مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در استرالیا و ایران: یک مطالعه بین فرهنگی

مسعود بهرامی[1]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بین دو فرهنگ می تواند نکات ارزشمندی را در ارتباط با نقاط قوت و ضعف احتمالی ارایه مراقبت به این بیماران و راهکارهای ارتقای کیفیت زندگی آنان فراهم کند. با توجه به عدم بازیافت مطالعات بین فرهنگی در این زمینه، تحقیقی با هدف مقایسه کیفیت زندگی بین بیماران مبتلا به سرطان استرالیایی و ایرانی در ابعاد چهارگانه (جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی) طراحی شد.

روش‌ها: این مطالعه بین فرهنگی از نوع توصیفی بود که اطلاعات مرتبط با کیفیت زندگی ۱۶۶ بیمار مبتلا به سرطان سه بیمارستان مرجع استرالیا با اطلاعات کیفیت زندگی ۱۹۸ بیمار مبتلا به سرطان یک بیمارستان مرجع ایران مقایسه گردید. هر دو گروه از بیماران پرسش‌نامه کیفیت زندگی خلاصه سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization Quality of Life-Bref یا WHOQOL-BREF) را تکمیل کردند.

یافته‌ها: شایع‌ترین سرطان در مراکز منتخب استرالیا به ترتیب شامل سرطان سینه، لنفوم غیر هوچکینی، کولورکتال، ریه و لوسمی و در ایران شامل سرطان لوسمی، کولورکتال، لنفوم غیر هوچکینی و سینه بود. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران استرالیایی به طور معنی‌داری بالاتر از میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران ایرانی در تمامی حیطه‌ها به دست آمد.

نتیجه‌گیری: پایین بودن کیفیت زندگی بیمارن مبتلا به سرطان در ایران نسبت به استرالیا می‌تواند سیاست‌گذاران و مراقبان بهداشتی را تشویق نماید تا برای فراهم کردن زیرساخت‌ها و منابع جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران تلاش کنند.

واژه‌های کلیدی: سرطان، کیفیت زندگی، ابزار کیفیت زندگی خلاصه سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)، مطالعه بین فرهنگی، مطالعه تطبیقی، ایران، استرالیا، پرستاری

ارجاع: بهرامی مسعود. **مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در استرالیا و ایران: یک مطالعه بین فرهنگی.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۳): ۲۹۹-۲۹۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۳/۲۷

مقدمه

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت تأثیر خود بیماری و درمان آن قرار می‌گیرد. از این‌رو، درک هرچه بیشتر تأثیر سرطان بر ابعاد مختلف زندگی بیماران در راستای تسکین آلام آنان، ارزش فوق‌العاده‌ای دارد (۱). کیفیت زندگی نه تنها یک مسأله مهم برای بیماران سرطانی می‌باشد، بلکه برای مراقبان بهداشتی و سیاست‌گذاران نیز دارای اهمیت است (۲). برای نمونه، اطلاعات مرتبط با کیفیت زندگی جهت شناسایی و اولویت‌بندی بسیاری از مشکلات جنبه‌های مختلف مرتبط با سلامتی از جمله جسمی، روانی و اجتماعی کاربرد دارد (۳).

یک دسته از مطالعاتی که به شناسایی و اولویت‌بندی هرچه بیشتر نیازهای بیماران کمک می‌کند، مطالعات بین فرهنگی (Trans cultural) می‌باشد. این گونه مطالعات به محققان کمک می‌نماید تا وجود وضعیت مشابه، نقصان و یا مزیت حوزه‌ها یا حیطه‌های مربوط با مقایسه دو فرهنگ یا دو کشور مشخص گردد. همچنین، این گونه مطالعات بین فرهنگی می‌تواند ارزش‌ها، نرم‌ها و الگوهای مشترک زندگی فرهنگ‌های مختلف را نشان دهد. به این ترتیب فرصت برای برنامه‌ریزی و ارایه راهکار جهت ارتقای هر دو فرهنگ با پیدا کردن دلایل احتمالی تفاوت‌ها، هرچه بیشتر فراهم می‌شود (۴).

وجود ابزار مناسب جهت انجام مطالعات بین فرهنگی بر روی کیفیت زندگی، یکی از شرط‌های اساسی است. ابزارهای مربوط به سنجش کیفیت زندگی متعددی وجود دارد، اما بیشتر این ابزارها در ایالات متحده آمریکا یا انگلستان ساخته شدند و ممکن است فقط برای این کشورها مفید باشد (۵). در این میان، سازمان بهداشت جهانی دو دلیل اصلی را برای تولید ابزارهای کیفیت زندگی بیان نمود. یکی توجه به مفهوم سلامت مردم با دیدگاه کلی‌نگر و دیگری داشتن یک ابزار با توافق بیشتر محققان بر سر آن بود که با این ابزار بتوانند بر روی فرهنگ‌های مختلف به تحقیق بپردازند (۵). از جمله پرسش‌نامه‌های بین فرهنگی مهم می‌توان به پرسش‌نامه‌های سنجش کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization Quality of Life Bref and 100 یا WHOQOL-100 و WHOQOL-BREF) اشاره کرد که هر دو نسخه آن از طریق یک فرایند بین‌المللی توسعه یافت. این پرسش‌نامه‌ها حیطه‌های وسیعی را در برمی‌گیرد که قابل کاربرد در کشورها و فرهنگ‌های مختلف می‌باشد.

