مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره سیزدهم، شمارهٔ ۴، تیر ۱۳۹۰، صفحه ۸۴-۷۸

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان های ژنیکولوژیک قبل و بعد از شیمی درمانی

رزیتا رضایی(MSc)[*۱]، سوسن ساعت ساز(MSc)[۱]، فاطمه حاجی حسینی(MSc)[۱]، سیدحمید شریف نیا(MSc)[۱]، رقیه نظری(MSc)[۱]

۱- دانشکده پرستاری حضرت زینب آمل، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۸۹/۴/۶، اصلاح: ۸۹/۷/۱۴، پذیرش: ۸۹/۹/۱۷

خلاصه

سابقه و هدف: کانسرهای ژنیکولوژیک از مباحث مهم انکولوژی و پزشکی اجتماعی هستند. به کمک سنجش کیفیت زندگی مبتلایان به کانسر می توان میزان تاثیر درمان و مداخلات حمایتی را در این بیماران ارزیابی نمود. لذا این مطالعه به منظور بررسی کیفیت زندگی و زیر گروههای آن در بیماران مبتلا به کانسر های ژنیکولوژیک قبل و بعد از شیمی درمانی و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه مقطعی بر روی ۵۴ نفر از بیماران مبتلا به کانسر ژنیکولوژیک که به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند، انجام شد. اطلاعات بوسیله دو پرسشنامه دموگرافیک و FACT-G جهت سنجش کیفیت زندگی از طریق مصاحبه حضوری قبل از درمان و ۳ ماه پس از درمان بدست آمد و کیفیت زندگی در ۴ زیر گروه سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی، خانوادگی، سلامت عاطفی و سلامت عملکردی ارزیابی شد. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره کیفیت کلی زندگی ۱۰۸ می باشد.

یافته ها: میانگین سنی بیماران ۱۳/۸۰±۵۴/۷۰ سال بود. میانگین نمره سلامت جسمانی، اجتماعی-خانوادگی، عاطفی، عملکردی و کیفیت کلی زندگی بعد از درمان ۱۶/۳۸±۷۱/۶۸، نسبت به قبل از درمان ۱۸/۴۸±۶۱/۶۹ بالاتر بود ($p<0/05$). بین سن بیماران و کیفیت کلی زندگی بعد از درمان ارتباط وجود داشت ($p=0/001$، $r=-0/42$). بین وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و نوع کانسر با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که درمان با شیمی درمانی سبب بهبود کلی کیفیت زندگی در کانسر های ژنیکولوژیک می شود. درک این نکته توسط بیمارمی تواند باعث پذیرش بهتر درمان های کانسر گردد.

واژه های کلیدی: *کیفیت زندگی، پرسشنامه FACT-G ، سرطان های دستگاه تناسلی زنان.*

مقدمه

کانسرهای ژنیکولوژیک از مباحث بسیار مهم انکولوژی و پزشکی اجتماعی هستند که علت ۱/۳ کل کانسرها در خانم ها می باشند (۱). در آمریکا هر ساله حدود ۸۰۰۰۰ مورد جدید از کانسر های ژنیکولوژی تشخیص داده می شود (۲). در این بین کانسر مهاجم سرویکس نسبتا غیر شایع است و میزان پایین بروز آن را می توان به تاثیر بیماریابی از طریق پاپ اسمیر نسبت داد. با وجود این در سال ۲۰۰۹ میلادی در آمریکا ۱۱۳۰۰ مورد جدید از سرطان مهاجم سرویکس شناسایی شد. کانسر آندومتر شایعترین بدخیمی دستگاه تناسلی زنان است و تقریبا نیمی از کانسرهای ژنیکولوژیک در آمریکا را تشکیل می دهد (۳). امروزه درمان کانسر پیشرفته شامل درمان ترکیبی جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی است (۶-۴). درد، استفراغ، مشکلات خواب، خستگی، ترس زیاد و اضطراب ناشی از رادیوتراپی، شیمی درمانی، جراحی و درمانهای هورمونی اثرات زیادی بر روی سلامت فیزیکی و روانی فرد می گذارند (۹-۷) تنگی واژن، تغییر در عملکرد روده ها، مثانه و تخمدان، میل به خود کشی و علائم منوپوز و اختلال عملکرد جنسی می توانند منجر به درک منفی از کیفیت زندگی شوند (۱۲-۱۰). همچنین مشکلات خانه و

▣ این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۶۸۳۲۵ دانشگاه علوم پزشکی بابل می باشد.

