

## مقایسه کیفیت زندگی، کیفیت خواب و سازگاری اجتماعی بیماران سرطانی و افراد عادی شهر اهواز

مهدی زمستانی<sup>۱</sup>، لیلا حسن‌نژاد<sup>۲\*</sup>، علی نژادیان<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: 1392/03/08 تاریخ پذیرش 1392/05/18

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که سرطان بر روی انسان‌ها در هر جایی که زندگی می‌کنند و با هر نژاد، رنگ، زمینه‌ی فرهنگی، تحصیلی و اقتصادی تأثیر می‌گذارد. تأثیر سرطان بر کیفیت زندگی و سایر متغیرهای روان‌شناختی محققین را بر آن داشته تا مطالعات گسترده‌ای را در این زمینه انجام دهند. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی کیفیت زندگی، کیفیت خواب و سازگاری اجتماعی بیماران سرطانی و افراد عادی شهر اهواز انجام شد.

**روش کار:** نمونه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۱۰۰ نفر بیمار سرطانی و ۱۰۰ نفر عادی در شهر اهواز بودند که برای انتخاب نمونه افراد سرطانی از روش نمونه‌گیری در دسترس و برای انتخاب افراد عادی از روش نمونه‌گیری قضاوتی استفاده شد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (WHO-BREF)، پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ (PSQI)، پرسشنامه سازگاری اجتماعی (SAS) و فرم ثبت اطلاعات جمعیت شناختی بودند. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری تحلیل واریانس تک متغیری و چند متغیری (ANOVA, MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد که بین بیماران سرطانی و افراد عادی از نظر کیفیت زندگی، کیفیت خواب و سازگاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

**نتیجه‌گیری:** بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از کیفیت زندگی، کیفیت خواب و سازگاری اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند.

**کلیدواژه‌ها:** کیفیت زندگی، کیفیت خواب، سازگاری اجتماعی، بیماران سرطانی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره هفتم، ص ۴۸۲-۴۷۱، مهر ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: اهواز، بیمارستان شفا، بخش مراقبت‌های ویژه، تلفن: ۰۹۱۶۶۰۲۲۵۱۰

Email: Leila hnn@hotmail.com

### مقدمه

هزینه‌های عوارض جانبی خنثی‌کننده (۳).  
کولر و همکاران (۴) در پژوهشی نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران سرطانی پس از درمان با رادیوتراپی به طور چشمگیری کاهش می‌یابد، هم چنین تحقیقی که توسط تین تونگ و پراتی پاونیت (۵) در تایلند انجام شد نشان داد که وجود درد در بیماران سرطانی با کیفیت زندگی آن‌ها رابطه دارد و دردهای سرطانی به کل کیفیت زندگی بیماران با تأثیر بر جنبه‌های جسمی و روانی لطمه وارد می‌سازد. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم‌ترین هدف ملاحظات درمانی نام می‌برند و حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیمارهای مزمن است که درمان قطعی برای بیماری

تشخیص سرطان بیش از هر بیماری دیگری در افراد فشار روانی ایجاد می‌کند و تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیر قابل باور برای هر فرد است. سرطان باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و زندگی خانوادگی دچار اختلال شده و منجر به ویرانی زندگی بیمار می‌شود (۱)؛ با این حال تجربه سرطان برای همه افراد یکسان نیست (۲). سرطان در ابتدا ایجاد ناراحتی و علائم حاد در بیمار نمی‌کند ولی با شروع درمان حالت‌های نامطبوع مانند تهوع و استفراغ ایجاد شده که بر کیفیت زندگی فرد صدمه می‌زند. عدم کنترل مناسب این عوارض سبب تشدید اثرات منفی بر کیفیت زندگی بیماران شده و ممکن است هر نوع مزیتی از این افزایش بقا را به دلیل افزایش

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی، بیمارستان شفا اهواز (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> پزشک عمومی، بیمارستان شفا اهواز

امروزه ارزیابی درمان بیماری‌ها باید شامل ارزیابی اثر آن بر روی سلامتی و کیفیت زندگی باشد (۲۱) کیفیت زندگی بیماران سرطانی حاصل اثر متقابل سلامت و متغیرهای روانی - اجتماعی است (۴). با توجه به موارد ذکر شده هدف کلی پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی، کیفیت خواب و سازگاری اجتماعی بیماران سرطانی و افراد عادی است.

### مواد و روش‌ها

روش این پژوهش علی - مقایسه‌ای می‌باشد که در سال ۱۳۹۰ و در شهر اهواز انجام شده است. در این پژوهش جهت تحلیل داده‌های بدست آمده از نرم افزار آماری SPSS و از آزمون آماری تحلیل واریانس یک متغیری و تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شده است.

نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران سرطانی و افراد عادی شهر اهواز بود که در طول اجرای پژوهش در این شهر زندگی می‌کردند. نمونه پژوهش حاضر مشتمل بر ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر بیمار سرطانی و ۱۰۰ نفر عادی) می‌باشد که از میان جامعه شهر اهواز برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه افراد سرطانی از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که با مراجعه به بخش شیمی درمانی بیمارستان شفا واقع در شهر اهواز و با همکاری کارکنان این بخش اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها در میان ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به این بیمارستان گردید. با توجه به ملاحظات اخلاقی در این پژوهش از نوشتن نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها خودداری به عمل آمد. پس از انتخاب نمونه بیماران سرطانی، برای انتخاب افراد عادی با استفاده از روش نمونه‌گیری قضاوتی، از میان افراد عادی شهر اهواز که از نظر خصوصیات جمعیت شناختی بیشترین شباهت را با افراد سرطانی داشتند، ۱۰۰ نفر به عنوان نمونه‌ی عادی انتخاب گردید. لازم به ذکر است، با توجه به اینکه توان آزمون برابر ۰/۹۵۴ محاسبه شده است، لذا تعداد نمونه ۲۰۰ نفر برای انجام تحلیل‌ها مجاز می‌باشد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: ۱- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL - BREF). این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با استفاده از ۲۴ سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد (چهار حیطه به ترتیب دارای ۷ و ۶ و ۳ و ۸ سؤال می‌باشند). در ضمن این پرسشنامه دو سؤال دیگر نیز دارد که به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این پژوهش از این دو سؤال برای بررسی

آن‌ها شناخته شده نیست (۶). کیفیت زندگی در انکولوژی<sup>۱</sup> مدرن یکی از مهم‌ترین پارامترهایی است که به عنوان موفقیت در درمان سرطان مورد استفاده قرار می‌گیرد (۷). یکی از شاخص‌های با ارزش در ارزیابی کیفیت زندگی و سلامتی، کیفیت خواب است (۸). کیفیت زندگی و فعالیت افراد در ساعات بیداری تا حد زیادی تحت تأثیر کیفیت خواب آن‌ها قرار دارد چرا که خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است که برای حفظ و نگهداری انرژی، وضعیت ظاهری و رفاه جسمی لازم است (۹) و یکی از پروسه‌های حیاتی رفتاری و روانی برای عملکرد مناسب در ارگانسیم است (۸). مشکلات خواب انعکاس منفی بر کیفیت زندگی بیماران به جای می‌گذارد (۱۰). وضعیت پزشکی با اختلالات خواب رابطه معنی‌داری دارد (۱۱). بیماران سرطانی در مقایسه با سایر بیماران کیفیت خواب ضعیف‌تری دارند (۱۲). بیش از ۶۷ درصد بیماران سرطانی بستری در بیمارستان مشکل بی خوابی دارند (۱۳). اختلالات خواب به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار منفی بر کیفیت زندگی از سوی بیماران سرطانی گزارش شده است (۱۴). مشکلات خواب بیماران سرطانی باعث کیفیت زندگی ضعیف‌تر و خستگی مزمن و فشار عصبی می‌شود (۱۵). پاتوفیزیولوژی در اختلالات خواب بیماران سرطانی هنوز کاملاً مشخص نشده است اما از بی‌نظمی‌های ریتم شبانه روزی، تغییر کورتیزول، ملاتونین و سایتوکین‌ها می‌توان یاد کرد (۱۶).

کیفیت زندگی بیماران سرطانی حاصل اثر متقابل سلامت و متغیرهای روانی، اجتماعی است. نگرانی در مورد کیفیت زندگی و نیازهای روانی - اجتماعی این بیماران از دهه گذشته به شدت افزایش یافته چرا که تاکنون توجه کمی به سازگاری عاطفی، اجتماعی این افراد شده است. آنچه ذهن بسیاری از محققین را به خود معطوف کرده توانایی بیماران سرطانی برای کنار آمدن با محیط اجتماعی اطرافشان می‌باشد، زیرا محیط اجتماعی قادر است سلامت آن‌ها را ارتقاء بخشد و شخص را از تأثیرات منفی و استرس‌های ناشی از بیماری مصون بدارد (۱۷). این بیماری ممکن است افراد را منزوی کرده و بر سازگاری اجتماعی آن‌ها اثر گذاشته و فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها را محدود سازد و حتی برخی از بیماران از صحبت کردن با دیگران در خصوص بیماری و نگرانی‌هایشان اجتناب می‌ورزند (۱۸). موشر و دانوف بارگ در پژوهشی نشان دادند که حمایت‌های اجتماعی، نوع درمان و سن بر میزان سازگاری اجتماعی این بیماران تأثیر گذار است (۱۹). بنا به گزارش ردکر و ناسی بی خوابی در بیماران سرطانی که شیمی درمانی می‌شوند رابطه منفی با کیفیت زندگی آن‌ها دارد (۲۰).

