد آموزشی و پیام‌های بهداشتی به‌منظور آگاه ساختن افراد به دلیل حجم زیادی از اطلاعات در قالب واژه‌ها و مفاهیم تخصصی با چالش بسیار مواجه می‌باشد (زانگ و همکاران^۴، ۲۰۱۸).

بعلاوه داشتن سواد سلامت کافی برای اتخاذ تصمیمات مهم سلامت و در پی آن حفظ سلامت

بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطان دومین علت مرگ‌ومیر در جوامع انسانی است. تقریباً یک‌چهارم کل سرطان‌های زنان را سرطان پستان تشکیل می‌دهد. سرطان پستان دومین عامل مرگ ناشی از سرطان‌ها به شمار می‌رود. متأسفانه آمار ابتلا رو به افزایش است. در سال ۲۰۱۸، یک‌میلیون و هشتصد هزار مورد جدید تشخیص داده شده است (سیگل و میلر^۱، ۲۰۱۹). نزدیک به هفت میلیون و یک‌صد هزار مورد جدید سرطان پستان در سال ۲۰۱۲ در سراسر دنیا تشخیص داده شده است که این تعداد شامل ۱۲ درصد از همه موارد جدید و ۲۵ درصد از کل سرطان‌ها در زنان است. بالاترین موارد مرگ‌ومیر سرطان پستان در کشورهای آفریقایی و آسیایی و کمترین موارد مرگ‌ومیر در آمریکای شمالی گزارش شده است. بر اساس گزارش اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها در مورد وضعیت بروز انواع سرطان در ایران در سال ۱۳۸۷ شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی، سرطان پستان با شیوع ۳۱/۱۱ درصد و بیشترین میزان بروز آن در سنین دهه چهارم و پنجم است که در مقایسه با آمار جهانی ۱۰ سال کمتر می‌باشد و میزان شیوع آن در گروه‌های سنی بعد از ۶۵ سال به‌تدریج کاهش یافته است (الن و باربر^۲، ۲۰۱۷).

در دنیای کنونی که علل زمینه‌ای مرگ‌ومیر، عوامل رفتاری قابل اصلاح در شیوه زندگی مانند سیگار کشیدن، عادات غذایی نامناسب و فقدان

3. Badr H, Shen MJ
4. zang

1. Sieggel RL, Miller KD
2. Allen C, Barber RM

غیرممکن خواهد بود و نمی‌تواند تصمیمات آگاهانه جهت تأمین سلامتی برای خود و خانواده‌اش داشته باشد. همچنین ادعا شده است که افراد دارای مهارت‌های ضعیف سواد سلامت، آگاهی کمتری از سلامت دارند، خدمات پیشگیرانه کمتری را دریافت می‌کنند، کنترل بیماری‌های مزمن در آن‌ها مشکل‌تر است، عملکرد ضعیف‌تری در تأمین سلامت جسمی و روانی دارند و میزان استفاده از خدمات اورژانسی و خدمات بیمارستانی در میان آن‌ها بیشتر دیده می‌شود. نتایج مطالعات در سوئد نشان داده است که کمبود دانش و آگاهی در مورد بیماری و همچنین درمان و عوارض ناشی از آن سبب کاهش کیفیت زندگی این بیماران و خانواده آنان می‌شود و افرادی که دانش و درک بیشتری در مورد بیماری و درمان دارند، قادر به تجهیز منابع موردنیاز برای کنار آمدن با عوارض حاصل از بیماری از جمله واکنش‌های روانی، فیزیولوژیکی و اجتماعی هستند (یان و یانگ^۳، ۲۰۱۶).

کیفیت زندگی پایین در بیماران با میزان و شدت علائم و عوارض تجربه‌شده حاصل از شیمی‌درمانی و آموزش ناکافی بیمار و خانواده در مورد بیماری ارتباط دارد (کستا و همکاران^۴، ۲۰۱۷). سرطان پستان آثار بالقوه‌ای بر کیفیت زندگی افراد دارد و تداوم عوارض در بیماران به‌طور فزاینده‌ای کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهد. بیماران از سندرم درد پس از برداشتن پستان، ادم غدد لنفاوی، محدودیت حرکت شانه،

جامعه ضرورت دارد. سازمان بهداشت جهانی سواد سلامت را به‌عنوان عامل تعیین‌کننده مهم در سلامت جامعه معرفی کرده است. اغلب سالمندان از سواد سلامت پایین‌تری نسبت به سایر افراد جامعه برخوردار هستند و این موضوع تأثیر منفی بر شاخص‌های سلامت آنان دارد. بیمارانی که سطح سواد سلامت در آن‌ها پایین است دشواری بسیار در درک اطلاعات مکتوب پزشکی دارند و به دلیل حساسیت کمتر نسبت به پیام‌های بهداشتی از خدمات بهداشتی و پیشگیرانه کمتری استفاده می‌کنند و آگاهی کمتری از رفتارهای بهداشتی روزمره دارند. همچنین این افراد از سلامت جسمانی و روانی کمتری برخوردارند و احتمال بستری شدن آنان بیشتر است (بیکر و همکاران^۱، ۲۰۱۱). بعلاوه تبعیت از درمان در این دسته از بیماران ضعیف‌تر است و افسردگی و مرگ‌ومیر در آنان بیشتر از سایرین می‌باشد. سطح سواد سلامت پایین مانع بزرگی در برقراری ارتباط بین بیمار و پزشک ایجاد می‌کند و در تبعیت از دستورالعمل‌های درمانی و فهم علت تجویز هر یک از داروها از سوی پزشک مشکلات جدی بوجود می‌آورد (بنجامین^۲ و همکاران، ۲۰۱۲).

