

بررسی رابطه سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان

مرجان مردانی حموله*، عزیز شهرکی واحد**

دریافت: ۸۸/۳/۳۰، پذیرش: ۸۸/۷/۲۹

چکیده:

مقدمه و هدف: بیماران سرطانی دچار مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی می شوند که ممکن است این مشکلات باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان گردد. به همین منظور مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط میان وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی صورت گرفت.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش مقطعی و همبستگی می باشد که در آن ۹۰ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شفا 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 مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته ها نشان داد بسیاری از حیطه های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنی دار دارد. حیطه های عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با ۳ حیطه اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معنی دار نشان داد. حیطه سلامت روانی از کیفیت زندگی تنها با حیطه علایم شبه جسمی از سلامت روان همبستگی معنی دار 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 معنی دار مشاهده شد ($P < 0/05$). در حیطه های سلامت روان، اضطراب با $P = 0/06$ در زنان بیشتر از مردان و علایم شبه جسمی با $P = 0/025$ در زنان بیشتر از مردان ارتباط معنی دار نشان داده است و از حیطه های 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، معنی دار می باشد.

نتیجه نهایی: با توجه به یافته های مطالعه، حیطه های کیفیت زندگی بیماران سرطانی با حیطه های سلامت روان آنها رابطه دارد و سرطان بر جنبه های مختلف زندگی بیماران اثر گذاشته است.

کلید واژه ها: سرطان / سلامت روان / کیفیت زندگی

مقدمه:

از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (۱). در این میان مشکلات روانشناختی مبتلایان به سرطان بر کیفیت زندگی آنان، نرخ اقدام به خودکشی و خودکشی موفق، طولانی شدن مدت بستری و حتی طول عمر آنان اثر می گذارد (۲). سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آنها نیز می شود که در این میان واکنشهایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران مشاهده می شود. گروهی از محققین ایتالیایی با مطالعه بیماران

علی رغم پیشرفتهای قابل توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری های قلب و عروق مطرح است. این بیماری با تغییر شکل غیرطبیعی سلولها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می شود. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می دهند و بیش بینی می شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه

* کارشناس ارشد پرستاری

** عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی زابل (azizshahraky@yahoo.com)

خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد.

لذا با توجه به اینکه در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی کمتر پرداخته شده است، مطالعه حاضر ارتباط میان کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران سرطانی را مورد بررسی قرار داده است.

روش کار:

در این مطالعه مقطعی و همبستگی، جامعه پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به انواع سرطان که جهت انجام شیمی درمانی به بیمارستان شفا اهواز در سال ۱۳۸۷ مراجعه نموده اند، تشکیل داده اند و تعداد نمونه ۹۰ نفر از این بیماران بوده است که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ محاسبه شد، همچنین در این مطالعه محدودیتی از نظر نوع سرطان وجود نداشت. معیارهای ورود به مطالعه به این شرح بوده اند: هوشیار بودن، سن بالاتر از ۱۵ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان با تایید 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 روان گردان. در مقابل، ناتوانی در درک و ناشنوایی به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سئوالی و پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سئوالی (فرم کوتاه) بود. پرسشنامه سلامت عمومی از ۲۸ سئوال در ۴ حیطه افسردگی، اضطراب، نشانه های جسمی و عملکرد اجتماعی تشکیل شده است. هر حیطه دارای ۷ سئوال می باشد. سئوال ۱ تا ۷ مربوط به نشانه های جسمانی، از ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب، ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی می باشد و در طیف لیکرت ۴ درجه ای به صورت ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می شود. این ابزار قدرت کشف و شناسایی اختلالات روانی در محیط های مختلف را دارد که جهت تعیین روایی آن از روش روایی محتوا استفاده شد و مورد تایید تنی چند از اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اهواز قرار گرفت. پایایی آن نیز توسط پژوهشگران مطالعه حاضر با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. ویلیامز و همکاران با انجام فراتحلیل بر روی ۴۳ تحقیق

