

# بررسی ارتباط بین ویژگی های سرطان و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

علی حسن پور دهکردی\*، مرضیه شبان\*\*

چکیده:

زمینه و هدف: بیماران مبتلاء به سرطان دچار مشکلات جسمی، روحی و اجتماعی زیادی می شوند که این مشکلات باعث اختلال در روند طبیعی زندگی و کیفیت آن می گردد. لذا با توجه به اینکه در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن از جمله درد، خستگی و غیره در بیماران سرطانی کمتر پرداخته شده است شناخت این عوامل به پرستاران کمک می کند تا فعالیت های خود را در جهت ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی بیماران سازماندهی نمایند. پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع ارتباطی است که به منظور بررسی ارتباط بین ویژگی های سرطان و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفته است.

روش مطالعه: در این تحقیق ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به انواع سرطان (تومورهای توپر) که به منظور شیمی درمانی به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه نموده بودند بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. گردآوری داده ها از طریق مصاحبه، گزارش خود بیمار و مراجعه به پرونده بیمار انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات بر اساس پرسشنامه Qol-BC (Quality of Breast Cancer) بود که توسط پژوهشگر تعدیل شده است. جهت دستیابی به اهداف از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده و جهت تعیین ارتباط آماری از آزمون کای دو استفاده شده است.

نتایج: یافته ها نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۳۵٪ مبتلاء به سرطان گوارش، ۳۵/۵٪ بیماران در مرحله ۳ بیماری، در ۶۱/۵٪ طول مدت بیماری از زمان تشخیص کمتر از یکسال، ۴۱٪ دارای شدت درد خفیف بودند، ۹۱٪ بیماری خود را قبول داشتند، ۸۴/۵٪ کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضا بدن از زمان بیماری داشتند و ۶۹/۵٪ شدت خستگی متوسط داشته اند.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش بیانگر آن بود که کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۶٪) متوسط بوده است در رابطه با ارتباط ویژگی های سرطان با کیفیت زندگی نتایج نشان داد که بین نوع سرطان ( $P < 0/05$ )، شدت درد ( $P < 0/05$ )، کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضا بدن ( $P < 0/05$ ) و شدت خستگی ( $P < 0/05$ ) با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد ولی بین قبول یا انکار بیماری، طول مدت بیماری از زمان تشخیص و مرحله سرطان با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود نداشت.

واژه های کلیدی: تومورهای توپر، سرطان، شیمی درمانی، کیفیت زندگی.

## مقدمه:

در طی دو دهه گذشته کیفیت زندگی یکی از مهمترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و بعنوان یکی از جنبه های مؤثر در مراقبت از بیماران مورد تأیید قرار گرفته و بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت های

\*مربی گروه داخلی جراحی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، رحمتیه- دانشکده پرستاری و مامایی - گروه پرستاری- تلفن: ۰۳۸۱-۳۳۴۱۶۹۹  
\*\* عضو هیأت علمی گروه پرستاری - دانشگاه علوم پزشکی تهران. Email: Ali-2762002 (مؤلف مسئول).

ناخوشایند و غیرقابل باوری برای هر فرد است، سرطان باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، زندگی خانوادگی دچار اختلال شده و منجر به ویرانی زندگی بیمار گردد و بخصوص بر روی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار شامل وضعیت روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، عملکرد جنسی تأثیر دارد (۱۶). در برخی از مطالعات در بیماران مبتلا به سرطان نشان داده شده که میزان علائم و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۹).

کیفیت زندگی فرد با همه عوامل بیماری سرطان از جمله نوع درمان ارتباط دارد (۱۵). ویژگی‌های سرطان شامل خستگی، مشکلات روحی، روانی، انکار بیماری، اختلال در تصویر ذهنی به دلیل تغییر در عملکرد اعضای بدن و طول مدت بیماری می‌باشد (۱۲).

