



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
MARBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND PSYCHOTHERAPIE
Chemie Universität
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

کیفیت زندگی و سلامت در بیماران مبتلا به سرطان

هاجر براتیان^۱ - الهام فروزنده^۲ - نگار ریسی^۳ - مریم شکرزاد^۴

چکیده

بیماران سرطانی دچار مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی می‌شوند که ممکن است این مشکلات باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان گردد. به همین منظور مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط میان وضعیت سلامت و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی صورت گرفت. این مطالعه یک پژوهش مقطعی و همبستگی می‌باشد که در آن ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان حضرت سیدالشهدا اصفهان به صورت تصادفی منظم انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی و کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (فرم کوتاه) گردآوری شد و با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) تحلیل شد. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی با همه ی متغیرهای سلامت عمومی همبستگی معکوس دارد.

Quality of life and General health in cancer patients

Abstract:

The patients with cancer have many somatic, mental and social problems and may encounter more problems in quality of life. For this purpose the relationship between health situation and quality of life in cancer patients was calculated. In this study 31 patients with cancer in Seyed-o-shohada hospital were selected systematic randomly. They were asked to answer GHQ-28 and Quality of Life questionnaire (short form) and the data were analyzed using SPSS-16. The results show that quality of life is related negatively with the subscales of general health.

^۱ - نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، بیمارستان سیدالشهدا baratian268@yahoo.com

^۲ - دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین

^۳ - دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تحقیقات همدان

^۴ - کارشناس روانشناسی عمومی، بیمارستان سیدالشهدا

مقدمه

کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و درک فرد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزشهای حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶). کیفیت زندگی به عنوان رضایت از جنبه های مختلف زندگی (اندرسون، ۱۹۹۵)، انرژی درونی فرد (اندرسون و اندرسون، ۱۹۹۸) و درک فرد از زندگی (گیل و فینستین^۱، ۱۹۹۴)، موارد آشکار و مرتبط با معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمی، شرایط شخصی (ثروت، شرایط زندگی و...)، ارتباطات اجتماعی، اقدامات شغلی یا دیگر عوامل اجتماعی و اقتصادی و شادی یا رضایت فرد در نظر گرفته میشود (لیو^۲، ۱۹۷۴؛ موریس^۳، ۱۹۷۹؛ ویلیامز^۴، ۱۹۷۹، ۱۹۸۵ به نقل از لیو، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی تحت تاثیر عوامل مختلف و از جمله سلامت جسمانی فرد قرار می گیرد. در افراد مبتلا به سرطان انتظار می رود که کیفیت زندگی، با وضعیت کلی سلامت فرد مرتبط باشد. به این معنا که علایم و دردهای جسمانی، افسردگی، اضطراب و استرس بیماران سرطانی و عملکرد کلی مختل آنها می تواند کیفیت زندگی بیمار را کاهش دهد. هدف این پژوهش تعیین رابطه بین سلامت عمومی بیماران دچار سرطان و کیفیت زندگی آنها بود.

روش

این پژوهش مقطعی در بین بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان حضرت سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. نمونه پژوهش مشتمل بر ۳۰ نفر بود که به صورت تصادفی منظم از میان بیماران بستری شده از تاریخ ۱۳۹۱/۳/۱ تا ۱۳۹۱/۵/۱ انتخاب شدند که اسامی آنان در دفتر پذیرش بیمارستان ثبت شده بود.

ابزار سنجش

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی GHQ ۲۸ سوالی و کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (فرم کوتاه) بود. پرسشنامه سلامت عمومی GHQ توسط گلدبرگ و هیلر ۱۹۷۹ ساخته شد. پرسشنامه سلامت عمومی را می توان بعنوان مجموعه پرسش هایی در نظر گرفت که از پایین ترین سطوح نشانه های مشترک مرضی که در اختلال های مختلف روانی وجود دارند تشکیل شده است و بدین ترتیب می تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی از آنهایی که خود را سالم می پندارند متمایز کند. بنابراین

^۱ -Gill&Feinstein

2- Luio

3-Morris

4- Williams

هدف این پرسشنامه دستیابی به تشخیصی خاص در سلسله مراتب بیماریهای روانی نیست بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت روانی است در زمینه روایی آزمون ضریب آلفای ۰/۸۶/۵ و ۰/۸۲ بدست آمده است. در سلامت عمومی بالاترین نمره ۱۰۰ می باشد و دارای چهار زیر مقیاس به شرح ذیل می باشد.

