



بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

نویسندگان: مریم علاقبند^۱، فرخ لقا ثروت^۲، فاطمه زارع پور^۳

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترا تخصصی پژوهشی سلامت و مذهب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهید صدوقی یزد تلفن تماس: ۳۵۲۵۷۳۳۷ Email: maryam_alagheband@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران

چکیده

مقدمه: از جمله اختلالاتی که به شدت بر سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد بیماری‌های مزمن نظیر سرطان است که پس از سرطان پوست دومین سرطان شایع در زنان می‌باشد. با توجه به رشد روز افزون سرطان پستان، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی-مقطعی انجام شد و جامعه مورد بررسی ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان یکی از مراکز شیمی درمانی شهر یزد بودند. ابزار جمع آوری اطلاعات در این بررسی پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) و پرسشنامه امیدواری اسنایدر بود که به روش مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از spss ویرایش ۱۸ و آزمون‌های آماری t-test و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و با اطمینان ۹۵٪، $r=0/288$ و $p=0/01$ می‌توان گفت که همبستگی مثبت و معنی داری بین کیفیت زندگی و امید به زندگی وجود دارد. میانگین امید به زندگی در این بیماران $3/67 \pm 23/63$ و میانگین کیفیت زندگی آنها $47/32 \pm 19/6$ می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بیمارانی که از کیفیت زندگی خوبی برخوردارند، امید به بهبود و ادامه زندگی نیز در آنان بالاتر از سایرین می‌باشد و هرچه امید به زندگی بالاتر، کیفیت زندگی نیز مطلوب تر خواهد بود در نتیجه این بیماران نسبت به تحمل فشارها و استرس‌های ناشی از درمان بیماری پاسخ مناسبتری از خود نشان می‌دهند و درمان‌های ارائه شده را بهتر پذیرفته و به آن عمل می‌کنند. لذا بهتر است برای این بیماران کلاس‌های آموزشی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و امید به زندگی آنها انجام شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، امید به زندگی، بیماران، سرطان پستان

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال پانزدهم

شماره: دوم

خرداد و تیر ۱۳۹۵

شماره مسلسل: ۵۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۱۰/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲۵



مقدمه

دغدغه‌ای که امروزه، سرطان را به عنوان یک معضل بهداشتی-درمانی در سطح جهان معرفی می‌کند و مبارزه با آن را از اولویت‌های نظام سلامت قرار می‌دهد، رشد فزاینده تعداد مبتلایان به این بیماری در سرتاسر جهان و حتی در کشور خود ماست. مضافاً اینکه، این رشد فزاینده مسئول بیش از ۱۲ درصد مرگ‌ها نیز می‌باشد و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ سرطان، به عنوان اولین و مهمترین عامل مرگ انسان مطرح خواهد شد (۱). سرطان پستان شایع‌ترین و دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان است (۲). سرطان پستان حاصل رشد خارج از مهار و بدخیم توده‌های سلول اپیتلیایی پوشاننده مجاری یا لوله‌های بافت پستان در زنان (در موارد نادر در مردان) است (۳). در کشورهای توسعه یافته ۱۲ درصد از زنان ۲۰-۳۴ ساله مبتلا به سرطان پستان می‌باشند (۴). این در حالی است که سرطان پستان بیش از ۲۵ درصد سرطان‌ها را در زنان ایرانی تشکیل می‌دهد (۵). بیشترین میزان بروز این بیماری در سنین ۳۵ تا ۴۴ سالگی می‌باشد (۶). زنان ایرانی نسبت به هم‌تایان غربی، ده سال زودتر به این بیماری مبتلا می‌شوند (۷). تشخیص و درمان سرطان پستان، تجربه‌ای همراه با استرس و اضطراب می‌باشد. زنان مبتلا با درمان‌هایی مثل شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و عمل جراحی و عوارض جانبی ناخوشایندی مثل ریزش مو، حالت تهوع و مشکلات جنسی مواجه می‌شوند. درمان‌های طولانی، توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی یا به عنوان زن خانه دار یا شاغل، مورد تهدید قرار می‌دهد. سطح بالای استرس، تأثیر منفی طولانی مدتی بر خود باوری زنان دارد که نهایتاً تأثیر نامطلوبی بر عملکرد خانوادگی، نقش زناشویی و نیز سطح کیفی زندگی آنان دارد (۸). درمان