* مسئول مقاله:
آدرس: آمل، خیابان طالب آملی، دانشکده پرستاری حضرت زینب، دانشگاه علوم بابل، تلفن: ۰۱۲۱-۲۲۲۱۹۱۹
e-mail:R.Rezaei@mubabol.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.4.12.7]

محیط کار و آینده نامعلوم نیز می توانند باعث از بین رفتن سلامت اجتماعی و عاطفی فرد شوند و خود زنان با کانسر ژنیکولوژی گزارش کردند که مشکلات روحی – روانی زیادی را به علت تشخیص و درمان بیماری دارند و تغییرات کیفیت زندگی جزو اولین پیامد درمان بیماری در آنهاست (۸و۷). Von Gruenigen و همکاران در تحقیق خود اعلام کردند که بیماران با کانسر کاهش در ابعاد جسمی، عملکردی و روانی کیفیت زندگی را دارند (۱۳). Arriba و همکاران نیز در تحقیق خود بیان نمودند که کانسر تخمدان و درمانهای آن اثرات معنی داری بر روی کیفیت زندگی و زیر گروههای جسمی و عملکردی آن می گذارند (۱۴). Miller در مطالعه خود گزارش کرد که کیفیت زندگی در بیماران با کانسر ژنیکولوژی، بعد از درمان بهتر شده و تفاوت آماری معنی داری بین بیماران با افراد سالم وجود ندارد (۴). همچنین Chan و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بعد از شیمی درمانی بهبود یافته است (۱۵). Chan و همکاران در مطالعه دیگری نیز به این نتیجه رسیدند که کیفیت کلی زندگی بعد از کامل شدن درمان بهبود می یابد (۱۶). مطالعات دیگری هم نشان داده اند که در طی درمان فعال، کیفیت زندگی ممکن است دچار نقصان شود ولی در طول زمان بهبود و ارتقا آن وجود دارد (۱۸و۱۷و۱۲).

از آنجایی که کیفیت زندگی یک مورد اساسی و مهم برای بیماران با بیماریهای تهدید کننده حیات است، مراقبت های حمایتی جهت شناخت بهتر مشکلات روحی و کیفیت زندگی این بیماران باید جزء روتین بررسی بیماران با کانسر باشد (۷). در مطالعه Miller ۵۷٪ بیماران اعلام نمودند که جهت مقابله و تطابق با مشکلات روحی – روانی نیاز به کمک و حمایت دارند و همه بیماران خواهان داشتن یک کیفیت زندگی خیلی خوب و مراقبت های بهداشتی همه جانبه و کلی می باشند و اگر مراقبت های پرستاری این جنبه مهم را نادیده بگیرد غیر استاندارد است (۸و۴).

بررسی و شناخت کیفیت زندگی جهت ارزیابی تاثیر درمانهای کانسر بسیار کمک کننده است (۱۹). از طریق بررسی کیفیت زندگی، تیم های مراقبت بهداشتی قادر خواهند بود ارتباط بین کیفیت زندگی و رژیم های درمانی و عوارض بیماری را برای بیماران با انواع کانسر ژنیکولوژی مشخص نمایند (۲۰). مطالعات ثابت کردند که آموزش ، مشاوره و حمایت از بیماران در سراسر زمان درمان به آنان کمک می کند تا خود را با شرایط جدید وفق دهند که این امر منجر به تغییرات قابل توجهی در کیفیت زندگی بیماران می شود (۲۱). کاهش علائم بالینی کانسر نیز می تواند تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیمار داشته باشد که این امر از طریق مراقبتهای پرستاری خوب امکان پذیر است. پرستاران نقش کلیدی و مهمی در شناسایی و درمان عوارض کانسر دارند. کاهش عوارض و نشانه های کانسر می تواند تاثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران بگذارد (۹). آموزش پرستاری به بیمار در این رابطه که کیفیت کلی زندگی بعد از کامل شدن درمان بهبود خواهد یافت می تواند موجب پذیرش بهتر درمان های کانسر توسط بیمار گردد. همچنین لازم است تا بررسی رفتار فرد قبل و بعد از درمان جهت شناخت اثرات ناشی از درمان انجام شود و مداخلات پرستاری جهت افزایش کیفیت زندگی و درک بهتر درمان توصیه می شود (۲۲).