۱ - علائم جسمانی (نشانه های بدنی) شامل مواردی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها است و نشانه های بدنی را دربر می گیرد. این زیر مقیاس، دریافتهای حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی های هیجانی همراهند، ارزشیابی می کند.

۲ - علائم اضطرابی و اختلال خواب (اضطراب و بیخوابی): شامل مواردی است که با اضطراب و بیخوابی مرتبطند.

۳ - کارکرد اجتماعی: گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته های حرفه ای و مسائل زندگی روزمره می سنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیتهای متداول زندگی، آشکار می کند.

۴ - علائم افسردگی: دربرگیرنده موادی است که با افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی مرتبطند. (Gartner, Nieuwenhuijsen, van Dijk, & Sluiter, 2012)

پرسشنامه کیفیت زندگی دارای ۲۶ پرسش است و چهار بعد سلامت بدنی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط را می سنجد. هر یک از این بعدها به ترتیب دارای هفت، شش، سه، و هشت پرسش می باشند. دو پرسش اول، وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به طور کلی ارزیابی می کنند. برای هر بعد نمره ای بین چهار تا ۲۰ به دست می آید. نمره چهار نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت بعد مورد نظر است. این امتیازها را می توان به امتیازی بین یک تا ۱۰۰ تبدیل کرد. از مجموع این ۴ بعد نمره کل کیفیت زندگی بدست می آید. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۵۵ گزارش شده است.

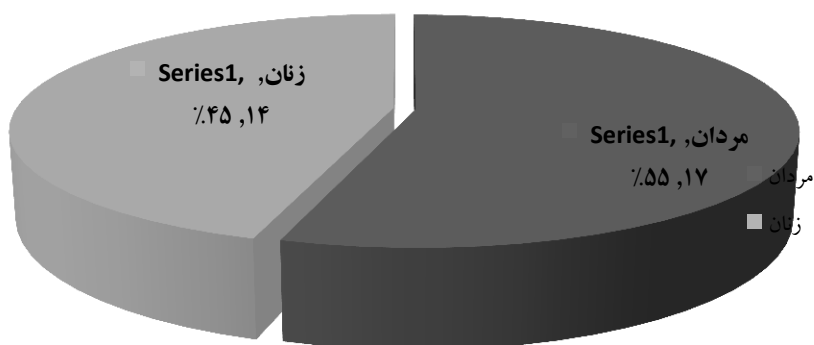
یافته ها

درنمودارهای ۱ و ۲ فراوانی جنسیت آزمودنی ها، سابقه فامیلی آزمودنی ها بر حسب درصد به تفکیک ارائه شده است. چنانچه ملاحظه می شود ۵۵٪ گروه نمونه را مردان تشکیل می دادند و از مجموع ۳۱ آزمودنی شرکت کننده در مطالعه، ۷۷٪ آنان اظهار داشته اند که سابقه قبلی سرطان در خانواده آنان وجود نداشته است.

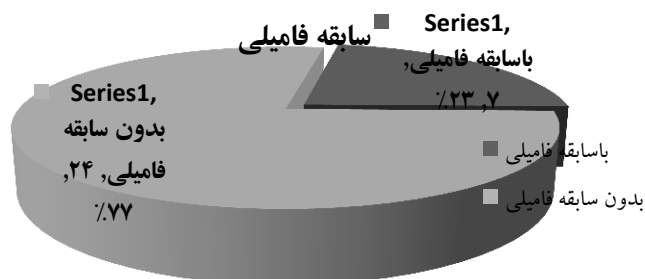
در جدول ۱ آماره های مرتبط با مدت زمان ابتلا به سرطان و سن در کل آزمودنی ها ارائه شده است. میانگین سن در مردان مبتلا برابر با 45.2 ± 18.05 و در زنان برابر با 49.14 ± 14.7 بود. دامنه سنی در مردان از ۱۶ تا ۷۸ و در زنان از ۲۲ تا ۶۹ گزارش شده است.

تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
۳۱	۳	۱۹۲	۳۶/۲۹	۴۳/۲۲۷
۳۱	۱۶	۷۸	۴۷/۰۳	۱۶/۵۰۸

فراوانی جنسیت آزمودنی ها



جدول ۱: آماره های مربوط به مدت ابتلا و سن آزمودنی ها



جدول ۲: همبستگی کیفیت زندگی با خرده مقیاس های سلامت عمومی، مدت زمان ابتلا و سن (n=31)

کیفیت زندگی	متغیر	ضریب همبستگی پیرسون
مدت زمان ابتلا	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۱۲
	سطح معناداری	۵۴/۰
سن	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۳۱
	سطح معناداری	۰/۰۸
نشانه های جسمانی	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۳۰
	سطح معناداری	۰/۱۰
نشانه های اضطرابی و اختلال خواب	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۵۷
	سطح معناداری	۰/۰۰۱
کارکرد اجتماعی	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۴۹
	سطح معناداری	۰/۰۰۴
نشانه های افسردگی	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۵۵
	سطح معناداری	۰/۰۰۱
نمره کل سلامت عمومی گلدبرگ	ضریب همبستگی پیرسون	-۰/۶۲
	سطح معناداری	۰/۰۰۱

چنانچه در جدول ۲ آمده است، تنها همبستگی معنادار مشاهده شده، همبستگی کیفیت زندگی با متغیرهای سن و مدت زمان ابتلا منفی اما از نظر آماری، معنادار نیست. در سلامت عمومی و خرده مقیاس های آن، همبستگی معنادار و منفی مشاهده شده است و تنها خرده مقیاسی که همبستگی معنادار وجود ندارد، همبستگی نشانه های جسمانی با کیفیت زندگی است که هرچند منفی است اما معنادار نیست. همبستگی کیفیت زندگی با نشانه های اضطرابی برابر با ۰/۵۷-، با کارکرد اجتماعی برابر با ۰/۴۹- و با نشانگان افسردگی برابر با ۰/۵۵- است. در مجموع خرده مقیاس های سلامت عمومی همبستگی برابر با ۰/۶۲- با کیفیت زندگی دارد. نتایج نشان می دهد که همبستگی کیفیت زندگی با مدت زمان ابتلا به سرطان، همبستگی منفی است. به این معنا که هر چه مدت زمان ابتلا به اختلال بیشتر باشد کیفیت زندگی پایین تر است. هر چند این همبستگی از نظر آماری معنادار نیست.

بحث

پایان پذیری زندگی یک واقعیت انکار ناپذیر در زندگی انسان است. اگر چه نمی دانیم چطور و چه موقع می میریم، ولی می دانیم حتما خواهیم مرد. وقوف بر مرگ با این که ترس آور است ولی می تواند زمینه ساز یک زندگی خلاق شود. بیماران مبتلا به سرطان که نسبت به مرگ قریب الوقوع خود اطلاع می یابند اغلب بعد از انکار و خشم دچار افسردگی می شوند، افسردگی ایشان مشمول برخی از احساسات و رفتارها می شود که از آن جمله آنها می توان به احساس ضایعه و فقدان، شکست، نومییدی و یاس، درماندگی و احساس بی معنایی و پوچی اشاره کرد. افسردگی می تواند دامنه ای وسیع داشته باشد، بدینی نسبت به آینده کاهش حرمت نفس و احساس بی ارزشی و بی کفایت بودن. این شرایط نشانه های روانشناختی و جسمانی بیماری را تشدید می کند، بیمار دچار هراس و اضطراب می شود. وقتی که زندگی در ترس و اضطراب می گذرد، مفید بودنش را از دست می دهد. خشم و حسادت بیماران مبتلا به سرطان نیز ناشی از استرس و احساس بی لیاقتی است که همگی این شرایط به ناامیدی و از دست دادن کنترل منتهی می گردد. بیماران مبتلا به سرطان به طور معمول دامنه ای از علائم شامل درد و انواع ناراحتی های جسمی و روانی را تجربه می کنند. بلافاصله بعد از تشخیص بیماری، ممکن است اضطراب و دیگر اختلالات خلقی در فرد به وجود آید که این علائم با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دستخوش تغییر میشوند (Applebaum et al., 2011). همه این تجربیات و ناراحتی های جسمانی و روانی به کیفیت پایین زندگی منتهی خواهد شد. چنانچه در این پژوهش مشخص شد بیماران دچار سرطان هر چه از نظر سلامت عمومی وضعیت نامناسب تری داشته باشند، کیفیت زندگی آنان نیز کاهش خواهد یافت. با افزایش نشانگان افسردگی، نشانگان اضطرابی، اختلالات خواب و کارکرد اجتماعی نامطلوب، کیفیت زندگی بیماران کاهش نشان می دهد. می توان انتظار داشت که با مداخله مناسب روان شناختی، و کاهش نشانه های فوق الذکر کیفیت زندگی بیماران نیز افزایش پیدا کند. پژوهش ها نیز موید این است که با مداخله های مناسب می

