

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده

فریبا تباری* معصومه ذاکری مقدم* ناصر بحرانی** زهرا منجمد*

چکیده

زمینه و هدف: از جمله اختلالاتی که به شدت روی سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد بیماری‌های مزمن نظیر سرطان است. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده، انجام گرفته است.

روش بررسی: مطالعه حاضر توصیفی تحلیلی است که در در مانگاه‌های منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. نمونه‌ها شامل ۱۹۶ بیمار مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده بودند، که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه محقق ساخته در مورد مشخصات فردی، مشخصات بیماری و کیفیت زندگی در جنبه‌های جسمی و اجتماعی-اقتصادی و پرسشنامه استاندارد بک (Beck) در بُعد روانی می‌باشد. همچنین جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و از آمارهای توصیفی نظیر فراوانی مطلق و نسبی و میانگین و آمار استنباطی نظیر آزمون χ^2 استفاده شد.

یافته‌ها: کیفیت زندگی بیشترین بیماران در ابعاد جسمی (۶۷/۹٪)، روانی (۶۳/۲٪) و اجتماعی-اقتصادی (۷۶/۵٪) مطلوب بوده است. همچنین ارتباط آماری معنادار بین وضعیت اقتصادی با ابعاد جسمی ($p < 0/001$)، روانی و اجتماعی-اقتصادی ($p < 0/005$) کیفیت زندگی، بین تعداد فرزندان با بعد جسمی ($p < 0/001$) کیفیت زندگی، نوع سرطان با بعد جسمی ($p < 0/001$) کیفیت زندگی و مرحله بیماری با ابعاد جسمی ($p < 0/001$)، روانی و اجتماعی-اقتصادی ($p < 0/005$) کیفیت زندگی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده در ابعاد جسمی، اجتماعی-اقتصادی و روانی در جامعه ما مطلوب می‌باشد، لذا پرستاران با آگاهی از این مطلب می‌توانند همچنان نقش مهمی در جهت ارتقای بیشتر و تداوم کیفیت زندگی بیماران داشته باشند.

نویسنده مسؤول: فریبا تباری؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: Frb_tabari@sina.tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: بیمار، کیفیت زندگی، سرطان

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۵ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۸۶

مقدمه

سرطان بیماری مزمن و شایعی است که بروز کلی آن از دهه ۷۰ تا به امروز همچنان رو به افزایش بوده است. در سال ۲۰۰۷ در آمریکا تخمین زده شد که ۱/۴ میلیون مورد جدید سرطان در طی سال آینده در کشور تشخیص داده خواهد شد (۱). در ایران نیز سرطان شیوع بالایی را به خود اختصاص داده و بعد از بیماری‌های قلبی - عروقی و ریوی سومین

عامل مرگ و میر است. آمارهای سال ۱۳۷۵ نشان می‌دهد که میزان بروز سرطان در ایران، در بین مردان ۲۰ نفر، در بین زنان ۱۶/۶ نفر در کل جمعیت ۱۸/۳ نفر در هر صد هزار نفر است (۲).

در طی دو دهه گذشته، وضعیت روانی و کیفیت زندگی یکی از موضوعات بسیار مهم در تحقیقات بالینی بوده و به عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران مورد تأکید قرار گرفته و بررسی آن از نظر تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران، پیش‌بینی

* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی گروه آموزشی ریاضی - آمار دانشکده علوم پایه دانشگاه هوایی شهید ستاری

عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است (۳). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: درک هر فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد.

این تعریف مفهوم وسیعی دارد که متأثر از وضعیت سلامت فیزیکی، روانی، سطح عدم وابستگی، ارتباطات اجتماعی و عقاید شخصی فرد است (۴).

از جمله اختلالاتی که به شدت بر سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد بیماری‌های مزمن نظیر سرطان است (۵). تشخیص سرطان تجربه بسیار ناخوشایند و غیر قابل باور برای هر فرد می‌باشد. سرطان بر وضعیت اقتصادی، اجتماعی، زندگی خانوادگی بیمار از جنبه‌های روحی، روانی و عملکرد جنسی تأثیر دارد (۶). مطالعات انجام شده در بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد که شدت علائم و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد (۷). بیماری سرطان استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و او را به سوی احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می‌دهد (۸). نتایج تحقیق Sammarco نیز مطلب فوق را تأیید کرده و نشان می‌دهد بین حمایت خانواده و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۹). از عوامل مؤثر بر اختلال کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تنها تغییرات

