

بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با ویژگی‌های بیماری و اطلاعات دموگرافیک در مبتلایان به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

امیر موسی رضایی^۱، امراله ابراهیمی^۲، جهانگیر کریمیان^۳

چکیده

مقدمه: در دهه‌های اخیر، کیفیت زندگی به ویژه در بیماران مبتلا به سرطان، به دلیل شرایط نامساعد جسمی و روانی این بیماران، همواره مورد توجه متخصصان بالینی و پژوهشگران علوم بهداشتی بوده است. از طرفی، مفهوم کیفیت زندگی و ارتباط آن با ویژگی‌های بیماری سرطان و اطلاعات دموگرافیک از جمله پارامترهای قدرتمند در راستای راهنمایی، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی بیماران در جوامع و فرهنگ‌ها می‌باشد. از این رو انجام مطالعات عمیق در این حوزه، اطلاعات با ارزشی را در اختیار پرستاران قرار می‌دهد و غنای مداخلات بهداشتی-درمانی و بهبود کیفیت خدمات پرستاری را به دنبال خواهد داشت. به همین دلیل، مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با ویژگی‌های بیماری و اطلاعات دموگرافیک در مبتلایان به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به شکل مقطعی اجرا گردید. نمونه مورد پژوهش در این مطالعه شامل ۳۱۵ نفر از مبتلایان به سرطان بود که با روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه سه قسمتی متشکل از سؤالات مربوط به ویژگی‌های بیماری، اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی SF-۳۶ بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS^{۱۸} و روش‌های آمار توصیفی (توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (χ^2 test، Pearson، Mann-Whitney U، Kruskal-Wallis، Cho Proof correlation coefficient، Spearman correlation coefficient) و با ضریب اطمینان ۹۹ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: کیفیت زندگی اغلب (۶۳/۱۷ درصد) واحدهای مورد پژوهش متوسط بود. بین نوع سرطان و شدت درد ناشی از بیماری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵۰$). بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان با تعداد جلسات شیمی‌درمانی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که بیماران با تعداد جلسات بیشتر شیمی‌درمانی، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. ارتباط آماری معنی‌داری بین متغیرهای دموگرافیک و ویژگی‌های بیماری نظیر سن، جنس، وضعیت اشتغال، پذیرش یا انکار بیماری، تعداد اعضای خانواده، مرحله سرطان و طول مدت زمان سپری شده از تشخیص بیماری با کیفیت زندگی وجود نداشت. همچنین نتایج مطالعه حاضر حاکی از معنی‌دار شدن ارتباط بین وضعیت تأهل با کیفیت زندگی ($P = ۰/۰۱۸$)، میزان درآمد ماهیانه با کیفیت زندگی ($P = ۰/۰۰۱$) و وضعیت تحصیلات با کیفیت زندگی ($P = ۰/۰۰۴$) بود.

نتیجه‌گیری: برخی ویژگی‌های سرطان و شاخص‌های دموگرافیک، کیفیت زندگی بیماران را متأثر می‌سازد و ارتباط محسوسی بین آن‌ها وجود دارد. از این رو، توجه به این مقوله از سوی کادر درمانی در اعتلای کیفیت زندگی بیماران بسیار حایز اهمیت می‌باشد. در این میان بر نقش پرستاران انکولوژی تأکید می‌شود، چرا که پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم درمان، نقش مهمی در تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان بر عهده دارند. پیشنهاد می‌شود پرستاران در زمینه عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، آموزش‌های لازم را دریافت کنند تا با بهره‌مندی از این آموزش‌ها، با نگرش منطقی و دانشی غنی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، بیش از پیش مشارکت و ایفای نقش نمایند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، ویژگی‌های سرطان، اطلاعات دموگرافیک، سرطان، پرستاری

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۳

پدیرش مقاله: ۹۱/۳/۴

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir

۲- استادیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دانشیار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ایران

مقدمه

سرطان با بیش از صد نوع تومور بدخیم می‌تواند در همه افراد در تمامی گروه‌های سنی، جنسی، نژادی، قومی و نیز گروه‌های اجتماعی- اقتصادی پدیدار گردد. تمامی انسان‌ها پتانسیل ابتلا به این بیماری را دارند و هیچ کس در این امر مستثنی نیست (۱). به طور تخمینی، سالانه ۱/۶ میلیون مورد جدید سرطان در دنیا تشخیص داده می‌شود که ۱/۳ میلیون نفر آن‌ها در اثر سرطان می‌میرند (۲).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، انتظار می‌رود آمار ابتلای ۱۰ میلیون نفری سال ۲۰۰۰ به ۱۵ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ برسد که ۶۰ درصد آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه یافته جهان است. پیش‌بینی این سازمان، افزایش موارد مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها به ۹ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ و ۱۱/۴ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ با نسبت حدود ۷۰ درصد از مرگ و میرها در کشورهایی با درآمد پایین یا متوسط می‌باشد. بروز سالانه سرطان‌ها در کشور ما حدود ۷۰۰۰۰ مورد و مرگ و میر حدود ۳۰۰۰۰ نفر است. با توجه به افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در کشور، انتظار می‌رود که در دهه‌های آینده میزان بروز سرطان به صورت قابل توجهی افزایش یابد (۳).

در واقع، در خصوص موارد ابتلا به سرطان در ایران آمار دقیقی در دسترس نیست، اما سروری زنجانی به نقل از بهرامی در گزارش خود میزان بروز سرطان در کشورمان را بر حسب جنس شامل ۱۱۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر مرد و ۹۸ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر زن برآورد کرده است. سرطان یک بیماری مزمن و مخرب است که بر تمامی جنبه‌های زندگی فرد تأثیر می‌گذارد و توجه ویژه به بحث کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان را می‌طلبد (۴).