سواد سلامت عاملی مهم در تقویت توانمندی یک زن برای تلاش بیشتر به‌منظور ارتقای سلامت و اقدامات پیشگیری برای خود و کودکانش محسوب می‌شود. بدون درک کافی یک زن از اطلاعات مرتبط با سلامتی، مراقبت‌های بهداشتی برای وی مشکل یا

3. Yan B, Yang LM
4. Costa

1. Baker
2. Benjamin J, Jane V

کنند. اغلب اوقات متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در انتخاب گزینه‌های درمانی پیچیده بیماران را دخیل می‌دانند. لذا افراد با سواد سلامت پایین از توانایی برای دریافت، پردازش و درک اطلاعات نوشتاری و کلامی مربوط به سرطان محروم هستند. همچنین این بیماران ممکن است در دستیابی به خدمات مراقبتی مربوط به سرطان، تصمیم‌گیری مناسب جهت بیماری و اقدام بر اساس اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی با محدودیت مواجه شوند. در حال حاضر سازمان‌های بهداشتی و پزشکان بررسی و شناخت مسائل مربوط به سواد پایین را شروع نموده‌اند؛ زیرا این مشکلات ممکن است بیشتر و جدی‌تر از آنچه تصور می‌شود وجود داشته باشد. اطرافیان بیمار مبتلا به سرطان به‌طور خاص بیشتر به مهارت‌های کافی سواد سلامت نیاز دارند. کما اینکه آن‌ها ممکن است در مورد راه‌های پیچیده مراقبت از سرطان از جمله راهبردهای پیشگیری، گزینه‌های غربالگری، رژیم‌های درمانی متعدد و شرکت در آزمایشات بالینی تصمیم‌گیری مهمی داشته باشند. همچنین اطرافیان بیماران مبتلا به سرطان با سواد سلامت پایین دشواری‌هایی را در انجام برخی اقدامات بهداشتی ساده مانند تفسیر اطلاعات بهداشتی و نوشتاری رایج نشان می‌دهند (کوآی و چوفید^۴، ۲۰۱۳).

اگرچه سواد سلامت، دانش و سایر عوامل شناختی اهمیت زیادی دارد اما یافتن رابطه سواد سلامت با متغیری که بیش‌ترین مجاورت را با رفتار دارد از اهمیت بیشتری برخوردار است.

کاهش قدرت عضلانی یا تغییرات حسی رنج می‌برند. علاوه بر عوارض جسمی، بیماران مبتلا به سرطان پستان در معرض فشارهای روانی بسیاری نیز قرار دارند که می‌تواند چالش‌های روانی-اجتماعی در زندگی آن‌ها ایجاد کند. درد و رنج حاصل از بیماری، کاهش عملکرد، نگرانی، افسردگی و احساس گناه از جمله عواملی هستند که سلامت روان مبتلایان به سرطان پستان را با چالش جدی روبرو می‌سازد (باچ و مارتین^۱، ۲۰۱۵).

اغلب زنان تحت درمان سرطان پستان در نتیجه‌ی بیماری و درمان آن عوارض جانبی روان‌شناختی و جسمی فراوانی را تجربه می‌کنند. این عوارض شرایط عاطفی، اجتماعی و جسمی آنان را به‌طور جدی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و آن‌ها به دلیل عوارض بیماری و درمان کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند. علائم سرطان پستان، نوع مداخله‌ی جراحی و سطح پایین اقتصادی به‌طور مستقیم با کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارتباط دارد (زانگ و زیو^۲، ۲۰۱۸).

یک بررسی در مورد کیفیت زندگی در طول درمان سرطان نشان داد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی تحت تأثیر عوامل مختلفی مربوط به نوع درمانی است که بیمار دریافت می‌کند. همچنین به‌طور خاص سطح سواد سلامت می‌تواند در پیامدهای سرطان نقش داشته باشد (برگا و انگ^۳، ۲۰۱۲). بیماران جدید ممکن است اطلاعات فنی نامأنوسی در مورد تشخیص بیماری خود دریافت

1. Busch E.L, Martin CH
2. Zhang H, Xiao L
3. Brega AG, Ang A

4. Koay K, Schofield P

رابطه سواد سلامت با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان ناشناخته باقی مانده است (بنی‌هاشمی و امیرخانی، ۲۰۰۷).

مطالعات نشان داده است تاب‌آوری در طول دوره درمان، سبب افزایش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود. نقش تاب‌آوری و استراتژی کنار آمدن با استرس را بر کارکرد روان‌شناختی بیماران با درد مزمن مورد بررسی قرار گرفته و مشاهده شده است که تاب‌آوری هرچند بر سلامت روانی و کیفیت زندگی تأثیر مثبت دارد اما بر درد مزمن در بیماران مزمن تأثیری چندانی نداشته اما در بیماری‌های غیر مزمن کاهش تاب‌آوری، سبب افزایش شدت تجربه درد می‌گردد. معمولاً درد مزمن در بیماران با مشکلات سلامت روان مرتبط است. بیماران با تاب‌آوری بیشتر معمولاً می‌توانند با درد ناشی از بیماری مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در آنان به دلیل مقابله کارآمد کاهش می‌یابد. ولی افراد بیمار به دلیل سیر طولانی بیماری کم‌کم تحلیل می‌روند و تاب‌آوری آن‌ها کاهش می‌یابد (هارت و بلکر^۲، ۲۰۱۵).