بیشتر سرطان‌ها، سمیت و اثرات جانبی به همراه دارد که کیفیت زندگی کوتاه مدت و بلند مدت بیماران را شدیداً به خطر می‌اندازد (۹). سطوح پایین کیفیت زندگی در بیماران با تعداد علائم و عوارض ایجاد شده ناشی از شیمی‌درمانی و سطوح پایین آموزشی بیمار و خانواده در این زمینه مرتبط می‌باشد (۱۰). 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 (۱۱). امروزه تنها زنده ماندن مد نظر نیست و افراد، خواهان زندگی با کیفیت مطلوب می‌باشند. کیفیت زندگی شاخص مهمی از وضعیت عملکردی بیمار پس از ابتلا به بیماری و در طول و پس از درمان سرطان محسوب می‌شود (۱۲). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک هر فرد از وضعیت زندگی با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط آن با اهداف، انتظارات استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد تعریف می‌کند (۱۳).

کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت جسمانی را در بر می‌گیرد و لازم است به عنوان یکی از پیامدهای مهم، به صورت مستقل سنجیده شود. در بیماری سرطان مانند دیگر بیماری‌های مزمن، به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت است و هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان مبتلایان، به حداکثر رساندن توانایی‌های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد و کیفیت زندگی است (۱۴).

همچنین روحیه امیدوارانه از فاکتورهای بسیار مهم و از عناصر ضروری در بیماران سرطانی است که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط خود به خصوص در طی دوران درد و محرومیت دارد. امیدواری در افزایش کیفیت زندگی بیمار نقش



می‌گردد. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌پردازد.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی-مقطعی انجام شد و از لحاظ هدف پژوهش، کاربردی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش ۸۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان یکی از مراکز شیمی درمانی شهر یزد بودند که در ماه‌های خرداد و تیر سال ۱۳۹۲ بطور تصادفی و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پژوهشگر با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از بیماران سرطانی، به گردآوری داده‌ها از طریق تکمیل دو پرسشنامه استاندارد پرداخت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز از آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون‌های آماری t-test و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون) استفاده شد. پرسشنامه‌های استاندارد شده در این مطالعه عبارتند از:

الف: پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) که توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی و به وسیله منتظری و همکاران (۱۳۸۴) در ایران ترجمه شد. این پرسشنامه برای سنجش ادراک افراد از سلامتی خود ابزاری مناسب است. به طور کلی دو رویکرد جسمانی و روانی را می‌سنجد و اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاص ندارد و دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: بعد جسمانی (۱۰ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، سلامت عمومی (۵ عبارت)، خستگی یا نشاط (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت)، و سلامت روانی (۵ عبارت) را در بر می‌گیرد. شیوه

به سزائی داشته و بر مراحل مختلف بیماری اثرگذار می‌باشد (۱۵). به نظر می‌رسد سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن بیشترین تأثیر را روی امید داشته باشد. در مطالعه‌ای که توسط ایروینگ و همکاران بر روی زنان دانشجو صورت گرفت، مشخص شد آزمودنی‌هایی که براساس نمراتشان در مقیاس امید در دسته‌ی افراد امیدوار قرار داشتند، در مواجهه با نوعی تکلیف تصویری تشخیص و درمان سرطان نسبت به آزمودنی‌های ناامید از سبک‌های کنار آمدن امیدوارانه تری استفاده کردند (۱۶). میزان امیدواری و اطمینان بیمارانی که از درد سرطان رنج می‌برند، نسبت به بیماران گروه گواه پایین‌تر است. همچنین هرچه درد منتشرتر و در سطوح بالاتری باشد، میزان عدم اطمینان و ناامیدی بیماران بیشتر خواهد بود (۱۷). امید با عملکردهای سازگارانه نظیر سازگاری روانشناختی، سلامت جسمی و مهارت حل مسئله رابطه مستقیم دارد (۱۸). در مرحله بهبود نیز افراد امیدوارتر افکار مثبت تری راجع به زندگی شان دارند و گرایش بیشتری به شناسایی جنبه‌های مثبت موقعیت‌های تروماتیک از خودشان نشان می‌دهند (۱۹). به گفته هو و همکاران امید و خوش بینی به طور معنی داری با بهبودی پس از بیماری رابطه دارد. همچنین روابط دو نفره سالم برای داشتن امید و تداوم سطوح بالای بهبودی پس از بیماری بسیار حائز اهمیت است (۲۰). روستوان و همکاران نشان دادند که میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران پس از خاتمه جلسات درمانی و ۳ ماه بعد از دوره پیگیری به طور معنی داری افزایش می‌یابد (۲۱). زنان از مهمترین ارکان خانواده و جامعه می‌باشند. بنابراین بهبود کیفیت و امید زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان نه تنها سبب بهبود بقای آنان می‌شود، بلکه سبب افزایش کیفیت زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده نیز



