

The Quality of Life of Breast Cancer Patients Receiving Palliative and Supportive Care

Hamidreza Mirzaei ¹, Davoud Mostafaei ², Fatemeh Estebarsari ^{3,*}, Masomeh Sattarzadeh ⁴, Kimya Estebarsari ⁵

¹ Associate Professor, Department of Radiation Oncology, Faculty of Medical science, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Ph.D. Health Service Management, Office of Quality Improvement, Shohadaye Tajrish Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ MSc, Clinical Research Office Expert, Shohada hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵ BSc, Medwifery and Maternal Health, Azna, Khat-Al- Anbia Network, Lorestan University of medical science, Lorestan, Iran

* **Corresponding author:** Fatemeh Estebarsari, Assistant Professor, Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery; School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: fa_estebarsari@yahoo.com

Received: 25 May 2016

Accepted: 01 Oct 2016

Abstract

Introduction: Cancer is one of the major health issues in Iran and the world. Due to the nature of the disease, many cancer patients need palliative care. The aim of this study was to evaluate the quality of life of breast cancer patients referred to Shohada hospital after receiving palliative and support care.

Methods: This study had a cross-sectional design. The study population included all patients with metastatic breast cancer, who were receiving palliative and support care involving nutrition, pain, spiritual therapy, surgery, complementary medicine, wound care, psychiatric, psychological counseling and rehabilitation at Shohada hospital during the period from the beginning of September 2013 to the beginning of September 2014.

Results: The findings showed that 31% of breast cancer patients, who received palliative and support care, had good quality of life, 18% had relatively good quality of life and 51% had poor quality of life. Also, 46% of participants in emotional function, 42% in physical function, 36% in cognitive function, 35% in social functioning and 29% in role functioning had unfavorable status.

Conclusions: According to the results, palliative and supportive care had no significant effect for improving the quality of life in patients with breast cancer. However, in some areas of functional aspects of quality of life such as role function, cognitive function and social function, there was a reduction in some signs and symptoms such as nausea, vomiting and constipation.

Keywords: Palliative and Supportive Care, Quality of Life, Breast Cancer

تعیین کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان دریافت کننده خدمات حمایتی و تسکینی

حمیدرضا میرزایی^۱، داود مصطفایی^۲، فاطمه استبصاری^{۳*}، معصومه ستار زاده^۴، کیمیا استبصاری^۵

^۱ دانشیار، گروه انکولوژی پرتوی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ دکترای مدیریت خدمات بهداشتی، دفتر بهبود کیفیت، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ کارشناس ارشد، کارشناس دفتر تحقیقات بالینی، بیمارستان شهدای تجریش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۵ کارشناس، شبکه بهداشت خاتم النبیا ازنا، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران

* نویسنده مسئول: فاطمه استبصاری، استادیار، گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: fa_estebsari@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۰۵

چکیده

مقدمه: سرطان یکی از معضلات اساسی سلامت در ایران و جهان است و با توجه به موقعیت این بیماری، تعداد زیادی از بیماران سرطانی نیازمند مراقبت های حمایتی و تسکینی هستند. هدف از انجام این مطالعه، ارزیابی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش پس از دریافت مراقبت تسکینی و حمایتی بود.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع توصیفی- مقطعی می باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان دارای متاستاز علامتی بودند که جهت دریافت خدمات حمایتی و تسکینی به یکی از کلینیک های تغذیه، درد، درمان معنوی، جراحی، طب مکمل، ترمیم زخم، روان پزشکی، مشاوره روان و توانبخشی بیمارستان شهدای تجریش در بازه زمانی ابتدای مهر ماه سال ۹۲ تا ابتدای مهر ماه سال ۹۳ مراجعه کرده بودند را تشکیل می داد. حجم نمونه در این مطالعه بر اساس فرمول ۱۰۰ نفر محاسبه گردید که از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی استفاده گردید. داده ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS و آزمون های آماری توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار و استنباطی (کای اسکوار) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: یافته های مطالعه نشان داد ۳۱ درصد مبتلایان به کانسر پستان دریافت کننده مراقبت تسکینی و حمایتی دارای کیفیت زندگی مطلوب، ۱۸ درصد دارای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و ۵۱ درصد دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند. همچنین ۴۶ درصد آزمودنی ها در عملکرد احساسی (هیجانی)، ۴۲ درصد در عملکرد جسمانی، ۳۶ درصد در عملکرد شناختی، ۳۵ درصد در عملکرد اجتماعی و ۲۹ درصد در عملکرد ایفای نقش دارای وضعیت نامطلوبی بودند.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه خدمات تسکینی و حمایتی تأثیر معناداری در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان ندارد. اما در برخی ابعاد آن مثل حیطه های عملکردی ایفای نقش، شناختی و اجتماعی و همچنین کاهش برخی نشانه ها و علائم بیماری از جمله تهوع، استفراغ و بیخوابی می توانند مؤثر واقع شود.