<sup>1</sup> oncology

سنجش حیطه‌های عملکرد اجتماعی بیماران افسرده که نسبت به هر دو درمان دارویی و یا روان درمانی انفرادی حساسیت دارند ساخته شده است. این آزمون برای افتراق دقیق تر اثرات درمان در زندگی روزانه بیماران بویژه در مورد تأثیر روان درمانی، واکنش متقابل آن با داروها و انطباق اجتماعی و خانوادگی بیماران بکار رفته است. ریاحی نیا (۱۳۸۱) در پژوهش خود برای محاسبه اعتبار و پایایی این آزمون از روش همبستگی و آلفای کرونباخ استفاده کرد نتایج بدست آمده عبارت بود از بالاترین مقادیر اعتبار در سازگاری و اوقات فراغت (۰/۵۰) و پایین‌ترین مقادیر در روابط خانوادگی (۰/۴۶) و هم چنین بالاترین مقادیر پایایی در زمینه سازگاری شغلی (۰/۵۲) و پایین‌ترین مقادیر در زمینه اوقات فراغت ۰/۴۱ است (۲۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه سازگاری اجتماعی با روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد.

۴- مقیاس اختصاصی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان (QLQC30). هدف از تهیه این پرسشنامه بدست آوردن اطلاعاتی درباره تأثیر بیماری و درمان بر زندگی روزمره مبتلایان به سرطان است. (۲۶). این پرسشنامه چند بعدی بود و کیفیت زندگی را در ۵ حیطه عملکردی (عملکرد جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی، اجتماعی) و ۹ حیطه علایم (خستگی، درد و تهوع، استفراغ، تنگی نفس، اسهال، یبوست، کاهش خواب و کاهش اشتها، مشکلات ناشی از ابتلا به بیماری) و یک حیطه کلی کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کند. نمره هر حیطه در گستره‌ای بین صفر تا صد تعیین می‌شود در حیطه عملکردی و حیطی کلی کیفیت زندگی نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر عملکرد و یا کیفیت زندگی است. در حالیکه در حیطه علایم نمره بالاتر بر بیشتر بودن آن علامت یا مشکل دلالت دارد (۲۷). این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۵) جهت پایایی و روایی نسخه فارسی مورد استفاده قرار گرفته است که نتایج به دست آمده بیانگر پایایی و اعتبار قابل قبول آن است (۲۸). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان با روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۵۹ به دست آمد.

#### یافته‌ها

برای آزمون فرضیه‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و تحلیل واریانس تک متغیری (ANOVA) استفاده گردید. فرضیه ۱- بین افراد عادی و بیماران سرطانی از نظر کیفیت زندگی، کیفیت خواب و سازگاری اجتماعی تفاوت وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به فرضیه‌ی

روایی چهار حیطه پرسشنامه استفاده شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت و در دامنه‌ای بین ۱ تا ۵ می‌باشد. در تحقیق شبکی (۲۲) ضرایب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۹ درصد و ۰/۸۳ درصد می‌باشد که بطور کلی بیانگر ضرایب پایایی قابل قبول پرسشنامه قابل قبول پرسشنامه مذکور است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در مبتلایان به سرطان با روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین در بیماران سرطانی به منظور تعیین اعتبار چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، به ترتیب از چهار حیطه‌ی عملکرد جسمانی، ایفای نقش، احساسی و اجتماعی در پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان استفاده شده است. ضرایب همبستگی بین این حیطه‌ها به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۷۲، ۰/۲۸ و ۰/۳۸ می‌باشد که در سطح  $p < 0/01$  معنی‌دار می‌باشد، که نشان از اعتبار سازه‌ی این مقیاس است.

۲- پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ (PSQI). این پرسشنامه یکی از مهم‌ترین مقیاس‌های به‌کار رفته در تحقیقات خارجی است. این پرسشنامه نگرش بیمار را پیرامون کیفیت خواب در طی ۴ هفته گذشته بررسی می‌نماید. پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ، هفت نمره برای مقیاس‌های ۱- توصیف کلی فرد از کیفیت خواب، ۲- تاخیر در بخواب رفتن ۳- طول مدت خواب مفید، ۴- خواب مفید (نسبت طول مدت خواب مفید از کل زمان سپری شده در رختخواب)، ۵- اختلالات خواب (بصورت بیدار شدن شبانه فرد)، ۶- میزان داروی خواب آور مصرفی، ۷- اختلال عملکرد روزانه (بصورت مشکلات تجربه شده توسط فرد در طول روز ناشی از بد خوابی) و یک نمره کلی بدست می‌دهد. نمره هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰ تا ۳ قرار می‌گیرد. نمرات ۰ و ۱ و ۲ و ۳ در هر مقیاس به ترتیب بیانگر وضعیت طبیعی، وجود مشکل ضعیف، متوسط و شدید است. پرسشنامه کیفیت خواب پترزبورگ از روایی ۰/۸۶ و پایایی ۰/۸۹ برخوردار است (۲۳). اعتبار این مقیاس برای ارزیابی کیفیت خواب بیماران مبتلا به سرطان گزارش شده است (۲۴). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه کیفیت خواب با روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۲ به دست آمد.