فیزیولوژیکی ایجاد شده در دوره بیماری نیست، بلکه وضعیت روحی - روانی، و واکنش فرد نسبت به نتایج آزمایش‌های تشخیصی و پیش‌آگهی بیماری و مراحل غم، اندوه و خشم همگی بر کیفیت زندگی بیمار تأثیر دارد (۱۰). Zillich و همکاران می‌نویسند: بسیار روشن است که تعیین کیفیت زندگی در این بیماران می‌تواند راه حل‌های جدیدی پیش روی کارکنان درمانی (خصوصاً پزشک و پرستار) قرار دهد و نیز به بیماران کمک کند تا به طور مستقل قادر به اداره امور زندگی خود در شرایط بحرانی و غیر بحرانی باشند (۱۱). بنابراین از آنجا که پرستاران نقش مهمی در برنامه‌ریزی بیماران دارند، در این تحقیق وضعیت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده مورد مطالعه قرار گرفته، تا با شناسایی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی که از بیماری متأثر گردیده است، برنامه مراقبتی خاص تدوین و اجرا گردد. به خصوص در مرحله بحران که بیمار قادر به تصمیم‌گیری درست نمی‌باشد، اگر پرستار این مراحل را به درستی شناسایی نماید در صورت برنامه‌ریزی مناسب می‌تواند به بیمار کمک کند تا دوره درمان را به خوبی سپری کند و تصمیم‌گیری برای آینده را به طور صحیح انجام دهد. بنابراین در این پژوهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده در ابعاد مختلف از جمله، جسمی، روانی و اجتماعی - اقتصادی تعیین می‌شود و رابطه کیفیت زندگی با برخی متغیرهای فردی و مشخصات بیماری آنان مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی است که به منظور تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده، در درمانگاه‌های انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۵ انجام گرفته است. جامعه مورد مطالعه بیماران دچار سرطان توپر (Solid tumor) و با معیارهای ورود به مطالعه ذیل:

۱ - سن آنها بین ۲۰ تا ۶۵ سال باشد بدحال و در حال مرگ نباشند.

۲ - طول مدت تشخیص سرطان سه هفته بوده و تحت هیچ نوع درمانی قرار نگرفته و یا در بیمارستان بستری نباشند. در ضمن از تشخیص بیماری خودشان مطلع باشند.

۳ - قبل از اطلاع از تشخیص بیماری سرطان، سابقه بیماری مزمن دیگر، مشکل روانی و مصرف دارو نداشته باشند.

نمونه‌های پژوهش به تعداد ۱۹۶ نفر به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند.

متغیرهای اصلی در این مطالعه جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی و مشخصات فردی بیماری است.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل سه بخش است. بخش اول مشخصات فردی با ۷ سؤال برای سنجش سن، جنس، تحصیلات، تأهل، وضعیت اقتصادی (درآمد کافی) و...، بخش دوم شامل ۴ سؤال مربوط به وضعیت بیماری، نوع سرطان، وضعیت سرطان (Stage) و نوع درمان پیشنهادی و... و بخش سوم مربوط به تعیین کیفیت زندگی در

زمینه‌های جسمی، روانی و اجتماعی-اقتصادی می‌باشد که شامل ۵۰ سؤال (۲۱ سؤال مربوط به سؤالات استاندارد Beck، ۱۵ سؤال مربوط به بُعد جسمی و ۱۴ سؤال درباره بُعد اجتماعی - اقتصادی) است. با مراجعه به درمانگاه‌های انکولوژی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیماران مبتلا به بیماری سرطان که بیماری به تازگی در آنها تشخیص داده شده بود، به صورت نمونه‌گیری آسان انتخاب می‌شدند و پس از توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار آنها قرار می‌گرفت. در مورد بیماران بی‌سواد، پرسشنامه با کمک پژوهشگران تکمیل می‌گردید. سؤالات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر اساس مقیاس لیکرت به صورت پنج دسته خیلی زیاد (۶)، نسبتاً زیاد (۵)، متوسط (۴)، نسبتاً کم (۳)، به هیچ وجه (۲) و موردی نداشت (۱) نمره‌گذاری شده که امتیاز ۱ نشانگر وضعیت مطلوب و امتیاز ۶ نشانگر وضعیت نامطلوب است. جهت تعیین کیفیت زندگی در بُعد جسمی داده‌ها پس از تجزیه و تحلیل آماری به سه طبقه مطلوب (۳۰-۱۵)، نسبتاً مطلوب (۴۵-۳۰) و نامطلوب (۹۰-۴۵) تقسیم‌بندی شد. همان طور که مشاهده می‌شود فاصله امتیازها در طبقات مطلوب و نسبتاً مطلوب ۱۵ نمره می‌باشد و در طبقه نامطلوب به دلیل این که تعداد نمونه‌های بالاتر از ۴۵ امتیاز فقط ۷ نفر بودند امتیاز ۹۰-۴۵ برای طبقه نامطلوب قرار داده شد.

