MEJDS. 2020; 10:169.

Published online 2020 Nov. **Research Article**

Predicting the Quality of Life Concerning Anxiety and Depression in Advanced Cancer Patients Receiving Palliative Care

Shahvaroughi Farahani N[1], Mam Sharifi P[2], Hasan Larijani M[3], Dehghani Ahmadabad Z[3], *Bitarafan M[4], Malayeri R[5]

Author Address

1. PhD Student of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. MA of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
3. MA of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
4. MA Student of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
5. Hematologist and Medical Oncologist, Palliative Care Ward, Firoozgar Hospital, ALA Cancer Prevention and Control Center, Tehran, Iran.

***Corresponding Author E-mail:** m.bitarafan71@gmail.com

Received: 2019 April 22; **Accepted:** 2019 May 28

Abstract

Background & Objectives: Palliative care is a comprehensive approach, including managing and caring for biopsychosocial and spiritual needs for the promotion and maintenance of the quality of life of patients under palliative care and their families. Cancer is disease considered in palliative care. Two predictors of the quality of life in patients with cancer are anxiety and depression. Therefore, the current study aimed to evaluate the quality of life in terms of anxiety and depression in patients with advanced cancer referring to palliative care unit.

Methods: This cross–sectional and correlational study was conducted on 150 patients with advanced cancer referring to the palliative care unit of Firoozgar Hospital in Tehran City, Iran from October 2017 to December 2017. The study participants were selected via convenience sampling technique. The sample size was estimated using the proposed formula of the Tabachnick and Fidell (2007) sample size. Accordingly, the minimum sample size in the correlation studies is calculated from the 8M + 50 ≤N formula (N represents the sample size, and M is the number of independent variables). Inclusion criteria of the present research included age (18–75 y), literacy level (minimum reading and writing literacy), Iranian nationality, the lack of diagnosis of brain metastasis, and willingness to participate in this research. Additionally, individuals who simultaneously received psychological and counseling services were excluded from the research. The required data were collected using McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL) (1995) and Zigmond & Snaith Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (1983). The collected data were analyzed using Pearson correlation confident and multiple regression analysis by SPSS at $p<0.05$.

Results: In total, 150 participants were studied, of which 96(64%) and 54(36%) were women and men, respectively. In addition, breast cancer (24.7%) and ovarian cancer (21.3%) were the most frequent cancer types in the studied subjects. The mean scores of the quality of life, anxiety, and depression were 29, 9.74, and 9.46, respectively; these data indicate the borderline detection of the second two variables in the study participants. The obtained data suggested a significant and negative correlation between anxiety ($p<0.01$ & r= –0.33) and depression ($p<0.01$ & r= –0.37). as well as the quality of life of patients with advanced cancer referring to the palliative care unit. Furthermore, anxiety ($p=0.002$ & B= –0.248) and depression ($p<0.001$ & r= –0.298) could predict 19% of the variance of the quality of life in the investigated patients.

Conclusion: Patients receiving palliative care have a relatively low quality of life; anxiety and depression could predict their quality of life. Thus, assessing the severity of psychological symptoms, such as anxiety and depression and providing appropriate psychotherapies to reduce them, could indirectly improve their quality of life, as a goal of palliative care. It is suggested that these results be applied in providing palliative services to these patients and their caregivers.

Keywords: Palliative care, Quality of life, Anxiety, Depression, Advanced cancer**.**

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.111.0]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۶۹.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته مراجعه‌کننده به بخش مراقبت تسکینی براساس اضطراب و افسردگی

ندا شاهواروقی فراهانی[۱]، پیمان مام‌شریفی[۲]، مارال حسن لاریجانی[۳]، زهرا دهقانی احمدآباد[۳]، *مریم بیطرفان[۴]، رضا ملایری[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۴. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛

۵. فوق‌تخصص خون و هماتولوژی، بخش طب تسکینی، بیمارستان فیروزگر تهران، مرکز کنترل و پیشگیری از سرطان آلا (مکسا).

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** m.bitarafan71@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲ اردیبهشت ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۷ خرداد ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت تسکینی رویکردی جامع شامل مدیریت و مراقبت از نیازهای جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی جهت ارتقا و حفظ کیفیت زندگی افرادی با بیماری‌های پیشرفته و خانوادهٔ آنان است که سرطان نیز ازجملهٔ آن‌ها به‌شمار می‌رود؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر به‌منظور بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، مراجعه‌کننده به بخش مراقبت تسکینی و پیش‌بینی آن براساس اضطراب و افسردگی اجرا شد.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع مقطعی و همبستگی بود. تعداد ۱۵۰ نفر از بیمارانی که از مهر تا آذر ۱۳۹۷ به بخش طب تسکینی بیمارستان فیروزگر تهران مراجعه کردند، به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و تحت مطالعه قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها، پرسشنامهٔ کیفیت زندگی مک‌گیل (۱۹۹۵) و پرسشنامهٔ اضطراب و افسردگی بیمارستانی زیگموند و اسنیت (۱۹۸۳) به‌کار رفت. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه بررسی و آزمون شد ($p<۰/۰۵$).