کلیدواژه ها: مراقبت تسکینی و حمایتی، کیفیت زندگی، سرطان پستان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

تهدید کننده حیات روبروشده اند، از طریق پیشگیری، تسکین درد و رنج، تشخیص زودرس، ارزیابی کامل و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روحی و روانی ارتقاء می‌دهد (۱۰). با توجه به این تعریف، پیامدهای حاصل از درمان تسکینی و حمایتی می‌تواند از طریق سنجش سطح کیفیت زندگی بیماران، مورد ارزیابی قرار گیرد (۱۱).

از سویی دیگر سازمان اروپایی مراقبت تسکینی European Association of Palliative Care: EAPC) بر این جنبه از مراقبت‌های حمایتی متمرکز شده است که ضمن تأیید و تصدیق حق حیات بیماران، به مرگ به عنوان یک فرایند نرمال از زندگی می‌نگرد به طوریکه نه به استقبال آن می‌شتابد و نه آن را به تعویق می‌اندازد بلکه به دنبال راهکارهایی است که به واسطه آن بتوان بهترین سطح کیفیت زندگی ممکن را تا زمان مرگ برای این بیماران فراهم نمود (۱۲). با توجه به نکات مشترک در این دو تعریف، اهداف اولیه مراقبت تسکینی و حمایتی ارتقاء یا حفظ کیفیت زندگی بیماران در مراحل پیشرفته سرطان و تسکین نشانه‌ها و تظاهرات بیماری تا بالاترین سطح ممکن می‌باشد. از آنجا که بیماری سرطان، صرفاً یک رویداد با پایانی معین نیست و در واقع یک موقعیت دایمی مبهم است که تأثیرات دیررس و تاخیری ناشی از درمان و بیماری را ایجاد می‌کند (۱۳)، کیفیت زندگی این بیماران به عنوان شاخص مهم مطلوبیت در نظر گرفته شده است (۱۴) که خود، مفهومی چند بعدی است که ادراکات فرد را در هر دو جنبه مثبت و منفی حداقل در چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و عملکرد شناختی دربر می‌گیرد (۱۵). بنابراین به درمان‌های حمایتی و تسکینی به عنوان جزئی از مراقبت جامع که انتظار می‌رود موجب ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در مراحل نهایی بیماری گردد، مورد توجه قرار گرفته است که طیف وسیعی از کنترل درد، کاهش تظاهرات و نشانه‌های بیماری، بازتوانی، مشاوره، تفریح درمانی، گروه درمانی، موسیقی درمانی و ... را در بر می‌گیرد. از سویی دیگر از آنجا که هزینه‌های مرتبط با این بیماری با توجه به روند رو به رشد آن آنقدر زیاد است که ممکن است جنبه مراقبتی مورد غفلت قرارگیرد، ضروری است لااقل بخشی از هزینه‌ها جهت مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان سرمایه‌گذاری شود و لذا مانند هر پروژه اقتصادی دیگر انجام مطالعه به منظور بررسی پیامدهای حاصله و میزان اثربخشی آن از اهمیت بسزایی برخوردار است (۱۶).

اگر چه مطالعات بالینی مختلفی به منظور سنجش و ارزشیابی تأثیر برنامه‌های تسکینی و حمایتی طراحی و اجرا شده است، ولی اکثر آن‌ها نتوانسته‌اند شواهدی دال بر ارتقای کیفیت زندگی بیمارانی که تحت این نوع مراقبت‌ها بوده‌اند را نشان دهند (۱۷-۱۹) البته دلایل زیادی در توجیه این موضوع بیان شده است که از جمله می‌توان به ناهمگون بودن گروه‌هایی که تحت مطالعه قرار گرفته‌اند، کوچک بودن حجم نمونه‌ها و تنوع تظاهرات بالینی مشاهده شده در این افراد و نیز وخیم شدن تدریجی حال این بیماران قبل از مرگ که امری بدیهی است اشاره نمود (۲۰). در همین رابطه نتایج مطالعاتی که به طور اختصاصی بر روی تأثیر مشاوره بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی مشرف به مرگ انجام شده است بیانگر افزایش آگاهی، فعالیت و اعتماد به نفس و کاهش نگرانی‌های بیمار بوده و از این طریق تأثیر مثبتی بر ارتقای کیفیت

