

کیفیت زندگی و تعیین کننده‌های آن در بازماندگان سرطان کولورکتال

حسینعلی نیکبخت¹؛ نیره امینی‌ثانی^{2*}؛ محمد اصغری جعفرآبادی³؛ سیدرضا حسینی⁴

چکیده

زمینه: سرطان کولورکتال سهم قابل توجهی در ایجاد ناراحتی‌های جسمانی، روانی و اجتماعی برای بیماران دارد. هدف از این مطالعه تعیین ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ارتباط آن با خصوصیات جمعیت‌شناختی و برخی ویژگی‌های بالینی در بازماندگان سرطان کولورکتال در شهرستان بابل می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی در سال 1392 بر روی 120 بازمانده سرطان کولورکتال شناسایی شده بین سال‌های 91-1386 در نظام ثبت سرطان بابل انجام گردید. پرسشنامه‌ای حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی، ویژگی‌های بیماری و نیز کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (با استفاده از پرسشنامه استاندارد EORTC-QLQ-C30) به صورت مصاحبه حضوری در منازلشان تکمیل گردید.

یافته‌ها: میانگین امتیاز نمرات کل مقیاس عملکردی در آقایان ($69/24 \pm 16/71$) به طور معنادار بیشتر از خانم‌ها ($57/67 \pm 17/87$) بود ($P=0/001$). در همه 5 بعد مقیاس عملکردی، آقایان نمرات بالاتری داشتند که این اختلاف نمرات در قسمت‌های عملکرد جسمانی، هیجانی و شناختی از نظر آماری معنادار بود. از بین متغیرهای مورد مطالعه؛ بیماری‌های همراه، شاغل بودن و تحصیلات به عنوان پیش‌گویی کننده‌های مستقل کیفیت زندگی شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی در بیماران در حد متوسط بوده و متغیرهای شاغل بودن، تحصیلات و بیماری‌های همراه با آن مرتبط است. با توانمند کردن کارکنان بهداشتی، افزایش آگاهی بیماران و خانواده‌هایشان و کنترل بهتر بیماری‌های دیگر می‌توان به بازگشت بیماران به یک زندگی فعال کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: خصوصیات جمعیت‌شناختی، کیفیت زندگی، EORTC-QLQ-C30، سرطان، کولورکتال

«دریافت: 1393/8/23 پذیرش: 1394/2/15»

1. معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

2. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

3. مرکز تحقیقات پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی جاده‌ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

4. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

*عهده‌دار مکاتبات: تبریز، خیابان گلگشت، خیابان عطار نیشابوری، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی،

Email: aminisani_n@hotmail.com

تلفن: 2- 04133357580، کدپستی: 5166614711، نامبر: 04133340634

مقدمه

زنان 20/6 و 14/3 به ازای صد هزار نفر جمعیت است. در کشورهای توسعه یافته این بیماری شایع‌تر از سایر نقاط دنیاست (1). ارتقاء روش‌های درمانی و تشخیصی منجر به افزایش بقای این بیماران شده اما تفاوت‌های جغرافیایی واضحی در بقای این سرطان در سطح دنیا وجود دارد (2). با این حال هنوز بقای نسبی 5 ساله در بسیاری از کشورها حتی کشورهای پیشرفته، کم‌تر از 65

سرطان‌ها از جمله علل مهم مرگ و میر در دنیا هستند. در سال 2012 حدود 14/1 میلیون مورد ابتلا و 8/2 میلیون مورد مرگ ناشی از سرطان در دنیا رخ داده است. سرطان کولورکتال سومین سرطان شایع دنیا با 1/4 میلیون مورد جدید در سال 2012 بوده است. همچنین میزان بروز استاندارد شده آن در دنیا به ترتیب در مردان و

درصد کل سرطان‌ها را به خود اختصاص داده است. این سرطان در مردان رتبه چهارم و در زنان رتبه سوم را دارا می‌باشد و در طی این سال‌ها نیز روند افزایشی را طی نموده است (18).

