عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نئوپلازی‌های لنفاوی (لوسمی و لنفوم)

دکتر آزیتا خیلتاش: * متخصص پزشکی اجتماعی
دکتر علی منتظری: دانشیار پژوهش، گروه پژوهشی سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر بهروز نبئی: دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال پنجم شماره دوم بهار ۱۳۸۵ صص ۸۲-۷۷
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۴/۶/۲۶

چکیده

هدف از درمان بیماری‌های مزمن و ازجمله بدخیمی‌های خونی، افزایش طول عمر بیماران و بهبود بخشیدن توانایی‌های آنان تا حد ممکن است تا بیماران بتوانند با حفظ سطح مناسبی از کیفیت زندگی به زندگی خود ادامه دهند. این درحالی است که غالباً مطالعاتی که در زمینه ارزیابی درمان‌های مختلف بیماری انجام می‌گیرد، بیشتر بر روی افزایش طول عمر بیماران بدون توجه به کیفیت زندگی و مسائل جانبی درمان متمرکز می‌باشد. لنفوم و لوسمی از نئوپلازی‌های سیستم لنفاوی هستند که بر اساس مرحله بیماری در زمان تشخیص و نوع سلول‌های بدخیم از نظر پاتولوژی، در زمان کوتاه یا طولانی منجر به ناتوانی یا مرگ بیمار می‌شوند. در این مقاله بر آنیم که کیفیت زندگی این بیماران را بررسی کنیم. به این منظور در یک مطالعه مقطعی تعداد ۹۴ بیمار را که ۶ ماه یا بیشتر از تشخیص بیماریشان می‌گذشت و جهت مراقبت و درمان به درمانگاه خون بیمارستان امام خمینی مراجعه می‌کردند، مورد بررسی قرار دادیم. پرسشنامه SF-36 و اطلاعات دموگرافیک در مورد بیماران تکمیل شد. در نهایت با استفاده از آنالیز رگرسیون چند متغیره لجستیک داده‌ها تفسیر گردید.

در آنالیز رگرسیونی چند متغیره رو به عقب (Backward)، تنها متغیرهایی که با نمره کلی جسمانی (PCS) (خلاصه امتیاز ابعاد جسمانی) ارتباط معنی‌داری داشتند، عبارت بودند از: نوع بیماری (۵۵/۷۲-۴/۰۳ = 95%CI و۱۶/۳۲=OR)، تحصیلات (۰/۷۴۹-۰/۰۱ = 95% CI و۰/۸۸=OR) و جنسیت (۳۹/۶-۲/۶۵ = 95% CI و ۱۰/۲۵ =OR) و متغیرهایی که با نمره کلی سلامت روان (MCS) (خلاصه امتیاز ابعاد روانی) ارتباط معنی‌داری داشتند، عبارت بودند از: نوع بیماری (۱۲/۷۷-۱/۷۶ =95%CI و ۴/۷۵=OR)، تحصیلات (۰/۸۹-۰/۰۲ = 95% CI و ۰/۱۳=OR) و درآمد (۱۴/۸۲-۱/۶۹ = 95% CI و ۵/۰۱ =OR).

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که امتیاز بالاتر در حیطه کیفیت زندگی از نظر جسمانی، با ماهیت غیر تهاجمی بیماری، مرد بودن و تحصیلات کمتر و امتیاز بالاتر در حیطه کیفیت زندگی از نظر روانی، با ماهیت غیر تهاجمی بیماری، مرد بودن و درآمد بیشتر همراه است.

