

مقاله پژوهشی

بررسی مقایسه‌ای سطح امید در مبتلایان به سرطان تحت درمان با بیماران

طیبه پورغزنین* دکتر الهه طلاساز فیروزی♦
پوری هوشمند♥ دکتر حبیب الله اسماعیلی•

این پژوهش یک مطالعه مقایسه‌ای توصیفی - تحلیلی و مقطعی است که به منظور مقایسه سطح امید مبتلایان به سرطان تحت درمان با بیماران، پس از طی یک برنامه کامل درمانی در بیمارستان امید شهر مشهد در سال ۱۳۷۹ انجام شد. در این مطالعه ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان سرپائی بخشهای شیمی درمانی، اشعه درمانی و درمانگاه بیمارستان امید که مایل و قادر به همکاری بودند؛ شرکت کردند. نمونه‌گیری به روش زوجهای جور شده در دو گروه بیماران تحت درمان و پس از طی یک برنامه کامل درمانی صورت گرفت. اطلاعات بوسیله فرم انتخاب نمونه، مشخصات فردی، شاخص امید هرث، مصاحبه نیمه سازماندهی شده و یک سؤال باز جمع آوری گردید. نتایج این پژوهش، افزایش معنی داری را در سطح امید بیماران، پس از طی یک برنامه کامل درمانی نسبت به بیماران تحت درمان نشان داد. همچنین رابطه معنی داری بین تکالیف دینی و حمایت اجتماعی با میزان امید دیده شد و بیماران در هر دو گروه، خدا، خانواده، برخورد پزشکی و پرستاران، نداشتن مشکل جسمی و مادیات را به عنوان منابع امیدبخش ذکر کردند. با آگاهی از منابع امیدبخش و تقویت این منابع می‌توان تا حد زیادی باعث ارتقاء و تسریع بازگشت امید شد. تحقیقات بیشتر برای بررسی وسیعتر و دقیق‌تر متغیرهای بررسی شده و سایر متغیرهای مؤثر بر سطح امید توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: امید؛ سرطان .

- * - کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- ♦ - متخصص رادیوتراپی - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- ♥ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- - دکترای آمار حیاتی - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

یکی از وقایع زندگی بشر، بروز ناخوشیهای مزمن می‌باشد. با پیشرفت درمانهای پزشکی، بیماران مبتلا به سرطان و سایر ناخوشیهای مزمن، نسبت به قبل از طول عمر بیشتری برخوردار گشته‌اند و بیش از پیش با مشکلات روحی و مسائل مربوط به سازگاری روبرو می‌شوند. این در حالی است که بیشتر مراقبتهای انجام گرفته از مبتلایان به سرطان، ناظر به برطرف کردن نیازهای جسمی آنان می‌باشد و به نیازهای روحی و روانی توجه کمتری مبذول می‌گردد (۱ و ۲).