هرچند پژوهش‌های پیشین بیشتر به جستجو روابط مستقیم عوامل رفتاری یا اجتماعی با سواد سلامت در بیماری‌هایی مانند بیماری‌های قلبی و آسم پرداخته‌اند اما نقش آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان بررسی نشده است. همچنین بیشتر این پژوهش‌ها در جوامع غربی و به‌ویژه امریکا انجام شده است و با وجود اینکه سرطان در ایران در حال افزایش است، پژوهش و یا پژوهش‌هایی در زمینه سواد سلامت در این بیماران مشاهده

تاب‌آوری از جمله متغیرهایی است که بیشترین مجاورت را با شناخت دارد و می‌تواند یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های آن باشد. تاب‌آوری از متغیرهای است که بر روی شناخت فرد تأثیرگذار می‌باشد و لذا در مجموعه نظام شناختی قرار می‌گیرد. بیمارانی که تاب‌آوری بیشتری دارند احتمالاً رفتارهای خودمدیریتی مناسب‌تری دارند و لذا کنترل بهتری بر بیماری خود دارند و فعالیت جسمی مناسب‌تر و کیفیت زندگی بالاتری را گزارش می‌دهند (اولگر و وارول^۱، ۲۰۱۴).

محققین در پژوهشی نشان دادند که بیماران با افزایش ادراک از تاب‌آوری خویش، خودمدیریتی در آنان افزایش یافته و بیشتر در کنترل بیماری خود مشارکت داشته و در نتیجه غیرمستقیم کیفیت زندگی آن‌ها سطح مطلوب‌تری خواهد داشت. سواد سلامت رابطه معنادار با تاب‌آوری بیماران دارد. رابطه سواد سلامت با تاب‌آوری تاکنون در بیماری‌های اسم، دیابت و افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی مورد بررسی قرار گرفته است، این پژوهش‌ها گزارش کرده‌اند که سواد سلامت پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری در بیماران مبتلا به دیابت و اچ‌آی‌وی است. بر اساس این پژوهش‌ها، بیمارانی که سطح سواد پایین‌تری داشتند، تاب‌آوری کمتری در اجرای دستورات دارویی نشان دادند (حسن‌شاه و قاضی، ۲۰۱۵). با توجه به اهمیت رفتارهای پیشگیرانه و خود مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان و نقش مؤثر سواد سلامت در افزایش تاب‌آوری بیماران در انجام این رفتارها، نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در

2. Hart T.L, Blacker S

1. Ulger E, Varol

جمع‌آوری گردید. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تأکید بر محرمانه‌ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب رساندن به شرکت‌کنندگان بود. لازم به ذکر است که داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار LISREL نسخه ۵.۸ و SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد، ابتدا داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS شدند و سپس برای برازش مدل و بررسی فرضیه‌های پژوهش از مدل تحلیل مسیر و نرم‌افزار LISREL استفاده شد.

پرسشنامه ایرانی سواد سلامت سرطان پستان: این پرسشنامه دارای ۳۴ سؤال است که سؤالات به صورت طیف لیکرت ۱ نقطه‌ای می‌باشد. پاسخ‌ها در ابعاد خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و قضاوت از کاملاً ساده تا کاملاً سخت و در بعد تصمیم‌گیری رفتار از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف می‌باشد. نحوه نمره بین ۱ تا ۵ می‌باشد. روایی صوری با رویکرد کمی، «امتیاز تأثیر» هر یک از گویه‌ها و سپس میانگین آن در هر بعد محاسبه شد و با توجه به اینکه میانگین تمام گویه‌ها در هر بعد بالاتر از ۱/۵ شد، بنابراین همه گویه‌ها در این پرسشنامه حفظ شدند. آماره برابر با ۰/۱۸ است یعنی نمونه‌گیری برای انجام تحلیل عاملی و صلاحیت الگو از این جهت بسیار مناسب است. با توجه به معنی‌داری آزمون کرویت بارتلت ۰/۰۰۵ اجرای تحلیل عاملی بر اساس ماتریس همبستگی قابل توجیه است و نتایج اندازه‌گیری معیار KMO و آزمون کرویت بارتلت تأییدکننده‌ی الگوی تحلیل عاملی و بیانگر مناسب بودن آن است. این نتیجه، ارتباط قابل‌مشاهده میان متغیرها را نشان داد که در

نشد. در این مطالعه تلاش شد، با وارد نمودن متغیر تاب‌آوری در رابطه سواد سلامت با کیفیت زندگی مدل نسبتاً جامع از این سازه ارائه دهد تا شاید بتواند مبنای مناسبی برای مداخلات پیشگیرانه باشد. لذا هدف این مطالعه بررسی نقش میانجی‌گری تاب‌آوری در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

روش

این پژوهش یک مطالعه مقطعی و از نوع همبستگی بود که با استفاده از روش تحلیل مسیر انجام شد. در این مطالعه ۲۱۳ از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش شیمی‌درمانی و انکولوژی مرکز کنترل سرطان آلا از شهریورماه ۱۳۹۷ تا تیر ۱۳۹۸ به صورت پی‌درپی بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: فقدان اختلال روان‌پزشکی عمده و جدی بر اساس ارزیابی و مصاحبه توسط روانشناس، فقدان هرگونه بیماری جسمی مزمن جدی دیگر، بیماری با استیج اول یا دوم بر اساس تشخیص پزشک معالج، فقدان عود مکرر، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال، معیارهای خروج عبارت از: تشخیص بیماری مزمن دیگر، بروز بیماری حاد دیگری نظیر سکته قلبی، تشخیص استیج ۳ یا ۴ بیماری، بروز علائم عمده روان‌پزشکی. جهت شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سواد سلامت، کیفیت زندگی نسخه ویژه سرطان پستان و پرسشنامه تاب‌آوری

اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به‌خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۳۲ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهشی (محمدی و همکاران، ۱۳۵۳) روایی پرسشنامه توسط متخصصان تأیید شده است.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۲۱۳ بیمار مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت. ۷۶ درصد از آن‌ها متأهل، ۶/۶ درصد از آن‌ها مطلقه بودند. همچنین ۱۷/۴ مجرد بودند.