یافته‌ها: نتایج حاصل از انجام این پژوهش نشان داد که بین اضطراب ($p<۰/۰۱$ و $r=-۰/۳۳$) و افسردگی ($p<۰/۰۱$ و $r=-۰/۳۷$) با کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان رابطهٔ منفی معناداری وجود دارد. همچنین، اضطراب ($p=۰/۰۰۲$ و $B=-۰/۲۴۸$) و افسردگی ($p<۰/۰۰۱$ و $B=-۰/۲۹۸$) توانسته‌اند ۱۹درصد از واریانس متغیر ملاک یعنی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج مطالعه، بیماران مراجعه‌کننده به بخش مراقبت تسکینی دارای کیفیت زندگی نسبتاً ضعیفی هستند و اضطراب و افسردگی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی آنان است؛ بنابراین، ارزیابی و سنجش سطح علائم روان‌شناختی ازجمله اضطراب و افسردگی و اقدامات روان‌درمانی مناسب جهت کاهش آن‌ها می‌تواند به‌صورت غیرمستقیم موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران شود.

کلیدواژه‌ها: مراقبت تسکینی، کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی، سرطان پیشرفته.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.111.0]

۱ مقدمه

مراقبت تسکینی[1]، رویکردی کل‌نگرانه و مؤثر به مبتلایان به بیماری‌های پیشرفته بدون اشاره به طول عمر آن‌ها تعریف شده که در آن مدیریت درد و سایر علائم و نیز ارائهٔ حمایت روانی و اجتماعی و معنوی امری ضروری است (۱)؛ ازاین‌رو سازمان بهداشت جهانی مراقبت تسکینی را یکی از مسائل مهم بهداشت عمومی در سراسر جهان معرفی کرده است (۲). برنامه‌های مراقبت تسکینی شامل تیم‌های چندرشته‌ای از متخصصان بالینی می‌شود که با بیماران برای بهبود کیفیت زندگی‌شان، از لحاظ جسمانی و روان‌شناختی ملاقات می‌کنند و دانش و مهارت‌های تخصصی لازم را برای تسکین علائم و کنترل عوارض جانبی بیماری‌های جدی به‌کار می‌برند (۳). مراقبت در زمینهٔ تسکینی متفاوت از مراقبت درمانی است؛ زیرا باوجود تأکید بر زندگی، مرگ را نیز به‌عنوان واقعیت درنظر می‌گیرد (۴). ازجمله بیماری‌هایی که باوجود آمار فراوان بهبودی با مرگ قریب‌الوقوع همراه بوده، سرطان است و در مراقبت‌های تسکینی مدنظر قرار می‌گیرد. ازآنجاکه ابتلا به بیماری سرطان با علائمی همراه است و بیش از نیمی از مبتلایان به این بیماری پنج نشانهٔ مشترک خستگی، ضعف، درد، کاهش وزن و بی‌اشتهایی را گزارش می‌کنند، این نشانه‌ها با ادراک فرد از کیفیت زندگی تعارض دارد (۵). درواقع، این علائم می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به‌طور درخورتوجهی کاهش دهد و چالش‌های بی‌شماری برای مراقبت‌کنندگان بهداشتی ایجاد کند (۶).

در همین راستا یکی از اهداف مهم در مراقبت تسکینی، بهبود یا حفظ کیفیت زندگی بیماران ازطریق پیشگیری و اجتناب از مشکلات ناشی‌از بیماری‌های بدون علاج و ارائهٔ درمان‌های مؤثر برای کاهش شدت پریشانی مرتبط با بیماری است که در آن اغلب عواقب ناشی‌از بیماری شامل درد و رنج درخورتوجه روانی و اجتماعی و معنوی از سلامت جسمانی وخیم‌تر می‌شود (۷)؛ درنتیجه، اصطلاح «کیفیت زندگی» اطلاعاتی را دربارهٔ وضعیت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی فرد در بر دارد (۸). در دهه‌های گذشته چندین گزارش نشان داده است که بیشتر این مشکلات بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته تأثیر می‌گذارد؛ به‌عنوان مثال، علائم جسمی (۹،۱۰) و علائم روانی (۱۱) و پریشانی‌های مالی[2] (۱۲) با کیفیت زندگی کمتر در این گروه از بیماران همراه است؛ بنابراین، بررسی کیفیت زندگی بیمار می‌تواند درک عمیق‌تری را دربارهٔ چگونگی تأثیر بیماری بر زندگی آن‌ها فراهم آورد (۱۳). در همین راستا، یافته‌های مطالعهٔ میرزایی و همکاران در ایران نشان داد که ۳۱درصد مبتلایان به سرطان پستانِ دریافت‌کنندهٔ مراقبت تسکینی و حمایتی دارای کیفیت زندگی مطلوب و ۱۸درصد دارای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و ۵۱درصد دارای کیفیت زندگی نامطلوب بوده‌اند (۱۴).