با توجه به اهمیت تأثیر این سرطان بر تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا، توجه کم‌تر جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی، تعداد اندک مطالعات قبلی انجام شده در کشور و تناقض در نتایج آن‌ها، محدودیت مطالعات قبلی از جمله عدم استفاده از پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان و استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از جمله نمونه‌های بیمارستانی که معرف کل بیماران یک منطقه نخواهند بود بر آن شدیم مطالعه‌ای با هدف تعیین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و ارتباط آن با برخی از ویژگی‌های بیماری و جمعیت‌شناختی انجام دهیم، نتایج این مطالعه کمک می‌کند گروه‌هایی از بیماران که به توجه بیشتری نیاز داشته و همچنین قسمت‌هایی از کیفیت زندگی بیماران که دچار ضعف بیشتری است مشخص شود تا با شناسایی وضعیت موجود، برنامه‌های مداخله‌ای تنظیم و ارایه گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی در سال 1392 در بابل انجام شد. با استفاده از روش تمام سرشماری، همه موارد پروزیافته سرطان کولورکتال شناسایی شده در نظام ثبت سرطان (routin data collection system) مرکز بهداشت بابل در یک دوره 6 ساله بین سال‌های 91-1386 مورد بررسی قرار گرفتند. به دلیل این‌که داده‌های موجود در نظام ثبت سرطان مبتنی بر جمعیت (Population-based) بوده لذا با اطمینان می‌توان گفت اطلاعات کلیه بیماران در نظام ثبت موجود است (در این نظام ثبت، موارد جدید سرطان از گزارش‌های منابع مختلف شامل مراکز درمانی، متخصصین بالینی و پاتولوژیست‌ها و گواهی‌های مرگ استفاده می‌شود).

درصد است (3 و 4) اما همین بهبود بقا منجر به افزایش شمار بازماندگان شده است. این بازماندگان نه تنها کیفیت زندگی پایینی دارند (5 و 6) بلکه در معرض خطر ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن جدی نیز هستند (7 و 8).

در سالیان اخیر، کیفیت زندگی به‌عنوان بخش مهمی از سلامت شناخته شده و در ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و درمانی مدنظر قرار می‌گیرد (9). امروزه بسیاری از دولت‌ها و تصمیم‌گیرندگان در سطح کلان جامعه ارتقاء کیفیت زندگی و متعاقب آن ارتقاء سلامت را جزء جدایی‌ناپذیر توسعه اجتماعی - اقتصادی می‌دانند (10). در واقع کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است (11). مطالعات متعدد بر روی اثرات منفی سرطان بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی تأکید کرده‌اند (12). علی‌رغم اهمیت موضوع هنوز کیفیت زندگی به‌عنوان یک اندازه‌گیری روتین در مراقبت از بیماران سرطانی مورد توجه قرار نگرفته است.

نتایج مطالعات انجام شده در خصوص کیفیت زندگی بازماندگان این سرطان در کشورهای توسعه‌یافته نشان می‌دهد که در اکثر مطالعات، بیماران کیفیت زندگی نسبتاً خوبی داشتند (13). در ایران مطالعات محدودی در این خصوص صورت گرفته که برخی از آن‌ها اشاره به کیفیت زندگی پایین این بیماران داشته (14) و برخی نیز کیفیت زندگی آن‌ها را خوب توصیف نموده‌اند (15). این تفاوت‌ها در نتایج می‌تواند به دلیل تنوع نمونه‌های بررسی شده، حجم کم نمونه در برخی موارد و ابزارهای سنجش متنوع باشد.

در ایران، سرطان کولورکتال یکی از شایع‌ترین سرطان‌های دستگاه گوارش است (16) به طوری که در بین سرطان‌ها رتبه چهارم (8/4٪)؛ در زنان رتبه دوم و در مردان رتبه پنجم را دارا می‌باشد. در مازندران این سرطان رتبه دوم را در بین زنان (10٪) و رتبه چهارم را در مردان (8/7٪) دارد (17). بر اساس آخرین مطالعات انجام شده در شهرستان بابل، سرطان کولورکتال در مجموع 9/1

تنگی نفس، اختلال خواب، از دست دادن اشتها، یبوست، اسهال و اثرات اقتصادی بیماری) و یک مقیاس کلی تندرستی و کیفیت زندگی می‌سنجد. نمره‌گذاری 28 سؤال در مقیاس 4 درجه‌ای (به هیچ وجه، کمی، زیاد و خیلی زیاد) و نمره‌گذاری 2 سؤال در مقیاس 7 درجه‌ای (بسیار بد تا عالی) انجام می‌شود. نمره‌دهی حیطه‌های پرسشنامه بر طبق راهنمای سازمان طراح پرسشنامه EORTC انجام شد که بر طبق آن در تمام حیطه‌ها امتیازهای اخذشده در محدوده 0-100 هستند (20). در حیطه‌های عملکردی و حیطه کلی کیفیت زندگی، نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر عملکرد و یا کیفیت زندگی بهتر است اما در حیطه علایم، نمره بالاتر بر بیشتر بودن آن علامت یا مشکل دلالت دارد. منتظری و همکاران روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه را در بیماران دچار سرطان قابل قبول گزارش کرده‌اند (12). همچنین در یک مطالعه Systematic Review که در سال 2008 توسط منتظری انجام شده، پرسشنامه EORTC-QLQ-C30 بیشترین پرسشنامه مورد استفاده در بررسی کیفیت زندگی بیماران سرطانی در دو دهه اخیر بوده است (21). جهت تعیین کیفیت زندگی، داده‌ها پس از تجزیه و تحلیل به سه طبقه خوب (امتیاز بالای 75)، متوسط (50-75) و ضعیف (کم‌تر از 50) تقسیم‌بندی شدند (22).