۳- پرسشنامه سازگاری اجتماعی (S. A. S). این آزمون دارای ۵۴ سؤال کلی است که عملکرد اجتماعی را در طول یک دوره دو هفته‌ای مورد بررسی قرار می‌دهد. مقیاس سازگاری اجتماعی برای

گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به هم تفاوت معنی‌دار دارند. لذا فرضیه ۱ تأیید می‌شود.

اول در جدول ۱ و نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها مربوط به این فرضیه در جدول ۲ آمده است. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر این است که

**جدول شماره (۱):** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی نمره‌های کیفیت زندگی، کیفیت خواب و سازگاری اجتماعی افراد گروه عادی و

بیماران سرطانی					
نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی‌داری
آزمون اثر پیلای	۰/۳۲۵	۱۵/۴۱	۳	۹۶	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۷۵	۱۵/۴۱	۳	۹۶	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۴۸۲	۱۵/۴۱	۳	۹۶	۰/۰۰۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۴۸۲	۱۵/۴۱	۳	۹۶	۰/۰۰۱

معنی‌داری وجود دارد ( $F= ۱۸/۸۷$  و  $P<۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از کیفیت خواب پایین‌تری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر سازگاری اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F= ۳۸/۰۶$  و  $P<۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از سازگاری اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند.

جدول ۲ نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمره‌های کیفیت زندگی، کیفیت خواب و سازگاری اجتماعی افراد گروه عادی و بیماران سرطانی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F= ۴۲/۸۷$  و  $P<۰/۰۰۱$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر کیفیت خواب تفاوت

**جدول شماره (۲):** نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمره‌های کیفیت زندگی، کیفیت خواب و

سازگاری اجتماعی افراد گروه عادی و بیماران سرطانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	۵۱۱۹/۳۷	۱	۵۱۱۹/۳۷	۴۲/۸۷	۰/۰۰۱
کیفیت خواب	۲۳۱/۸۹	۱	۲۳۱/۸۹	۱۸/۸۷	۰/۰۰۱
سازگاری اجتماعی	۱۷۲/۳۵	۱	۱۷۲/۳۵	۳۸/۰۶	۰/۰۰۱

است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر این است که گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به هم تفاوت معنی‌دار دارند. لذا فرضیه ۲ تأیید می‌شود.

فرضیه ۲- بین افراد عادی و بیماران سرطانی از نظر سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط (مؤلفه‌های کیفیت زندگی) تفاوت وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به فرضیه‌های دوم در جدول ۳ و نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها مربوط به این فرضیه در جدول ۴ آمده

**جدول شماره (۳):** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی نمره‌های مؤلفه‌های

کیفیت زندگی افراد گروه عادی و بیماران سرطانی

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی‌داری
آزمون اثر پیلای	۰/۵۴۲	۵۷/۶۹	۴	۱۹۵	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۵۸	۵۷/۶۹	۴	۱۹۵	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۱/۱۸	۵۷/۶۹	۴	۱۹۵	۰/۰۰۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۱۸	۵۷/۶۹	۴	۱۹۵	۰/۰۰۱

مقایسه با افراد عادی از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر روابط اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=10/69$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از روابط اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر سلامت محیطی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=20/42$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از سلامت محیطی پایین‌تری برخوردار هستند.

جدول ۴ نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمره‌های مؤلفه‌های کیفیت زندگی افراد گروه عادی و بیماران سرطانی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر سلامت جسمانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=205/45$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از سلامت جسمانی پایین‌تری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر سلامت روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=51/06$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در

**جدول شماره (۴):** نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمره‌های مؤلفه‌های کیفیت زندگی افراد گروه عادی و بیماران سرطانی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
سلامت جسمانی	3088/98	1	3088/98	205/45	0/001
سلامت روانی	655/22	1	655/22	51/06	0/001
روابط اجتماعی	39/6	1	39/6	10/69	0/001
سلامت محیط	338	1	338	20/42	0/001

و نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها مربوط به این فرضیه در جدول ۶ آمده است. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر این است که گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به هم تفاوت معنی‌دار دارند. لذا فرضیه ۳ تأیید می‌شود.

فرضیه ۳- بین افراد عادی و بیماران سرطانی از نظر کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب، خواب مفید، اختلالات خواب، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکرد روزانه (مؤلفه‌های کیفیت خواب) تفاوت وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به فرضیه سوم در جدول ۵

**جدول شماره (۵):** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی نمره‌های مؤلفه‌های

کیفیت خواب افراد گروه عادی و بیماران سرطانی

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی‌داری
آزمون اثر پیلاهی	0/334	13/74	7	192	0/001
آزمون لامبدای ویلکز	0/666	13/74	7	192	0/001
آزمون اثر هلتینگ	0/501	13/74	7	192	0/001
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	0/501	13/74	7	192	0/001

در مقایسه با افراد عادی از تأخیر در به خواب رفتن بیشتری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر طول مدت خواب تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=7/41$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از طول مدت خواب کمتری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر خواب مفید تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=9/09$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از خواب مفید کمتری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و

جدول ۶ نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمره‌های مؤلفه‌های کیفیت خواب افراد گروه عادی و بیماران سرطانی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر کیفیت ذهنی خواب تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=27/18$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از کیفیت ذهنی خواب پایین‌تری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر تأخیر در به خواب رفتن تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=46/95$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی

عادی از داروهای خواب‌آور بیشتر مصرف نمی‌کنند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر اختلالات عملکرد روزانه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=49/01$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از اختلالات عملکرد روزانه بیش‌تری برخوردار هستند.