علاوه‌براین، میزان افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته به‌ترتیب ۲۰تا۵۰ و ۲۰تا۴۰درصد گزارش شده است (۱۵). درواقع، افسردگی مشکل شایع‌تر سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته (۱۶) و مراقبت تسکینی (۱۷) به‌شمار می‌رود. با این حال ۷۳درصد از این بیماران مبتلا به سرطان افسرده، درمان روان‌پزشکی مؤثر را دریافت نمی‌کنند و فقط ۵درصد آن‌ها با متخصص سلامت روان ملاقات دارند (۱۸). کاستلی و همکاران اظهار می‌کنند که معاینات پزشکی، عمدتاً بر جنبه‌های جسمی بیماری متمرکز است و افسردگی، اغلب به‌عنوان واکنشی طبیعی دربرابر سرطان در نظر گرفته می‌شود (۱۹). درواقع، افسردگی بعد از تشخیص بدون درنظرگرفتن سطح ابتدایی‌اش، در صورت نبود توجه به آن در طول زمان افزایش می‌یابد و در مرحلهٔ بعد یا مرحلهٔ تسکینی به اوج می‌رسد (۲۰).

همچنین، سطح افسردگی و اضطراب می‌تواند به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کنندهٔ کیفیت زندگی در نظر گرفته شود (۲۱،۲۲). لوید-ویلیامز و هیوز به این مسئله اشاره می‌کنند که اضطراب اغلب با ترس از بیماری و مرگ همراه است و منجربه علائم جسمی و دوری باطل از فرآیندهای فکری شده که به‌طور درخورتوجهی کیفیت زندگی بیماران را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۲۳)؛ بنابراین علائمی مانند افکار و اظهارات ناامیدی و سطوح شدید اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته بسیار شایع است و باید در درمان آن‌ها مدنظر قرار گیرد (۲۴).

باتوجه به مسئولیت و بار اضافی که افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان ایجاد می‌کند (۲۵)، ارزیابی کیفیت زندگی این گروه از بیماران در محیط مراقبت تسکینی اهمیت زیادی دارد و می‌تواند به ارائهٔ خدمات بالینی بهتر کمک کند. باوجود اینکه برخی مطالعات نشان داده‌اند، خدمات مراقبت تسکینی با علائم افسردگی کمتر (۲۶) و بقای طولانی‌تر همراه است (۲۷،۲۸)، همچنان تأثیر اختلالات روان‌شناختی بر ابعاد کیفیت زندگی نامشخص بوده و برخی از مطالعات اخیر تفاوت معناداری بین بیماران افسرده و غیرافسرده در محیط‌های مراقبت تسکینی نیافته‌اند (۲۹). از سوی دیگر، دربارهٔ اضطراب که یکی دیگر از علائم روان‌شناختی مرتبط با سرطان بوده، اطلاعات کافی دردسترس نیست (۳۰). علاوه‌براین، اغلب مطالعات داخلی که به بررسی اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته، در مراحل ابتدایی بیماری و فاز درمان قرار دارند (۳۱،۳۲)؛ درنتیجه، به‌دلیل کمبود پژوهش در بررسی ابعاد کیفیت زندگی بیماران در محیط تسکینی در ایران و لزوم شناخت رابطهٔ میان علائم روان‌شناختی و کیفیت زندگی جهت پیشگیری از آن، انجام این پژوهش حائز اهمیت بود. همچنین، باتوجه به اینکه حفظ و بهبود کیفیت زندگی بیماران ازجمله اهداف اصلی مراقبت تسکینی است، پژوهش حاضر به ارزیابی این متغیر پرداخت؛ بنابراین هدف از انجام این مطالعه بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، مراجعه‌کننده به بخش مراقبت تسکینی و پیش‌بینی آن براساس اضطراب و افسردگی بود.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع مقطعی و همبستگی بود. در این تحقیق بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، مراجعه‌کننده از تاریخ مهر تا آذر ۱۳۹۷ به بخش مراقبت تسکینی بیمارستان فیروزگر تهران وابسته به مرکز کنترل و پیشگیری از سرطان آلاء (مکسا)، در نظر گرفته شدند. از میان آن‌ها ۱۵۰ نفر ازطریق نمونه‌گیری دردسترس و براساس ملاک‌های ورود و

[1]. Palliative Care

[2]. Financial Distress

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.111.0]

خروج به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. تعداد نمونه با استفاده از فرمول پیشنهادی حجم نمونهٔ تاباچنیک و فیدل برآورد گردید (۳۳)؛ بر این اساس، حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی از فرمول N ≥ ۵۰+۸M محاسبه می‌شود که N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای مستقل است.