از ویژگی‌های دیگر سرطان، نوع سرطان، مرحله سرطان، زمان تشخیص اولیه، پذیرش بیماری توسط بیمار، درد ناشی از سرطان، استرس‌های روانی و رفتار مراقبت‌دهندگان می‌باشند که بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر دارند (۱۳).

با توجه به افزایش شیوع سرطان و اهمیتی که تأثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا دارد و با در نظر گرفتن اینکه بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی دچار مشکلات متعددی هستند. با عنایت به اینکه در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی کمتر پرداخته شده است، شناخت این عوامل به کادر بهداشتی و درمانی جامعه کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را در جهت ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی سازماندهی نمایند مخصوصاً پرستاران که ارتباط نزدیکی با این بیماران دارند، می‌توانند تأثیر سرطان و ویژگی‌های آن را بر کیفیت زندگی بررسی کنند و با

موجود بین بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است (۶).

در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده سیاستمداران، دانشمندان و متخصصین بهداشت عمومی است و بعنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و به کار می‌رود (۷).

دستیابی به اطلاعات کیفی زندگی نه تنها راه‌گشای درمان‌های مؤثرتر و پیشرفت‌های آینده است بلکه در ارتقاء برنامه‌های حمایتی و اقدامات توانبخشی بسیار مؤثر می‌باشد. امروزه مردم خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند و از این رو دولت‌ها در سراسر جهان روز به روز بیشتر به بهبود کیفیت زندگی مردم خود توجه دارند و می‌کوشند تا ابتلاء به بیماری و مرگ را کاهش دهند و خدمات بهداشتی، تأمین رفاه جسمی، روانی، اجتماعی مردم را بیشتر کنند (۱۰).

کیفیت زندگی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که بوسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود و شادی، رضایت و افتخار، سلامتی، موفقیت‌های اقتصادی یا فرصت‌های آموزشی و خلاقیت را شامل می‌شود (۱۰). Shumeiker در سال ۱۹۹۸ کیفیت زندگی را بعنوان مفهومی چند بعدی که در برگیرنده سلامت کلی فرد شامل وضعیت روحی، روانی، اجتماعی و جسمانی می‌باشد تعریف کرده است (۱۲). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک هر فرد از زندگی، ارزشها، اهداف، استانداردها و علائق تعریف کرده است (۱۶).

از جمله اختلالاتی که شدت روی سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد بیماری‌های مزمن نظیر سرطان هستند. تشخیص سرطان تجربه بسیار

سؤالات مربوط به وضعیت خواب که شامل ۸ سؤال است. بدنه اصلی قسمت سوم بر اساس پرسشنامه QoL-BC است (۴). این ابزار توسط محققین مرکز ملی سرطان شهر هوپ از ایالت کالیفرنیا آمریکا جهت بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان طرح ریزی شده و شامل ۴۶ سؤال در ۴ حوزه وضعیت عمومی (سلامت جسمی و روانی)، فعالیت جسمی، وضعیت اجتماعی - عملکرد شغلی و وضعیت خواب می باشد. همچنین از ابزار کیفیت زندگی بیماران قلبی، دیابتی و ابزار استاندارد شده سرویس های اطلاع رسانی پزشکی در آمریکا هم استفاده شده است. به پرسشنامه فوق سؤالاتی بنا به ضرورت اضافه گردید. پاسخ هر یک از سؤالات بصورت یک معیار درجه بندی شده از امتیاز یک تا ۵ تنظیم شد که امتیاز یک نشانگر وضعیت نامطلوب و امتیاز ۵ نشانگر وضعیت مطلوب فرد است. در این پژوهش به منظور تعیین کیفیت زندگی از مجموع امتیازات کسب شده در چهار بعد فوق الذکر استفاده گردید. پژوهشگر جهت جمع آوری داده ها، شخصاً هر روز به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه نموده، پس از معرفی خود به واحد های پژوهشی که واجد شرایط بودند، هدف از انجام پژوهش را بازگو نموده و بعد از اعلام آمادگی واحدهای مورد پژوهش برای پاسخگویی، پرسشنامه توسط خود پژوهشگر از طریق مصاحبه تکمیل گردید. همچنین برای دستیابی به بعضی از اطلاعات نظیر شدت درد و خستگی از گزارش بیمار استفاده شده و این روند تا تکمیل تعداد نمونه های پژوهش ادامه داشت. برای اندازه گیری درد از مقیاس نمودار تصویری سیدل و همکاران و برای سنجش خستگی از نمودار روتن استفاده شد (۲). در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. آمار توصیفی جهت تعیین میانگین