کلیدواژه‌ها: لوسمی، لنفوم، کیفیت زندگی

* نویسنده پاسخگو: خیابان سهروردی شمالی، کوچه قرقاول غربی، پلاک ۶۹، طبقه پنجم
تلفن: ۸۸۷۶۷۹۰۷
E-mail: Keiltash@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.1.3]

مقدمه

هدف از درمان بیماری‌های مزمن و از جمله بدخیمی‌های خونی افزایش طول عمر بیماران و بهبود بخشیدن توانایی‌های آنان تا حد ممکن است تا بیماران بتوانند با حفظ سطح مناسبی از کیفیت زندگی به زندگی خود ادامه دهند. این در حالی است که غالباً مطالعاتی که در زمینه ارزیابی درمان‌های مختلف بیماری انجام می‌گیرد، بیشتر برروی افزایش طول عمر بیماران بدون توجه به کیفیت زندگی و مسائل جانبی درمان متمرکز می‌باشد[۱]. در عین حال روز به روز بر تعداد درمان‌های گران و تهاجمی مانند انواع شیمی درمانی‌ها و اندیکاسیون‌های مختلف پیوند مغز استخوان برای درمان این بیماران اضافه می‌شود. این درمان‌ها غالباً ناتوان کننده‌اند و منجر به قرنطینه شدن بیماران طی دوره‌های طولانی درمان گردیده، غالباً بیماران را درمعرض عفونت‌های شدید قرار می‌دهد. سنجش اثرات این پروتکل‌های درمانی بر کیفیت زندگی بیماران هم امروزه از مقولات مورد توجه پزشکان درسراسر جهان است[۲].

لنفوم و لوسمی از نئوپلازی‌های سیستم لنفاوی هستند که بر اساس مرحله بیماری در زمان تشخیص و نوع سلول‌های بدخیم از نظر پاتولوژی، درزمان کوتاه یا طولانی منجر به ناتوانی یا مرگ بیمار (به‌دنبال عوارض ناشی از نارسایی مغز استخوان یا عفونت) می‌شوند [۳]. البته درصورت تشخیص زودرس و درمان مناسب، بیمار می‌تواند به زندگی نسبتاً عادی برگردد، ولی توجه به کیفیت زندگی و تأثیر ملاحظات مختلف روانشناسی و اصلاح شیوه زندگی درصورت لزوم، تا حد زیادی می‌تواند از علائم افسردگی و افت کارآیی بیماران بکاهد و آنها را در کنترل عوارض جانبی شیوه‌های مختلف درمان و تحمل آنها قوی‌تر سازد[۴]. خصوصاً این که این بیماران غالباً طیف سنی پایین‌تری را نسبت به سایر بیماری‌های خونی در بر می‌گیرند. مقوله کیفیت زندگی حدود ۴۰ سال پیش در آمریکا معرفی شد و علوم اجتماعی پرچمدار طرح و سنجش آن شد. با گذشت زمان و خصوصاً در دهه گذشته، تلاش‌های زیادی برای ارزیابی کیفیت زندگی در علوم پزشکی و خصوصاً بررسی آن در کارآزمایی‌های بالینی برروی بیماران صورت گرفت. در تعریف کیفیت زندگی توافق نظری وجود ندارد و تعریف‌های متعددی از آن ارائه شده است. در تعریفی که Vivier در سال ۱۹۹۴ ارائه داده و مورد قبول بسیاری از صاحب‌نظران می‌باشد، کیفیت زندگی عبارتست از برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت او از این وضع. سنجش کیفیت زندگی و ابزار به‌کار رفته در این مورد از اهمیت خاصی برخوردار است که البته گر چه ترجیح بخصوصی در مورد پرسشنامه خاص وجود ندارد ولی توصیه می‌شود که پرسشنامه استاندارد و معتبر که روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی ثابت شده باشد به‌کار رود. به همین منظور پرسشنامه SF-36که یک پرسشنامه عمومی بوده و در بیش از ۵۰ کشور دنیا و از جمله ایران ترجمه و به‌کار رفته است انتخاب گردید [۵-۸]. پرسشنامه SF-36 یک پرسشنامه عمومی چند منظوره و کوتاه، جهت ارزیابی سلامت از دید بیمار است که تنها ۳۶ سؤال دارد. این پرسشنامه جهت ارزیابی سلامتی در جامعه و جمعیت‌های خاص، تعیین سیاست بهداشتی و بررسی کارآیی درمان طراحی شده است و در مورد افراد ۱۴ سال به بالا می‌توان آن را به‌کار برد که پرکردن آن به‌صورت خود اجرا (Self administered) و یا با کمک پرسشگر به‌صورت حضوری یا تلفنی امکان پذیر است[۹]. این پرسشنامه ۸ خرده سنجش (Subscale) سلامتی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد که عبارتند از: کارآیی جسمانی (Physical Functioning-PF)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی (Limitations in physical activities due to physical health problem=Role Physical-RP)، درد جسمانی (Bodily Pain-BP)، سلامتی عمومی (General Health-GH)، سرزندگی و شادابی (Vitality-VT)، کارآیی اجتماعی (Social Functioning-SF)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات روحی (Limitations in physical activities due to emotional health problem=Role Emotional-RE) و سلامت روانی (Mental Health-MH).