امروزه تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کانسر ژنیکولوژیک، میزان رضایت و نوع توقعات آنان از سیستم درمانی و برنامه ریزی و تخصیص منابع بر اساس نتایج حاصل از این مطالعات یکی از موضوعات مهم طب جامعه نگر و پزشکی اجتماعی قلمداد شده و از فاکتورهای مهم تصمیم گیری برای سیاست گزاران بهداشت و درمان تلقی می گردد. با این وجود تحقیقات کمی جهت رسیدن به این اهداف در کشور ما وجود دارد. لذا این مطالعه به منظور تعیین کیفیت زندگی و اجزای آن در بیماران مبتلا به کانسرهای ژنیکولوژی قبل و بعد از شیمی درمانی انجام شده است.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی بر روی ۵۴ نفر از بیماران مبتلا به کانسر ژنیکولوژیک که از مرداد ماه سال ۱۳۸۶ لغایت مرداد ماه سال ۱۳۸۷ برای اولین بار به مرکز پرتو درمانی شهید رجایی بابلسر مراجعه کرده و در این مرکز تحت شیمی درمانی قرار گرفتند، انجام شد. بر اساس روش نمونه گیری مبتنی بر هدف ۶۲ بیمار با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص قطعی کانسر ژنیکولوژیک بر اساس پاسخ پاتولوژی، رضایت شفاهی بیمار برای شرکت در مطالعه و امکان دسترسی به بیمار ۳ ماه بعد از اقدام درمانی حجم نمونه مورد نظر را تشکیل دادند که ۸ نفر با توجه به معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم دسترسی به بیمار بعد از اقدام درمانی، وجود بیماریهای مزمن همراه مانند دیابت، اختلالات شناخته شده روانی و ... از مطالعه خارج شدند. اطلاعات لازم توسط دو پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیک با ۱۳ سئوال شامل سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، ارگان درگیر، stage بیماری، نوع درمان و ... پرسشنامه FACT-G(v.4) که برای ارزیابی کیفیت زندگی در مبتلایان به کانسر طراحی شده و با شرایط فرهنگی– اجتماعی ایران مطابقت داده شده است و شامل ۲۷ سوال است (۲۳)، از طریق مصاحبه حضوری و چهره به چهره قبل از درمان و ۳ ماه پس از درمان(با حداکثر تاخیر و تسریع یک هفته ای) تکمیل گردید. پرسشنامه FACT-G به راحتی قابل درک بوده و در زمان کوتاهی (۱۰–۵ دقیقه) قابل پر کردن می باشد و روایی و پایایی آن در کار آزمایی های بالینی سنجیده شده و به زبانهای متعددی نیز ترجمه شده است و آلفا کرونباخ آن ۰/۸۹ ذکر شده است (۱۹و۴و۱). براساس پرسشنامه FACT-G سئوالات مربوط به کیفیت زندگی در ۴ زیرگروه، سلامت جسمانی (PWB) با سئوالاتی نظیر من از عوارض جانبی درمان رنج می برم ، من درد دارم و ... ، سلامت اجتماعی–خانوادگی (SFWB) با سئوالاتی از قبیل من از حمایت عاطفی خانواده و دوستانم برخوردارم و ...، سلامت عاطفی (EWB) با سئوالاتی نظیر احساس می کنم غمگینم، من از مردن می ترسم و ... و سلامت عملکردی (FWB) با سئوالاتی از قبیل من توانایی کار کردن را دارم ، من خوب می خوابم و ... تقسیم شده است. بر اساس پرسشنامه به گزینه "به هیچ وجه"، نمره صفر؛ به گزینه "خیلی کم"، نمره یک؛ به گزینه "کمی"، نمره دو؛ به گزینه "زیاد"، نمره ۳ و به "خیلی زیاد"، نمره ۴ تعلق گرفت. حداقل نمره ممکن برای همه زیر گروهها صفر می باشد. در زیر گروههای PWB, BSFW, FWB حداکثر نمره ممکن ۲۸ و در زیر گروه EWB حداکثر نمره ممکن ۲۴ می باشد. در مورد کیفیت کلی زندگی حداقل نمره ممکن صفر و حداکثر نمره ممکن ۱۰۸ می باشد (۲۴).

اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی و آزمونهای آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی تست جفت شده و آزمون آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل و $p<0/05$ معنی دار تلقی گردید.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.4.12.7]

یافته ها

در افراد تحت مطالعه حداقل سن ۲۰ و حداکثر سن ۸۷ سال با میانگین سنی ۱۳/۸۰±۵۴/۷۰ بود. ۵ نفر (۹/۳٪) مجرد ،۳۷ نفر (۶۸/۵٪) متاهل و ۱۲ نفر (۲۲/۲٪) همسر فوت شده بودند. همچنین ۳ نفر (۵/۶٪) سابقه بارداری نداشتند و (۱۸/۵٪) یک یا دو بارداری و ۴۱ نفر (۷۵/۹٪) سه بارداری یا بیشتر داشتند. ۱۱ نفر (۲۰/۴٪) مبتلا به کانسر آندومتر، ۱۷ نفر (۳۱/۵٪) مبتلا به کانسر سرویکس، ۲۱ نفر (۳۸/۹٪) مبتلا به کانسر تخمدان و ۵ نفر (۹/۳٪) مبتلا به کانسر ولو و واژن بودند. بین سن بیماران و کیفیت کلی زندگی قبل از درمان ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت (p=۰/۰۶) در حالی که بین سن و کیفیت کلی زندگی بعد از درمان همبستگی معکوس وجود داشت (p=۰/۰۰۱ و r = −۰/۴۲) یعنی هر چه سن افراد بالا می رفت کیفیت زندگی پایین می آمد. بین سن و سلامت عملکردی قبل از درمان (p=۰/۰۲ و r= −۰/۳۱) و بعد از درمان (p=۰/۰۰۴ و r=−۰/۳۸)، سن و سلامت عاطفی بعد از درمان (p=۰/۰۰۷ و r= −۰/۳۶)، سن و سلامت اجتماعی بعد از درمان (p=۰/۰۰۴ و r= −۰/۸۳) ارتباط آماری معکوس وجود داشت. به عبارت دیگر در رابطه با کلیه زیر گروههای کیفیت زندگی ارتباط سن معکوس بود و هر چه سن بالاتر می رفت سلامت عاطفی، اجتماعی، عملکردی و کیفیت کلی زندگی پایین تر می آمد. بین وضعیت تاهل و کیفیت کلی زندگی هم قبل و هم بعد از درمان ارتباط آماری معنی دار نبود. بین وضعیت تحصیلات، اشتغال، وضعیت اقتصادی و کیفیت کلی زندگی هم قبل و هم بعد از درمان ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. میانگین نمره تمام زیر گروههای کیفیت زندگی ۳ ماه بعد از درمان به طور معنی داری بالاتر از قبل از درمان بود (جدول ۱).

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیارنمرات کیفیت زندگی و زیر گروههای آن قبل و بعد از درمان در بیماران مبتلا به کانسر های ژنیکولوژیک قبل و بعد از شیمی درمانی

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین و انحراف معیار قبل از درمان Mean ± SD	Mean±SD بعد از درمان	pvalue
سلامت جسمانی	۱۴/۷۶±۵/۹۵	۱۶/۹۳±۵/۴۲	۰/۰۰۱
سلامت اجتماعی – خانوادگی	۱۸/۴۷±۷/۲۳	۲۲/۱۲±۵/۴۹	۰/۰۳
سلامت عاطفی	۱۳/۷۴±۴/۹۷	۱۵/۵۷±۴/۹۸	۰/۰۰۱
سلامت عملکردی	۱۴/۷۲±۵/۸۵	۱۷/۰۵±۵/۱۹	۰/۰۰۲
کیفیت زندگی	۶۱/۶۹±۱۸/۴۸	۷۱/۶۸ ±۱۶/۳۸	۰/۰۰۱

میانگین نمره کیفیت زندگی بعد از درمان در مبتلایان به کانسر های تخمدان و سرویکس به طور معنی داری بالاتر از قبل از درمان بود (جدول ۲). نتایج نشان داد که بین وضعیت اقتصادی با سلامت اجتماعی قبل از درمان (p=۰/۰۰۷ و F=۵/۴) و بعد از درمان (p=۰/۰۰۲ و F =۷/۳) ارتباط آماری معنی دار وجود دارد که آزمون تعقیبی شفه این اختلاف را بین گروه با درآمد ۲۰۰ هزار تومان و درآمد۲۰۰ – ۵۰۰ هزار تومان نشان داد. در مبتلایان به Stage I، میانگین سلامت عملکردی (p=۰/۰۳)، جسمانی (p=۰/۰۰۱) و کیفیت کلی زندگی (p=۰/۰۱) بعد از درمان نسبت به میانگین قبل از درمان بالاتر بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود. بین نوع کانسر با کیفیت کلی زندگی قبل و بعد از درمان ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت.

