

کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳۸۲)

علی حسن پور دهکردی*

چکیده

سابقه و هدف: بیماران مبتلا به سرطان دچار مشکلات جسمی، روحی و اجتماعی زیادی می‌شوند که این مشکلات باعث اختلال در روند طبیعی زندگی و کیفیت آن می‌گردد، لذا کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در راستای راهنمایی، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف است. با توجه به اینکه در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی کمتر پرداخته شده است و با عنایت به اینکه کارکنان بهداشتی، درمانی مخصوصاً پرستاران ارتباط نزدیکی با بیماران سرطانی دارند، لذا شناخت ابعاد مختلف کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن به کارکنان بهداشتی، درمانی کمک می‌کند که برای ارتقای سطح سلامت مددجویان تلاش مؤثرتری را انجام دهند. پژوهش حاضر به منظور بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۲ صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی، تحلیلی و مقطعی است. در این تحقیق ۲۰۰ نفر از بیماران مبتلا به انواع سرطان (تومورهای توپر) که به منظور شیمی درمانی به بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه نموده بودند، انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه، گزارش خود بیمار و مراجعه به پرونده بیمار انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه QOL - BC، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران قلبی، دیابتی و پرسشنامه استاندارد شده خدمات اطلاع‌رسانی پزشکی در آمریکا بود که توسط پژوهشگر تعدیل شده است. ابعاد کیفیت زندگی شامل وضعیت عمومی، فعالیت جسمی، وضعیت اجتماعی - عملکرد شغلی و وضعیت خواب بودند. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی از جمله آزمون مجذور کای استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که بیشتر افراد مورد پژوهش مذکر (۵۴/۵٪)، ۶۵ درصد باسواد و میانگین سن آن‌ها ۴۶/۱۵±۱۵/۵۲ سال بود. همچنین نتایج پژوهش نشان داد کیفیت زندگی بیشتر افراد مورد پژوهش (۶۶٪) نسبتاً مطلوب بوده است. در ارتباط با هر یک از ابعاد کیفیت زندگی، یافته‌ها بیانگر آن بود که بعد وضعیت عمومی، (سلامت جسمی و روانی) (۵۴٪)، بعد وضعیت اجتماعی - عملکرد شغلی (۷۸/۵٪)، بعد وضعیت خواب (۵۸٪) بیشتر افراد مورد پژوهش مطلوب بوده و بعد فعالیت جسمی بیشتر افراد مورد پژوهش (۷۴/۵٪) نسبتاً مطلوب بوده است. طبق نتایج به دست آمده بین کیفیت زندگی با شیمی درمانی ($P < ۰/۰۵$) و تعداد جلسات شیمی درمانی ($P < ۰/۰۵$) ارتباط معناداری وجود داشت ولی بین سایر متغیرهای جمعیت شناختی نظیر سن، جنس، طول مدت بیماری، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود نداشت.

بحث: با توجه به اینکه بین شیمی درمانی و تعداد جلسات شیمی درمانی با کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود دارد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیمی درمانی موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌شود. با توجه به نگرش منفی جامعه نسبت به شیمی درمانی، باید برای بیماران و خانواده آن‌ها تأثیر شیمی درمانی در کیفیت زندگی توضیح داده شود تا در درمان مشارکت فعال داشته باشند.

«دریافت: ۱۴/۲/۲۸ پذیرش: ۱۵/۱/۲۲»

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، سرطان، شیمی درمانی

مقدمه

عبارت کیفیت زندگی برای اولین بار در سال ۱۹۲۰ توسط فردی به نام پیگو و در کتابی که درباره اقتصاد و رفاه نوشته بود، به کار رفت (۱).

با شروع قرن بیستم در اکثر کشورها به خصوص کشورهای صنعتی هم‌زمان با استفاده از اقدامات پیشگیری و درمانی برای بیماری‌ها، تغییرات زیادی در مراقبت‌های بهداشتی به منظور بهبود وضعیت سلامت و بهداشت صورت گرفت که این تغییرات باعث افزایش متوسط طول عمر و ارتقای کیفیت زندگی مردم شد (۲).

تمایل به بررسی کیفیت زندگی به عنوان یکی از فرایندهای درمانی در طول دهه‌های گذشته افزایش یافت (۳).