جهت تعیین کیفیت زندگی در بُعد روانی نیز از پرسشنامه استاندارد بک استفاده شده و امتیاز طبقات نیز بر طبق همان پرسشنامه، جهت

سطح مطلوب ۴-۱ امتیاز، نسبتاً مطلوب ۱۰-۵ و نامطلوب ۱۱ امتیاز به بالا، در نظر گرفت شد. روایی پرسشنامه بر اساس مطالعه کتابخانه‌ای و پژوهش‌های قبلی تعیین گردیده است و پایایی با روش آلفا کرونباخ (۰/۷۲) سنجیده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شده و آمار توصیفی نظیر فراوانی مطلق و نسبی و میانگین و آمار استنباطی نظیر آزمون χ^2 و ضریب همبستگی پیرسون مورد استفاده قرار گرفته است. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌ها بیانگر آن است که بیشترین درصد (۵۳/۳٪) بیماران در محدوده سنی بیشتر از ۵۰ سال قرار دارند و ۶۵/۸٪ آن‌ها مؤنث هستند و ۹۱/۳٪ متأهل. بیشترین درصد (۸۸/۸٪) بیماران دارای فرزند بوده و ۴۰/۳٪ آن‌ها دارای ۳-۵ فرزند هستند. تعداد افراد خانواده بیشترین درصد (۵۰٪) کمتر از ۵ نفر و وضعیت اقتصادی بیشترین درصد (۵۱٪) نیز نسبتاً مطلوب بوده است.

در مورد نوع سرطان، ۴۳/۲٪ بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش بودند و ۶۳/۶٪ آنان در مرحله دو بیماری قرار داشتند. در بیشترین درصد بیماران (۹۸٪) درمان پیشنهادی جراحی بود و در خانواده ۹۷/۴٪ آنان سابقه ابتلا به بیماری سرطان وجود داشت.

در مورد کیفیت زندگی نتایج نشان داد کیفیت زندگی ۶۷/۹٪ آنان در بُعد جسمی، ۶۳/۲٪ در بُعد روانی و ۷۶/۵٪ در بُعد اجتماعی - اقتصادی مطلوب بوده است (جدول شماره ۱).

در مورد ارتباط کیفیت زندگی در بُعد جسمی با برخی متغیرهای فردی نتایج بررسی انجام شده حاکی از آن است که با افزایش تعداد فرزندان کیفیت زندگی در بُعد جسمی بهبود می‌یابد ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی بین کیفیت زندگی در بُعد جسمی با تعداد فرزندان ($r=0/15$ و $p=0/04$) ارتباط آماری معنادار نشان داد. همچنین افرادی که دارای درآمد کافی بودند فعالیت‌های جسمی (انجام فعالیت روزانه، پیاده‌روی، ورزش) را به خوبی انجام می‌دادند، ارتباط آماری معناداری بین کیفیت زندگی در بُعد جسمی و وضعیت اقتصادی وجود داشت ($p<0/001$).

در مورد ارتباط کیفیت زندگی در بُعد روانی با برخی از متغیرهای فردی نیز نتایج نشان داد افراد با درآمد کافی، کمتر دچار علائم روانی مانند اضطراب و افسردگی و ... شده‌اند، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون بین کیفیت زندگی در بُعد روانی با وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($p<0/001$).

در مورد ارتباط کیفیت زندگی در بُعد اجتماعی اقتصادی با برخی متغیرهای فردی نتایج نشان داد که افراد با درآمد کافی ارتباطات اجتماعی بهتری دارند. بین کیفیت زندگی در بُعد اجتماعی و اقتصادی با وضعیت اقتصادی بر اساس آزمون آماری χ^2 ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($\chi^2=4/6$ و $p=0/03$ و $df=1$).

