

## مقایسه کیفیت زندگی اختصاصی در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال شهری و روستایی

مریم مؤمنی<sup>۱</sup>، عاطفه قنبری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> پژوهشگر، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
<sup>۲</sup> استادیار، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

### چکیده

#### زمینه و هدف:

سرطان کولورکتال یکی از شایع ترین سرطان های تهاجمی و مسئول ایجاد ناراحتی های جسمی و روانی اجتماعی می باشد؛ بنابراین کیفیت زندگی در این بیماران پیامدی مهم است. برخلاف پیشرفت هایی در درک مفهوم کیفیت زندگی، اکثر مطالعات تحقیقی موجود مربوط به مراکز شهری می باشند. از این رو هدف از مطالعه حاضر مقایسه کیفیت زندگی اختصاصی در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال شهری و روستایی می باشد.

#### روش بررسی:

در این مطالعه مقطعی، ۱۱۰ بیمار مبتلا به سرطان کولورکتال (۷۹ شهری و ۳۱ روستایی) مراجعه کننده به بیمارستان رازی از طریق مصاحبه و مرور پرونده پزشکی آنان بررسی شدند. کیفیت زندگی اختصاصی با استفاده از پرسشنامه ارزیابی عملکردی درمان سرطان کولورکتال (FACT-C)<sup>۱</sup> ارزیابی شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری تی مستقل و کای دو تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته ها:

میانگین مجموع امتیازات کیفیت زندگی بیماران شهری نسبت به روستاییان بالاتر بود ( $p < 0/05$ ) که این اختلاف در ابعاد رفاه جسمی ( $p < 0/02$ ) و رفاه عملکردی ( $p < 0/01$ ) از نظر آماری معنی دار بود. میانگین امتیازات فقط در بعد رفاه اجتماعی/خانوادگی به طور جزئی در روستاییان نسبت به بیماران شهری بالا تر بود اما این اختلاف معنی دار نبود ( $p < 0/59$ ).

#### نتیجه گیری:

کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال بر حسب محل سکونت متفاوت می باشد. بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال ساکن در شهر نسبت به روستاییان کیفیت زندگی اختصاصی بالاتری را گزارش کردند؛ که این مسئله به انجام مداخلاتی به منظور ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی بیماران در نواحی روستایی تأکید می نماید.

**کلید واژه:** سرطان کولورکتال، کیفیت زندگی اختصاصی، شهر، روستا

گوارش / دوره ۱۵، شماره ۴ / زمستان ۱۳۸۹ / ۲۶۳-۲۷۰

1. Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal

#### نویسنده مسئول:

دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تلفن: ۰۱۳۱-۵۵۵۵۰۵۶

نمبر: ۰۱۳۱-۵۵۵۰۰۹۷

پست الکترونیک: atghanbari87@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۰/۲/۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۰/۳/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۰/۴/۱

#### زمینه و هدف:

سرطان کولورکتال مهم ترین علت موریبیدیتی و مورتالیتی ناشی از سرطان می باشد. (۱)، سرطان کولورکتال یک مشکل عمده در سراسر جهان بوده که بروز سالانه آن تقریباً یک میلیون مورد می باشد و سالانه مورتالیتی بیش از ۵۰۰۰۰۰ مورد دارد. (۲)، سرطان کولورکتال چهارمین شایع در ایران است. (۳)، بر طبق گزارش ثبت ملی سالیانه سرطان در ایران، سرطان کولورکتال در زنان سومین و در مردان پنجمین سرطان شایع می باشد که بروز آن در ایران در طی

کیفیت زندگی می‌شوند. (۱۶)، ویکس<sup>۲</sup> و همکاران نشان دادند که اختلافات بین روستاییان و شهری‌ها ممکن است ناشی از میزان کمتر دسترسی به مراقبت بهداشتی یا سایر عوامل محیطی و اجتماعی باشد. (۱۵ و ۱۸)، کیفیت زندگی به عنوان یک پیامد برای درمان سرطان به‌طور اولیه در افراد شهری بررسی شده است. با این وجود توصیف روستاییان نشان می‌دهد که درک از کیفیت زندگی ممکن است با همتایان شهری نشان متفاوت باشد. (۱۹)، با توجه به تفاوت‌های موجود بین بیماران روستایی و شهری در دسترسی به منابع مراقبت بهداشتی و سایر ویژگی‌ها، که موجب اختلاف در کیفیت زندگی و سایر پیامدهای سلامتی می‌شود بر آن شدید پژوهشی را با هدف مقایسه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال و مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی آنها انجام دهیم.