از معیارهای ورود برای انتخاب شرکت‌کنندگان می‌توان به دارابودن سن ۱۸ تا۷۵سال، سطح سواد حداقل خواندن و نوشتن، ملیت ایرانی، نبود تشخیص متاستاز مغزی که ممکن است پاسخ‌های آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار دهد و تمایل به شرکت در پژوهش اشاره کرد. همچنین، شرکت‌کنندگانی که هم‌زمان از خدمات روان‌شناسی و مشاوره بهره گرفته، از پژوهش خارج شدند.

جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامهٔ کیفیت زندگی مک‌گیل[1] و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی[2] استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی مک‌گیل: پرسشنامه توسط کوهن و همکارانش در سال ۱۹۹۵ ساخته شد. این ابزار ابعاد مختلف کیفیت زندگی افرادی را اندازه‌گیری می‌کند که به انواع مختلف بیماری‌های مزمن و مخاطره‌آمیز ازجمله سرطان مبتلا هستند. ابزار مشتمل بر هفده آیتم خودگزارش‌دهی بوده که روایی و پایایی آن در بیماران مبتلا به HIV و بیماران مبتلا به سرطان تأیید شده است. پاسخ به هر سؤال در این پرسشنامه به‌صورت لیکرت تا ده بیان می‌شود. امتیاز سؤالات ۱ و ۲ و ۳ در بعد مربوط به علائم جسمانی و امتیاز سؤالات ۵، ۶، ۷ و ۸ در بعد مربوط به علائم روانی معکوس است. امتیاز کلی پرسشنامهٔ MQOL به‌صورت میانگین مجموع گروه‌ها محاسبه می‌شود. امتیاز کلی بیشتر در پرسشنامه MQOL نشان‌دهندهٔ بهتربودن کیفیت زندگی و کمتربودن آن بیانگر وضعیت بدتر کیفیت زندگی بیماران است (۳۴). نسخهٔ فارسی این پرسشنامه توسط شهیدی و همکارانش ترجمه شد و ارزیابی معیارهای روان‌سنجی آن روی بیماران ایرانی مبتلا به سرطان پیشرفته صورت گرفت. نتایج این پژوهش، روایی و اطمینان آن را در این بیماران تأیید کرده است. همچنین، برای بررسی پایایی از روش آزمون‌ـ‌پس‌آزمون استفاده شد که ضریب همبستگی کیفیت زندگی ۰/۸۷ به‌دست آمد (۳۵).

ـ مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی: مقیاس توسط زیگموند و اسنیت در سال ۱۹۸۳ طراحی شد. این مقیاس گزینشی چهارماده‌ای تغییرات خلقی (حالات اضطراب و افسردگی) را می‌سنجد. مقیاس ابزاری خودگزارشی چهارده‌آیتمی بوده که برای غربال وجود و شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب در طی هفتهٔ گذشته در بیماران با مشکلات جسمی طراحی شده است. مدت‌زمان اجرای آن کمتر از پنج دقیقه است. این ابزار یک‌زیرمقیاس افسردگی هفت‌جزئی و یک‌زیرمقیاس اضطرابی هفت‌قسمتی دارد. هر جزء آزمون روی مقیاس صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین نمرات زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب پرسشنامه در دامنهٔ ۰ تا۲۱ قرار می‌گیرد. برای هر دو زیرمقیاس نمرات در دامنهٔ ۰ تا۷ عادی یا طبیعی، ۸تا۱۰ خفیف، ۱۱تا۱۴ متوسط و ۱۵تا۲۱ شدید در نظر گرفته می‌شود (۳۶). منتظری و همکاران نسخهٔ فارسی این مقیاس را روی بیماران مبتلا به سرطان سینه اجرا کرد که به‌صورت متوالی به بیمارستان مراجعه می‌کردند. نتایج این تحقیق نشان‌دهندهٔ هماهنگی درونی خوب زیرمقیاس‌ها بوده است (۳۷).

داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی محاسبه شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش، روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به‌کار رفت. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ برای معناداری آزمون‌های آماری لحاظ شد.

ازجمله نکات اخلاقی که در این مطالعه مدنظر قرار گرفت، داشتن حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان بود؛ همچنین، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد همهٔ اطلاعات آن‌ها تنها در راستای اهداف مطالعه و بدون ذکر مشخصات هویتی استفاده می‌شود. درنهایت، پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، داده‌ها جمع‌آوری شدند. باتوجه به این مطالب، مشارکت در این مطالعه برای افراد حداقل خطر را داشت؛ بااین‌وجود، بیمارانی که با انجام این پژوهش دارای اضطراب یا افسردگی بیمارستانی تشخیص داده شدند، به روان‌شناسان متخصص در بخش مراقبت تسکینی ارجاع یافتند.