جدول شماره ۲ : میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی قبل و بعد از درمان در بیماران مبتلا به کانسرهای ژنیکولوژیک به تفکیک نوع کانسر

انواع کانسر میانگین نمره کیفیت زندگی	Mean±SD قبل از درمان	Mean±SD بعد از درمان	pvalue
تخمدان	۶۴/۱±۱۹/۵	۷۴/۷±/۱۶	۰/۰۱
سرویکس	۶۱±۱۹/۴	۷۱/۵±۱۷/۳	۰/۰۲
اندومتر	۵۸/۶±۱۶/۹	۶۹/۶±۱۳/۷	NS
ولو و واژن	۶۰/۴ ±۱۷/۹	۶۳/۹±۲۱/۱	NS

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه میانگین نمره کیفیت کلی زندگی ۳ ماه بعد از درمان بالاتر از قبل از درمان بود. Miller در مطالعه خود که بر اساس پرسشنامه Fact- G انجام داده بود اعلام کرد در بیماران با کانسر ژنیکولوژی، بعد از درمان کیفیت زندگی بهتر بوده و تفاوت آماری معنی داری بین بیماران با افراد سالم وجود ندارد (۴) Chan و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بعد از شیمی درمانی بهبود یافته و این بهبود تا ۱۲ ماه ادامه یافت (۱۵). همچنین Chan و همکاران در مطالعه دیگری که بر روی ۱۴۴ بیمار مبتلا به کانسر ژنیکولوژی تازه تشخیص داده شده قبل و بعد از درمان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که کیفیت کلی زندگی بعد از کامل شدن درمان بهبود می یابد (۱۶). مطالعات دیگری هم نشان دادند که در طی درمان فعال، کیفیت زندگی ممکن است دچار نقصان شود ولی در طول زمان بهبود و ارتقاء آن وجود دارد (۱۸و۱۷و۱۲). نتایج مطالعه Tahmasebi و همکاران نیز با مطالعه ما همخوانی دارد (۲۳). نتایج مطالعه ما همچنین نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران با کانسر تخمدان و سرویکس بعد از درمان به طور معنی داری بالاتر از قبل از درمان بود. Von Gruenigne و همکاران و Lorusso و همکاران نیز در مطالعات خود اعلام کردند که بیماران با کانسر تخمدان کاهش در ابعاد جسمی، عملکردی و روانی کیفیت زندگی دارند که بعد از درمان بهبود در کیفیت زندگی ایجاد گردید (۲۴و۱۳).

نتایج مطالعه ما نشان داد که بین سن بیماران و سلامت عملکردی، عاطفی، اجتماعی و کیفیت کلی زندگی بعد از درمان همبستگی معکوس وجود دارد. یعنی هر چه سن فرد بالا می رود کیفیت زندگی پایین می آید . این نتیجه با مطالعه Tahmasebi و همکاران همخوانی دارد (۲۳)، احتمالا به این دلیل است که هر دو مطالعه در ایران انجام شده و به طور کلی در کشور ما افزایش سن درک فرد را از سلامت و بیماری دچار تغییرات زیادی می کند. در حالی که Miller در مطالعه خود بیان کرد که میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران مسن تر بالاتر بود (p=۰/۰۶) و سن پایین با کاهش کیفیت زندگی حتی بعد از کامل شدن درمان همراه بود اگر چه سلامت خانوادگی – اجتماعی بیماران مسن

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.4.12.7]

پایین تر بود (۴). در برخی مطالعات گزارش شده که بین سن و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد (۲۰و۱).

یافته های این مطالعه نشان داد که ارتباط آماری معنی داری بین کیفیت کلی زندگی با وضعیت تاهل بیماران وجود ندارد که این نتیجه با نتایج مطالعه Bradley و Tahmasebi همخوانی دارد (۲۳و۱). همچنین بین وضعیت تحصیلات ، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی قبل و بعد از درمان ارتباط آماری معنی داری یافت نشد. Bradley و همکاران در مطالعه خود اعلام کردند که وضعیت ازدواج، سن، تحصیلات، نژاد، مذهب و درآمد ارتباط آماری معنی داری با کیفیت زندگی ندارند (۱). در حالی که یافته های مطالعه Miller و همکاران نشان داد که در بیماران با تحصیلات زیر دبیرستان کاهش معنی داری در نمره کلی کیفیت زندگی وجود دارد (۴) چرا که تحصیلات پایین با کاهش حمایت محیط اجتماعی، نداشتن آگاهی در رابطه با درمان و سلامتی و وضعیت نامناسب بهداشتی در ارتباط است (۲۵).

