نقش اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش

آزاده طاولی: * کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی
دکتر علی منتظری: استاد، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر محمدعلی محققی: استاد، گروه جراحی سرطان، مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر رسول روشن: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد
دکتر زهرا طاولی: دستیار تخصصی، گروه بیماری‌های زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
مهدیه ملیانی: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

فصلنامه پایش
سال ششم شماره سوم تابستان ۱۳۸۶ صص ۲۶۴-۲۵۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۲/۱۶

چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان گوارش و مقایسه ابعاد مختلف آن در میان دو گروه بیمار مطلع و غیر مطلع از تشخیص سرطان انجام شده است. به منظور انجام پژوهش، بیماران مبتلا به سرطان گوارش حاضر در بخش‌های درمانی بیمارستان امام خمینی (ره) طبق معیارهای پذیرش، انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار جمع آوری داده‌ها مشتمل بر پرسشنامه مشخصات جمعیتی و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا (EORTC QLQ-C30) بود. پرسشنامه EORTC QLQ-C30، به صورت مصاحبه چهره به چهره توسط یک روانشناس بالینی با بیماران تکمیل و در پایان مصاحبه، وضعیت اطلاع بیماران از تشخیص سرطان مشخص گردید.

در مجموع، ۱۴۲ بیمار مبتلا به سرطان گوارش از نظر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۸ درصد بیماران از تشخیص سرطان مطلع و ۵۲ درصد آنها غیر مطلع بودند. به منظور مقایسه سطح کیفیت زندگی دو گروه مورد بررسی، از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده گردید. تحلیل داده‌ها نشان داد که وضعیت عملکرد جسمانی (P=۰/۰۰۱)، عملکرد هیجانی (P=۰/۰۱) و عملکرد اجتماعی (P<۰/۰۰۰۱) بیماران غیر مطلع در مقایسه با بیماران مطلع به طور معناداری بهتر و شکایت آنها از خستگی (P=۰/۰۱) و تأثیرات مالی بیماری (P=۰/۰۰۵) نیز به طور معناداری کمتر بوده است. از لحاظ وضعیت عملکرد نقش، عملکرد شناختی، کیفیت زندگی کلی و نشانگان جسمانی، بین بیماران مطلع و غیر مطلع از تشخیص سرطان، تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران غیر مطلع از تشخیص سرطان در مقایسه با بیماران مطلع، کیفیت زندگی هیجانی، جسمانی، و اجتماعی بهتری داشتند و این در حالیست که مطالعات اخیر بر فواید ضمنی افشای اطلاعات تأکید فراوان دارند. چنین به نظر می‌رسد که علاوه بر تفاوت‌های فرهنگی موجود در نگرش به افشای تشخیص سرطان از سوی بیماران، پزشکان و خانواده‌های آنها، چگونگی اطلاع یافتن بیماران از تشخیص سرطان در افزایش یا کاهش پریشانی روانی و کیفیت زندگی نقش مهمی را ایفا می کند.

کلیدواژه‌ها: سرطان دستگاه گوارش، افشای تشخیص سرطان، کیفیت زندگی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان وحید نظری، پلاک ۵۱، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۹-۶۶۹۵۱۸۷۷ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: azadeh.tavoli@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.9.0]

مقدمه

سرطان یکی از علل عمده اختلالات، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان است. این بیماری که یکی از بیماری‌های شایع و در حال افزایش است، حجم زیادی از تلاش‌های نظام‌های مراقبتی را به خود اختصاص می‌دهد[۱].

بیماران مبتلا به سرطان به طور معمول دامنه‌ای از علائم شامل درد و انواع ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند. 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[۲].

علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌های سرطان و افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی همتاست[۳].

تردیدی نیست که تشخیص بیماری‌های تهدید کننده حیات چون سرطان اثرات متعددی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد. سرطان صرفاً یک رویداد با پایانی معین نیست، بلکه یک موقعیت دائمی مبهم است که با تأثیرات دیر رس و تأخیری ناشی از بیماری، درمان و مسایل روان شناختی مربوط به آنها مشخص می‌گردد[۴].

با توجه به این باور عمومی که خبر بد (مثلاً در مورد پیش آگهی بد بیماری) منجر به پریشانی روانی، غمگینی و اضطراب بیمار می‌شود[۳]، از این رو گاهی خانواده‌ها به منظور محافظت از بیمار، درخواست پنهان کردن اطلاعات پزشکی و افشای تشخیص سرطان را با پزشک مطرح می‌نمایند[۵].