در این تحقیق متغیر وابسته مقیاس‌های کیفیت زندگی و متغیرهای مستقل در مرحله اول، جنسیت و محل سکونت و در مرحله دوم، کلیه متغیرهای جمعیت‌شناختی شامل جنس، محل سکونت، وضعیت تأهل، سن، داشتن بیماری‌های همراه، وضعیت اقتصادی، داشتن اعتیاد، سطح تحصیلات و شاغل بودن در نظر گرفته شد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه یک‌ساعته در منزل و با اجازه و هماهنگی قبلی با سرپرست و اعضای خانواده و با رعایت ملاحظات اخلاقی، شرح اهداف تحقیق و گرفتن رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، توسط دو پرسشگر آموزش‌دیده و با تجربه انجام شد. در پایان مصاحبه نیز آموزش و مشاوره‌های لازم به بیماران داده شد. این

ابتدا بر اساس اطلاعات برگه‌های پاتولوژی (دستورالعمل ICD-0) اطلاعات فردی و مشخصات هر تومور گرفته شده و افرادی با کدهای C18 (Colon)، C19 (Rectosigmoid)، C20 (Rectum) و C21 (Anus and Anal canal)، شامل 269 نفر شناسایی شدند. در ادامه مشخص شد که 32 بیمار ساکن بابل نیستند و در مراجعه به مراکز پاتولوژی بابل، آدرس بستگان خود را داده بودند. داشتن کدهای ذکرشده، در قید حیات بودن، ساکن فعلی شهرستان بودن و تشخیص در فاصله سال‌های زمانی ذکرشده از معیارهای ورود و عدم همکاری بیمار و عدم صحیح بودن آدرس و تلفن از معیارهای خروج از مطالعه بود. از 237 نفر، 96 نفر به دلیل فوت و 5 نفر به علت مهاجرت از پژوهش خارج شدند. از 136 بیمار باقی‌مانده هم 3 نفر به دلیل عدم همکاری و 13 نفر هم به دلیل عدم ثبت آدرس و تلفن و یا ناقص و اشتباه بودن آن وارد مطالعه نشدند. سپس برای همه 120 بیمار باقی‌مانده پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. میزان مشارکت در این مطالعه 88 درصد بود.

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، محل سکونت، میزان تحصیلات، درآمد ماهیانه، بیماری‌های همراه، طول مدت ابتلا به بیماری، داشتن بیمه تکمیلی و پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی صورت گرفت. برای این منظور از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی استفاده شده که متعلق به سازمان اروپایی پژوهش و درمان سرطان EORTC-QLQ-C30 (The European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire) است. پرسشنامه دارای 30 سؤال بوده و به‌طور خاص به‌منظور بررسی کیفیت زندگی در بیماران دچار سرطان تهیه شده است (19). این پرسشنامه کیفیت زندگی را با 15 مقیاس چندگزینه‌ای شامل 5 مقیاس عملکردی (جسمانی، ایفای نقش، شناختی، هیجانی و اجتماعی)، 9 مقیاس علایم و نشانگان (خستگی، درد، تهوع و استفراغ،

شرکت کننده در این مطالعه، 75 (62/5%) مورد مرد و مابقی زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی مردان 56/49±15/15 و زنان 57/16±12/42 سال بود. حداقل و حداکثر سن به ترتیب 18 و 89 ساله و نسبت جنسی مرد به زن 1/66 بود.

نتایج آمار توصیفی نشان داد مرد بودن، سکونت در شهرها، شاغل بودن، نداشتن بیماری‌های همراه، سن کم‌تر از 50 سال، داشتن تحصیلات، درآمد بالاتر، متأهل بودن، نداشتن اعتیاد و گذشتن بیشتر از سه سال از زمان تشخیص دارای اثر مثبت در هر سه مقیاس کیفیت زندگی (مقیاس کیفیت زندگی کلی، مقیاس عملکردی و مقیاس علایم و نشانگان) می‌باشد (جدول 1).