بیماران سرطانی از نظر اختلالات خواب تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $F=0/14$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از اختلالات خواب بیش‌تر برخوردار نیستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر مصرف داروهای خواب‌آور تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $F=1/58$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد

#### جدول شماره (۶): نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمره‌های مؤلفه‌های کیفیت خواب افراد گروه عادی و بیماران سرطانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
کیفیت ذهنی خواب	۱۶/۲۴	۱	۱۶/۲۴	۲۷/۱۸	۰/۰۰۱
تأخیر در به خواب رفتن	۳۰/۴۲	۱	۳۰/۴۲	۴۶/۹۵	۰/۰۰۱
طول مدت خواب	۶/۴۸	۱	۶/۴۸	۷/۴۱	۰/۰۰۷
خواب مفید	۸/۴	۱	۸/۴	۹/۰۹	۰/۰۰۳
اختلالات خواب	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۱۴	۰/۷۰۹
مصرف داروهای خواب‌آور	۱/۴۴	۱	۱/۴۴	۱/۵۸	۰/۲۱۰
اختلالات عملکرد روزانه	۲۵/۹۲	۱	۲۵/۹۲	۴۹/۰۱	۰/۰۰۱

در جدول ۷ و نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها مربوط به این فرضیه در جدول ۸ آمده است. همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر این است که گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته به هم تفاوت معنی‌دار دارند. لذا فرضیه ۴ تأیید می‌شود.

فرضیه ۴- بین افراد عادی و بیماران سرطانی از نظر سازگاری در کار، سازگاری در اوقات فراغت، سازگاری در روابط خانوادگی، سازگاری در روابط زناشویی و استقلال اقتصادی (مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی) تفاوت وجود دارد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به فرضیه ۴ چهارم

#### جدول شماره (۷): نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی نمره‌های مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی افراد گروه عادی و بیماران سرطانی

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی‌داری
آزمون اثر پیلایی	۰/۴۴	۱۵/۲۴	۵	۹۴	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۵۵	۱۵/۲۴	۵	۹۴	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۸۱	۱۵/۲۴	۵	۹۴	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۸۱	۱۵/۲۴	۵	۹۴	۰/۰۰۱

بیماران سرطانی از نظر سازگاری در گذران اوقات فراغت تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $F=3/23$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از نظر سازگاری در گذران اوقات فراغت شبیه هم هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر سازگاری در روابط خانوادگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=5/97$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از سازگاری در

جدول ۸ نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمره‌های مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی افراد گروه عادی و بیماران سرطانی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۸ مشاهده می‌شود، بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر سازگاری در کار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=42/84$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از سازگاری در کار پایین‌تری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و

گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر استقلال اقتصادی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=38/62$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از استقلال اقتصادی پایین تری برخوردار هستند.

روابط خانوادگی پایین تری برخوردار هستند. همچنین بین افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر سازگاری در روابط زناشویی تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $F=1/48$  و  $P<0/001$ ). به عبارت دیگر با توجه بیماران سرطانی در مقایسه با افراد عادی از سازگاری در روابط خانوادگی مشابهی برخوردار هستند. همچنین بین افراد

