

## 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 زیمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

مهديه ملياني: کارشناس ارشد روانشناسی بالیني

فصلنامه پاپیل

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 (QLQ-C30) (EORTC) بود. پرسشنامه 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 ( $P=0.001$ )، عملکرد هیجانی ( $P=0.01$ ) و عملکرد اجتماعی ( $P<0.0001$ ) بیماران غیر مطلع در مقایسه با بیماران مطلع به طور معناداری بهتر و شکایت آنها از خستگی ( $P=0.01$ ) و تأثیرات مالی بیماری ( $P=0.05$ ) 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 ضمیمنی 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 می‌کند.

**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: ۰۶۴۸۰۰۵-۹ نامبر: ۰۶۹۵۱۸۷۷

E-mail: azadeh.tavoli@gmail.com

## مقدمه

سرطان یکی از علل عمدۀ 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. بالاصله بعد از تشخیص بیماری، ممکن است اضطراب و دیگر اختلالات خلقي 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 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 مسئله که ارزش‌های فرهنگی از جمله عوامل تعیین کننده ادراک فرد از کیفیت زندگی هستند [۱۰] و برای تصمیم‌گیری در یک جامعه نمی‌توان به یافته‌های پژوهشی سایر فرهنگ‌ها اکتفا نمود ضروری به نظر می‌رسد.

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 می‌ریزد، جنبه‌های فرهنگی، ارزش‌ها و رفتارها در کنار تجربیات زندگی، وضع اجتماعی - اقتصادی و تفاوت‌های شخصیتی تعیین کننده معنای سرطان برای بیماران و خانواده‌آنها بوده و بر چگونگی مقابله آنها با بیماری تأثیر می‌گذارند [۱۵]. در زمینه افشاری 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 از بیمار، غیر منطقی و غیر اخلاقی در نظر گرفته می‌شود [۷].

مطالعه مروری می‌چل (۱۹۹۸) نیز تفاوت‌های موجود بین فرهنگ‌هایی که افشاری 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 افشاری 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 روانپردازی 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 مسئله 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 مسئله 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 بهتر 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

گوارش شامل شایع‌ترین غدد بدخیم و یکی از عمدت‌ترین 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 حداقل 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 سوالاتی 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 ۱۳ SPSS 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 ۵۴/۳ سال با انحراف معیار ۱۴/۲ بود، اکثر بیماران مورد مطالعه متاهل (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 ( $P=0.001$ )، عملکرد هیجانی ( $P=0.01$ ) و عملکرد اجتماعی ( $P<0.0001$ ) بیماران غیر مطلع در مقایسه با بیماران مطلع به طور معناداری بهتر و شکایت آنها از خستگی ( $P=0.01$ ) و تأثیرات مالی بیماری ( $P=0.005$ ) 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).

جدول شماره ۱- خصوصیات جمعیتی و بالینی بیماران مورد مطالعه

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

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

بیماران خود ممکن است مانع افشای تشخیص سرطان به بیمار گرددند [۲۲]. ازداغن 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 بدینانه نسبت به سرطان شده و منع 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].

## بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی این مسئله 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 [۲۰-۲۱]. 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 تنفس و پریشانی در

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)

P	غير مطلع			مطلع میانگین	متغیرها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
وضعیت عملکردی *					
۰/۰۰۱	۱۵/۹	۸۴/۷	۱۹/۴	۷۴/۷	عملکرد جسمانی
۰/۰۸	۲۵/۹	۶۷/۳	۲۹/۱	۶۹/۸	عملکرد نقش
۰/۰۱۴	۲۰/۸	۶۹/۴	۲۳	۶۰/۲	عملکرد هیجانی
۰/۰۹	۱۰	۹۷	۱۶/۳	۹۳/۲	عملکرد شناختی
۰/۰۰۰	۱۶/۲	۸۸/۳	۲۴/۲	۷۵/۵	عملکرد اجتماعی
۰/۱۴	۱۸/۷	۶۵	۲۵/۲	۵۹/۵	کیفیت زندگی کلی
علائم و نشانگان **					
۰/۰۱۴	۱۹/۳	۲۵/۲	۲۴/۸	۳۴/۵	خستگی
۰/۰۵۰	۲۹/۴	۲۰/۵	۲۵/۸	۱۷/۴	تهوع و استفراغ
۰/۰۵۳	۲۷/۳	۳۲/۶	۳۱/۸	۳۵/۸	درد
۰/۰۷۲	۱۴/۲	۶/۳	۲۰/۶۴	۷/۳	تنگی نفس
۰/۰۲۶	۳۲/۶	۲۹/۳	۳۶/۱	۳۵/۸	اختلال خواب
۰/۰۱۸	۳۳/۵	۳۲/۴	۳۶/۹	۴۰/۳	کاهش اشتها
۰/۰۱۴	۲۹/۱	۱۳/۵	۳۲/۷	۲۱/۴	بیوست
۰/۰۲۸	۱۵/۳	۴/۹	۱۶/۴	۷/۸	اسهال
۰/۰۰۵	۳۷/۸	۴۰	۳۸/۴	۵۸/۳	ازرات اقتصادی بیماری

\* نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بهتر است.