است. همسانی درونی کل آزمون ۷۴٪ تا ۸۴٪ است و پایایی آزمون-بازآزمون ۸۰٪ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است، به علاوه داده های زیادی در مورد اعتبار همزمان پرسشنامه امید و مواردی که می تواند پیش بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه های خوش بینی، انتظار دستیابی به هدف، و عزت نفس همبستگی ۵۰٪ تا ۶۰٪ دارد (۲۴). در پژوهشی که بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در تهران انجام داد، ضریب الفای کرونباخ این مقیاس ۸۹٪ به دست آمد (۲۵).

یافته ها

از مجموع ۸۰ بیمار شرکت کننده در مطالعه، بیشترین درصد (۳۰٪) بیسواد و بعد از آن (۲۶/۳٪) دارای تحصیلات دبستانی بودند. از نظر سنی میانگین و انحراف معیار به ترتیب ۵۰/۷۸ و ۱۱/۷۲ محاسبه گردید. از نظر شغلی، بیشتر افراد با ۸۳/۵٪ خانه دار بودند. ۹۴/۶٪ تغذیه با شیر خود را جهت فرزندشان انتخاب کرده بودند و ۶۵/۴٪ سابقه بیماری را گزارش نداده بودند. ۹۸/۸٪ افراد را متاهلین و بیشتر افراد مورد مطالعه با ۲۸/۲٪ دارای ۳ فرزند بوده اند. میانگین مدت زمان تاهل به ترتیب ۱۱/۶۷ ± ۲۹/۱۱ سال، مدت زمان تغذیه با شیر مادر ۵۷ ± ۱/۷۵، مدت زمان ابتلا به بیماری ۶۶ ± ۲/۴۷ و تعداد موارد درمان ۷/۰۱ ± ۶/۸ بدست آمد. بالاترین میانگین در زیرمقیاسهای کیفیت زندگی مربوطه به مولفه عملکرد اجتماعی با میانگین ۶۵/۳۱ و بعد از آن مربوط به زیر مقیاس سلامت عمومی با میانگین ۵۵ و کمترین میانگین مربوط به مولفه محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی با میانگین ۲۲/۷۸ می باشد. همچنین میانگین امید به زندگی ۶۳/۲۳ و میانگین زیرمقیاسهای

پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی - خیر (بسته پاسخ) تا طیف لیکرت ۶ درجه ای متغیر است، نمره بندی سؤالات براساس سیستم نمره دهی RAND از صفر تا ۱۰۰ می باشد و با جمع نمرات سؤالات مخصوص هر بعد و تقسیم عدد به دست آمده بر تعداد سؤالات همان بعد، نمره آن بعد به دست می آید که نمره بالا نشان دهنده کیفیت زندگی مطلوب است (عبارت شماره ۲ در هیچ یک از زیر مقیاس ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می شود). ضرایب آلفای کرونباخ گزارش شده برای ابعاد هشگانه این ابزار در دامنه ۶۵ درصد تا ۹۰ درصد قرار دارد. در ایران منتظری و همکاران این پرسشنامه را روی ۴۱۶۳ نفر در رده ی سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی کردند و ضریب اعتبار آن در زیرمقیاس ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ گزارش شد (۲۲).