مفهوم کیفیت زندگی در تعریف سازمان جهانی بهداشت (به نقل از Testa و Simonson) در سال ۱۹۹۳ شامل تصورات اشخاص از موقعیتشان در زمینه زندگی، فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، استانداردها و نگرانی‌هایشان می‌باشد (۵-۶). کیفیت زندگی، احساس خوب بودنی است که از رضایت یا عدم

رضایت از آن دسته از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم هستند، ناشی می‌شود. کیفیت زندگی حوزه‌های سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی و خانوادگی را شامل می‌شود (۷). کیفیت زندگی یک ساختار چند بعدی دارد که در ابعاد مختلف عملکردی، اجتماعی، روانی و عاطفی مورد بررسی قرار می‌گیرد. این پارامترها شاخص‌های مهمی از عملکرد بیمار را بعد از تشخیص و درمان سرطان نشان می‌دهند. از شایع‌ترین مواردی که در مطالعات کیفیت زندگی مورد تحقیق و بررسی قرار می‌گیرد، مسایل مربوط به بیماران سرطانی است (۸). در واقع، بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابلی وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم مربوط به آن، اثری مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (۹).

در سالیان اخیر، علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، از جمله سرطان، افزایش چشم‌گیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به صورت نوعی هدف در آمده است (۱۰). کیفیت زندگی فرد با همه عوامل بیماری سرطان ارتباط دارد، که از آن با عنوان ویژگی‌های سرطان یاد می‌شود. 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. از ویژگی‌های دیگر سرطان، نوع سرطان، مرحله سرطان، زمان تشخیص اولیه، پذیرش بیماری توسط بیمار، درد ناشی از سرطان، استرس‌های روانی و رفتار مراقبت دهندگان می‌باشد که بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارند (۱۱). تشخیص سرطان تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیر قابل باور برای هر فرد است. سرطان باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و زندگی خانوادگی فرد دچار اختلال شود و منجر به ویرانی زندگی بیمار گردد. این تأثیرات به خصوص جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار شامل وضعیت روحی، روانی، اجتماعی و اقتصادی و عملکرد جنسی را در بر می‌گیرد. برخی از مطالعات در بیماران مبتلا به سرطان همچون مطالعه Koenig حاکی از آن است که شدت بیماری

را در جهت ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی این بیماران سازمان‌دهی نمایند؛ از این‌رو محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با ویژگی‌های بیماری و اطلاعات دموگرافیک در مبتلایان به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، طراحی و اجرا نمایند.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی همبستگی می‌باشد که به شکل مقطعی اجرا شد. حجم نمونه با حدود اطمینان ۹۹ درصد ($\alpha = 0.01$)، ۳۱۵ نفر تعیین شد که در مدت زمان ۴ ماه به روش نمونه‌گیری در دسترس، وارد مطالعه گردیدند. سن بالاتر از ۱۸ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان با تأیید پزشک متخصص، حداقل گذشت ۹ ماه از تشخیص بیماری، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن همچون دیابت و عدم مشکلات روانی شناخته شده از جمله معیارهای ورود بودند. بیمارانی که تحت درمان هم‌زمان رادیوتراپی و شیمی‌درمانی بودند، از مطالعه حذف شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه و گزارش خود بیمار و ثبت اطلاعات با مراجعه به پرونده بیمار صورت گرفت.

جهت گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه سه قسمتی استفاده شد. قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیماران شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی بود. قسمت دوم پرسش‌نامه متشکل از اطلاعات مربوط به ویژگی‌های بیماری سرطان نظیر طول مدت سپری شده از تشخیص، مرحله سرطان، نوع سرطان، درد ناشی از سرطان، قبول یا انکار بیماری از سوی بیمار و تعداد جلسات شیمی‌درمانی می‌شد و قسمت سوم مربوط به پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (The short form 36 health survey) بود.

پرسش‌نامه استاندارد بین‌المللی کیفیت زندگی فرم ۳۶ سؤالی، در بردارنده ۸ مقیاس یا مفهوم می‌باشد که شامل عملکرد فیزیکی (Physical function)، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی و هیجانی

و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد (۱۲) و در برخی دیگر، همچون مطالعه Smeltzer کیفیت زندگی فرد با همه عوامل بیماری سرطان از جمله نوع درمان ارتباط داشته است (۱).

تشخیص سرطان حادثه‌ای بسیار استرس‌زا است که تأثیری عمیق بر جنبه‌های مختلف زندگی روزانه مبتلایان دارد (۱۳). بدین علت ابتلا به سرطان، به دلیل تحت تأثیر قرار دادن ابعاد مختلف کیفیت زندگی اهمیتی خاص می‌یابد. بررسی کیفیت زندگی در مطالعات سلامتی از این لحاظ حایز اهمیت است که به عنوان یک اقدام کمکی در سنجش میزان بهبودی بیماران و همچنین روشی کمک‌کننده در ارزیابی نتایج درمان‌های مختلف می‌باشد (۱۴).

با بررسی کیفیت زندگی بیماران و شناسایی اثرات بیماری و دیگر اطلاعات دموگرافیک بر ابعاد مختلف زندگی آنان، می‌توان روش‌های درمانی مناسب‌تری را به کار برد و نتایج درمانی را در مدت زمان کوتاهی ارزشیابی کرد و در بهبود آن کوشید (۱۵). همچنین، از نتایج حاصل از اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران می‌توان برای بررسی ناتوانی گروه‌ها و جمعیت‌های متفاوت بهبود یافته از سرطان، بررسی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده، مقایسه مزایا و معایب درمان‌ها، غربال‌گری افراد در معرض خطر مشکلات روحی-روانی، اجتماعی و پیگیری بهبود یافتگان و بازماندگان سرطان استفاده کرد. پرستاران با شناسایی ابعاد مختلف زندگی افراد مبتلا، نه تنها در جهت تعدیل این مشکلات می‌کوشند، بلکه با ارائه مشکلات به سازمان‌های اجتماعی مربوط و خانواده بیماران، می‌توانند همکاری لازم را در جهت بهبود کیفیت زندگی جلب نمایند (۱۱).

در سالیان اخیر، با توجه به شیوع بالای سرطان و اهمیت تأثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا و با در نظر گرفتن این که بیماران مبتلا به سرطان تحت درمان، دچار مشکلات متعددی هستند و همچنین در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سرطان کمتر پرداخته شده است، شناخت این عوامل به کارکنان بهداشتی-درمانی کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود

در کشور ما نیز جهت بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت و بیماران قلبی-عروقی توسط استادان و دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس استفاده شده است. شیوه پاسخ‌گویی به سوالات پرسش‌نامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی (بلی-خیر) تا طیف لیکرت ۶ درجه‌ای متغیر است، در این ابزار افزایش نمره نشان دهنده سطح بهتر کیفیت زندگی می‌باشد (۲۴).