سرطان یکی از علل عمده اختلالات، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان است و فراوانی آن نیز روز به روز افزایش می‌یابد، لذا بدیهی است که حجم عمده‌ای از تلاش‌های نظام‌های مراقبتی و منابع نظام سلامت را به خود اختصاص دهد (۱). شایان ذکر است که این بیماری در کشور ما نیز دارای چهارمین رتبه بار بیماری در میان سایر بیماری‌ها است (۲). در نگاهی جزئی تر، در میان انواع سرطان‌ها، سرطان پستان، رایج‌ترین نوع بدخیمی در میان زنان در کشورهای توسعه یافته محسوب می‌گردد (۳). به طوری که ۳۲ درصد موارد سرطان در زنان را تشکیل داده و مسئول ۱۹ درصد از موارد مرگ و میر ناشی از سرطان در این گروه می‌باشد (۴) که نشانگر این است که علاوه بر شیوع و بروز بالای آن، عمده‌ترین سرطان کشنده در بین زنان نیز محسوب می‌شود (۵). طبق گزارش Globocan در سال ۲۰۱۲، سرطان پستان دومین سرطان شایع در جهان و شایع‌ترین سرطان در زنان در دنیا محسوب می‌گردد، به طوری که در همان سال ۱/۶۷ میلیون مورد جدید سرطان پستان تشخیص داده شده که این رقم، ۲۵ درصد کل موارد سرطان‌های زنان را شامل می‌شود.

طبق آمار در ایران نیز سرطان پستان در میان انواع سرطان‌ها بعد از سرطان پوست حائز رتبه دوم می‌باشد. آخرین آمار در دسترس در این رابطه به سال ۱۳۸۸ مربوط است که بر طبق گزارش ثبت سرطان در همین سال، تعداد ۷۵۸۲ مورد سرطان پستان در زنان ایرانی شناسایی شد که در محدوده سنی ۵۵-۵۰ سال قرار داشتند. شیوع این بیماری حدود ۱۲۰ نفر در هر صد هزار نفر بوده و میزان بقای ۵ ساله آن ۶۵ تا ۷۳ درصد گزارش شده است (۶). به علاوه، امروزه از هر نه زن، یک نفر به سرطان پستان مبتلا می‌شود (۷). در ایران نیز این آمار به آمار جهانی شباهت‌هایی دارد به طوریکه هر ساله هفت هزار زن در کشور به سرطان پستان مبتلا می‌شوند (۸). به علاوه سرطان پستان، به عنوان اولین سرطان در زنان ایرانی، منجر به از دست رفتن ۰/۰۱ سال به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت شده و بار بیماری ناشی از آن ۶ درصد از سال‌های عمر از دست رفته به علت انواع سرطان‌ها در کشور را به خود اختصاص می‌دهد. در بعد ناتوانی نیز، سرطان پستان، ششمین میزان سال‌های از دست رفته به علت مرگ زودرس یا ناتوانی به ازای ۱۰۰۰ نفر (Daly/1000: Disability adjusted life years) در زنان ایرانی می‌باشد (۹).

مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در مبتلایان به سرطان اهمیت بسیار زیادی دارد به طوری که این مراقبت‌ها یکی از مراقبت‌های رایج کنترل سرطان در هر کشور محسوب می‌شوند و بدون وجود آن‌ها، دستیابی به مراقبت جامع از بیمار مقدور نخواهد بود. در همین رابطه ذکر این نکته ضروری است که آنچه برای بیمار و خانواده‌اش در کنار درمان معمول سرطان مانند شیمی درمانی اهمیت دارد تنها افزایش کمیت زندگی نیست بلکه مهم آن است بیمار با هر میزان طول عمر، دارای کیفیت زندگی مناسبی هم باشد که در این راستا مراقبت‌های حمایتی و تسکینی تضمین کننده آن بخش از مراقبت‌ها است که به بیمار کمک می‌کند تا کیفیت زندگی بهتری داشته باشد (۱۰). تعریف سازمان بهداشت جهانی از مراقبت تسکینی و حمایتی عبارت است از رویکردی که کیفیت زندگی بیماران و خانواده آن‌ها را که در واقع با نوعی مشکل

زندگی فرد داشته است (۲۱، ۲۲) هر چند در مقابل، شواهدی دیگری نیز وجود دارد که مبین آن است که برنامه‌های مشاوره تأثیری در کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان ندارد (۲۳). نتایج مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش که تحت درمان با مراقبت‌های تسکینی و حمایتی بودند نشان داد که در بعد سلامت عمومی، برخی از نشانگان‌ها و علائم بیماری مانند تهوع و استفراغ، کاهش اشتها، درد و بی‌خوابی بعد از دریافت مراقبت تسکینی به طور معنی داری بهبود یافته است اگر چه سایر شواهد در این مطالعه حاکی از آن است که میانگین نمرات آزمودنی‌ها قبل و بعد از دریافت مراقبت تسکینی با یکدیگر مشابه بود (۲۴-۲۶). این در حالی است که نتایج مطالعه Homs (۲۷) و Hooft (۲۸) نشان داد که هیچ تغییر معنی داری در وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از دریافت درمان مراقبتی و تسکینی حاصل نشده است. هدف اولیه مراقبت‌های بهداشتی درمانی بهبود کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می‌باشد و تیم درمانی باید تلاش کنند تا از طریق انجام اقداماتی مانند مراقبت تسکینی شرایطی را فراهم نمایند تا این بیماران بتوانند از حداکثر ظرفیت و توانایی‌های خود استفاده نموده و با توجه به شرایطی که دارند کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند. به همین منظور مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان دریافت کننده خدمات حمایتی و تسکینی اجرا گردید.

روش مطالعه

مطالعه حاضر از نوع مطالعات توصیفی مقطعی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستانی بودند که دارای وضعیت متاستاز علامتی بوده و جهت دریافت مراقبت تسکینی و حمایتی ارائه شده در یکی از کلینیک‌های تغذیه، درد، درمان معنوی، جراحی، طب مکمل، ترمیم زخم، روان پزشکی، مشاوره روان و توانبخشی بیمارستان مرکز تحقیقات سرطان بیمارستان شهدای تجریش در بازه زمانی ابتدای مهر ماه سال ۹۲ تا ابتدای مهر ماه سال ۹۳ مراجعه نموده بودند.

حجم نمونه بر اساس فرمول $N = Z^2(1 - \alpha/2)S^2/d^2$ و احتساب ۱۵ درصد ریزش ۱۰۰ نفر محاسبه گردید. در این فرمول ضریب اطمینان ۹۵ درصد و $Z = 1/96$ در نظر گرفته شد. انحراف از معیار متغیر کیفیت زندگی با توجه به مطالعه مشابه ۱۰ در نظر گرفته شد (۲۹). نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص کانسر پستان، دریافت خدمات جراحی، شیمی درمانی و رادیو تراپی، مراجعه جهت دریافت مراقبت تسکینی و حمایتی در مرکز سرطان بیمارستان شهدای تجریش، عدم ابتلاء به انواع دیگری از سرطان‌ها بودند و بیمارانی که به طور موقت یا فقط برای یکبار برای دریافت مراقبت تسکینی به این مرکز مراجعه داشتند از مطالعه کنار گذاشته شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه دو قسمتی جمع آوری گردید. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک بودند که از آزمودنی‌ها سئوالاتی در خصوص سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و تحصیلات پرسش می‌گردید. برای سنجش کیفیت زندگی بیماران سرطانی از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان (European Organization for Research and Treatment of Cancer-

European Organization for Research and Treatment of Cancer-EORTC-QLQ-C30) استفاده گردید که مناسب‌ترین ابزار جهت سنجش کیفیت زندگی بیمارانی سرطانی معرفی شده است. این پرسشنامه متشکل از ۳۰ سؤال است که کیفیت زندگی را در ۵ حیطه عملکردی (عملکرد جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی) و ۹ حیطه علائم (خستگی، درد، تهوع و استفراغ، تنگی نفس، اسهال، بی‌خوابی، کاهش اشتها و مشکلات اقتصادی ناشی از ابتلاء به بیماری) و یک حیطه کلی کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کند. نمره هر حیطه در گسترده‌ای از صفر تا ۱۰۰ تعیین می‌شود. در حیطه عملکردی و حیطه کلی کیفیت زندگی نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر فرد و یا کیفیت زندگی بهتر است، در حالی که در حیطه علائم نمره بالاتر بر بیشتر بودن آن علامت یا مشکل دلالت دارد (۳۰). همچنین در طبقه‌بندی دیگری کسب میانگین نمره بالاتر از ۷۵ درصد در هر یک از حیطه‌های عملکردی بیانگر کیفیت مطلوب، ۵۰-۷۵ درصد بیانگر کیفیت نسبتاً مطلوب و کمتر از ۵۰ درصد بیانگر کیفیت نامطلوب می‌باشد. این پرسشنامه از تعداد سؤالات کمی تشکیل شده است به طوری که حتی بیمارانی که از توانایی جسمی کمی برخوردار بودند بتوانند به راحتی به سؤالات پاسخ دهند (۲۷). همچنین این پرسشنامه در اکثر کشورهای دنیا مورد تأیید قرار گرفته به عنوان مثال مطالعاتی که در اسپانیا و آمریکا صورت گرفته روایی و پایایی آن را به زبان اصلی در ۱۲ گروه قومی، فرهنگی، مناسب تشخیص داده است (۲۷). نسخه فارسی این پرسشنامه را انجمن اروپایی تحقیقات و درمان سرطان

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین نمونه‌ها (۳۳ درصد) در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال قرار داشتند و فقط ۸ درصد از آن‌ها زیر ۳۰ سال سن داشتند. زن‌ها بیشترین تعداد نمونه‌ها (۶۹ درصد) را تشکیل می‌دادند و بقیه مرد بودند. از نظر تحصیلات درصد بیشتری از نمونه‌ها دارای سواد راهنمایی بودند (۳۷ درصد) و تعداد کمتری از آن‌ها دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند (۸ درصد). ۵۷ درصد نمونه‌ها متأهل و بقیه مجرد (۴۳ درصد) بودند. از نظر وضعیت اشتغال ۳۷ درصد شاغل و ۲۷ درصد خانه دار و ۳۶ درصد بیکار بودند. جهت بررسی ارتباط

متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل) و کیفیت زندگی نمونه‌ها از آزمون آماری کادو استفاده شد که هیچ ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد (جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیکی مبتلایان به سرطان پستان دریافت کننده خدمات حمایتی و تسکینی

طبقه بندی متغیرها	(درصد) تعداد	آزمون کای دو
سن (سال)		$P = ۰/۵۳۹$
۲۰-۳۰	۸ (۸)	
۳۰-۴۰	۲۸ (۲۸)	
۴۰-۵۰	۳۱ (۳۱)	
۵۰-۶۰	۳۳ (۳۳)	
جنس		$P = ۰/۷۲۸$
زن	۶۹ (۶۹)	
مرد	۳۱ (۳۱)	
تحصیلات		$P = ۰/۲۷۱$
بی سواد	۲۱ (۲۱)	
ابتدایی	۳۴ (۳۴)	
راهنمایی	۳۷ (۳۷)	
دبیرستان و بالاتر	۸ (۸)	
وضعیت تأهل		$P = ۰/۹۰۱$
متأهل	۵۷ (۵۷)	
مجرد	۴۳ (۴۳)	
شغل		$P = ۰/۴۷۹$
شاغل	۳۷ (۳۷)	
خانه دار	۲۷ (۲۷)	
بیکار	۳۶ (۳۶)	

که به ترتیب نزولی ۴۶ درصد آزمودنی‌ها در عملکرد احساسی (هیجانی)، ۴۲ درصد در عملکرد جسمانی، ۳۶ درصد در عملکرد شناختی، ۳۵ درصد در عملکرد اجتماعی و ۲۹ درصد در عملکرد ایفای نقش دارای وضعیت نامطلوبی می‌باشند (جدول ۲).

علاوه بر این نتایج بیانگر آن بود که ۳۱ درصد مبتلایان به کانسر پستان دریافت کننده مراقبت تسکینی در طی هفته گذشته دارای کیفیت زندگی مطلوب، ۱۸ درصد دارای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و ۵۱ درصد دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند. همچنین نتایج مطالعه بر حسب وضعیت نامطلوب در هر یک از حیطه‌های عملکردی نشان داد

جدول ۲: وضعیت حیطه‌های مختلف عملکردی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دریافت کننده مراقبت تسکینی و حمایتی

عملکرد کیفیت زندگی	مطلوب	نسبتاً مطلوب	نامطلوب
عملکرد جسمانی	۲۷ (۲۷)	۳۱ (۳۱)	۴۲ (۴۲)
عملکرد احساسی (هیجانی)	۲۰ (۲۰)	۳۴ (۳۴)	۴۶ (۴۶)
عملکرد ایفای نقش	۳۷ (۳۷)	۳۲ (۳۲)	۲۹ (۲۹)
عملکرد شناختی	۳۵ (۳۵)	۲۹ (۲۹)	۳۶ (۳۶)
عملکرد اجتماعی	۳۷ (۴۶)	۲۸ (۴۶)	۳۵ (۳۵)

اطلاعات در جدول به صورت تعداد (درصد) بیان شده است.

۲۴/۱۶ ± ۴۹/۱۶ بوده است و پس از آن آزمودنی‌ها به ترتیب نزولی از وضعیت اقتصادی با میانگین و انحراف معیار ۲۲/۱۷ ± ۴۸/۲۳ شکایت داشته‌اند. همچنین کمترین میانگین و انحراف معیار مربوط احساس بیوست در طی هفته گذشته ۱۲/۴۷ ± ۲۷/۱۳ بوده است.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار سئوال‌ات حیطه علایم کیفیت زندگی بیماران سرطانی دریافت کننده مراقبت تسکینی را به ترتیب نزولی نشان می‌دهد. به طوری که بیشترین شکایت و علائم آزمودنی‌ها مربوط به احساس بی اشتها طی هفته گذشته با میانگین و انحراف معیار

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار علایم کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دریافت کننده مراقبت تسکینی به ترتیب نزولی

سؤال	متغیرها	میانگین	انحراف معیار
۱	احساس بی اشتهایی طی هفته گذشته	۴۹/۱۶	۲۴/۱۶
۲	وضعیت اقتصادی	۴۸/۲۳	۲۲/۱۷
۳	تنگی نفس طی هفته گذشته	۴۷/۲۶	۲۷/۱۷
۴	مشکل خواب طی هفته گذشته	۴۷/۱۱	۲۷/۲۲
۵	احساس تهوع طی هفته گذشته	۴۶/۲۶	۱۶/۹۲
۶	نیازمند کمک بودن به هنگام غذا خوردن، پوشیدن لباس، حمام کردن و استفاده از دستشویی	۴۲/۲۹	۱۳/۱۷
۷	مشکل داشتن در پیاده روی های کوتاه خارج از خانه	۴۱/۴۷	۱۲/۴۷
۸	ایجاد خلل در انجام کارهای روزمره بدلیل درد	۴۱/۲۹	۲۱/۴۷
۹	احساس ضعف طی هفته گذشته	۴۰/۶۱	۱۹/۷۸
۱۰	احساس افسردگی	۴۰/۷۷	۲۱/۴۷
۱۱	درد طی هفته گذشته	۳۹/۳۷	۱۹/۸۴
۱۲	در رختخواب ماندن در طول روز/ بطور ثابت در جایی نشستن	۳۷/۲۳	۱۸/۷۲
۱۳	احساس تنش یا فشار عصبی	۳۳/۲۷	۱۸/۹۴
۱۴	احساس خستگی طی هفته گذشته	۳۲/۷۱	۱۳/۶۱
۱۵	احساس یبوست طی هفته گذشته	۲۷/۱۳	۱۲/۴۷

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۵۱ درصد آزمودنی های مبتلا به سرطان پستان دریافت کننده مراقبت تسکینی و حمایتی دارای کیفیت زندگی نامطلوبی می باشند. نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین آزمودنی های مبتلا به سرطان پستان دریافت کننده مراقبت تسکینی و حمایتی دارای کیفیت زندگی نامطلوبی می باشند که با نتایج پژوهش Stromgren و همکارانش تحت عنوان "مطالعه طولی مراقبت حمایتی: ارزیابی پیامد توسط بیمار و تأثیر فرسایشی سرطان" سال ۲۰۰۵ هم خوانی دارد و در این مطالعه نیز سطح کیفیت زندگی بیماران سرطانی در نتیجه مراقبت های حمایتی و تسکینی بهبود معناداری نیافته است (۲۱). در حالی که نتایج مطالعه Molenaar و اسفندیاری دولابی نشان داده است که مراقبت های تسکینی و حمایتی در بیماران سرطانی دریافت کننده این نوع خدمات منجر به بهبود و ارتقای کیفیت زندگی آن ها و نیز وضعیت کلی سلامت بیماران گردیده است (۲۴-۳۲). البته شاید بتوان گفت که دلیل تناقض در یافته ها با عواملی مثل طول مدت بیماری سرطان، طول مدت دریافت خدمات تسکینی و حکایتی و همچنین تنوع و کیفیت این خدمات ارتباط دارد (۲۱-۳۱). نتایج پژوهش حاضر همچنین با نتیجه دو پژوهش دیگر که توسط Homs (۲۷) و Hooft (۲۸) انجام پذیرفت هم راستا می باشد. در این مطالعات نیز هیچ تغییر معنی داری در وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از دریافت درمان مراقبتی و تسکینی حاصل نشده بود. مراقبت تسکینی و حمایتی رویکردی است که کیفیت زندگی بیماران و خانواده آن ها را که در واقع با نوعی مشکل تهدید کننده حیات روبرو شده اند را از طریق پیشگیری، تسکین درد و رنج، تشخیص زودرس، ارزیابی کامل و درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روحی و روانی ارتقاء می دهد (۳۱).

همچنین بر اساس یافته های مطالعه حاضر بیشتر آزمودنی ها در زمینه عملکرد جسمانی و احساسی دارای کیفیت نامطلوب بودند. نتایج این مطالعه با نتیجه مطالعه Fayers و Hays تحت عنوان روش ها و عملیات ارزیابی کیفیت زندگی بر اساس آزمایشات بالینی هم راستا می باشد (۱۹) و این در حالی است که تقریباً نیمی از آزمودنی ها در حیطه های عملکردی ایفای نقش، شناختی و اجتماعی دارای کیفیت مطلوبی بودند که پژوهشگر معتقد است که استفاده از خدمات مراقبت تسکینی و حمایتی و تداوم شرکت در کلاس های آموزشی مربوط به این خدمات ممکن است باعث بهبود کیفیت این عملکردها شده باشد. نتایج بیانگر آن بود که بیشترین شکایت و علائم بیماری آزمودنی ها مربوط به احساس بی اشتهایی و وضعیت اقتصادی آن ها بوده است. علاوه بر این مشکل تنگی نفس و مشکل خواب نیز از شایع ترین شکایات آزمودنی های مورد پژوهش بود. نتایج این مطالعه با یافته های مطالعه Molenaar مغایرت داشت به طوری که نتایج مطالعه آن ها نشان داد که بیماران پس از دریافت مراقبت تسکینی درد کمتری داشته و اشتهاشان افزایش یافته بود (۲۴).

علاوه بر این نتایج نشان داد که کمترین مشکل آزمودنی های مطالعه حاضر مربوط احساس یبوست بوده است که این نتایج با یافته های مطالعه Molenaar که بر روی بیماران مبتلا به سرطان های دستگاه گوارش انجام شد هم راستا می باشد و آن ها نیز نشان دادند که مراقبت های تسکینی باعث کاهش ابتلا به تهوع و یبوست در آزمودنی ها می گردد (۲۴). بر اساس مطالعه حاضر مراقبت های تسکینی و حمایتی در ارتقا و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به سرطان و یا کاهش تظاهرات و نشانگان بیماری مؤثر نبوده است. پژوهشگر معتقد است که ممکن است یکی از دلایل عدم ارتقاء کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیماران

نتیجه گیری

مراقبت‌های تسکینی و حمایتی تأثیر معناداری در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان ندارند، اما در برخی ابعاد آن مثل حیطه‌های عملکردی ایفای نقش، شناختی و اجتماعی و یا کاهش برخی نشانه‌ها و علائم بیماری از جمله تهوع و استفراغ و یبوست می‌توانند مؤثر واقع شوند.

سرطانی در مطالعه حاضر کوچک بودن حجم نمونه و محدود کردن آن به بیماران مبتلا به سرطان پستان باشد و یا سایر متغیرهای مخدوش کننده‌ای باشد که از اختیار پژوهشگر خارج بود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم امکان مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان دریافت کننده مراقبت تسکینی با قبل از دریافت این خدمات و نیز عدم کنترل متغیرهای مخدوش کننده بود که پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات بعدی از کارآزمایی‌های بالینی جهت بررسی تأثیر مراقبت‌های تسکینی و حمایتی بر کیفیت زندگی مبتلایان به انواع سرطان‌ها استفاده گردد.

References

1. Micheli A, Coebergh JW, Mugno E, Massimiliani E, Sant M, Oberaigner W, et al. European health systems and cancer care. *Ann Oncol*. 2003;14 Suppl 5:v41-60. [PMID: 14684500](#)
2. Mathers CD, Vos T, Lopez AD, Salomon J, Ezzati M. National burden of disease studies: a practical guide. Global Program On Evidence For Health Policy; Geneva: World Health Organization; 2001.
3. Brinton L, Lacey J, Devesa S. Cancer of the breast. *Epidemiol Breast Cancer*. 2002;111-32.
4. Kirby B, Copeland E. Distribution of cancer. *Principal Surg*. 2000;16:54-6.
5. Karliner LS, Kerlikowske K. Ethnic disparities in breast cancer. *Womens Health (Lond)*. 2007;3(6):679-88. [DOI: 10.2217/17455057.3.6.679](#) [PMID: 19803977](#)
6. Rastad H, Shokohi L, Dehghani SL, Motamed Jahromi M. [Assessment of the Awareness and Practice of Women vis-à-vis Breast Self-Examination in Fasa in 2011]. *J Fasa Univ Med Sci*. 2013;3(1):75-80.
7. Hopko DR, Bell JL, Armento M, Robertson S, Mullane C, Wolf N, et al. Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behav Ther*. 2008;39(2):126-36. [DOI: 10.1016/j.beth.2007.05.007](#) [PMID: 18502246](#)
8. Hosseini S. [Spiritual health of cancer patients and its associated factors]. *Qom Univ Med Sci J*. 2012;5(3):16-22.
9. Firouzeh F, Tabeshian A, Karim AN, Hasanzadeh A. The effect of instruction on students' knowledge and attitude towards breast. *Qom Univ Med Sci J*. 2011;4(4):21-6.
10. W.H.O. WHO Definition of Palliative Care 2016 [updated 3.10.2016; cited 2016]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
11. Kruijshaar ME, Barendregt JJ, European Disability Weights G. The breast cancer related burden of morbidity and mortality in six European countries: the European Disability Weights project. *Eur J Public Health*. 2004;14(2):141-6. [PMID: 15230498](#)
12. Organization WH. Pain relief and palliative care. Geneva 2002.
13. Kaasa S, Loge JH. Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliat Med*. 2003;17(1):11-20. [DOI: 10.1191/0269216303pm662ra](#)
14. Estebsari F, Taghdisi MH, Mostafaei D, Jamshidi E, Latifi M. Determining the factors contributing to quality of life of patients at the last stage of life: a qualitative study. *Iran Red Crescent Med J*. 2013;15(12):e13594. [DOI: 10.5812/ircmj.13594](#) [PMID: 24693392](#)
15. Tassinari D, Maltoni M. Quality of life in palliative care. *J Med Pers*. 2009;7(1):11-8. [DOI: 10.1007/s12682-009-0003-4](#)
16. Zebrack BJ. Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer Pract*. 2000;8(5):238-42. [PMID: 11898236](#)
17. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*. 1996;334(13):835-40. [DOI: 10.1056/NEJM199603283341306](#) [PMID: 8596551](#)
18. Amadori D, Tassinari D, Maltoni M. Palliative care in advanced cancer. *Minerva Chir*. 2005;60(4):205-16. [PMID: 16166920](#)
19. Fayers PM, Hays RD. Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice. Oxford: Oxford University Press; 2005.
20. Jordhoy MS, Kaasa S, Fayers P, Ovreness T, Underland G, Ahlner-Elmqvist M. Challenges in palliative care research; recruitment, attrition and compliance: experience from a randomized controlled trial. *Palliat Med*. 1999;13(4):299-310. [PMID: 10659099](#)
21. Stromgren AS, Sjogren P, Goldschmidt D, Petersen MA, Pedersen L, Hoermann L, et al. A longitudinal study of palliative care: patient-evaluated outcome and impact of attrition. *Cancer*. 2005;103(8):1747-55. [DOI: 10.1002/cncr.20958](#) [PMID: 15756655](#)
22. Elmqvist MA, Jordhoy MS, Bjordal K, Kaasa S, Jannert M. Health-related quality of life during the last three months of life in patients with advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2009;17(2):191-8. [DOI: 10.1007/s00520-008-0477-2](#) [PMID: 18581147](#)
23. Sandgren AK, McCaul KD, King B, O'Donnell S, Foreman G. Telephone therapy for patients with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2000;27(4):683-8. [PMID: 10833696](#)

