

Original Paper

Life quality of cancer patient with or without self awareness

Sadat Aghahosseini Sh (MSc)*¹, Rahmani A (MSc)²
Abdollahzadeh F (MSc)³, Asvadi Kermani I (MD)⁴

¹MSc in Nursing, Hematology and Oncology Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. ²PhD Candidate in Nursing, Hematology and Oncology Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. ³Academic Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. ⁴Professor, Hematology and Oncology Research Center, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Abstract

Background and Objective: Disclosure of cancer is one the main challenges in caring of patients with cancer, since it may have adverse effects on the patients quality of life. This study was done to determine life quality of cancer patient with or without self awareness.

Materials and Methods: This case – control study was conducted on 300 cancer patients in Shahid Ghazi-Tabatabaei hospital in Tabriz, Iran during 2009. The cancer patients included 150 subjects aware of their cancer diagnosis as cases and 150 unaware patients as controls. The patient's quality of life was assessed Using EORTC QLQ-C30 questionnaire. Data were analyzed using SPSS-17 and student's t-test.

Results: The mean±SD of quality of life among aware and unaware patients were 64.18±18.85 and 65.16±19.02, respectively. There was no significant difference of quality of life between two groups. Life social dimension in unaware patients significantly was more than aware patients (P<0.05).

Conclusion: Patients awareness of cancer have no effect on their quality of life.

Keywords: Cancer, Diagnosis disclosure, Quality of life

* **Corresponding Author:** Aghahosseini Sh (MSc), E-mail: shimaaghahosseini@yahoo.com

Received 25 Jul 2011

Revised 23 Oct 2011

Accepted 20 Nov 2011

تحقیقی

نقش اطلاع بیمار از تشخیص سرطان بر کیفیت زندگی

شیماسادات آفاحسینی*^۱، آزاد رحمانی^۲، فرحناز عبداللهزاده^۳، ایوج اسودی کرمانی^۴

۱- کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

۲- دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

۳- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

۴- فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی بالغین، استاد مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

چکیده

زمینه و هدف: اطلاع از تشخیص سرطان توسط بیمار یکی از چالش‌های اصلی در مراقبت از این بیماران است و این نگرانی وجود دارد که آگاهی از تشخیص بیماری سبب کاهش کیفیت زندگی آنان گردد. این مطالعه به منظور تعیین نقش اطلاع بیمار از تشخیص سرطان بر کیفیت زندگی انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه مورد - شاهدهی روی ۳۰۰ بیمار با تشخیص قطعی سرطان، در مرکز آموزشی درمانی شهیدقاضی طباطبایی تبریز در سال ۱۳۸۸ انجام شد. بیماران با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه ۱۵۰ نفری مطلع و غیرمطلع از تشخیص قطعی سرطان قرار گرفتند. کیفیت زندگی بیماران شامل ابعاد جسمی، ایفای نقش، علائم بیماری، عاطفی و اجتماعی با استفاده از پرسشنامه EORTC QLQ-C30 ارزیابی گردید. روایی پرسشنامه به روش صوری و محتوایی و پایایی آن با روش بازآزمایی تعیین گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-17 و student's t-test تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مطلع و غیرمطلع از تشخیص سرطان به ترتیب $64/18 \pm 18/85$ و $60/16 \pm 19/02$ تعیین شد و تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه یافت نشد. فقط بعد اجتماعی کیفیت زندگی بیماران غیرمطلع از تشخیص سرطان ($8/78 \pm 2/88$) بهتر از کیفیت زندگی بیماران مطلع ($7/96 \pm 3/01$) بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مطلع از تشخیص بیماری سرطان تفاوتی در مقایسه با بیماران غیرمطلع ندارد.

کلیدواژه‌ها: سرطان، اطلاع از تشخیص سرطان، کیفیت زندگی

* نویسنده مسؤول: شیماسادات آفاحسینی، پست الکترونیکی shimaaghahosseini@yahoo.com

نشانی: تبریز، انتهای خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی - جراحی، تلفن ۴۷۹۶۷۷۰-۰۴۱۱، نمابر ۴۷۹۶۹۶۹

وصول مقاله: ۹۰/۵/۳، اصلاح نهایی: ۹۰/۸/۱، پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۲۹