پرسش‌نامه WHOQOL-BREF هم نسخه استرالیایی و هم ایرانی دارد که دارای گزینه‌های کاملاً مشابه است. پرسش‌نامه استرالیایی از نظر فرهنگی برای مردم استرالیا ساخته شد و در تحقیقات متعددی برای مردم استرالیا استفاده گردید (۶، ۱). نوع فارسی این ابزار نیز به وسیله سازمان بهداشت جهانی تهیه شد و این ابزار نیز در تحقیقات متعددی برای بیماران ایرانی مورد

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان و گروه پرستاری بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده مسؤول: مسعود بهرامی

Email: bahrami@nm.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

بررسی قرار گرفت (۸، ۷).

خصوصیات دیگر این پرسش‌نامه آن است که به خوبی می‌تواند کیفیت زندگی را برای موقعیت‌هایی از جمله فعالیت‌های بالین روتین، مطالعات اپیدمیولوژیک و کارآزمایی‌های بالینی بسنجد. اگرچه تعداد زیادی از ابزارهای سنجش کیفیت زندگی نوع عمومی وجود دارد، اما استفاده آن‌ها طولانی و برای بیمارانی که به شدت مریض هستند، مشکل می‌باشد؛ در حالی که پرسش‌نامه WHOQOL-BREF برای تکمیل توسط افراد باسواد توسط خودشان (Report-Self)، حدود ۵ دقیقه طول می‌کشد. در نهایت، انتقاداتی در ارتباط با ابزارهای کیفیت زندگی وجود دارد؛ به طوری که بعضی از این ابزارها به وسیله برخی مؤسسه‌ها به دلایل خصوصی یا تجاری تولید شدند و نظرات بیماران در ساخت آن مورد استفاده قرار نگرفته است (۹)؛ در حالی که نظرات محققان، پزشکان و سایر افراد در ساخت پرسش‌نامه WHOQOL-BREF استفاده شده است (۱۰).

در نهایت، مقایسه اطلاعات کیفیت زندگی به دست آمده به وسیله این پرسش‌نامه که دارای ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی است، می‌تواند نکات ارزشمندی را در ارتباط با نقاط قوت و ضعف احتمالی ارایه مراقبت از بیماران سرطانی و راهکارهای ارتقا فراهم نماید. همچنین، تحقیقی در بررسی متون یافت نشد که به مقایسه بین فرهنگی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در دو محیط متفاوت اقتصادی- اجتماعی (ایران و استرالیا) پرداخته باشد. از این‌رو، مطالعه حاضر به مقایسه کیفیت زندگی ابعاد چهارگانه (جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی) بر روی بیماران استرالیایی و ایرانی مبتلا به سرطان پرداخت.

روش‌ها

این مطالعه بین فرهنگی از نوع توصیفی بود که اطلاعات کیفیت زندگی دو گروه از بیماران ایرانی و استرالیایی در آن مقایسه شد. معیار ورود به مطالعه در مورد بیماران ایرانی عبارت از ابتلا قطعی به سرطان، دارای سن ۱۸ سال یا بالاتر، عدم ابتلا به هر گونه بیماری روانی ثبت شده در پرونده، ایرانی بودن، سواد خواندن و نوشتن جهت پرکردن پرسش‌نامه، تمایل به شرکت در مطالعه و اطلاع بیماران از شرایط فعلی بیماری خود و نوع بیماری بود. بیماران استرالیایی نیز همین شرایط را برای ورود به مطالعه داشتند؛ به عبارت دیگر بیماران همگی مبتلا به سرطان، دارای سواد خواندن و نوشتن، بدون هیچ گونه بیماری روانی ثبت شده در پرونده، آگاه از بیماری خود و تابع کشور استرالیا بودند. وجود معیارهای ورود مشابه توانست دو گروه به نسبت همسان از بیماران برای مقایسه فراهم نماید.

محقق برای نمونه استرالیایی از بانک اطلاعاتی مرتبط با کیفیت زندگی ۱۶۶ بیمار مبتلا به سرطان استفاده کرد که جمع‌آوری آن توسط خود محقق در مدت زمان حدود ۲ سال (۸۷-۱۳۸۵ هجری شمسی معادل با ۸-۲۰۰۶ میلادی) در کشور استرالیا صورت گرفته بود. این اطلاعات بخشی از مطالعه وسیع‌تر مربوط به پایان‌نامه دکتری تخصصی محقق را تشکیل می‌داد. نمونه‌گیری به شکل آسان و در سه بیمارستان مرجع شهر آدلاید استرالیای جنوبی انجام شد. به طور مشابه در ایران نیز از اطلاعات کیفیت زندگی ۱۹۸ بیمار بستری یا سرپایی مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استفاده گردید. اطلاعات کیفیت زندگی این بیماران از طریق نمونه‌گیری آسان طی مدت حدود ۶ ماه انتهای سال ۱۳۹۲ (در قالب بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر) جمع‌آوری شد.

بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، یک مرکز مرجع هماتولوژی- انکولوژی است که بیماران مبتلا به سرطان نه تنها از استان اصفهان، بلکه از چندین استان مجاور به این بیمارستان مراجعه می‌کنند. از این‌رو، نمونه از این مرکز می‌تواند با احتمال زیاد به عنوان نماینده‌ای از کل کشور محسوب گردد و نتایج با احتیاط به آن تعمیم یابد. حجم نمونه استرالیا بر اساس ضریب اطمینان ۹۵ درصد و حداقل نمونه مورد نیاز برای تشخیص یک تفاوت حدود ۰/۳-۰/۲ بین میانگین حیطه‌های کیفیت زندگی برای مطالعه اصلی به دست آمد (۶). حجم نمونه ایرانی نیز جهت مقایسه اطلاعات کیفیت زندگی، مشابه انتخاب گردید.