شرکت‌کنندگان این مطالعه در سه سطح تحصیلات دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند که ۳۹ درصد از آن‌ها دیپلم، ۴۰ درصد کارشناسی و حدود ۲۱ درصد دیگر کارشناسی ارشد بودند.

جدول ۱ مربوط به میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی ارائه شده است. با توجه به یافته‌های جداول هرچه میزان کجی و کشیدگی کمتر باشد و به سمت صفر میل کند، داده‌ها نرمال‌تر است. همچنین، اگر کجی و کشیدگی بین ۲- تا ۲+ باشد، داده‌ها تا حدودی نرمال می‌باشد.

تحلیل عاملی توسط تیم روان‌سنجی دانشگاه ترتیب مدرس در مطالعه خلیلی و همکاران بومی‌سازی شده است (خلیلی و توسلی، ۲۰۱۷).

پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی نسخه ویژه سرطان پستان-QLQ-BR: پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی نسخه ویژه سرطان پستان که یک پرسشنامه اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان است، حاوی ۲۳ سؤال است. در این تحقیق از مقیاس‌های علامتی بیماری سرطان پستان (علائم بازویی، علائم پستانی) استفاده شده است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه دکتر منتظری و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفته است و از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بوده‌اند. شایان ذکر است، پرسشنامه به‌صورت لیکرت طراحی شده و هر پرسش دارای ۴ گزینه است که از ۱ تا ۴ امتیازبندی شده و نمره کلی آن در محدوده ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. به‌طوری‌که در رابطه با ابعاد علامتی، امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود میزان بیشتری از علائم است. در پرسشنامه تکمیلی ویژه سرطان پستان مقدار این ضریب در مورد مقیاس‌های چندگزینه‌ای از ۶۳٪-۹۵٪ متغیر بود و روایی مطلوبی داشته است (رحمتی و همکاران، ۲۰۰۲).

پرسشنامه استاندارد مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون: این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۹۹ در حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های

نتایج تأییدکننده نرمال بودن داده‌های پژوهش بود.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرهای

کیفیت زندگی، تاب‌آوری و سواد سلامت

متغیر	M	SD	KU	SK
کیفیت زندگی	۴۵/۰۹	۱۱/۳۸	-۰/۳۴	۰/۱۶
تاب‌آوری	۱۳۶/۱۲	۳۰/۸۷	-۰/۴۵	۰/۲۳
سواد سلامت	۶۷/۹۳	۱۹/۰۷	-۰/۸۶	۰/۱۰
خواندن	۷/۰۴	۲/۴۵	-۰/۶۳	۰/۱۷
دسترسی	۱۸/۰۳	۶/۱۲	-۰/۲۸	۰/۴۹
فهم و درک	۲۳/۲۰	۸/۰۹	-۰/۴۹	۰/۴۷
ارزیابی و قضاوت	۱۹/۶۶	۶/۰۱	-۰/۹۲	۰/۲۲

M میانگین - SD انحراف استاندارد - SK کجی - KU کشیدگی

سلامت از نرمالیتی خوبی برخوردار هستند. نتایج به‌دست‌آمده ارتباط مستقیم هر یک از متغیرهای سواد سلامت با کیفیت زندگی اختصاصی در بیماران مبتلا به سرطان پستان را نشان داد.

بررسی نتایج حاصل از آزمون نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف حاکی از این بود که داده‌های مؤلفه‌های کیفیت زندگی، تاب‌آوری و سواد

جدول ۲. نتایج آزمون نرمال بودن (کولموگروف اسمیرنوف) داده‌های کیفیت زندگی،

تاب‌آوری و سواد سلامت

متغیر	آماره	df	P
کیفیت زندگی	۰/۰۶	۲۱۲	۰/۱۰
تاب‌آوری	۰/۰۷	۲۱۲	۰/۰۹
سواد سلامت	۰/۰۸	۲۱۲	۰/۰۷
خواندن	۰/۰۶	۲۱۲	۰/۱۵
دسترسی	۰/۰۶	۲۱۲	۰/۱۲
فهم و درک	۰/۰۷	۲۱۲	۰/۱۰
ارزیابی و قضاوت	۰/۰۵	۲۱۲	۰/۱۸

موردبررسی قرار گرفت شاخص RMSEA بود. با توجه به مقدار ۰/۰۷ به دست آمده می توان گفت این مدل از برازش مناسبی برخوردار است. مقدار GFI برای مدل این پژوهش ۰/۹۸۳ و مقدار AGFI برابر با ۰/۹۱۷ می باشد که نشان دهنده ی برازش خوب مدل با داده ها است. با توجه به دامنه ی شاخص CFI و مقدار ۰/۹۸۷ آن برای مدل مفهوم پژوهش می توان گفت که مدل برازش خوبی را نشان داده است و با داده ها برازش پیدا کرده است.