همچنین با توجه به نتایج افرادی که از لحاظ جسمانی در وضعیت خوبی قرار داشتند اکثراً مبتلا به سرطان سینه بودند و در مراحل اولیه بیماری به درمانگاه مراجعه کرده بودند

بین کیفیت زندگی در بُعد جسمی با نوع سرطان ($p < 0/001$) و مرحله بیماری در زمان تشخیص ($p < 0/001$) ارتباط آماری معناداری وجود داشت.

نتایج بررسی انجام گرفته در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی از بُعد روانی با مرحله بیماری در زمان تشخیص، نشان داد افرادی که دارای سلامت روانی بودند در مراحل اولیه بیماری به درمانگاه مراجعه کرده‌اند آزمون آماری χ^2 ارتباط آماری معناداری را نشان می‌دهد ($p = 0/002$).

همچنین نتایج بررسی انجام گرفته درباره ارتباط بین کیفیت زندگی از بُعد اجتماعی - اقتصادی با نوع سرطان نشان داد افرادی که از نظر اقتصادی - اجتماعی در شرایط بهتری قرار داشتند اکثراً دچار سرطان سینه بوده و در مراحل اولیه بیماری به درمانگاه مراجعه کرده‌اند، بر اساس آزمون آماری χ^2 بین کیفیت زندگی از بُعد اجتماعی - اقتصادی با نوع سرطان ($p = 0/05$) و مرحله بیماری در زمان تشخیص ($p = 0/03$) ارتباط آماری معناداری مشاهده می‌شود.

جدول ۱: وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۵

وضعیت کیفیت زندگی فراوانی		مطلوب		نسبتاً مطلوب		نامطلوب		جمع	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۲۳	۶۷/۹	۵۵	۲۸/۱	۷	۳/۶	۱۹۵	۱۰۰		
۱۲۴	۶۳/۳	۵۸	۲۹/۶	۱۱	۵/۶	۱۹۶	۱۰۰		
۱۵۰	۷۶/۵	۴۱	۲۰/۹	۵	۲/۶	۱۹۶	۱۰۰		

بحث

در این مطالعه علاوه بر تعیین خصوصیات فردی، مشخصات بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده، ارتباط بین کیفیت زندگی با برخی متغیرهای فردی و مشخصات بیماری سنجیده شده است.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد کیفیت زندگی بیشترین درصد بیماران مورد پژوهش در بُعد جسمی و روانی مطلوب می‌باشد.

در مطالعه انجام شده توسط دهکردی و همکاران تحت عنوان «ارتباط بین ویژگی‌های

سرطان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران» نتایج نشان می‌دهد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۴٪) دارای کیفیت زندگی مطلوب و کمترین درصد بیماران (۱٪) دارای کیفیت زندگی نامطلوب در ابعاد جسمی و روانی می‌باشند. پژوهشگران علت این امر را حمایت و مراقبت خانواده‌ها از بیماران بیان نمودند که سبب می‌شود آنان از نظر جسمی و روحی کیفیت زندگی خوبی داشته باشند (۱۲).

در پژوهش حاضر ارتباط آماری معنادار بین تعداد فرزندان، تعداد افراد تحت تکفل و وضعیت اقتصادی با کیفیت زندگی در بُعد

از میانگین امتیاز کیفیت زندگی افرادی که درآمد کمتر از ۲۰۰۰۰ دلار داشتند، بالاتر بود ($p=0/0054$) (۱۶)، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

بر اساس یافته‌های پژوهش بین نوع سرطان و مرحله بیماری در زمان تشخیص و کیفیت زندگی در بُعد جسمی ارتباط آماری معناداری وجود دارد. در حالی که بین نوع درمان پیشنهادی و ابتلا یکی از اعضای خانواده به سرطان با کیفیت زندگی در بُعد جسمی ارتباط آماری معناداری وجود ندارد. در این مورد نیز مطالعه Schultz و Winstead-Fry بیانگر آن است که نوع سرطان بر روی کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر دارد به طور مثال افرادی که مبتلا به سرطان رکتوم و کولون هستند نسبت به افرادی که دچار سرطان پستان می‌باشند، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۱۶).

نتایج پژوهش حاکی از آن است که بین مرحله بیماری در زمان تشخیص و کیفیت زندگی در بُعد روانی ارتباط آماری معناداری وجود دارد. در حالی که بین نوع سرطان و نوع درمان پیشنهادی و ابتلای یکی از اعضای خانواده به سرطان با کیفیت زندگی در بُعد روانی ارتباط آماری معناداری وجود ندارد.