البته نگرش به این موضوع در وهله‌های زمانی مختلف و فرهنگ‌های گوناگون، متغیر است. سرطان در هر فرهنگی یکی از ترسناک‌ترین بیماری‌ها محسوب می‌شود و مثل سایر بیماری‌ها از تأثیر عوامل فرهنگی مبرا نیست، جنبه‌های فرهنگی، ارزش‌ها و رفتارها در کنار تجربیات زندگی، وضع اجتماعی ـ اقتصادی و تفاوت‌های شخصیتی تعیین کننده معنای سرطان برای بیماران و خانواده آنها بوده و بر چگونگی مقابله آنها با بیماری تأثیر می‌گذارند[۶]. در زمینه افشای تشخیص سرطان نیز عقیده بسیاری از گروه‌های فرهنگی بر این است که بحث باز و صریح در مورد تشخیص و پیش‌آگهی سرطان، غیر انسانی و ظالمانه است و لازم است از این کار اجتناب شود و این در حالی است که در برخی گروه‌های فرهنگی پنهان کردن اطلاعات پزشکی ار بیمار، غیر منطقی و غیر اخلاقی در نظر گرفته می‌شود[۷].

مطالعه مروری میتچل (۱۹۹۸) نیز تفاوت‌های موجود بین فرهنگ‌هایی که افشای اطلاعات در آنها رواج دارد، مثل استرالیا و اروپای شمالی که برای گفتگوی صریح درباره تشخیص سرطان ارزش قائل هستند و فرهنگ‌هایی که عدم افشا در آنها رایج است مثل ژاپن و برخی از کشورهای اروپای شرقی و جنوبی را مستند نموده است[۸].

علاوه بر وجود تفاوت‌های فرهنگی در نگرش به سیاست افشای تشخیص، بررسی رابطه آگاهی از تشخیص سرطان و کیفیت زندگی نیز در جوامع مختلف به نتایج متفاوتی انجامیده است.

به عنوان مثال، مطالعه‌ای در این زمینه در کشور ژاپن (که فرهنگی شرقی بر آن حاکم است) صورت گرفت و نشان داد که درصد شیوع اختلالات روانی در بیماران غیر مطلع از تشخیص سرطان در مقایسه با بیماران مطلع، کمتر است[۹]. در مقابل، بررسی رابطه اطلاع از تشخیص سرطان و اختلال روانپزشکی در میان بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته در انگلستان حاکی از آن بود که اطلاع از تشخیص سرطان به خودی خود منجر به افسردگی نمی‌گردد و اطلاع و میل به آگاهی از تشخیص از پریشانی روانی مستقل است[۱۰].

با توجه به اهمیت موضوع کیفیت زندگی در حیطه مراقبت‌های بهداشتی بیماران سرطانی تکیه بر این یافته که اطلاع از تشخیص سرطان یکی از عوامل بالقوه اثر گذار بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی است و همچنین ذکر این مسأله که ارزش‌های فرهنگی از جمله عوامل تعیین کننده ادراک فرد از کیفیت زندگی هستند [۱۱] و برای تصمیم‌گیری در یک جامعه نمی‌توان به یافته‌های پژوهشی سایر فرهنگ‌ها اکتفا نمود ضروری به نظر می‌رسد.

تلاش این پژوهش بر بررسی نقش آگاهی از تشخیص سرطان در جمعیت بیماران ایرانی مبتلا به سرطان متمرکز است و به این خاطر مسأله اساسی پژوهش حاضر این بود که آیا بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مطلع و غیر مطلع از تشخیص سرطان تفاوتی وجود دارد و اگر تفاوت معناداری ملاحظه می‌شود، کدام گروه در وضعیت سلامت بهتری قرار دارد.

لازم به ذکر است که به دلیل این که تظاهرات بالینی و مسایل و مشکلات ثانویه در انواع سرطان‌ها متفاوت است و همچنین تفاوت در شیوه اثرگذاری اطلاع از تشخیص سرطان به نوع سرطان بستگی دارد[۱۲]، لذا نمی‌توان متغیرهای مورد مطالعه را بدون در نظر گرفتن نوع سرطان مقایسه نمود و از آنجا که سرطان‌های دستگاه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.9.0]

گوارش شامل شایع‌ترین غدد بدخیم و یکی از عمده‌ترین علل ابتلا و مرگ و میر مرتبط با سرطان هستند [۱۳] و نیز به علت بروز بالای سرطان دستگاه گوارش در ایران [۱۴]، سرطان دستگاه گوارش انتخاب گردید.