نتایج نشان داد که میانگین نمره سلامت عاطفی، عملکردی، جسمانی و اجتماعی بعد از درمان به طور معنی داری بالاتر از قبل از درمان بود. یافته های مطالعه Chan و همکاران نشان داد، با اینکه در شروع درمان وضعیت بیماران از نظر عملکردی بدتر شده بود ولی ۳ ماه پس از درمان وضعیت سلامت عملکردیشان ارتقاء و بهبود پیدا کرده بود (۱۵). یافته های مطالعه ای که با هدف ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران با کانسر تخمدان که تحت جراحی و شیمی درمانی قرار گرفتند، نشان داد که ۳ ماه بعد از درمان زیر گروه فیزیکی کاهش پیدا کرد و ۶ ماه بعد از درمان سلامت فیزیکی و عملکردی نسبت به ۳ ماه بعد از درمان افزایش پیدا کرد ولی تغییری در زیر گروههای روانی و اجتماعی دیده نشد (۲۲). این عدم همخوانی در وضعیت سلامت عاطفی و اجتماعی مطالعه ما با مطالعات دیگر را می توان به فرهنگ و وضعیت های خانوادگی و اجتماعی متفاوت در کشورهای مختلف نسبت داد که ممکن است بر روی درک فرد و کیفیت زندگی وی تاثیرات مختلفی داشته باشد. در مطالعه Tahmasebi و همکاران نیز میانگین نمره سلامت اجتماعی – خانوادگی، روانی و عملکردی ۳ ماه بعد از درمان بالاتر از قبل از درمان بود در حالی که میانگین نمره سلامت جسمانی ۳ ماه پس از درمان پایین تر از قبل از درمان بود (۲۳). در مطالعه Miller و همکاران نیز نمرات زیر گروه سلامت عاطفی و عملکردی بعد از درمان نسبت به قبل از درمان بالاتر بود. در حالی که نمرات زیر گروه سلامت جسمانی بعد از درمان کاهش یافته بود (۴). بهتر شدن وضعیت اجتماعی و خانوادگی بیماران احتمالا به این علت می باشد که بستری شدن بیمار در بیمارستان و انجام درمانهای مختلف، اهمیت وی را نزد خانواده و دوستان افزوده و موجب افزایش حمایت آنها از بیمار شده است.

در این مطالعه در مبتلایان به Stage I میانگین نمره سلامت عملکردی، جسمانی و کیفیت کلی زندگی بعد از درمان نسبت به قبل از درمان به طور معنی داری بالاتر بود که این نتیجه با نتایج مطالعات Lutgendorf و همکاران، Greimel و همکاران و Bradley و همکاران تناقض دارد. آنها در گزارش خود می نویسند تفاوت آماری معنی داری بین مرحله پایین بیماری و مرحله پیشرفته در بهبود زیر گروههای کیفیت زندگی وجود نداشت (۲۰و۱۷و۱). علت این ناهمخوانی احتمالا به این دلیل است که اکثر افراد شرکت کننده در مطالعه ما در Stage پایین مراجعه کرده بودند که شاید دلیلی بر احساس سلامت جسمی توسط این افراد باشد. در مطالعه Nair بیماران با مرحله پایین تر بیماری نمرات بالاتری در کیفیت زندگی داشتند (۲۶).

یافته های مطالعه ما نشان داد که بین نوع کانسر و کیفیت کلی زندگی قبل و بعد از درمان تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. در حالی که Miller در نتایج خود بیان می کند که بیماران با کانسر تخمدان به طور معنی داری نمرات پایین تری در زیر گروه سلامت عملکردی، عاطفی و کیفیت کلی زندگی داشتند (۴). مطالعه Bradley و همکاران نشان داد که ارتباط آماری معنی داری بین بیماران با کانسر آندومتر و سرویکس در رابطه با کیفیت کلی زندگی و زیر گروههای آن وجود نداشت (۱). در بین اعضای تیم بهداشتی پرستاران نقش بسیار مهمی در آموزش، مشاوره و حمایت از بیماران و کاهش و کنترل عوارض جانبی داروها و بیماری در نتیجه کم کردن تاثیرات سوء آنها بر روی جنبه های مختلف کیفیت زندگی بیماران دارند و از این طریق می توانند در جهت پیشبرد کیفیت زندگی مطلوب به این بیماران کمک نمایند.