### جدول شماره (۸): نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها روی نمره‌های مؤلفه‌های

سازگاری اجتماعی افراد عادی و بیماران سرطانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
کار	۱۶/۱۵	۱	۱۶/۱۵	۴۲/۸۴	۰/۰۰۱
اوقات فراغت	۱/۵۳	۱	۱/۵۳	۳/۲۳	۰/۰۷۵
روابط خانوادگی	۱/۸۵	۱	۱/۸۵	۵/۹۷	۰/۰۱۶
روابط زناشویی	۰/۳۴	۱	۰/۳۴	۱/۴۸	۰/۳۲۵
استقلال اقتصادی	۳۵/۰۹	۱	۳۵/۰۹	۳۸/۶۲	۰/۰۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون فرضیه در مورد مقایسه افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر کیفیت زندگی تأیید شد. این نتایج نشان داد که بیماران سرطانی از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند. این یافته با پژوهش‌های پیشین (۳۰،۲۹،۲۷،۵،۴،۲) همسو است. اثرات روانی ناشی از تشخیص سرطان و اثرات جسمی ناشی از درمان‌های آن، توأم با بسیاری از عوارض جانبی است که اثرات منفی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد (۳۱). وجود درد، خستگی مداوم، تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، اسهال، آنمی، تنگی نفس، کاهش میل جنسی، تغییرات جسمی و ساختاری مانند آلویسی (تاسی)، قطع سینه، دست و پا و سایر مشکلات جسمانی که به دنبال عوارض درمان‌های مختلف و گاه همزمان و طولانی مدت در سرطان وجود دارد، کیفیت زندگی آن‌ها را به خطر می‌اندازد تا جایی که ممکن است باعث رها کردن ادامه درمان در بیماران شود. در فرایند بیماری علاوه بر درگیر شدن جسم و تحلیل قوای جسمی و توانایی، فرد بیمار از نظر روحی و اجتماعی نیز آسیب پذیر می‌شود. به بیان بهتر سطح کیفیت زندگی وی به علت بیماری و ادامه آن پایین می‌آید. نتایج آزمون فرضیه در مورد مقایسه افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر کیفیت خواب نیز تأیید شد. این نتایج نشان داد که بیماران سرطانی از کیفیت خواب پایین تری برخوردار هستند. این یافته‌ها هماهنگ با پژوهش‌های پیشین (۳۳،۳۲،۱۷،۱۴،۱۲،۸) می‌باشد. خواب متأثر از سلامت روان و سلامت جسمی است. وجود درد و افسردگی و محدود شدن فعالیت‌های روزانه و کاهش کیفیت زندگی در بیماران سرطانی از عوامل مؤثر در کاهش کیفیت خواب آن‌ها است

(۱۷). به نظر می‌رسد بستری شدن در بیمارستان و تغییر مکان و عادت‌های معمول خواب و گاهی هم اتاقی شدن با سایر بیمارانی که گاهاً اوضاع جسمی آن‌ها وخیم است و شنیدن ناله آن‌ها در طول شب و دریافت مراقبت‌های پرستاری نظیر دارو و کنترل علائم حیاتی و تعویض سرم باعث افزایش حجم مایعات وارده به بدن از طریق سرم درمانی و افزایش حالات تهوع و استفراغ، نیاز به تخلیه ادرار را افزایش داده و باعث بیدار شدن مکرر آن‌ها در طول شب می‌شود. همچنین عدم تحرک و استراحت طولانی مدت در بستر و نداشتن سرگرمی و اوقات فراغت مناسب باعث چرت زدن‌های بی‌موقع در طول روز شده و در نتیجه کاهش زمان خواب شب را به دنبال دارد. نتایج آزمون فرضیه در مورد مقایسه افراد گروه عادی و بیماران سرطانی از نظر سازگاری اجتماعی نیز تأیید شد. این نتایج نشان داد که بیماران سرطانی از سازگاری اجتماعی کمتری برخوردار هستند. این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین (۳۴،۱۹-۳۷) هماهنگ می‌باشد. سازگار شدن با سرطان یک پروسه پیوسته است و بیماران سرطانی برای حل مشکلات مرتبط با بیماری با چالش‌های زیادی روبرو می‌شوند، آستانه تحمل و شکیبایی آن‌ها پایین آمده و در نهایت سبب کاهش توانایی انطباق و قابلیت سازگاری با اطرافیان شده، اغلب واکنش‌های نامناسب و بیش از حد نسبت به مسائل بروز می‌دهند، بی‌حوصله و کم‌طاقت شده، گاهی حتی از صحبت کردن درباره بیماریشان با دیگران اجتناب می‌ورزند و سعی در پنهان ساختن بیماریشان از دیگران دارند. پرتو درمانی، وضعیت ناسازگار داروها و عوارض جانبی آن‌ها مانند ریزش موها و همچنین از دست دادن برخی از اندام‌ها و نقص عضو به دنبال جراحی‌های مختلف، در تصویر ذهنی

زمینه‌ی فرهنگی، تحصیلی و اقتصادی تأثیر می‌گذارد (۳۸). اغلب بیماران در پاسخ به تشخیص اولیه دچار شوک و استرس شده و بروز یک بحران حاد روانی را پیریزی خواهند کرد (۳۹). سازگار شدن با سرطان یک پروسه پیوسته است و بیماران سرطانی برای حل مشکلات مرتبط با بیماری با چالش‌های زیادی روبرو می‌شوند. وجود حمایت اجتماعی می‌تواند سازگاری آن‌ها را افزایش داده، از اثرات روانشناختی بیماری بکاهد و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشد.

### تشکر و قدر دانی

این مقاله با همکاری بخش شیمی درمانی بیمارستان شفا واقع در شهر اهواز انجام شده است. نگارندگان این مقاله مراتب سپاس و امتنان خود را از تمام مسئولین و بیماران این بخش ابراز می‌دارند.