مواد و روش کار

این مطالعه به صورت آینده نگر (Prospective) و به منظور ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان گوارش در سال ۱۳۸۵ صورت گرفته و در آن بیماران مبتلا به سرطان گوارش حاضر در بخش‌های درمانی بیمارستان امام خمینی طبق معیارهای پذیرش شامل: سن بالای ۱۸ سال، عدم نقص عضو فیزیکی، عدم ابتلا به سرطان دیگری غیر از سرطان دستگاه گوارش، عدم ابتلا به اختلالات شدید روانی، گذشت حداکثر یک سال از تشخیص سرطان و تمایل به همکاری، وارد مطالعه شدند.

ابزار جمع آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود که از دو بخش سؤالات عمومی و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا (EORTC QLQ-C30) تشکیل می‌گردید. سؤالات عمومی نیز شامل مشخصات جمعیتی (سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و سطح تحصیلات) و خصوصیات بالینی (نوع سرطان و زمان تشخیص) بود. پرسشنامه EORTC QLQ-C30 یک مقیاس ۳۰ آیتمی است که به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انواع سرطان، توسط آرونسون و در سال ۱۹۸۷ تهیه شده است. مطالعات اعتبار یابی این پرسشنامه آن را به عنوان یک مقیاس معتبر و پایا برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران سرطانی در موقعیت‌های پژوهشی چند فرهنگی تأیید کرده‌اند[۱۵]. این مقیاس به فارسی ترجمه گشته و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است[۱۶]. پرسشنامه EORTC QLQ-C30، به صورت مصاحبه چهره به چهره توسط یک روانشناس بالینی با بیماران تکمیل گردیده و در پایان مصاحبه، وضعیت اطلاع بیماران از تشخیص سرطان به واسطه پاسخگویی جداگانه بیماران و خانواده‌های آنها به سؤالاتی در زمینه میزان آگاهی بیمار از ماهیت بیماری و علت بستری شدن آنها و ... مشخص گردید.

مشخصات جمعیتی و خصوصیات بالینی مستقیماً از پرونده بیماران استخراج گردید و در پایان، داده‌های جمع آوری شده با نرم‌افزار SPSS 13 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۴۲ بیمار مبتلا به سرطان گوارش از نظر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن بیماران ۳/ ۵۴ سال با انحراف معیار ۱۴/۲ بود، اکثر بیماران مورد مطالعه متأهل(۸۶/۸ درصد) و بی‌سواد (۵۵ درصد) بودند، ۵۶ درصد بیماران مرد و ۴۴ درصد زن، ۵۲ درصد غیر مطلع از تشخیص سرطان و ۴۸ درصد از تشخیص سرطان مطلع بودند.

نسبت انواع سرطان در این بیماران نیز به شرح زیر بود: معده (۳۰ درصد)، مری (۲۹ درصد)، کولون (۲۲ درصد)، رکتوم (۱۶ درصد) و روده کوچک (۳ درصد) (جدول شماره ۱). نتایج مقایسه کیفیت زندگی دو گروه بیمار مطلع و غیر مطلع از تشخیص سرطان با استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که از میان خرده مقیاس‌های مربوط به وضعیت عملکرد و علائم، وضعیت عملکرد جسمانی (P=۰/۰۰۱)، عملکرد هیجانی (P=۰/۰۱) و عملکرد اجتماعی (P<۰/۰۰۰۱) بیماران غیر مطلع در مقایسه با بیماران مطلع به طور معناداری بهتر و شکایت آنها از خستگی (P=۰/۰۱) و تأثیرات مالی بیماری (P=۰/۰۰۵) نیز به طور معناداری کمتر بوده است. از لحاظ وضعیت عملکرد نقش، عملکرد شناختی، کیفیت زندگی کلی و نشانگان جسمانی، بین بیماران مطلع و غیر مطلع از تشخیص سرطان تفاوت معناداری وجود نداشت(جدول شماره ۲).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.9.0]

جدول شماره ۱- خصوصیات جمعیتی و بالینی بیماران مورد مطالعه

(تعداد کل بیماران: n=۱۴۲ ؛ گروه مطلع: n=۶۸ ؛ گروه غیر مطلع: n=۷۴)

