

## مقایسه کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده با افراد بهنجار در شهر تبریز در سال ۱۳۹۳

امیر عزیزی<sup>۱</sup>، سید مسعود دهقان منشادی<sup>۲\*</sup>، جواد محمدی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱

### خلاصه

**مقدمه:** با توجه به نقش عوامل خطر ساز روانی - اجتماعی و کیفیت زندگی ناسالم در سبب شناسی و فیزیوپاتولوژی بیماری سرطان، هدف پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده با افراد بهنجار در شهر تبریز است.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی است که در آن ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان (۵۰ سرطان ریه و ۵۰ سرطان معده) و ۵۰ نفر از افراد بهنجار، از طریق هم‌تاسازی با گروه بیمار از شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات به وسیله پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه استرس ادراک شده جمع‌آوری شد. پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و پرسشنامه استرس ادراک شده ۰/۸۹ برآورد شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** بر اساس یافته‌ها تفاوت معنی‌داری میان گروه‌های مورد مطالعه در استرس ادراک شده وجود داشت؛ به طوری که مبتلایان به سرطان ریه و معده نمرات بالاتری در استرس ادراک شده منفی نسبت به افراد عادی بدست آوردند ( $p=0/001$ )؛ اما بین سه گروه در کیفیت زندگی تفاوتی مشاهده نشد. همچنین در کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان با یکدیگر هیچ‌گونه تفاوتی وجود نداشت.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تفاوت استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان نسبت به افراد عادی، انجام مداخلات روانشناختی در زمینه آموزش کنترل استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان ضروری به نظر می‌رسد.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، استرس ادراک شده، سرطان، معده، ریه، تبریز

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: masouddehghan1370@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۳۳۵۳۹۵۳۴

۳- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

## مقدمه

امروزه سرطان ریه ۳۲ درصد و ۲۰ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان را به ترتیب در مردان و زنان تشکیل می‌دهد که شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان‌ها می‌باشد [۱-۲]. بیشترین میزان بروز این بدخیمی در محدوده سنی ۵۵-۶۵ سالگی مشاهده می‌شود [۱]. با پیشرفت‌هایی که در زمینه جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی به وجود آمده، میزان بقای ۵ ساله در این سرطان از ۵ درصد در سال ۱۹۶۰ به ۱۴ درصد در سال ۱۹۹۰ رسیده است [۳]. از میان علل ایجادکننده سرطان ریه، مصرف سیگار به عنوان مهم‌ترین عامل شناخته شده است [۴]. آلودگی‌های محیطی و شغلی و عوامل تغذیه‌ای و فاکتورهای مستعدکننده نیز از دیگر عوامل مهم در بروز سرطان ریه می‌باشند [۵-۶].

سرطان معده یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌ها در سراسر جهان است. علی‌رغم پیشرفت‌های حاصل شده در درمان، میزان بقای ۵ ساله این سرطان همچنان پایین است و یکی از دلایل اصلی آن تأخیر در تشخیص سرطان تا بروز مراحل پیشرفته است که در حقیقت اقدامات درمانی را بی‌تأثیر و یا کم‌تأثیر می‌سازد. شاید مهم‌ترین اقدام لازم به منظور افزایش موفقیت درمان این نوع سرطان تشخیص زودرس آن باشد. یک تماس محیطی که احتمالاً در آغاز زندگی رخ می‌دهد، در ایجاد سرطان معده دخیل است و سرطان‌زایی غذایی از بیشترین نقش برخوردار است [۷].

یکی از عوامل مرتبط با بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده، داشتن سبک زندگی ناسالم و کیفیت زندگی آسیب‌دیده و متعاقب آن، با بالا بودن اختلالات روانشناختی، بیماران مستعد اختلالات مربوط به سلامتی و بیماری هستند [۸]. در این راستا تعدادی از پژوهشگران کیفیت زندگی را به عنوان رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی؛ انرژی درونی و درک از زندگی تعریف کرده‌اند [۹]. برخی نیز ابعاد کیفیت زندگی را شامل ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی، تفریحی و معنوی می‌دانند [۱۰].