پژوهش‌گران با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از بیماران، اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نمودند. رعایت رازداری، ناشناسی، رضایت آگاهانه، آسیب نرساندن و حفظ حریم زندگی خصوصی پاسخ‌گویان، از مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی پژوهش بود. پرسش‌نامه‌ها برای بیماران با سواد به صورت خود-ایفا و برای سایرین به روش مصاحبه تکمیل گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری، کدبندی و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS_{۱۸} و روش‌های آمار توصیفی (توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (χ^2 test, Cho Proof correlation coefficient, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis و Spearman correlation coefficient)، با ضریب اطمینان ۹۹ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌های مورد پژوهش $47/5 \pm 3/8$ سال بود. ۱۷۸ نفر (۵۶/۵۰ درصد) مذکر، اکثریت نمونه‌ها (۷۵/۵۵ درصد) متأهل و ۵۵/۸۷ درصد از افراد شرکت کننده از نظر تحصیلات، زیر دیپلم بودند. این در حالی بود که تنها ۸/۲۵ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین از نظر وضعیت اشتغال، اکثریت نمونه‌ها بی‌کار (۴۸/۵۷ درصد) بودند. وضعیت اقتصادی اکثر افراد معادل ۵۷/۴۶ درصد در حد متوسط (درآمد تقریبی ماهیانه بین ۳۰۰-۵۰۰ هزار تومان) گزارش شد.

از نظر نوع سرطان بیشترین فراوانی یعنی ۷۶ نفر (۲۴/۱۲ درصد) مربوط به بدخیمی‌های دستگاه گوارش و بعد از آن پستان (۲۳/۴۹ درصد) و خون (۲۳/۱۷ درصد) بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، ۱۶۹ نفر (۵۳/۶۵ درصد) در مرحله ۲ سرطان بودند، ۱۴۱ نفر (۴۴/۷۶ درصد) بین ۱ تا ۵ سال از

(Emotional role)، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی (Role physical)، درد جسمی (Bodily pain)، عملکرد اجتماعی (Social Functioning)، سلامت روانی (Mental health)، سرزندگی (Vitality) و درک سلامت عمومی (General health) می‌باشد (۱۶).

پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-۳۶ توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد استفاده و روایی و پایایی آن تا ۷۵ درصد تأیید شده است (۱۷). روایی و پایایی این پرسش‌نامه در دیگر مطالعات داخل و خارج کشور نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸)؛ به عنوان مثال این پرسش‌نامه در ایران توسط منتظری و همکاران هنجاریابی شده و اعتبار و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (۱۹). همچنین پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه دهداری و همکاران با روش آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته سنجیده شد و ضریب همبستگی Pearson ۷۵ درصد به دست آمده است (۲۰).

به طور کلی، میزان پایایی پرسش‌نامه SF-۳۶ در بیش از ۲۵ مطالعه صورت پذیرفته به طور متوسط بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ و در برخی مطالعات تا ۰/۹۰ نیز گزارش شده است (۲۱)؛ به طور مثال در مطالعه Broeckel و همکاران بر روی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی میزان پایایی این پرسش‌نامه ۰/۸۸ برآورد گردیده است (۲۲). همچنین در مطالعه مردانی حموله و شهرکی واحد بر روی بیماران مبتلا به سرطان با عنوان «بررسی رابطه سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان» روایی این پرسش‌نامه به شیوه اعتبار محتوا و پایایی آن به روش بازآمایی با ضریب χ^2 ۰/۸۴ مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳).

در مطالعه حاضر نیز پایایی این پرسش‌نامه در بیماران مبتلا به سرطان در مطالعه پایلوت صورت پذیرفته با روش آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته سنجیده شد و ضریب همبستگی Pearson ۷۹ درصد به دست آمد که مورد تأیید می‌باشد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-۳۶ یک معیار استاندارد می‌باشد که برای استفاده در تحقیق و کار بالینی ارزیابی خط مشی بهداشتی و سلامتی و بررسی وضعیت سلامت جمعیت عمومی در سطح بین‌الملل به کار رفته است و

۹۸ نفر (۳۱/۱۱ درصد)، این میزان درد را متوسط گزارش کردند. درد ناشی از بیماری در ۳۴/۶۰ درصد بیماران به دیگر نقاط بدن انتشار می‌یافت که شایع‌ترین محل (۵۰ درصد) شکم بود. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های بیماری و وضعیت دموگرافیک بیماران به صورت کامل در جدول ۱ ارایه شده است.

مدت زمان تشخیص بیماری‌شان گذشته بود و ۱۹۰ نفر (۶۰/۳۱ درصد) تحت ۳-۵ جلسه شیمی‌درمانی قرار گرفته بودند. ۹۱/۴۲ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش، بیماری خود را پذیرفته بودند. در زمینه درد ناشی از بیماری ۲۳۷ نفر (۷۵/۲۳ درصد) از بیماران گزارش کردند که درجاتی از درد را تجربه کرده‌اند که