مطالعه مورد تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز قرار گرفته است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS 18 مورد استفاده قرار گرفت. برای مقایسه برابری دو میانگین بین متغیرهای کیفی با پیش فرض برابری واریانس‌ها از Independent-Sample T Test استفاده گردید. همچنین برای مشخص شدن اثرات خام و تطبیقی متغیرهای پیش‌گویی کننده کیفیت زندگی در مدل از آزمون ANCOVA استفاده شد. مقادیر P کم‌تر از 0/05 از لحاظ آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع 120 فرد مبتلا به بازمانده سرطان کولورکتال

جدول 1- میانگین (انحراف معیار) نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بازماندگان سرطان کولورکتال (n=120)

متغیر	گروه‌ها	فراوانی (درصد)	ابعاد مقیاس‌های کیفیت زندگی	
			کیفیت زندگی کلی	عملکردی
جنسیت	مرد	75(62/5)	56/55(17/71)	69/24(16/71)
	زن	45(37/5)	44/81(19/24)	57/67(17/87)
محل سکونت	شهر	65(54/2)	53/07(19/12)	67/38(17/36)
	روستا	55(45/8)	51/06(19/18)	61/97(18/41)
شاغل بودن	شاغل	34(28/3)	61/02(14/61)	73/92(16/32)
	غیر شاغل	86(71/7)	48/64(19/58)	61/34(17/45)
بیماری‌های همراه	ندارد	39(32/5)	61/53(19/36)	72/93(17/42)
	دارد	81(67/5)	47/63(17/34)	61/04(17/04)
سن	=> 50 سال	36(30/0)	54/16(17/30)	68/33(16/09)
	< از 50 سال	84(70/0)	51/28(19/85)	63/43(18/63)
درآمد ماهیانه خانوار به تومان	< هفتصد هزار	36(30/0)	57/63(17/74)	69/32(16/59)
	=> هفتصد هزار	84(70/0)	49/80(19/27)	63/01(18/31)
تحصیلات	با سواد	64(53/3)	57/94(18/21)	69/65(16/78)
	بی سواد	56(46/7)	45/53(18/04)	59/48(17/91)
وضعیت تأهل	متأهل	102(85/0)	53/43(19/42)	66/07(18/20)
	سایر	18(15/0)	44/90(15/69)	58/27(15/46)
اعتیاد (سیگار، قلیان یا تریاک)	ندارد	99(82/5)	53/03(19/65)	64/91(18/46)
	دارد	21(17/5)	48/01(16/00)	64/86(15/92)
سال‌های سپری شده از تشخیص	=> 3 سال	85(70/8)	51/47(18/86)	64/00(17/99)
	< 3 سال	35(29/2)	53/80(19/83)	67/11(18/01)

نمرات عملکرد در قسمت‌های عملکرد جسمانی، هیجانی و شناختی از نظر آماری معنادار بوده است. همچنین نمره کل مقیاس عملکردی بین شهری و روستایی اختلاف معناداری را نشان نمی‌دهد و در زیرمقیاس‌های آن نیز فقط در عملکرد اجتماعی، میانگین نمرات شهری‌ها به‌طور معنادار بیشتر از روستاییان بود. در مقیاس‌های عملکردی بالاترین میانگین نمرات که نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است با $80/69 \pm 21/06$ مربوط به عملکرد شناختی می‌باشد (جدول 3).

میانگین نمره کیفیت زندگی در مقیاس کیفیت زندگی کلی در مردان ($56/55 \pm 17/71$) بیشتر از زنان ($44/81 \pm 19/24$) و این اختلاف از نظر آماری معنادار بوده است ($P=0/001$). درحالی‌که میانگین نمرات این مقیاس بین شهری و روستایی اختلاف معناداری را نشان نمی‌دهد (جدول 2).

میانگین نمره کل مقیاس عملکردی در مردان ($69/24 \pm 16/71$) بیشتر از زنان ($57/67 \pm 17/87$) و از نظر آماری معنادار است ($P=0/001$). در همه 5 بعد مقیاس عملکردی، مردان نمرات بالاتری داشتند که این اختلاف

جدول 2- مقایسه میانگین (انحراف معیار) نمرات مقیاس کیفیت زندگی و مقیاس عملکردی بیماران و ارتباط آن با جنسیت و محل زندگی

تفکیک بر اساس جنسیت شهری n=65 و روستایی n=55			تفکیک بر اساس جنسیت مرد n=75 و زن n=75			کل (n=120)	نام متغیر
Pvalue	(%95 CI)	MD	Pvalue	(%95 CI)	MD		
0/567	(-4/9 - 8/9)	2/0	0/001	(4/9 - 18/6)	11/7	52/15(19/09)	کیفیت زندگی کلی
0/100	(-1/1 - 11/8)	5/4	0/001	(5/6 - 17/9)	11/6	64/9(17/98)	نمره کل
0/291	(-4/8 - 13/4)	4/6	0/002	(5/0 - 22/4)	13/7	60/00(24/18)	جسمانی
0/264	(-3/8 - 13/7)	4/9	0/259	(-3/8 - 14/2)	5/2	60/28(24/27)	مقیاس عملکردی
0/151	(-2/1 - 13/3)	5/6	0/000	(6/4 - 21/6)	14/0	67/29(21/34)	هیجانی
0/635	(-5/8 - 9/5)	1/8	0/007	(2/9 - 18/2)	10/5	80/69(21/06)	شناختی
0/012	(2/4 - 18/9)	10/6	0/052	(4/9 - 18/6)	11/7	61/25(23/29)	اجتماعی