مدل تاب آوری در رابطه ی بین سواد سلامت و کیفیت زندگی نیز با استفاده از تجزیه و تحلیل با کاربرد روش حداکثر درست نمایی^۱ برای تخمین پارامترها، به کار برده شد. برای ارزیابی برازش مدل از شاخص کای اسکوتر^۲، شاخص نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی^۳، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۴ (RMSEA)، شاخص نیکویی برازش^۵ (GFI)، شاخص برازش مقایسه ای^۶ (CFI) استفاده شد.

با توجه به مقدار به دست آمده برای مدل تاب آوری می توان عنوان کرد که این شاخص مناسب می باشد. شاخص دیگری که برای مدل

جدول ۳. شاخص های برازش مدل تاب آوری

وضعیت	مقدار مناسب شاخص	مقدار به دست آمده	شاخص برازش مدل
		۱۳/۵۰۵	مجذور کای
مناسب	+	۳	درجه آزادی مدل
نامناسب	کمتر از ۳	۴/۵۰۲	χ^2/df
مناسب	> ۰/۰۵	۰/۰۰۴	سطح معناداری مجذور کای
مطلوب	> ۰/۹۵	۰/۹۸۳	GFI
مطلوب	> ۰/۹۰	۰/۹۱۷	AGFI
مطلوب	> ۰/۹۵	۰/۹۸۷	CFI
مناسب	< ۰/۱۰	۰/۰۷	RMSEA

1. Maximum likelihood
2. Chi-Square
3. chi-square ratio to free degree
4. Root Mean Square Error of Approximation
5. Goodness of Fit Index
6. comparative fit index

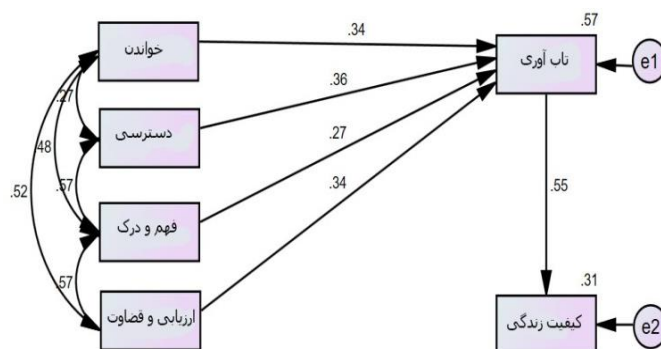
اثر مستقیم و استانداردشده‌ی خواندن $(\beta=0/34, p<0/01)$ ، دسترسی $(\beta=0/27, p<0/05)$ و ارزیابی و قضاوت $(\beta=0/34, p<0/01)$ بر روی سواد سلامت می‌توانند تاب‌آوری را پیش‌بینی کنند. بدین معنی که با افزایش مؤلفه‌های سواد سلامت، تاب‌آوری نیز افزایش پیدا می‌کند.

نتایج بدست‌آمده از مدل مفهومی نشان داد که اثر مستقیم و استانداردشده‌ی تاب‌آوری $(\beta=0/55, p<0/001)$ بر روی کیفیت زندگی معنادار است به‌طوری‌که تاب‌آوری، می‌تواند کیفیت زندگی را پیش‌بینی کند. بدین معنی که با افزایش تاب‌آوری، میزان کیفیت زندگی نیز افزایش پیدا می‌کند.

جدول ۴ ضرایب استانداردشده، مستقیم، غیرمستقیم و کل در مدل تاب‌آوری

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	واریانس تبیین‌شده
روی کیفیت زندگی از:					
تاب‌آوری	تاب‌آوری	0/55***	-	0/55***	0/31
خواندن	تاب‌آوری	-	0/19*	0/19*	
دسترسی	تاب‌آوری	-	0/20*	0/20*	
فهم و درک	تاب‌آوری	-	0/15*	0/15*	
ارزیابی و قضاوت	تاب‌آوری	-	0/19*	0/19*	
روی تاب‌آوری از:					
خواندن	خواندن	0/34**	-	0/34**	0/57
دسترسی	دسترسی	0/36**	-	0/36**	
فهم و درک	فهم و درک	0/27*	-	0/27*	
ارزیابی و قضاوت	ارزیابی و قضاوت	0/34**	-	0/34**	

معناداری کمتر از 0/01 - * معناداری کمتر از 0/05



شکل ۱. مدل مربوط به نقش تاب‌آوری در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی

نتیجه‌گیری و بحث

این مطالعه با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه‌ی بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج این مطالعه ناظر بر ارتباط معنادار بین متغیرهای سواد سلامت و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی است. از طرف دیگر بر اساس یافته‌های مطالعه اثر تاب‌آوری بر کیفیت زندگی محرز است. همچنین یافته‌ها بیانگر رابطه معناداری بین مؤلفه‌های سواد سلامت و تاب‌آوری است. آنچه از این ارتباطات معنادار بین این سه مقوله می‌توان استنباط کرد ناظر بر این است که احتمالاً بخشی از آثاری که از متغیرها بر یکدیگر دارند با وساطت متغیر دیگر است.