امید به عنوان یک قسمت از بعد روحی، با مفهوم و ارزش زندگی مرتبط می‌باشد و یک جزء اساسی در تکامل آدمی محسوب می‌شود. همچنین امید، افراد را برای سازش با موقعیتهای استرس‌زا و حفظ کیفیت زندگی توانا می‌کند و فقدان آن، بیمار را در معرض مشکلات سازگاری قرار می‌دهد (۳ و ۴ و ۵). بیماران با تشخیصهای طبی مختلف در می‌یابند که امید، بخش مهم و ناخودآگاه از افکار و احساساتشان را شامل می‌شود. بیشتر تحقیقات در مورد امید که در متون پزشکی و پرستاری دیده می‌شود؛ در مورد بیماران سرطانی است که این تشخیص را به عنوان یک عامل تهدید کننده برای امید خود، مطرح نموده‌اند (۶). رلایف^۱ (۱۹۹۲) می‌نویسد: از ۱۹ تحقیق منتشر شده در مورد امید، ۱۰ مورد آن در مورد بیماران سرطانی است. به نظر می‌رسد که سرطان نسبت به سایر بیماریهای مزمن تأثیر بیشتری بر روی امید داشته باشد؛ شاید به دلیل آن است که تشخیص سرطان منجر به احساس اضطراب، ترس و عدم اعتماد به نتیجه درمان می‌شود. همچنین درمان جدی این بیماران، منجر به ایجاد ناراحتی، تغییرات ظاهری و مشکلات روحی می‌گردد (۶). در کشورهای صنعتی و همچنین ایران، سرطان به عنوان یکی از مهمترین علل مرگ و میر مطرح بوده است. طبق تخمین در ایالات متحده، تقریباً ۳۳٪ از زنان و ۵۰٪ از مردان، در طول زندگی‌شان به نوعی سرطان مبتلا می‌شوند. امروزه بیش از ۱۰ میلیون آمریکائی مبتلا به سرطان هستند و از بین آنها ۷/۴ میلیون نفر انتظار زندگی قابل مقایسه با افراد غیر سرطانی را دارند (۷). طبق آخرین آمار منتشره در استان خراسان، در سال ۱۳۷۵ تعداد کل بیماران سرطانی به عنوان بیمار جدید ۲۲۱۱ مورد بوده که از این تعداد ۱۱۹۴ مورد مرد و تعداد ۱۰۱۷ مورد زن بوده‌اند (۸). دفالت^۲ در سال ۱۹۸۱، در رابطه با امید، اثرات مفید و مؤثر آن در بهبود وضعیت بیماران دچار بیماریهای مزمن و بدخیم در ابعاد مختلف، آن را مورد بررسی و مطالعه قرار داد و اوون^۳ (۱۹۸۹) بعد از یک مطالعه کیفی در ارتباط با امید در بیماران سرطانی بیان کرد که: استفاده از یک روش توصیفی برای بررسی امید، دریچه‌ای را برای مطالعه این مفهوم فراهم نمود. تکرار این نوع بررسی‌ها در بیماران سرطانی و خانواده‌هایشان به توسعه مفهوم امید، کمک می‌کند (۹ و ۱۰). در آخر باید متذکر شد که ناامیدی^۴ از تشخیصهای پرستاری است که در سال ۱۹۸۶، در لیست تشخیصهای پرستاری انجمن تشخیصهای پرستاری آمریکای شمالی^۵ در آمده است و این در حالی است که کاربردی‌تر شدن تشخیصهای پرستاری، نیاز به تحقیقات پرستاری جهت تبیین و استاندارد کردن مفاهیم تشخیصی دارد (۱۱). با توجه به اهمیت امید، این سؤال مطرح شد که آیا سطح امید در مبتلایان به سرطان، پس از طی یک برنامه کامل درمانی افزایش پیدا می‌کند؟ لذا این پژوهش با هدف مقایسه سطح امید در مبتلایان به سرطان تحت درمان با بیماران، پس از طی یک برنامه کامل درمانی در بیمارستان امید شهر مشهد در

- 1 - Raleigh
- 2 - Dufault
- 3 - Owen
- 4 - Hopelessness
- 5 - NANDA

سال ۱۳۷۹ انجام شد. اهداف دیگر عبارت بودند از: مقایسه زیر معیار نسبی - زمینه‌ای^۱، عاطفی - رفتاری^۲ و شناختی - زمانی^۳ امید، در مبتلایان به سرطان تحت درمان با بیماران پس از طی یک برنامه کامل درمانی.

روش پژوهش

در این پژوهش که یک مطالعه مقایسه‌ای توصیفی - تحلیلی و مقطعی است؛ از یک طرح یک متغیره و دو گروهه استفاده شده است. جهت انجام پژوهش، ۱۰۰ نفر از بیماران ۱۸ سال و بالاتر مبتلا به سرطان، مراجعه کننده به بخشهای شیمی درمانی و درمانگاه بیمارستان امید که مایل و قادر به همکاری بودند؛ شرکت کردند. نمونه‌گیری به روش زوجهای جور شده در دو گروه تحت درمان و پس از طی یک برنامه کامل درمانی صورت گرفت. بدین ترتیب که به ازای هر بیمار در گروه تحت درمان، بیماری مشابه با وی از نظر سن، جنس و نوع سرطان در گروه، پس از طی یک برنامه کامل درمانی انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم انتخاب نمونه، فرم مشخصات فردی شامل عوامل فردی، عوامل محیطی و مربوط به بیماری، شاخص امید هرث^۴، فرم مصاحبه جهت تعیین اطلاع از بیماری و یک سؤال باز بود. شاخص امید هرث، حاوی ۱۲ ماده بود و سه زیر معیار شناختی - زمانی، عاطفی - رفتاری و نسبی - زمینه‌ای امید، چهارچوبی را برای مواد این شاخص بوجود آورده‌اند. هر زیر معیار بوسیله ۴ سؤال بررسی شده و بر مبنای مقیاس سه نقطه‌ای لیکرت^۵ از ۱ تا ۳، نمره گذاری می‌شود که نمره ۱ = مخالفم، نمره ۲ = مطمئن نیستم و نمره ۳ = موافقم، می‌باشد و مواد منفی بطور معکوس نمره گذاری گردید. نمره کل شامل ۱۲ تا ۳۶ امتیاز بوده و نمره بالاتر، سطح امید بالاتری را نشان می‌دهد.

اعتبار علمی ابزار استفاده شده با استفاده از روایی محتوی، مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد. جهت تعیین پایایی شاخص امید هرث از آزمون مجدد استفاده شد که ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۴ و نشاندهنده ثبات آن در زمان بود. ضریب آلفا کراباخ نیز محاسبه شد که ۰/۷۶ بوده و ثبات داخلی را تأیید کرد. روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پژوهشگر روزانه به بخشهای مربوطه مراجعه و بیماران واجد شرایط را انتخاب می‌نمود. پس از کسب رضایت بیمار، فرم مشخصات فردی و شاخص امید هرث، جهت تکمیل در اختیار بیماران قرار گرفت. سپس مصاحبه‌ای جهت تعیین اطلاع از نوع بیماری، بر اساس فرم مصاحبه انجام شد. در کلیه مراحل این نکته مورد توجه بود که به بیماران در مورد نوع بیماریشان اطلاعاتی داده نشود و به آنها در مورد محرمانه ماندن صحبت‌هایشان اطمینان داده شد. سپس کلیه اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون مجذورکای، آزمون تی، آنالیز واریانس دوطرفه، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیونی چند گانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۵۰ نمونه مورد بررسی در هر گروه، ۳۲ نفر زن، ۱۸ نفر مرد و میانگین سنی در هر گروه 42 ± 5 سال بود. بیشترین فراوانی مربوط به سرطان پستان (۴۰ درصد در هر گروه) و کمترین فراوانی مربوط به سرطان تخمدان (۶ درصد در هر گروه) بود و از نظر سایر مشخصات فردی مورد بررسی نیز دو گروه همگن بودند.

- 1 - Affiliative - Contextuel
- 2 - Affectine - behavioral
- 3 - Cognitive - Temporal
- 4 - Herth hope index
- 5 - Likert

نتایج این پژوهش بین سطح امید مبتلایان به سرطان تحت درمان با بیماران، پس از طی یک برنامه کامل درمانی، تفاوت معنی داری را نشان داد (جدول ۱).

مقایسه میانگین زیر معیارهای امید، نشان داد که گروهها در دو زیر معیار شناختی - زمانی و عاطفی - رفتاری با یکدیگر تفاوت معنی دار دارند ولی زیر معیار نسبی - زمینه‌ای در این دو گروه، تفاوت معنی داری را نشان نداد (جدول ۲).

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر حسب سطح امید در دو گروه

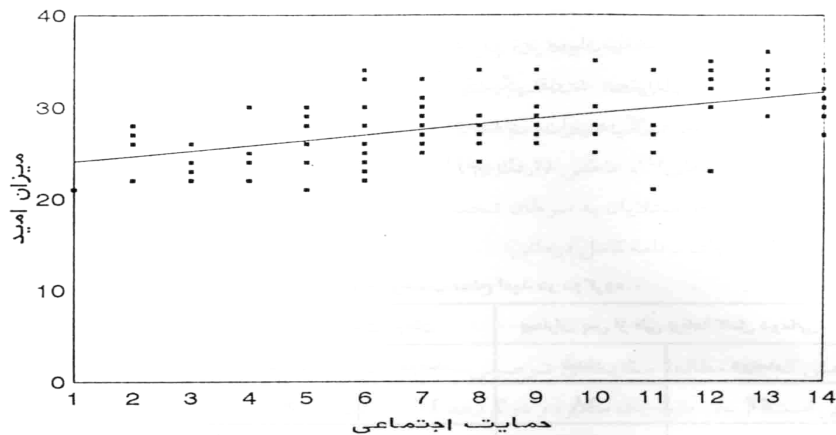
بیماران تحت درمان		بیماران پس از طی برنامه کامل درمانی		گروه سطح امید
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۶	۱۲	۱۸	۳۶	بالا (۳۱ تا ۳۶)
۲۷	۵۴	۳۲	۶۴	متوسط (۲۵ تا ۳۰)
۱۷	۳۴	۰	۰	پائین (۱۲ تا ۲۴)
۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	جمع

$$\text{Mann - Whitney : } Z = -۴/۴۷, P < ۰/۰۵$$

جدول ۲: مقایسه میانگین زیر معیارهای امید و میزان امید افراد تحت مطالعه در دو گروه

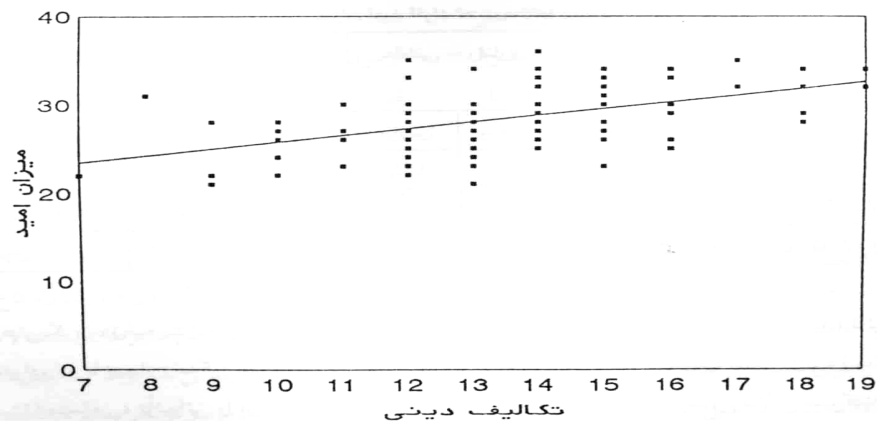
میزان امید		شناختی - زمانی		عاطفی - رفتاری		نسبی - زمینه‌ای		نمره کل شاخص امید	
فراوانی		میانگین		میانگین		میانگین		میانگین	
بیماران تحت درمان		۸/۸	۱/۴۷	۸/۸	۱/۸۸	۹/۴۲	۱/۴	۲۶/۳۸	۳/۵۹
بیماران پس از طی یک برنامه کامل درمانی		۹/۷۲	۱/۲۸	۱۰/۲۸	۱/۵۵	۹/۷	۱/۱۹	۳۰/۱	۲/۷۷
نتیجه آزمون		t= ۳/۳۲, P<۰/۰۵	t= ۴/۳, P<۰/۰۵	t= ۱/۰۷, P>۰/۰۵	t= ۵/۷۹, P<۰/۰۵				

در این پژوهش، گروه، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، تعداد افراد خانواده که با بیمار زندگی می‌کنند؛ اعتقادات دینی و حمایت اجتماعی، تأثیراتی را بر سطح امید نشان دادند. نتیجه یک آنالیز رگرسیونی چند گانه نشان داد؛ میزان امید در بیمارانی که یک دوره درمانی را انجام داده‌اند؛ بطور مؤثری افزایش می‌یابد. همچنین این نتیجه نشان داد که حمایت اجتماعی ($\beta = ۰/۳۱, P < ۰/۰۵$) و تکالیف دینی ($\beta = ۰/۴۵, P < ۰/۰۵$) بر سطح امید، تأثیر معنی داری دارند ولی متغیرهای موقعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و تعداد افراد خانواده که با بیمار زندگی می‌کنند؛ از مدل حذف شدند. رابطه دو متغیر حمایت اجتماعی و تکالیف دینی با میزان امید، به صورت نمودار خطی ارائه شده است (نمودارهای ۱ و ۲).



Pearson Correlation : $r = 0.572$ $P < 0.0001$

نمودار ۱: رابطه خطی حمایت اجتماعی با میزان امید در افراد تحت مطالعه در دو گروه



Pearson correlation : $r = 0.5008$ $P < 0.0001$

نمودار ۲: رابطه خطی تکالیف دینی با میزان امید در افراد تحت مطالعه در دو گروه

بحث

نتایج این پژوهش، افزایش معنی داری را در سطح امید بیماران، پس از طی یک برنامه کامل درمانی نسبت به بیماران تحت درمان نشان داد. با بررسی زیر معیارهای امید مشخص شد؛ دو گروه از نظر زیر معیار نسبی - زمینه‌ای با یکدیگر تفاوت معنی داری نداشته ولی زیر معیار عاطفی - رفتاری و شناختی - زمانی در دو گروه تفاوت معنی داری را نشان داد. زیر معیار نسبی - زمینه‌ای نشان‌دهنده تشخیص وابستگی و ارتباط بین خود با دیگران و ارتباط با خدا به عنوان قدرت برتر می‌باشد و یافته‌های این پژوهش نشان داد که بیماران در هر دو گروه، این ارتباطات را حفظ کرده‌اند. در میان پژوهش‌های انجام شده در زمینه بررسی امید در مبتلایان به سرطان، مشابه با تحقیق فعلی پژوهشی انجام نشده است ولی اختلاف سطح امید در دو گروه

را می‌توان با پژوهش استونر و کیمپفر^۱ (۱۹۸۵) مقایسه کرد که با پژوهش آنها مطابقت دارد. چرا که نتایج حاصل از این پژوهش، تفاوت معنی‌داری را بین سطح امید با مراحل حاد بیماری نشان داد ولی با پژوهش هرث (۱۹۹۲) مطابقت ندارد؛ چرا که نتایج مطالعه هرث، تفاوت معنی‌داری را بین سه فاز حاد، مزمن و نهایی بیماری با سطح امید نشان نداد (۱۲ و ۱۳). همچنین یافته‌های این پژوهش، سه سطح امید را در بیماران تحت درمان (پایین، متوسط و بالا) و دو سطح امید را در بیماران پس از طی یک برنامه کامل درمانی (متوسط و بالا) نشان داد. نووتنی (۱۹۸۹) نتایج بدست آمده از بررسی امید در بیماران مبتلا به سرطان را در چهار سطح (امیدوار، متوسط، پایین و ناامید) طبقه بندی کرد. همچنین میانگین نمره امید در بیماران تحت درمان ۲۶/۳۸ و در بیماران پس از طی یک برنامه کامل درمانی ۳۰/۱۰ بود که از میانگین نمره شاخص هرث، ۲۴ نمره بیشتر شد و با پژوهش نووتنی (۱۹۸۹) و هرث (۱۹۹۲) مطابقت دارد. چرا که در پژوهش نووتنی میانگین نمره امید، ۸۲/۷ بدست آمد که بیشتر از میانگین نمره مقیاس امید نووتنی، ۷۲/۵ نمره بود و در مطالعه هرث میانگین امید، ۳۲ بدست آمد که از میانگین شاخص امید هرث، ۳۰ نمره بیشتر بود (۱۰ و ۱۴).

نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که حمایت اجتماعی با میزان امید، ارتباط مثبت معنی‌داری دارد و با مطالعه اوون (۱۹۸۹)، هانگ و همکارانش^۲ (۱۹۹۶)، هرث (۱۹۹۰) و فورس برگ و ژورول^۳ (۱۹۹۶) همخوانی دارد. مطالعات آنها نشان داد؛ ارتباط مثبت معنی‌داری بین سطح امید و حمایت اجتماعی وجود داشته و انزوای اجتماعی، حس ناامیدی را تقویت می‌کند (۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷).

همچنین تکالیف دینی با میزان امید، ارتباط معنی‌داری را نشان داد که با مطالعه رالیف (۱۹۹۲)، گریم^۴ (۱۹۸۵)، استرومیرگ^۵ (۱۹۸۵)، هرث (۱۹۸۹ و ۱۹۹۰) و هانگ و همکاران (۱۹۹۶) مطابقت دارد. چرا که نتایج این مطالعات نشان داد؛ افرادی که از اعتقادات قوی‌تری برخوردار بودند؛ به طور معنی‌داری، میانگین نمرات بالاتری از سطح امید را دارا بودند (۶ و ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۱۸).

از نظر منابع امید بخش، بیماران خدا، خانواده، صحبت‌های پزشک و پرستاران، نداشتن مشکل جسمی و مادیات را ذکر کردند که در مطالعه رالیف (۱۹۹۲)، بیشترین افراد (۸۴ درصد) اعتقاد به خدا و دعا و در پژوهش بالرد و همکاران^۶ (۱۹۹۷) ایمان به خدا، پرستاران و پزشکان را به عنوان منابع امید بخش ذکر کردند. در پژوهش لیندوال^۷ (۱۹۹۵) وایت و همکاران (۱۹۹۶)، بیماران بیان کردند که امید در آنها از اعتقاد دینی، خانواده، خویشاوندان و ارتباط با کارکنان بیمارستان و جنگ در برابر بیماری منشاء می‌گیرد (۶، ۸).

با مرور یافته‌های این پژوهش، نهایتاً مشخص می‌گردد که سطح امید مبتلایان به سرطان، پس از طی یک برنامه کامل درمانی، افزایش معنی‌داری خواهد داشت. بنابراین امید است که بتوان با برنامه ریزی مناسب تا حد امکان، این بازگشت افزایش سطح امید را سرعت بخشید. از طرفی کاهش سطح امید در بیماران تحت درمان، در خور تعمق است که با تقویت اعتقادات دینی، تأمین حمایت اجتماعی، مالی و رفاهی در مورد بیمار، خانواده‌اش و کاهش درد و رنج بیمار می‌توان از کاهش

- 1 - Stoner & Keampfer
- 2 - Hwang & etal
- 3 - Forsberg & Bjorvell
- 4 - Grimm
- 5 - Stromberg
- 6 - Ballard & etal
- 7 - Lindvall

سطح امید تا حدی جلوگیری کرد. امید است یافته‌های این پژوهش راهگشایی در جهت بررسی وسیعتر و دقیق‌تر متغیرهای ذکر شده و سایر متغیرهای مؤثر بر سطح امید باشد. همچنین راهگشایی باشد؛ در جهت توجه بیشتر به واکنشهای روحی مبتلایان به سرطان و در مداخلات پرستاری گنجانده شود.

Abstract

A Comparative Study of the Hopefulness in Cancer Patients under Treatment and Those Having Completed the Treatment

This analytical-descriptive cross-sectional study was conducted using a matched pair sample of 100 outpatients with cancer , 50 patients undergoing chemotherapy and radiotherapy and 50 patients in foollow-up at the Clinic of the Omid Hospital . Data collection instruments included : sample selection forms , demographic data , the Herth hope index , semistructured interview and an open-ended question . The findings indicated that patients who completed the treatment course had a significantly higher levwel of hope than the patients undergoing treatment ; also , level of hope significantly correlated with religious beliefs and social support . Therefore , nurses can influence their patients' hope by acknowledging resources that support hopefulness .

Keys Word: *Hope ; Cancer .*

منابع

- 1- Campbell, Linda. "Hopelessness". Journal of psychosocial nursing. 25(2). 1987. PP 18 - 22.
- 2- Larkin, Jude. "Factors influenceing ones ability to adapt to choronic illness." Nursing clinics of North America. 22(3). 1987. PP 532 - 542.
- 3- Benzein, Eva. "Hope: Future imagined reality ". Journal of Advanced nursing. 28(5). 1998. PP 1063 - 1070.
- 4- Rustoen, T, Wiklund, I. "Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients". Cancer Nursing. 21(4). 1998. PP 234 - 245.
- 5- Stephenson, Charlotte. "The concept of hope revisited for nursing". Journal of Advanced Nursing. 16(12). 1991. PP 1450 - 1461.
- 6- Raleigh, hunt. "Sources of hope in choronic illness". Oncology - Nursin - forum. 19(3). 1992. PP 443 - 448.
- 7- phipps, Sands, Marek. Medical - Surgical - Nursing, Concepts and cilical practice. Mosby. 1999. PP 261 - 262.
- ۸- کارشناسان واحد مبارزه با بیماریها. کانسر ریجستری. مرکز بهداشت استان خراسان. ۱۳۷۵.
- 9- Dufault, Karin. " Hope:its spheres and Dimensions". Nursing clinics of north america . 2(2). 1985. PP 37 - 391.
- 10- owen, donnac. "Oncology - Nursing - Forum. 16(1). 1989. PP 75 - 79.
- 11- Carpenito, Lgndaguall. Nursing Diagnosis. 3th edition. philadelphia: J. B. Lippincott Co. 1989 -1990.
- 12- Herth, KA. "The relationshep between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer". Oncology - nurs - forum. 16(1). 1989. PP 67 - 72.
- 13- Herth , KA."Abbreviated instrument to measure hope :Development and psychometric evaluation".Journal of Advanced Nursing. Vol 17. 1992. PP 1251 - 1256.

- 14- Nowotny, Maryl. "Assessment of hope in patients with cancer, development of an instrument". *Oncology - Nursing - Forum*. 16(1). 1989. PP 57 - 61.
- 15- Forsberg, C, Bjorvell, H. "living with cancer; Perception of well - being". *J - Caring - Sci*. 10(2). 1996. PP 109 - 115.
- 16- Herth, KA. "Fostering hope in terminally- ill people ". *Journal of advanced nursing*. Vol 15. 1990. PP 1250 - 1256.
- 17- Hwang, R, Ku, N, Mao, H & etal. "Hope and related factors of breast cancer women". *Nursing - Research - chine*. 4(1). 1996. PP 35 - 46.
- 18- Ballard, A, Green, T, Mc Caa, A & etal. " A Comparision of the level of hope in patients With newly diagnosed and recurrent cancer " *Oncology - Nursing - Forum*. 24(5). 1997.