شناسایی این عوامل گامی در جهت تعدیل این مشکلات بردارند به طوری که با ارائه مشکلات به سازمان های ذیربط اجتماعی و خانواده بیماران علاوه بر آگاهی دادن به آنان همکاری لازم را جهت بهبود کیفیت زندگی جلب نمایند.

## مواد و روشها:

در این مطالعه که به روش توصیفی از نوع ارتباطی انجام گرفت، جامعه پژوهشی را بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان (تومورهای توپر) تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران که حداقل یک دوره تحت شیمی درمانی بودند، سن آنها ۱۸ سال یا بیشتر و به طور متوسط ۴۶/۱۵ سال بود، دارای بیماریهای مزمن و پر خطر مانند دیابت نبودند و بیماران تحت درمان همزمان رادیوتراپی و شیمی درمانی نبودند تعداد این بیماران ۲۰۰ نفر اعم از زن و مرد بود. در این پژوهش روش جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه و گزارش خود بیمار و ثبت اطلاعات با مراجعه به پرونده بیمار است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه است که شامل سه قسمت می باشد: قسمت اول خصوصیات دموگرافیک، قسمت دوم شامل سؤالاتی مربوط به ویژگی های سرطان از قبیل: نوع سرطان، مرحله سرطان، طول مدت بیماری از زمان تشخیص، درد ناشی از سرطان، قبول یا انکار سرطان توسط بیمار، کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضاء بدن و میزان خستگی و قسمت سوم بررسی ابعاد کیفیت زندگی است که خود شامل چهار بخش می باشد: بخش اول سؤالات مربوط به وضعیت عمومی (سلامت جسمی و روانی) و شامل ۲۳ سؤال، بخش دوم: سؤالات مربوط به فعالیت جسمی و شامل ۱۱ سؤال، بخش سوم: سؤالات مربوط به وضعیت اجتماعی - عملکرد شغلی و شامل ۱۴ سؤال بود و بخش چهارم:

**جدول شماره ۱:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی

کیفیت زندگی	تعداد	درصد
نامطلوب	۲۲	۱۱
متوسط	۱۳۲	۶۶
مطلوب	۴۶	۲۳
جمع	۲۰۰	۱۰۰

جدول فوق نشان می دهد کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۶۶ درصد متوسط و کیفیت زندگی کمترین واحدهای مورد پژوهش ۱۱ درصد نامطلوب می باشد.

مخارج زندگی نبود، ۶۱/۵ درصد نیاز به مراقبت در منزل توسط اطرافیان داشتند، ۳۹ درصد توسط فرزندان مراقبت می شدند، ۸۴ درصد تحت حمایت هیچگونه سازمانی نبودند، رژیم دو دارویی ۴۳ درصد، ۴۱/۵ درصد بین ۳-۵ دوره شیمی درمانی شده بودند، ۳۵

و انحراف معیار و تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی از آمار استنباطی جهت یافتن ارتباط متغیرها از طریق آزمون کای دو استفاده شده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. اعتبار علمی ابزار از طریق اعتبار محتوا صورت گرفت. همچنین پایایی ابزار از روش دو نیمه کردن استفاده شد که ضریب همبستگی حاصل از نمرات دو نیمه آزمون با استفاده از فرمول اسپیرمن - براون، ۹۰ درصد محاسبه گردید.