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 می باشد و در صورت داشتن سن بالای ۵۰ سال، سطوح تحصیلی پایین و عدم اشتغال به کار، کیفیت زندگی بیماران نامطلوب می شود (۳) 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 مبتلا به افسردگی بوده و در سطح تمرکز و میزان توجه خود، کاهش نشان می دهند. به بیان دیگر پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی از جمله افسردگی در مبتلایان به سرطان ضروری می باشد زیرا افسردگی سبب تنزل کیفیت زندگی آنها خواهد شد و مداخله جهت کاهش افسردگی می تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها منجر شود (۴).

مرکز تحقیقات رفتاری انجمن سرطان آمریکا با مطالعه ۷۳۹ نفر از اعضای خانواده های بیماران مبتلا به سرطان دریافتند، سطوح بالای تشویش روانی آنان با اختلال در ابعاد عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی رابطه دارد (۵). از سوی دیگر، همین مشکلات گوناگون روانی و اجتماعی، باعث اختلال در روند طبیعی زندگی و کیفیت آن نیز می گردد. 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 نداشته اند. 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 می باشد. در بیماران سرطانی مثل دیگر بیماریهای مزمن، به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت می باشد و هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان مبتلایان، به حداکثر رساندن توانایی های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد در کیفیت زندگی می باشد (۱) بنابراین با انجام مداخلات لازم سعی بر افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و در نهایت کاهش هزینه های بیمارستانی در این بیماران می گردد. در غیر این صورت کاهش سلامت روانی در بیماران سرطانی بر کیفیت زندگی آنها اثر گذاشته و می تواند باعث از دست دادن شغل، از هم گسیختگی

جدول ۱: میانگین وانحراف معیار نمرات حیطه های سلامت روان در بیماران سرطانی

انحراف معیار	میانگین	
۳/۵۵	۶/۷۸	علایم شبه جسمی
۴/۶۲	۹/۱	اضطراب
۴/۲۳	۹/۱۸	اختلال در عملکرد اجتماعی
۵/۲۱	۵/۷	افسردگی

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 (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین وانحراف معیار نمرات حیطه های کیفیت زندگی در بیماران سرطانی

انحراف معیار	میانگین	
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

در مورد ارتباط میان حیطه های کیفیت زندگی با ۴ حیطه سلامت روان مشخص شد که کیفیت زندگی بیماران سرطانی به شدت تحت تاثیر سلامت روان آنها می باشد. در بعضی از حیطه های کیفیت زندگی همبستگی آماری معنی دار وجود نداشته است ، به عنوان مثال در حیطه عملکرد اجتماعی و عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی با اختلال در عملکرد اجتماعی سلامت روان و سلامت روان کیفیت زندگی با علایم شبه جسمی سلامت روان همبستگی معکوس وضعیف وجود داشته است (جدول ۳).

که این ابزار را به کار برده بودند، به حساسیت ۰/۸۴ و ویژگی ۰/۸۲ دست یافتند (۶). پرسشنامه کیفیت زندگی فرم ۳۶ سوالی ، در بردارنده ۸ مقیاس یا مفهوم می باشد 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 می باشد. شیوه پاسخگویی به سئوالات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی - خیر (بسته پاسخ) تا طیف لیکرت ۶ درجه ای متغیر است . روایی این ابزار ، مشابه ابزار قبلی به شیوه روایی محتوا اخذ گردید و پایایی آن هم به روش بازآزمایی ۰/۸۴ به دست آمد. مطالعات دیگری نیز در کشورمان پایایی این ابزار را به همین روش در سطح مطلوب گزارش نموده اند (۷،۸).