مقدمه

سرطان می‌باشد. از نظر بسیاری صاحب‌نظران اطلاع‌رسانی به بیماران مبتلا به سرطان یکی از چالش‌برانگیزترین مباحث در زمینه مراقبت‌های پزشکی و پرستاری محسوب می‌گردد (۴). این ایده همواره وجود دارد که آگاهی دادن در مورد تشخیص به بیماران مبتلا به سرطان باعث ترس، اضطراب و دیگر اختلالات خلقی شود که ممکن است درمان، عود و بهبودی بیماری را تحت تاثیر قرار دهد (۵). چنین دیدگاهی سبب شده است که بسیاری از کارکنان بهداشت و درمان به خصوص پزشکان و پرستاران از گفتن تشخیص صحیح بیماری به بیماران مبتلا به سرطان خودداری نمایند (۴ و ۶).

دیدگاه‌های متفاوتی نسبت به موضوع اطلاع‌رسانی تشخیص به بیماران مبتلا به سرطان در فرهنگ‌های گوناگون وجود دارد. افشای اطلاعات در استرالیا و اروپای شمالی رواج دارد در حالی که در

سرطان سومین علت مرگ و میر در سراسر دنیا بوده و حدود ۱۲ درصد مرگ و میر انسان‌ها بر اثر آن روی می‌دهد (۱). سالانه بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا به سرطان تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد (۲). در ایران نیز سرطان پس از بیماری‌های قلبی - عروقی و ریوی سومین علت مرگ و میر است و میزان بروز سرطان در مردان ۲۰ نفر به ازای هر صد هزار نفر و در زنان ۱۶/۶ نفر به ازای هر صد هزار نفر می‌باشد (۳).

آگاه نمودن بیماران از تشخیص بیماری، از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین موضوعات در حیطه مراقبت و درمان بیماران مبتلا به

باسخگویی به سؤالات و تمایل به شرکت در مطالعه بود. همچنین اطلاع از تشخیص بیماری سرطان در گروه بیماران مطلع از شش ماه قبل بود.

اطلاع و عدم اطلاع بیمار از تشخیص بیماری سرطان با پرسش محرمانه از نزدیکان درجه یک بیماران مشخص گردید و پس از برقراری ارتباط با خود بیمار، اظهارنظر نزدیکان درجه یک بیمار در خصوص آگاهی و عدم آگاهی از تشخیص سرطان تایید گردید.

معیار خروج از مطالعه شامل ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن جسمی و سابقه بیماری‌های مزمن روانی به ویژه افسردگی اساسی با تشخیص روانپزشک بود. لازم به ذکر است که تنها ۲ بیمار از گروه مطلع و یک بیمار از گروه غیرمطلع مبتلا به افسردگی اساسی از مطالعه خارج شدند و سایر بیماران مبتلا به درجات دیگر افسردگی از مطالعه خارج نشدند.

اصول اخلاقی حاکم بر مطالعات انسانی رعایت گردید. قبل از شروع مطالعه طرح پژوهشی به تصویب کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسید. از بیماران رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. همچنین اطلاعات لازم در مورد مطالعه و روند اجرای آن به اطلاع تمامی بیماران گروه مطلع از تشخیص رسید. در مورد بیماران غیرمطلع از تشخیص بیماری نیز اطلاعات لازم در حدی که به اجرای مطالعه آسیب وارد نمود؛ در اختیار بیماران قرار گرفت. لازم به ذکر است که در مورد اختیاری بودن شرکت در مطالعه اطلاعات لازم به همه بیماران مطلع و غیرمطلع از تشخیص سرطان داده شد.

به خاطر جلوگیری از تاثیر عوامل مخدوش‌گر بیماران دو گروه از نظر سن، جنس و سطح تحصیلات به صورت گروهی همسان‌سازی شدند.

مشخصات فردی-اجتماعی و مشخصات مرتبط با بیماری از جمله سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، طول مدت ابتلا به بیماری و برخورد اعضای خانواده با بیمار در پرسشنامه‌ای ثبت شد.