CI=Confidence Interval ,MD=Mean Difference

جدول 3- ارتباط همزمان بین میانگین امتیازات مقیاس‌های کیفیت زندگی با کلیه متغیرهای در مطالعه (فقط موارد معنادار از لحاظ آماری در جدول ارائه شده است)

علایم و نشانگان			عملکردی			کیفیت زندگی کلی			نام متغیر
Pvalue	قدرت مشاهده شده	اندازه اثر	Pvalue	قدرت مشاهده شده	اندازه اثر	Pvalue	قدرت مشاهده شده	اندازه اثر	گروه‌ها
0/280	0/190	0/011	0/015	0/692	0/054	0/037	0/553	0/039	شاغل بودن غیر شاغل
0/012	0/713	0/056	0/090	0/396	0/026	0/015	0/687	0/053	تحصیلات با سواد بی سواد
0/022	0/637	0/048	0/014	0/694	0/054	0/005	0/820	0/072	بیماری‌های دارد همراه

آزمون مورد استفاده ANCOVA Test – Multivariate model، سطح معناداری $P<0/05$

خواهد داد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین (انحراف معیار) نمره کیفیت زندگی کلی و مقیاس عملکردی در بیماران به ترتیب با 52/15 (19/09) و 64/90 (17/98) در حد متوسط بوده است. در اکثر مطالعات مانند مطالعه حسن پور دهکردی و همکارش در تهران (11)، کرمی و همکاران در قزوین (23)، سادات آقاحسینی و همکاران در تبریز (24) و همچنین مطالعه Sammarco و همکاران که در آمریکا انجام شده (25)، کیفیت زندگی در بیماران سرطانی را متوسط ارزیابی کردند. اما طبری و همکاران در تهران (15) و Jansen و همکاران در آلمان (26)، کیفیت زندگی را خوب و در مطالعه مردانی حموله و همکارش در اهواز، کیفیت زندگی را پایین ارزیابی کردند (14). این اختلافها در مطالعات فوق ممکن است به دلیل نوع مطالعه، تشخیص اخیر بیماری در بیماران، مدت زمان سپری شده از درمان، تعداد نمونه، روش نمونه گیری و نوع پرسشنامهها باشد.

در مقیاسهای عملکردی بیشترین امتیاز که نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است با میانگین (انحراف معیار) 80/69 (21/06) مربوط به عملکرد شناختی است که مشابه مطالعات دیگر می باشد (27 و 28). همچنین سرطان کولورکتال بیشترین تأثیر را در کاهش کیفیت زندگی در مقیاسهای عملکرد جسمانی، عملکرد نقش و عملکرد اجتماعی داشته است (14 و 29). در مقیاس علایم و نشانگان بالاترین امتیاز که نشان دهنده وضعیت پایین تر کیفیت زندگی است مربوط به اثرات اقتصادی بیماری و بعد از آن به ترتیب درد، خستگی، اختلال خواب و یبوست بوده که در بیشتر مطالعات این 5 مورد عنوان شده است (27، 29 و 30). در مطالعه ای که توسط Tavoli و همکاران برای بیماران مبتلا به سرطانهای دستگاه گوارش بستری در تهران با استفاده از پرسشنامه QLQ-C30 انجام شده، میانگین نمرات عملکرد شناختی با 93/2 بالاترین و عملکرد هیجانی با 60/2 پایین ترین بوده است. در مقیاس علایم و نشانگان نیز بیشترین تأثیر مربوط به اثرات اقتصادی بیماری، کاهش اشتها، درد و

همچنین میانگین امتیازات نمره مقیاس علایم و نشانگان در آقایان به طور معنادار ($20/51 \pm 11/71$) کم تر از خانمها ($29/12 \pm 16/37$) بوده است ($P=0/003$). در زیرمقیاسها نیز آقایان نمرات کمتری داشتند. از بین 9 زیرمقیاس، این اختلاف در مقیاسهای خستگی، درد، اختلال خواب، از دست دادن اشتها و اثرات اقتصادی بیماری از نظر آماری معنادار بوده است. همچنین نمره کل مقیاس علایم و نشانگان بین شهری و روستایی، اختلاف معناداری را نشان نمی دهد و در زیرمقیاسهای آن نیز فقط در اثرات اقتصادی بیماری، میانگین نمرات شهریها کم تر از روستاییان بوده و افراد ساکن شهرها وضعیت اقتصادی بهتری داشتند، در مقیاس علایم و نشانگان، بالاترین میانگین نمرات که نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر است با 60/83 مربوط به اثرات اقتصادی بیماری و بعد از آن به ترتیب درد (37/64)، خستگی (28/42)، اختلال خواب (22/78) و یبوست (22/5) بوده است.