\*\* نمرات بیشتر نشان‌دهنده وضع بدتر است.

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 تجارت‌قبلی 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 بارت [۱۰]، چاندرا و همکاران [۱۲] و سنتنیوکورتز و همکاران [۲۰] مغایرت دارد. ذکر این نکته ضروری است که تفاوت‌های فرهنگی نیز می‌تواند عاملی

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 [۲۵، ۲۴] 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 پیشک در درک میزان اضطراب، نگرانی، خواست و نیاز بیمار برای اطلاعات و نیز توانایی برقراری امید به زندگی خوب در کنار یک بیماری جدی، مسئله مهمی برای بیماران سرطانی است. برقراری تعادل بین کمیت و کیفیت اطلاعات ارائه شده به بیمار در هنگام افسای تشخیص به منظور برقراری امید به

بين افسردگي و خستگي وجود دارد که در جامعه عمومي و نيز در ميان بيماران سرطاني اين رابطه مثبت و معنadar ثابت شده است [۳۶]. با توجه به يافته های فوق و از آنجا که بيماران مطلع از تشخيص در اين پژوهش سطوح بالاتری از پريشاني هيچانی را تجربه می کرددند، لذا سطوح برانگيختگی بالا در اثر اين حالات خلقی می تواند بيشتر بودن خستگي بيماران مطلع از تشخيص را تبيين نماید. مطابق نتایج اين طرح، از لحاظ ساير علائم جسماني بين دو گروه مطلع و غير مطلع از تشخيص سرطان، تفاوت معنadarی مشاهده نشد و اين نتایج همسو با يافته های مطالعه اتي است که در زمينه نقش اطلاع از تشخيص سرطان در كيفيت زندگي وجود دارد [۳۱، ۱۹، ۱۲، ۱۰].

نتيجه ديگر پژوهش حاضر اين است که نمرات كيفيت زندگي کلي که به وسيلي دو پرسشن (سؤالات ۲۹ و ۳۰) از مقیاس کيفيت زندگي سنجیده شده است، بين دو گروه مطلع و غير مطلع از تشخيص تفاوتی نمي کند. لازم به ذكر است که كيفيت زندگي کلي، شامل پaramترهاي زيادي می شود که همه آنها در ارزيايي دقیق و صحیح نمره کلي نقش دارند و بدون در نظر گرفتن ساير خرده مقیاسها، ارزيايي کيفيت زندگي کلي دچار خدشه می شود. از سوی ديگر، در نمونه اين مطالعه که اکثراً بى سواد و از سطح تحصيلي - اجتماعي پاييسني برخوردار بودند، احتمال اين که مفهوم پرسشهاي کلي و مبهم اين خرده مقیاس به طور صحیح دریافت نشده باشد وجود دارد، لذا در بررسی این نتیجه باید اعتبار پاسخهاي داده شده در اين خرده مقیاس را در نظر گرفت.

پژوهش حاضر از محدودیتهايی نيز برخوردار بوده است که در ادامه به آنها اشاره می گردد: نمونه مطالعه حاضر به منظور کنترل اثر نوع سرطان بر کيفيت زندگي و ساير متغيرهاي وابسته، صرفاً به بيماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش محدود شده است و اين نمونه تنها از يك مرکز درمانی (بيمارستان امام خميني) انتخاب شده است. همچنان مطالعه حاضر بر روی بيمارانی صورت گرفته است که حال عمومي خيلي بدی نداشته و می توانستند در مصاحبه شرکت کنند و در چنین مطالعاتي بيماران مراحل انتهاءي در مطالعه وارد نمي شوند. لذا در هنگام تعليم نتایج باید به اين محدودیتها توجه نمود. به طور کلي مطالعه حاضر گوياي آن است که سطح آگاهي بيماران مبتلا به سرطان از تشخيص بيماري در جامعه مورد نظر پاييس بوده و على رغم نتایج برخی مطالعات که اخيراً در اين زمينه و در ساير كشورها صورت گرفته، پريشاني روانی