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

متغیر	گروه‌ها	فراوانی	درصد	متغیر	گروه‌ها	فراوانی	درصد
سن	۲۰-۳۰ سال	۸۵ نفر	۲۶/۹۸٪	نوع سرطان	دستگاه گوارش	۷۶ نفر	۲۴/۱۲٪
	۳۱-۴۰ سال	۹۶ نفر	۳۰/۴۷٪		خون	۷۳ نفر	۲۳/۱۷٪
	۴۱-۵۰ سال	۱۰۱ نفر	۳۲/۰۶٪		پستان	۷۴ نفر	۲۳/۴۹٪
	۵۱-۶۰ سال	۲۰ نفر	۶/۳۴٪		تنفسی	۳۶ نفر	۱۱/۴۲٪
	۶۱-۷۰ سال	۱۱ نفر	۳/۴۹٪		تولید مثل	۳۱ نفر	۹/۸۴٪
	> ۷۰	۲ نفر	۰/۶۳٪	سایر	۲۵ نفر	۷/۹۳٪	
جنس	مذکر	۱۷۸ نفر	۵۶/۵۰٪	مرحله سرطان	۱	۲۶ نفر	۸/۲۵٪
	مؤنث	۱۳۷ نفر	۴۳/۵۰٪		۲	۱۶۹ نفر	۵۳/۶۵٪
					۳	۱۲۰ نفر	۳۸/۰۹٪
وضعیت تاهل	مجرد	۶۶ نفر	۲۰/۹۵٪	تعداد جلسات شیمی‌درمانی	< ۲	۶۶ نفر	۲۰/۹۵٪
	متاهل	۲۳۸ نفر	۷۵/۵۵٪		۳-۵	۱۹۰ نفر	۶۰/۳۱٪
	مطلقه	۷ نفر	۲/۲۲٪		> ۶	۵۹ نفر	۱۸/۷۳٪
	بیوه	۴ نفر	۱/۲۶٪				
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۷۰ نفر	۲۲/۲۲٪	عدم وجود درد	عدم وجود درد	۷۸ نفر	۲۴/۷۶٪
	زیر دیپلم	۱۷۶ نفر	۵۵/۸۷٪		خفیف	۸۱ نفر	۲۵/۷۱٪
	دیپلم	۴۵ نفر	۱۴/۲۸٪		متوسط	۹۸ نفر	۳۱/۱۱٪
	دانشگاهی	۲۴ نفر	۸/۲۵٪		شدید	۵۳ نفر	۱۶/۸۲٪
					غیر قابل تحمل	۵ نفر	۱/۵۸٪
وضعیت اشتغال	کارمند	۳۸ نفر	۱۲/۰۶٪	ویژگی درد	گاهی اوقات	۱۴۹ نفر	۴۷/۳۰٪
	آزاد	۳۰ نفر	۹/۵۲٪		متناوب	۹۶ نفر	۳۰/۴۷٪
	بی‌کار	۱۵۳ نفر	۴۸/۵۷٪		مداوم (همیشگی)	۷۰ نفر	۲۲/۲۲٪
سطح درآمد	خانه‌دار	۹۴ نفر	۲۹/۸۴٪	انتشار درد	دارد	۱۰۹ نفر	۳۴/۶۰٪
	ضعیف	۱۰۷ نفر	۳۳/۹۶٪		ندارد	۲۰۶ نفر	۶۵/۳۹٪
	متوسط	۱۸۱ نفر	۵۷/۴۶٪				
	خوب	۲۷ نفر	۸/۵۷٪				
مدت زمان سپری شده از تشخیص	۱ سال	۷۱ نفر	۲۲/۵۳٪	تعداد اعضای خانواده	۲ ≥	۷۷ نفر	۲۴/۴۴٪
	۱-۵ سال	۱۴۱ نفر	۴۴/۷۶٪		۳-۵	۱۴۲ نفر	۴۵/۰۷٪
	۶-۱۰ سال	۹۳ نفر	۲۹/۵۲٪		≥ ۶	۹۶ نفر	۳۰/۴۷٪
	> ۱۱ سال	۱۰ نفر	۳/۱۷٪				

نتایج نشان داد بین نوع سرطان و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$) (جدول ۳). همان‌طور که در جدول نمایان است، بیشترین درصد بیماران با سرطان‌های دستگاه گوارش (۱۴/۲۸ درصد)، پستان (۱۶/۱۹ درصد)، خون (۱۳/۹۶ درصد)، تنفسی (۹/۲۰ درصد) و تولید مثل (۶/۶۶ درصد) دارای کیفیت زندگی متوسط بودند. همچنین آزمون آماری χ^2 نشان داد بین نوع سرطان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). شدت این ارتباط با استفاده از ضریب همبستگی Cho Proof ۰/۲۶ محاسبه گردید.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، کیفیت زندگی اکثریت (۶۳/۱۷ درصد) واحدهای مورد پژوهش متوسط (۶۶-۳۴) بود. توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی در جدول ۲ آرایه شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کیفیت زندگی	تعداد	درصد
ضعیف (۰-۳۳)	۴۶ نفر	۱۴/۶۰٪
متوسط (۳۴-۶۶)	۱۹۹ نفر	۶۳/۱۷٪
خوب (۶۶ >)	۷۰ نفر	۲۲/۲۲٪
جمع	۳۱۵ نفر	۱۰۰ درصد

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ارتباط نوع سرطان با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کیفیت زندگی	ضعیف		متوسط		خوب		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دستگاه گوارش	۸	۲/۵۳	۴۵	۱۴/۲۸	۲۳	۷/۳۰	۷۶	۲۴/۱۲
پستان	۹	۲/۸۵	۵۱	۱۶/۱۹	۱۴	۴/۴۴	۷۴	۲۳/۴۹
خون	۷	۲/۲۲	۴۴	۱۳/۹۶	۲۲	۶/۹۸	۷۳	۲۳/۱۷
تنفسی	۶	۱/۹۰	۲۹	۹/۲۰	۱	۰/۳۱	۳۶	۱۱/۴۲
تولید مثل	۵	۱/۵۸	۲۱	۶/۶۶	۵	۱/۵۸	۳۱	۹/۸۴
سایر	۱۱	۳/۴۹	۹	۲/۸۵	۵	۱/۵۸	۲۵	۷/۹۳
جمع	۴۶	۱۴/۶۰	۱۹۹	۶۳/۱۷	۷۰	۲۲/۲۲	۳۱۵	۱۰۰

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ارتباط متغیر شدت درد با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

کیفیت زندگی	ضعیف		متوسط		خوب		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شدت درد								
عدم وجود درد	۱	۰/۳۱	۳۰	۹/۵۲	۴۷	۱۴/۹۲	۷۸	۲۴/۷۶
خفیف	۱۴	۴/۴۴	۵۷	۱۸/۰۹	۱۰	۳/۱۷	۸۱	۲۵/۷۱
متوسط	۱۵	۴/۷۶	۷۰	۲۲/۲۲	۱۳	۴/۱۲	۹۸	۳۱/۱۱
شدید	۱۵	۴/۷۶	۳۸	۱۲/۰۶	۰	۰	۵۳	۱۶/۸۲
غیر قابل تحمل	۱	۰/۳۱	۴	۱/۲۶	۰	۰	۵	۱/۵۸
جمع	۴۶	۱۴/۶۰	۱۹۹	۶۳/۱۷	۷۰	۲۲/۲۲	۳۱۵	۱۰۰

معنی‌داری بین کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان با سن ($P = 0/660$ و $r = 0/76$)، تعداد اعضای خانواده ($P = 0/290$ و $r = 0/41$) و طول مدت سپری شده از تشخیص ($P = 0/560$ و $r = 0/33$) وجود ندارد. همچنین نتایج حاصل از آزمون Mann-Whitney U گواه بر عدم وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان با جنس ($P = 0/230$ و $Z = -1/209$) و پذیرش یا انکار بیماری ($P = 0/380$ و $Z = -1/183$) بود.