کاهش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان در اثر تحمل علائم این بیماری، با تشخیص‌های مختلف به خوبی در مطالعات قبلی مشاهده شده است [۱۱]. به طوری که کیفیت

زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت تأثیر عوامل مختلف، اعم از تشخیص [۱۲]؛ مرحله بیماری [۱۳]؛ نوع درمان و وضعیت عملکرد بیمار [۱۴]؛ افسردگی [۱۵] و اعتقادات معنوی [۱۶] می‌باشد.

یکی از چالش‌های مشترک و معمول بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده، به ویژه بیمارانی که با مسائل درمانی و پزشکی متعددی روبه‌رو هستند، رویارویی با استرس است. برخی از پژوهشگران استرس را واکنش فرد در برابر محیطی که به تعبیر همان فرد، تهدیدکننده برای توانمندی‌ها و منابع وی و خطرآفرین برای سلامتی‌اش می‌باشد، تعریف نمودند [۱۷]. مطالعات نشان می‌دهند بیماران سرطانی موقعیت‌های پیش‌رو را بیشتر از سایر افراد تنش‌زا و تهدیدآمیز حس می‌کنند و در معرض عوامل استرس‌زای بالینی بیشتری قرار دارند [۱۸].

برای بیماران مبتلا به سرطان تمرکز نه تنها بر عامل استرس‌زا بلکه بر تجربه استرس، ممکن است از توجه به مفهوم کیفیت زندگی از عامل استرس‌زا اهمیت بیشتری داشته باشد. از سوی دیگر استرس ادراک شده نباید به عنوان بازتابی از استرس عینی در نظر گرفته شود. در بیماران مبتلا به سرطان استرس ادراک شده به عنوان یک عامل مرتبه دوم ظهور می‌کند، در حالی که در سطح اولیه، دو عامل وجود دارد، ادراک منفی از استرس و ادراک مثبت از استرس [۱۹].