تعاریف کیفیت زندگی بسیار متنوع است و آن را خوشحالی، رضایت‌مندی، خرسندی و احساس تندرستی تعریف کرده اند (۴). کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی توانایی انجام کار، سلامت و رفاه وضعیت روحی و روانی می باشد (۵).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک هر فرد از وضعیت زندگی با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، استانداردها که در وضعیت سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و عقاید شخصی فرد تأثیر دارد، تعریف کرده است (۶).

از جمله اختلالاتی که به شدت در سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند، بیماری‌های مزمن نظیر سرطان است. سرطان باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و زندگی خانوادگی دچار اختلال

شود و به خصوص برجسته‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار شامل وضعیت روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و عملکرد جنسی تأثیر دارد (۶). در برخی از مطالعات در بیماران مبتلا به سرطان نشان داده شده که میزان علائم و فشارهای روحی در کیفیت زندگی تأثیر دارد (۷).

کیفیت زندگی فرد با همه عوامل بیماری سرطان از جمله نوع درمان ارتباط دارد (۸). 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 (۹). از ویژگی‌های دیگر سرطان، استرس‌های روانی و رفتار مراقبت دهندگان می باشند که بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر دارند (۱۰). از بین خصوصیات جمعیت شناختی، سن بیش از بقیه خصوصیات مورد توجه قرار گرفته است زیرا بیماران جوانتر فشارهای روحی بیشتری از بیماران مسن در سال‌های اولیه تشخیص و بعد از آن دارند. از نظر وضعیت اقتصادی، درآمد پایین با بقای کمتر زنان مبتلا به سرطان پستان و در معرض تهدید قرار گرفتن سلامتی آنان همراه بوده است و بنابراین ممکن است در ارتباط با کیفیت زندگی باشد (۱۱).

با توجه به افزایش شیوع سرطان و اهمیتی که تأثیر این بیماری در تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا دارد و با در نظر گرفتن اینکه بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی دچار مشکلات متعددی هستند، و 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 برای ارتقای سطح

سلامت و بهبود کیفیت زندگی سازماندهی نمایند. مخصوصاً پرستاران که ارتباط نزدیکی با این بیماران دارند، لازم است به شناسایی جنبه‌های مختلف زندگی افراد مبتلاء به سرطان تحت شیمی‌درمانی بپردازند و با شناسایی این عوامل گامی برای تعدیل این مشکلات بردارند، به طوری که با ارایه مشکلات به سازمان‌های ذیربط اجتماعی و خانواده بیماران علاوه بر آگاهی‌دادن به آنان همکاری لازم را برای بهبود کیفیت زندگی جلب نمایند؛ لذا با توجه به مطالب بیان‌شده، مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی در بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است. حجم نمونه با انتخاب $\alpha=0/05$ و $d=0/07$ ، ۲۰۰ نفر تعیین شد. نمونه‌های پژوهش شامل ۲۰۰ بیمار مبتلا به سرطان در بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند و حداقل یک دوره شیمی‌درمانی گذرانده بودند. سن بیماران ۱۸ سال یا بیشتر بود، دارای بیماری‌های مزمن و پرخطر مانند دیابت نبودند. بیمارانی که تحت درمان هم‌زمان رادیوتراپی و شیمی‌درمانی بودند، از مطالعه حذف شدند. روش جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه و گزارش خود بیمار و ثبت اطلاعات با مراجعه به پرونده بیمار صورت می‌گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای که شامل سه قسمت بود: قسمت اول خصوصیات جمعیت شناختی؛ قسمت دوم شامل سؤالاتی مربوط به ویژگی‌های 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 دست‌دادن عملکرد اعضای بدن و میزان خستگی بود. قسمت سوم پرسشنامه شامل ابعاد کیفیت زندگی بود که خود از چهار بخش تشکیل شده بود: بخش اول: سؤالات مربوط به وضعیت عمومی (سلامت جسمی و روانی) شامل ۲۳ سؤال؛ بخش دوم: سؤالات مربوط به فعالیت جسمی شامل ۱۱ سؤال؛ بخش سوم: سؤالات مربوط به وضعیت اجتماعی - عملکرد شغلی شامل ۱۴ سؤال و بخش چهارم: سؤالات مربوط به وضعیت خواب شامل ۸ سؤال بود. بدنه اصلی قسمت سوم براساس پرسشنامه (Quality of life - breast cancer) بود (۱۲)، این پرسشنامه را پژوهشگران مرکز ملی سرطان شهر هوب از ایالت کالیفرنیا آمریکا به منظور بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان طرح‌ریزی شده و شامل ۴۶ سؤال در ۴ حوزه وضعیت عمومی (سلامت جسمی و روانی)، فعالیت جسمی، وضعیت اجتماعی - عملکرد شغلی و وضعیت خواب می‌باشد. همچنین از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران قلبی، دیابتی و پرسشنامه استاندارد شده خدمات اطلاع‌رسانی پزشکی در آمریکا استفاده شده است. به پرسشنامه فوق سؤالاتی بنا به ضرورت اضافه گردید. پاسخ هر یک از سؤالات به صورت یک معیار درجه‌بندی شده از امتیاز یک تا ۵ تنظیم شد که امتیاز یک نشانگر وضعیت نامطلوب و امتیاز ۵ نشانگر وضعیت مطلوب فرد بود. کیفیت زندگی از مجموع امتیازات کسب‌شده در چهار بعد ذکرشده تشکیل گردید. کیفیت زندگی در بعد وضعیت عمومی به سه گروه مطلوب (۸۵-۱۱۵)، نسبتاً