ابزار مورد استفاده، WHOQOL-BREF (نسخه استرالیایی و ایرانی) بود. این ابزار برای هر دو گروه بیماران، حیطه‌ها و گزینه‌های مشابه داشت و مسایل اساسی بین فرهنگی را مقایسه می‌کرد. این ابزار دارای ۲۶ سؤال بود که نمره‌دهی هر سؤال بر اساس معیار لیکرت ۱ تا ۵ صورت می‌گرفت. نمره ۱ به بدترین حالت و نمره ۵ به بهترین حالت کلیه سؤال‌ها به غیر از سؤال‌های ۳، ۴ و ۲۶ اختصاص می‌یافت. سؤال‌های ۱ و ۲ مربوط به وضعیت کلی سلامتی و کیفیت زندگی، سؤال‌های ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ مربوط به حیطه جسمی (توانایی جسمی، وضعیت خواب و استراحت، میزان انرژی برای تحرک، توانایی کار کردن در بیرون از منزل و توانایی برای انجام کارهای روزمره به تنهایی)، سؤال‌های ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶ مربوط به حیطه روانی (لذت بردن از زندگی، احساس معنی‌دار بودن زندگی، قدرت تمرکز، رضایت از تصویر ذهنی خود و رضایت از خود و نیز وضعیت عاطفی، خلقی و احساس افسردگی)، سؤال‌های ۲۰، ۲۱ و ۲۲ مربوط به حیطه اجتماعی (روابط خصوصی، روابط جنسی و دریافت حمایت از سوی دیگران) و سؤال‌های ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ مربوط به حیطه محیطی (احساس امنیت، توانایی مالی، میزان دسترسی به اطلاعات مورد نیاز، فعالیت‌های تفریحی، دسترسی به منابع بهداشتی، رضایت از محل سکونت و دسترسی به امکانات حمل و نقل) بود.

وضعیت عملکرد بیمار (Patient performance status) برای کلیه بیماران ایرانی و استرالیایی با استفاده از مقیاس وضعیت عملکرد گروه سرطان‌شناسی شرقی (Eastern cooperative oncology group یا ECOG) صورت گرفت. این مقیاس از نوع لیکرت ۵ قسمتی بود که نمرات از صفر (کاملاً فعال) تا ۴ (کاملاً ناتوان) تغییر می‌کرد. این مقیاس برای بررسی میزان پیشرفت بیماری و این که چقدر بیماری فعالیت‌های روزمره بیمار را تحت تأثیر قرار داده است، استفاده گردید. فرم اطلاعات دموگرافیک و مرتبط با بیماری نیز برای هر دو گروه بیماران تکمیل شد.

اعتماد علمی WHOQOL-BREF از سوی سازمان جهانی بهداشت در مجموع بالای ۹۰ درصد به دست آمد. اعتبار و اعتماد علمی نسخه ایرانی این ابزار توسط Nedjat و همکاران تعیین شد و ضریب Cronbach's alpha آن در کلیه حیطه‌ها به غیر از حیطه اجتماعی، بالای ۰/۷ گزارش گردید. حیطه اجتماعی به دلیل آن که تنها ۳ سؤال داشت، دارای ضریب Cronbach's alpha ۰/۵۹ بود. Nedjat و همکاران نتیجه‌گیری کردند که این ابزار ترجمه شده فارسی در شرایط کشور ایران دارای روایی و پایایی قابل

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

قبول می‌باشد (۱۱). نسخه انگلیسی این ابزار نیز برای استفاده در فرهنگ استرالیا توسعه یافت و روایی و پایایی آن به اثبات رسید (۱۲).

کلیه داده‌های به دست آمده از پرسش‌نامه پس از کدگذاری با استفاده از آمار توصیفی (توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) جهت بیان ویژگی‌های دموگرافیک و مرتبط با بیماری و از آمار استنباطی (t) برای مقایسه میانگین امتیازات بین دو گروه بیماران در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۴ (version 14, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین کیفیت زندگی برای هر حیطه جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی با استفاده از برنامه Syntax معرفی شده به وسیله خود سازمان بهداشت جهانی بر مبنای ۵ محاسبه گردید. سپس این میانگین بر اساس برنامه فوق در ۴ نیز ضرب شد؛ به این ترتیب میانگین نمره هر حیطه بین حداقل ۵ تا حداکثر ۲۰ به دست آمد. سطح معنی‌داری کوچک‌تر یا مساوی ۰/۰۵ بود.

این طرح در سال ۱۳۹۲ به تصویب شورای پژوهشی مدیریت امور پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان رسید. اهداف طرح و عدم نیاز به ذکر نام برای هر دو گروه بیماران ایرانی و استرالیایی توضیح داده شد و پرسش‌نامه‌ها پس از اخذ رضایت شفاهی، تکمیل گردید.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک و مرتبط با بیماری افراد مورد پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است.