کیفیت زندگی بیماران با استفاده از پرسشنامه EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Core 30-item) ارزیابی گردید. روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعات انجام شده در ایران تایید شده است (۱۸ و ۱۹). این پرسشنامه ویژه بیماران مبتلا به سرطان بوده و دربرگیرنده ۲۸ بیانیه در مبنای لیکرت چهار گزینه‌ای (اصلاً نمره یک، کمی نمره ۲، متوسط نمره ۳ و خیلی زیاد نمره ۴) برای بررسی ابعاد جسمی (۵بیانیه)، ایفای نقش (۲ بیانیه)، علایم بیماری (۱۲ بیانیه)، عاطفی (۶بیانیه) و اجتماعی (۳بیانیه) می‌باشد. بدین ترتیب نمره کل این پرسشنامه از ۲۸ تا ۱۱۲ می‌باشد. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده بهتر

برخی از کشورهای اروپای شرقی و جنوبی عکس این موضوع صادق است (۷). در کشورهای غربی این اعتقاد وجود دارد که آگاهی از تشخیص هر بیماری از جمله سرطان از جمله حقوق اساسی بیماران است (۴). در این کشورها حق آگاهی بیماران از تشخیص بیماری خود بر پایه حقوقی مانند حق بیمار به دانستن، رضایت آگاهانه و حق بیمار برای تصمیم‌گیری در مورد مشکلات خود نیز قابل توجیه است (۸). از طرف دیگر، در فرهنگ کشورهای شرقی خانواده بیماران مبتلا به سرطان برای حفاظت از بیمارشان اطلاعات پزشکی وی را پنهان و از دادن تشخیص بیماری به آنان امتناع می‌نمایند (۹). در کشور ایران نیز هنوز در مورد گرفتن تشخیص بیماری سرطان به بیماران دستورالعمل خاصی وجود ندارد. برای مثال، نتایج مطالعاتی در ایران نشان داده است که بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان از تشخیص بیماری خود اطلاع ندارند (۱۰). در سال‌های اخیر یکی از مفاهیمی که به عنوان معیار برای بررسی نتایج درمانی بیماری‌های جسمی و روانی پذیرفته شده؛ مفهوم کیفیت زندگی است (۱۱). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق تعریف کرده است (۱۲). در بیماران مبتلا به سرطان وجود عوارض روانی و جسمی می‌تواند نقش به‌سزایی در پایین بودن کیفیت زندگی داشته باشد (۱۳). یکی از اهداف مراقبت در این بیماران ارتقاء کیفیت زندگی است (۱۴). اطلاع از تشخیص سرطان روی امید و کیفیت زندگی عاطفی و اجتماعی بیمار اثر گذاشته و نیاز به حمایت‌های روانی را در ابتدای بیماری افزایش می‌دهد (۱۵). در زمینه نقش اطلاع‌رسانی و تاثیر ارائه تشخیص بیماری سرطان بر کیفیت زندگی بیماران مطالعات اندکی انجام شده است (۱۶ و ۱۷). با توجه به نقش عوامل فرهنگی و مذهبی در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان نتایج مطالعات خارجی نمی‌توانند در کشور ایران کاربرد داشته باشند. از طرف دیگر تدوین هرگونه دستورالعمل برای دادن آگاهی در مورد تشخیص سرطان به بیماران مبتلا به سرطان نیازمند مطالعاتی است که اثر این اطلاع‌رسانی را بر پیامدهای بیماران مورد بررسی قرار داده باشد. لذا این مطالعه به منظور تعیین نقش اطلاع بیمار از تشخیص سرطان بر کیفیت زندگی انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه مورد - شاهدی روی ۳۰۰ بیمار با تشخیص قطعی سرطان، در مرکز آموزشی درمانی شهیدقاسمی طباطبایی تبریز در سال ۱۳۸۸ انجام شد. بیماران با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه ۱۵۰ نفری مطلع و غیرمطلع از تشخیص قطعی سرطان قرار گرفتند.

معیار ورود به مطالعه شامل حداقل سن ۱۸ سال، قابلیت

جدول ۱: مقایسه جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و نحوه برخورد اعضای خانواده بیماران مطلع و غیرمطلع از تشخیص قطعی سرطان