ب: پرسشنامه امیدواری اسنایدر که توسط اسنایدر، هاریس، اندرسون، هولران، ایروینک و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و برای اشخاص ۱۵ سال به بالا طرح ریزی شده است و به صورت خودسنجی اجرا می شود (۲۳). از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی می باشد. بنابراین این پرسشنامه دو زیر مقیاس عامل و راهبرد را اندازه گیری می کند. سؤالات به صورت چهارگزینه ای و در یک پیوستار چهار درجه ای (کاملاً غلط=۱ و کاملاً درست=۴) می باشد. ۴ عبارت انحرافی نمره گذاری نمی شوند. مجموع نمرات خرده مقیاسهای عامل و راهبرد، نمره کل امید را مشخص می کند بنابراین دامنه نمرات بین ۸ تا ۳۲ خواهد بود. برای تکمیل این پرسشنامه ۲ تا ۵ دقیقه وقت لازم



کیفیت زندگی وجود دارد. لذا، هرچقدر میزان کیفیت زندگی افراد بالاتر باشد میزان امید به زندگی آنها نیز بالاتر خواهد بود. جهت بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی و حیطه های مربوط به هر یک در بیماران گروه مورد مطالعه از ضریب همبستگی پیرسون و با اطمینان ۹۵٪ استفاده گردید که نتایج نشان داد بین کیفیت زندگی و تفکر عاملی ($r=0/357$ و $P=0/001$)، عملکرد جسمانی و امید به زندگی ($r=0/335$ و $P=0/002$) سلامت عمومی و امید به زندگی ($r=0/45$ و $P=0/000$) رابطه معنی دار وجود دارد ولی بین کیفیت زندگی و تفکر راهبردی، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی و امید به زندگی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی و امید به زندگی، خستگی یا نشاط و امید به زندگی، سلامت عاطفی و امید به زندگی، عملکرد اجتماعی و امید به زندگی، درد و امید به زندگی رابطه معنی داری مشاهده نگردید (جدول ۳).

مربوط به امید به زندگی به ترتیب با میانگین ۱۱/۸۵ و ۱۱/۷۸ مربوط به تفکر عاملی و تفکر راهبردی می باشد. نتایج جدول ۱ به بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مورد مطالعه می پردازد. همانطور که در جدول مشاهده می شود میانگین امید به زندگی $23/63 \pm 3/67$ و کیفیت زندگی $19/06 \pm 47/32$ محاسبه گردید. با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و با اطمینان ۹۵٪، $r=0/288$ و $P=0/01$ می توان گفت که همبستگی مثبت و معنی داری بین کیفیت زندگی و امید به زندگی وجود دارد. این بدان معنی است که هر چه میزان کیفیت زندگی بالاتر باشد امید به زندگی نیز بالاتر می رود. جدول ۲ به توان پیش بینی امید به زندگی براساس متغیر کیفیت زندگی در گروه مورد مطالعه می پردازد. همانطور که در جدول مشاهده می شود با اطمینان ۹۵٪ $f=7/04$ و $P=0/01$ می توان نتیجه گرفت که توان پیش بینی امید به زندگی از روی متغیر

جدول ۱: رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران گروه مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
امید به زندگی	۸۰	۲۳/۶۳	۳/۶۷	۰/۲۸۸	۰/۰۱
کیفیت زندگی	۸۰	۴۷/۳۲	۱۹/۰۶		

جدول ۲: توان پیش بینی امید به زندگی براساس متغیر کیفیت زندگی در گروه مورد مطالعه

منبع تغییرات	واریانس	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معنی داری
رگرسیون	۸۸/۱۱	۱	۸۸/۱۱		
باقیمانده	۹۷۶/۳۶	۷۸	۱۲/۵۱	۷/۰۴	۰/۰۱



جدول ۳. بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی و حیطه های مربوط به هر یک در بیماران گروه مورد مطالعه