### روش بررسی:

مطالعه حاضر پژوهشی مقطعی و از نوع توصیفی تحلیلی است که در آن به مقایسه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال شهری و روستایی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی رشت در سال ۱۳۹۰ پرداخته است. نمونه‌های پژوهش این مطالعه شامل ۱۱۰ بیمار مبتلا به سرطان کولورکتال مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی رشت بودند که در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب می‌شدند. سپس بیماران براساس محل سکونت به دو گروه شهری (۷۹ نفر) و روستایی (۳۱ نفر) تقسیم شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت از کلیه مردان و زنانی که حداقل یک سال از تشخیص بیماری گذشته و به وسیله پزشک متخصص گوارش یا داخلی، تشخیص سرطان کولورکتال داده شده باشد، بهبود وضعیت پس از عمل جراحی و داشتن سابقه حداقل یک دوره شیمی درمانی و رادیوتراپی، عدم وجود علایمی دال بر عود موضعی و دوردست در پیگیری‌های پس از یک سال، عدم ابتلا به بیماری بدخیم دیگر، اختلالات روانی، متاستازهای مغزی شناخته شده، اختلالات شناختی، اختلال شنوایی و هم چنین داشتن تمایل جهت شرکت در مطالعه بودند.

محیط پژوهش در این مطالعه بخش رادیوتراپی واقع در مرکز آموزش درمانی رازی شهر رشت بود. علت انتخاب این محیط، سهولت دسترسی به واحدهای پژوهشی جهت تکمیل پرسشنامه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش بود که بخش اول آن مربوط به عوامل دموگرافیک و بالینی و بخش دوم مربوط به پرسشنامه ارزیابی عملکردی درمان سرطان کولورکتال بود که کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال را ارزیابی می‌کرد. جهت ارزیابی وضعیت عملکردی مقیاس وضعیت عملکردی کارنوفسکی (KPS)<sup>۳</sup> استفاده شد. مقیاس کارنوفسکی، ۱۱ موردی، با محدوده امتیازات از صفر (فوت شده) تا ۱۰۰ (کاملاً فعال و طبیعی) بوده که توسط دیوید

۲۵ سال اخیر افزایش یافته است. (۴)، سرطان کولورکتال یکی از شایع‌ترین سرطان‌های تهاجمی و به‌طور قابل توجه مسئول ایجاد ناراحتی‌های جسمی و روانی-اجتماعی می‌باشد. (۵)، هدف اصلی در درمان بیماران مبتلا به بدخیمی‌های قابل درمان، افزایش طول عمر است. (۶)، اکثر بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال حداقل ۵ سال پس از تشخیص زنده می‌مانند. (۷)، از این رو کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان کولورکتال، موجب افزایش میزان بقا شده است. بنابراین بیمارانی که از سرطان کولورکتال بقا پیدا می‌کنند، پیامدهای جسمی و روانی را تجربه می‌کنند که توانمندی‌ها و زندگی روزمره آنها را تحت تأثیر قرار خواهد داد. (۸)، بازماندگان سرطانی ممکن است با طیف وسیعی از مشکلات مرتبط با سلامتی، مالی، اجتماعی و روانشناختی مواجه شوند که به مدت طولانی بعد از درمان باقی می‌ماند. نشانه‌های جسمی دایمی نظیر درد، خستگی، بی‌خوابی اغلب استرس آور هستند و ممکن است کیفیت زندگی را کاهش دهند. (۹ و ۱۰)، طی چند سال گذشته، کیفیت زندگی یک نگرانی مهم در درمان بیماران سرطانی بوده است. (۱۱)، درمان سرطان کولورکتال ممکن است، اثر مخرب بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی داشته باشد، بنابراین اندازه‌گیری میزان این اثر مهم است. (۶)، با وجود پیشرفت‌های سریع درمانی، کیفیت زندگی و پیامدهای سلامتی مرتبط با آن به‌طور معمول اندازه‌گیری نمی‌شوند. (۱۲) و (۱۳) و علی‌رغم فشار زیاد ناشی از بیماری و شیوع سرطان کولورکتال، فقط اطلاعات محدودی در مورد کیفیت زندگی بیماران وجود دارد که بیش از یک سال پس از درمان بقا پیدا کرده‌اند. (۱۴)، برخلاف پیشرفت در درک مفهوم کیفیت زندگی، اکثر مطالعات تحقیقی حاضر مربوط به مراکز شهری است. بین ویژگی افراد روستایی و شهری اختلافاتی وجود دارد که ممکن است بر واکنش روستاییان به بیماری تأثیر بگذارد. داده‌های حاصل از چندین مطالعه نشان دادند که افراد روستایی کمتر نگران مشکلات سلامتی خویش می‌باشند و نسبت به افراد شهری کمتر نقش بیمار را می‌پذیرند. (۱۱)، درآمدهای کمتر روستاییان ممکن است دسترسی به مراقبت بهداشتی را بیشتر محدود کند. (۱۵)، در مقایسه با افراد شهری، روستاییان مسن‌تر، فقیرتر و سطح تحصیلات پایین‌تری دارند. معمولاً افراد روستایی مجبورند جهت دریافت خدمات مراقبت بهداشتی مسافرت کنند و دسترسی کمتر به وسایل حمل و نقل عمومی دارند. مطالعات نشان داده‌اند که فاصله یک مانع برای مراقبت حاد محسوب نمی‌شود، با این وجود فاصله، دسترسی به مراقبت طولانی مدت نظیر مراقبت سرطان (ملاقات‌های دوره پیگیری) را محدود می‌نماید (۱۶). آگازترک<sup>۱</sup> اختلافات بین ویژگی‌های روستاییان و افراد شهری را نشان داد و عواملی را که به‌طور منفی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مرتبط بود از جمله جنس مذکر، مصرف سیگار، سن، شاخص توده بدنی، فشار روانی و درآمد را شناسایی کرد. (۱۷)، محیط روستایی خود بر سلامتی مؤثر است. فرهنگ‌های روستایی رفتارهایی نظیر عادات غذایی نامناسب را تشویق می‌کنند که بازدارنده سلامتی بوده و موجب اختلال در