p-value	df	χ^2	گروه مطلع از تشخیص		مرد زن	جنس
			گروه غیرمطلع از تشخیص سرطان تعداد (درصد)	گروه مطلع از تشخیص تعداد (درصد)		
۰/۲۵	۱	۱/۳۱	۷۲ (۴۶/۲)	۷۶ (۵۲/۸)		
			۸۴ (۵۳/۸)	۶۸ (۴۷/۲)		
۰/۴۷	۲	۱/۴۹	۲۷ (۱۷/۳)	۳۳ (۲۲/۹)	مجرد متاهل	وضعیت تاهل
			۱۱۹ (۷۶/۳)	۱۰۳ (۷۱/۵)	مطلقه	
۰/۰۵	۵	۱۱/۰۶	۵۷ (۳۶/۵)	۵۶ (۳۸/۹)	بی سواد ابتدایی	سطح تحصیلات
			۳۸ (۲۴/۴)	۲۰ (۱۳/۹)	راهنمایی دبیرستان	
۰/۶۹	۳	۱/۴۳	۱۶ (۱۰/۳)	۱۴ (۹/۷)	عالی خوب	نحوه برخورد اعضای خانواده
			۲۸ (۱۷/۹)	۲۲ (۱۵/۳)	متوسط ضعیف	
			۱۷ (۱۰/۹)	۳۱ (۲۱/۵)		
			۶۶ (۴۲/۳)	۶۲ (۴۳/۱)		
			۶۲ (۳۹/۷)	۵۵ (۳۸/۲)		
			۲۳ (۱۴/۷)	۲۵ (۱۷/۴)		
			۵ (۳/۲)	۲ (۱/۴)		

جدول ۲: مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مطلع و غیرمطلع از تشخیص قطعی سرطان

p-value	df	t	گروه مطلع از تشخیص		ابعاد کیفیت زندگی
			گروه غیرمطلع از تشخیص سرطان تعداد (درصد)	گروه مطلع از تشخیص تعداد (درصد)	
۰/۶۵	۲۹۶	-۰/۴۴	۶۵/۱۶±۱۹/۰۲	۶۴/۱۸±۱۸/۸۵	کیفیت زندگی کلی سرطان
۰/۲۷	۲۹۸	-۱/۰۹	۱۲/۹۸±۵/۰۵	۱۲/۳۵±۴/۷۹	بعد جسمی
۰/۴۵	۲۹۸	۰/۷۵	۲۵/۹۸±۸/۶۲	۲۶/۷۱±۸/۲۵	بعد علایم و نشانه‌های بیماری
۰/۲	۲۹۸	-۱/۲۷	۴/۹۰±۲/۱۰	۴/۵۹±۲/۱۵	بعد ایفای نقش
۰/۸۱	۲۹۶	-۰/۲۳	۱۲/۶۱±۴/۸۳	۱۲/۴۸±۴/۷۳	بعد عاطفی
۰/۰۱	۲۹۸	-۲/۴۱	۸/۷۸±۲/۸۸	۷/۹۶±۳/۰۱	بعد اجتماعی
۰/۷۹	۲۹۸	-۰/۲۶	۴/۵۶±۱/۶۹	۴/۵۱±۱/۶۰	سوال مربوط به شرایط جسمی کلی
۰/۰۹	۲۹۸	۱/۶۵	۴/۰۷±۱/۵۹	۴/۳۷±۱/۵۰	سوال مربوط به کیفیت زندگی کلی

سرطان به ترتیب $۴۳/۹۴ \pm ۱۶/۳۰$ سال و $۴۶/۶۶ \pm ۱۷/۱۵$ سال بود. طول مدت تشخیص بیماری در گروه مطلع $۲/۲۷ \pm ۲/۲۰$ سال و در گروه غیرمطلع $۱/۸۱ \pm ۲/۶۵$ سال بود. تفاوت آماری معنی داری بین سن و طول مدت تشخیص بیماری در بیماران دو گروه مشاهده نشد. مشخصات فردی-اجتماعی و وابسته به بیماری سرطان در بیماران دو گروه در جدول یک آمده است. بیماران دو گروه از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، طول مدت تشخیص بیماری و برخورد اعضای خانواده تفاوت آماری معنی داری نداشتند. در جدول ۲ کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران دو گروه مطلع و غیرمطلع از تشخیص سرطان مقایسه شده است. بین بیماران دو گروه از نظر کیفیت زندگی و ابعاد آن تفاوت آماری معنی داری یافت نشد و فقط در بعد اجتماعی تفاوت آماری معنی داری بین بیماران دو گروه مشاهده شد. به طوری که بیماران گروه غیرمطلع از تشخیص سرطان در بعد اجتماعی کیفیت زندگی بهتری نشان دادند ($P < ۰/۰۱$).