در ادامه کلیه متغیرهای جمعیت شناختی و بیماری شامل متغیرهای جنسیت، محل سکونت، وضعیت تأهل، سن، داشتن بیماریهای همراه، وضعیت اقتصادی، داشتن اعتیاد، سطح تحصیلات، شاغل بودن و سالهای سپری شده از تشخیص به عنوان پیش گویی کننده های کیفیت زندگی، براساس آزمون ANCOVA به صورت جداگانه (اثر خام) و ترکیبی (تطبیق داده شده) وارد مدل چندمتغیره شدند. بر اساس نتایج مدل از متغیرهای فوق فقط نداشتن بیماریهای همراه، شاغل بودن و تحصیلات بالاتر به عنوان پیش گویی کننده های مستقل کیفیت زندگی بهتر شناسایی شدند (جدول 3). همچنین براساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن بین متوسط سالهای تشخیص بیماری و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود نداشته است ($r=0/047$, $P=0/469$).

بحث

اندازه گیری کیفیت زندگی در بیماران اطلاعات باارزشی در مورد بار بیماری و اثرات جانبی درمان به ما

نتایج مطالعه نشان داد که بین متوسط سال‌های سپری‌شده از تشخیص با کیفیت زندگی ارتباط وجود نداشته است. نتایج مطالعه ما همسو با مطالعات دیگر (36) و (37) نشان‌دهنده عدم این ارتباط می‌باشد اما کرمی در مطالعه خود نشان داد طول مدت بیماری باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود (23).

این مطالعه دارای نقاط قوت چندی است از جمله استفاده از پرسشنامه استاندارد، روش نمونه‌گیری سرشماری، بررسی کیفیت زندگی در کلیه بیماران یک منطقه در منازل خود افراد و جمع‌آوری اطلاعات کامل از بیماران و خانواده‌های آن‌ها است. همچنین دسترسی به اکثریت بازماندگان (88٪) نیز از دیگر نقاط قوت این مطالعه است.

یکسان نبودن و عدم ثبت کلیه اطلاعات بیماران در برگه‌های پاتولوژی مانند Stage تومور و سنجش ارتباط آن با کیفیت زندگی، کم‌گزارش‌دهی یا بیش‌گزارش‌دهی برای کیفیت زندگی توسط بیماران، عدم وجود گروه مقایسه (افراد بدون سرطان) از محدودیت‌های مطالعه بود. در این بیماران مثل دیگر بیماری‌های مزمن به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت‌های بهداشتی است. بنابراین انجام مطالعات مداخله‌ای به‌منظور افزایش کیفیت زندگی و بررسی ارتباط کیفیت زندگی با انواع سرطان‌ها در بابل ضروری به‌نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی در بیماران در حد متوسط بوده و متغیرهای شاغل بودن، تحصیلات و بیماری‌های همراه با آن مرتبط است. این نتایج ضمن حمایت از بیماران سرطانی در بازماندگان می‌تواند راهگشای مطالعات بعدی بوده و نیز با ترسیم وضعیت موجود راه را برای انجام مداخلات لازم در جهت توجه مسئولین به اهمیت و اثربخشی وضعیت اقتصادی و معیشتی بر کیفیت زندگی، توجه مدیران عرصه سلامت به این مقوله، توانمند کردن کارکنان جهت آموزش مهارت‌های لازم به بیماران،

خستگی بوده است (27).

در بررسی کیفیت زندگی بین مردان و زنان، نتایج مطالعه نشان داد مردان در مقیاس‌های مربوطه، کیفیت زندگی بهتری داشتند. در اکثریت مطالعات، مانند مطالعه قنبری و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال رشت (31)، Gray و همکاران در بازماندگان سرطان کولورکتال اسکاتلند (32) نشان دادند که زنان کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. محدود بودن فعالیت فیزیکی زنان در بیرون از خانه، حساسیت بیشتر زنان در مواجهه با رویدادهای ناگوار و مسئولیت بیشتر زنان در قبال خانواده ممکن است در پایین بودن کیفیت زندگی زنان مؤثر باشد.

همچنین بین کیفیت زندگی در بیماران شهری و روستایی، گرچه شهری‌ها نمرات کیفیت زندگی بهتری داشتند اما از نظر آماری به سطح معناداری نرسیده و فقط در بعد عملکرد اجتماعی معنادار بوده است. مطالعات دیگر نیز مؤید این مطلب می‌باشد (33 و 34). ممکن است عملکرد اجتماعی بهتر در شهری‌ها به‌خاطر دسترسی بیشتر به امکانات و سازمان‌های حمایت‌گر باشد. در مورد مقیاس علائم و نشانگان در مطالعه، اثرات اقتصادی بیماری بسیار قابل توجه بوده و در روستاییان نیز قابل تأمل است. بنابراین برنامه‌ریزی مدون در سطح کشور، توجه به عوامل حمایتی، لزوم گسترش پوشش‌های بیمه‌ای و کمک برای هزینه‌های درمانی و معیشتی در این افراد جهت اعتلای کیفیت زندگی ضروری است.