توصیفی برای تعیین میانگین و انحراف معیار و تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی به کاررفت واز آمار استنباطی برای یافتن ارتباط متغیرها از طریق آزمون مجذورکای استفاده شد.

یافته‌ها

سن بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی $46/15 \pm 15/52$ سال بود. در مجموع $54/5$ درصد مذکر، 65 درصد باسواد، $53/5$ درصد بیکار، و در $79/5$ درصد درآمد خانواده تأمین کننده مخارج زندگی نبود. 84 درصد تحت حمایت هیچ‌گونه سازمانی نبودند. $41/5$ درصد بین $3-5$ دوره شیمی‌درمانی شده بودند. 35 درصد مبتلا به سرطان گوارشی و $35/5$ درصد در مرحله 3 سرطان بودند. $61/5$ درصد کمتر از یک سال از بیماریشان گذشته بود. 85 درصد می‌دانستند که سرطان دارند و 91 درصد بیماری خود را پذیرفته بودند. در ارتباط با کیفیت زندگی نتایج نشان داد کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (66%) نسبتاً مطلوب بود. نتایج در خصوص هر یک از ابعاد کیفیت زندگی نشان داد: بعد وضعیت عمومی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (54%) مطلوب بود (جدول ۱). شایع‌ترین مشکل وضعیت عمومی (سلامت جسمی و روانی) زندگی به ترتیب ترس و نگرانی از آینده (29%) ، فکرکردن به بیماری و نتایج آن $(26/5\%)$ ، بی‌حوصلگی (24%) و افسردگی $(17/5\%)$ بود. بعد فعالیت جسمی بیشتر افراد مورد پژوهش $(74/5\%)$ نسبتاً مطلوب بود (جدول ۱) و بیشترین مشکل بعد فعالیت جسمی مؤثر بر کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش $(30-40\%)$ اختلال در فعالیت‌های روزمره، روابط