	کل بیماران		بیماران مطلع		بیماران غیر مطلع		P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس							**۰/۱۹**
مرد	۷۹	۵۵/۶	۳۴	۵۰			
زن	۶۳	۴۴/۴	۳۴	۵۰			
وضعیت تأهل							**۰/۷۱**
مجرد	۱۳	۹	۷	۱۰/۳			
متأهل	۱۲۲	۸۶	۵۹	۸۶/۸			
بیوه	۷	۵	۲	۲/۹۵			
سطح تحصیلات							**۰/۰۰۱**
بی سواد	۷۸	۵۵	۲۳	۳۳/۸			
ابتدایی	۴۳	۳۰	۲۸	۴۱/۲			
دیپلم	۱۲	۸/۵	۹	۱۳/۲			
دانشگاهی	۹	۶/۵	۸	۱۱/۸			
نوع سرطان							**<۰/۰۰۱**
مری	۴۱	۲۹	۷	۱۰/۳			
معده	۴۲	۳۰	۲۲	۳۲/۳			
روده	۵	۳	۱	۱/۵			
کولون	۳۱	۲۲	۲۶	۳۸/۲			
رکتوم	۲۳	۱۶	۱۱	۱۶/۲			
سن							**۰/۰۰۱**
میانگین (انحراف معیار)	۵۴/۳ (۱۴/۲)		۵۰/۲ (۱۳/۹۸)		۵۸/۲ (۱۳/۳۸)		
دامنه	۱۹-۷۶		۲۳-۷۴		۱۹-۷۶		
زمان تشخیص به ماه							**۰/۳۱**
میانگین (انحراف معیار)	۴/۴ (۳/۱۷)		۴/۷ (۳/۰۵)		۴/۱ (۳/۲۷)		
دامنه	۱-۱۲		۱-۱۲		۱-۱۲		

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی این مسأله بود که آیا بین کیفیت زندگی بیماران مطلع و غیر مطلع از تشخیص سرطان تفاوتی وجود دارد و اگر تفاوت معناداری ملاحظه می‌شود، کدام گروه در وضعیت سلامت بهتری قرار دارد. در ابتدا لازم است به چگونگی وضعیت اطلاع از تشخیص سرطان در میان بیماران سرطانی اشاره کرد. پایین بودن نسبت افراد مطلع از تشخیص سرطان در مطالعه حاضر (۴۸ درصد) مشابه ارقام گزارش شده توسط سایر مطالعاتی است که در کشورهای شرقی انجام شده اند[۲۰-۱۷]. شواهد پژوهشی و تجارب بالینی پیش از این نیز نشان داده‌اند که بسیاری از بیماران سرطانی در ایران از تشخیص و پیش آگهی بیماری خود به خوبی اطلاع نمی‌یابند و این در حالی است که خانواده آنها مطلع هستند [۲۱] و خانواده‌ها برای جلوگیری از ایجاد تنش و پریشانی در بیماران خود ممکن است مانع افشای تشخیص سرطان به بیمار گردند[۲۲]. ازداگن و همکاران [۲۳] نیز مطرح می‌کنند که آگاهی خویشاوندان بیمار در مورد ماهیت سرطان ممکن است از منابع غیر علمی مثل رسانه‌ها، دوستان و سایر اعضای خانواده یا دیگر بیماران به دست آمده باشد و این آگاهی ناکافی ممکن است موجب ادراک بدبینانه نسبت به سرطان شده و منبع مخالفت با افشای تشخیص به بیمار گردد و این امر نیاز به آموزش صحیح درباره سرطان و درمان آن را آشکار می‌سازد.

اگر چه در تبیین پایین بودن سطح اطلاع رسانی به بیماران سرطانی، نگرش پزشکان نیز بی اثر نیست و همانطور که در مطالعات مختلف نشان داده شده است، درصد پایین مطلعان از تشخیص سرطان ممکن است انعکاسی از نگرش پزشکان در مورد افشای اطلاعات تشخیصی از بیماران باشد[۱۲، ۱۸].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.9.0]

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران در مقیاس EORTC QLQ - C30
(تعداد گروه مطلع: n=۶۸ ؛ گروه غیر مطلع: n=۷۴)