### نتایج:

یافته های مطالعه در ۲۰۰ نفر از بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی بیانگر آن است که میانگین سن آنها ۴۶/۱۵ سال (با انحراف معیار ۱۵/۵۲)، اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۵۴/۵ درصد مذکر، ۶۵ درصد با سواد، ۵۳/۵ درصد بیکار، ۹۷ درصد تحت پوشش بیمه، ۷۹/۵ درصد درآمد خانواده تأمین کننده

**جدول شماره ۲:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی ارتباط نوع سرطان با کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۸۲.

نوع سرطان	کیفیت زندگی		نامطلوب		متوسط		مطلوب		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پستان	۱	۰/۵	۲۷	۱۳/۵	۱۵	۷/۵	۴۳	۲۱/۵		
دستگاه گوارش	۸	۴	۵۳	۲۶/۵	۱۱	۵/۵	۷۲	۳۶		
تنفسی	۶	۳	۸	۴	۴	۲	۱۸	۹		
تولید مثل	۴	۲	۹	۴/۵	۴	۲	۱۷	۸/۵		
استخوانی	۷	۳/۵	۵	۲/۵	۵	۲/۵	۱۷	۸/۵		
سایر سرطانها	۷	۳/۵	۲۰	۱۰	۶	۳	۳۳	۱۶/۵		
جمع	۲۲	۱۱	۱۳۲	۶۶	۴۶	۲۳	۲۰۰	۱۰۰		

جدول فوق نشان می دهد بیشترین درصد بیماران با سرطان های دستگاه گوارش ۲۶/۵ درصد، پستان ۱۳/۵ درصد و سایر سرطانها ۱۰ درصد، تنفسی ۴ درصد و تولید مثل ۴/۵ درصد دارای کیفیت زندگی متوسط می باشند. همچنین آزمون آماری کای دو نشان می دهد که بین نوع سرطان و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). شدت این ارتباط با استفاده از ضریب همبستگی چوپروف ۰/۱۹ محاسبه شد.



عمومی خوب داشتند، ۴۹ درصد تا حدودی از زندگی رضایت داشتند.

نتایج نشان داد بین نوع سرطان و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ) (جدول شماره ۲). ولی بین مرحله سرطان و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود نداشت. همچنین بین مدت بیماری از زمان تشخیص و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. جدول شماره ۳ نشان داد بیمارانی که از درد رنج می بردند در مقایسه با بیمارانی که هیچگونه دردی نداشتند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند و آنالیز آماری ارتباط معنا داری بین شدت درد و کیفیت زندگی نشان داد ( $P < 0/05$ ). همچنین هیچ گونه ارتباط معنی داری بین قبول یا انکار سرطان و کیفیت زندگی وجود نداشت. بیمارانی که کاهش یا از دست دادن عملکرد داشتند از کیفیت زندگی پایین تری نسبت به بیمارانی که هیچگونه کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضا نداشتند برخوردار بودند و آزمون کای دو ارتباط معنی داری بین کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضا و کیفیت زندگی نشان داد ( $P < 0/05$ ). جدول

درصد مبتلاء به سرطان گوارشی، ۳۵/۵ درصد مرحله ۳ سرطان، ۶۱/۵ درصد کمتر از یک سال از بیماریشان گذشته بود. ۶۰ درصد بیماران همیشه درد داشتند، ۵۱ درصد دردشان بین ۱-۲ ساعت طول می کشید. ۷۵/۵ درصد با فعالیت دردشان افزایش پیدا می کرد، ۸۰/۵ درصد دردشان به نواحی از بدن انتشار می یافت، ۴۲/۹ درصد محل انتشار درد شکم بود، ۳۴ درصد نوع دردشان ترسناک یا عاجز کننده بود، ۸۵ درصد بیماران می دانستند که سرطان دارند، ۹۱ درصد بیماری خود را پذیرفته بودند، ۳۹/۵ درصد بطور متوسط با بیماری خود سازگار شده بودند، ۵۲/۵ درصد قطع عضو یا ارگان داشتند، در ۳۵/۳ درصد پستان را برداشته بودند، ۹۰/۵ درصد علت قطع عضو سرطان بود، ۸۴/۵ درصد کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضا بدن را داشتند، ۶۱ درصد کاهش در عملکرد دستها و پاها داشتند، ۸۸ درصد به علت بیماری و شیمی درمانی خستگی داشتند، در رابطه با کیفیت زندگی نتایج نشان داد کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۶٪) متوسط بود که در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. ۶۴/۵ درصد وضعیت

**جدول شماره ۳:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی ارتباط متغیر شدت درد با کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۸۲.