نتایج آزمون Kruskal-Wallis نیز نشان داد بین کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان با وضعیت اشتغال آنان ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P = 0/210$)؛ اما آزمون Spearman نشان داد ارتباط آماری معنی‌داری بین کیفیت زندگی با وضعیت تحصیلات ($P = 0/004$ و $r = -0/54$) و میزان درآمد ماهیانه با کیفیت زندگی ($P = 0/001$) و $r = -0/74$) وجود دارد. همچنین نتایج آزمون Kruskal-Wallis حاکی از معنی‌دار شدن ارتباط بین وضعیت تأهل با کیفیت زندگی بود ($\chi^2 = 7/885$)، $P = 0/018$ ، $df = 2$.

بحث

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، کیفیت زندگی اکثریت (۶۳/۱۷ درصد) واحدهای مورد پژوهش متوسط و سپس خوب (۲۲/۲۲ درصد) و ۱۴/۶۰ درصد ضعیف بود. در تأیید یافته‌های مطالعه حاضر، Sammarco نیز کیفیت زندگی بیماران مبتلا به

از دیگر یافته‌های مطالعه آن بود که بیمارانی که از درد رنج می‌بردند، در مقایسه با بیمارانی که هیچ گونه دردی نداشتند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند و نتایج آزمون آماری χ^2 بیانگر وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین شدت درد و کیفیت زندگی بود ($P < 0/050$). شدت این ارتباط با استفاده از آزمون آماری Cho proof ۰/۲۱ محاسبه گردید (جدول ۴). همان طور که در جدول نیز مشخص است بیشترین درصد بیماران با شدت درد خفیف (۱۸/۰۹ درصد)، متوسط (۲۲/۲۲ درصد)، شدید (۱۲/۰۶ درصد) و غیر قابل تحمل (۱/۲۶ درصد) دارای کیفیت زندگی متوسط بودند.

نتایج حاصل از آزمون آماری χ^2 نشان داد بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان با تعداد جلسات شیمی‌درمانی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/050$ ، $\chi^2 = 16/19$ ، $df = 4$). در جدول ۵ توزیع فراوانی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی بر حسب کیفیت زندگی به تفکیک تعداد جلسات شیمی‌درمانی ارائه شده است.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین متغیرهای دموگرافیک و ویژگی‌های بیماری نظیر سن، جنس، وضعیت اشتغال، پذیرش یا انکار بیماری، تعداد اعضای خانواده، مرحله سرطان و طول مدت زمان سپری شده از تشخیص با کیفیت زندگی وجود نداشت. در واقع، آزمون Spearman نشان داد که ارتباط آماری

جدول ۵: توزیع فراوانی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی بر حسب کیفیت زندگی به تفکیک تعداد جلسات شیمی‌درمانی بیمارستان انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تعداد جلسات شیمی‌درمانی	کیفیت زندگی		متوسط		خوب		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۲ جلسه <	۴۵	۱۴/۲۸	۲۱	۶/۶۶	۰	۰/۰۰	۶۶	۲۰/۹۵
۳-۵ جلسه	۱	۰/۳۱	۱۱۹	۳۷/۷۷	۷۰	۲۲/۲۲	۱۹۰	۶۰/۳۱
۶ جلسه >	۰	۰/۰۰	۵۹	۱۸/۷۳	۰	۰/۰۰	۵۹	۱۸/۷۳
جمع	۴۶	۱۴/۶۰	۱۹۹	۶۳/۱۷	۷۰	۲۲/۲۲	۳۱۵	۱۰۰

با کیفیت زندگی وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعات دیگر همخوانی دارد (۳۱-۳۰، ۲۷). همچنین نتایج مطالعه Koenig نشان داد هیچ گونه ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، جنس و وضعیت اشتغال با کیفیت زندگی بیماران وجود ندارد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو می‌باشد (۱۲). نتایج مطالعه دیگری نشان داد بین طول مدت سپری شده از تشخیص و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۳۲).

این در حالی است که نتایج مطالعه Holzner و همکاران نشان داد طول مدت بیماری باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (۹). همچنین نتایج مطالعه قاسمی ملایر بیان‌گر آن بود که بین سن شروع بیماری با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (۳۳). یکی از دلایل احتمالی این موارد ضد و نقیض، تفاوت در تعداد نمونه‌ها می‌باشد؛ به طوری که تعداد نمونه‌ها در مطالعه قاسمی ملایر (۳۳) ۵۰ نفر و در مطالعه Holzner و همکاران (۹) ۸۷ نفر و در مطالعه حاضر ۳۱۵ نفر بود. یکی دیگر از دلایل احتمالی، تفاوت بودن نوع نمونه‌ها است؛ در مطالعه قاسمی ملایر (۳۳) نمونه‌های مورد پژوهش بیماران مصروع و در مطالعه حاضر بیماران مبتلا به سرطان بودند.

از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان به معنی‌دار شدن ارتباط بین سطح تحصیلات با کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان اشاره نمود؛ به این صورت که با افزایش میزان تحصیلات نمونه‌های مورد پژوهش، میانگین نمرات کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یافت. این یافته با نتایج دیگر مطالعات هم‌سو می‌باشد (۳۵، ۳۴، ۳۱).