۳ یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۵۰ شرکت‌کننده مطالعه شدند که ۹۶ نفر (۶۴درصد) از آن‌ها زن و ۵۴ نفر (۳۶درصد) را مردان تشکیل دادند. از نظر نوع سرطان افراد مبتلا، سرطان پستان (۲۴/۷ درصد) و سرطان تخمدان (۲۱/۳ درصد) فراوانی بیشتر را داشت.

جدول ۱. ماتریس همبستگی کیفیت زندگی با اضطراب و افسردگی

ردیف	متغیر	میانگین±انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱	اضطراب	۹/۷۴±۲/۶۰	ـ				
۲	افسردگی	۹/۴۶±۱/۸۹	۰/۳۰**	ـ			
۳	بعد جسمانی	۶/۲۴±۱/۳۸	ـ۰/۳۰**	۰/۱۵	ـ		
۴	بعد روانی	۱۶/۷۵±۲/۲۸	ـ۰/۲۰*	ـ۰/۳۰**	ـ۰/۲۷**	ـ	
۵	نمرهٔ کل کیفیت زندگی	۲۹±۳/۱۶	ـ۰/۳۳**	ـ۰/۳۷**	۰/۱۲	۰/۸۶**	ـ

** (p<۰/۰۱) ,* (p<۰/۰۵)

اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین متغیر کیفیت زندگی در پژوهش حاضر ۲۹ است. طبق نمره‌گذاری پرسشنامهٔ کیفیت زندگی

[1]. McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL)

[2]. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.111.0]

مک‌گیل، بیشتربودن امتیاز کلی در پرسشنامه نشان‌دهندهٔ بهتربودن کیفیت زندگی است.

همچنین جدول ۱ مشخص می‌کند که میانگین متغیر اضطراب ۹/۷۴ و میانگین متغیر افسردگی ۹/۴۶ بوده که نشانگر تشخیص مرزی این دو متغیر در افراد شرکت‌کننده است. اطلاعات جدول ۱ نشان می‌دهد که متغیر کیفیت زندگی با اضطراب ($p<۰/۰۱$ و $r=-۰/۳۳$) و افسردگی ($p<۰/۰۱$ و $r=-۰/۳۷$) رابطهٔ منفی معناداری دارد؛ یعنی زمانی‌که اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان افزایش می‌یابد، کیفیت زندگی آن‌ها سیر نزولی پیدا می‌کند.

به‌منظور بررسی پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس اضطراب و افسردگی از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. قبل از انجام تحلیل رگرسیون، نرمال‌بودن متغیر ملاک (کیفیت زندگی) و استقلال خطاها و هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین تحت بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف نشان از نرمال‌بودن متغیر کیفیت زندگی داشت ($p>۰/۰۵$ و $F=۰/۰۸$). طبق آمارهٔ دوربین واتسون که محدودهٔ پذیرفتنی آن ۱/۵ تا۲/۵ است، در تحقیق حاضر میزان آن برای متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی کیفیت زندگی (۱/۹۷)، استقلال خطاها را بیان می‌کند. یکی دیگر از شروط صحت رگرسیون خطی، نبود هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین بوده و معیار سنجش این شرط، عامل تورم واریانس است. چنانچه این عامل عددی کمتر از ده باشد نبود هم‌خطی متغیرها تأیید می‌شود. در پژوهش حاضر، عامل تورم واریانس در تمامی متغیرها کوچک‌تر از ده بوده و نبود هم‌خطی تأیید می‌شود. در جدول ۲ نتایج رگرسیون چندگانه مربوط به پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس اضطراب و افسردگی گزارش شده است.

جدول ۲. تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی براساس متغیر پیش‌بین اضطراب و افسردگی

مدل	ضرایب استانداردنشده		ضرایب استانداردشده	T	مقدار p	R	مجذور R
	بتا	SE	بتا				
ثابت	۳۰/۷۷	۱/۷۵		۱۷/۵۶	<۰/۰۰۱		
اضطراب	ـ۰/۳۰	۰/۰۹	ـ۰/۲۴۸	ـ۳/۲۰	۰/۰۰۲	۰/۴۴	۰/۱۹
افسردگی	ـ۰/۴۹	۰/۱۲	ـ۰/۲۹۸	ـ۳/۸۴	<۰/۰۰۱		

نتایج جدول ۲ حاکی‌از آن است که متغیرهای اضطراب ($p=۰/۰۰۲$ و $B=-۰/۲۴۸$) و افسردگی ($p<۰/۰۰۱$ و $B=-۰/۲۹۸$) قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان بوده‌اند. براساس یافته‌های جدول ۲ متغیرهای اضطراب و افسردگی توانسته‌اند ۱۹ درصد از متغیر ملاک یعنی کیفیت زندگی را پیش‌بینی کنند.