شدت درد	کیفیت زندگی		مطلوب		متوسط		نامطلوب		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
خفیف	۱۶	۸	۴۳	۲۱/۵	۲۳	۱۱/۵	۸۲	۴۱	
متوسط	۱۰	۵	۴۴	۲۲	۸	۴	۶۲	۳۱	
شدید	۲	۱	۲۲	۱۱	۷	۳/۵	۳۱	۱۵/۵	
غیر قابل تحمل	۶	۳	۱۷	۸/۵	۲	۱	۲۵	۱۲/۵	
جمع	۳۴	۱۷	۱۲۶	۶۳	۴۰	۲۰	۲۰۰	۱۰۰	

جدول فوق نشان می دهد بیشترین درصد بیماران با شدت درد متوسط (۲۲٪)، خفیف (۲۱/۵٪)، شدید (۱۱٪) و غیر قابل تحمل (۸/۵٪) دارای کیفیت زندگی متوسط می باشند همچنین آزمون آماری کای دو نشان می دهد که بین شدت درد و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). شدت این ارتباط با استفاده از ضریب همبستگی چوپروف ۰/۱۹ محاسبه شد.

**جدول شماره ۴:** توزیع فراوانی مطلق و نسبی ارتباط متغیر شدت خستگی با کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۸۲.

کیفیت زندگی	نامطلوب		متوسط		مطلوب		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ضعیف	۰	۰	۹	۲۱	۱۰/۵	۳۹	۱۹/۵
متوسط	۱۶	۸	۴۹/۵	۲۴	۱۲	۱۳۹	۶۹/۵
شدید	۶	۳	۷/۵	۱	۰/۵	۲۲	۱۱
جمع	۲۲	۱۱	۶۶	۴۶	۲۳	۲۰۰	۱۰۰

جدول فوق نشان می دهد بیماران با بیشترین درصد شدت خستگی «متوسط» (۴۹/۵٪) و شدید (۷/۵٪) دارای کیفیت زندگی متوسط می باشند. همچنین آزمون آماری کای دو نشان می دهد که بین این دو ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). شدت این ارتباط با استفاده از ضریب همبستگی چوپروف ۰/۳۲ محاسبه شد.

کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ) که این نتیجه با مطالعه Rustone و همکاران همخوانی دارد (۱۱). نتایج مطالعات فوق بیانگر آن است که سرطانهای مختلف اثرات متفاوتی بر روی کیفیت زندگی افراد دارند. زیرا هر کدام از سرطانها عوارض و مشکلات خاصی را ایجاد می کنند که ممکن است این مشکلات و عوارض با سرطانهای دیگر متفاوت باشد به همین دلیل هم اثرات متفاوتی بر روی کیفیت زندگی دارند.

در مورد ارتباط مرحله بیماری سرطان و کیفیت زندگی نتایج این مطالعه با یافته های Vedat و همکاران (۱۳) همخوانی دارند بطوری که هر دو مطالعه نشان دادند بین مرحله سرطان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد (۴) که می تواند به دلیل حمایت اعضاء خانواده، خدمات پزشکی و پرستاری مناسب باشد. در زمینه ارتباط مدت بیماری از زمان تشخیص و کیفیت زندگی نتایج این مطالعه با مطالعه نعمت الهی و مطالعه Vedat و همکاران که بیان کردند بین طول مدت بیماری از زمان تشخیص و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود ندارد (۱۶،۴) همخوانی دارد.

شماره ۴ نشان داد بیماران که خستگی کمتری داشتند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند و آزمون کای دو ارتباط معنی داری بین شدت خستگی و کیفیت زندگی نشان داد ( $P < ۰/۰۵$ ).