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی	سطح معنی داری
تفکر عاملی	۸۰	۱۱/۸۵	۲/۳۷	۰/۳۵۷	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۸۰	۴۷/۳۲	۱۹/۰۶		
تفکر راهبردی	۸۰	۱۱/۸۵	۱/۹۹	۰/۱۰۵	۰/۳۵
کیفیت زندگی	۸۰	۴۷/۳۲	۱۹/۰۶		
امید به زندگی	۸۰	۲۳/۶۳	۳/۶۷	۰/۳۳۵	۰/۰۰۲
عملکرد جسمانی	۸۰	۴۷/۰۴	۳۰/۰۴		
امید به زندگی	۸۰	۲۳/۶۳	۳/۶۷	۰/۱۱۹	۰/۲۹
محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	۷۹	۲۲/۷۸	۶/۷۳		
امید به زندگی	۸۰	۲۳/۶۳	۳/۶۷	۰/۰۴۸	۰/۶۷
محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	۸۰	۴۹/۱۶	۴۷/۱۳		
امید به زندگی	۸۰	۲۳/۶۳	۳/۶۷	۰/۰۵۸	۰/۶
خستگی یا نشاط	۸۰	۴۵/۴۷	۲۱/۹۹		
امید به زندگی	۸۰	۲۳/۶۳	۳/۶۷	۰/۰۱	۰/۹۲
سلامت عاطفی	۸۰	۵۱/۶۲	۲۲/۰۴		
امید به زندگی	۸۰	۲۳/۶۳	۳/۶۷	۰/۰۷	۰/۵۳
عملکرد اجتماعی	۸۰	۶۵/۳۱	۳۳/۸		
امید به زندگی	۸۰	۲۳/۶۳	۳/۶۷	۰/۰۵	۰/۶۳
درد	۸۰	۵۰/۹	۲۶/۷۷		
امید به زندگی	۸۰	۲۳/۶۳	۳/۶۷	۰/۴۵	۰/۰۰۰
سلامت عمومی	۸۰	۵۵	۱۸/۲۳		

بحث و نتیجه گیری

می‌شود (۲۶). در این مطالعه سرطان پستان بیشترین تاثیر منفی را در حیطه های هیجانی و ایفای نقش افراد داشته است که این یافته با یافته های سایر مطالعات همخوانی دارد (۲۹-۲۷). نتایج نشان داد بین سلامت عمومی و امید به زندگی رابطه معنی داری وجود دارد بطوریکه بالاترین میانگین در زیرمقیاسهای کیفیت زندگی بعد از مولفه عملکرد اجتماعی مربوط به زیر مقیاس سلامت عمومی با میانگین ۵۵ است. چی ونس و همکاران نشان دادند که امید درمانی همچنین می‌تواند تفکر عامل (یکی از مولفه های تفکر امیدوارانه) معنای زندگی و عزت نفس را افزایش داده و نشانه های افسردگی را کاهش دهد که خود به بهبود و کیفیت زندگی افراد کمک می‌کند که در نتایج ما نیز بین کیفیت زندگی و تفکر عاملی رابطه معنی داری وجود دارد (۳۰). محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمانی با میانگین ۲۲/۷۸ دارای کمترین می‌باشد و این حاکی از اختلال

با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر معلوم شد که بین کیفیت زندگی و امید به زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. بطوریکه بیمارانی که از سبک و کیفیت زندگی خوبی برخوردارند، امید به بهبود و ادامه زندگی نیز در آنان بالاتر از سایرین می‌باشد و سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی رابطه مثبت دارد. بدین صورت که امیدواری سبب سلامت روانشناختی و احساس ارزشمندی می‌شود و به ایجاد روابط اجتماعی جهت افزایش سلامت کمک می‌نماید (۱۸). که این نتایج در راستای پژوهش اسنایدر است که ارتقای امید را موثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مزمن می‌داند. از نظر محققین، امید افزایی باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی این دسته از بیماران



معنی‌داری وجود دارد به این صورت که امیدواری پایین یا کم نشانه‌های افسردگی را پیش بینی می‌کند که مستقل از علائم تشخیص و سایر مهارت‌های مقابله ای است (۳۲). اندازه‌گیری کیفیت زندگی و امید به زندگی بخشی از درمان یک بیمار سرطانی است چرا که امروزه نمی‌توان درمان یک بیمار دچار سرطان را فقط به ابعاد بالینی خلاصه کرد. سرطان و درمان آن دارای ابعاد گوناگونی است، پس طبیعی و ضروری است که در کنار مسائل بالینی به این گونه مسائل هم توجه شود. درمانگران باید جنبه‌های شخصی تهدید کننده ای را که بیمار با آنها مواجه شده است، مشخص نمایند. همچنین انجام حمایت‌های اقتصادی و اجتماعی بی‌تردید یکی از مهمترین گام‌ها در جهت افزایش کیفیت زندگی در این گونه بیماران خواهد بود. در نهایت لازم است به جایگاه معنویت در جهت ایجاد امیدواری و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی تاکید کنیم. چرا که امید به زندگی یکی از نیازهای اساسی بیماران سرطانی در راستای ارتقای سطح سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی آنان به شمار می‌رود.