بدیهی است سواد سلامت به معنای توانایی فرد در دریافت، پردازش، درک و فهم اطلاعات مرتبط با بیمار و خدمات موردنیاز موجب برآورد شدن بخش قابل‌توجه نیازهای بیمار و اتخاذ تصمیمات منطقی‌تر و همراهی بیشتر بیمار در مسیر درمان خویش خواهد بود و از این طریق موجب بهبود کیفیت زندگی بیمار خواهد شد. از طرفی اگرچه عوامل متعددی بر تجربه ذهنی افراد مبتلا به سرطان از بیماری تأثیر می‌گذارد اما برخی مؤلفه‌ها مانند سطح تحمل درد یا به عبارت بهتر تاب‌آوری بیمار در ارتقاء کیفیت زندگی بیمار در جوامع مختلف نقش مهمی دارد. نتایج مطالعات قبلی نیز مؤید این موضوع نیز می‌باشد. تاب‌آوری تحمل تبعات بیماری در بیماران با بیماری‌های مزمن به‌ویژه مبتلا به سرطان افزایش داده و ارتقاء کیفیت زندگی را موجب می‌گردد. این موضوع در

مطالعات متعدد نیز تأیید شده است (داوودی و زرگر، ۲۰۱۲). بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، افراد با تاب‌آوری بالاتر از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. یافته‌های این مطالعه نتایج دیگر مطالعات را نیز مورد تأیید قرار می‌دهد (بخشی و همکاران، ۲۰۰۰).

سواد سلامت به معنای توانایی شناختی در درک و فهم بیماری و مقتضیات آن و کسب اطلاعات و دانش لازم در مورد بیماری موجب رفع ابهامات و تیرگی‌هایی می‌شود که غالباً موجب نگرانی بیشتر، افزایش احساس درماندگی، احساس کنترل کمتر می‌گردد. سطح سواد سلامت مناسب از بیماری موجب همراهی و همگام شدن بیمار با پزشک معالج، افزایش تبعیت پذیری و قرار گرفتن بیمار در مسیر بهبودی می‌شود. لذا سواد سلامت نه‌تنها بسیاری از چالش‌های روان‌شناختی در بیمار کاهش می‌دهد بلکه از طریق کمک به بهبود بیماری چالش‌ها و محدودیت‌های جسمی نیز تعدیل می‌گردد. افزایش تاب‌آوری در نتیجه سواد سلامت می‌تواند از طریق کاهش هیجانات منفی، بهبود احساس کنترل بر بیماری و همچنین بهبود وضعیت جسمی از طریق تبعیت پذیری و دریافت خدمات مناسب و نتیجتاً کاهش محدودیت‌های جسمی محقق گردد؛ بنابراین به نظر می‌رسد افزایش سطح سواد سلامت نه‌تنها دسترسی به خدمات را تسهیل کرده و موجب بهبود کیفیت زندگی می‌گردد بلکه سبب بهبود شرایط روان‌شناختی و جسمانی و به‌دنبال آن تحمل بیشتر بیماری یا افزایش تاب‌آوری می‌گردد. از منظر دیگر تاب‌آوری

تضعیف روحیه فرانک^۲ توجیه کرد؛ زیرا در زنان مبتلا به سرطان سینه به دلیل شرایطی که این بیماران در آن قرار می‌گیرند، منجر به اختلال در تصویر ذهنی از جسم، تاب‌آوری و تنش روانی مداوم در آن‌ها می‌گردد. وقتی تنش روانی و افکار منفی به مدت طولانی وجود داشته باشد، زمینه را برای ایجاد اختلالات تطابق، ناتوانی در کنترل هیجانات، اضطراب و افسردگی و دیگر اختلالات حوزه سلامت روان فراهم می‌کند (نامیکی^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). بدیهی است این مشکلات کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهشگران ژاپنی با بررسی مردان مبتلا به سرطان پروستات در طول ۵ سال دریافتند این بیماران در حیطه عملکرد اجتماعی در حوزه سلامت روان و سواد سلامت دچار مشکل بوده‌اند. پیرامون ارتباط حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان نتایج مطالعات قبلی نیز نشان داد که بین ابعاد کیفیت زندگی بیماران با برخی از حیطه‌های سلامت روان و تاب‌آوری ارتباط وجود دارد (کستانزو^۴ و همکاران، ۲۰۰۹).

همچنین محققان آمریکایی با بررسی ۳۹۸ بیمار سرطانی دریافتند هرگاه متعاقب تشخیص سرطان سطح سواد سلامت و سلامت روان کاهش یابد، عملکرد بیماران در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی نیز به مخاطره می‌افتد (آندریکواسکی^۵ و همکاران، ۲۰۰۸). از جمله نتایج این مطالعه ارتباط بین حیطه عملکرد جسمانی کیفیت زندگی با دو حیطه اضطراب و

به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی می‌تواند آثار سواد سلامت بر بهبود کیفیت زندگی به‌طور فزاینده‌ای افزایش دهد؛ بنابراین به نظر می‌رسد نه تنها سواد سلامت موجب تبلور تاب‌آوری شده بلکه تاب‌آوری به‌عنوان یک صفت شخصیتی موجب می‌گردد بیمار با استفاده از توانمندی حاصل از افزایش سواد سلامت تصمیم‌گیری مناسب‌تر، منطقی‌تر و همراهی بیشتر با تیم درمانی داشته باشد. به نظر می‌رسد تلفیق تاب‌آوری بالا و سطح سواد سلامت احتمال بهبود بیماری و به‌دنبال آن بهبود کیفیت زندگی را به‌طور قابل‌توجهی افزایش می‌دهد.