از آنجا که سنجش کیفیت زندگی در مورد بیماری‌های نئوپلاستیک لنفاوی در ایران انجام نشده بود، این مطالعه به بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در این بیماران می‌پردازد.

مواد و روش کار

به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لنفوم و لوسمی مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی، یک مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۸۳ صورت گرفت. نمونه گیری به صورت نمونه گیری آسان (Convenience Sampling) از مراجعین به درمانگاه خون بیمارستان امام خمینی بود که تا پر شدن حجم نمونه (n=۹۴) ادامه یافت. پرکردن پرسشنامه SF-36 و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.1.3]

اطلاعات دموگرافیک بیماران ازطریق مصاحبه حضوری و توسط مجری طرح انجام پذیرفت. بیماران مبتلا به لنفوم یا لوسمی بودند و حداقل ۶ ماه از بیماریشان گذشته بود. همچنین حد اقل ۱۶ سال سن داشته، قادر به فهمیدن و تکلم به زبان فارسی بوده وحاضر به همکاری جهت پر کردن پرسشنامه بودند.

در مورد بیماران واجد شرایط، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه SF-36 تکمیل گردیده و کدگذاری می‌شد. سپس نمرات خام به کامپیوتر وارد شده (SPSS 10) و با تبدیل خطی (Linear Transformation) به نمرات صفر تا صد تبدیل شد. یادآوری می‌نماید که نمره صفر نشان‌دهنده بدترین وضعیت و نمره صد نشان‌دهنده بهترین وضعیت هر فرد در آن خرده سنجش است. با توجه به دستورالعمل استاندارد SF-36، نمرات خرده سنجش‌ها را می‌توان در دو حیطه کلی‌تر سلامت جسمانی (Physical Component Summery-PCS) و سلامت روانی (Mental Component Summery-MCS) خلاصه کرد. در این مطالعه جهت سهولت در تجزیه و تحلیل داده‌ها، این دو حیطه کلی مورد ارزیابی قرار گرفته اند[۱۰].

در مورد نوع بیماری باید گفت که برای مقایسه بهتر و راحت‌تر نمرات کیفیت زندگی در بیماران و بر اساس پیش‌آگهی و سیر بالینی، بیماری به دو دسته نوع مهاجم و با پیش‌آگهی بد که نیاز به شیمی‌درمانی با دوز بالا و درمان‌های دیگر دارند (ALL, AML, Brain-L) و نوع غیر مهاجم و با پیش‌آگهی بهتر که نیاز به درمان‌های کمتر تهاجمی دارند (CLL, CML, HL, NHL)، تقسیم گردید.