بیشترین درصد بیماران استرالیایی و ایرانی تحت شیمی درمانی (به ترتیب ۵۵/۱ و ۶۷/۳ درصد) بودند و درمان به شکل بستری (به ترتیب ۵۶/۱ و ۹۲/۰ درصد) صورت می‌گرفت. شایع‌ترین سرطان‌ها در میان بیماران استرالیایی به ترتیب سرطان سینه (۱۶/۲ درصد)، لنفوم غیر هوچکینی (۱۱/۷ درصد)، کولورکتال (۱۱/۰ درصد)، ریه (۱۱/۰ درصد) و لوسمی (۹/۱ درصد) و شایع‌ترین سرطان‌ها در میان بیماران ایرانی به ترتیب لوسمی (۴۵/۵ درصد)، کولورکتال (۱۸/۲ درصد)، لنفوم غیر هوچکینی (۱۱/۴درصد) و سینه (۴/۵ درصد) به دست آمد. مقایسه وضعیت عملکرد بیماران در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک و مرتبط با بیماری افراد مبتلا به سرطان استرالیایی و ایرانی*

مشخصات		بیماران استرالیایی	بیماران ایرانی
		فراوانی نسبی (درصد)	فراوانی نسبی (درصد)
جنس	مرد	۵۳/۳	۵۶/۰
	زن	۴۶/۷	۴۴/۰
تأهل	متأهل	۶۲/۷	۷۴/۰
	مجرد	۳۷/۳	۲۶/۰
سطح تحصیلات	زیردیپلم (Primary School)	۱۰/۶	۵۹/۶
	دیپلم (Secondary School)	۶۶/۹	۲۳/۴
	بالای دیپلم (Tertiary School)	۲۲/۵	۱۷/۰
درمان کنونی	شیمی درمانی	۵۵/۱	۶۷/۳
	اشعه درمانی	۷/۷	۶/۱
	ایمنی درمانی	۲/۶	۸/۲
	جراحی	۶/۴	۶/۱
	بیش از یک درمان	۷/۱	۶/۱
	سایر موارد	۲۱/۱	۶/۲
شکل درمان	بستری	۵۶/۱	۹۲/۰
	سرپایی	۴۳/۹	۸/۰
نوع تشخیص سرطان	سرطان سینه	۱۶/۲	۴/۵
	لوسمی	۹/۱	۴۵/۵
	لنفوم غیر هوچکینی	۱۱/۷	۱۱/۴
	کولورکتال	۱۱/۰	۱۸/۲
	ریه	۱۱/۰	۲/۳
	سایر موارد	۴۱/۱	۱۸/۱
سن (سال)		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
		۶۳/۷ ± ۱۵/۹	۴۱/۹ ± ۱۶/۸

* اطلاعات دموگرافیک و مرتبط با بیماری ۵۰ نفر از بیماران ایرانی به طور کامل جمع‌آوری و گزارش شد.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

جدول ۲. مقایسه وضعیت عملکرد بیماران مبتلا به سرطان در استرالیا و ایران*

وضعیت عملکرد بیمار	استرالیا (درصد)	ایران (درصد)
کاملاً فعال، قادر به انجام کلیه فعالیت‌های عملکردی بدون هیچ گونه محدودیت	۲۰/۵	۱۸
محدودیت در انجام فعالیت‌های شدید، اما قادر به انجام فعالیت‌های مختصر (به عنوان مثال در حد کار اداری یا خانه)	۳۶/۶	۳۲
قادر به حرکت و انجام تمامی فعالیت‌های خود مراقبتی، بیشتر از ۵۰ درصد از ساعت بیداری خارج از تخت	۲۸/۰	۱۸
قادر به انجام مقدار محدودی از فعایت‌های مراقبت از خود، بیشتر از ۵۰ درصد ساعات بیداری خود را محدود به تخت	۱۳/۰	۲۰
ناتوانی کامل، عدم توانایی برای انجام هر گونه فعالیت خود مراقبتی و کاملاً محدود به تخت	۱/۹	۱۲

* اطلاعات مربوط به وضعیت عملکرد ۵۰ نفر از بیماران ایرانی بطور کامل جمع آوری و گزارش شده است.

جدول ۲ نشان داد که هر دو گروه از بیماران استرالیایی و ایرانی (به ترتیب ۳۶/۶ و ۳۲/۰ درصد) از نظر وضعیت عملکرد در گروه «محدودیت در انجام فعالیت‌های شدید، اما قادر به انجام فعالیت‌های مختصر (به عنوان مثال در حد کار اداری یا خانه)» قرار گرفتند. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران ایرانی و استرالیایی در حیطه‌های مختلف در جدول ۳ بیان گردید.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان استرالیایی و ایرانی در حیطه‌های مختلف

حیطه	میانگین ± انحراف معیار		نتیجه آزمون t
	استرالیا	ایران	
جسمی	۱۲/۴ ± ۳/۲۵	۱۱/۷۳ ± ۳/۳۳	۲/۲۲*
روانی	۱۴/۳ ± ۲/۶۶	۱۲/۱۵ ± ۳/۲۲	۷/۱۶*
اجتماعی	۱۵/۴ ± ۲/۸۶	۱۲/۶۱ ± ۳/۹۶	۷/۷۵*
محیطی	۱۵/۵ ± ۱/۹۹	۱۲/۰۳ ± ۲/۷۶	۱۳/۸۸*

* معنی‌داری در سطح P مساوی یا کمتر از ۰/۰۵

میانگین کیفیت زندگی بیماران استرالیایی در حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی به ترتیب ۱۲/۴، ۱۴/۳، ۱۵/۴ و ۱۵/۵ و میانگین کیفیت زندگی بیماران ایرانی در حیطه‌های فوق به ترتیب ۱۱/۷۳، ۱۲/۱۵، ۱۲/۶۱ و ۱۲/۰۳ به دست آمد. آزمون آماری t اختلاف آماری معنی‌داری را در تمامی حیطه‌های فوق بین دو گروه نشان داد ($P \leq ۰/۰۵$).