2. Weeks

3. Karnofsky Performance status

1. Oguzturk

۴، ۵، ۶ و ۷)، بعد رفاه عاطفی ( موارد ۱، ۳، ۴، ۵، ۶) و در بعد نگرانی‌های ویژه سرطان کولورکتال (موارد ۱، ۲، ۵، ۸ و ۹) به صورت معکوس صورت گرفت. امتیاز کل از جمع امتیازات ابعاد جسمی، عملکردی، اجتماعی/ خانوادگی، عاطفی و نگرانی‌های ویژه سرطان کولورکتال به دست می‌آید که در محدوده صفر تا ۱۴۰ می‌باشد. در مجموع میانگین و انحراف معیار امتیازات در هر بعد تعیین شد.

کلیه اطلاعات به وسیله پژوهشگر از طریق مصاحبه با بیماران و مرور پرونده‌های پزشکی آنان گردآوری شد. داده‌های جمع آوری شده پس از کدگذاری وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ گردید و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار، جداول، نمودار) و استنباطی (با توجه به توزیع نرمال داده‌ها براساس نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف از آزمون‌های کای دو، تی مستقل) با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

#### یافته‌ها:

بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال شهری و روستایی از نظر ویژگی‌های دموگرافیک مقایسه شدند. هیچ اختلاف معنی دار آماری بین سن، جنس، وضعیت تاهل و بیمه بهداشتی بین دو گروه وجود نداشت. بین سطح تحصیلات ( $p < 0/001$ )، متوسط درآمد ماهیانه ( $p < 0/001$ ) و وضعیت اشتغال ( $p < 0/002$ ) در دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود داشت. اکثر بیماران روستایی (۶۷/۷٪)، درآمد کمتر از ۲۵۰ هزار تومان داشتند؛ درحالیکه اکثر بیماران شهری (۴۸/۱٪)، درآمد بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان داشتند (جدول ۱).

ویژگی‌های بالینی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال شهری و روستایی در جدول ۲ مقایسه شدند. هیچ اختلاف معنی دار آماری بین طول مدت ابتلا به سرطان، بیماری‌های همراه، سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال، محل بیماری و کلاستومی بین دو گروه وجود نداشت. بین مرحله سرطان و وضعیت عملکردی کارنوفسکی در دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود داشت. اکثر بیماران شهری در مرحله دوم (۴۴/۳٪) و اکثر بیماران روستایی (۶۴/۵٪) در مرحله سوم سرطان بودند ( $p < 0/039$ ). میانگین نمره وضعیت عملکردی در بیماران شهری نسبت به روستاییان بالاتر بود ( $88/86 \pm 8/31$  در مقابل  $84/52 \pm 10/9$  و  $p < 0/026$ ).

میانگین امتیازات ابعاد کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال شهری نسبت به روستاییان بالاتر بود؛ که این اختلاف در ابعاد رفاه جسمی ( $p < 0/027$ ) و رفاه عملکردی ( $p < 0/019$ ) از نظر آماری معنی دار بود. میانگین مجموع امتیازات کیفیت زندگی بیماران شهری نسبت به روستاییان بالاتر بود اما این اختلاف از نظر آماری نزدیک به سطح معنی داری بود ( $97/9 \pm 18/56$  در مقابل  $19/93 \pm 90/18$ ،  $p < 0/057$ ). میانگین امتیازات فقط در بعد رفاه اجتماعی/خانوادگی به طور جزئی در روستاییان نسبت به بیماران شهری پایین تر بود اما این اختلاف معنی دار