آن‌ها نسبت به خود اختلال ایجاد کرده و از اعتماد به نفس آن‌ها می‌کاهد. به همین دلیل نمی‌توانند فعالیت‌های روزمره خویش را همچون گذشته انجام دهند، دیگران مسئولیت‌هایشان را بر عهده می‌گیرند، موقعیت‌های شغلی، اقتصادی و اجتماعی‌شان به خطر می‌افتد، فرصت‌ها را از دست داده، در روابط و ایفای نقش‌شان در اجتماع اختلال ایجاد کرده و ممکن است از کار و خانواده کناره‌گیری کنند و منزوی شوند. از طرف دیگر پرداخت هزینه‌های سنگین درمانی، صرف وقت زیاد برای رادیوتراپی و شیمی درمانی بر استقلال اقتصادی بیماران سرطانی تأثیر منفی گذاشته و مجموع این عوامل منجر به کاهش سازگاری اجتماعی در آن‌ها می‌شود.

مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که سرطان بر روی انسان‌ها در هر جایی که زندگی می‌کنند و با هر نژاد، رنگ،

(Dissertation). Ahvaz: Islamic Azad University of Ahvaz; 2008. (Persian)

### References:

1. Vedat I, perinan G, Seref K, Anmet O, Fikert A. The relationship between disease Features and quality of life in patient with cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24: 490-5.
2. Shapiro, SH, Lopez A, Schwartz G, Kupfer C. Quality of life and Breast cancer: Relationship to psychosocial variable. *J clinical psychology* 2001; 57: 501-19.
3. Ream E, Richardson A, Dunn CA Facilitating patient, scoping with Fatigue during chemotherapy: pilot out comes cancer. *Nursing J* 2002; 25: 300-8.
4. Koller M, Lorenz W, Wagner K, Keli A, Troft D, Engenhart R, Nies CH. Expectation quality of life in cancer patients undergoing radiotherapy. *J royal society of Med* 2000; 93: 621-8.
5. Thien Thong S, Partheepawanit N, Lim wattanon CH, Maoleekonnpuiroj S, Lertsongunansinchai P, hanvej C. Pain end quality of life cancer patients. A multicenter study in Thailand. *J med Assocthai* 2006; 89: 1120-5.
6. Jafari, SF. The comparison of the quality of life, social support and general health of peoples with HIV and normal peoples in Ahvaz city. (Dissertation). Ahvaz: Islamic Azad University of Ahvaz; 2008. (Persian)
7. Dehghani Nayeri N, Adib Haj Bagheri M. The effectiveness of relaxation on stress and quality of life in students living in dormitory. *Feiz Quarterly* 2006; 4: 50-7. (Persian)
8. Furlani R, Ceolim MF. Sleep quality of woman with gynecological and Breast cancer. *Rev Lationo-ame Fermagem* 2006; 14: 872-8.
9. Yi H, shin K, Shin CH. Development of the sleep Quality scale. *Sleep Res* 2006; 15: 309-16.
10. Parker KP, Bliwise DM. Global cancer statistics in the year 2000. *Lancet* 2001; 2: 533-43.
11. Goldman S, Ancoli S, Bound keau R, Couley J. Sleep problem and Associated Day time fatigue in community -Dwelling older Individuals. *J Geronto logy* 2008; 3: 1069-76.
12. Vena C, parker K, Allen R, Bliwise D, Jain S, Kimble L. Sleep -wake disturbance and quality of life in patients with advanced lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33: 761-9.
13. Chen ML, Chang HK. Pysical symptom profiles of depressed and non depressed patients with cancer. *Palliate med* 2004; 8: 712-8.



14. Chen ML, Yu CH-T, Yang CH-H. Sleep disturbance and quality of life in lung cancer. *Lang cancer Jou* 2008; 62: 391-400.
15. Ancoli S, Moore PJ, Jones V. The relationship between Fatigue and sleep in cancer patients. *Eur J cancer care* 2001; 10: 245-55.
16. Paltiel O, Green Wold R. Sleep and quality of life in cancer patients. *N. J.* 2008; 49: 469 -80.
17. Cohen L, Warnek C, Rachel Fouladi R, Chaoul-Reich A. Psychological adjustment and sleep quality randomized of the effects of atibet a yoga intervention in patients with lymphoma. *American cancer society* 2004; 100: 2253-60.
18. Lepore S, Revenson A. Social constraints on disclosure and adjustment to cancer. *Social and personality psychology compass* 2007; 1: 110-21.
19. Mosher C, Danoff- Burg SH. A review of age differences in psychological adjustment to Breast cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2005;23(2-3):101-14
20. Readker S, Nancy L. Insomina, fatigue, Anxiety, Depression and quality of life cancer patiens undergoing chemotherapy. *Sch Inq Nurs Pract* 2000;14(4):275-90.
21. Mousavi B, Mir Salimi F, Soroush, MR. The quality of life in Iranian handicaps with ablation of each of two limbs. *Payesh Quarterly* 2008, 8, 303-10. (Persian)
22. Shabaki R. The quality of life, life satisfaction, attitudes of gender role and self-esteem in female and male students with low and high body image in Islamic Azad University. (Dissertation). Ahvaz: Islamic Azad University of Ahvaz; 2008. (Persian)
23. Shahri Far M. The effect of relaxation on quality of life and the rate of nurse' drowsiness while at work. (Dissertation). Ahvaz: Ahwaz Jundishapur University of Medical Sciences; 2008. (Persian)
24. Beck SH, Shwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A. Psyometric evaluation pittsburg sleep quality Indexin Cancer patient. *Pain symptom Manage* 2004; 27:40-8.
25. Riahi Nia A. The comparison of social adjustment and mental health of male and female married nurses and staff in Ahvaz city. (Dissertation). Ahvaz: Islamic Azad University of Ahvaz; 2001. (Persian)
26. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European organization for research and treatment of life in Strumpet of cancer QLQ-C30: equality of life instrument for Use in international clinic trial sin oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 365-76.
27. Safaee A, Moghimi Dehkordi B, Tabatabaee, HM. The study of validity and reliability of the quality of life questionnaire in patients with cancer. *J Armaghan-e Danesh.* 2006; 12: 79-87. (Persian)
28. Montazeri A, Holakui K, Najat S, Mohamad k, Mohamadzadeh R. The standardization of WHO quality of life questionnaire (WHO-QOL-BREF). The translation and psychometrics of the Iranian version. *J Faculty of Health and Institute of Health Research* 2005; 4: 1-12. (Persian)
29. Krouse RS. Rectal cancer: new cancer research clinical oncology. *Week ancolgy* 2009; 28: 4664 - 70.
30. Ahmed RL, Prizment A, Lazovich D, Schmitz KH, Folsom AR. Breast cancers Investigation at University of Minnesota have published new data on breast cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26:5689-96.
31. Zeighami Mohamadi Sh, Houshmand P, Koushyari MM, Smaili HA. The study of quality of life in patients under chemotherapy. *Scientific J Hamadan University of nursing faculty* 2007; 16: 5-10. (Persian)
32. Hoyt MA, Kamala S, Epstein OR, Dirksen SH. Coping style and sleep quality in men with cancer. *A behave Med* 2009; 37:88-93.