بحث

مطالعه حاضر جزء اولین مطالعات در ایران است که به بررسی تطبیقی بین فرهنگی بر روی اطلاعات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ایرانی و استرالیایی با یک ابزار مشترک پرداخت. بررسی مقایسه‌ای اطلاعات دموگرافیک و بیماری افراد مورد مطالعه نشان داد که مردان و افراد متأهل درصد بیشتری را در هر دو گروه بیماران ایرانی و استرالیایی به خود اختصاص دادند. سن بروز سرطان در بیماران استرالیایی بیش از ۶۰ سال و در مورد بیماران ایرانی پایین‌تر و در محدوده بالاتر از ۴۰ سال به دست آمد. در مطالعه مداخله‌ای دیگری نیز که در همین بیمارستان اصفهان انجام شد، بیشتر بیماران مبتلا به سرطان را افراد متأهل با محدوده سنی ۴۰-۳۰ سال تشکیل می‌دادند (۱۳). تعداد بیماران مشارکت کننده در مطالعه حاضر برای مقایسه بروز سنی سرطان در دو جمعیت کم بود. با این وجود، شرایط بهداشتی بهتری در کشورهای توسعه یافته مانند استرالیا وجود دارد؛ به این ترتیب با افزایش سن، امکان تشخیص بیماری‌های مزمن مانند سرطان در آن‌ها بیشتر می‌شود (۱۴).

هر دو گروه بیماران از نظر سطح تحصیلات بیشتر در مقطع تحصیلی پایین (دیپلم و پایین‌تر) قرار داشتند و کمتر دانشگاهی بودند؛ به عبارت دیگر، تحصیلات بیماران استرالیایی بیشتر در سطوح دوم (دبیرستان) و سوم (دانشگاهی) و بیماران ایرانی با کمی اختلاف، بیشتر در سطوح زیردیپلم (به خصوص مقاطع ابتدایی و راهنمایی) و دیپلم گزارش شد. سطح تحصیلات ممکن است کیفیت زندگی افراد را به اشکال مختلف تحت تأثیر قرار دهد. تعدادی از تحقیقات بیان کردند که افزایش سطح تحصیلات با ارتقای کیفیت زندگی رابطه‌ای ندارد (۱۶، ۱۵). این در حالی است که رابطه معنی‌داری بین این دو متغیر در مطالعات دیگر گزارش شده است (۱۸، ۱۷).

بیشترین درصد بیماران هر دو گروه از نظر نوع درمان دریافتی به طور مشابه شیمی درمانی را به عنوان درمان اصلی دریافت کردند. همان طور که شیمی درمانی در منابع مختلف مورد تأکید قرار گرفته است، یکی از درمان‌های مهم بیماران سرطانی می‌باشد و بخش قابل توجهی از بیماران مبتلا به سرطان، شیمی درمانی را در یک مرحله از درمان خود به عنوان درمان اصلی دریافت می‌کنند. اگرچه بسیاری از تحقیقات نقش مثبت شیمی درمانی را بر روی ارتقای کیفیت زندگی نشان دادند (۱۷، ۱۳)، اما نتایج برخی از تحقیقات مؤید تأثیر شیمی درمانی بر کاهش کیفیت زندگی بود (۱۸). به هر حال، مراقبان بهداشتی به خصوص پرستاران باید آگاهی لازم را از اهمیت شیمی درمانی، عوارض آن، مراقبت‌های مربوط و تأثیرات مختلف آن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های مختلف کسب کنند و حمایت لازم را از آنان مبذول نمایند.

روندهای مربوط به نحوه انجام درمان به صورت بستری یا سرپایی در سرتاسر جهان به سمت مراقبت و درمان سرپایی می‌باشد. با این وجود نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بخش قابل توجهی از بیماران در مرکز منتخب ایران به صورت بستری تحت درمان بودند؛ در حالی که بیماران استرالیایی درمان را به طور مساوی در مراکز بستری و سرپایی دریافت می‌کردند. تأکید بر درمان به صورت سرپایی در حد امکان، نکته مهمی است که در کشورهای پیشرفته از جمله استرالیا مورد توجه قرار گرفته است. از این‌رو، با درمان به صورت سرپایی از بستری شدن بیماران و تحمیل هزینه‌های فراوان به سیستم درمانی، بیماران و خانواده‌های آن جلوگیری می‌شود. همچنین، این احتمال وجود دارد که درمان سرپایی منجر به بهبود هرچه بیشتر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی بیمار و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی بیمار گردد. درمان بیماران در مراکز سرپایی نیز

www.mui.ac.ir
[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

ممکن است منجر بـه درک بهتـر پرسـتاران از ابعـاد مختلـف جسـمی، روانـی و اجتماعی بیمار (۱۹) و در نتیجه ارتقای کیفیت مراقبت شود (۳).

شایع‌ترین سرطان‌ها در مراکز منتخب اسـترالیا بـه ترتیـب شـامل سـرطان سینه، لنفوم غیر هوچکینی، کولورکتال، ریه و لوسمی بود. شایع‌ترین سرطان‌های ایران در مرکز مـورد مطالعـه شـامل سـرطان لوسـمی، کولورکتـال، لنفـوم غیـر هوچکینی و سینه برآورد شد. نکته قابل توجه در این مقایسه، بـالا بـودن میـزان لوسمی در نمونه ایرانی بود که نیاز به توجه و بررسی بیشتر دارد. با وجود این که سرطان ریه جزء سرطان‌های شایع جهان می‌باشد (۲۰)، میزان ثبت آن در نمونه ایرانی بسیار کم بود. سرطان‌های کولورکتال و لنفوم غیر هوچکینی بـین هـر دو گروه از بیماران ایرانی و استرالیایی به میزان مشابهی گزارش شد.