مطلوب $(84-54)$ و نامطلوب $(53-23)$ ، کیفیت زندگی بعد فعالیت جسمی به سه گروه مطلوب $(55-38)$ ، نسبتاً مطلوب $(37-26)$ و نامطلوب $(25-11)$ ، کیفیت زندگی بعد وضعیت اجتماعی- عملکرد شغلی به سه گروه مطلوب $(70-52)$ ، نسبتاً مطلوب $(51-33)$ و نامطلوب $(32-14)$ ، کیفیت زندگی بعد وضعیت خواب به سه گروه مطلوب $(40-28)$ ، نسبتاً مطلوب $(27-17)$ و نامطلوب $(16-8)$ و به‌طور کلی کیفیت زندگی به سه گروه مطلوب $(280-207)$ ، نسبتاً مطلوب $(206-131)$ و نامطلوب $(130-56)$ تقسیم بندی شد که شامل 5 طبقه خیلی زیاد (5) ، نسبتاً زیاد (4) ، متوسط (3) ، نسبتاً کم (2) و به‌هیچ‌وجه (1) نمره گذاری شده و در سؤالات منفی نمره سؤالات برعکس داده شده است. اعتماد علمی ابزار از طریق اعتبار محتوا صورت گرفت، برای تعیین پایایی ابزار از روش دو نیمه کردن استفاده شد و ضریب همبستگی حاصل از نمرات دو نیمه آزمون با استفاده از فرمول اسپیرمن-براون، 90 درصد محاسبه گردید. پژوهشگر برای جمع‌آوری داده‌ها، شخصاً هر روز به بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه می‌نمود و پس از معرفی خود به نمونه‌های پژوهشی که واجد شرایط بودند، هدف از انجام پژوهش را بازگو نموده و بعد از اعلام آمادگی نمونه‌های مورد پژوهش برای پاسخ‌گویی، پرسشنامه توسط خود پژوهشگر از طریق مصاحبه تکمیل می‌گردید. همچنین برای دستیابی به بعضی از اطلاعات نظیر شدت درد و خستگی از خود گزارشی استفاده شده است و این روند تا تکمیل تعداد نمونه‌های پژوهش ادامه داشت. در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد؛ آمار

در خصوص ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بیماری با کیفیت زندگی نتایج نشان‌داد بین شیمی‌درمانی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین بین تعداد جلسات شیمی‌درمانی با کیفیت زندگی ارتباط معنادار ($P < 0/05$) وجود دارد (جدول ۲)، ولی بین سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، جنس، طول مدت بیماری، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود نداشت. همچنین بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود نداشت (جدول ۳).

جدول ۲- توزیع فراوانی بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی برحسب کیفیت زندگی به تفکیک تعداد جلسات شیمی‌درمانی در بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳۸۲)

تعداد جلسات شیمی‌درمانی	کیفیت زندگی		
	نامطلوب	نسبتاً مطلوب	مطلوب
<۲	۹	۳۷	۵۵
۲-۳	۸	۶۴	۷۲
۴-۵	۴	۳۲	۳۶
>۶	۵	۳۱	۳۶
جمع	۲۲	۱۳۲	۱۵۴
	(۱۱)	(۶۶)	(۷۷)

$df=4, P < 0/001$

$x = 20/18$

* نتیجه آزمون

جنسی، حمام‌کردن، ورزش و پیاده روی بود. بعد وضعیت اجتماعی- عملکرد شغلی بیشتر نمونه‌های مورد پژوهش (۷۸/۵٪) مطلوب بود (جدول ۱) و بیشترین مشکل بعد وضعیت اجتماعی- عملکرد شغلی مؤثر بر کیفیت زندگی افراد مورد پژوهش به ترتیب هزینه‌های ناشی از درمان (۸۱٪)، محدودیت برنامه‌های آن‌ها برای آینده (۳۰٪)، محدودیت شرکت آن‌ها در مجالس میهمانی (۲۵٪) و نگرانی ازدست دادن شغل (۲۵٪) بود. بعد وضعیت خواب بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۵۸٪) مطلوب بود (جدول ۱) و بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۲۲/۵٪) به‌طور متوسط اختلال در تداوم خواب داشتند.

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی برحسب وضعیت متغیرهایی چون کیفیت زندگی، وضعیت عمومی، فعالیت جسمی، وضعیت اجتماعی- عملکرد شغلی و وضعیت خواب در بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳۸۲)

متغیر	وضعیت		
	نامطلوب	نسبتاً مطلوب	مطلوب
کیفیت زندگی	۲۲	۱۳۲	۱۵۴
	(۱۱)	(۶۶)	(۷۷)
وضعیت عمومی	۲	۹۰	۹۲
	(۱)	(۴۵)	(۴۶)
فعالیت جسمی	۶	۱۴۹	۱۵۵
	(۳)	(۷۴/۵)	(۷۷/۵)
وضعیت اجتماعی-	۴	۳۹	۴۳
عملکرد شغلی	(۲)	(۱۹/۵)	(۲۱/۵)
وضعیت خواب	۲۷	۵۷	۸۴
	(۱۳/۵)	(۲۸/۵)	(۳۱/۵)

جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی

برحسب کیفیت زندگی به تفکیک سطح تحصیلات در بیمارستان

انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۳۸۲)

تحصیلات	کیفیت زندگی		
	نامطلوب	نسبتاً مطلوب	مطلوب
باسواد	۱۵	۸۴	۳۱
	(۷/۵)	(۴۲)	(۱۵/۵)
بی سواد	۷	۴۸	۱۵
	(۳/۵)	(۲۴)	(۷/۵)
جمع	۲۲	۱۳۲	۴۶
	(۱۱)	(۶۶)	(۲۳)

* نتیجه آزمون $\chi^2 = ۰/۳۲$ ، $P = ۰/۸۵$ ، $df = ۲$

بحث

در این مطالعه کیفیت زندگی (۶۶٪) بیماران نسبتاً مطلوب بوده است، که این یافته ها با نتایج دیگر مطالعات همخوانی دارد (۱۲ و ۱۳ و ۱۴). اما در مطالعه نعمتی و همکاران (۱۵) نتایج مبین آن بود که کیفیت زندگی اکثریت افراد مورد پژوهش (۸۷/۵٪) کمتر از حد متوسط بود (۱۵). این تفاوت ممکن است به دلیل اشتباه نمونه گیری در این تحقیق و ضریب اطمینان و اختلاف تعداد نمونه در پژوهش نعمتی (۴۰ نفر) و مطالعه حاضر ۲۰۰ نفر (جامعه پژوهش در مطالعه نعمتی نوجوانان مبتلا به لوسمی و در مطالعه حاضر افراد بالای ۱۸ سال مبتلا به تومورهای توپر) باشد. نتایج پژوهش نشان داد بین شیمی درمانی با کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود دارد. این نتیجه با مطالعات دیگر همخوانی دارد که بیانگر آن هستند که بین شیمی درمانی و برداشتن غدد لنفاوی زیر

بغل با کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود دارد (۱۲). همچنین تأیید کننده نتایج دیگری است که نشان دادند بین کیفیت زندگی و تعداد جلسات شیمی درمانی ارتباط معناداری وجود دارد (۱۷). در مطالعه Northouse و همکاران دو متغیر مربوط به بیماری شامل متاستاز سرطان به غدد لنفاوی و عود سرطان باعث ایجاد اختلاف معنادار در کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان شده بود (۷) که نتایج مطالعات فوق پژوهش حاضر را تأیید می کند. همچنین نتایج مطالعه Hurny و همکاران نشان داد بین شیمی درمانی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان ارتباط آماری معنادار وجود دارد (۱۱) که مطالعه حاضر را تأیید می کند. با توجه به موارد ذکر شده می توان گفت که شیمی درمانی باعث ارتقای کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی می شود؛ بنابراین با توجه به نگرش منفی جامعه نسبت به شیمی درمانی تأثیر شیمی درمانی در کیفیت زندگی باید برای دانشجویان و بیماران کاملاً توضیح داده شود تا باعث تعدیل نگرش آن ها نسبت به شیمی درمانی شود.

در ضمن نتایج پژوهش بیانگر آن بود که بین میزان تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار وجود ندارد. مطالعه قاسمی ملایر نشان داد بین میزان تحصیلات با میزان وضعیت خانوادگی و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۱۸). همچنین نتایج مطالعه Rustoen و همکاران نشان داد بین میزان تحصیلات و برخی از جنبه های کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار وجود دارد (۱۹)، ولی یافته های این پژوهش در خصوص ارتباط بین میزان تحصیلات با کیفیت زندگی با نتایج مطالعات دیگر که بیان کردند بین میزان تحصیلات و