۴ بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به سرطان پیشرفته مراجعه‌کننده به مراقبت تسکینی دارای کیفیت زندگی نسبتاً ضعیفی هستند؛ این بدان معناست که آن‌ها نیاز به توجه بالینی بیشتری دارند. باتوجه به مؤلفه‌هایی که برای کیفیت زندگی در نظر گرفته شد (جسمانی، روانی‌ـ اجتماعی، معنوی) می‌توان کیفیت زندگی ضعیف بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته را ناشی‌از وضعیت جسمانی آن‌ها در نظر گرفت که احتمالاً با درد، زخم‌ها، ضعف، کاهش اشتها و اختلال در خواب همراه است (۵)؛ این مسائل می‌تواند بر موقعیت روان‌شناختی بیمار و خانواده تاثیرگذار باشد که با تبعات اجتماعی هم‌زمان می‌شود. همچنین، باید به این نکته اشاره کرد که بیماران نمرهٔ کمتری در زیرمؤلفهٔ جسمانی درمقایسه با روانی کسب کردند که باتوجه به وضعیت جسمانی‌شان مفهوم است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کراماروسا و همکاران (۹) و لم و همکاران (۱۰) همسوست. همچنین، در مطالعه‌ای با عنوان «کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراقبت‌های حمایتی و تسکینی» که توسط میرزایی و همکاران در ایران انجام شد، نتایج نشان می‌دهد، ۵۱درصد از بیماران دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند و این اقدامات تأثیر چندانی در بهبود کیفیت زندگی‌شان نداشته است (۱۴). در تبیین مسئلهٔ مذکور می‌توان به جدیدبودن این خدمات در ایران اشاره کرد که نتوانسته به‌عنوان رویکردی چندمحوری در تیم درمانی به‌خوبی معرفی شود و همچنان رویکرد اصلی تیم درمانی معطوف به کاهش علائم و عوارض جسمانی است.

همچنین، باتوجه به هدف انجام پژوهش، امکان پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته بررسی شد. نتایج نشان داد، اضطراب و افسردگی قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی است که با نتایج پژوهش‌های پیشین همسوست (۳۴،۳۵). در تبیین این یافته لوید‌ـ ویلیامز و هیوز بیان می‌کنند، اضطراب می‌تواند علائم جسمانی را تشدید کند که منجربه دوری باطل از فرایندهای فکری می‌شود و به‌طور درخورتوجهی کیفیت زندگی بیماران را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۲۳). این مسئله دربارهٔ افسردگی و خلق ضعیف نیز صدق می‌کند؛ زیرا یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی، بعد روانی آن است که بیمارانی با تجربهٔ افت خلق به‌صورت مستقیم در این بعد دچار مشکل می‌شوند. از سویی دیگر کیفیت زندگی روانی و جسمانی افراد تا حد زیادی در هم آمیخته است و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارد؛ درنتیجه، اضطراب و افسردگی که از علائم شایع‌تر روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان در بافت مراقبت‌های تسکینی بوده (۳۸)، می‌توانند با کیفیت زندگی ادراک‌شدهٔ ضعیف‌تر بیماران در ارتباط باشند و آن را پیش‌بینی کنند.

درنتیجه براساس یافته‌های این مطالعه بررسی کیفیت زندگی بیماران می‌تواند درک عمیق‌تری دربارهٔ چگونگی تأثیر بیماری بر زندگی آن‌ها فراهم کند (۱۳). همچنین، شواهد اخیر نشان داده است که ارزیابی کیفیت زندگی بیماران، ارتباط میان بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی را بهبود می‌بخشد و مراقبت‌کنندگان را مجاب به داشتن دیدگاه کل‌نگرتری به بیمار می‌کند (۳۹). این ارزیابی همچنین اطلاعات

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.111.0]