کارنوفسکی و همکاران در سال ۱۹۴۸ جهت ارزیابی وضعیت عملکردی بیماران مبتلا به کارسینوما ریه تحت شیمی درمانی طراحی گردید. (۲۰) جهت بررسی بیماری‌های همراه از شاخص بیماری‌های همراه چارلسون (Charlson's Comorbidity Index) استفاده شد. این شاخص در سال ۱۹۸۷ براساس طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ویرایش نهم) ICD-9 به وسیله چارلسون طراحی شد. این شاخص شامل ۱۹ شرایطی بیماری است که به هر بیماری با توجه به تأثیر بالقوه آن بر مورتالیتی امتیاز داده می‌شود که به شرح زیر می‌باشد: انفارکتوس میوکارد، نارسایی احتقانی قلب، بیماری عروق محیطی، بیماری عروق مغزی، دمانس، بیماری انسدادی مزمن ریوی، بیماری بافت همبند، بیماری زخم پپتیک، بیماری کبدی خفیف، دیابت بدون عوارض (امتیاز ۱)، همی پلژی، بیماری کلیوی متوسط-شدید، دیابت همراه با آسیب به ارگان‌های انتهایی، ابتلا به هر نوع تومور (در طی ۵ سال گذشته)، لنفوما، لوکمی (امتیاز ۲)، بیماری کبدی متوسط - شدید (امتیاز ۳)، تومورهای جامد متاستاتیک، ایدز (امتیاز ۶). امتیازات حاصل از شاخص چارلسون را می‌توان با سن منطبق نمود به طوری که هر دهه سنی (شروع از ۵۰ سالگی) به عنوان یک امتیاز اضافی در نظر گرفته شد که به صورت زیر می‌باشد:

۵ = ۹۹ - ۹۰ سال و ۴ = ۸۹ - ۸۰ سال، ۳ = ۷۹ - ۷۰ سال، ۲ = ۶۹ - ۶۰ سال، ۱ = ۵۹ - ۵۰ سال، ۰ = ۵۰ سال < سن

امتیاز کل، از جمع امتیازات مربوط به هر بیماری همراه حاصل می‌شود که محدوده آن در صورت عدم تطابق سنی از صفر تا ۳۷ و در صورت تطابق سنی از صفر تا ۴۳ می‌باشد. بیماری‌های ثبت شده در پرونده بیماران یا بیماری‌های تحت درمان به عنوان بیماری همراه در نظر گرفته شدند. بیماری‌های کاملاً درمان شده (مثلاً سابقه پنومونی یا سابقه عمل جراحی جهت درمان بیماری غیر فعال اخیر مثلاً سابقه کلیسیستکتومی به عنوان بیماری همراه در نظر گرفته نشدند). (۲۱)

بخش سوم مربوط به پرسشنامه ۳۶ موردی معتبر و پایای پرسشنامه ارزیابی عملکردی درمان سرطان کولورکتال جهت ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ به وسیله سلا<sup>۴</sup> و همکاران ساخته و معتبر شده (۲۲) و هم چنین در تحقیقات وارد<sup>۵</sup> و همکاران در سال ۱۹۹۹ (۲۳) و یوو<sup>۶</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۵ (۲۴) پایایی و اعتبار آن بررسی شده است که شامل ۵ بعد، رفاه جسمی (۷ مورد)، رفاه عملکردی (۷ مورد)، رفاه اجتماعی/خانوادگی (۷ مورد)، رفاه عاطفی (۶ مورد) و بعد نگرانی‌های ویژه سرطان کولورکتال (۹ مورد) می‌باشد که این بعد نگرانی‌های ویژه بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال را بررسی می‌کند.

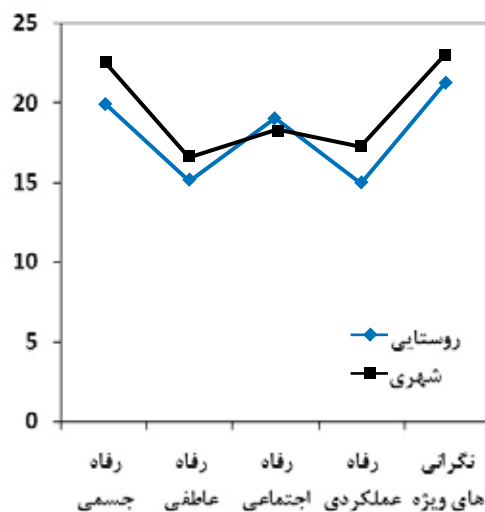
در پرسشنامه ارزیابی عملکردی درمان سرطان کولورکتال، به همه موارد از صفر تا ۴ نمره داده شد. نمره دهی در بعد رفاه جسمی (موارد ۱، ۲، ۳،