به امید اینکه نتایج این مطالعه بتواند به عنوان راهنمایی برای برنامه ریزی و تخصیص منابع به منظور بهبود کیفیت زندگی در مبتلایان به کانسرهای ژنیکولوژیک و همچنین کسب اطلاعات دقیق و بهینه سازی سیستم خدماتی، درمانی و حمایتی این قشر خاص به کار رود. البته با توجه به وسعت سرزمین ما و تفاوتهای قومی و فرهنگی و عدم یکنواختی توزیع امکانات آموزشی، بهداشتی و درمانی حتی جهت تعمیم نتایج حاصل از این تحقیق به سایر نقاط کشور نیاز به یک مطالعه وسیعتر می باشد. Sun و همکاران نیز توصیه می کنند مطالعات دیگری جهت شناخت زنان در معرض خطر اختلالات شدید کیفیت زندگی انجام شده و بر اساس آنها مداخلات موثر جهت کمک به این بیماران طرح شود (۶).

اگرچه مطالعه ما نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران با کانسر ژنیکولوژی بعد از درمان بهتر از قبل از درمان می شود و با توجه به مطالبی که در رابطه با تعمیم نتایج بیان شد، به منظور تکمیل پژوهش های مرتبط با موضوع پیشنهاد می شود تحقیق جامعتری در مورد ارتباط متغیر های ذکر شده با کیفیت زندگی بعد از درمان و کارآیی غربالگری و تشخیص کانسرهای ژنیکولوژی به ویژه سرویکس و تخمدان در مراکز و مناطق مختلف کشور انجام شود تا بتوان نتایج آن را با دقت بیشتری در سطح جامعه تعمیم داد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به جهت حمایت مالی از این تحقیق و پرسنل زحمتکش مرکز پرتو درمانی شهید رجایی بابلسر آقای درزی، خانمها باقرزاده، نبی بخشی و رجب زاده و دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی آمل خانمها صادقی و اسفندیاری که در امر مصاحبه و تکمیل پرسشنامه ها همکاری نمودند، قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.4.12.7]

Quality of Life in Gynecologic Cancer Patients before and after Chemotherapy

R. Rezaei (MSc) [*1], S. Saatsaz (MSc) [1], F. Haji Hosseini (MSc) [1], S.H. Sharifnia (MSc) [1], R. Nazari (MSc) [1]

1. Department of Nursing & Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

J Babol Univ Med Sci; 13(4); Jul 2011

Received: Jun 27th 2010, Revised: Oct 6th 2010, Accepted: Dec 8th 2010.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Gynecology cancer is one of the most important issues in oncology and social medicine. Quality of life assessment in gynecologic cancer patients helps to evaluate the effect of treatment and supportive interventions in these patients. The aim of this study was to assess the quality of life and its sub-scales in gynecologic cancer patients before and after chemotherapy and its related factors.

METHODS: This cross–sectional study was performed on 54 gynecologic cancer patients who were selected with proposal sampling. Data were collected with demographic and FACT-G questionnaires in individual interview before and 3 months after chemotherapy for quality of life evaluation. The quality of life was evaluated in four subgroups: physical, socio-familial, emotional and functional health. The minimum and maximum score of overall quality of life was 0 and 108, respectively.

FINDINGS: The mean age of patients was 54.70±13.80 years. The mean of physical, socio-familial, emotional, functional health and overall quality of life before treatment (61.69±18.48) was higher than after treatment (71.68 ± 16.38) ($p<0.05$). There was a relationship between age and overall quality of life after treatment ($r = -0/42$, $p= 0.001$). There was no significant difference between quality of life and marital status, education, job, economic status and type of cancer.

CONCLUSION: Complete duration of chemotherapy treatment can cause the overall improvement of quality of life in gynecologic cancer patients. Patient perception of this leads to better acceptance of cancer treatment.