بیشتری را که در طراحی راهبردهای درمانی، به‌ویژه آن‌هایی که می‌تواند در مراقبت تسکینی مبتلایان به سرطان به‌کار رود، در اختیار مراقبان قرار می‌دهد (۴۰)؛ ازاین‌رو، ارزیابی و توجه بالینی به کیفیت زندگی بیماران و عوامل بهبودبخش یا تهدیدکنندهٔ آن مانند اضطراب و افسردگی می‌تواند با کمک به تیم درمانی موجب رضایت بیشتر بیمار و خانواده از روند مراقبت‌ها شود؛ از سویی دیگر فرسودگی شغلی تیم درمانی ناشی‌از مراقبت از بیمارانی با علائم روان‌شناختی را کاهش دهد. در انجام این پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت؛ ازجملهٔ آن‌ها انتخاب دردسترس شرکت‌کنندگان به‌علت موقعیت ویژهٔ بیماران بود که امکان تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد؛ همچنین قطع فرایند تکمیل پرسشنامه‌ها به‌دلیل وضعیت جسمانی بیماران از دیگر محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌رود؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به‌جهت اطمینان در تعمیم نتایج، این مطالعه با رفع محدودیت‌های آن تکرار شود. همچنین توصیه می‌شود از نتایج بررسی حاضر در ارائهٔ خدمات تسکینی به این بیماران و مراقبان آن‌ها استفاده شود و لزوم توجه به ابعاد روان‌شناختی آنان بیش از پیش مدنظر تیم درمانی قرار گیرد. از نقاط قوت و نوآوری این پژوهش می‌توان به بررسی بیماران مراجعه‌کننده به مراقبت تسکینی اشاره کرد که تاکنون در مطالعات داخلی کمتر به آن توجه شده است.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته براساس سطح اضطراب و افسردگی آن‌ها پیش‌بینی‌شدنی است؛ درنتیجه، به‌نظر می‌رسد با سنجش و توجه دائمی به علائم روان‌شناختی به‌خصوص افسردگی و اضطراب و مدیریت آن‌ها می‌توان تا حد مقبولی کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشید که ازجمله اهداف مراقبت‌های تسکینی است.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری صادقانهٔ مدیریت و کارکنان بخش طب تسکینی بیمارستان فیروزگر تهران و مرکز کنترل و پیشگیری از سرطان آلاء (مکسا) سپاسگزاریم. علاوه‌براین، قدردان بیمارانی هستیم که ما را در انجام پژوهش حاضر صبورانه یاری کردند.

۷ بیانیه

هیچ‌گونه تضاد منافعی میان نویسندگان مقاله وجود ندارد.

References

1. Ward S, Salazano S, Sampson F, Cowan J. Improving supportive and palliative care for adults with cancer [Internet]. National Institute forClinical Excellence; 2004. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportive-and-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005
2. Davies E, Higginson IJ, World Health Organization. Better palliative care for older people. Higginson, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/107563
3. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. J Clin Oncol. 2017;35(1):96–112. doi: 10.1200/JCO.2016.70.1474
4. Song M-K, Happ MB. Generating high quality evidence in palliative and end-of-life care. Heart Lung. 2017;46(1):1–2. doi: 10.1016/j.hrtlng.2016.11.004
5. Teunissen SCCM, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HCJM, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2007;34(1):94–104. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015
6. Jones JM, Cohen SR, Zimmermann C, Rodin G. Quality of life and symptom burden in cancer patients admitted to an acute palliative care unit. J Palliat Care. 2010;26(2):94–102.
7. Kelly B, McClement S, Chochinov HM. Measurement of psychological distress in palliative care. Palliat Med. 2006;20(8):779–89. doi: 10.1177/0269216306072347
8. Slovacek L, Slovackova B, Jebavy L. Global quality of life in patients who have undergone the hematopoietic stem cell transplantation: Finding from transversal and retrospective study. Exp Oncol. 2005;27(3):238–42.
9. Cramarossa G, Chow E, Zhang L, Bedard G, Zeng L, Sahgal A, et al. Predictive factors for overall quality of life in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2013;21(6):1709–16. doi: 10.1007/s00520-013-1717-7
10. Lam K, Zeng L, Zhang L, Tseng L-M, Hou M-F, Fairchild A, et al. Predictive factors of overall well-being using the EORTC QLQ-C15-PAL extracted from the EORTC QLQ-C30. J Palliat Med. 2013;16(4):402–8. doi: 10.1089/jpm.2012.0398
11. Frick E, Tyroller M, Panzer M. Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. Eur J Cancer Care. 2007;16(2):130–6. doi: 10.1111/j.1365-2354.2006.00720.x
12. Barbaret C, Brosse C, Rhondali W, Ruer M, Monsarrat L, Michaud P, et al. Financial distress in patients with advanced cancer. PLoS ONE. 2017;12(5):e0176470. doi: 10.1371/journal.pone.0176470

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.111.0]