4. Cella  
5. Ward  
6. Yoo

جدول ۱: مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال برحسب محل سکونت

p-value	روستا (۳۱ نفر)	شهر (۷۹ نفر)	ویژگی‌های دموگرافیک
۰/۵۹۷	۵۷/۳۲ ± ۱۴/۰۶	۵۸/۷۲ ± ۱۱/۷۴	سن (میانگین و انحراف معیار)
۰/۱۹۲	۱۵ (% ۴۸/۴)	۴۹ (% ۶۲)	جنس
	۱۶ (% ۵۱/۶)	۳۰ (% ۳۸)	مرد
			زن
۰/۹۴۴	۲۸ (% ۹۰/۳)	۷۱ (% ۸۹/۹)	وضعیت تاهل
	۳ (% ۹/۷)	۸ (% ۱۰/۱)	متاهل
			مجرد
۰/۰۰۱	۱۸ (% ۵۸/۱)	۱۷ (% ۲۱/۵)	سطح تحصیلات
	۹ (% ۲۹)	۲۶ (% ۳۲/۹)	بیسواد
	۲ (% ۶/۵)	۲۱ (% ۲۶/۶)	زیر دیپلم
	۲ (% ۶/۵)	۱۵ (% ۱۹)	دیپلم
			بالتر از دیپلم
۰/۰۰۱	۲۱ (% ۶۷/۷)	۱۴ (% ۱۷/۷)	متوسط درآمد ماهیانه (تومان)
	۷ (% ۲۲/۶)	۲۷ (% ۳۴/۲)	کمتر از ۲۵۰ هزار
	۳ (% ۹/۷)	۳۸ (% ۴۸/۱)	بین ۲۵۰ تا ۵۰۰ هزار
			بیشتر از ۵۰۰ هزار
۰/۰۰۲	۰	۱۰ (% ۱۲/۷)	وضعیت اشتغال
	۱۲ (% ۳۸/۷)	۱۸ (% ۲۲/۸)	کارمند
	۱۶ (% ۵۱/۶)	۲۳ (% ۲۹/۱)	کارگر
	۳ (% ۹/۷)	۲۸ (% ۳۵/۴)	خانه دار
			بازنشسته
۰/۰۶	۴ (% ۱۲/۹)	۳۵ (% ۴۴/۳)	بیمه بهداشتی
	۷ (% ۲۲/۶)	۳۵ (% ۴۴/۳)	خدمات درمانی
	۲۰ (% ۶۴/۵)	۰	تأمین اجتماعی
	۰	۵ (% ۶/۳)	روستایی
	۰	۴ (% ۵/۱)	نیروهای مسلح
			بدون بیمه

نمودار ۱: مقایسه میانگین امتیازات ابعاد کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال برحسب محل سکونت



نمودار ۱: مقایسه میانگین امتیازات ابعاد کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال برحسب محل سکونت

نمودار ۱: مقایسه میانگین امتیازات ابعاد کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال برحسب محل سکونت

جدول ۲: مقایسه ویژگی‌های بالینی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال برحسب محل سکونت

ویژگی‌های بالینی	شهر (۷۹ نفر)	روستا (۳۱ نفر)	p-value
طول مدت ابتلا به سرطان (ماه)	۲۰/۷۱ ± ۳۶/۳۷	۲۱/۴۲ ± ۴۲/۹۷	۰/۱۳۹ تی مستقل
بیماری‌های همراه (براساس شاخص چارلسون)	۱/۹۳ ± ۱/۳۲	۱/۸۱ ± ۱/۲۹	۰/۹۴۸ تی مستقل
وضعیت عملکردی کارنوفسکی	۸۸/۸۶ ± ۸/۳۱	۸۴/۵۲ ± ۱۰/۹	۰/۰۲۶ تی مستقل
سابقه خانوادگی سرطان کولورکتال	۲۰ (٪ ۲۵/۳)	۵ (٪ ۱۶/۱)	۰/۴۴۸ کای اسکوئر
بله	۵۹ (٪ ۷۴/۷)	۲۶ (٪ ۸۳/۹)	
خیر			
محل بیماری کولون رکتوم	۱۱ (٪ ۱۳/۹)	۷ (٪ ۲۲/۶)	۰/۲۷ کای اسکوئر
	۶۸ (٪ ۸۶/۱)	۲۴ (٪ ۷۷/۴)	
مرحله سرطان اول	۱۱ (٪ ۱۳/۹)	۱ (٪ ۳/۲)	۰/۰۳۹ کای اسکوئر
دوم	۳۵ (٪ ۴۴/۳)	۹ (٪ ۲۹)	
سوم	۲۸ (٪ ۳۵/۴)	۲۰ (٪ ۶۴/۵)	
چهارم	۵ (٪ ۶/۳)	۱ (٪ ۳/۲)	
کلستومی	۲۱ (٪ ۲۶/۶)	۱۰ (٪ ۳۲/۳)	۰/۵۵۲ کای اسکوئر
بله	۵۸ (٪ ۷۳/۴)	۲۱ (٪ ۶۷/۷)	
خیر			

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیازات کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال برحسب محل سکونت