پژوهشگران با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از بیماران سرطانی، به گرد آوری داده ها از طریق مصاحبه و یا تکمیل پرسشنامه توسط خود بیمار پرداختند. به این منظور بیمارانی که سطح سواد بالایی داشتند، پرسشنامه توسط خودشان تکمیل شد و در خصوص بیماران بی سواد و کم سواد، پرسشنامه ها توسط محقق برای آنان قرائت گردید و نظرات آنها دقیقاً منعکس شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات نیز از آمار توصیفی و آمار استنباطی (ضریب همبستگی اسپیرمن ، آنالیز واریانس یک طرفه و تست تی مستقل) 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 بیمه ای ، ۸۰٪ با سواد ، ۴۳/۳٪ مبتلا به سرطان دستگاه گوارش، ۸۸/۹٪ دارای سابقه بستری در بیمارستان و ۳۲/۲٪ دارای سابقه فامیلی سرطان بوده اند . در خصوص وضعیت سلامت روان بیماران سرطانی ، میانگین اختلال در عملکرد اجتماعی از حیطه سلامت روان ۹/۱۸ می باشد که از سایر حیطه ها بیشتر است (جدول ۱) .

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

افسردگی		اختلال در عملکرد اجتماعی		اضطراب		علایم شبه جسمی		
P	R	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

P* = ارزش معنی داری

R** = ضریب همبستگی اسپیرمن

میانگین افسردگی ۵/۷ بوده است. یافته های مطالعه حاضر با نتایج پژوهش سالاتی و همکاران که بر روی ۲۱۸ بیمار مبتلا به سرطان ریه انجام شده بود، همخوانی دارد. ایشان طی مطالعه خود بیان داشتند، عملکرد فیزیکی و سلامت روانی مبتلایان با تمام حیطه های کیفیت زندگی آنها رابطه داشته است (۹). ملکیان و همکاران در نتایج مطالعه خود که به بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران سرطانی پرداخته اند، شیوع این اختلالات را به ترتیب ۳۲/۹٪ و ۱۸/۵٪ اعلام نموده اند (۱۰). در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که سرطان اثر منفی بر عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی داشته است. در مورد ارتباط حیطه های کیفیت زندگی با سلامت روان نتایج نشان داد که حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه عملکرد اجتماعی سلامت روان و حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی با علایم شبه جسمی سلامت روان همبستگی عکس داشته است. 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 حسن پور نیز بیانگر آن بوده است که بیماران سرطانی تحت بررسی در بعد وضعیت عمومی ۴۶٪، در بعد وضعیت اجتماعی ۲۱/۵٪، در بعد وضعیت خواب ۴۲٪ و در بعد فعالیت های جسمی ۲۵/۵٪ دچار اختلال بوده اند (۱۱). محققان معتقدند سلامت فیزیکی بیماران سرطانی از سلامت روانی آنان تاثیر می پذیرد و ارتقای سلامت روانی آنها بر پایه پیشگیری و درمان تشنهای عاطفی استوار می باشد (۱۱). در تایید نتایج مطالعه حاضر، بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پروستات با سلامت روان آنها رابطه مشاهده شده است (۱۲). به علاوه، پژوهشگران ژاپنی با بررسی ۱۵۴ مرد مبتلا به سرطان پروستات در طول ۵ سال دریافتند، مبتلایان در حیطه عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی خود دچار مشکل بوده اند ولی این مشکلات با گذر زمان کمتر شده است (۱۳). نتایج بررسی پرکینز و همکاران در آمریکا که به مطالعه ۱۴۸ بیمار مبتلا به سرطان پستان و ۱۳۴ بیمار مبتلا به سرطان پروستات پرداخته اند، نشان داد حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران با خودکارآمدی جسمی آنها ارتباط داشته است (۱۴). محققان موسسه ملی سرطان آمریکا با

بین حیطه های سلامت روان و کیفیت زندگی با جنس بیماران ارتباط معنی دار آماری وجود داشته است، به طور مثال میانگین نمره علایم شبه جسمی ($P = 0/025$) و اضطراب ($P = 0/006$) از حیطه های سلامت روان در زنان بیشتر از مردان بوده است و از نظر آماری معنی دار بوده است. میانگین نمره عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی در مردان بیشتر از زنان ($P = 0/03$) و میانگین نمره درد جسمی در زنان بیشتر از مردان بوده است که از نظر آماری معنی دار بوده است ($P = 0/001$) (جدول ۴ و ۵).