بر اساس یافته‌های این مطالعه، بین قبول و یا انکار بیماری از سوی بیمار با کیفیت زندگی ارتباطی دیده نشد. در این زمینه یافته‌های مطالعه شبان و همکاران مؤید مطالعه حاضر می‌باشد (۲۸). از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر که می‌توان به آن اشاره نمود، معنی‌دار شدن ارتباط بین وضعیت تأهل نمونه‌های مورد پژوهش با کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد. یافته‌های مطالعه غفاری و همکاران تأیید کننده این یافته می‌باشد؛ به طوری که در پژوهش غفاری و همکاران نیز بین

سرطان شرکت کننده را متوسط گزارش کرده است (۷)، همچنین یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه بخشی همخوانی دارد (۲۵). اما در مطالعه نعمتی و همکاران نتایج مبین آن بود که کیفیت زندگی اکثریت افراد مورد پژوهش (۸۷/۵ درصد) کمتر از حد متوسط بود (۲۶). این تفاوت ممکن است به دلیل متفاوت بودن جامعه پژوهش (در مطالعه نعمتی نوجوانان مبتلا به لوسمی و در مطالعه حاضر مبتلایان به انواع سرطان) و همین طور اختلاف قابل توجه در تعداد نمونه‌ها (در مطالعه نعمتی ۴۰ نفر و در مطالعه حاضر ۳۱۵ نفر) باشد.

در بررسی ارتباط نوع سرطان و کیفیت زندگی، آزمون آماری Chi-2 χ نشان داد که بین نوع سرطان و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. مطالعه Rustoen بیان‌گر آن بود که سرطان‌های مختلف اثرات متفاوتی بر روی کیفیت زندگی افراد دارند؛ زیرا هر کدام از سرطان‌ها عوارض و مشکلات خاصی را ایجاد می‌کنند که ممکن است این مشکلات و عوارض با سرطان‌های دیگر متفاوت باشد، به همین دلیل، اثرات متفاوتی هم بر روی کیفیت زندگی دارند (۲۷). همچنین نتایج مطالعه شبان و همکاران نیز نشان دهنده وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین نوع سرطان با کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان بود و با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌سو است (۲۸).

بین مرحله سرطان و کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان ارتباط معنی‌داری یافت نشد. یافته‌های مطالعه شبان و همکاران نیز مؤید عدم وجود ارتباط بین مرحله سرطان و کیفیت زندگی می‌باشد (۲۸). همین طور نتایج مطالعه حسن پور دهکردی و شبان نیز هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر است (۱۱). یافته‌های مطالعه Isikhan و همکاران نیز حاکی از آن بود که بین مرحله سرطان و کیفیت زندگی بیماران، ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۲۹) که می‌تواند به دلیل حمایت اعضای خانواده و یا خدمات پزشکی و پرستاری مناسب باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین متغیرهای دموگرافیک و بیماری نظیر سن، جنس، طول مدت سپری شده از تشخیص و وضعیت اشتغال

از دیگر یافته‌های مطالعه آن بود که بیمارانی که از درد رنج می‌بردند، در مقایسه با بیمارانی که هیچ گونه دردی نداشتند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند و آنالیز آماری، ارتباط معنی‌داری را بین شدت درد و کیفیت زندگی نشان داد. این یافته با نتایج مطالعه Isikhan و همکاران مطابقت دارد (۲۹). همچنین یافته‌های مطالعه بیان‌گر وجود ارتباط مستقیم بین کیفیت زندگی بیماران با وضعیت اقتصادی و میزان درآمد ماهیانه آن‌ها بود؛ به طوری که بیشترین کیفیت زندگی مربوط به افرادی بود که از نظر اقتصادی وضعیت خوبی داشتند. این یافته با نتایج مطالعات Cella (۴۱) و Littlewood و همکاران (۴۲) مطابقت دارد. Cella نیز عوامل اقتصادی و اشتغال به کار مناسب را در کیفیت زندگی مؤثر می‌داند و معتقد است که درآمد یک عامل محیطی مهم و مرتبط با وضعیت سلامت و عملکرد فرد است و درآمد پایین‌تر با ارزیابی پایین‌تری از سطح سلامت و محدودیت‌های عملکردی بیشتر در مبتلایان به سرطان همراه است (۴۱).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد برخی ویژگی‌های سرطان و شاخص‌های دموگرافیک همچون وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت درآمد، نوع سرطان، درد ناشی از سرطان و تعداد جلسات شیمی‌درمانی، کیفیت زندگی بیماران را متأثر می‌سازد و ارتباط محسوسی بین آن‌ها وجود دارد. بنابراین توجه به خصوصیات و ویژگی‌های بیماری و اطلاعات دموگرافیک از سوی کادر درمانی در اعتلای کیفیت زندگی بیماران بسیار حایز اهمیت است. در این میان، بر نقش پرستاران انکولوژی تأکید می‌شود، چرا که پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم درمان، نقش مهمی در تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان بر عهده دارند و از آن جا که پرستار وقت بیشتری را نسبت به دیگر اعضای تیم درمان با بیمار می‌گذراند (۴۳)، شاید نخستین شخصی باشد که بتواند نیاز بیمار و حتی خانواده وی را تشخیص دهد و در جهت ارتقا و بهبود کیفیت زندگی بیمار مؤثر باشد.

وضعیت تأهل و کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت و بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به افراد متأهل بود (۳۶). همچنین نتایج مطالعات Cella و همکاران (۳۷) و Crawford و همکاران (۳۸) نیز از نتایج مطالعه حاضر حمایت می‌کند. Crawford و همکاران معتقدند که خانواده و به ویژه همسر می‌تواند حمایت اجتماعی مورد نیاز جهت کمک به بیمار برای برخورد با تنیدگی ناشی از بیماری و سازگاری با آن را فراهم سازد و نیازهای مربوط به عشق و تعلق را ارضا نماید (۳۸).