با وجود تلاش‌های صورت گرفته طی سال‌های گذشته جهـت ثبـت مـوارد ابتلا به سرطان در ایران، متأسفانه سیستم ثبت دقیق و بـه روز آن وجـود نـدارد. این مسأله ممکن است بر روی برآورد صـحیح ایـن بیمـاری اثرگـذار باشـد و در نتیجه، امر سیاست‌گـذاری، مراقبـت و درمـان آن‌هـا را تحـت تـأثیر قـرار دهـد. برعکس، استرالیا پیشرفت‌های قابل توجهی جهت ثبت موارد سـرطان از طریـق مؤسسات مختلف دولتی و غیر دولتی داشته اسـت کـه مـی‌توانـد مـورد توجـه و اسـتفاده قـرار گیـرد. بـرای نمونـه مرکـز آمـار اسـترالیا (Australian Bureau of Statistics) اطلاعاتی را از طریـق نظرخـواهی در سطح ملی (National Health Survey یا NHS) به تنهایی یا بـا مشـارکت سایر مراکز در مورد سرطان جمع‌آوری می‌کنـد (۲۱). مؤسسـه بهداشـت و رفـاه اسـترالیا (Australian Institute of Health and Welfare یـا AIHW) نیز از مراکز ملی دیگری می‌باشد که در ثبت موارد سرطان و فراهم کردن سـایر اطلاعات بهداشتی نقش دارد (۲۲).

استرالیا در سطح ایالت‌ها نیز از مراکز دولتی و غیر دولتی مرتبط با سـرطان سود می‌برد. شوراهای مرتبط با سرطان (Cancer Council) در ایالت‌ها، مراکز غیر دولتی هستند که هدف آن‌ها، ارتقای دانش عمومی مـردم در مـورد سـرطان مـی‌باشـد (۲۳). واحـد بهداشـت و سـالمندان اسـترالیا (Australian Department of Health and Aging) نیـز در هـر ایالـت فعالانه بر روی ثبت موارد جدید سرطان نقش دارد. اطلاعـات ذکـر شـده نشـان می‌دهد که ایجاد شبکه‌های گسترده اطلاع‌رسانی در مورد سرطان و همین طـور ثبت موارد سرطان به خصوص از طریق پایگاهای غیر دولتی و مردمـی‌تـر نظیـر شوراهای شهر و شهرداری‌ها در ایران مـی‌توانـد اقـدامی مفیـد جهـت مـدیریت سرطان باشد.

بررسی میانگین نمره کیفیت زنـدگی تمـامی حیطـه‌هـای جسـمی، روانـی، اجتماعی و محیطی نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران استرالیایی در تمامی حیطه‌ها به شکل معنی‌داری بـالاتر از میـانگین نمـره کیفیـت زنـدگی بیماران ایرانی بود. بالاتر بودن میانگین نمره بیماران استرالیایی نسبت به بیماران ایرانی در درجه اول ممکن است به وضعیت عملکرد بیماران مربوط گردد. نتـایج بررسی وضعیت عملکرد بیماران در مطالعه حاضر نشان داد که اکثر بیمـاران هـر دو گروه به طور مشابهی در گروه «محدودیت در انجام فعالیت‌هـای شـدید، امـا قادر به انجام فعالیت‌های مختصر (به عنوان نمونه در حد کـار اداری یـا خانـه)» قرار داشتند. یکی از تفاوت‌های موجود در این مقایسه، تعداد قابل توجـه بیمـاران ایرانی در گروه «ناتوانی کامل، عدم توانایی برای انجام هیچ گونـه فعالیـت خـود مراقبتی و کاملاً محدود به تخت» نسبت به بیماران استرالیایی بود. ایـن مسـأله، خود می‌تواند به این علت باشد کـه بیشـتر بیمـاران ایرانـی مشـارکت کننـده در مطالعه حاضر به شکل بستری تحت درمـان بودنـد. بنـابراین، کـاهش وضـعیت عملکرد می‌تواند به مقدار قابل توجهی کیفیت زندگی افـراد را تحـت تـأثیر قـرار دهد (۲۴).

علاوه بر تأثیر وضعیت عملکرد بر کیفیت زندگی بیماران، ممکن اسـت دلایـل دیگری نیز بر روی پایین بودن نسـبی کیفیـت زنـدگی بیمـارن ایرانـی نسـبت بـه بیماران استرالیایی اثرگذار باشد. با توجه به مشاهدات محقق از محیط‌هـای مراقبتـی بیماران مبتلا به سرطان در ایران و استرالیا، یکـی از ایـن دلایـل مـی‌توانـد وجـود اشکالات ساختاری، کمبود منابع و نقص‌های موجود در ارایـه خـدمات بـه بیمـاران کشورهای در حال توسعه مانند ایران نسبت بـه کشـورهای توسـعه یافتـه از جملـه استرالیا باشد (۶). از دلایل دیگر می‌توان به کشف سرطان در مراحل پیشرفته‌تـر در اکثر کشورهای در حال توسعه نسبت به کشـورهای پیشـرفته (۲۵) و فعالیـت‌هـای محدود و پراکنده در زمینه کیفیت زندگی این بیماران (۲۶) اشاره کرد.

یافته‌های این مطالعه باید در کنار محدودیت‌های آن مورد توجه قرار گیـرد. روش نمونه‌گیری مطالعه حاضر به صورت غیر تصادفی از یک جمعیت محـدود و در دسترس بیماران مبتلا به سرطان در هر دو کشور ایـران و اسـترالیا بـود. ایـن مسأله ممکن است تعمیم نتایج را به خصوص در مورد اطلاعـات دموگرافیـک و مرتبط با بیماری که نیاز به نمونـه قابـل توجـه دارد، بـا مشـکل روبـه‌رو سـازد. مطالعات بین فرهنگی در این ابعاد محدودیت‌های فراوانی از جمله دسترسـی بـه بیماران مبتلا به سرطان واجد شرایط به خصوص در کشور دوم و محدودیت‌های مالی و زمانی دارد که ممکن است امکان نمونـه‌گیـری بـه شـکل تصـادفی و در حجم وسیع‌تر برای آن‌ها وجود نداشته باشد. مطالعه حاضر فقط بعضی تفاوت‌هـا را در کیفیـت زنـدگی و دلایـل احتمـالی آن را بـین دو گـروه بیمـاران ایرانـی و استرالیایی مورد بررسی و تأکید قرار داد که نیاز به بررسی بیشتر دارد.

محدودیت دیگر مفهوم کیفیت زندگی مـی‌باشـد کـه تـا حـدود زیـادی بـا ارزش‌ها، استانداردها و انتظارات افراد هـر جامعـه‌ای در ارتبـاط اسـت. از ایـن‌رو، علاوه بر مقایسه اطلاعات کیفیت زندگی بیماران ایرانـی بـا اسـترالیایی، جهـت فراهم شدن اطلاعات هرچه دقیق‌تر و کامل‌تـر در ایـن مطالعـه بایـد اطلاعـات کیفیت زندگی بیماران ایرانی با نرم مربوط به ایران جداگانه مقایسه گردد تا بهتر بتوان در مورد وضعیت کیفیت زندگی بیماران قضـاوت نمـود. متأسـفانه نـرم یـا شاخص خاصی برای کیفیت زندگی افراد سالم یا بیمار در ایـران یافـت نشـد تـا بتوان علاوه بر مقایسه بین فرهنگی، میانگین نمره کیفیت زندگی بیمـاران را بـا آن به طور جداگانه مقایسه کرد.

مطالعه حاضر توانست اطلاعاتی را در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا بـه سرطان در کشور ایران و استرالیا در حیطه‌های مختلف (جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی) فراهم نماید. نتایج نشان داد که حیطه‌های مختلـف کیفیـت زنـدگی بیماران ایرانی پایین‌تر از بیماران استرالیایی است. بعضی از دلایل احتمـالی ایـن تفاوت‌ها مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. بدون شک ایـن مطالعـه جـزء اولـین تلاش‌ها برای یک مطالعه بین فرهنگی، زمینـه را بـرای سـایر محققـان فـراهم می‌کند تا بتوانند شاخص‌های مختلف (از جمله کیفیـت زنـدگی) را بـین ایـران و سایر کشورها و با حجم وسیع‌تر مورد بررسی قرار دهند. همچنین، مطالعاتی بایـد صورت گیرد تا بتواند نرم‌هایی را برای کیفیت زنـدگی افـراد بیمـار و غیـر بیمـار ایران توسعه دهد. از این‌رو، بهتر مـی‌تـوان وضـعیت کیفیـت زنـدگی افـراد را در فرهنگ ایرانی– اسلامی قضاوت نمود.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

بالاتر بودن احتمالی نمره کیفیت زندگی بیماران استرالیایی نسبت به بیماران ایرانی می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گذاران و مراقبان بهداشتی به خصوص پرستاران قرار گیرد تا با فراهم کردن زیرساخت‌ها، منابع و رفع نقص‌های احتمالی جهت ارایه مراقبت‌ها اقدام کنند. برای مثال، حیطه محیطی نسبت به سایر حیطه‌های کیفیت زندگی از جمله مواردی بود که بیماران استرالیایی به میزان قابل توجهی وضعیت بهتری در آن داشتند. مروری بر سؤال‌های این حیطه در پرسش‌نامه به خوبی مؤید آن است که مواردی نظیر فراهم بودن اطلاعات بهداشتی، دسترسی به منابع بهداشتی، امکانات بهتر حمل و نقل (آمد و شد) و حمایت مالی بر روی ارتقای وضعیت کیفیت زندگی بیماران استرالیایی مؤثر می‌باشد. به طور مشابهی برای هر دو گروه مواردی در حیطه اجتماعی نظیر حمایت اجتماعی و رضایت از مسایل جنسی مد نظر بود. حیطه‌های روانی- معنوی دغدغه‌هایی را نظیر مسایل عاطفی و خلقی بررسی می‌کرد و حیطه جسمی مواردی همچون خواب، استراحت و فعالیت‌های روزانه را مورد ارزیابی قرار می‌داد. از این‌رو، تأمین یا ارتقای این حمایت‌ها، خدمات یا مراقبت‌ها در مورد بیماران ایرانی نیز می‌تواند به ارتقای هرچه بیشتر کیفیت زندگی آنان منجر گردد.

در نهایت، هدف نهایی همه سیاست‌گذاران و مراقبان بهداشتی باید این باشد که کیفیت زندگی افرادی که با سرطان زندگی می‌کنند، به حدی ارتقا یابد تا آنان جزء رنج بیماری، دغدغه و دل مشغولی قابل توجه دیگری نداشته باشند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل طرح مصوب با شماره ۱۹۲۰۲۱ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. بدین وسیله از کلیه بیماران مبتلا به سرطان که در انجام این تحقیق پژوهشگر را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Bahrami M. Do nurses provide holistic care to cancer patients? Iran J Nurs Midwifery Res 2010; 15(4): 245-51.
2. Bahrami M. Meanings and aspects of quality of life for cancer patients: a descriptive exploratory qualitative study. Contemp Nurse 2011; 39(1): 75-84.
3. Bahrami M. Why differences exist? An interpretive approach to nurses' perceptions of cancer patients' quality of life. Iran J Nurs Midwifery Res 2011; 16(1): 117-24.
4. Andrews MM, Boyle JS. Transcultural concepts in nursing care. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
5. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41(10): 1403-9.
6. Bahrami M. A comparison of patients' and nurses' perceptions of cancer patients' Quality of Life: A mixed research Approach [PhD Thesis]. Adelaide, Australia: School of Nursing and Midwifery, Flinders University; 2008.
7. Bahrami M, Balouchestani E, Amini A, Eghbali M. Assessing the effect of two praying methods on the life quality of patients suffering from cancer hospitalized at Seyedo Shohada medical center of Isfahan University of Medical Sciences. Iran J Nurs Midwifery Res 2010; 15(Suppl 1): 296-301.
8. Nedjat S, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh R, Montazeri A. Quality of life among an Iranian general population sample using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF). Int J Public Health 2011; 56(1): 55-61.
9. Hunt SM. The problem of quality of life. Qual Life Res 1997; 6(3): 205-12.
10. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res 2004; 13(2): 299-310.
11. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. BMC Health Serv Res 2008; 8: 61.
12. Herrman H, Hawthorne G, Thomas R. Quality of life assessment in people living with psychosis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37(11): 510-8.
13. Bahrami M, Parnian R, Samimi MA. The effect of nursing consultation involving cancer survivors on newly diagnosed cancer patients' quality of life. Iran J Nurs Midwifery Res 2012; 17(5): 338-42.
14. Shojaeizadeh D, Azam K, Salehi L, Tol A, Moradian Sorkhkolaei M. The impact of chronic diseases on the quality of life among the elderly people in the east of Tehran. Payavard Salamat 2012; 6(3): 225-36.
15. Fotokian Z, Ghaffari F, Dehghani F. The Relationship between Meaning in Life and Quality of Life among Breast Cancer-Chemotherapy Patients. Dena 2009; 4(3-4): 15-26.
16. Rezaei R, Saat Saz S, Haji Hosseini F, Sharifnia SH, Nazari R. Quality of life in gynecologic cancer patients before and after chemotherapy. J Babol Univ Med Sci 2011; 13(4): 78-84. [In Persian].
17. Musarezaie A, Ebrahimi A, Karimian J. The Association of Quality of Life with Cancer Characteristics and Demographic Data in Cancer Patients. J Health Syst Res 2012; 8(4): 650-62. [In Persian].
18. Mikaili P. Evaluation of the effect of chemotherapy on functional scales of quality of life of patient with breast cancer. Iran J Breast Dis 2014; 6(4): 26-34. [In Persian].
19. Bahrami M, Parker S, Blackman I. Patients' quality of life: a comparison of patient and nurse perceptions. Contemp Nurse 2008; 29(1): 67-79. [In Persian].
20. World Health Organization. Cancer [Online]. [cited 2015]; Available from: URL:

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en
21. Australian Bureau of Statistics. Causes of Death, Australia [Online]. [cited 2015]. Available from: URL: http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/3303.0.
22. Australian Institute of Health and Welfare. Cancer [Online]. [cited 2012]; Available from: URL: http://www.aihw.gov.au/cancer
23. Cancer Council of South Australia. Cancer in South Australia [Online]. [cited 2004]; Available from: URL: http://www.cancersa.org.au/cms_resources/documents/CancerinSouthAustralia2004.pdf
24. Saffari M, Zeidi IM, Pakpour AH. Role of religious beliefs in quality of life of patients with cancer. Hakim Res J 2012; 15(3): 243-50. [In Persian].
25. Olweny CL. Quality of life in developing countries. J Palliat Care 1992; 8(3): 25-30.
26. Chaturvedi SK. Quality of life research and activities in Asia: Current perspectives. Qual Life Res 1997; 6(7-8): 65.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

Journal of Health System Research Received: 28.04.2015

Vol. 12, No. 3, Autumn 2016 Accepted: 17.06.2015

Comparison of Quality of Life between Iranian and Australian Patients with Cancer: A Trans-Cultural Study

Masoud Bahrami[1]

Original Article

Abstract

Background: Comparison of the quality of life (QOL) of patients with cancer from two different cultures can provide valuable information about the possible positive and negative aspects of care and strategies for QOL improvement. However, no research study was found to compare QOL between Iranian and Australian patients with cancer. Therefore, the aim of the present study was to compare QOL between Iranian and Australian patients with cancer in several domains (physical, psychological, social, and environmental).

Methods: In this trans-cultural, descriptive study, data on QOL of 166 patients with cancer from 3 referral hospitals in Australia were compared with corresponding information of 198 Iranian patients with cancer from 1 referral hospital. Both groups of patients completed the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) questionnaire.

Findings: The most common cancers in Australia were breast cancer, non-Hodgkin lymphoma, colorectal cancer, lung cancer, and leukemia, respectively. In Iran, leukemia, colorectal cancer, non-Hodgkin lymphoma, and breast cancer were the most common cancers, respectively. In all domains, mean QOL scores of Australian patients were significantly higher than Iranian patients.

Conclusion: The lower QOL of Iranian patients with cancer compared with Australian patients might encourage policy makers and health care providers to provide better infra-structures and resources and focus on improving cancer patients' QOL.

Keywords: Cancer, Quality of Life, WHOQOL-Bref questionnaire, Trans-cultural study, Comparative study, Iran, Australia, Nursing

Citation: Bahrami M. **Comparison of Quality of Life between Iranian and Australian Patients with Cancer: A Trans-Cultural Study.** J Health Syst Res 2016; 12(3): 292-9.

1- Associate Professor, Research Center for Cancer Prevention AND Department of Adult Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Masoud Bahrami, Email: bahrami@nm.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]