توان استرس کمتر و کیفیت زندگی بالاتر را ایجاد کرد. برای مثال تحقیقات نشان می‌دهند که حتی وقتی افراد مبتلا فرصتی برای بیان احساسات خود داشته‌اند، در روند بهبود آن‌ها تأثیر مهمی دیده شده است. از نتایج مثبت بیان احساسات، می‌توان کیفیت بهتر زندگی، کاهش استرس و افزایش دفاع بدن در برابر بیماری را نام برد (Song et al., 2011). چنین مطالعاتی مبین آن است که در کنار درمان‌های طبی و شیمیایی، درمان‌های روان‌شناختی نیز باید با هدف کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطرابی و اختلالات خواب برای بیماران دچار سرطان اعمال شود. به این ترتیب می‌توان انتظار داشت که کیفیت زندگی بیماران افزایش و وضعیت جسمانی بهتری را تجربه نمایند.

منابع

یاوری، پ.، ابدی، ع. و محرابی، ی. (۱۳۸۲). اپیدمیولوژی علل مرگ و میر و روند تغییرات آن در سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ در ایران. مجله پژوهشی حکیم، ۶(۳)، ۸

- Anderson A. (1995). The effect of chronic obstructive pulmonary disease of quality of life. *Research in Nursing and Health*, 18 , 547-559.
- Anderson KN, Anderson LE. (1998). *Mosbys pocket Dictionary of Medication Nursing and Allied Health*. 3 th ed. USA: Moosby Company, 815-422.
- Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Pessin, H. A., Radomski, J. N., Simay Gokbayrak, N., Katz, A. M., Breitbart, W. (2011). Factors associated with attrition from a randomized controlled trial of meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer. *Psychooncology*. doi: 10.1002/pon.2013
- Blake-Mortimer, J., Gore-Felton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J. M., & Spiegel, D. (1999). Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. [Review]. *Eur J Cancer*, 35(11), 1581-1586 .
- Gartner, F. R., Nieuwenhuijsen, K., van Dijk, F. J., & Sluiter, J. K. (2012). Impaired work functioning due to common mental disorders in nurses and allied health professionals: the Nurses Work Functioning Questionnaire. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Int Arch Occup Environ Health*, 85(2), 125-138. doi: 10.1007/s00420-011-0649-0
- Gill TM, Feinstein AR. (1994). A critical appraisal of quality of life measurement. *JAMA*, 272(8) , 619-626
- Liu L. (2006). Quality of life as a social representation in china. A qualitative study, *social Indicators Research*, 75, 217-240

- Nejat S, Montazeri A, Holakooie K, Mohammad K, Majdzadeh R. (2008). Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality Of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): A population-based study. *BMC Health Services Research*, 8, 61.
- Rustoen, T., Cooper, B. A., & Miaskowski, C. (2010). The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nurs*, 33(4), 258-267. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181d6fb61
- Song, J. I., Shin, D. W., Choi, J. Y., Kang, J., Baek, Y. J., Mo, H. N., . . . Lee, O. K. (2011). Quality of life and mental health in the bereaved family members of patients with terminal cancer. *Psychooncology*. doi: 10.1002/pon.2027
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., . . . Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. [Clinical TrialMulticenter StudyResearch Support, Non-U.S. Gov'tResearch Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Psychooncology*, 8(6), 482-493 .
- WHOQOL group. 1996. WHOQOL-BREF Introduction, administration and scoring, field trial version. Geneva: World Health Organization .
- Yao, Y., Li, H., Liu, L., Zhao, L., Xu, L., & Sun ,J. (2012). [Study on the effect of feiji decoction for soothing the liver combined with psychotherapy on the quality of life for primary lung cancer patients]. *Zhongguo Fei Ai Za Zhi*, 15(4), 213-217. doi: 10.3779/j.issn.1009-3419.2012.04.04