یافته‌ها

در این بررسی ۹۴ پرسشنامه SF-36 در بین افراد مبتلا به لنفوم و لوسمی تکمیل شد. افراد مورد مصاحبه ۱۶ تا ۷۵ ساله بودند. میانگین سن ۳۱/۶ سال با انحراف معیار ۱۴/۷ و میانه سنی ۲۶ سال بود. بعد خانوار بین ۲ تا ۹ نفر با میانه ۵ نفر بود.مدت زمان تشخیص بیماری در این بیماران به‌طور متوسط ۴۰/۱ ماه با خطای معیار ۴/۳۲ و نیز حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱۵۶ ماه ذکر شد. با تقسیم بندی مدت زمان تشخیص بیماری بر حسب سال، بیشترین فراوانی در گروه ۱ سال بود (افرادی که از تشخیص بیماری آنها ۶ تا ۱۲ ماه گذشته بود). سایر مشخصات جمعیتی در جدول شماره ۱ آورده شده است. از افراد مورد مطالعه ۱۸ نفر (۱۹/۱ درصد) مبتلا به لوسمی لنفوسیتیک حاد (ALL)، ۱۷ نفر (۱۸/۱ درصد) مبتلا به لوسمی میلوژن حاد (AML)، ۲ نفر (۲/۱ درصد) مبتلا به لوسمی لنفوسیتیک مزمن (CLL)، ۱۱ نفر (۱۱/۷ درصد) مبتلا به لوسمی میلوژن مزمن (CML)، ۲۷ نفر (۲۸/۷ درصد) مبتلا به لنفوم هوچکین (HL)، ۱۵ نفر (۱۶ درصد) مبتلا به لنفوم نان هوچکین (NHL) و ۴ نفر (۴/۳ درصد) مبتلا به لنفوم مغزی (Brain-L) بودند. همان طوری که ذکر شد برای مقایسه آسان‌تر کیفیت زندگی در بیماران و بر اساس پیش‌آگهی و سیر بالینی، بیماری به دو دسته نوع مهاجم و با پیش‌آگهی بد که نیاز به شیمی‌درمانی با دوز بالا و درمان‌های دیگر دارند (ALL, AML, Brain-L) و نوع غیر مهاجم با پیش‌آگهی بهتر که نیاز به درمان‌های کمتر تهاجمی دارند (CLL, CML, HL, NHL) تقسیم گردید. با تقسیم بیماران به این دو گروه (دارای بیماری با نوع مهاجم و نوع غیر مهاجم با پیش‌آگهی بهتر) مشخص شد که در تمامی حیطه‌ها بجز کارآیی جسمانی (PF) (P>۰/۵۷۶) تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود دارد. به این ترتیب که بیماران با بیماری غیر مهاجم در تمام عوامل نمرات بالاتری داشتند. این برتری در مورد حیطه‌های کلی جسمانی (PCS) و روانی (MCS) نیز صادق بود (جدول شماره ۲). در افراد مورد مطالعه، بین مردان و زنان در هیچیک از حیطه‌های کیفیت زندگی بجز کارآیی اجتماعی (SF) (P<۰/۰۰۷) و محدودیت در نقش اجتماعی به علت مشکلات جسمانی (RP) (P<۰/۰۲۷) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد که در این دو حیطه مردان نمرات بالاتری داشتند (جدول شماره ۳). از نظر وضعیت تأهل، ۴۹ نفر (۵۲/۱ درصد) از این افراد مجرد، ۳۹ نفر (۴۱/۵ درصد) متأهل، ۲ نفر (۲/۱ درصد) همسر فوت کرده و ۴ نفر (۴/۲ درصد) جدا شده بودند. از نظر تأهل بین مردان و زنان اختلاف معنی‌دار وجود داشت (P=۰/۰۰۱) (۷۲ درصد از مردان مجرد و ۵۶/۸ درصد از زنان متأهل بودند). لازم به تذکر است که هیچکدام از بیماران به تنهایی زندگی نمی‌کردند. با تقسیم بیماران به دو گروه متأهل و غیره مشاهده می‌شود که در سه حیطه محدودیت در نقش اجتماعی به علت مشکلات جسمانی (RP) (P<۰/۰۰۳) و سرزندگی (VT) (P<۰/۰۱۳) و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات روحی (RE) (P<۰/۰۰۱) تفاوت معنی‌داری وجود داشته و افراد متأهل نمرات بالاتری داشتند. در نهایت در آنالیز رگرسیون چند متغیره لجستیک که نتایج آن در جداول شماره ۴ (الف و ب) نشان داده شده است. پس از میزان نمودن متغیرها در مدل رگرسیونی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.1.3]