بودن کیفیت زندگی بیمار است. پرسشنامه در دو بیانیه مجزا شرایط جسمی کلی بیمار و کیفیت زندگی وی به صورت کلی مورد بررسی قرار گرفت. این دو بیانیه بر روی طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای قرار داشتند و نمره یک معرف کیفیت زندگی بسیار ضعیف و نمره ۷ نشان دهنده کیفیت زندگی عالی است. کسب نمره بیشتر فرد به معنای بهتر بودن کیفیت زندگی وی می‌باشد. اطلاعات بیماران باسواد توسط خود آنان در پرسشنامه درج شد و در مورد بیماران بی‌سواد توسط محقق به روش مصاحبه جمع آوری گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-17 و student's t-test تجزیه و تحلیل و با آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار مقایسه شدند. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران گروه مطلع و غیرمطلع از تشخیص بیماری

بحث

نتایج نشان داد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان مطلع و غیرمطلع از تشخیص بیماری خود تفاوت آماری معنی داری با هم نداشت. به عبارت دیگر، آگاهی از تشخیص سرطان اثر منفی معنی داری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان نداشت و فقط در بعد اجتماعی، کیفیت زندگی بیماران غیرمطلع در مقایسه با بیماران مطلع از سرطان بیشتر بود.

نتایج این پژوهش حاکی از آن است که وضعیت عملکرد عاطفی بیماران مطلع و غیرمطلع از تشخیص سرطان با یکدیگر تفاوت آماری معنی داری ندارد. این یافته با نتایج برخی مطالعات همخوانی دارد (۲۲-۲۰)؛ ولی با یافته‌های مطالعات طاوولی و همکاران (۱۷)، Ateşçi و همکاران (۲۳) و Alexander و همکاران (۲۴) مغایرت دارد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین دو گروه بیمار مطلع و غیرمطلع از تشخیص سرطان، از لحاظ وضعیت عملکرد جسمانی تفاوتی وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعات طاوولی و همکاران (۱۷) و Lheureux و همکاران (۱۶) در تضاد است. ذکر این نکته که شاید تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند عاملی مهم در توجیه مغایرت این مطالعه با یافته‌های سایر مطالعات باشد ضروری است.

در این مطالعه بیماران غیرمطلع از تشخیص سرطان در مقایسه با بیماران مطلع در بعد اجتماعی، کیفیت زندگی بهتری داشتند. این نتایج همسو با یافته‌های مطالعاتی است که در زمینه نقش اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی وجود دارد (۱۶ و ۱۷). هرچند دلایل این مسأله به بررسی بیشتری نیاز دارد؛ ولی به نظر می‌رسد که این بیماران به دلیل ترس از برخوردهای ترحم‌آمیز و ناراحت‌کننده اطرافیان سعی می‌نمایند تا تماس‌های اجتماعی خود را محدود نمایند.

در این مطالعه مقایسه علائم و نشانه‌های جسمانی بین دو گروه مطلع و غیرمطلع از تشخیص سرطان، تفاوت چندانی را بین این دو گروه نشان نداد و این نتایج همسو با یافته‌های دیگر مطالعات است (۱۶ و ۲۰ و ۲۱). همچنین ایفای نقش در میان دو گروه بیماران مطالعه

حاضر تفاوتی با هم نداشت و این با یافته مطالعات طاوولی و همکاران (۱۷) همسو و با مطالعه Lheureux و همکاران (۱۶) در تضاد است. به طوری که استدلال Lheureux و همکاران (۱۶) در مورد افت عملکرد نقش، بستری شدن بیماران بعد از مشخص شدن تشخیص و محدود شدن کار و فعالیت‌های روزمره آنها بود.

در مطالعه طاوولی و همکاران (۱۷) آگاهی از تشخیص سرطان باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش گردید. بایستی توجه داشت که مطالعه طاوولی و همکاران (۱۷) دربرگیرنده همه سرطان‌ها نبوده است.

نتایج مطالعه ما به عنوان یک مطالعه مقدماتی، می‌تواند نشان دهد که آگاهی از تشخیص بیماری اثر منفی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ندارد. نتایج مطالعه طاوولی و همکاران (۱۷) نشان داد که ۵۲ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از تشخیص بیماری خود اطلاع نداشتند (۱۷). در مطالعه وحدانی‌نیا و منتظری ۵۴ درصد پزشکان گزارش کردند که به کمتر از ۲۰ درصد بیماران خود در مورد تشخیص سرطان اطلاع می‌دهند و دلیل اصلی آن ترس از عواقب منفی اطلاع‌رسانی بود (۲۵).