Rustoen و همکاران می‌نویسند: مرحله بیماری سرطان بر میزان محدودیت‌ها، نوع درمان و پیش آگهی بیماری مؤثر است که همه این عوامل با وضعیت روان‌شناختی بیمار در ارتباط می‌باشد (۱۷).

نتایج پژوهش نشان می‌دهد بین نوع سرطان و مرحله بیماری در زمان تشخیص با کیفیت زندگی در بُعد اجتماعی - اقتصادی ارتباط آماری معناداری وجود دارد. در حالی که بین نوع

جسمی دیده شد در حالی که ارتباط آماری معناداری بین سن، جنس، وضعیت تأهل و داشتن فرزند با کیفیت زندگی در بُعد جسمی وجود نداشت. Black و Jacobs در این مورد می‌نویسند بین وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد (۱۳) و نعمت الهی نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسید که بین متغیرهایی مانند سن و کیفیت زندگی در بُعد جسمی ارتباط آماری معناداری وجود ندارد (۱۴).

در بُعد روانی نیز نتایج یافته‌های پژوهش ارتباط آماری معناداری بین وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی نشان داد در حالی که ارتباط آماری بین سن، جنس، وضعیت تأهل، داشتن فرزند، تعداد فرزندان و تعداد افراد تحت تکفل با بُعد روانی وجود نداشت. از نظر بالینی در افرادی که دارای وضعیت اقتصادی مطلوب هستند کیفیت زندگی در بُعد جسمی افزایش می‌یابد. Kaplan در تحقیق خود به این نتیجه رسید که افراد متعلق به طبقات اقتصادی بالاتر در وضعیت روانی بهتری نسبت به طبقات پایین اجتماع هستند (۱۵).

در بُعد اجتماعی-اقتصادی نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بین وضعیت اقتصادی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار وجود دارد اما بین سن، جنس، وضعیت تأهل، داشتن فرزند، تعداد فرزندان و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. در این مورد Schultz و Winstead-Fry می‌نویسند: میانگین امتیاز کیفیت زندگی از بُعد اجتماعی افرادی که درآمد بین ۵۰۰۰۰ تا ۷۵۰۰۰۰ دلار در سال داشتند به طور قابل توجهی (معناداری)

سرطان، نوع درمان پیشنهادی و ابتلای یکی از اعضای خانواده به سرطان با کیفیت زندگی در بُعد اجتماعی - اقتصادی ارتباط آماری معناداری وجود ندارد. Epstein می‌نویسد: کیفیت زندگی در بُعد اجتماعی - اقتصادی بیماران به طور مستقیم تحت تأثیر بیماری و درمان‌هایی است که برای آن‌ها انجام می‌گیرد (۱۸).

Isikhan و همکاران نیز در تحقیق خود تحت عنوان «ارتباط بین پی‌آمد بیماری و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی» به این نتیجه رسیدند که ارتباط آماری معناداری بین کیفیت زندگی و تشخیص زودرس بیماری در بُعد اجتماعی وجود دارد. بیمارانی که بیماری آن‌ها زودتر تشخیص داده نشده بود کیفیت زندگی بالاتری داشتند (۴).

با توجه به نتایج پژوهش از آنجا که دانش‌آموختگان پرستاری در جامعه می‌توانند خدمات ارزنده‌ای جهت رفع مشکلات مددجویان ارائه دهند، ضروری است آموزش‌های لازم در زمینه کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده را در دروس دانشگاهی به طور کامل فرا گیرند.

با امید به توجه مدیران برنامه‌های کلان کشوری در امر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با استقرار پایگاه‌های پزشکی و پرستاری جامعه‌نگر در مناطق مختلف کشور، می‌توان ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران را مورد بررسی قرار داد و خدمات لازم را جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان فراهم نمود.

پیشنهادات بر اساس یافته‌های پژوهش

۱ - با توجه به این که در این مطالعه بین کیفیت زندگی و مرحله بیماری ارتباط معناداری وجود داشت، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای تحت

عنوان مقایسه کیفیت زندگی بیماران در مراحل مختلف (یک - دو - سه و چهار) بیماری انجام شود.
۲ - با توجه به این که ضمن کار مشخص شد اکثریت واحدهای مورد پژوهش تحت حمایت هیچ سازمانی نبودند، پیشنهاد می‌گردد مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی علل تحت حمایت نبودن بیماران سرطانی انجام گیرد.