24. Molenaar S, Sprangers MA, Rutgers EJ, Luiten EJ, Mulder J, Bossuyt PM, et al. Decision support for patients with early-stage breast cancer: effects of an interactive breast cancer CDROM on treatment decision, satisfaction, and quality of life. *J Clin Oncol*. 2001;19(6):1676-87. DOI: [10.1200/jco.2001.19.6.1676](https://doi.org/10.1200/jco.2001.19.6.1676) PMID: [11250997](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11250997/)
25. Bordeleau L, Szalai JP, Ennis M, Leszcz M, Specia M, Sela R, et al. Quality of life in a randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer: overall effects of the intervention and an exploration of missing data. *J Clin Oncol*. 2003;21(10):1944-51. DOI: [10.1200/JCO.2003.04.080](https://doi.org/10.1200/JCO.2003.04.080) PMID: [12743147](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12743147/)
26. Larssen L, Medhus AW, Hjermsstad MJ, Korner H, Glomsaker T, Soberg T, et al. Patient-reported outcomes in palliative gastrointestinal stenting: a Norwegian multicenter study. *Surg Endosc*. 2011;25(10):3162-9. DOI: [10.1007/s00464-011-1680-7](https://doi.org/10.1007/s00464-011-1680-7) PMID: [21487867](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21487867/)
27. Homs MY, Essink-Bot ML, Borsboom GJ, Steyerberg EW, Siersema PD, Dutch SSG. Quality of life after palliative treatment for oesophageal carcinoma -- a prospective comparison between stent placement and single dose brachytherapy. *Eur J Cancer*. 2004;40(12):1862-71. DOI: [10.1016/j.ejca.2004.04.021](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2004.04.021) PMID: [15288288](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15288288/)
28. van Hooft J, Mutignani M, Repici A, Messmann H, Neuhaus H, Fockens P. First data on the palliative treatment of patients with malignant gastric outlet obstruction using the WallFlex enteral stent: a retrospective multicenter study. *Endoscopy*. 2007;39(5):434-9. DOI: [10.1055/s-2007-966338](https://doi.org/10.1055/s-2007-966338) PMID: [17516350](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17516350/)
29. Shahsavari H, Matory P, Zare Z. [Correlation between Quality of Life and Individual Factors in the Patients with Breast Cancer in Seied Alshohada Hospital in Isfahan in 2013]. *Commun Health J*. 2015;9(1):58-67.
30. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2000;9(2):177-84. PMID: [10983481](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10983481/)
31. Safaee A, Moghimi-Dehkordi B, Zeighami B, Tabatabaee H, Pourhoseingholi M. Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Indian J Cancer*. 2008;45(3):107-11. PMID: [19018114](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19018114/)
32. Esfandiari Dolabi Z, Joulaei A, Asli Azad M. Comparison of Marital Satisfaction and General Health among breast cancer patients with breast evacuation, breast keeping and cancer free women in Tehran. *IJRN*. 2015;1(4):39-48.