13. Jansen L, Herrmann A, Stegmaier C, Singer S, Brenner H, Arndt V. Health-related quality of life during the 10 years after diagnosis of colorectal cancer: a population-based study. J Clin Oncol. 2011;29(24):3263–9. doi: 10.1200/JCO.2010.31.4013
14. Mirzaei H, Mostafaei D, Estebsari F, Sattarzadeh M, Estebsari K. the quality of life of breast cancer patients receiving palliative and supportive care. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2017;3(2):19–26. [Persian] http://ijrn.ir/article-1-293-en.pdf
15. Irving G, Lloyd-Williams M. Depression in advanced cancer. European Journal of Oncology Nursing. 2010;14(5):395–9. doi: 10.1016/j.ejon.2010.01.026
16. Massie MJ, Lloyd Williams M, Irving G, Miller K. The Prevalence of Depression in People with Cancer. In: Kissane DW, Maj M, Sartorius N. Depression and Cancer. John Wiley & Sons; 2011. pp:1–36.
17. Wilson K, Lander M, Chochinov H. Diagnosis and Management of Depression in Palliative Care. In: Chochinov HM, Breitbart W. Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine. Oxford University Press; 2009.
18. Walker J, Hansen CH, Martin P, Symeonides S, Ramessur R, Murray G, et al. Prevalence, associations, and adequacy of treatment of major depression in patients with cancer: a cross-sectional analysis of routinely collected clinical data. Lancet Psychiatry. 2014;1(5):343–50. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70313-X
19. Castelli L, Binaschi L, Caldera P, Mussa A, Torta R. Fast screening of depression in cancer patients: the effectiveness of the HADS. Eur J Cancer Care (Engl). 2011;20(4):528–33. doi: 10.1111/j.1365-2354.2010.01217.x
20. Mayer A, Geiser C, Infurna FJ, Fiege C. Modelling and predicting complex patterns of change using growth component models: An application to depression trajectories in cancer patients. European Journal of Developmental Psychology. 2013;10(1):40–59. doi: 10.1080/17405629.2012.732721
21. Bužgová R, Jarošová D, Hajnová E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. Eur J Oncol Nurs. 2015;19(6):667–72. doi: 10.1016/j.ejon.2015.04.006
22. Diaz-Frutos D, Baca-Garcia E, García-Foncillas J, López-Castroman J. Predictors of psychological distress in advanced cancer patients under palliative treatments. Eur J Cancer Care (Engl). 2016;25(4):608–15. doi: 10.1111/ecc.12521
23. Lloyd-Williams M, Hughes J. Balancing Feelings and Cognitions. In: Payne S. Palliative Care Nursing: Principles and Evidence for Practice. UK: McGraw-Hill Education; 2008. pp:290–307.
24. Mann J, Currier D. Suicide and Attempted Suicide. In: Fatemi SH, Clayton PJ. The Medical Basis of Psychiatry. Springer; 2016. pp:687–706.
25. Feldstain A, Lebel S, Chasen MR. An interdisciplinary palliative rehabilitation intervention bolstering general self-efficacy to attenuate symptoms of depression in patients living with advanced cancer. Support Care Cancer. 2016;24(1):109–17. doi: 10.1007/s00520-015-2751-4
26. Giese-Davis J, Collie K, Rancourt KMS, Neri E, Kraemer HC, Spiegel D. Decrease in depression symptoms is associated with longer survival in patients with metastatic breast cancer: a secondary analysis. J Clin Oncol. 2011;29(4):413–20. doi: 10.1200/JCO.2010.28.4455
27. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733–42. doi: 10.1056/NEJMoa1000678
28. Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2015;33(13):1438–45. doi: 10.1200/JCO.2014.58.6362
29. Lloyd-Williams M, Dennis M, Taylor F. A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. Palliat Med. 2004;18(6):558–63. doi: 10.1191/0269216304pm923oa
30. Austin P, Wiley S, McEvoy PM, Archer L. Depression and anxiety in palliative care inpatients compared with those receiving palliative care at home. Palliat Support Care. 2011;9(4):393–400. doi: 10.1017/S1478951511000411
31. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. Caspian J Intern Med. 2014;5(3):167–70.
32. Nikbakht HA, Aminisani N, Hosseini SR, Asghari Jafarabadi M, Ahoei Kh. Prevalence of anxiety and depression in patients with colorectal cancer in Babol - north of Iran (2008-12). J Gorgan Uni Med Sci. 2016;18(1):101–7. [Persian] http://goums.ac.ir/journal/article-1-2662-en.pdf
33. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 5th ed. Boston: Pearson/Allyn & Bacon; 2007.
34. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. Palliat Med. 1995;9(3):207–19. doi: 10.1177/026921639500900306
35. Shahidi J, Khodabakhshi R, Gohari MR, Yahyazadeh H, Shahidi N. McGill Quality of Life Questionnaire: reliability and validity of the Persian version in Iranian patients with advanced cancer. J Palliat Med. 2008;11(4):621–6. doi: 10.1089/jpm.2007.0173
36. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361–70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
37. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Translation and validation study of the Iranian version. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:14. doi: 10.1186/1477-7525-1-14
38. Delgado-Guay M, Parsons HA, Li Z, Palmer JL, Bruera E. Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. Support Care Cancer. 2009;17(5):573–9. doi: 10.1007/s00520-008-0529-7
39. Varricchio CG, Ferrans CE. Quality of life assessments in clinical practice. Semin Oncol Nurs. 2010;26(1):12–7. doi: 10.1016/j.soncn.2009.11.003
40. Chambers SK, Meng X, Youl P, Aitken J, Dunn J, Baade P. A five-year prospective study of quality of life after colorectal cancer. Qual Life Res. 2012;21(9):1551–64. doi: 10.1007/s11136-011-0067-5

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.111.0]