متغیرها	مطلع		غیر مطلع		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
وضعیت عملکردی *					
عملکرد جسمانی	۷۴/۷	۱۹/۴	۸۴/۷	۱۵/۹	۰/۰۰۱
عملکرد نقش	۶۹/۸	۲۹/۱	۶۷/۳	۲۵/۹	۰/۵۸
عملکرد هیجانی	۶۰/۲	۲۳	۶۹/۴	۲۰/۸	۰/۰۱۴
عملکرد شناختی	۹۳/۲	۱۶/۳	۹۷	۱۰	۰/۰۹
عملکرد اجتماعی	۷۵/۵	۲۴/۲	۸۸/۳	۱۶/۲	۰/۰۰۰
کیفیت زندگی کلی	۵۹/۵	۲۵/۲	۶۵	۱۸/۷	۰/۱۴
علائم و نشانگان **					
خستگی	۳۴/۵	۲۴/۸	۲۵/۲	۱۹/۳	۰/۰۱۴
تهوع و استفراغ	۱۷/۴	۲۵/۸	۲۰/۵	۲۹/۴	۰/۵۰
درد	۳۵/۸	۳۱/۸	۳۲/۶	۲۷/۳	۰/۵۳
تنگی نفس	۷/۳	۲۰/۶۴	۶/۳	۱۴/۲	۰/۷۲
اختلال خواب	۳۵/۸	۳۶/۱	۲۹/۳	۳۲/۶	۰/۲۶
کاهش اشتها	۴۰/۳	۳۶/۹	۳۲/۴	۳۳/۵	۰/۱۸
یبوست	۲۱/۴	۳۳/۷	۱۳/۵	۲۹/۱	۰/۱۴
اسهال	۷/۸	۱۶/۴	۴/۹	۱۵/۳	۰/۲۸
اثرات اقتصادی بیماری	۵۸/۳	۳۸/۴	۴۰	۳۷/۸	۰/۰۰۵

* نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بهتر است.

** نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بدتر است.

نتایج این پژوهش نشان داد که وضعیت عملکرد هیجانی بیماران غیر مطلع از تشخیص سرطان در مقایسه با بیماران مطلع، بهتر بود. این یافته با نتایج برخی از مطالعات که در کشورهای شرقی چون هند و ترکیه [۲۴، ۲۵] صورت گرفته، همسو است. از سوی دیگر، آنچه اکثر مطالعات مربوط به دهه‌های اخیر بر آن تأکید دارند این است که ارتباطات و فراهم نمودن اطلاعات مربوط به تشخیص و درمان، تلویحات مهمی برای سازگاری روانی بیماران سرطانی به همراه دارد [۲۶] و این گونه فرض می‌شود که به منظور بهبود مراقبت از بیماران، پزشکان باید بتوانند احساسات و نیاز بیماران به اطلاعات را تشخیص دهند و مشخص شده است که بیمارانی که نیاز به اطلاعات مربوط به بیماری و درمان در آنها ارضا شده باشد، سازگاری روانی بهتر و پریشانی روانی کمتری را گزارش می‌کنند [۲۷]، از این رو توان پزشک در درک میزان اضطراب، نگرانی، خواست و نیاز بیمار برای اطلاعات و نیز توانایی برقراری امید به زندگی خوب در کنار یک بیماری جدی، مسأله مهمی برای بیماران سرطانی است. برقراری تعادل بین کمیت و کیفیت اطلاعات ارائه شده به بیمار در هنگام افشای تشخیص به منظور برقراری امید به ویژه در مواردی که پیش آگهی ضعیف است ضروری است[۲۸]. همچنین پزشکان باید بتوانند ویژگی‌های فردی بیماران و سطح ادراک آنها را در نظر بگیرند[۲۹]. به طور کلی از آنجا که در ایران، اکثر پزشکان از اطلاع رسانی به بیماران سرطانی امتناع می‌کنند [۲۲]، درصد زیادی از بیماران مطلع، اطلاعات خود را به طور غیر مستقیم به دست آورده‌اند. اصولاً گزارش بیماران از آگاهی از تشخیص و پیش آگهی همواره به واسطه اطلاع رسانی کلامی پزشکان نبوده و مشخص شده است که بیماران سرطانی بیشتر اطلاعات را در نتیجه تجارب قبلی خود از سرطان خویشاوندان، رفتار غیر کلامی خانواده و نیز از رسانه‌های گروهی و سایر منابع اطلاعاتی به دست می‌آورند [۳۰] و این امر می‌تواند با بالاتر بودن سطح پریشانی روانی در بیماران مطلع از تشخیص سرطان در مقایسه با غیر مطلعان، مرتبط باشد و این که نتایج مطالعه حاضر از لحاظ تفاوت سلامت هیجانی در دو گروه بیمار مطلع و غیر مطلع از تشخیص سرطان با یافته‌های مطالعاتی چون بارنت [۱۰]، چاندرا و همکاران [۱۲] و سنتنوکورتز و همکاران [۲۰] مغایرت دارد. ذکر این نکته ضروری است که تفاوت‌های فرهنگی نیز می‌تواند عاملی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.9.0]

مهم در تبیین مغایرت نتایج این مطالعه با یافته‌های تحقیقات انجام شده در زمینه‌های فرهنگی با مبنای غربی باشد و در مورد اخیر نیز، بر عهده متخصصین مراقبت بهداشتی است که منطبق بر نیازها و ارزش های فرهنگی بیماران به حمایت اطلاعاتی آنها که شامل ارائه اطلاعات، گوش کردن به نگرانی‌های بیمار و ارائه فیدبک در مورد پیشرفت بیماری و درمان آن می‌شود، بپردازند. نتایج مطالعه حاضر همچنین حاکی از آن بود که بین دو گروه بیمار مطلع و غیر مطلع از تشخیص سرطان، از لحاظ وضعیت عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی نیز تفاوت‌هایی وجود داشت، به طوری که بیماران غیر مطلع از تشخیص سرطان در مقایسه با بیماران مطلع، از لحاظ این دو بعد کیفیت زندگی نیز در وضعیت بهتری قرار داشتند.