33. Tang MF, Liou TH, Lin CC. Improving sleep quality for cancer patients: benefits of a home - based exercise intervention. *Support care cancer* 2009 ; 10: 1007.
34. Love A, Scealy M, Block S, Duchens G, Couper J, Macvean M, et al. Psychological. Adjustment in newly diagnosed prostate cancer. *Oncology J* 2008; 42: 423 -9.
35. Schultz KA, Ness KK, Whitton J, Recklitis C, Zebrack B, Robison LL, et al. Behavioral and social outcomes in adolescent survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *J Clin Oncol* 2007;25(24):3649-56.
36. Lam WT, chan M, Hung M, Fielding R. Social adjustment among Chinese woman following breast cancer surgery. *Psycho- oncology J* 2009; 18: 1189-204.
37. Pearman T. Quality of life and psychosocial adjustment in gynecology cancer survivors. *Health Quality life outcome* 2003; 1: 33 -5.
38. Haghighi Sh. The efficacy of exercise on the intensity of fatigue cancerous patients under chemotherapy in Shafa hospital of Ahwaz. (Dissertation). Ahvaz: Ahwaz Jundishapur University of Medical Sciences; 2003. (Persian)
39. Aghamolae T. The principles and general tips of health services. Tehran: Andishe-e Rafee Press; 2004.

## COMPARISON OF QUALITY OF LIFE, SLEEP QUALITY AND SOCIAL ADJUSTMENT OF CANCEROUS PATIENTS WITH INTACT INDIVIDUAL IN AHVAZ CITY

*Mehdi Zemestani<sup>1</sup>, Leila Hasannejad\*<sup>2</sup>, Ali Nejadian<sup>3</sup>*

*Received: 29 May, 2013; Accepted: 9 Aug, 2013*

### **Abstract**

**Background & Aims:** Epidemiologic studies show that cancer influences human life everywhere regardless of their race, color, cultural, educational, and economic background. The effect of cancer on quality of life and other psychological variables motivates researchers to do many studies in this field. This study aimed to compare the quality of life and sleep and social adjustment of cancerous patients with intact individual in Ahvaz.

**Materials & Methods:** This study was conducted on 100 cancerous patients who were selected using the census sampling method, and 100 intact individuals who were selected using the judicative sampling method. The measures used in this study were WHO Quality of Life- BREF, Cancer Quality of life Questionnaire, Social Adjustment scale and a researcher-made demographic questionnaire. In order to analyze the data, multivariate analysis of variance (MANOVA) and uni-variate analysis of variance (ANOVA) methods were used.

**Results:** The findings showed that there was a significant difference in quality of life, sleep quality, and social adjustment between cancerous patients with intact individual.

**Conclusion:** The cancerous patients compared with the intact individuals had lower quality of life, sleep quality, and social adjustment skills.

**Keywords:** Quality of life, Sleep Quality, Social Adjustment, Cancerous patients

**Address:** Emergency Ward, Shafa Hospital, Ahvaz, Iran **Tel:** +98 9166022510

**Email:** Leila.hnn@hotmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(7): 482 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Ph.D. Student of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

<sup>2</sup> Master in Psychology, Shafa Hospital, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> General Physician, Shafa Hospital, Ahvaz, Iran