بامشاد و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند زنان مبتلا به سرطان از نظر شاخص کلی سلامت روان نسبت به جمعیت عادی در سطح پایین‌تری هستند و از نظر شاخص‌های افسردگی، اضطراب و روان‌پریشی دارای مشکل جدی می‌باشند. مطالعه ویتنر^۱ و همکاران (۱۹۹۷) نشان داد ناتوانی در کنترل هیجانات، اضطراب و افسردگی از جمله مشکلات شایع در زنان مبتلا به سرطان سینه است. قطعاً بخشی از مشکلات هیجانی این بیماران می‌تواند ناشی از درک نادرست بیماری و سطح نامناسب سواد سلامت مرتبط با این بیماری است. سطح پایین سواد سلامت مانع مهمی در دستیابی به خدمات موردنیاز می‌باشد. بدیهی است عدم پاسخ به نیازهای بیماران موجب چالش‌های روان‌شناختی و جسمی بیشتری خواهد شد و مشکلات هیجانی و استرس بیماری را نیز افزایش می‌دهد. این یافته را می‌توان با استفاده از چرخه

2. Frank
3. Namiki
4. Costanzo
5. Andrykowski MA

1. Weitzner MA

ادغام مداخلات روانشناسی سلامت در برنامه‌ها و پروتکل‌های جامع که این بخش از نیازهای بیماران را پوشش دهد کاملاً ضروری است. بدیهی است توجه به این بخش از نیازهای بیماران و تدوین پروتکل‌های لازم موجب ارتباط نزدیک‌تر این بیماران با ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی می‌گردد و خود عاملی در جهت آگاهی بیمار از شرایط سلامتی، مزایا و معایب درمان‌های مختلف و پیامدهای آن و ارتقا سطح سلامت روان بیماران می‌گردد که به‌وسیله افزایش سواد سلامت محقق خواهد شد.

پیشنهاد می‌شود به‌منظور تدوین پروتکل‌های دقیق‌تر مبتنی بر نیازها و چالش‌های این بیماران مطالعات آتی با استفاده از متدولوژی پیشرفته‌تری با در نظر گرفتن سایر متغیرهای مهم روان‌شناختی طراحی گردد تا با در نظر گرفتن سایر متغیرهای روان‌شناختی مهم به طراحی مداخلات جامع‌تر پرداخته و سپس به ارزیابی آن مداخلات در مطالعات بعدی پرداخته شود.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیریت محترم مرکز سرطان آلاء و کلیه‌ی بیماران مراجع‌کننده در بخش سرطان را اعلام می‌کنند. همچنین این پژوهش در قالب پایان‌نامه جهت اخذ درجه دکتری با راهنمایی اساتید راهنما و مشاور مربوطه (نویسندگان مقاله) با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1398.061 انجام گردیده است.

تاب‌آوری بود. نتایج نشان می‌دهد بیماری‌هایی که سطح سواد سلامت بالاتری داشتند تاب‌آوری بالاتری داشتند و کیفیت زندگی آن‌ها بالاتر بود. در مقابل بیماری‌هایی که سواد سلامت پایین‌تری داشتند از بهزیستی هیجانی کمتری برخوردار بودند و کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند؛ یعنی به نظر می‌رسد با افزایش مؤلفه‌های سواد سلامت، تاب‌آوری نیز افزایش پیدا می‌کند و در نتیجه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بهبود می‌یابد. محققان معتقدند سلامت جسمی بیماران سرطانی از رشد روانی آنان تأثیر می‌پذیرد و ارتقای سلامت روانی آن‌ها بر پایه پیشگیری و درمان تنش‌های عاطفی و افزایش تاب‌آوری استوار می‌باشد. نتایج این مطالعه با یافته‌های پرکین^۱ و همکاران (۲۰۰۹) در آمریکا همخوانی دارد. آن‌ها با مطالعه روی ۱۴۸ بیمار مبتلا به سرطان سینه و ۱۳۴ بیمار مبتلا به سرطان پروستات نشان داد حیطة سلامت روان که می‌تواند ناظر بر تاب‌آوری باشد با کیفیت زندگی بیماران و علائم جسمی آن‌ها ارتباط دارد. امروزه تنها زنده ماندن مدنظر نمی‌باشد و بیماران خواهان زندگی با کیفیت مطلوب هستند. با نگاهی کلی به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان در طی مسیر درمانی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و تاب‌آوری نسبت به بیماری کاهش می‌یابد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده شناخت جدیت مشکلات روانی بیماران مبتلا به سرطان و توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنان توسط متولیان نظام سلامت کشور و

منابع

- Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Brenner H. (2017); Global burden of disease cancer collaboration. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015. *JAMA Oncology*; 3(4): 524 - 548.
- Amir M, Rahmati A. (2002); Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *J Anxiety Disord*; 16: 195-206.
- Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. (2008); Psychological health in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*; 24(3): 193-201.
- Badr H, Shen MJ. (2010) pain intensity, and dyadic adjustment influence patient and partner depression in metastatic breast cancer. *Clin J Pain*. 2014; 30(11):923-33.
- Bagherian-Sararoudi R, Maracy M, Saenei H, Shiri M; (2019); Factors in relation with fatigue and illness perception in patients with myocardial infarction and the changes in fatigue due to intervention on illness perception: Research design, methodology, and preliminary results: *ARYA Atheroscler*; Volume 15;62-69.
- Bakhshi R, Davachi A, Kamali P. (2000); Effect of nurse counseling on quality of life among women with breast cancer treated with radiotherapy at the Cancer Institute of Tehran, [master of Sciences Nursing Thesis]. Tehran: Nursing and Midwifery Faculty of Iran university of Medical Sciences; P. 71.
- Bamshad Z, Safikhani F. (2006); Assessment of mental health of women with breast cancer. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz Univ Med Sci. P.56.
- Banihashemi SA, Amirkhani MA, Haghdoost AA, Alavian SM, Asgharifard H, Baradaran H, et al. (2007); [Health literacy and the affecting factors: a study in five provinces of Iran]. *Journal of Medical Education Development Center*; 4(1):1-9.
- Benjamin J, Jane V, Hayden B. (2012); Can This Patient Read and Understand Written Health Information, *The Journal of the American Medical Association*; 304: 76-84.
- Brega AG, Ang A, Vega W, Jiang L, Beals J, Mitchell CM. (2012); et al. Mechanisms underlying the relationship between health literacy and glycemic control in American Indians and Alaska Natives Patient Educ Couns; 88(1)61-8.
- Busch E.L, Martin CH, DeWalt D, Sandler R. (2015); Functional health literacy, chemotherapy decisions and outcomes among a colorectal cancer cohort. *Cancer Control*; 22: 95-101.
- Chiriac VF, Baban A, Dumitrascu DL. (2018); Psychological stress and breast cancer incidence: a systematic review. *Clujul Med*.

- 91(1): 18-26.
- Cordasco KM, Asch SM, Franco I, Mangione CM. (2015); Health literacy and English language comprehension among older inpatients at an urban safety-net hospital. *J Health Hum Serv Adm*; 32(1): 30-50.
- Cordasco KM, Asch SM, Franco I, Mangione CM. (2010); Health literacy and English language comprehension among older inpatients at an urban safety-net hospital. *J Health Hum Serv Adm*; 32(1): 30-50.
- Costa WA, Jr JE, Giraldo PC, Gonçalves AK. (2017); Quality of life in breast cancer survivors. *Rev Assoc Med Bras*. 63(7): 583-89.
- Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. (2009); Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychol*; 28(2): 147-56.
- Davoudi I, Zargar Z, Mozaffaripour E, Nargesi F, Molah K. (2012); The Relationship between Resilience, Social Support, pain-related Anxiety, Coping Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic patients. *The Journal of Health Psychology*; 1(1):1-15. [Persian].
- DeWalt D.A, Berkman N D, Sheridan S, Lohr K N, Pignone M P. (2004); Literacy and health outcomes. *Journal of General Internal Medicine*; 19: 1228-1239.
- Hart T.L, Blacker S, Panjwani A, Torbit L, Evans M. (2015); Development of multimedia informational tools for breast cancer patients with low levels of health literacy. *Patient Education and Counseling*; 98:370-377.
- Khalili S, Tavousi M, Moghaddam Banaem, L. (2017); Health Literacy for women with breast cancer (HELBA): development and psychometric properties. *Payesh*. 16 (3):359-366.
- Koay K, Schofield P, Gough K, Buchbinder R, Rischin D, Ball D, Corry J, Osborne R, Jefford M. (2013); Suboptimal health literacy in patients with lung cancer or head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer* 6; 21: 2237-2245.
- Mc Coubrie RC, Davies AN. (2006); Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer. *J Support care cancer*; 14: 379-385.
- Namiki S, Ishidoya S, Ito A, Kawamura S, Tochigi T, Saito S, et al. (2009); Quality of life after radical prostatectomy in Japanese men: a 5-Year follow up study. *Int J Urol*; 16(1): 75-81.
- Nemati M, Alhani F, Zandshahri R. (2005); Quality of life in the adolescence with cancer under chemotherapy referred to selected clinic of Tehran University of Medical Sciences. *1th Congress of Quality of life in Tarbiat Modares University*; P.25.
- Peerson A, Saunders M. (2009); Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter *Health Promotion International*;

24(3):85-96.

Perkins HY, Baum GP, Taylor CL, Basen-Engquist KM. (2009); Effects of treatment factors, comorbidities and health-related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. *Psychooncology*; 18(4): 405-11.

Romero C, Kalidas M, Elledge R, Change J, Liscum KR, Friedman, LC. (2006); Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *J Behav Med*; 29(1): 29-36.

Siegel RL, Miller KD, Jemal A. (2019); A systematic analysis for the global burden of disease study; *A Cancer Journal for Clinicians*. 2019; 69 (1): 7 - 34.

Sungkun C, Heiby EM, McCracken LM, Lee SM, Moon DE. Pain-related anxiety as a mediator of the effects of mindfulness on physical and psychosocial functioning in chronic pain patients in Korea. *J Pain*; 11(8):789-97.

Ulger E, Varol U, Yildiz L, Salman T, Bayoglu V, et al. (2014); Depression, anxiety and sexual

satisfaction in breast cancer patients and their partners-izmir oncology group study. *Asian Pac J Cancer Pre*; 15(24): 10631-6.

Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. (2017); Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J Epidemiol Communit Health*. 61(12):1086-90.

Weitzner MA, Meyers CA, Stuebing KK, Saleeba AK. (1997); Relationship Between Mood and Quality of Life in Long-Term Survivors of Breast Cancer Treated with Mastectomy. *Support Care Cancer*; 5(3): 241-8.

Yan B, Yang LM, Hao LP, Yang C, Quan L. (2016); Determinants of Quality of Life for Breast Cancer Patients in Shanghai, China. *Plos one*; 11(4): 1-14.

Zhang H, Xiao L, Ren G. (2018); Experiences of Social Support Among Chinese Women with Breast Cancer: A Qualitative Analysis Using a Framework Approach. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*; 24:574.