## بحث:

در این مطالعه ۲۰۰ بیمار مبتلاء به سرطان تحت شیمی درمانی که متوسط سن آنها ۴۶/۱۵ سال بود مورد بررسی قرار گرفتند. (۶۶٪) بیماران کیفیت زندگی متوسط داشتند. در مطالعه نعمت الهی کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۶٪) متوسط بود (۴). Sammarco در مطالعه خود میانگین کیفیت زندگی زنان جوان (زیر ۵۰ سال) را متوسط ( $\bar{X} = 21 / 96 \pm 4 / 46$ ) گزارش کرده است (۱۴). بخشی در مطالعه خود دریافت اکثریت واحدهای تحت مطالعه (۶۶/۷٪) کیفیت زندگی متوسط داشتند (۱) و نتایج این مطالعات با تحقیق حاضر همخوانی دارد.

در رابطه با ارتباط نوع سرطان و کیفیت زندگی آزمون آماری کای دو نشان می دهد بین نوع سرطان و

ولی نتایج این مطالعه در زمینه ارتباط طول مدت بیماری از زمان تشخیص و کیفیت زندگی با مطالعه Holzner که بیان کرد طول مدت بیماری باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران سرطانی می شود همخوانی ندارد (۸).

از آنجا که مقدار اشتباه نمونه گیری در این دو تحقیق متفاوت است و ضریب اطمینان یکی از عوامل تأثیرگذار بر روی نتایج می باشد و به دنبال این موضوع تعداد نمونه در پژوهش Holzner ۸۷ نفر و در مطالعه حاضر ۲۰۰ نفر بوده است و جامعه پژوهش در مطالعه Holzner بیماران مبتلاء به سرطان پستان و در مطالعه حاضر بیماران مبتلاء به انواع سرطان تحت شیمی درمانی بوده اند بنابراین دلیل تفاوت بین نتایج این پژوهش تا مطالعه Holzner می تواند عوامل فوق باشند (۸،۳،۲).

یافته های پژوهش حاضر در مورد ارتباط بین شدت درد ناشی از سرطان و کیفیت زندگی با نتایج مطالعه Vedate و همکاران که بین درد ناشی از سرطان و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد (۱۶) همخوانی دارد ( $P < 0/05$ ). نتایج مطالعه در زمینه ارتباط قبول یا انکار سرطان و کیفیت زندگی بیانگر آن است که بین قبول یا انکار سرطان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی ارتباط آماری معنی دار وجود ندارد. نتایج این مطالعه با پژوهش Vedat و همکاران که بیان کردند بین قبول یا انکار بیماری با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد (۱۶) همخوانی ندارد ( $P < 0/05$ ). از آنجا که مقدار اشتباه نمونه گیری در این دو پژوهش متفاوت است و تعداد نمونه ها در پژوهش Vedat و همکاران ۵۰۸ نفر و در مطالعه حاضر ۲۰۰ نفر بوده است و جامعه پژوهش را در مطالعه Vedat و همکاران بیماران سرطانی سرپایی و بستری در ترکیه تشکیل داده است در حالی که در مطالعه

حاضر بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی بوده است بنابراین دلیل تفاوت بین نتایج این پژوهش با مطالعه Vedat و همکاران می تواند عوامل فوق باشد (۱۶،۳،۲).

یافته های حاضر در زمینه ارتباط بین کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضاء بدن با کیفیت زندگی با نتایج مطالعه Vedat و همکاران (۱۶) مطابقت ندارد نتایج مطالعه ما نشان داد که بین کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضاء با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ) ولی نتایج مطالعه Vedat و همکاران عکس این بود (۱۶) که باز هم علت این مسئله می تواند به دلیل تفاوت جامعه پژوهش، تعداد نمونه ها، نوع پرسشنامه روش نمونه گیری یا غیره باشد. نتایج مطالعه در زمینه ارتباط شدت خستگی با کیفیت زندگی نشان داد بین شدت خستگی و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). ولی نتایج مطالعه Holzner و همکاران نشان داد که بین شدت خستگی و کیفیت زندگی بیماران تحت مطالعه ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد (۸).