در بعد جسمانی می‌باشد که بیمار با توجه به ضعف جسمانی مداوم امید به زندگی را نیز ازدست می‌دهد. بنسوزن وارد در مرور مطالعات مربوط به امید می‌گوید سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی فوق العاده رابطه مثبت دارد که این یافته با یافته‌های پژوهش کنونی همخوانی دارد. بدین صورت که امیدواری سبب سلامت روانشناختی و احساس ارزشمندی می‌شود و به ایجاد روابط اجتماعی جهت افزایش سلامت کمک می‌نماید (۳۱). جکسون و همکاران به این نتیجه رسیدند که امید با عملکردهای سازگارانه نظیر سازگاری روانشناختی، سلامت جسمی و مهارت حل مسئله رابطه مستقیم دارد (۱۸). در این مطالعه بین کیفیت زندگی و تفکر راهبردی و بین محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی و امید به زندگی و بین محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی و امید به زندگی رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید و لیاسناید در پژوهشی به این نتیجه رسید که بین امیدواری بالا و هیجانات مثبت و امیدواری پایین و هیجانات منفی همبستگی

References

- 1- Mohaghegh FA, Hamta A, Shariat Zade SA. Investigation of current cancers in Markazi province and its registration system in 1380-85 in compare with country statistics. *J Arak Univ Med Sci* 2008; 11(2): 85-93. [Persian]
- 2- Humpel N, Jones SC. I don't really know, so it's a guess: women's reasons for breast cancer risk estimation. *Asia Pacific J Cancer Prevent* 2004; 5(4):428-32.
- 3-American Cancer Society. *Cancer feet's and figure's*. Atlanta: Bioregion Press; 2004.
- 4-Hickey M, Peate M, Saunders CM. Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. *J Gerontol a Biolsci Med Sci* 2009; 15(3): 323-39.
- 5-Pourkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh A, Jafari P, Sadegi M, Dezhbakhsh T. Mohamadianpanah M. Dose rehabilitation program improve quality of life in breast cancer patients. *Payesh* 2010; 9(1): 61-8.



- 6-Taleghani F, Parsayekta A, Nikbakht Nasrabadi A. Coping with breast cancer in newly diagnosed women: A qualitative study. *Iran J Psychiatry and Clinic Psychol* 2006; 123(46): 282-8.
- 7- Harrirchi A. Breast cancer in Iran: result of a multicenter study. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention* 2004; 5(1): 24-7.
- 8- Hayati F, Shahsavari A, Mahmudi M. relation psychic convenience with individual factors of patients with breast cancer in hospitals of Tehran University of Medical Science. *J Iran breast diseases* 2009; 2(1): 23-8. [Persian]
- 9- Bottomley A. The cancer patient and quality of life. *The Oncologist* 2002; 7(2): 120-25.
- 10- Niemela M, Vaisanen L, Marshall C, Hakko H, Rasanen S. the experiences of mental health professionals using structured family- centered interventions to support children of cancer patients. *Cancer Nurs* 2010; 33(6): 18-27.
- 11- HasanpoorDehkordi A, Azari S. Quality of life and related factor in cancer patients. *Behbood* 2006; 10(2): 110-19.
- 12- Zeighami Mohammadi SH, Hushmand P, Kooshyar MM, Esmaeily H. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Scientific Journal of Hamadan Nursing and Midwifery Faculty* 2008 ; 16(2): 53-43. [Persian]
- 13- Tabari F, Zakeri Moghadam M, Bahrani N, Monjamed Z. Evaluation of the Quality of Life in newly Recognized Cancer Patients. *HAYAT* 2007; 13(2): 5-12.
- 14- Rehse B, Pukrop R. Effects of psycho-social interventions on quality of life in adult cancer patients: Metaanalysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling* 2003; 50(2): 179-86.
- 15- Abdi N, Taghdisi MH, Naghdi S. The effect of hope promoting intervention on cancer patient's a case study in Sanandaj, Iran in 2007. *Armaghan Danesh J* 2009; 3(55): 24-34. [Persian]
- 16- Irving LM, Snyder CR, Crowson JJ. Hope and coping with cancer by college women. *J Personality*, 1998; 66(2): 195-214.
- 17- Tsui HH, Meei SL, Tsung ST, Ghia CL. The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26(3): 835-42.
- 18- Jackson N, weiss M. Hope and problem-solving healthy, adjustment. *J human resource University of Nebraska Lincoln* 2003; 14:87-123.