از دیگر یافته‌های قابل تأمل مطالعه حاضر، معنی‌دار شدن ارتباط آماری بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان با تعداد جلسات شیمی‌درمانی بود؛ بدین صورت که با افزایش تعداد جلسات شیمی‌درمانی، میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران نیز افزایش می‌یافت و بیماران از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. در تأیید این یافته، شبانلویی و متعارفی در مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی‌درمانی مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب تبریز»، نشان دادند که بین کیفیت زندگی با تعداد جلسات شیمی‌درمانی ارتباط مستقیم وجود دارد (۳۹). همچنین یافته‌های مطالعه Humy و همکاران نیز بر یافته‌های مطالعه حاضر صحت می‌گذارد (۴۰). در حالی که آقابرداری و همکاران نشان دادند بین کیفیت زندگی بیماران با تعداد جلسات شیمی‌درمانی، ارتباط آماری غیر مستقیم (منفی) وجود دارد (۳۱). از دلایل احتمالی این تعارض، می‌توان به مواردی همچون متفاوت بودن ابزار سنجش کیفیت زندگی، تفاوت قابل ملاحظه در حجم نمونه و تفاوت در نمونه‌های مورد مطالعه اشاره نمود (۵۶ بیمار مبتلا به سرطان سینه در مطالعه آقابرداری و همکاران (۳۱) در مقایسه با ۳۱۵ مبتلا به انواع سرطان در مطالعه حاضر). همچنین تفاوت احتمالی بین نوع رژیم درمانی (نوع و میزان دارو) و دریافت داروهای جدید در هر دوره شیمی‌درمانی، از جمله مواردی هستند که می‌توانند کیفیت زندگی بیماران را متأثر سازند و به نوعی توجیه کننده این تعارض باشند.

خاص (لوسمی، سرطان کولون و ...) نیز مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد. همچنین با توجه به این که در مطالعه حاضر بین کیفیت زندگی و تعداد جلسات شیمی‌درمانی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بیماران در نوبت‌های شیمی‌درمانی» انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیمارانی که در انجام این پژوهش، صادفانه همکاری نمودند و از مساعدت صمیمانه پرستاران و سایر پرسنل محترم بیمارستان تخصصی سیدالشهدا (ع) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، جهت به ثمر رسیدن این پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند.

پیشنهاد می‌شود پرستاران در زمینه عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، آموزش‌های لازم را از طریق دروس دانشگاهی و برقراری کارگاه‌های آموزشی، دریافت کنند تا با بهره‌مندی از این آموزش‌ها، با نگرش منطقی و دانشی غنی در زمینه‌هایی همچون نحوه برخورد صحیح با بیماران، مدیریت بهینه مشکلات و عوارض بیماری و درمان، ارتقای سطح سلامت و در نهایت بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، بیش از پیش مشارکت و ایفای نقش نمایند.

پیشنهادها

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود کیفیت زندگی و ارتباط آن با خصوصیات و ویژگی‌های بیماری و اطلاعات دموگرافیک در بیماران مبتلا به سرطان به صورت

References

1. Smeltzer BB. Brunner & Suddarths textbook of medical surgical pain, electrolit, shock, cancer and end of life care. Trans. Ebrahimi N, Parsa Yekta Z. 1st ed. Tehran: Salemi Publication; 2003. p. 179-80. [In Persian].
2. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Psychological state, quality of life, and coping style in patients with digestive cancer. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27(2): 125-32.
3. Mahram M. Epidemiology of Cancer in the world, Iran and Qazvin, Proceedings of the Congress of cancer: prevention to rehabilitation in Qazvin University; 2008 Oct 9-13; Qazvin, Iran; 2008. [In Persian].
4. Bahrami M. A Comparison of Patients' and Nurses' Perceptions of Cancer Patients' Quality of Life: A Mixed Research Approach [PhD Thesis]. Adelaide, Australia: Flinders University; 2008. p. 328.
5. Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334(13): 835-40.
6. Van Andel G, Bottomley A, Fossa SD, Efficace F, Coens C, Guerif S, et al, An international field study of the EORTC QLQ-PR25: A questionnaire for assessing the health-related quality of life of patients with prostate cancer, *European Journal of Cancer* 2008; 44 (16): 2418-4.
7. Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nurs* 2001; 24(3): 212-9.
8. Zeighami Mohammadi SH, Houshmand P, Kooshyar MM, Esmaily H. The relationship between anemia and severity of fatigue and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2008; 16(1): 5-10.
9. Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R, Rd Schweigkofler H, Du Nser M, et al. Quality of life in breast cancer patient not enough attention for long-term survivors. *Psychosomatics* 2001; 42(2): 117-23.
10. Crakowski MS. Health-related quality of life outcomes in clinical research. *Am J of Epidemiology* 1999; 283: 215.
11. HasanpourDehkordi 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. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2005; 6(4): 63-71.
12. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice, *Southern Medical J* 2004; 97(12): 1194-200.
13. Lu W, Cui Y, Zheng Y, Gu K, Cai H, Li Q, et al. Impact of newly diagnosed breast cancer on quality of life among Chinese women. *Breast Cancer Res Treat* 2007; 102(2): 201-10.
14. Kheil Tash A, Montazeri A, Nabaei B. Factors predicting quality of life in patients with leukemia and lymphoma. *Payesh* 2006; 5(2): 77-82.

