

کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت در مبتلایان به سرطان پستان تحت درمان با رژیم‌های رایج درمانی

ناهید حاتم^{۱*}، پیوند باستانی^۲، نلوفر احمدلو^۳، علی اصغر احمد کبادلیری^۴

خلاصه

مقدمه: کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت یکی از مفاهیم عمیقی است که امروزه در کنار سایر شاخص‌های کمی مثل امید به زندگی و بقا، مورد توجه نظام‌های سلامت قرار گرفته و اهمیت آن به‌ویژه در بیماری‌های استحال‌های و درمان‌های طولانی مدت و پیچیده از جمله سرطان‌ها، بیش از پیش نمود پیدا کرده است. در این مطالعه به بررسی کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت در بیماران تحت درمان با رژیم‌های درمانی دوستاکسل، آدریامایسین (دوکسوروبیسین)، سایکلوفسفاماید (TAC) و ۵-فلورورابوسیل، آدریامایسین و سایکلوفسفاماید (FAC) پرداخته شده است.

روش: این مطالعه بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان با تست زیر بغل مثبت که تحت درمان با یکی از دو رژیم درمانی TAC یا FAC بودند با استفاده از پرسشنامه استاندارد بین‌المللی EORTC QLQ-C30 برای سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در آغاز و پایان دوره شیمی‌درمانی، به‌صورت دو سو کور صورت گرفت و داده‌های حاصل از هر مرحله با کمک آزمون آماری مقایسه میانگین گروه‌های مستقل در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان می‌دهد که با وجود یکسان بودن نمرات کیفیت زندگی بیماران در شروع درمان در هر دو گروه، پس از ۴ ماه پی‌گیری، در پایان دوره شیمی‌درمانی، میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر دو گروه کاهش یافت که البته این کاهش در گروه بیماران استفاده‌کننده از رژیم TAC، نسبت به گروه مقابل، بیشتر بود. نتیجه‌گیری: استفاده از داروهای شیمی‌درمانی می‌تواند به میزان زیاد در کاهش کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با این روش‌ها، مؤثر باشد. بر این اساس می‌توان با تقویت روابط بیمار با خانواده، اجتماع، تیم درمانی و استفاده از روش‌های حمایتی و مشاوره‌ای، به میزان زیادی به حفظ سطح کیفیت زندگی بیماران کمک نمود. واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت، شیمی‌درمانی کمکی، سرطان پستان، تست زیر بغل مثبت

۱- دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۲- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی

تهران ۳- دانشیار رادیوتراپی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۴- دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، دانشگاه سوند

* نویسنده مسؤل، آدرس: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی • آدرس پست الکترونیک: hatam@sums.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۵/۲۳ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۰/۱/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱/۳۱

مقدمه

سرطان به انواع مختلفی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که حاصل رشد و تکثیر بی‌رویه و بی‌برنامه سلول‌های بدن است و خود، می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف محیطی و ژنتیکی ایجاد شود (۱). دغدغه‌ای که امروزه، سرطان را به‌عنوان یک معضل بهداشتی-درمانی در سطح جهان معرفی می‌کند و مبارزه با آن را از اولویت‌های نظام سلامت قرار می‌دهد، رشد فزاینده تعداد مبتلایان به این بیماری در سرتاسر جهان و حتی در کشور خود ماست. مضافاً اینکه، این رشد فزاینده مسئول بیش از ۱۲ درصد مرگ‌ها نیز می‌باشد. در این رابطه آمارهای شیوع و بروز در کشور نشان می‌دهند که سالانه بیش از ۷۰۰۰۰ مورد جدید به خیل بیماران سرطانی می‌پیوندند و بیش از ۴۰۰۰۰ نفر نیز در سال، به کام مرگ فرو می‌روند. دلایل زیادی برای این افزایش در روند بیماری ذکر شده است از جمله، به وجود ۵ عامل مهم در میان همه کشورهای اعم از توسعه یافته و در حال توسعه، اشاره شده که اشاعه روز افزون آنها نقش مهمی در گسترش هر چه بیشتر شیوع و بروز سرطان‌ها داشته است این عوامل تغییر در رژیم غذایی، استعمال دخانیات، ابتلا به عفونت‌ها، عوامل مرتبط با زیان‌آور شغلی و ارگونومیک و آلودگی‌های محیطی می‌باشند. در این میان، رژیم غذایی و عفونت‌ها به‌تنهایی در سال ۲۰۰۲ عامل ایجاد ۴/۴ میلیون مورد سرطان از حدود ۱۰ میلیون مورد جدید این بیماری در جهان بودند (۲،۳) و در همین رابطه، پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ به دلیل افزایش متوسط سنی جمعیت، کنترل نسبی بیماری‌های واگیر و افزایش اثرات عوامل خطر و آلودگی هوا و سایر عوامل خطر سرطان‌زا (carcinogenic)، سرطان، به‌عنوان اولین و مهمترین عامل مرگ انسان مطرح خواهد شد (۲).