از بین متغیرهای مورد بررسی فقط نداشتن بیماری‌های همراه، شاغل بودن و داشتن تحصیلات بالاتر، تعیین‌کننده‌های کیفیت زندگی بهتر در بازماندگان سرطان کولورکتال بوده و با آن ارتباط داشته است. در مطالعه Systematic Review با عنوان بررسی کیفیت زندگی در بازماندگان سرطان کولورکتال توسط Jansen و همکاران نشان داده شده است؛ سن، جنس، درآمد، سطح تحصیلات، تعداد بیماری‌های همراه و شبکه‌های اجتماعی، تعیین‌کننده کیفیت زندگی در بازماندگان بودند (35).

جمله آقای دکتر حبیب‌زاده، آقای میرزاد، خانم موسوی، کارکنان مرکز مشاوره و غربالگری سرطان و کلیه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت که در گردآوری داده‌های این تحقیق هماهنگی و تلاش نمودند تقدیر و تشکر نمایند.

این مقاله حاصل پایان‌نامه حسینی نیک‌بخت - دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی و طرح تحقیقاتی به شماره 220- الف دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد.

افزایش آگاهی بیماران و خانواده‌هایشان، کنترل و درمان بیماری‌های دیگر در بازماندگان سرطان، کاهش محدودیت‌های فعالیت فیزیکی و توانمند کردن بیماران جهت بازگشت به فعالیت‌های زندگی است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کمک‌ها و زحمات معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل از

References

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International agency for research on cancer; Available from: <http://globocan.iarc.fr>. 2013.
2. Hagggar FA, Boushey RP. Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clin Colon Rectal Surg.* 2009;22(4):191-7.
3. Majek O, Gondos A, Jansen L, Emrich K, Holleczeck B, Katalinic A, et al. Survival from colorectal cancer in Germany in the early 21st century. *Br J Cancer.* 2012;106(11):1875-80.
4. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. *CA Cancer J Clin.* 2013;63(1):11-30.
5. Ernst JI, Peuker M, Schwarz R, Fischbeck S, Beutel ME. Long-term survival of adult cancer patients from a psychosomatic perspective – literature review and consequences for future research. *Z Psychosom Med Psychother.* 2009;55(4):365-81.
6. Arden-Close E, Pacey A, Eiser C. Health-related quality of life in survivors of lymphoma: A systematic review and methodological critique. *Leuk Lymphoma.* 2010; 51(4):628-40.
7. Meyerhardt J, Heseltine D, Niedzwiecki D, Hollis D, Saltz LB, Mayer RJ, et al. Impact of physical activity on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: Findings from CALGB 89803. *J Clin Oncol.* 2006;24(22):3535-41.
8. Carver JR, Shapiro CL, Ng A, Jacobs L, Schwartz C, Virgo KS, et al. American Society of Clinical Oncology clinical evidence review on the ongoing care of adult cancer survivors: Cardiac and pulmonary late effects. *J Clin Oncol.* 2007;25(25):3991-4008.
9. Heller DA, Ahern FM, Pringle KE, Brown TV, Glessner MR. Change in elderly women's health-related quality of life following discontinuation of hormone replacement therapy. *BMC Women Health.* 2005;5(7):1-15.
10. Ajh N, Javadi A, Rezaei F, Honardar A, Mahmoud Babuei M. [Effects of training on quality of life in breast cancer treatment and routine care of patients with breast cancer, (Persian)]. *Iranian J Breast Dis.* 2012;5(2 and 3): 60-70.
11. Hassanpour A, Azari E. [Quality of life and related factors in cancer patients. Abstract book of national congress of care in special diseases. Ahvaz (Persian)]. *J Ahvaz Uni Med Sci.* 2006: 42.
12. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M. The European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30): translation and validation study of the Iranian version. *Support Care Cancer.* 1999;7(6):400-6.
13. Marventano S, Forjaz M, Grosso G, Mistretta A, Giorgianni G, Platania A, et al. Health related quality of life in colorectal cancer patients: state of the art. *BMC Surg.* 2013;13 Suppl 2:S15.
14. Mardani Hamole M, Shahraki vahed A. [The relationship between mental health and quality of life in cancer patients (Persian)]. *J Hamedan Uni Med Sci.* 2009;16(2):33-8.
15. Tabari F, Zakeri Moghadam M, Bahrani N, Monjamed Z. [Evaluation of the quality of life in newly recognized cancer patients (Persian)]. *Hayat.* 2007;13(2):5-12.
16. Fakheri H, Janbabai G, Bari Z, Eshqi F. [The epidemiologic, clinical and pathologic characteristics of colorectal cancers from 1999 to 2007 in Sari (Persian)]. *J Mazandaran Uni Med Sci* 2008;67(18):58-66.
17. [Cancer registration country reports 2009 (Persian). Introduction. Iran: Ministry of Health and Medical Education. Cancer Office. 2012; 16-17. Available from: <http://ircancer.ir/default.aspx?tabid=88&ArticleId=355>.
18. Nikbakht HA, Aminisani N, Asghari Jafarabadi M, Hosseini SR. [Trends in the incidence of colorectal cancer and epidemiologic and clinical characteristics of survivors in Babol city in 2007-2012 (Persian)]. *J Babol Uni Med Sci.* 2015;16(13):7-14.

19. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization For Research And Treatment Of Cancer Qlq-C30 a quality of life instrument for use in international clinical-trials in oncology. *J Natl Cancer Ins.* 1993;85(5):365-76.
20. Kobayashi K, Morita S, Shimongayoshi M, Kobayashi M, Fujiki Y, Uchid Y, et al. Effects of socioeconomic factors and cancer survivors worries on their quality of life (QOL) in Japan. *Psychooncology.* 2008;17(6):101-12.
21. Montazeri A. Is Quality of Life Data Predictive of the Survival in Cancer Patients? A rapid and systematic review of the literature. *Iranian J Cancer Prev.* 2009;2(1):1-14.
22. Safaee A, Moghimi-Dehkordi B, Zeighami B, Tabatabaee HR, Pourhoseingholi MA. Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian J Cancer.* 2008;45(3):107-11.
23. Karami O, Falahat-Pisheh F, Jahani Hashemi H, Beiraghdar N. [Quality of in cancer patiotnd in Qazvin (2007) (Persian)] . *J Qazvin Uni Med Sci.* 2010.;14(3):80-6.
24. Sadat Aghahossini S, Abdollahzadeh F, Rahmani A, Asvadi Kermani I. Quality of life in cancer patients and its related factors. *J Caring Sci.* 2012;1(2):109-14.
25. Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs.* 2001;24(3):212-9.
26. Jansen L, Herrmann A, Stegmaier C, Singer S, Brenner H, Arndt V. Health-related quality of life during the 10 years after diagnosis of colorectal cancer: a population-based study. *J Clin Oncol.* 2011 Aug 20;29(24):3263-9.
27. Tavoli A, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Melyany M. [The role of information about cancer quality of life in patients with gastrointestinal cancer (Persian)]. *Payesh.* 2007;6(3):257-6.
28. Braun DP, Gupta D, Staren ED. Quality of life assessment as a predictor of survival in non-small cell lung cancer. *BMC Cancer.* 2011;11:353. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/11/353>.
29. Ayatollahi H, MohaddeSi H, Hassanzadeh G. [Quality of life in breast cancer patients: Study in the Omid cancer research center- Urmia (Persian)]. *Iranian J Breast Dis.* 2013;5(4):35-43.
30. Esmailnasab N, Taymoori P, Darabi F. [Comparison of quality of life 3 and 9 months after surgery in patients with gasterointestinal cancer (Persian)]. *Urmia Med J.* 2013;24(4):226-34.
31. Ghanbari A, Momeni M, Joukar F, Kazemzhad Leili E. [Predictive factors of quality of life in patients with colorectal cancer, (Persian)]. *Holist Nurs Midwifery.* 2012;22(1):44-53.
32. Gray NM, Hall SJ, Browne S, Macleod U, Mitchell E, Lee A, et al. Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer. *Br J Cancer.* 2011;104(11):1697 - 703.
33. Ghanbari A, Momeni M. [Comparison of specific quality of life between urban and rural colorectal cancer patients (Persian)]. *Govaresh.* 2011;15(4):263-70.
34. Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. *Cancer Nurs.* 2001;24(1):12-9.
35. Jansen L, Koch L, Brenner H, Arndt V. Quality of life among long-term (≥ 5 years) colorectal cancer survivors-systematic review. *Eur J Cancer.* 2010;46(16):2879-88.
36. Shaban M, Monjamed Z, Mehran A, Hasanpour Dehkordi A. [The relation between the cancer characteristics and quality of life in the patients under chemotherapy (Persian)]. *Hayat.* 2004;10(3):79-84.
37. hasanpoor A, shaban M. [Relationship between cancer characteristics and quality of life in the cancer patients under chemotherapy referred to selected clinic of Tehran University of Medical Sciences (Persian)]. *J Shahrekord Uni Med Sci.* 2005;6(4):63-71.