نتایج نشان داد که بین نوع سرطان، شدت درد، کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضاء بدن و شدت خستگی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد بنابراین پیشنهاد می شود پرستاران در زمینه عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی با ویژگی های سرطان آموزش های لازم را دریافت کنند تا با بهره مندی از این آموزش ها نگرش و دانش آنها در زمینه نحوه صحیح برخورد با مددجویان، مراقبت صحیح از مددجویان، پیشگیری از عوارض و مشکلات ناشی از آنها و راههای مقابله با این مشکلات، ارتقاء سطح سلامت و در نهایت بالا بردن کیفیت زندگی مددجویان تلاش کنند.



## تشکر قدردانی:

علوم پزشکی تهران و همچنین از اساتید ارجمند سرکار خانم زهرا منجمد و آقای عباس مهران صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایم.

بدینوسیله از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاران پرستاری در درمانگاه شیمی درمانی دانشگاه

---

## منابع:

1. بخشی رویا. بررسی تاثیر مشاوره پرستاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با رادیوتراپی در انستیتو کانسر شهر تهران سال ۱۳۷۸. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۳۷۸.
2. سادات صفوی شادی. بررسی میزان بکارگیری و اثر بخشی روشهای کاهنده خستگی مورد استفاده بیماران مبتلاء به سرطان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۰.
3. سرمد زهره؛ بازرگان عباس؛ حجازی الهه. روش های تحقیق در علوم رفتاری: چاپ هشتم، تهران: انتشارات آگه، ۸۰-۱۷۵، ۱۳۸۳.
4. نعمت الهی آذر. بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.
5. Black J.; Jacobs E. Pain assessment. In: Luck man and Sorensen: medical surgical nursing: From WB Saunders. Philadelphia: USA, 1037, 2000.
6. Gill M.; Feinstein Alvan R. A critical appraisal of the quality of life measurements". JAMA, 272, (8): 619-25, 1994.
7. Gugqenmous I. Quality of life. In: Gugqenmous I.; Hoziman I. Quality of life and health: From Black Well Wisenchafet. Berlin: 350, 1995.
8. Holzner B. Quality of life in breast cancer patient not enought attention for long-term survivors. J Psychometrics, 42: 117-23, 2001.
9. Northouse H. "The quality of life of African American women with breast cancer". Res Nurs Health, 22: 446-60, 1999.
10. Park. K. Quality of health. In: Park K.; Park SB. Text Book of Preventive and social medicine: From Jabalpur. India: 14<sup>th</sup> ed. 17, 1995.
11. Rustoen T. "Hope and quality of life, central issues for cancer Patient: a theoretical analysis" Cancer Nurs, 18(4): 355-60, 1994.
12. Shumuker SA. "In quality of life assessment in clinical trials. In: Shumuker SA.; Anderson RT. Psychological Test and scales: in quality of life assessment in clinical trials: From Raven Prees. NewYork: USA, 755, 1998.

13. Smiltzer A.; Bare C. Cancer assessment. In: Brunner L.; Suddarth D. Textbook of medical surgical nursing: From Lippincot. Philadelphia: USA, 21<sup>th</sup> ed. 270, 2000.
14. Sammarco A. "Perceived social support uncertainty and quality of life of younger breast cancer survivors". Cancer Nurs, 24 (3): 212-19, 2001.
15. Thacher N.; Hopwood P.; Anderson H. "Improving quality of life in patients with non small cell lung cancer: research experience with gemetabine. Eur J Cancer, 33: 8-13, 1997.
16. Vedat I.; Perihan G.; Seref K.; Ahmet O.; et al. "The relationship between disease features and quality of life in patients with Cancer". Cancer Nurs, 24(6): 491-5, 2001.

---

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۰/۱۷

تاریخ تأیید نهایی: ۱۳۸۳/۴/۲۹