دو سال بود. همچنین سن آن‌ها $۴۶/۱۵ \pm ۱۵/۵۲$ سال بود، در صورتی که در مطالعات دیگر طول مدت بیماری اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش (۵۷٪) بیشتر از ۵ سال و سن ابتلا در بیشتر نمونه‌های مورد پژوهش (۶۵٪) $۷/۸$ و $۵۳/۹ \pm$ سال بود که علاوه بر این، علل دیگر تفاوت بین نتایج مطالعات فوق با مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل تفاوت جامعه پژوهش، تعداد نمونه‌ها، نوع پرسشنامه و روش نمونه‌گیری باشد (۲۱، ۱۹، ۱۶، ۱۵).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین شیمی‌درمانی و تعداد جلسات شیمی‌درمانی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار وجود دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پرستاران در خصوص عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی آموزش‌های لازم را دریافت کنند تا با بهره‌مندی از این آموزش‌ها نگرش و دانش آن‌ها در خصوص نحوه صحیح برخورد با مددجویان، مراقبت صحیح از مددجویان، پیشگیری از عوارض و مشکلات ناشی از آن‌ها و راه‌های مقابله با این مشکلات، ارتقای سطح سلامت و در نهایت بالابردن کیفیت زندگی مددجویان تلاش کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاران پرستاری در درمانگاه‌های شیمی‌درمانی بیمارستان معراج صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار وجود ندارد، هم‌خوانی دارد (۱۹، ۱۲). مقدار خطای نمونه‌گیری، تعداد نمونه‌ها (در پژوهش قاسمی ملایر ۵۰ نفر، در پژوهش Rustoen و همکاران ۳۶ نفر و در مطالعه حاضر ۲۰۰ نفر) و جامعه پژوهش (در مطالعات فوق بیماران مصروع و بیماران سرطانی سرپایی و بستری بودند، در حالی که در مطالعه حاضر جامعه پژوهش بیماران سرطانی تحت شیمی‌درمانی بوده است) از جمله عوامل مؤثر در تفاوت بین نتایج این پژوهش‌ها می‌باشد (۱۹، ۱۸، ۱۶).

یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی نظیر سن، جنس، طول مدت بیماری، وضعیت اجتماعی، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال با نتایج مطالعات دیگر که بیان کرده اند بین متغیرهای جمعیت شناختی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار وجود ندارد، هم‌خوانی دارد (۱۹، ۱۲). همچنین نتایج مطالعه دیگری نشان داد بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود ندارد (۶)، اما نتایج پژوهش Rustoen و همکاران نشان داد که بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود دارد. نتایج مطالعه Holzner و همکاران نشان داد طول مدت بیماری باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌شود (۲۱). نتایج مطالعه قاسمی ملایر بیانگر این بود که بین سطح سواد، سن شروع بیماری و تعداد حملات با کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۱۸). در مطالعه حاضر طول مدت بیماری بیشتر نمونه‌های مورد پژوهش (۸۷٪) زیر

Abstract:***Factors Affecting Quality of Life in Cancer Patients under Chemotherapy in Tehran (2004)***

Hasanpour Dehkordi, A¹.

1. Msc in Nursing, Shahr-e-Kord University of Medical Sciences.

Introduction: Cancer patients face psychosocial and physical problems, which may have an impact on the patient's quality of life (QOL). The quality of life is a powerful factor when it comes to the guidance, maintenance and increasing the level of health and culture of communities. No more attention has been paid to QOL of patients with cancer in our country. Close relation between medical health staffs, mainly nurses, and patients who are suffering from cancer will assist the medical and health staffs and the patients to better understanding the different aspects of quality of life to increase the level of health in such patients.

This research was carried out in 2004 in order to assess the QOL and its related factors in patients under going chemotherapy in the Oncology Hospital of Tehran University of Medical Science.

Materials & Methods: This Study was a descriptive and analytical design. 200 patients with different types of cancer (solid tumour) who referred to Cancer Clinic of Tehran University of Medical Sciences for chemotherapy were selected by selection sampling method. Data was collected using interview, patients' files or patients' self reports.

An American QOL questionnaire of the medical information service for diabetic patient and heart disease patient was used for data collection. The QOL questionnaire included general condition, physical activities, sleep pattern, social activities and job performance. Descriptive statistic and chi square test were used to analyse the data.

Results: The sample consisted of (54.5%) male and (65%) literate and the mean age was 46.15 ± 15.52 years old.

The results also showed that the QOL in majority of studied subjects was fairly favourable (66%). In relation to the each aspects of QOL, the majority of cancer patients under chemotherapy were living in well general status (physical and psychological health) (54%), social status and occupational function (78.5%) and sleep pattern (58%). 74.5% of subjects were fairly living in normal physical activities. There was significant correlation between chemotherapy ($P < 0.05$) and the number of chemotherapy session ($P < 0.05$) with the quality of life. There was no correlation between other demographic variables such as: age, gender, level of literacy, duration of disease, economical status, marital status and occupational status with the quality of life.