KEY WORDS: *Quality of life, FACT - G questionnaire, Gynecologic cancer.*

[*]**Corresponding Author;**
Address: Hazrat Zeinab Nursing Faculty, Babol University of Medical Sciences, Taleb Amoli St., Amol, Iran
Tel: +98 121 2221919
E-mail: r.rezaei@mubabol.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.4.12.7]

References

1. Bradley S, Rose S, Lutgendorf S, Costanzo E, Anderson B. Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. Gynecol Oncol 2006;100(3):479-86.
2. Audette C, Waterman J. The sexual health of women after gynecologic malignancy. J Midwifery Womens Health 2010; 55(4):357-62.
3. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing. 12th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2010; pp: 1456-7.
4. Miller BE, Pittman B, Case D, McQuellon RP. Quality of life after treatment for gynecologic malignancies: a pilot study in an outpatient clinic. Gynecol Oncol 2002;87(2):178-84.
5. Vaz AF, Pinto-Neto AM, Conde DM, Costa-Paiva L, Morais SS, Esteves SB. Quality of life and acute toxicity of radiotherapy in women with gynecologic cancer: a prospective longitudinal study. Arch Gynecol Obstet 2008; 278(3):215-23.
6. Sun CC, Ramirez PT, Bodurka DC. Quality of life for patients with epithelial ovarian cancer. Nat Clin Pract Oncol 2007;4(1):18-29.
7. Penson RT, Wenzel LB, Vergote I, Cella D. Quality of life considerations in gynecologic cancer. Int J Gynecol Obstet 2006;95(Suppl 1):247-57.
8. Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. Eur J Oncol Nurs 2010;14(2):137-46.
9. Tabano M, Condosta D, Coons M. Symptoms affecting quality of life in women with gynecologic cancer. Semin Oncol Nurs 2002;18(3):223-30.
10. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. J Clin Oncol 2005;23(30):7428-36.
11. Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, et al. Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with breast or gynecologic cancer. J Clin Oncol 2005;23(13):3052-60.
12. Hawighorst-Knapstein S, Fusshoeller C, Franz C, et al. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study. Gynecol Oncol 2004;94(2):398-403.
13. Von Gruenigen VE, Huang HQ, Gil KM, et al. A comparison of quality-of-life domains and clinical factors in ovarian cancer patients: a gynecologic oncology group study. J Pain Symptom Manage 2010;39(5):839-46.
14. Arriba LN, Fader AN, Frasure HE, Von Gruenigen VE. A review of issues surrounding quality of life among women with ovarian cancer. Gynecol Oncol 2010;119(2):390-9.
15. Chan YM, Ng TY, Ngan HY, Wong LC. Quality of life in women treated with neoadjuvant chemotherapy for advanced ovarian cancer: a prospective longitudinal study. Gynecol Oncol 2003;88(1):9-16.
16. Chan YM, Ngan HY, Li BY, et al. A longitudinal study on quality of life after gynecologic cancer treatment. Gynecol Oncol 2001;83(1):10-19.
17. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, et al. Quality of life and mood in women with gynecology cancer: a one year prospective study. Cancer 2002;94(1):131-40.
18. Caffo O, Amichetti M, Mussari S, et al. Physical side effects and quality of life during postoperative radiotherapy for uterine cancer. Prospective evaluation by a diary card. Gynecol Oncol 2003;88(3):270-6.
19. McQuellon RP, Thaler HT, Cella D, Moore DH. Quality of life (QOL) outcome from a randomized trial of cisplatin versus cisplatin plus paclitaxel in advanced cervical cancer. A gynecologic oncology group study. Gynecol Oncol 2006;101(2):296-4.
20. Greimel E, Thiel I, Peintinger F, Cegnar I, Pongratz E. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. Gynecol Oncol 2002;85:140-7.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.4.12.7]

21. Lorusso D, Mainenti S, Ferrandina G, Scambia G. Assessment of factors that contribute to decreased quality of life in gynecologic oncology group ovarian cancer trials. Expert Rev Anticancer Ther 2010;10(7):987-91.
22. Von Gruenigen VE, Frasure HE, Jenison EL, Hopkins MP, Gil KM. Longitudinal assessment of quality of life and lifestyle in newly diagnosed ovarian cancer patients: the role of surgery and chemotherapy. Gynecol Oncol 2006;103(1):120-6.
23. Tahmasebi M, Yarandi F, Eftekhar Z, Montazeri A, Namazi H. Quality of life in gynecologic cancer patients. Asian Pac J Cancer Prev 2007; 8(4):591-2.
24. Lorusso D, Mainenti S, Ferrandina G, Scambia G. Assessment of factors that contribute to decreased quality of life in gynecologic oncology group ovarian cancer trials. Expert Rev Anticancer Ther 2010;10(7):987-91.
25. Wu AW. Quality-of-life assessment in clinical research. Application in diverse populations. Med Care 2000;38(9 Suppl):130-5.
26. Nair MG. Quality of life in cancer of cervix patients. Int Psychopharmacol 2000;15(Suppl 3):47-9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1390.13.4.12.7]