سرطان معده در مردان پس از سرطان ریه شایع‌ترین نوع سرطان به شمار می‌رود و سرطان ریه به عنوان کشنده‌ترین سرطان در جهان شناخته شده است [۱-۲]. با توجه به اینکه یکی از چالش‌های معمول بیماران مبتلا به سرطان، رویارویی با استرس است و بنا به تشخیص نوع سرطان، کیفیت زندگی آن‌ها می‌تواند متفاوت باشد و این تفاوت در مشکلات روانشناختی ناشی از دو گونه سرطان ریه و معده، نیازمند مداخلات مجزایی می‌باشد؛ انجام مطالعات بیشتر ضروری به نظر می‌رسد. به همین منظور، پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده با افراد بهنجار در شهر تبریز انجام شد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی است و جامعه آماری این پژوهش شامل ۱۳۸ نفر از بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده مراجعه‌کننده به کلینیک شیخ‌الرئیس شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ بود. با توجه به اینکه حجم نمونه هر گروه در مطالعات مقایسه‌ای حداقل باید ۳۰ نفر باشد [۲۰]، آزمودنی‌های این پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان (۵۰ سرطان ریه و ۵۰ سرطان معده) در نظر گرفته شد که براساس معاینات جسمی و آزمایشگاهی توسط متخصصین سرطان تشخیص قطعی بیماری را دریافت کرده بودند و به روش نمونه‌گیری در دسترس به علت محدودیت نمونه‌گیری، با ۵۰ نفر از افراد بهنجار همسان شده بودند. نمونه بهنجار از میان همراهان، نزدیکان و بستگان مراجعه‌کنندگان به کلینیک شیخ‌الرئیس شهر تبریز انتخاب شدند که از نظر ویژگی‌های دموگرافیک چون جنسیت، سن، وضعیت اقتصادی و میزان تحصیلات همسان شده بودند. ملاک‌های ورود بیماران به نمونه پژوهش عبارت بودند از: داشتن حداقل ۳۰ و حداکثر ۶۰ سال سن، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن. همچنین تشخیص اختلال سایکوتیک و یا دارا بودن ملاک‌های کامل اختلال شخصیت براساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) توسط روانشناس، برای ۱۳۸ نفر از بیماران صورت گرفت و ۱۰۰ نفر از آزمودنی‌ها به دلیل عدم وجود شرایط فوق و دارا بودن شرایط روانشناختی لازم جهت ورود به این پژوهش در نظر گرفته شدند. داشتن سابقه ابتلا به سایر مشکلات روانشناختی به دلیل اینکه می‌تواند به عنوان عامل مداخله‌گر در پژوهش مطرح باشد، به عنوان معیار خروج مدنظر قرار گرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگران به تک تک مراجعان این اطمینان را دادند که نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. جمع‌آوری داده‌ها دو ماه به طول انجامید. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پس از دریافت مجوز از کلینیک شیخ‌الرئیس شهر تبریز و اعلام آمادگی مسئولین برای همکاری، ابزارهای مربوطه توزیع شد. ضمن اینکه در این پژوهش مشاهده گمشده وجود نداشت.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل سه بخش بود: پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه استرس ادراک شده (Perceived Stress Questionnaire) و پرسشنامه کیفیت زندگی (Quality of Life Questionnaire). پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، سن، وضعیت اقتصادی و میزان تحصیلات بود. پرسشنامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط Cohen و همکاران ساخته شده است [۲۱]. این پرسشنامه ۱۴ سؤال دارد که هر سؤال براساس یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد)، به ترتیب از (۰-۴) نمره‌گذاری می‌شود و دو خرده‌مقیاس ادراک منفی از استرس و ادراک مثبت از استرس را در بر می‌گیرد [۲۱]. Mimura و Griffiths در پژوهشی بر روی دانشجویان ژاپنی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اصلی و مقیاس تجدیدنظر شده ژاپنی را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ بدست آوردند که این ضرایب به ضریب پایایی نسخه اصلی خیلی نزدیک است. در پژوهش Mimura و Griffiths در ضریب آلفای کرونباخ عامل اول ۰/۷۳ و عامل دوم ۰/۸۵ بود [۲۲]. در ضمن پایایی این پرسشنامه توسط Behroozi و همکاران بر روی دانشجویان بر اساس آلفای کرونباخ و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۴ بدست آمد و اعتبار آن از طریق محاسبه همبستگی با استفاده از یک سؤال ملاک محقق ساخته ۰/۶۳ بدست آمد [۲۳]. در پژوهش حاضر پایایی برای کل این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برآورد شد. برای ارزیابی کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده گردید که در سال ۲۰۰۸ توسط Yaghmay و همکاران طراحی و اعتبارسنجی شده [۲۴] و شامل دو قسمت است: مجموعه سؤالات کیفیت زندگی شامل ۷۲ سؤال و ۷ بخش به شرح ذیل است: بخش جسمی، روانشناختی، معنوی و اعتقادات مذهبی، اقتصادی، خانوادگی، عاطفی و اجتماعی. هر سؤال پرسشنامه براساس یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۰-۴) نمره‌گذاری می‌شود؛ با این توضیح که سؤالات دارای بار مثبت (کاملاً موافقم=۴، موافقم=۳، نظری ندارم=۲، مخالفم=۱) و کاملاً مخالفم=۰) و سؤالات دارای بار منفی (کاملاً موافقم=۰، موافقم=۱، نظری ندارم=۲، مخالفم=۳ و کاملاً مخالفم=۴) نمره معکوس می‌گیرند. همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای

## یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۰ نفر شرکت داشتند و میانگین سنی آن‌ها  $34/00 \pm 6/70$  از افراد مورد پژوهش، ۷۰ درصد را مردان و ۳۰ درصد را زنان تشکیل می‌دادند. در این میان ۵۶ درصد دارای سواد خواندن و نوشتن؛ ۲۲ درصد دارای مدرک دیپلم و ۲۲ درصد دارای مدرک کارشناسی بودند. ۳۷ درصد دارای وضعیت اقتصادی نامطلوب، ۳۳ درصد دارای وضعیت اقتصادی متوسط و ۳۰ درصد وضعیت اقتصادی خود را مطلوب گزارش کردند.