کیفیت زندگی	شهر (۷۹ نفر)	روستا (۳۱ نفر)	P value
رفاه جسمی	۲۲/۶۲ ± ۴/۹۶	۲۰ ± ۶/۶۷	۰/۰۲۷ تی مستقل
رفاه عاطفی	۱۶/۶۸ ± ۴/۸۱	۱۵/۱۹ ± ۵/۵۶	۰/۱۶۵
رفاه اجتماعی/خانوادگی	۱۸/۳۳ ± ۵/۰۷	۱۸/۸۷ ± ۳/۶۹	۰/۵۹۸
رفاه عملکردی	۱۷/۲۱ ± ۴/۳۱	۱۵/۰۳ ± ۴/۳۸	۰/۰۱۹
نگرانی‌های ویژه سرطان کولورکتال	۲۳/۰۴ ± ۵/۰۶	۲۱/۴۳ ± ۵/۵۳	۰/۱۴۷
کیفیت زندگی کل	۹۷/۹ ± ۱۸/۵۶	۹۰/۱۸ ± ۱۹/۹۳	۰/۰۵۷

به سرطان کولورکتال شهری و روستایی را به تفکیک شناسایی کرده ایم. یافته‌های مطالعه ما نشان داد که بیماران روستایی نسبت به بیماران شهری کیفیت زندگی اختصاصی پایین تری دارند. با این وجود این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. میانگین امتیازات فقط در بعد رفاه اجتماعی/خانوادگی به طور جزئی در روستاییان نسبت به بیماران شهری بالاتر بود اما این اختلاف معنی دار نبود. گوگنوموس<sup>۷</sup> و همکاران در تعریف بعد اجتماعی ذکر می‌کنند که این بعد به توانایی فرد در برقرار کردن ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان، همکاران و سایر گروه‌های اجتماعی و وضعیت

کلی وجود داشته باشد، به ویژه هنگامی که هیچ بیماری همراه جدی یا عودی مشهود باشد، با این وجود نشانه‌های جسمی اختصاصی نظیر کاهش انرژی و از دست دادن وزن و مشکلات روانی - اجتماعی مانند فشار روانی و نشانه‌های افسردگی ممکن است در طی سالها به عنوان یک مشکل حتی در بین بازماندگان در طولانی مدت باقی بماند که بهبودی از سرطان کولورکتال حاصل کرده اند. در مطالعه حاضر ما به مقایسه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال برحسب محل سکونت آنان پرداختیم؛ هم چنین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا

7. Guggnumoos

**نتیجه گیری:**

در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال برحسب محل سکونت متفاوت می‌باشد. بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال ساکن در شهر نسبت به روستاییان کیفیت زندگی اختصاصی بالاتری را گزارش کردند، که این مسئله به انجام مداخلاتی به منظور ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی بیماران در نواحی روستایی تأکید می‌نماید.

چندین محدودیت برای مطالعه حاضر وجود داشت. اولاً، نتایج مطالعه ما مربوط به یک مرکز آموزشی درمانی بود؛ از این رو ممکن است تورش نمونه‌گیری وجود داشته باشد. محدودیت‌های دیگر شامل حجم نمونه نسبتاً کوچک و روش نمونه‌گیری آسان بود. با این وجود نقطه قوت مطالعه ما، استفاده از ابزار استاندارد و پایای کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال بود.

یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند پایه‌ای برای تحقیقات آینده باشد. براساس نتایج مطالعه حاضر انجام مطالعات مداخله‌ای به منظور ارتقای کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال روستایی به ویژه در ابعاد جسمی و عملکردی ضروری به نظر می‌رسد. هم‌چنین انجام مطالعاتی به منظور تعیین عوامل پیش‌بینی کننده این اختلاف در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال برحسب محل سکونت پیشنهاد می‌شود.

**سپاسگزاری:**

در پایان مراتب سپاس فراوان خود را از معاونت محترم پژوهشی استان گیلان، ریاست محترم مرکز آموزشی درمانی رازی و همه کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، ابراز می‌داریم.

شغل مربوط می‌شود. بعد خانوادگی، نحوه تعاملات خانوادگی و میزان حمایت‌های خانوادگی، تأثیراتی که شغل بر ایفای نقش اعضا دارد و نقش افراد خانواده در برداشت کلی از کیفیت زندگی را شامل می‌شود. (۲۵)، شاید این مسئله را بتوان این‌گونه توجیه نمود که روستاییان به دلیل زمینه فرهنگی وابستگی و ارتباطات بیشتری با خانواده، خویشاوندان و دوستان خود دارند، در هنگام بیماری از حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی بیشتری برخوردار می‌شوند.