مهم در تبيين مغایرت نتایج اين مطالعه با يافته های تحقیقات انجام شده در زمينه های فرهنگي با مبناي غربي باشد و در مورد اخیر نيز، بر عهدde متخصصين مراقبت بهداشتی است که منطبق بر نيازها و ارزش های فرهنگي بيماران به حمایت اطلاعاتی آنها که شامل ارائه اطلاعات، گوش کردن به نگرانی های بيمار و ارائه فيديبك در مورد پيشرفت بيماري و درمان آن می شود، بپردازند. نتایج مطالعه حاضر همچنان حاکي از آن بود که بين دو گروه بيمار مطلع و غير مطلع از تشخيص سرطان، از لحاظ وضعیت عملکرد جسماني و عملکرد اجتماعي نيز تفاوت هایي وجود داشت، به طوری که بيماران غير مطلع از تشخيص سرطان در مقایسه با بيماران مطلع، از لحاظ اين دو بعد كيفيت زندگي نيز در وضعیت بهتر قرار داشتند.

تفاوت ابعاد عملکرد جسماني، هيچانی و اجتماعي در دو گروه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، همسو با مطالعه لروکس و همكاران [۳۱] است. اين مؤلفان نيز نشان دادند که از بين ابعاد مختلف کيفيت زندگي، تنها وضعیت عملکرد جسماني، عملکرد نقش، عملکرد هيچانی و عملکرد اجتماعي بيمار در اثر اطلاع يافتن از تشخيص سرطان افت پيدا می کند. استدلال اين محققان در مورد افت عملکرد نقش، بستری شدن بيماران بعد از مشخص شدن تشخيص و محدود شدن کار و فعالیت های روزمره آنها در اثر بستری شدن است و از آنجا که در مطالعه حاضر، هر دو گروه مطلع و غير مطلع از تشخيص، در بيمارستان بستری بودند، لذا هر دو گروه از لحاظ عملکرد نقش به يك ميزان محدود بوده و تفاوتی در وضعیت عملکرد نقش بين دو گروه مشاهده نشد. بيماران مطلع از تشخيص سرطان، از نظر اثرات مالي بيماري بر زندگي نيز بيشتر شکایت نموده و اين اثرات را بيشتر برآورد کردن. مقایسه علائم و نشانگان جسماني بين دو گروه مطلع و غير مطلع از تشخيص سرطان، تفاوت چندانی را بين اين دو گروه نشان نداد، به جز آيتم خستگي که در گروه مطلع بالاتر بود. بيشتر بودن خستگي در گروه مطلع نمي تواند متأثر از عامل سن بيماران باشد، زيرا بيماران مطلع از تشخيص تا حدی جوان تر از گروه غير مطلع بودند. همچنان مشخص شده است که بر خلاف جامعه عمومي که خستگي با سن رابطه مثبت دارد [۳۲]، در بيماران سرطاني سن رابطه چندانی با شدت خستگي ندارد [۳۳، ۳۴]. لذا يك تبيين احتمالي بيشتر بودن خستگي در گروه بيماران مطلع از تشخيص سرطان در مقایسه با بيماران غير مطلع اين است که از يك سو اضطراب می تواند حساسیت به خستگي را افزایش دهد [۳۵] و از سوی ديگر رابطه ای

صادقانه اطلاعات امر مهمی به حساب می‌آید، لذا پژوهش‌های گسترده‌تری نیاز است تا با بررسی دیدگاه‌های بیماران مبتلا به سرطان در مورد افشاری 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 - بیمار و مهارت‌های ارتیاطی متخصصان مراقبت بهداشتی در مراکز درمانی نیز بی تأثیر نیست.

بیماران مطلع از تشخیص سرطان بیشتر از بیماران غیر مطلع می‌باشد. علاوه بر تفاوت‌های فرهنگی موجود در نگرش به افشاری 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 افشاری

#### 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, Nouraei 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 QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials 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, Ikegami C, Hirasako K. Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurse. *Palliative 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- Bozuk 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 افشاری تشخیص در بیماران مبتلا به سرطان بسته در مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه شهید بهشتی، پایان نامه دکترای پزشکی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۸۴

۲۲- وحدانی نیا مریم، متظری 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, Bozcu 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, Oghzhanoglu 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, Vidayasarag MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and its 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- Respiñi 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, Respiñi D, Ferrau F. Fatigue and aging. *Critical Reviews in Oncology / Hematology* 2003; 48: 57-64