حاصله تنها متغیرهایی که بـا نمـره کلـی جـسمانی(PCS) ارتبـاط معنی‌داری داشتند، عبارت بودند از: نوع بیماری (نوع مهـاجم و نـوع غیر مهـاجم) (P<۰/۰۰۱ و OR= ۱۶/۳۲)، تحـصیلات (بـی‌سـواد و باسـواد) (P<۰/۰۲۶و OR= ۰/۰۸۸) و جـنس (مـرد بـودن=۱) (P<۰/۰۰۱ و OR= ۱۰/۲۵) [جدول شماره ۴- الف] و متغیرهایی که با نمره کلی سلامت روانی (MCS) ارتباط معنـی‌داری داشـتند، عبـارت بودنـد از: نـوع بیمـاری (نـوع مهـاجم و نـوع غیـر مهـاجم) (P<۰/۰۰۲ OR= ۴/۷۵)، تحـصیلات (بـی‌سـواد و باسـواد) (OR= ۰/۱۲۶ و P<۰/۰۳۸) و درآمـد (بیـشتر از ۱۵۰ هـزار تومان =۱) (P<۰/۰۰۴ و OR= ۵/۰۱) [جدول شماره ۴- ب].

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی افراد تحت مطالعه

	تعداد	درصد
جنس		
زن	۴۴	۴۷
مرد	۵۰	۵۳
شغل		
محصل/ دانشجو	۱۳	۱۴
شاغل(دولتی / غیردولتی)	۲۷	۲۹
خانه‌دار	۲۹	۳۱
بی‌کار	۲۵	۲۶
وضعیت تأهل		
مجرد	۴۹	۵۲
متأهل	۳۹	۴۲
بیوه/ مطلقه	۶	۶
وضعیت تشخیص		
بیماری مهاجم		
ALL	۱۸	۱۹
AML	۱۷	۱۸
Brain-L	۴	۴
بیماری غیر مهاجم		
CLL	۲	۲
CML	۱۱	۱۲
HL	۲۷	۲۹
NHL	۱۵	۱۶

جدول شماره ۲- نمرات خرده سنجش‌ها بر حسب ماهیت بیماری

	بیماری مهاجم (n=۳۹)		بیماری غیر مهاجم (n=۵۵)		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
Physical Functioning	۸۳/۸۵	۱۵/۰۲	۸۵/۵۵	۱۴/۰۳	۰/۵۸
Role Physical	۴۳/۵۹	۴۴/۶۹	۷۴/۵۵	۳۸/۰۳	<۰/۰۱
Bodily Pain	۶۱/۰۹	۲۲/۸۸	۷۹/۷۳	۱۷/۹۲	<۰/۰۰۱
General Health	۴۳/۷۲	۱۱/۲۲	۴۹/۵۵	۱۴/۲۵	<۰/۰۳
Vitality	۵۰/۹۰	۱۲/۷۷	۵۷/۶۴	۱۳/۴۳	<۰/۰۲
Social Functioning	۶۴/۱۰	۲۶/۰	۷۵/۴۵	۲۴/۶۵	<۰/۰۳
Role Emotional	۳۴/۱۹	۴۳/۵۹	۵۳/۳۳	۴۴/۷۲	<۰/۰۴
Mental Health	۵۰/۷۷	۱۱/۴۷	۶۰/۹۵	۱۴/۰۵	<۰/۰۰۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.1.3]