جدول شماره ۱، آماره توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهشی در گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. همان طور که ملاحظه می‌شود، افراد سالم در متغیر کیفیت زندگی نمره بیشتری را بدست آوردند. افراد مبتلا به سرطان معده و ریه نمرات بالاتری را در مقیاس استرس ادراک شده نسبت به افراد عادی کسب کردند.

هر یک از عوامل (۷۱-۹۵) و کل پرسشنامه (۸۱) گزارش شده است [۲۴]. در پژوهش حاضر پایایی برای کل این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ  $0/81$  برآورد شد.

در پژوهش حاضر اعتبار ابزارهای فوق از طریق روش اعتبار محتوا سنجیده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در دو مرحله توسط ۸ نفر از اساتید صاحب نظر در دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی تبریز مورد مطالعه و پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت. سپس نمرات کل افراد در هر دو ابزار محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های گردآوری شده ابتدا از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید. به علاوه، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱- آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهشی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه (N=۵۰)	میانگین $\pm$ انحراف معیار
کیفیت زندگی	افراد مبتلا به سرطان ریه	$30/51 \pm 10/3/66$
	افراد مبتلا به سرطان معده	$26/95 \pm 10/7/63$
	افراد بهنجار	$32/00 \pm 10/1/74$
	کل	$30/04 \pm 10/4/34$
استرس ادراک شده	افراد مبتلا به سرطان ریه	$7/75 \pm 28/72$
	افراد مبتلا به سرطان معده	$5/32 \pm 28/58$
	افراد بهنجار	$4/79 \pm 22/16$
	کل	$4/98 \pm 26/49$

توجه به نوع روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، استقلال میان داده‌ها برقرار نشد، با این حال نتایج سایر آزمون‌ها قابلیت استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارند.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر استرس ادراک شده منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری که F محاسبه شده (۷/۶۳۴) در سطح  $p = 0/001$  معنی‌دار می‌باشد. نتایج

برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان داد، توزیع داده‌های حاصل از متغیرهای پژوهش نرمال است. برای بررسی همبستگی متقارن متغیرهای مورد مطالعه از آزمون کرویت بارتلست استفاده شد. همچنین جهت بررسی نرمال بودن مشاهدات و همگنی واریانس از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد بین آزمودنی‌های سه گروه، از لحاظ همگنی واریانس‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. هرچند با

معنی که مشخص نیست کدام گروه نمره بالاتر یا پایین تری را در متغیر استرس ادراک شده کسب کرده است. به همین جهت از آزمون تعقیبی شفه برای تحلیل واریانس چندمتغیره گروه‌های مورد مطالعه استفاده شد.

همچنین نشان داد که تفاوتی از لحاظ کیفیت زندگی میان بیماران مبتلا به سرطان و افراد بهنجار وجود ندارد. همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌گردد بین سه گروه در متغیر استرس ادراک شده منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی در این جدول محل تأثیر متغیرها مشخص نیست؛ بدین

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره براساس تفاوت بین میانگین‌ها در گروه‌های مورد مطالعه

منبع واریانس	میانگین مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
استرس ادراک شده منفی	۳۷۶/۹۷۳	۲	۱۸۸/۴۸۷	۷/۶۳۴	۰/۰۰۱
استرس ادراک شده مثبت	۴۲/۱۷۳	۲	۲۱/۰۸۷	۰/۷۵۱	۰/۴۷۴
کیفیت زندگی	۳۱۱۱/۴۸۰	۲	۱۵۵۵۵/۷۴۰	۱/۷۴۰	۱/۱۷۹

به اینکه بین کیفیت زندگی در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری مشاهده نشد، از گزارش جدول نتایج آزمون شفه برای آن خودداری شد.

نتایج آزمون شفه در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده نمرات بالاتری را در مؤلفه استرس ادراک شده منفی نسبت به افراد بهنجار بدست آوردند. با توجه

جدول ۳- نتایج آزمون شفه برای تحلیل واریانس چندمتغیره گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
بهنجار	افراد مبتلا به سرطان ریه	۴/۸۴۰	۰/۹۹۴	۰/۰۰۱
استرس ادراک شده	افراد مبتلا به سرطان معده	۴/۵۲۰	۰/۹۹۴	۰/۰۰۱
منفی	معده	۱/۴۲۰	۰/۹۹۴	۰/۱۵۵

سرطان، موقعیت‌ها و رویدادها را بیش از پیش، تهدیدآمیز ارزیابی می‌کنند [۲۷].

در پژوهش حاضر میان استرس ادراک شده مثبت در سه گروه بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده با افراد بهنجار هیچ گونه تفاوتی یافت نشد. با توجه به اینکه در خصوص این یافته پژوهش حاضر، مطالعه‌ای صورت نگرفته است، دلیل این امر را می‌توان به نوع روش نمونه‌گیری و حجم پایین نمونه در پژوهش حاضر نسبت داد.

نتایج این پژوهش نشان داد در سه گروه بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده با افراد بهنجار از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. با توجه به اینکه این یافته برخلاف مطالعاتی است که در این زمینه صورت گرفته و مطالعات داخلی نیز در این زمینه یافت نشد، بنابراین پژوهشگران تنها به ذکر یافته‌های مغایر با یافته پژوهش بسنده می‌کنند. این

## بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده با افراد بهنجار از نظر استرس ادراک شده و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده در مقایسه با افراد بهنجار نمرات بالاتری در مقیاس استرس ادراک شده منفی بدست آوردند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های دیگر به عنوان مثال McBride و همکاران مطابقت می‌کند. این پژوهشگران در مطالعات خود خاطر نشان می‌سازند که بیماران سرطانی موقعیت‌های پیش‌رو را بیشتر از سایر افراد تنش‌زا و تهدیدآمیز حس می‌کنند؛ بنابراین احتمال بیشتری وجود دارد افرادی که موقعیت‌ها و حوادث را استرس‌زا می‌بینند در معرض ابتلا به سرطان قرار بگیرند [۲۵-۲۶]. به عبارت دیگر، افراد با ابتلا به

نوع مطالعه و تک مرکزی بودن آن و در نظر نگرفتن متغیرهای مهمی همچون مدت ابتلا و نوع درمان و وجود بیماری‌های دیگر همراه سرطان از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. به همین منظور جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌های پژوهش به محققان علاقمند در این حوزه پیشنهاد می‌گردد که مطالعه مورد نظر را تکرار و نتایج مورد نظر را با پژوهش حاضر مقایسه نمایند.

### تعارض منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

### سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها به عهده امیر عزیزی و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده جواد محمدی بود و سید مسعود دهقان منشادی اصلاحات مقاله را انجام داد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از تمامی بیماران و کلیه پرسنل اداری کلینیک شیخ‌الرئیس شهر تبریز که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

یافته برخلاف مطالعات Eton و همکاران و Kreitler و همکاران می‌باشد [۲۶-۲۸]. در تبیین تضاد بین یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعاتی که از آن‌ها نام برده شد، اشاره به این نکته ضروری به نظر می‌رسد که با پیشرفت‌هایی که در زمینه جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی به وجود آمده است [۷]، نه تنها میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده بیشتر شده است، بلکه این امر باعث شده که کیفیت زندگی بیماران سرطانی با افراد بهنجار تفاوت چندانی نداشته باشد. همچنین دلیل این امر را می‌توان به حجم نمونه پایین و نوع روش نمونه‌گیری به کار رفته در پژوهش نسبت داد. ضمن اینکه برخلاف مطالعه Kreitler و همکاران، در پژوهش حاضر مجال بررسی رابطه کیفیت زندگی و خودکارآمدی وجود نداشت [۲۶] و برخلاف مطالعات Eton و همکاران، در این مطالعه به مقایسه عوامل جمعیت‌شناختی میان گروه‌ها به طور کامل پرداخته نشد [۲۸].

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تفاوت استرس ادراک شده در گروه‌های مورد مطالعه، انجام مداخلات روانشناختی در زمینه آموزش کنترل استرس ادراک شده منفی در بیماران مبتلا به سرطان ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر تنها بر روی نمونه محدودی انجام گرفت و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به

## References

1. Minna JD. Harrison's Principles of internal medicine. (Fauci AS). 14nd ed. U.S.A. McGraw-Hill; 1998: 552-62.
2. Fraser RS, Pare JAP, Fraser RG. Synopsis of Diseases of the Chest. 2nd ed. U.S.A. Saunders Company; 1994: 445-539.
3. Ristiano LM. (1997). Public health concerns about lung cancer, Ches. 1997t; 112(4): 214-15.
4. Ernester VE, Mustacchi P. Osann KE. Textbook of Respiratory Medicine. (Murray JF). 2nd ed. WB. U.S.A. Saunders Company; 1994: 1485-631.
5. Speizer F, Colditz G, Hunter D, Rosner B, Hennekens C. Prospective study of smoking, antioxidant intake, and lung cancer in middle-aged women (USA). Cancer Causes & Control 1999;10(5):475-82.
6. Morinaga K, Nakamura K, Kohyama N, KISHIMOTO T. A retrospective cohort study of male workers exposed to PVA fibers. Industrial health 1999;37(1):18-21.
7. Longo D, Fausi A, Kasper D, Hauser E, Jameson L, Loscalzo J. Harrison Principles of Internal Medicine. 18nd ed. Iran: Arjomand Publications; 2015: 183-6. [Persian]
8. Rustøen T, Cooper BA, Miaskowski C. The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. Cancer nursing 2010;33(4):258-67.
9. Boscolo-Rizzo P, Maronato F, Marchiori C, Gava A, Mosto D, Cristina M. Long-term quality of life after total laryngectomy and postoperative radiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy for laryngeal preservation. The Laryngoscope 2008;118(2):300-6.

10. Lehto U-S, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology* 2005;16(5):805-16.
11. Win T, Sharples L, Wells F, Ritchie A, Munday H, Laroche C. Effect of lung cancer surgery on quality of life. *Thorax* 2005;60(3):234-8.
12. Turner J, Kelly B, Swanson C, Allison R, Wetzig N. Psychosocial impact of newly diagnosed advanced breast cancer. *Psycho-Oncology* 2005;14(5):396-407.
13. Hwang SS, Chang VT, Fairclough DL, Cogswell J, Kasimis B. Longitudinal quality of life in advanced cancer patients: pilot study results from a VA medical cancer center. *Journal of pain and symptom management* 2003;25(3):225-35.
14. Bradley EB, Bissonette EA, Theodorescu D. Determinants of long-term quality of life and voiding function of patients treated with radical prostatectomy or permanent brachytherapy for prostate cancer. *BJU international* 2004;94(7):1003-9.
15. Iconomou G, Mega V, Koutras A, Iconomou AV, Kalofonos HP. Prospective assessment of emotional distress, cognitive function, and quality of life in patients with cancer treated with chemotherapy. *Cancer* 2004;101(2):404-11.
16. Laubmeier KK, Zakowski SG, Bair JP. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. *International journal of behavioral medicine* 2004;11(1):48-55.
17. Lundberg U. Stress hormones in health and illness: the roles of work and gender. *Psychoneuroendocrinology* 2005;30(10):1017-21.
18. Kaplan BJ, Sadock VA. Synopsis of Psychiatry Behavioural Science. Updated with DSM-5. 11th ed. Iran: Arjomand Publications; 2015: 77-9. [Persian]
19. Golden-Kreutz DM, Browne MW, Frierson GM, Andersen BL. Assessing Stress in Cancer Patients A Second-Order Factor Analysis Model for the Perceived Stress Scale. *Assessment* 2004;11(3):216-23.
20. Borg W, Gall J. Quantitative and qualitative research methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Beheshti University; 2015:455-6. [Persian]
21. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior* 1983; 24(4):385-96.
22. Mimura C, Griffiths P. A Japanese version of the perceived stress scale: translation and preliminary test. *International Journal of Nursing Studies* 2004;41(4):379-85.
23. Behroozi N, Shahni Yelaq M, Pourseyed SM. Relationship between Perfectionism, Perceived Stress and Social Support with Academic Burnout. *Culture strategy* 2013; 5(20): 83-102. [Persian]
24. Yaghmay F, Mohammad SH, Alavi MH. Developing and Measuring Psychometric Properties of "Quality of Life Questionnaire in Infertile Couples. *IJCBNM* 2013; 1(4): 238-45. [Persian]
25. McBride CM, Clipp E, Peterson BL, Lipkus IM, Demark-Wahnefried W. Psychological impact of diagnosis and risk reduction among cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2000;9(5):418-27.
26. Kreitler S, Peleg D, Ehrenfeld M. Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-Oncology* 2007;16(4):329-41.
27. Clark KD. The relationship of perceived stress and self-efficacy among correctional employees in close-security and medium-security-level institutions: Walden University 2010; 8(8):450-9.
28. Eton DT, Lepore SJ, Helgeson VS. Early quality of life in patients with localized prostate carcinoma. *Cancer* 2001;92(6):1451-9.

# Comparison of the Quality of Life and Perceived Stress in Gastric and Lung Cancer Patients and Normal Subjects in the city of Tabriz in 2014

Azizi A<sup>1</sup>, Dehghan Manshadi SM<sup>2\*</sup>, Mohamadi J<sup>3</sup>

1- Ph.D Student of General Psychology, Dept. of Psychology. Lorestan University, Khorramabad, Iran

2- MS in General Psychology, Dept. of Psychology. Lorestan University, Khorramabad, Iran. (Corresponding author)

E-mail: masouddehghan1370 @yahoo.com, Tel: 09133539534

3- Ph.D Student of General Psychology, Dept. of Psychology. Lorestan University, Khorramabad, Iran

Received: 23December 2015

Accepted: 24 April 2016

**Introduction:** Given the role of psychological and social risk factors of unhealthy life style in the etiology and pathogenesis of cancer and quality of life, the aim of this study was to compare the quality of life and perceived stress in patients with Gastric and lung cancer with normal subjects.

**Material & Methods:** In this comparative study, a total of 100 cancer patients (50 lung and 50 stomach) and 50 normal cases, were selected through matched sampling in 2014. Information on the quality of life and perceived stress were collected by questionnaire. Based on Cronbach's alpha, internal reliability of QOL 0.81 and 0.89 reliability perceived stress was estimated. Data were analyzed using multivariate analysis using SPSS version 20.

**Results:** The results indicated a significant difference between the two groups in perceived stress. The people with lung cancer and stomach had higher scores in perceived stress than the average people ( $p=0.001$ ). However, no difference was observed between the groups in the quality of life. Also there was no difference between the cancer patients in the quality of life and perceived stress.

**Conclusion:** Due to differences in the perceived stress in the cancer patients with the normal individuals, conducting psychological intervention training programs for controlling the perceived stress in cancer patients is necessary.

**Key words:** Quality of life, Perceived stress, Cancer, Gastric, Lung, Tabriz

---

**Please cite this article as follows:**

Azizi A, Dehghan Manshadi SM, Mohamadi J. Comparison of the Quality of Life and Perceived Stress in Gastric and Lung Cancer Patients and Normal Subjects in the city of Tabriz in 2014. Community Health journal 2015; 9(3): 1-8.

---

**Funding:** personal funds

**Conflict of interest:** None declared

**Ethical approval:** The Ethics Committee of Tabriz University approved the Study.