جدول ۴: مقایسه میانگین وانحراف معیار نمرات حیطه های سلامت روان بر حسب جنس

ارزش P	مرد		زن	
	میانگین	(انحراف معیار)	میانگین	(انحراف معیار)
۰/۰۲۵	۶/۰۴	(۳/۴۱)	۷/۷۲	(۳/۵۵)
۰/۰۰۶	۷/۹۲	(۴/۰۰۴)	۱۰/۵۷	(۴/۹۶)
۰/۰۶۳	۹/۳۸	(۳/۸۸)	۸/۹۵	(۴/۶۸)
۰/۰۰۷	۴/۷۸	(۴/۳۸)	۶/۵۸	(۵/۹۴)

جدول ۵: مقایسه میانگین وانحراف معیار نمرات حیطه های کیفیت زندگی بر حسب جنس

ارزش P	مرد		زن	
	میانگین	(انحراف معیار)	میانگین	(انحراف معیار)
۰/۰۳	۱۶/۹	(۵/۴۴)	۱۴/۵۵	(۴/۹۶)
۰/۱۵۵	۶/۶۲	(۰/۹۲)	۶/۵	(۱/۰۱)
۰/۴۷	۳/۳۶	(۰/۹۴)	۳/۲	(۱/۱۳)
۱/۰۰۱	۵/۳۶	(۲/۷۳)	۷/۳۷	(۲/۴۶)
۰/۰۶	۱۴/۹۸	(۲/۲۸)	۱۴/۶۷	(۳/۳)
۰/۳۵	۱/۵	(۱/۲۱)	۱/۷۴	(۱/۲۲)
۰/۱۲	۲۰/۵۲	(۱/۸۳)	۲۱/۱۲	(۱/۸۵)

بحث:

نتایج نشان داد که سرطان بیشترین تاثیر منفی را به طور کلی در حیطه های 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 علایم شبه جسمی ۶/۷۸ و

اخیر با نتایج پژوهش حسن پور همسو نمی باشد. در مطالعه وی رابطه ای بین متغیر جنس و کیفیت زندگی مشاهده نشده است. پژوهشگران لزوم انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه را توصیه می نمایند. در خاتمه قابل ذکر است، روش نمونه گیری غیراحتمالی در این تحقیق، تعمیم یافته ها را با دشواری رو به رو نموده است. لذا در این رابطه رعایت احتیاط لازم است.

نتیجه نهایی:

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 برنامه های درمانی به طور جدی تر و گسترده تر، در سطح بیمارستانها می طلبد. از طرفی تاسیس و تقویت موسسات حمایت کننده و فرهنگ سازی برای سازگاری با انواع مشکلات روانی این بیماران ضروری به نظر می رسد. در نهایت لازم است به جایگاه معنویت در جهت ایجاد امیدواری و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی، تاکید کنیم. در حقیقت کارکنان درمانی با شناسایی نیازهای معنوی این بیماران، می توانند موقعیت های مناسبی جهت بهبودی معنوی آنها که همان امیدواری است، فراهم نمایند چرا که امید به زندگی یکی از نیازهای اساسی بیماران سرطانی در راستای ارتقای سطح سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی آنان به شمار می رود.

سپاسگزاری:

پژوهشگران مراتب سپاس خود را از تمامی بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر اعلام می دارند.