۳ - با توجه به این که در مطالعه حاضر بین جنس و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای تحت عنوان مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان زن و مرد انجام یابد.

نتیجه‌گیری

در نهایت نتیجه گرفته شد که کیفیت زندگی بیماران سرطانی تازه تشخیص داده شده در ابعاد جسمی، اجتماعی - اقتصادی و روانی در جامعه ما مطلوب می‌باشد. ارتباط معناداری بین تعداد فرزندان و تعداد افراد تحت تکفل با کیفیت زندگی در بُعد جسمی وجود دارد و همچنین ارتباط معناداری بین وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی در بُعد اجتماعی و بُعد روانی وجود دارد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین نوع سرطان و مرحله بیماری در زمان تشخیص و کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و اجتماعی - اقتصادی و همچنین بین مرحله بیماری در زمان تشخیص و کیفیت زندگی در بُعد روانی ارتباط آماری معنادار وجود دارد. لذا پرستاران با آگاهی از این مطلب می‌توانند همچنان نقش مهمی در جهت ارتقای بیشتر و همچنین تداوم کیفیت زندگی بیماران داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۱۳۲/۱۰۶۳۰ مورخ ۸۳/۱۲/۲۶ می‌باشد، بدین‌وسیله از کلیه

بیماران و همکارانی که در به ثمر رسیدن این پژوهش همکاری داشته‌اند، معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، مسئولین، مجریان و مشاوران محترم، نهایت تشکر و قدردانی را می‌نماییم.

منابع

- 1 - Irwin K. Imagine it a world without cancer. Available at: [http://www.cancer.ucla.edu/ Modules/ShowDocument.aspx?documentid=181](http://www.cancer.ucla.edu/Modules/ShowDocument.aspx?documentid=181). Accessed July 9, 2007.
- ۲ - رفایی شیرپاک خسرو، افتخار اردبیلی پارک حسین. طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، تهران: نشر ایلیا، ۱۳۸۲؛ صفحه ۲۵.
- 3 - Ashwill J, Droskes. Nursing care of children principles and practice. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 2001.
- 4 - Isikhan V, Güner P, Kömürçü S, Ozet A, Arpacı F, Oztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer--I. Cancer Nurs. 2001; 24(6): 490-5.
- 5 - Rose P, Yates P. Quality of life experienced by patients receiving radiation treatment for cancers of the head and neck. Cancer Nurs. 2001; 24(4): 255-63.
- ۶ - پیمانی طاهره. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت مراجعه‌کننده به درمانگاه غدد بیمارستان‌های منتخب علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۴.
- 7 - Northouse LL, Caffey M, Deichelbohrer L, Schmidt L, Guziatke-Trojniak L, West S. The quality of life of African American women with breast cancer. Res Nurs Health. 1999; 22(6): 449-60.
- 8 - Quatman T, Watson CM. Gender differences in adolescent self-esteem: an exploration of domains. J Genet Psychol. 2001; 162(1): 93-117.
- 9 - Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. Cancer Nurs. 2001; 24(3): 212-9.
- 10 - Smeltzer CS, Bare BG. A text book of medical surgical nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott Co; 2004.
- 11 - Zillich AJ, Blumenschein K, Johannesson M, Freeman P. Assessment of the relationship between measures of disease severity, quality of life, and willingness to pay in asthma. Pharmacoeconomics. 2002; 20(4): 257-65.
- ۱۲ - شبان مرضیه، منجمد زهرا، مهران عباس، حسن‌پور دهکردی علی. ارتباط بین ویژگی‌های سرطان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی. «حیات» مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. پاییز ۱۳۸۳؛ ۱۰(۲۲): ۷۹-۸۴.
- 13 - Black JM, Jacobs EM. Luckman and sorenson surgical nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 2000.
- ۱۴ - نعمت الهی آذر. بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.
- 15 - Kaplan HS. Historic milestones in radiobiology and radiation therapy. Semin Oncol. 1979; 6(4): 479-89.
- 16 - Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. Cancer Nurs. 2001; 24(1): 12-9.
- 17 - Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. J Adv Nurs. 1999; 29(2): 490-8.
- 18 - Epstein RS. Measuring quality of life. Healthplan. 1997; 38(6): 17-8, 22-4.