جدول شماره ۳- نمرات خرده سنجش‌ها بر حسب جنس

	مرد (n=۵۰)		زن (n=۴۴)		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
Physical Functioning	۸۷/۴	۱۲/۹	۸۱/۹	۱۵/۶	۰/۰۷
Role Physical	۷۱/۰	۴۲/۱	۵۱/۱۴	۴۳/۱	<۰/۰۳
Bodily Pain	۷۴/۹	۲۵/۱	۶۸/۷	۱۷/۶	۰/۱۷
General Health	۴۸/۴	۱۳/۳	۴۵/۷	۱۳/۴	۰/۳۳
Vitality	۵۷/۲	۱۳/۸	۵۲/۲	۱۲/۷	۰/۰۷
Social Functioning	۷۷/۵	۲۰/۵	۶۳/۱	۲۸/۹	<۰/۰۱
Role Emotional	۴۴/۰	۴۵/۹	۴۶/۹	۴۴/۵	۰/۷۵
Mental Health	۵۷/۷	۱۳/۴	۵۵/۶	۱۴/۵	۰/۴۴

جدول شماره۴- الف- ارتباط متغیرهای مختلف با نمره کلی سلامت جسمانی

		تعداد	درصد	میزان خطر نسبی (OR)	95% CI	P
سلامت جسمانی (PCS)	**جنس**				۲/۶۵-۳۹/۶	۰/۰۰۱
	مرد	۵۰	۵۳	۱ (ref.)		
	زن	۴۴	۴۷	۱۰/۲۵		
	تحصیلات				۰/۰۱-۰/۷۴۹	۰/۰۳
	باسواد	۷۳	۷۸	۱ (ref.)		
	بی‌سواد و ابتدایی	۲۱	۲۲	۰/۰۸۸		
	ماهیت بیماری				۴/۰۳-۵۵/۷۲	۰/۰۰۱
	غیر مهاجم	۵۵	۵۸	۱ (ref.)		
	مهاجم	۳۹	۴۲	۱۴/۹۸		

جدول شماره۴- ب- ارتباط متغیرهای مختلف با نمره کلی سلامت روانی

		تعداد	درصد	میزان خطر نسبی (OR)	95% CI	P
سلامت روانی (MCS)	**تحصیلات**				۰/۰۲-۰/۸۹	۰/۰۴
	باسواد	۷۳	۷۸	۱ (ref.)		
	بی‌سواد و ابتدایی	۲۲	۲۱	۰/۱۳		
	درآمد				۱/۶۹-۱۴/۸۲	۰/۰۰۴
	بیشتر از ۱۵۰ هزار تومان	۳۳	۳۵	۱ (ref.)		
	کمتر از ۱۵۰ هزار تومان	۶۱	۶۵	۵/۰۱		
	ماهیت بیماری				۱/۷۶-۱۲/۷۷	۰/۰۰۲
	غیر مهاجم	۵۵	۵۸	۱ (ref.)		
	مهاجم	۳۹	۴۲	۴/۷۴		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.1.3]