- 19- Affleck G, Tennen H. Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *J Personality* 1996; 64(4): 899-922.
- 20- Ho S, Rajandram RK, Chan N, Samman N, Mc Garth C, Zwahlen RA. The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncol* 2011; 47(2): 121-24.
- 21- Rustoen T, Acooper BA, Miaskowski C. A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patient. *Eur J Oncol Nurs* 2011; 15(4): 351-57.
- 22- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality Life Res* 2005; 14(3), 875-82.
- 23- Snyder C R, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving SA, Sigmon S. The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60(4): 570-85.
- 24- Snyder C, Ilardi SS, Cheavens J, Michael ST, Yamhure L, Sympson S. The role of hope in cognitive behavior therapies. *J Cognitive Therapy Res* 2002; 24(6): 747-62.
- 25- Zahed Babolan A, Ghasempour A, Hassanzade Sh. The Role of Forgiveness and Psychological Hardiness in Prediction of Hope. *Knowledge Res Appl Psychol* 2011; 12(3): 12-9.
- 26- Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and Health: Measuring the Will and Ways, In: C. R. Snyder D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*. New York: Pergamum Press; 1991; 12(4): 285-305.
- 27- MardaniHamule M, ShahrakyVahed A. The Assessment of Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. *Sci J Hamadan Uni Med Sci* 2009; 16(2): 33-8.
- 28- 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; 8(1): 79-83.
- 29- Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. Anxiety and depression in cancer patients. *J Res Behavioral Sci* 2007; 5(2): 115-8.
- 30- Cheavens SJ, Feldman BD, Woodward JT, Snyder, CR. Hope in cognitive psychotherapies: on working with client strengths. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quart*, 2006; 20(3): 135-45.
- 31- Banson W. The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students highschool and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication. These are for degree of master of science in the department of educational sciences middle east technical university 2006.



32-Snyder CR, Lopez S. Striking a balance: A complementary focus on human weakness and strength. In S. J. Lopez C. R. Snyder (Eds.), *Models and measures of positive assessment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003.

Archive of SID



Investigation of the Relationship between Quality of Life and Life Expectancy in Patients with Breast Cancer

Alagheband M (Ph.D)¹, Servat F (MSc)², Zarepour F (MSc)³

1. Corresponding Author: Ph.D Student in by Research, Shahid Sadoughi University of Medical sciences, Yazd, Iran.
2. MSc Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical sciences, Yazd, Iran.
3. MSc in General psychology, Tehran Payame Noor University

Abstract

Introduction: Among disorders that severely affect the health and quality of life as a result of chronic diseases such as cancer. Breast cancer is the second most common cancer in women after skin cancer. Due to the growth of breast cancer, the present study investigated the relationship between quality of life and life expectancy in patients with breast cancer was included.

Methods: The research design was descriptive - correlational. In this study, 80 women with breast cancer to chemotherapy referring physician specialty Oncology A randomly chosen and quality of life questionnaire (SF-36) and Schneider hope to complete the questionnaire. Data were analyzed using ANOVA and Pearson tests.

Results: By using Pearson correlation test and p .value = 0.01 CI 95% $r = 0.288$ It can be said that a significant positive correlation exists between quality of life and life expectancy of patients with breast cancer.

Conclusion: The higher life expectancy, quality of life will be better and vice versa. The ability to predict the life expectancy of a better life there.

Keywords: Quality of life, Life expectancy, Breast Cancer