تفاوت ابعاد عملکرد جسمانی، هیجانی و اجتماعی در دو گروه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، همسو با مطالعه لروکس و همکاران [۳۱] است. این مؤلفان نیز نشان دادند که از بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی، تنها وضعیت عملکرد جسمانی، عملکرد نقش، عملکرد هیجانی و عملکرد اجتماعی بیمار در اثر اطلاع یافتن از تشخیص سرطان افت پیدا می‌کند. استدلال این محققان در مورد افت عملکرد نقش، بستری شدن بیماران بعد از مشخص شدن تشخیص و محدود شدن کار و فعالیت‌های روزمره آنها در اثر بستری شدن است و از آنجا که در مطالعه حاضر، هر دو گروه مطلع و غیر مطلع از تشخیص، در بیمارستان بستری بودند، لذا هر دو گروه از لحاظ عملکرد نقش به یک میزان محدود بوده و تفاوتی در وضعیت عملکرد نقش بین دو گروه مشاهده نشد. بیماران مطلع از تشخیص سرطان، از نظر اثرات مالی بیماری بر زندگی نیز بیشتر شکایت نموده و این اثرات را بیشتر برآورد کردند. مقایسه علائم و نشانگان جسمانی بین دو گروه مطلع و غیر مطلع از تشخیص سرطان، تفاوت چندانی را بین این دو گروه نشان نداد، به جز آیتم خستگی که در گروه مطلع بالاتر بود. بیشتر بودن خستگی در گروه مطلع نمی‌تواند متأثر از عامل سن بیماران باشد، زیرا بیماران مطلع از تشخیص تا حدی جوان‌تر از گروه غیر مطلع بودند. همچنین مشخص شده است که بر خلاف جامعه عمومی که خستگی با سن رابطه مثبت دارد [۳۲]، در بیماران سرطانی سن رابطه چندانی با شدت خستگی ندارد[۳۳، ۳۴]. لذا یک تبیین احتمالی بیشتر بودن خستگی در گروه بیماران مطلع از تشخیص سرطان در مقایسه با بیماران غیر مطلع این است که از یک سو اضطراب می‌تواند حساسیت به خستگی را افزایش دهد [۳۵] و از سوی دیگر رابطه‌ای بین افسردگی و خستگی وجود دارد که در جامعه عمومی و نیز در میان بیماران سرطانی این رابطه مثبت و معنادار ثابت شده است[۳۶]. با توجه به یافته‌های فوق و از آنجا که بیماران مطلع از تشخیص در این پژوهش سطوح بالاتری از پریشانی هیجانی را تجربه می‌کردند، لذا سطوح برانگیختگی بالا در اثر این حالات خلقی می‌تواند بیشتر بودن خستگی بیماران مطلع از تشخیص را تبیین نماید. مطابق نتایج این طرح، از لحاظ سایر علائم جسمانی بین دو گروه مطلع و غیر مطلع از تشخیص سرطان، تفاوت معناداری مشاهده نشد و این نتایج همسو با یافته‌های مطالعاتی است که در زمینه نقش اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی وجود دارد[۱۰، ۱۲، ۱۹، ۳۱].

نتیجه دیگر پژوهش حاضر این است که نمرات کیفیت زندگی کلی که به وسیله دو پرسش (سؤالات ۲۹ و ۳۰) از مقیاس کیفیت زندگی سنجیده شده است، بین دو گروه مطلع و غیر مطلع از تشخیص تفاوتی نمی‌کند. لازم به ذکر است که کیفیت زندگی کلی، شامل پارامترهای زیادی می‌شود که همه آنها در ارزیابی دقیق و صحیح نمره کلی نقش دارند و بدون در نظر گرفتن سایر خرده مقیاس‌ها، ارزیابی کیفیت زندگی کلی دچار خدشه می‌شود. از سوی دیگر، در نمونه این مطالعه که اکثراً بی‌سواد و از سطح تحصیلی ـ اجتماعی پایینی برخوردار بودند، احتمال این که مفهوم پرسش‌های کلی و مبهم این خرده مقیاس به طور صحیح دریافت نشده باشد وجود دارد، لذا در بررسی این نتیجه باید اعتبار پاسخ‌های داده شده در این خرده مقیاس را در نظر گرفت.

پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی نیز برخوردار بوده است که در ادامه به آنها اشاره می‌گردد: نمونه مطالعه حاضر به منظور کنترل اثر نوع سرطان بر کیفیت زندگی و سایر متغیرهای وابسته، صرفاً به بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش محدود شده است و این نمونه تنها از یک مرکز درمانی (بیمارستان امام خمینی) انتخاب شده است. همچنین مطالعه حاضر بر روی بیمارانی صورت گرفته است که حال عمومی خیلی بدی نداشته و می‌توانستند در مصاحبه شرکت کنند و در چنین مطالعاتی بیماران مراحل انتهایی در مطالعه وارد نمی‌شوند. لذا در هنگام تعمیم نتایج باید به این محدودیت‌ها توجه نمود. به طور کلی مطالعه حاضر گویای آن است که سطح آگاهی بیماران مبتلا به سرطان از تشخیص بیماری در جامعه مورد نظر پایین بوده و علی‌رغم نتایج برخی مطالعات که اخیراً در این زمینه و در سایر کشورها صورت گرفته، پریشانی روانی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.9.0]

بیماران مطلع از تشخیص سرطان بیشتر از بیماران غیر مطلع می‌باشد. علاوه بر تفاوت‌های فرهنگی موجود در نگرش به افشای تشخیص سرطان از سوی بیماران، پزشکان و خانواده‌های آنها، به نظر می‌رسد که چگونگی اطلاع یافتن بیماران از تشخیص سرطان نیز در افزایش یا کاهش پریشانی روانی و کیفیت زندگی نقش مهمی را ایفا می‌کند. از آنجا که در نظر گرفتن خواست‌ها و نیازهای بیماران به اطلاعات مربوط به بیماری و درمان، در پیامد افشای صادقانه اطلاعات امر مهمی به حساب می‌آید، لذا پژوهش‌های گسترده‌تری نیاز است تا با بررسی دیدگاه‌های بیماران مبتلا به سرطان در مورد افشای تشخیص و مقایسه نقش اطلاع از تشخیص بر اساس نوع سرطان، در تدوین دستورالعمل‌های سیاست افشا، اطلاعات بیشتری در اختیار پزشکان قرار گیرد. در این زمینه بررسی وضعیت رابطه پزشک ـ بیمار و مهارت‌های ارتباطی متخصصان مراقبت بهداشتی در مراکز درمانی نیز بی تأثیر نیست.

منابع

1- Micheli A, Coeberg, JW, Mugno E, Massimiliani E, Sant M. European health systems and cancer care. Annals of Oncology 2003, 14: 41-60
2- Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. A Cancer Journal for Clinicians 2005; 55: 109-16
3- Lee A, Wu HY. Diagnosis disclosure in cancer patients- when the family says "no"! Singapore Medical Journal 2002, 43: 533-34
4- Zebrack BJ. Cancer survivor: identity and quality of life. Cancer Practice 2000, 8: 238-42
5- Lin HR, Bauer–Wu SM. Psycho–spiritual well–being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. Advanced Nursing 2003; 44: 60-80
6- Juarez G, Ferrell B, Borneman T. Cultural consideration in education for cancer pain management. Journal of Cancer Education 1999; 14: 168-73
7- Die Trill M. The patient from a different culture. In: Holland JC. Psycho-Oncology. 1st Edition, Oxford: New York: 1998
8- Mitchell JL. Cross-Cultural issues in the disclosure of cancer. Cancer Practice 1998; 6: 153-60
9- Hosaka T, Oaki T, Ichikawa Y. Emotional states of patients with hematological malignancies: a preliminary study. Japanese Journal of Oncology 1994; 24: 186-90
10- Barnett MM. Does it hurt to know the worst? Psychological morbidity, information preferences and understanding of prognosis in patients with advanced cancer, Psycho-Oncology 2006; 5: 44-55
11- Kagawa-Siner M. Socioeconomic and cultural influences on cancer care of women. Seminars in Oncology Nursing 1995; 11: 109-19
12- Chandra PS, Chaturvedi SK, Kumar A, Kumar S, Subbakrishna DK, Channabasavanna SM, et al. Awareness of diagnosis and psychiatric morbidity among cancer patients: a study from South India. Journal of Psychosomatic Research 1998; 45: 257-61
13- Bernhard J, Hurny C. Gastrointestinal Cancer. in: Holland JC. Psycho-Oncology. 1st Edition, Oxford: New York, 1998
14- Sadjadi A, Nouraie M, Mohagheghi MA, Mousavi-Jarahi A, Malekzadeh R, Parkin DM. Cancer occurrence in Iran in 2002: an international perspective. Asian-Pacific Journal of Cancer Prevention 2005; 6: 359-63
15- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B. The European organization for research and treatment of cancer QIQ–C30: a quality of life instrument for use in international clinical trails in oncology. Journal of National Cancer Institute 1993; 85: 265-376
16- 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. Support Care Cancer 1999; 7: 400-406
17- Seo M, Tamura K, Shijo H, Morioka E, Ikegame C, Hirasako K. Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurse. Palliate Medicine 2000; 14: 105-110
18- Younge D, Moreau P, Ezzat A, Gray A. Communicating with cancer patients in Saudi Arabia. Annals of New York Academy of Sciences 1997; 809: 309-16
19- Bozcuk HS, Eken C, Samur M, Ozdogan M, Savas B. Does awareness of diagnosis make any difference to quality of life? Determinants of emotional functioning in a group of cancer patients in Turkey. Support Care Cancer 2002; 10: 51-7
20- Centeno-Cortes C, Nunez-Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patient's responses. Palliative Medicine 1994; 8: 39-44
۲۱- شیرخوانی فاطمه، بررسی افشای تشخیص در بیماران مبتلا به سرطان بستری در مراکز آموزشی ـ درمانی دانشگاه شهید بهشتی، پایان‌نامه دکترای پزشکی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۸۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.9.0]