پایین‌ترین امتیازات کیفیت زندگی اختصاصی بیماران شهری مربوط به بعد رفاه عاطفی بود. رفاه عاطفی توانایی برای سازگاری با استرس و شدت بیماری یا درمان را منعکس می‌نماید. (۲۶)، اکثر مطالعات میزان بالاتر مشکلات رفتاری و افسردگی را در نواحی شهری نسبت به نواحی روستایی گزارش کردند. (۲۷ و ۲۸)، شهر نشینی سریع محرکی کلیدی در اپیدمی اخیر بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (۲۹) و به عنوان یکی از تغییرات جهانی عمده برای سلامت انسان به شمار می‌رود. (۳۰)، در کشورهای در حال توسعه رشد سریع شهرها و صنعتی شدن آنها، با فقر و تنگدستی شدید همراه است، هم‌چنین رفتارهای مشکل‌آفرین شایع در شهرها شامل طلاق، خشونت، خودکشی، سوء مصرف مواد، مشکلات جنسی و سقط، جنایت و بزهکاری، موجب اختلالات و مشکلات عاطفی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی می‌شود. (۳۰)، این نتایج برخلاف یافته‌های حاصل از مطالعه بوریس<sup>۸</sup> و آندرکوفسکی<sup>۹</sup> بود. آنها نشان دادند که بیماران سرطانی روستایی عملکرد سلامت ذهنی ضعیف‌تر، نشانه‌های اضطراب، افسردگی و فشار روانی و مشکلات عاطفی بیشتر نسبت به بیماران سرطانی شهری دارند. (۳۱)، نتایج مطالعه اوگازترک نشان داد که امتیاز کیفیت زندگی کل و ابعاد سلامت ذهنی و جسمی براساس پرسشنامه SF-۱۲ در افراد روستایی نسبت به شهری پایین‌تر بود. وی بیان نمود که فشار روانی در افراد روستایی ممکن است مسئول امتیازات پایین‌تر کیفیت زندگی در نواحی روستایی باشد. (۱۷)، شاید تضاد در یافته‌های فوق با مطالعه حاضر به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش و ابزارهای کیفیت زندگی مورد استفاده باشد.

پایین‌ترین امتیازات کیفیت زندگی اختصاصی بیماران روستایی مربوط به بعد رفاه عملکردی بود. بعد عملکردی توانایی فرد را برای کارکردن و عملکرد مستقل نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر بیماران روستایی به طور معنی‌دار وضعیت عملکردی پایین‌تری نسبت به بیماران شهری داشتند که این مسئله می‌تواند موجب کاهش امتیازات بعد رفاه عملکردی کیفیت زندگی روستاییان شود. این نتایج تعاریف قبلی روستاییان از سلامتی را تایید می‌نماید. آنها سلامتی را به وسیله نقش‌های کار و عملکرد مستقل تعریف می‌کردند. این نتایج با یافته‌های مطالعه شولتز<sup>۱۰</sup> و وینستد فرای<sup>۱۱</sup> سازگار بود. (۱۹)

8. Burris  
9. Andrykowski  
10. Schultz  
11. Winstead-Fry



## REFERENCES

1. Sultan S, Fisher DA, Voils CI, Kinney AY, Sandler RS, Provenzale D. Impact of Functional Support on Health-Related Quality of Life in Patients with Colorectal Cancer. *Cancer* 2004;101:2737-43.
2. Winawer SJ. The multidisciplinary management of gastrointestinal cancer. Colorectal cancer screening. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007;21:1031-48.
3. Salehi Z, Miri M, Aminian K, Mansour-Ghanaei F. Helicobacter pylori infection and colorectal cancer in Guilan province of Iran. *Annals of Biological Research* 2011;2:32-39.
4. Safaee A, Moghimi-Dehkordi B, Fatemi SR, Pourhoseingholi MA, Ghiasi S, Zali MR. Colorectal Cancer in Iran: an Epidemiological Study. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2008;9:123-6.
5. Dunn J, Lynch B, Rinaldis M, Pakenham K, McPherson L, Owen N, et al. Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. *Psychooncology* 2006;15:20-30.
6. Hassan I, Cima RR. Quality of life after rectal resection and multimodality therapy. *J Surg Oncol* 2007;96:684-92.
7. Yost KJ, Hahn EA, Zaslavsky AM, Ayanian JZ, West DW. Predictors of health - related quality of life in patients with colorectal cancer. *health & quality of life outcomes* 2008; 6:66 . Available from: <http://www.hqlo.com/content/6/1/66>.
8. Tsunoda A, Nakao K, Hiratsuka K, Tsunoda Y, Kusano M. Prospective analysis of quality of life in the first year after colorectal cancer surgery. *Acta Oncologica* 2007;46:77-82 .
9. Beck SL, Towsley GL, Caserta MS, Lindau K, Dudley WN. Symptom Experiences and Quality of Life of Rural and Urban Older Adult Cancer Survivors. *Cancer Nurs* 2009;32:359-69.
10. Dow KH. Challenges and opportunities in cancer survivorship research. *Oncol Nurs Forum* 2003 ;30:455-69.
11. Winstead-Fry P, Schultz A. Psychometric Analysis of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) Scale in a Rural Sample. *Cancer* 1997;79:2446-52.
12. Kobayashi K, Morita S, Shimonagayoshi M, Kobayashi M, Fujiki Y, Uchida Y, et al. Effects of socioeconomic factors and cancer survivors' worries on their quality of life (QOL) in Japan. *Psychooncology* 2008;17:606-11.
13. Lee LH. Clinical and non-clinical factors influencing postoperative health-related quality of life in patients with colorectal cancer (Br J Surg 2008; 95: 1408-1415). *Br J Surg* 2009;96:221-2.
14. Arndt V, Merx H, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: a population based study. *Eur J Cancer* 2006;42:1848-57.
15. Weeks WB, Wallace AE, Wang S, Lee A, Kazis LE. Rural-urban disparities in health-related quality of life within disease categories of Veterans. *J Rural Health* 2006;22:204-11.
16. Miles A, Proescholdbell RJ, Puffer E. Explaining rural/non-rural disparities in physical health-related quality of life: a study of United Methodist clergy in North Carolina. *Qual Life Res* 2011;20:807-15.
17. Oguzturk O. Differences in quality of life in rural and urban populations. *Clin Invest Med* 2008;31:E346-50.
18. Weeks WB, Kazis LE, Shen Y, Cong Z, Ren XS, Miller D, et al. Differences in health-related quality of life in rural and urban veterans. *Am J Public Health* 2004;94:1762-7.
19. Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. *Cancer Nurs* 2001;24:12-9.
20. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH . The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer* 1948;1:634-56.
21. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.
22. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, et al. The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 1993;11:570-9.
23. Ward WL, Hahn EA, Mo F, Hernandez L, Tulsky DS, Cella D. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C) quality of life instrument. *Qual Life Res* 1999;8:181-95.
24. Yoo HJ, Kim JC, Eremenco S, Han OS. Quality of life in colorectal cancer patients with colectomy and the validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (FACT-C), Version 4. *J Pain Symptom Manage* 2005;30:24-32.
25. Guggnumass I, Bloomfield K, Brenner H, Flick U. Quality of life and health concepts methods and applications. *BMJ* 1996;313:239.
26. Cella D, Webster K. Linking outcomes management to quality of life in measurement. *Oncology* 1997;11:232-5.
27. Fandrem H, Sam DL, Roland E. Depressive Symptoms among Native and Immigrant Adolescents in Norway: The Role of Gender and Urbanization. *Soc Indic Res* 2009;92:91-109.
28. Wichstrøm L, Skogen K, Oia T. Increased rate of conduct problems in urban areas: what is the mechanism? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:471-9.
29. Kinra S, Andersen E, Ben-Shlomo Y, Bowen L, Lyngdoh T, Prabhakaran D, et al. Association Between Urban Life-Years and Cardiometabolic Risk: The Indian Migration Study. *Am J Epidemiol* 2011;174:154-164.
30. Ketumarn P. Mental Health Problems in Urban Setting. *Siriraj Med J* 2010; 2:32-5.
31. Burris JL, Andrykowski M. Disparities in mental health between rural and nonrural cancer survivors: a preliminary study. *Psychooncology* 2010;19:637-45

# Comparison of Specific Quality of Life Between Urban and Rural Colorectal Cancer Patients

Momeni M<sup>1</sup>, Ghanbari A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Researcher, Shahid Beheshti Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

<sup>2</sup>Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

## ABSTRACT

### **Background:**

Colorectal cancer (CRC) is one of the most common invasive cancers responsible for physical and psychosocial morbidity. Therefore, quality of life (QoL) is an important outcome for these patients. Despite advances in understanding QoL, the majority of available research is from urban areas. The present study aims to compare QoL between urban and rural CRC patients.

### **Materials and Methods:**

In this cross-sectional study, we assessed 110 patients with CRC (79 urban, 31 rural) who referred to Razi Hospital. Demographic and clinical factors were collected by data collection forms, and through patient interviews and review of medical records. Specific QoL was evaluated by FACT-C. Data was analyzed by SPSS version 16, t- and chi-square tests.

### **Results:**

Mean scores for specific QoL were higher in urban patients than those who resided in rural areas ( $p < 0.05$ ); this difference was statistically significant in the domains of physical wellbeing ( $p < 0.02$ ) and functional wellbeing ( $p < 0.01$ ). Only in the mean scores of social and family wellbeing were rural patients partially higher than urban patients; but this difference was not statistically significant.

### **Conclusion:**

Specific QoL of patients with CRC differs according to residence location. QoL is higher for those who reside in urban areas in comparison with rural areas. This highlights the need for interventions in the performance of health and QoL promotion amongst rural patients.

**Keywords:** Colorectal cancer, Specific quality of life, Urban, Rural

*Govareh/ Vol.15, No.4, Winter 2011; 263-270*

### **Corresponding author:**

Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti  
Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical  
Sciences, Rasht, Iran

Tel: +98 131 5555056

Fax: +98 1315550097

Email: atghanbari87@gmail.com

Received: 1 May 2011

Edited: 20 Jun. 2011

Accepted: 22 Jun. 2011