منابع:

1. Hasanpoor Dehkordi A, Azari S. [Quality of life and related factor in cancer patients]. Behbood 2006;10(2):110-19. (Persian)
2. Palmen JL, Fish MJ. Association between symptom distress and survival in out-patients seen in a palliative care. J Pain Symptom Manage 2005; 29(6):565-71.
3. 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.
4. Juver JP, Verçosa N. Depression in patients with advanced cancer and pain. Rev Bras Anestesiol. 2008;58(3):287-98.
5. Spillers RL, Wellisch DK, Kim Y, Matthews BA,

بررسی ۱۲۶۶۸۵ فرد سالم و بیمار سرطانی بالای ۶۵ سال اعلام نمودند، حیطة های عملکرد فیزیکی و سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران سرطانی در مقایسه با گروه سالم دارای اختلال می باشد (۱۵). نتایج مطالعه حیدری و همکاران نشان داد حمایت اجتماعی درک شده از سوی بیماران سرطانی با کیفیت زندگی آنان رابطه معنی دار ($P=0/000$ و $r=0/446$) داشته است (۱۶). در همین رابطه پژوهشگران طی تحقیقی تجربی که با مشارکت ۴۴ زن مبتلا به سرطان پستان انجام دادند، به بررسی تاثیر 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 (۱۷). در همین راستا، گروهی از محققین در آمریکا با مطالعه ۱۴۵ زن مبتلا به سرطان رحم دریافتند بین حیطة های عملکرد فیزیکی و سلامت روانی از کیفیت زندگی آنها با میزان بقای آنها ارتباطی وجود نداشته است و نمره عزت نفس مبتلایان 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 موثر می باشد (۱۸). جمعی از محققان آمریکایی با بررسی ۳۹۸ بیمار سرطانی بیان داشتند هرگاه متعاقب تشخیص سرطان سطح سلامت روان کاهش یابد، عملکرد بیماران در سایر حیطة های کیفیت زندگی نیز به مخاطره می افتد (۱۹). 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 مقابله ای موثر استفاده نموده اند ولی سلامت روان آنها همچنان در سطح نامطلوب می باشد (۲۰). در حقیقت قدرت تصمیم گیری های درمانی در بیماران، در بهبود کیفیت زندگی آنها می تواند نقش داشته باشد. نتایج مطالعه ای در این خصوص نشان داد که تصمیم گیری صحیح در رابطه با تاثیر عمل جراحی بر سلامتی بیماران مبتلا به سرطان پستان، باعث بهبود کیفیت زندگی مبتلایان شده است (۲۱).

در خصوص متغیرهای جمعیت شناختی بیماران و ارتباط آن با کیفیت زندگی و سلامت روان، نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که حیطة های علائم شبه جسمی و اضطراب با جنس تفاوت آماری معنی داری دارد. یافته های

- Baker F. Family caregivers and guilt in the context of cancer care. *Psychosomatics* 2008; 49(6): 511-9.
6. Williams P, Wilkinson GR. *The scope of epidemiological psychiatry*. London, 1989.
 7. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. [Quality of life among pregnant women]. *Hayat* 2009; 15(1): 41-8. (Persian)
 8. Peimani M, Monjamed Z, Alhasgharpour M. [Quality of life and retinopathy in diabetic patients]. *Diabet and Lipid Journal* 2008;8(1):11-8. (Persian)
 9. 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.
 10. Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. [Anxiety and depression in cancer patients]. *Journal of Research in Behavioral Sciences* 2007; 5(2):115-8. (Persian)
 11. Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. Psychological health in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2008;24(3):193-201.
 12. 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
 13. 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.
 14. 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.
 15. 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; 29(4):41-56.
 16. Heidari S, Salahshoorian A, Rafiee F. [Quality of life and social support in cancer patients]. *Feiz* 2008;12(2):101-8. (Persian)
 17. 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.
 18. Bartoces MG, Severson RK, Rusin BA, Schwartz KL, Ruterbusch JJ, et al. 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.
 19. 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.
 20. Korfage IJ, Essink-Bot ML, Mols F, van de Poll-Franse L, Kruitwagen R, et al. Health-related quality of life in cervical cancer survivors: a population-based survey. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2009 ;73(5):1501-9.
 21. 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.