۲۲- وحدانی نیا مریم، منتظری علی، اطلاع رسانی به بیماران سرطانی از دیدگاه متخصصان پزشکی و بهداشتی: یک مطالعه مقطعی، پایش، ۱۳۸۲، ۴: ۶۵-۲۵۹

23- Ozdogan M, Samur M, Bozcuk HS, Coban E, Artac M, Savas B, et al. Do not tell: what factors affect relative's attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients? Supportive Care in Cancer 2004; 12: 497-502

24- Atesci FC, Oghzhhanoglu NK, Baltalarl B, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N. Psychiatric disorders in cancer patients and associated factors. Turkish Journal of Psychiatry 2003; 14: 145-52

25- Alexander PJ, Dinesh N, Vidayasagar MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and it's relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. Acta Oncologica 1993; 32: 623-26

26- Turhal NS, Efe B, Gumus M, Aliustaoglu M, Karamanoglu A, Sengoz M. Patient's satisfactions in the outpatient's chemotherapy unit of Marmara university, Istanbul, Turkey: a staff survey. BMC Cancer 2002; 2: 30-35

27- Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, Von Der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. British Journal of Cancer 2003; 88: 658-65

28- Delvecchio Good MJ, Good BJ, Schaffer C, Lind SE. American oncology and the discourse on hope. Cultural and Medical Psychiatry 1990; 14: 59-79

29- Friedrichsen MJ, Strang PM, Carlsson ME. Cancer patient's perceptions of their participation and own resources after receiving information about discontinuation of active tumor treatments. Acta Oncologica 2000; 39: 919-25

30- Tang ST, Lee SYC. Cancer diagnosis and prognosis in Taiwan: patient's preferences versus experiences, Psycho-Oncology 2004; 13: 1-13

31- Lheureux M, Raherison C, Vernejoux JM, Nguyen L, Nocent C, Tunon De Lara M, et al. Quality of life in lung cancer: does disclosure of the diagnosis have an impact? Lung Cancer 2004; 43: 175-82

32- Cella D, Lai JS, Chang CH, Peterman A, Slavin M. Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. Cancer 2002; 94: 528-38

33- Stone P, Richards M, Hardy J. A study to investigate the cancer prevalence severity and correlates of fatigue among patients with cancer in comparison with a control group of volunteers without cancer. Annals of Oncology 2000; 11: 561-67

34- Respini D, Jacobsen P, Thors C, Tralongo P, Balducci L. Fatigue in older cancer patients. In: proceedings of the paper presented at the conference on cancer in the elderly, Lyon, France, 14-15 September 2001 [abstract 30]

35- Christman MJ, Cain LB. The effects of concrete objective information and relaxation on maintaining usual activity during radiation therapy. Oncology Nursing Forum 2004; 31: 39-45

36- Tralongo P, Respini D, Ferrau F. Fatigue and aging. Critical Reviews in Oncology / Hematology 2003; 48: 57-64

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.6.3.9.0]