Conclusion: Since there was a significant correlation between chemotherapy and quality of life, it can be concluded that chemotherapy is an effective factor in improving quality of life in patients with cancer. Because chemotherapy is socially stigmatised, it is important to satisfy the patients with cancer and their family to play an active role in the treatment.

Key Words: Quality of Life, Cancer, Chemotherapy

منابع

1. Draper P. Qol as quality of being: an alternative to subject- object dichotomy. J Advanc Nurs 1999; 17:965-70.
2. Leininger. Qol from a transcultural nursing perspective. Medial faculty Quarterly.
3. Fallowfield I. Quality of quality of life data. Lancet 1996; 348:421-40.
4. Ketefian S. Individua: Ersus community ethical issues in quality of life. Nurs Science Quarterly 1996; 8(3):98-99.
5. Winset RP, Hathaway DK. Predictors of QOL in renal transplant recipients: bridging the gap between research and clinical practice. ANNA J 1999; 26(2): 233-39.
6. Vedat I, Perihan G, Seref K, Anderson H. Improving quality of life in patients with non small cell lung cancer: research experience with gemetabine. Eur J Cancer 2001; 33: 8-13.
7. Northouse H. The quality of life of African American women with breast cancer. Res Nurs Health 1999; 22: 446-60.
8. 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 1997; 33:8-13.
9. Shumuker SA. In quality of life assessment in clinical trials: In: Shumuker SA, Anderson RT, editors. Psychological test and scales: in quality of life assessment in clinical trials. 2nd ed. New York: Raven Press; 1998, P. 755.
10. Smiltzer A, Bare C. Cancer assessment: In: Brunner L, Suddarth D, editors. Textbook of medical surgical nursing. 22nd ed. Philadelphia: Lippincot; 2004, P. 317.
11. Hurny C, et al. Impact of adjuvant therapy on quality of life in women with node - positive operable breast cancer. Lancet 1996; 347: 1279-84.
۱۲. نعمت‌اللهی آذر، میرمحمدعلی ماندانا، جمشیدی فرشته. بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۸۲.
13. Sannarco A. Perceived social support uncertainty and quality of life of younger breast cancer survivors. Cancer Nurs 2001; 24(3): 212-19.

۱۴. بخشی رویا، دواچی اقدس، کمالی پرویز. بررسی تأثیر مشاوره پرستاری در کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با رادیوتراپی در انستیتو کانسر شهر تهران در سال ۱۳۷۸. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی؛ سال ۱۳۷۸.
۱۵. نعمتی معصومه، الحانی فاطمه، زندشهدی رضا. بررسی کیفیت زندگی نوجوانان مبتلاء به سرطان تحت شیمی‌درمانی بستری در بخش. خلاصه مقالات اولین همایش سراسری کیفیت زندگی دانشگاه تربیت مدرس، سال ۱۳۸۳؛ صفحه: ۲۵.
۱۶. سرمد زهره، بازرگان عباس، حجازی الهه. روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، چاپ هشتم، تهران، انتشارات آگه؛ سال ۱۳۸۳؛ صفحات: ۸۰-۱۷۵.
۱۷. شبانلویی رضا، متعارفی حسین. بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب تبریز. خلاصه مقالات اولین همایش سراسری کیفیت زندگی دانشگاه تربیت مدرس؛ سال ۱۳۸۳؛ صفحه: ۵۳.
۱۸. قاسمی ملایر ماهرخسار. بررسی کیفیت زندگی در بیماران مصروع مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های داخلی اعصاب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران؛ سال ۱۳۷۲.
19. Rustoen T. Hope and quality of life- central issues for cancer patient: a theoretical analysis. *Cancer Nurs* 1994; 18(4): 355-60.
۲۰. داوودی عارفه، معاریان ربابه. بررسی تأثیر برنامه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به سرطان مری بعد از عمل جراحی ازوفازکتومی در بیمارستان انستیتو تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پرستاری و مامایی؛ سال ۱۳۸۱.
21. Holzner B. Quality of life in breast cancer patient not enough attention for long-term survivors. *J Psychometrics* 2001; 42:117-23.