بحث و نتیجه‌گیری

ارزیابی کیفیت زندگی بیماران با وجود سابقه ۴۰ ساله آن در دنیا و فرا گیر شدن در بیشتر کشورهای توسعه یافته، در ایران بسیار نوپا و جوان است. ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به لنفوم و لوسمی با پرسشنامه SF-36 نشان داد که همانند مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر، این پرسشنامه قادر است به ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران نیز بپردازد. مدت زمان پر کردن پرسشنامه بین ۸ تا ۱۵ دقیقه بود که با توجه به سرپایی بودن مراجعان، رقم مناسب و قابل قبولی به حساب می‌آید و به نظر می‌رسد که برای بسیاری از بیماری‌های مزمن دیگری نیز که پرسشنامه اختصاصی برای آنها ترجمه یا طراحی نشده است، ابزار مناسبی برای ارزیابی مقوله کیفیت زندگی باشد. از آنجایی که سنجش کیفیت زندگی در ایران پدیده‌ای جدید و ارزیابی آن به عنوان یکی از اجزای نتایج درمان خصوصاً در مورد بیماری‌های مزمن رایج نیست، پیشنهاد می‌شود که به عنوان یک اقدام کمکی در سنجش بهبود بیماران و همچنین به عنوان روشی کمک کننده در ارزیابی نتایج درمان‌های مختلف، کیفیت زندگی در تمام بیماری‌های مزمن مورد سنجش قرار گیرد تا بر اساس نتایج آن نسبت به اتخاذ بهترین روش درمانی برای هر بیمار اقدام گردد[۱۱]. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ماهیت بیماری، جنسیت، تحصیلات و درآمد از عوامل پیش‌گویی‌کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نئوپلازی‌های سیستم لنفاوی هستند. در این مطالعه نشان داده شد که ماهیت بیماری غیر مهاجم با نمرات کلی بالاتری در حیطه سلامت جسمانی و روانی همراه بود که مورد انتظار می‌باشد. همچنین دیده شد که مرد بودن و کم‌سوادی با نمرات بالاتر سلامت جسمانی و همینطور درآمد بیشتر از ۱۵۰ هزار تومان و کم‌سوادی با نمرات بالاتر سلامت روانی همراه بود. کیفیت زندگی بهتر در بیماران کم‌سواد را شاید بتوان به توقعات کمتر این گروه از زندگی نسبت داد، در عین حال بهتر است این نتیجه در مطالعات با حجم بزرگتر تحقیق شود. نمرات بهتر در بیماران مرد شاید علتی فرهنگی داشته ومرتبط با جامعه مردسالار ایرانی باشد. این در حالی است که بسیاری از بررسی‌ها زن بودن را به عنوان عامل پیش‌گویی‌کننده مثبت گزارش نموده‌اند[۱، ۴]. بهبود کیفیت زندگی با افزایش درآمد مورد انتظار بود و در مطالعات دیگر هم ارتباط شغل و درآمد بهتر با کیفیت زندگی بالاتر به کرات نشان داده شده بود [۱، ۴، ۱۲].

در پایان پیشنهاد می‌گردد تا با انجام مطالعات مشابه، داده‌های این مطالعه مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

1- Montgomery C, Pockok M, Titley K. Individual quality of life in patients with leukemia and lymphoma. Psycho Oncology 2002; 11: 239-43
2- Schumacher A, Kessler T, Buchner T, Wewers D. Quality of life in adult patients with acute myeloid leukemia receiving intensive and prolonged chemotherapy: a longitudinal study. Leukemia 1998; 12: 586-92
3- Joseph OM, Thomas L. Hematologic Disease. In: Anderoli T, Bennett C (Editors). Cecil Essentials of Medicine. 5 th Edition. WB Saunders Company: USA, 2001: 367-76
4- Golant M, Altman T, Martin C. Managing cancer side effects to improve quality of life. Cancer Nursing 2003; 26: 37-43
5- Ware JE. SF-36 health survey update. SPINE 2000; 25: 3130-139
6- Brazier JE, Harper R. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. British Medical Journal 1992; 305: 160-64
7- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. MA: Health Institute, New England Medical Center: Boston, 1994
8- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninan M. The Short-from Healfh Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research 2005; 14: 875-82
9- www.SF-36.com
10- Ware JE, Kosinski M. Interpreting SF-36 summary health measures: a response. Quality of Life Research 2001; 10: 405-13
11- Soto M, Failde I, Marquez S. Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients. Quality of Life Research 2005; 14: 759-68
12- Dodgson J, Tai W.M, Winnie K. Fatigue and quality of life among Chinese patients with hematological malignancy after bone marrow transplantation. Cancer Nursing 2003; 26: 211-19

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1385.5.2.1.3]