15. Bagherei H, Bakuei S. Survey of quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease admitted to Imam Hussein hospital of Shahrood. *Journal of QOL* 2005; 2(2): 1-11. [In Persian].
16. Hazavehei SM, Sabzemakan L, Hassanzadeh A, Rabiei K. The effect of PRECEDE Model-based educational program on depression level in patients with coronary artery bypass grafting. *J Qazvin Univ Med Sci* 2008; 12(2): 32-40. [In Persian].
17. Behrouzifar S, Zenouzi SH, Nezafati MH, Esmaili H. Factors Affecting the Patients' Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft. *Iran J Nurs* 2009; 22(57): 31-40. [In Persian].
18. Esmaceli Z, Ziabakhsh Tabari SH, Vaezzadeh N, Mohammadpour Tahamtan Ra. Quality Of Life After Coronary Artery Bypass Grafting In Sari City, 2005-2006. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2008; 17(61): 170-4. [In Persian].
19. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14(3): 875-82. [In Persian].
20. Dehdari T, Heidarnia AR, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Etemadi S. Planning and evaluation of an educational intervention programme to improve life quality in patients after coronary artery bypass graft-surgery according to PRECEDE-PROCEED model. *J Birjand Univ Med Sci* 2008; 15(4): 27-38. [In Persian].
21. Ware JE, Jr. SF-36 health survey update. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25(24): 3130-9.
22. Broeckel JA, Jacobsen PB, Balducci L, Horton J, Lyman GH. Quality of life after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2000; 62(2): 141-50.
23. Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. The Assessment of Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2009; 16(2): 33-8. [In Persian].
24. Baraz-Pardenjani SH, Mohammadi E, Boroumand B. The Effect of Self- Care Teaching by Video Tape on Physical Problems and Quality of Life in Dialysis Patients. *Iran J Nurs* 2008; 21(54): 121-33. [In Persian].
25. Bakhshi R. Effect of nurse counseling on quality of life among women with breast cancer treated with radiotherapy at the Cancer Institute of Tehran in 2000 [MScThesis]. Tehran, Iran: School of Nursing and Midwifery, Iran university of Medical Sciences; 2000. [In Persian].
26. Nemati M, Alhani F, Zandshahri R. Quality of life in the adolescence with cancer under chemotherapy referred to selected clinic of Tehran University of Medical Sciences, Proceedings of the 1st Congress of Quality of life in Tarbiat Modares University; 2005 Mar 10; Tehra, Iran; 2005. p. 25. [In Persian].
27. Rustoen T. Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. *Cancer Nurs* 1995; 18(5): 355-61.
28. Shaban M, Monjamed Z, Mehran A, Hasanpour Dehkordi A. The relation between the cancer characteristics and quality of life in the patients under chemotherapy. *Hayat* 2004; 10(3): 79-84. [In Persian].
29. Isikhan V, Guner P, Komurcu S, Ozet A, Arpaci F, Ozturk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer-I. *Cancer Nurs* 2001; 24(6): 490-5.
30. Nematollahi A. Quality of life in the breast cancer patients referred to selected clinic of Tehran University of Medical Sciences [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing and Midwifery, Tehran university of Medical Sciences, 2004. 2012.
31. Aghabarari M, Ahmadi F, Mohammadi E, Hagizadeh E, Varvarani A. Physical, emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy. *Iran J Nurs Res* 2007; 1(3): 55-65.
32. Thatcher N, Hopwood P, Anderson H. Improving quality of life in patients with non-small cell lung cancer: research experience with gemcitabine. *Eur J Cancer* 1997; 33 Suppl 1: S8-13.
33. Ghasemi Mallayer M. Quality of life in patient with epilepsy referred to hospital [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing and Midwifery, Iran university of Medical Sciences; 1994. [In Persian].
34. Shim EJ, Mehnert A, Koyama A, Cho SJ, Inui H, Paik NS, et al. Health-related quality of life in breast cancer: A cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. *Breast Cancer Res Treat* 2006; 99(3): 341-50.
35. Uzun O, Aslan FE, Selimen D, Koc M. Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(3): 207-13.
36. Ghaffari F, Fotokian Z, Karimi M, Keihanian SH, Karimi H. The relationship between anemia-related fatigue and quality of life in cancer patients. *J Qazvin Univ Med Sci* 2009; 13(1): 34-41. [In Persian].
37. Cella D, Kallich J, McDermott A, Xu X. The longitudinal relationship of hemoglobin, fatigue and quality of life in anemic cancer patients: results from five randomized clinical trials. *Ann Oncol* 2004; 15(6): 979-86.

38. Crawford J, Cella D, Cleeland CS, Cremieux PY, Demetri GD, Sarokhan BJ, et al. Relationship between changes in hemoglobin level and quality of life during chemotherapy in anemic cancer patients receiving epoetin Alfa therapy. *Cancer* 2002; 95(4): 888-95.
39. Shabanlooie R, Motaarefi H. Quality of life among chemotherapy patients admitted to selected hospitals in Tabriz. Proceedings of the 1st Congress of Quality of life in Tarbiat Modares University; 2005 Mar 10; Tehra, Iran; 2005. p. 53. [In Persian].
40. Hurny C, Bernhard J, Coates AS, Castiglione-Gertsch M, Peterson HF, Gelber RD, et al. Impact of adjuvant therapy on quality of life in women with node-positive operable breast cancer. International Breast Cancer Study Group. *Lancet* 1996; 347(9011): 1279-84.
41. Cella D. Factors influencing quality of life in cancer patients: anemia and fatigue. *Semin Oncol* 1998; 25 (3 Suppl 7): 43-6.
42. Littlewood TJ, Kallich JD, San MJ, Hendricks L, Hedenus M. Efficacy of darbepoetin alfa in alleviating fatigue and the effect of fatigue on quality of life in anemic patients with lymphoproliferative malignancies. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31(4): 317-25.
43. Phipps WJ. *Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives*. Philadelphia: Mosby; 2003. p. 302-30.

The Association of Quality of Life with Cancer Characteristics and Demographic Data in Cancer Patients

Amir Musarezaie¹, Amroallah Ebrahim², Jahangir Karimian³

Abstract

Background: In recent decades, cancer patient's quality of life has been paid attention by clinicians and researchers, due to their physical and psychological conditions. The concept of quality of life and its association with cancer characteristics and demographic data is considered as a strong parameters in order to guide, protect and promote health and wellbeing of patients in different culture and communities. Therefore, studies in this field will obtain valuable information for nurses and lead to richness of health interventions. The present study was conducted to examine the quality of life and its relationship with cancer characteristics and demographic data in cancer patients referred to the oncology hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Iran.

Methods: A total of 315 hospitalized patients with different types of cancer participated in the study. A questionnaire that contained 3 parts (demographic information, disease characteristic and standard SF-36 questionnaire) was used for data collection. The data were analyzed with 99% confidence using SPSS software version 18.

Findings: The majority of subjects' quality of life was moderate (63.17%). Results showed that there was a significant statistical association between patients' quality of life and cancer type as well as pain related cancer ($P < 0.05$). There was also a significant correlation between cancer patients' quality of life and chemotherapy sessions; patients whom received more chemotherapy sessions, had better quality of life. There was no significant association between patients' quality of life and demographic variables and disease characteristics such as age, gender, employment status, acceptance or denial of illness, family size, cancer stage and duration of time spent from diagnosis. There was a significant association between cancer patients' quality of life and marital status ($P = 0.018$), monthly income ($P < 0.001$) as well as educational level ($P = 0.004$).

Conclusion: Since there was a significant relationship between cancer patients' quality of life and some characteristics of cancer and demographic parameters, paying attention to these issues by health team in order to improve their quality of life is very important. The role of oncology nurses should be noted as they have an important role in diagnosis, treatment and care of cancer patients. It is suggested that nurses should be educated about the factors affecting quality of life.

Key words: Quality of Life, Cancer Characteristics, Demography, Neoplasm's, Nursing

1- MSc Student, Department of Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir

2- Assistant Professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran