

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده و عوامل مرتبط با آن در شهر زنجان

۱۳۹۶

هما پور عبدالله^۱، نسرین جعفری ورجوشانی^{۲*}، معصومه نمودیان^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۵/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۳۰

خلاصه

مقدمه: بیماری سرطان می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده و عوامل مرتبط با آن انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، نمونه‌های پژوهش ۱۰۸ بیمار مبتلا به سرطان معده بستری در بخش‌های انکولوژی و بیماران سرپایی درمانگاه بیمارستان ولیعصر زنجان در بهار ۹۶ بودند که به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بود. داده‌ها توسط آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران $51/92 \pm 8/78$ سال بود. تمامی بیماران، کیفیت زندگی را در هر سه حیطة عملکردی، علائم و بعد کلی در محدوده ضعیف گزارش نمودند. مردان در حیطة علائم ($p=0/002$) و بعد کلی ($p=0/021$)، کیفیت زندگی بهتری داشتند. حیطة عملکردی با افزایش سن ($r=0/199$) ($p=0/039$) و مدت زمان تشخیص ($r=0/191$) ($p=0/048$)، افزایش می‌یافت. کلیه ابعاد در بیماران با مسکن استیجاری نامطلوب‌تر بود ($p=0/024$). بین شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، دفعات بستری، تعداد اعضای خانواده و فرزندان با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های مطالعه، ارائه مناسب‌ترین روش‌های درمانی همراه با خدمات آموزشی و مشاوره‌ای و حمایت‌های همه‌جانبه از سوی سیستم‌های مختلف حمایتی در جامعه از جمله سیستم بهداشت و درمان توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سرطان معده، سلامت جامعه

۱- کارشناس ارشد، گروه آموزشی سلامت جامعه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۲- استادیار، گروه آموزشی سلامت جامعه، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: jafari_ns@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۲۸۴۱۲۵۴۴

۳- دکتر، گروه سلامت جامعه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

مقدمه

سرطان، سومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق و حوادث شناخته شده است [۱]. به طور تخمینی، سالانه ۶/۱ میلیون مورد جدید سرطان در دنیا تشخیص داده می‌شود که از این تعداد ۳/۱ میلیون به خاطر سرطان می‌میرند [۲]. طبق پیش‌بینی سازمان بهداشت، تعداد مرگ ناشی از سرطان در جهان، از سال ۲۰۰۷ تا سال ۲۰۳۰، ۴۵ درصد افزایش خواهد داشت [۳]. در ایران، حدود صد هزار نفر در هر سال با این بیماری روبرو هستند [۴]. در این بین، سرطان معده با شیوع ۹/۹ درصد، دومین سرطان شایع کشنده در جهان بعد از سرطان ریه با شیوع ۱۱/۸ درصد می‌باشد [۵]. بر اساس تخمین سازمان بهداشت جهانی، سالیانه بیش از ۹۳۰۰۰۰ مورد جدید سرطان معده، تشخیص داده می‌شود و حداقل هفتصد هزار نفر از این بیماری می‌میرند و بنا بر این یک مشکل جدی سلامت جامعه محسوب می‌شود [۶]. طبق آمار کشور ایران سرطان معده با شیوع ۱۵/۸ درصد بعد از سرطان پوست با شیوع ۲۷/۶ درصد به عنوان دومین سرطان شایع شناخته شده است [۵]. تفاوت‌های جغرافیایی در مرگ‌ومیر و ناتوانی‌های ناشی از سرطان معده نشان می‌دهد که این بدخیمی بیشتر متأثر از عوامل محیطی است [۷].

ابتلا به سرطان تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیر قابل باور برای هر فرد است. سرطان باعث اختلال در وضعیت اقتصادی، اجتماعی، شغلی و زندگی خانوادگی بیمار می‌شود و بر جوانب مختلف کیفیت زندگی بیماران از جمله وضعیت روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و عملکرد جنسی، تأثیر می‌گذارد [۲]. لذا بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مطالعات بیماری‌های مزمن، به ویژه سرطان مطرح است [۱] و از شاخص‌های مهم درمانی و مراقبتی در سراسر جهان محسوب می‌گردد [۲].

امروزه کیفیت زندگی به عنوان بخشی از معیارهای ارزیابی درمان سرطان مطرح شده است. از دلایل افزایش توجه به مفهوم کیفیت زندگی در عصر جدید، تأکید بیشتر بر کیفیت زندگی در برابر کمیت زندگی و افزایش سرسام‌آور هزینه‌های مراقبت بهداشتی بیان شده است [۱]. در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده سیاستمداران و متخصصان

علم پیشگیری است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات به کار می‌رود. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی، بهبود کیفیت زندگی را مهم‌ترین هدف درمانی برمی‌شمرند و حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آن‌ها شناخته شده نیست [۷]. آنچه برای بیمار و خانواده‌اش در کنار درمان‌های معمول سرطان مانند شیمی‌درمانی اهمیت دارد، تنها افزایش کمیت زندگی نیست بلکه مهم آن است که بیمار با هر میزان طول عمر، دارای کیفیت زندگی مناسبی هم باشد [۸]. اکثر مطالعاتی که در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده انجام گرفته نشانگر کیفیت زندگی نامناسب این بیماران می‌باشد [۹،۱۰].

بر اساس شواهد، عوامل زیادی می‌توانند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را کاهش دهند که با شناسایی این عوامل می‌توان در راستای بهبود کیفیت زندگی این بیماران برنامه‌ریزی کرد [۱۱]. مطالعات مختلف، نتایج متفاوتی در زمینه ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان با کیفیت زندگی ایشان نشان می‌دهد [۲،۱۲،۱۳]. تفاوت‌های جغرافیایی در مرگ‌ومیر و ناتوانی‌های ناشی از سرطان معده نیز نشان می‌دهد که این بدخیمی بیشتر متأثر از عوامل محیطی است [۱۴]. همچنین، نتایج مطالعات بیانگر ارتباط متغیرهای مختلف در چگونگی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده می‌باشد. Shan و همکاران، در مطالعه خود که با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده انجام دادند، دلیل کاهش کیفیت زندگی این بیماران را بروز علائم گوارشی عنوان کردند [۱۵]. در مطالعه Esmailnasab و همکاران، اختلال عملکرد اجتماعی به عنوان مشکل مهم معرفی گردید [۱۰]. در مطالعه Azizi و همکاران، کیفیت زندگی این بیماران با افراد بهنجار شهر تبریز تفاوتی نداشت [۱۶]. با بررسی‌های اولیه و مستندات موجود از تعداد بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی ولیعصر (عج) زنجان (به عنوان قطب درمان سرطان در استان)، بیشترین شیوع بیماری مربوط به سرطان معده بود. لذا با توجه به متفاوت بودن عوامل مرتبط با کیفیت زندگی این بیماران در

جوامع مختلف، مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده و برخی عوامل مرتبط با آن در شهر زنجان در سال ۱۳۹۶ طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان به تصویب رسید. جامعه آماری را بیماران مبتلا به سرطان معده (۱۲۷ نفر) که دارای پرونده بوده و جهت پیگیری درمان در بهار سال ۹۶ به مرکز آموزشی درمانی ولیعصر زنجان (ع) (به عنوان تنها مرکز درمان این بیماران در استان) مراجعه نمودند، تشکیل می‌داد. نمونه-گیری به روش سرشماری انجام شد. پس از ارائه توضیحات در مورد اهداف و نحوه انجام پژوهش، مختار بودن برای شرکت در تحقیق، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، جلب رضایت شفاهی و کسب رضایت کتبی جهت شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها در بین بیماران توزیع گردید. سپس از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را با دقت در طی دو جلسه متوالی در حضور پژوهشگر تکمیل نمایند. برای بیماران بی‌سواد و کم‌سواد پژوهشگر به روش مصاحبه سؤالات را تکمیل نمود. زمان تکمیل پرسشنامه‌ها با ساعات ویزیت پزشک و پروسیجرهای درمانی، تداخلی نداشت. تعداد ۱۹ نفر به دلیل دارا نبودن معیارهای ورود و یا عدم تکمیل دقیق پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج گردیدند و پرسشنامه‌ها توسط ۱۰۸ نفر در طی سه ماه تکمیل شدند. معیارهای ورود به مطالعه تشخیص قطعی سرطان معده، گذشت حداقل ۳ ماه از تشخیص بیماری، آگاهی بیمار و خانواده وی از ابتلا بیمار به سرطان، عدم ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن، نداشتن بیماری روانی شناخته شده و معیار خروج عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت کامل بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و عوامل مرتبط با بیماری و پرسشنامه استاندارد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (EORTC QLQ-C30.V.3) (European Organization for Research Cancer - and Treatment of Cancer Quality of Life versio 3) 30 بود.

۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و عوامل مرتبط

با بیماری: این ابزار با استفاده از منابع علمی توسط تیم تحقیق تهیه گردید و سپس جهت تعیین روایی محتوی در اختیار ۱۰ نفر از اساتید محترم هیئت‌علمی دانشکده پرستاری و مامایی زنجان و رشت قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پیشنهادات و انجام اصلاحات لازم، پرسشنامه‌های نهایی تدوین گردید. در این پرسشنامه، عوامل فردی-اجتماعی و عوامل مرتبط با بیماری سرطان شامل جنس، سن، محل سکونت، وضعیت مسکن، میزان تحصیلات، شغل، نوع زندگی، وضعیت تأهل، مدت زمان تأهل، تعداد فرزندان، تعداد اعضای خانواده، سرپرست خانوار، درآمد ماهیانه، مدت زمان تشخیص بیماری، مرحله بیماری، متاستاز، دفعات بستری و سابقه خانوادگی بررسی گردید.

۲- پرسشنامه استاندارد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (EORTC QLQ-C30.V.3) توسط سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان طراحی گردیده است [۱۷]. این پرسشنامه، ابزاری خلاصه است که به روش خود گزارش-دهی تکمیل شده و اختصاصاً در سنجش کیفیت زندگی در سرطان کاربرد دارد. این ابزار دارای ۳۰ سؤال است و دربرگیرنده ۲۸ سؤال در مبنای لیکرت ۴ گزینه‌ای از نمره ۱ تا ۴ شامل اصلاً، کمی، تا حدودی، بسیار زیاد، به منظور بررسی دو حیطة عملکردی و علائم و ۲ سؤال به منظور بررسی کیفیت زندگی کلی در مقیاس لیکرت ۷ امتیازی از نمره ۱ تا ۷ شامل خیلی ضعیف تا عالی می‌باشد؛ که جهت یکسان سازی میانگین نمرات در هر سه بعد، مقادیر پس از محاسبه به صورت درصد (یعنی در بازه بین صفر تا ۱۰۰) در نظر گرفته می‌شوند [۱۸]. برای بررسی ۵ مقیاس حیطة عملکردی سؤالات عبارت بودند از: عملکرد جسمانی (۵ سؤال)، عملکرد ایفای نقش (۲ سؤال)، عملکرد احساسی (۲ سؤال)، عملکرد شناختی (۴ سؤال) و عملکرد اجتماعی (۲ سؤال). همچنین ۹ مقیاس حیطة علائم (تنگی نفس، اختلال خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات مالی، خستگی، تهوع و استفراغ، درد) شامل ۱۳ سؤال و حیطة کیفیت زندگی شامل ۲ سؤال بود. بنابراین، نمره حیطة عملکردی در محدوده ۱۵ و ۶۰، نمره حیطة علائم بین ۱۳ تا ۵۲ و نمره حیطة کیفیت زندگی کلی حداقل ۲ و حداکثر ۱۴ خواهد بود. میانگین نمرات محاسبه

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن بیماران $51/92 \pm 8/78$ سال و در محدوده ۳۱ تا ۷۰ سال بود. اکثر شرکت‌کنندگان مذکر ۷۷ نفر (۷۱/۳ درصد) و متأهل ۸۵ نفر (۷۸/۷ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار مدت زمان تأهل $10/56 \pm 27/50$ سال، میانگین تعداد فرزندان با بیشترین فراوانی $3/37 \pm 1/50$ نفر، میانگین تعداد اعضای خانواده $5/26 \pm 1/36$ نفر، میانگین مدت زمان تشخیص $11/71 \pm 4/39$ ماه، میانگین تعداد دفعات بستری $12/79 \pm 4/33$ بار بود. ۸۱ نفر (۷۵ درصد) از بیماران سرپرست خانوار، ۱۰۲ نفر (۹۴/۴ درصد) دارای بیمه بهداشتی، ۷۷ نفر (۷۱/۳ درصد) ساکن شهر، ۱۰۰ نفر (۹۲/۶ درصد) دارای منزل شخصی، ۴۷ نفر (۴۳/۵ درصد) دارای شغل آزاد و ۹۷ نفر (۸۹/۸ درصد) با درآمد ماهیانه بین ۸ تا ۲۴ میلیون ریال بودند. ۶۵ نفر (۶۰/۲ درصد) از شرکت‌کنندگان با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند. ۵۱ نفر (۴۷/۲ درصد) از بیماران با درجه (مرحله) دو بیماری، ۵۷ نفر (۵۲/۸ درصد) بدون متاستاز بوده و ۸۲ نفر (۷۵/۹ درصد) سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان را نداشتند.

میانگین امتیازات کیفیت زندگی، در حیطه کل و در حیطه عملکردی در محدوده ضعیف (کمتر از ۵۰ درصد) قرار داشت. همچنین با توجه به اینکه در حیطه علائم، نمره‌دهی به صورت معکوس می‌باشد و نمره بالاتر نشانه بیشتر بودن علائم و مشکلات بیماری در فرد است؛ این حیطه نیز در محدوده ضعیف قرار داشت (جدول ۱).

شده در هر حیطه، نهایتاً به صورت درصد در نظر گرفته می‌شوند (حداکثر نمره هر حیطه به عنوان ۱۰۰ درصد محاسبه می‌گردد). در حیطه عملکردی و حیطه کلی کیفیت زندگی هر چه میانگین نمره به ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد، نشانه عملکرد بهتر است، اما در حیطه علائم به صورت معکوس است و نمره بالاتر نشانه بیشتر بودن علائم و مشکلات بیماری در فرد است [۲۱-۱۹، ۱۳، ۱۰]. جهت تعیین کیفیت زندگی، داده‌ها پس از تجزیه و تحلیل به سه طبقه خوب (امتیاز بالای ۷۵ درصد)، نسبتاً خوب (۷۵-۵۰ درصد) و ضعیف (کمتر از ۵۰ درصد) تقسیم‌بندی شدند [۱۲]. پرسشنامه استاندارد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به زبان‌های متعددی ترجمه شده و در کشورهای مختلفی استفاده گردیده است. روایی و پایایی آن در جامعه ایرانی نیز تأیید شده است [۲۲، ۲۱]. در مطالعه حاضر، جهت تعیین روایی صوری، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی زنجان و رشت قرار گرفت. پایایی پرسشنامه توسط محاسبه ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ تعیین گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و فراوانی نسبی و مطلق) و استنباطی انجام شد. به دلیل نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون $0/05$ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار امتیازات ابعاد کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش در شهر زنجان سال ۱۳۹۶

ابعاد کیفیت زندگی	انحراف معیار \pm میانگین	فاصله اطمینان $0/95$
حیطه عملکردی	$26/92 \pm 3/57$	۲۶/۴۸ - ۲۷/۳۶
حیطه علائم	$32/45 \pm 4/84$	۳۱/۸۵ - ۳۳/۰۴
حیطه کلی	$5/68 \pm 1/48$	۵/۵۰ - ۵/۸۶

از میان ابعاد کیفیت زندگی، حیطه علائم $(p=0/002)$ و حیطه کلی $(p=0/021)$ با جنسیت بیمار ارتباط آماری معنی‌داری داشتند. بدین معنی که در این دو حیطه مردان نسبت به زنان از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. بین حیطه علائم و وضعیت مسکن بیماران نیز، ارتباط وجود داشت $(t=0/199)$

به طوری که میانگین امتیازات این حیطه، در خانواده‌هایی که مسکن استیجاری داشتند، بالاتر بوده و این بیماران علائم شدیدتری را تجربه می‌نمودند (جدول ۲).

همچنین بین حیطه عملکردی با سن بیمار مبتلا به سرطان، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت $(t=0/199)$

از میان ابعاد کیفیت زندگی، حیطه علائم $(p=0/002)$ و حیطه کلی $(p=0/021)$ با جنسیت بیمار ارتباط آماری معنی‌داری داشتند. بدین معنی که در این دو حیطه مردان نسبت به زنان از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. بین حیطه علائم و وضعیت مسکن بیماران نیز، ارتباط وجود داشت $(t=0/199)$

بر اساس نتایج پژوهش، بین ابعاد کیفیت زندگی با شغل، تعداد اعضای خانواده، متوسط درآمد ماهیانه، میزان تحصیلات، تعداد دفعات بستری، نوع زندگی بیمار، وضعیت تأهل، مدت زمان تأهل، محل سکونت، درجه بیماری و متاستاز بیماران ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت.

($p=0/039$) و با افزایش سن کیفیت زندگی بیماران در حیطه عملکردی افزایش می‌یافت. حیطه عملکردی با مدت زمان تشخیص بیماری نیز، ارتباط آماری معنی‌داری داشت ($p=0/048$) ($F=0/191$) یعنی با افزایش مدت زمان تشخیص بیماری، میانگین امتیاز حیطه عملکردی کیفیت زندگی، افزایش می‌یافت.

جدول ۲- مقایسه میانگین امتیازات ابعاد کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش بر اساس جنس و وضعیت مسکن در شهر زنجان سال ۱۳۹۶

ابعاد کیفیت زندگی	حیطه عملکردی		حیطه علائم		حیطه کلی	
	انحراف معیار \pm میانگین	P	انحراف معیار \pm میانگین	P	انحراف معیار \pm میانگین	P
مذکر	۴۲/۹۱ \pm ۷/۹۱	۰/۲۴۷	۶۸/۳۹ \pm ۴/۳۹	۰/۰۰۲	۴۵/۵۲ \pm ۲/۴۵	۰/۰۲۱
مؤنث	۴۴/۷۵ \pm ۴/۷۳	۰/۲۴۷	۷۳/۵۶ \pm ۳/۲۰	۰/۰۰۲	۳۴/۵۴ \pm ۴/۶۷	۰/۰۲۱
شخصی	۴۳/۵۲ \pm ۴/۶۶	۰/۲۵۳	۶۹/۸۶ \pm ۵/۳۳	۰/۰۲۴	۴۳/۷۴ \pm ۴/۰۰	۰/۱۸۰
وضعیت مسکن استیجاری	۴۰/۵۲ \pm ۲/۵۵	۰/۲۵۳	۷۵/۴۵ \pm ۴/۳۲	۰/۰۲۴	۳۲/۶۵ \pm ۳/۲۹	۰/۱۸۰

آزمون t مستقل * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

بحث

این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده و عوامل مرتبط با آن انجام شد. نتایج نشان داد، کیفیت زندگی در هر سه حیطه عملکردی، علائم و کلی مختل شده بود. Shan و همکاران، در مطالعه مروری خود که با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده انجام گرفت، دلیل کاهش کیفیت زندگی این بیماران را به بروز علائم گوارشی گزارش کردند [۱۵]. همچنین در مطالعه Monfared و همکاران، نمره کلی کیفیت زندگی ۴۸/۹۱ \pm ۶۵/۰۷ بود که همچون مطالعه حاضر، در محدوده ضعیف قرار داشت [۱۳]. با استناد به نتایج مطالعات می‌توان گفت بیماری سرطان، به ویژه سرطان معده، به دلیل ایجاد عوارض گوارشی و عوارض جانبی ناشی از درمان، تأثیر نامطلوبی بر کیفیت زندگی مبتلایان دارد.

همچنین، در مطالعه حاضر میانگین امتیاز حیطه عملکردی در محدوده ضعیف قرار داشت. همسو با این یافته، در مطالعه Sharifi و همکاران، نیز حیطه عملکرد کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان پس از چهار دوره شیمی درمانی کاهش یافته بود [۲۳]. پژوهش حاتم و همکاران نیز حاکی از کاهش کیفیت زندگی بیماران در بعد جسمی

هم‌زمان با افزایش تجربه شیمی‌درمانی بود [۲۰].

طبق یافته‌های مطالعه حاضر، نمونه‌های پژوهش در حیطه علائم بیشترین نمره را کسب کرده بودند. نمره بالاتر در حیطه علائم نشانه بیشتر بودن مشکلات بیماری و افت کیفیت زندگی در فرد است؛ لذا سرطان بیشترین تأثیر منفی را در حیطه علائم افراد داشته است. یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج پژوهش Zeighami و همکاران که نشان دادند هر چه میزان عوارض جانبی و علائم آزاردهنده طی درمان بیشتر باشد، کیفیت زندگی پائین‌تری تجربه می‌شود، همخوانی دارد [۲۴]. اصولاً در بیماری سرطان و به ویژه در سرطان معده، بیماران با عوارض مختلفی مواجه گردیده و علائم ناخوشایند متعددی را تجربه می‌نمایند که موجب افت کیفیت زندگی در این بیماران می‌گردد. بسیاری از این موارد قابل پیشگیری و مدیریت هستند و با پیگیری منظم عوارض و اقدام به موقع می‌توان هم‌زمان با کاهش هزینه‌ها و عوارض ناشی از آن، کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشید.

یافته‌های پژوهش حاضر، بین حیطه علائم و حیطه کلی کیفیت زندگی با جنسیت بیماران ارتباط نشان داد. بدین معنی که در هر دو حیطه، مردان نسبت به زنان از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. در این راستا، در مطالعه

Giesinger و همکاران نیز بین جنس و حیطة عملکردی ارتباط معنی‌داری وجود داشت [۲۵]. شاید این مسئله به دلیل تفاوت در میزان واقعی دسترسی باشد که مردان و زنان تجربه می‌کنند. از آنجایی که زنان در خانواده نقش محوری دارند، مسئولیت بیشتر آنان در قبال خانواده و نگهداری از فرزندان سبب می‌شود به دنبال بروز بیماری و مراحل طولانی درمان آن، نتوانند همچون گذشته این مسئولیت را بر عهده گیرند و همین مسئله موجب ایجاد تنش و فشارهای روحی و روانی در آن‌ها شده که بدون شک کیفیت زندگی ایشان را متأثر می‌سازد. باین حال در مطالعه Thi Dang و همکاران، بین جنسیت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده، ارتباطی گزارش نشد [۲۶].

همچنین، بین حیطة عملکردی با سن بیماران، ارتباط وجود داشت و با افزایش سن کیفیت زندگی بیماران در حیطة عملکردی افزایش می‌یافت که هم‌راستا با مطالعات Smith و همکاران [۲۷]، Redhwan و همکاران [۲۸] و مغایر با نتایج مطالعات Mehrabi و همکاران [۲] و Monfared و همکاران است [۱۳]. در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت بیماران جوان تر ممکن است راهبردهای سازگاری کمتری داشته باشند. بیماران جوان نسبت به بیماران سالمند در موقعیت‌های بیشتری ایفای نقش می‌نمایند و مسئولیت‌های بیشتری در قبال خانواده و فرزندان دارند. به‌علاوه، اکثر بیماران جوان شاغل بوده و علائم سرطان، زندگی اجتماعی و ارتباطات شغلی آنان را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد و کاهش کیفیت زندگی در آن‌ها دور از انتظار نخواهد بود.

مطابق با یافته‌های مطالعه حاضر، بین حیطة عملکردی کیفیت زندگی با مدت زمان تشخیص بیماری، ارتباط وجود داشت. یعنی با افزایش مدت زمان تشخیص بیماری، میانگین امتیاز حیطة عملکردی کیفیت زندگی، افزایش می‌یافت. نتایج مطالعات Monfared و همکاران، و Karami و همکاران نشان داد که با افزایش مدت تشخیص بیماری، نمره کیفیت زندگی بالاتر می‌رود که هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر است [۱۳، ۲۹]. نتایج برخی مطالعات نشان دادند که ارتباط معنی‌داری بین مدت‌زمانی که از تشخیص بیماری می‌گذرد با کیفیت زندگی وجود ندارد که مغایر با نتایج مطالعه حاضر است [۲۶، ۲۷].

یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل مشکلات روحی و روانی اوایل دوران تشخیص و شوک ایجاد شده در بیمار به دلیل آگاهی از بیماری باشد. اما باگذشت مدت بیشتر از زمان تشخیص، پذیرش فرد نسبت به بحران بیماری افزایش می‌یابد. شاید سرطان برای بسیاری از افراد واقعه‌ای ترسناک همراه با احساس ترس از مرگ، عدم آگاهی و ترس از درمان و عوارض آن است که به شدت کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اما با گذشت زمان و سازگاری با این رویدادها و تثبیت وضعیت بیمار از شدت تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی کاسته می‌شود. با این حال، در مطالعه Thi Dang و همکاران، با گذشت زمان از تشخیص بیماری، کیفیت زندگی کاهش می‌یافت [۲۶].

در مطالعه حاضر، بین حیطة علائم و وضعیت مسکن بیمار، ارتباط وجود داشت به طوری که میانگین امتیازات این حیطة، در خانواده‌هایی که مسکن استیجاری داشتند، بالاتر بوده و این بیماران علائم شدیدتری را تجربه می‌نمودند. برخورداری از مسکن شخصی به عنوان یکی از ملاک‌های رفاه اجتماعی است که نداشتن آن باعث احساس علائم شدیدتر توسط بیماران گشته است.

در مطالعه حاضر، بین متغیرهای شغل، تعداد اعضای خانواده، متوسط درآمد ماهیانه، میزان تحصیلات، تعداد دفعات بستری، نوع زندگی بیمار، وضعیت تأهل، مدت زمان تأهل، محل سکونت، درجه بیماری و متاستاز بیماران با هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی ارتباطی وجود نداشت. در مطالعه Mohaddesi و همکاران، ارتباطی بین ویژگی‌های دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی دیده نشد [۱۲]. مغایر با یافته‌های مطالعه حاضر، در مطالعه Thi Dang و همکاران، بین شغل، میزان تحصیلات، مرحله بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده، ارتباط وجود داشت. بدین ترتیب که کیفیت زندگی در کارگران، سطح سواد پایین‌تر و مرحله ۳ بیماری در سطح پایین‌تری قرار داشت [۲۶]. دلیل اختلاف ارتباط بین میانگین ابعاد کیفیت زندگی با برخی متغیرهای دموگرافیک در مطالعات مختلف، می‌تواند با متفاوت بودن جوامع مورد بررسی و پرسشنامه‌های استفاده شده، مرتبط باشد.

شده و عمدتاً بیماران آذری زبان بوده‌اند، پیشنهاد می‌گردد مطالعات دیگری در سایر مراکز درمانی استان‌ها انجام شود و نتایج جهت بررسی تأثیر فرهنگ و قومیت بر کیفیت زندگی بیماران و عملکرد خانواده‌ها مقایسه شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

هما پورعبداله: گردآوری داده‌ها، تهیه متن مقاله، نسرين جعفری و رجوشانی: ایده طرح، نظارت بر فرایند کار، بازنگری متن، معصومه نمودیان: تجزیه و تحلیل داده‌ها، بازنگری متن.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد اخلاق IR.ZUMS.REC.1396.06 می‌باشد. از معاونت پژوهشی دانشگاه که منابع مالی لازم را برای اجرای پژوهش تأمین نمودند و هم‌چنین از بیمارانی که در این مطالعه همکاری لازم را داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد بین اکثر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران، ارتباط وجود دارد؛ بدین معنی که مشکلات جسمی به دلیل عوارض بیماری و درمان، طولانی بودن سیر بیماری، بستری شدن‌های مداوم و نیاز به دریافت دوره‌های مکرر شیمی‌درمانی و همچنین وضعیت پایین اقتصادی، باعث اثرات سوء بر کیفیت زندگی این بیماران شده است؛ لذا ارتقای کیفیت زندگی از طرق مختلف همچون ارائه مناسب‌ترین روش‌های درمانی همراه با خدمات آموزشی و مشاوره‌ای و حمایت‌های همه‌جانبه از سوی سیستم‌های مختلف حمایتی در جامعه مانند سیستم بهداشت و درمان توصیه می‌گردد. پرستاران می‌توانند با آگاهی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران با استفاده از یافته‌های مطالعه حاضر، مشکلات و نیازهای بیمار را به صورت دقیق‌تر شناسایی نموده، مراقبت‌های پرستاری را بر اساس تفاوت‌های فردی ارائه نمایند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، محدود بودن جامعه مورد مطالعه به بیماران مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی ولیعصر زنجان بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات پیمایشی در جوامع بزرگ‌تر اجرا گردد. همچنین در مطالعه حاضر جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده گردید لذا اطلاعات محدودیت خودگزارشی دارد. همچنین، با توجه به این‌که این مطالعه در مرکز آموزشی درمانی ولیعصر (عج) زنجان انجام

References

1. Saroukhani D, Omidi K, Norouzi R, Zali H, Sayehmiri K, Forozeshfard M. The quality of life in cancer patients in Iran: A systematic review by using meta-analysis. *Koomesh* 2016;18(1):1-12.[Persian]
2. Mehrabi F, Hekmatpou D, Abolfathi A. The Relationship between Demographic Characteristics and Quality of Life in Patients with Cancer. *HRJBAQ* 2019; 5 (1) :8-15.[Persian]
3. WHO. world cancer factsheet/world cancer burden(2012). CRUK 2014.
4. Motlagh A YN, Mafi MR, Hosseini Kamal F, Yaseri M, Hemati S, Shahbazian H, et al. Attitude of Cancer Patients toward Diagnosis Disclosure and their Preference for Clinical Decision-making: A National Survey. *AIM* 2014;17(4):232 – 240.
5. Salehifard O, Eskandari F. Investigation of the relationship between drinking water nitrate and bladder cancer in Larestan city from the point of view medical geography. *IJCA* 2020; 1 (2) :47-54 .[Persian]
6. Khaleghian M JI, Shakoori A, Zargari N, Mohamadi M, Azimi S. C-MYC amplification and expression in stomach cancer samples in Iranian population using two techniques of CISH and IHC. *TUMJ* 2015;73(4):260-270. [Persian]
7. Issazadegan A, Sepehrianazar F, Matlabi M. Comparing the purpose of life and quality of life, in cancerous patients and healthy individuals. *Nursing and Midwifery Journal* 2016; 13 (12) :1097-1103. [Persian]
8. Mirzaei H, Mostafaei D, Estebarsari F, Sattarzadeh M, Estebarsari K. The Quality of Life of Breast Cancer Patients Receiving Palliative and Supportive Care. *IJRN* 2017; 3(2):19-26. [Persian]

9. Davoudi A, Rezazadeh H, Somi MH, Rahmani A, Lak Dizaji S, Alah Bakhshian A. Effect of educating self-care program on quality of life in patient with gastric cancer after gastrectomy in Tabriz hospital. *MJTUMS* 2012;34(1):48-55.[Persian]
10. Esmailnasab N, Taymoori P, Darabi F. Comparison of quality of life 3 and 9 months after surgery in patients with gastrointestinal cancer. *Studies in Medical Sciences* 2013;24(4):226-234. [Persian]
11. Rahimi SH FR, Tabari R, Kazemnejadlily E. Factors related to the quality of life for children with cancer. *hN&M*. 2014;24(71):30-39. [Persian]
12. Mohaddesi H AH, Hasanzadeh G, Yegansangi M. Evaluation of quality of life in patients with breast cancer treated at Omid-Orumiyeh Cancer Research Center. *APJCP* 2019;2(1):5-9.
13. Monfared A PS, Ghanbari A, Atrkar Roshan Z. Health-Related Quality of Life and its related factors among women with breast cancer. *JHNM* 2013;23(2):52-62. [Persian]
14. Khasi K, Khasi B, Fakhri-Moradi-Azam S, Rezaee S. The frequency of four common cancers in Kermanshah City, Iran, during the years 2004-2011. *CDJ* 2018; 6(2): 53-8.
15. Shan B, Shan L, Morris D, Golani S, Saxena A. Systematic review on quality of life outcomes after gastrectomy for gastric carcinoma. *JGO* 2015;6(5):544-560.
16. 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. *CHJ* 2015;9(3):1-8.[Persian]
17. Hagerty MR, Cummins RA, Ferriss AL, et al. Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *BMS* 2001; 55: 1-7.
18. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *JNCI* 1993; 85(5):365-7.
19. Baljani E KM, Amanpour E, Tizfahm T. A survey on relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and quality of life in patients with cancer. *EBCJ* 2011;1(1)51-62.[Persian]
20. Hatam N, Bastani P, Ahmadloo N, Kiadaliri AA. Health Related Quality of Life in Breast Cancer Patients Undergoing Current Chemotherapy Protocols. *JKMU* 2012;19(1): 49-58. [Persian]
21. Safae A, Moghimi Dehkordi B. Validation study of a quality of life (QOL) questionnaire for use in Iran. *APJCP* 2007;8(4):543-546.
22. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30): translation and validation study of the Iranian version. *SCC* 1999;7(6):400-406.
23. Sharifi M MP, Baghayi R, Hajjilu M, Mohammad pur Y. The effect of chemotherapy on the aspect of the quality of life for patients with breast cancer. *IJBD* 2013;6(4):26-34. [Persian]
24. Zeighami Mohammadi SH, Hooshmand P, Kooshyar MM, Esmaeli H. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *OMJ* 2008;16(1):5-11. [Persian]
25. Giesinger J KG, Mueller V, Zabernigg A, Mayrbaeurl B, Thaler J, et al. Are gender – associated differences in quality of life in colorectal cancer patients disease- specific? *Quality of Life Research* 2009;18(5):547-555.
26. Dzung Ngoc Thi Dang, Lan Ngoc Thi Nguyen, Nga Thi Dang, Huy Quang Dang, and Thanh Van Ta. Quality of Life in Vietnamese Gastric Cancer Patients. *BioMed Research International* 2019: Article ID 7167065, 9 pages.
27. Smith AW, Alfano C M, Reeve B B, Irwin M L, Bernstein L, Baumgartner K, et al. Race/Ethnicity, Physical Activity, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors Ashley Wilder Smith, Catherine M. *CEBP* 2009;18(2):656-663.
28. Redhwan AA, Md Idris MN, Zaleha MI, Robert C, Fuad I, Sami RA. Quality of life among women with breast cancer from university Kebangsaan Malaysia medical center, Malaysia. *MJCH* 2008;14(2):46-55.
29. Karami O, Falahat-pisheh F, Jahani H, Beiraghdar N. Quality of life in cancer patients in Qazvin 2007. *JQUMS* 2010;14(3):80-87. [Persian]

Quality of Life of Patients with Gastric Cancer and Its Related Factors in Zanjan 2017

Poorabdolah H¹, Jafari Varjoshani N², Namadian M³

1-MSc, Dept of Community health nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery. Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran. (Corresponding Author)

Email: jafari_ns@yahoo.com, Tel: 09128412544

3-PhD, Dept of Community health nursing, Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

Received: 2 August 2021

Accepted: 21 July 2022

Introduction: Cancer can affect the quality of life of patients. The aim of this study was to determine the quality of life of patients with gastric cancer and its related factors.

Materials and Methods: This study was a descriptive cross-sectional study. The study samples were 108 patients with gastric cancer admitted to oncology wards and outpatients of Valiasr Hospital in Zanjan in the spring of 2017 who were studied by census method. Data collection tools were the demographic information form and questionnaire (EORTC QLQ-C30.V.3). Mean and standard deviation were calculated using descriptive statistics. Due to the normality of the data, parametric tests were used to compare the two groups by independent t-test and for more than two groups, analysis of variance and Pearson correlation coefficient were used to determine the relationship.

Result: The mean age of patients was 51.92 ± 8.78 years. All patients reported poor quality of life in all three areas of function, symptoms and overall dimension with a mean of 43.43, 69.77, 42.20, in a weak range. Men had better quality of life in terms of symptoms ($p=0.002$) and overall ($p=0.021$). Functional area increased with age ($r=0.199$) ($p=0.039$) and duration of diagnosis ($r=0.191$) ($p=0.048$). All dimensions were more unfavorable in patients with rented housing ($p=0.024$). There was no significant relationship between job, level of education, marital status, number of hospitalizations, number of family members and children, with quality of life.

Conclusion: According to the findings of the study, it is recommended that various support systems in the community, including the health care system, provide educational and counseling services and comprehensive support.

Keywords: Quality of Life, Gastric Cancer, Community Health

Please cite this article as follows:

Poorabdolah H, Jafari Varjoshani N, Namadian M. Quality of Life of Patients with Gastric Cancer and Its Related Factors in Zanjan 2017. *Community Health journal* 2022; 16 (3): 27-35.

Funding: There was no external funding for this study.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: This article was a result of a master's thesis in community health nursing approved the Zanjan University of Medical Sciences. (IR.ZUMS.REC. 1396.06)