از محدودیت‌های این مطالعه، عدم تعیین نوع، شدت و میزان پیشرفت سرطان بود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که بعد اجتماعی کیفیت زندگی بیماران غیرمطلع از تشخیص بیماری سرطان به‌طور معنی داری در مقایسه با بیماران مطلع بیشتر است. لذا استفاده از خدمات مشاوره‌ای و حمایت‌های اجتماعی در راستای ارتقای این بعد از کیفیت زندگی، توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب (شماره ۸۹/۱) مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود و با حمایت مالی معاونت پژوهشی انجام شد. بدین وسیله از همه بیماران شرکت‌کننده در مطالعه و مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز قدردانی می‌نمایم.

References

1. Elwyn TS, Fetters MD, Sasaki H, Tsuda T. Responsibility and cancer disclosure in Japan. *Soc Sci Med.* 2002 Jan;54(2):281-93.
2. Hasanpour Dehkordi A. [Factors Affecting Quality of Life in Cancer Patients under Chemotherapy in Tehran (2004)]. *Behbood J.* 2006;10(2): 110-19. [Article in Persian]
3. Tabari F, Zakeri Moghadam M, Bahrani N, Monjamed Z. [Evaluation of the Quality of Life in newly Recognized Cancer Patients]. *Hayat.* 2007;13(2): 5-12. [Article in Persian]
4. Kawakami S, Arai G, Ueda K, Murai Y, Yokomichi H, Aoshima M, et al. Physician's attitudes towards disclosure of cancer diagnosis to elderly patients: a report from Tokyo, Japan. *Arch*

Gerontol Geriatr. 2001 Aug;33(1):29-36.

5. Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. *CA Cancer J Clin.* 2005 Mar-Apr;55(2):109-16.
6. Phungrassami T, Sriplung H, Roka A, Mintrasak E, Peerawong T, Aegem U. Disclosure of a cancer diagnosis in Thai patients treated with radiotherapy. *Soc Sci Med.* 2003 Nov;57(9):1675-82.
7. Vecchio Good MJ, Good BJ, Schaffer C, Lind SE. American oncology and the discourse on hope. *Cult Med Psychiat.* 1990; 14(1): 59-79.
8. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients

- with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs*. 2003 Oct;44(1):69-80.
9. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs*. 2003 Oct;44(1):69-80.
10. Larizadeh M, Malekpour-Afshar R. [Knowledge of patients with cancer towards their disease status]. *Pajouhesh Dar Pezeshki*. 2007;31(1): 85-90. [Article in Persian]
11. Kuehner C, Bueger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord*. 2005 Jun;86(2-3):205-13.
12. Isikhan V, Güner P, Kömürücü S, Ozet A, Arpacı F, Öztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer--I. *Cancer Nurs*. 2001 Dec;24(6):490-5.
13. Tsay SL, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nurs Stud*. 2002 Mar;39(3):245-51.
14. Tang ST, Lee SY. Cancer diagnosis and prognosis in Taiwan: patient preferences versus experiences. *Psychooncology*. 2004 Jan; 13(1):1-13.
15. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs*. 2000 Dec;32(6):1431-41.
16. 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 Feb; 43(2):175-82.
17. Tavoli A, Montazeri A, Mohagheghi MA, Roshan R, Tavoli Z, Melyani M. [Knowledge of cancer diagnosis and quality of life in patients with gastrointestinal cancer]. *Payesh Health Monit*. 2007;6(3):257-64. [Article in Persian]
18. 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 Nov;7(6):400-6.
19. Sadighi S, Montazeri A, Sedighi Z, Mohagheghi MA, Froutan H. Quality of life in patients with gastric cancer: translation and psychometric evaluation of the Iranian version of EORTC QLQ-STO22. *BMC Cancer*. 2009 Aug 28;9:305.
20. Barnett MM. Does it hurt to know the worst?--psychological morbidity, information preferences and understanding of prognosis in patients with advanced cancer. *Psychooncology*. 2006 Jan; 15(1):44-55.
21. 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. *J Psychosom Res*. 1998 Sep;45(3):257-61.
22. Centeno-Cortés C, Núñez-Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses. *Palliat Med*. 1994;8(1):39-44.
23. Ateşci FC, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. [Psychiatric disorders in cancer patients and associated factors]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2003;14(2): 145-52. [Article in Turkish]
24. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncol*. 1993;32(6):623-6.
25. Vahdaninia MS, Montazeri A. [Cancer patient education in Iran: Attitudes of health professionals]. *Payesh Health Monit*. 2003;2(4): 265-59. [Article in Persian]