یکی از انواع سرطان‌ها که از نظر ابتلا، بیشترین آمار را در میان زنان داشته و دومین علت عمده مرگ ناشی از سرطان‌ها در این گروه محسوب می‌شود، سرطان پستان است که خود مسئول یک پنجم مرگ زنان ۴۰ تا ۵۰ ساله شناخته شده است. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، میزان

بروز سالانه این بیماری در دنیا با نرخ ۱/۸ تا ۲ درصد در حال افزایش است و نکته قابل ذکر در این زمینه این است که ۲۵ درصد از کل موارد تشخیص داده شده، در زمان تشخیص، دارای بیماری پیشرفته هستند (۴). باوجود پیشرفت‌های انجام شده در زمینه درمان سرطان پستان و افزایش میزان بقا در این بیماران از ۷۵٪ در دهه ۱۹۷۰ به میزان ۸۷٪ در دهه ۱۹۹۰، همچنان خود سرطان و روش‌های مختلف درمان این بدخیمی با عوارض و ناراحتی‌های متعددی همراه است که درد (pain) و دیسترس روانی (distress) از شایع‌ترین آنهاست که در حداقل نیمی از زنان مبتلا به سرطان پستان گزارش شده است. دیسترس که خود شامل مفهوم وسیعی از علائم اختصاصی چون نگرانی در مورد بیماری و کاهش سلامت، افسردگی، اضطراب، عصبانیت، اختلالات خواب، کاهش اشتها، اختلالات تمرکز و پریشانی حواس همراه با ترس از ناتوانی و مرگ می‌باشد، تأثیر بسیار زیادی بر کیفیت زندگی این بیماران دارد (۵). در این رابطه این نکته قابل ذکر است که با وجود پیشرفت‌های پزشکی و توسعه درمان‌های سرطان که بیش از پیش بر بقای این بیماران مؤثر است، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند بی‌همتاست (۶) و همگی این حالات و احساسات می‌توانند به میزان زیادی کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهند.

اگرچه کیفیت زندگی در متون مختلف به یک مفهوم چندبعدی با جنبه‌های مثبت و منفی حداقل در چهار بعد عملکرد جسمی، احساسی، اجتماعی و نقش اطلاق می‌شود (۷،۸)، اکثر صاحب‌نظران مسایل دیگر از جمله میزان آگاهی و آشنایی تیم مراقبت با دغدغه‌های رایج بیماران و نحوه و میزان اطلاع‌رسانی به بیماران در مورد عکس‌العمل‌های رایج آنها نسبت به بیماری‌شان را در میزان پذیرش و توسعه مداخلات درمانی سرطان مؤثر می‌دانند (۹). به‌علاوه مطالعات مبین آن است که هر نوع سرطان در حالت کلی، می‌تواند تأثیراتی چون خستگی، مشکلات روحی و روانی، انکار بیماری، اختلال در تصویر

از نوع درمان بیماران آگاه بود. در طول دوره مطالعه، ۶۸ نفر از بیماران در گروه FAC قرار داشتند که در هر جلسه شیمی درمانی 50 mg/m^2 فلورویوراسیل، 50 mg/m^2 آدریامایسین (دوکسوروبیسیکسین) و 50 mg/m^2 سایکلو فسفاماید، هر سه به صورت داخل وریدی به مدت ۶ جلسه، هر سه هفته یکبار دریافت می کردند و ۳۲ نفر از بیماران در گروه TAC بودند که در هر جلسه 75 mg/m^2 دوستاکسل، 50 mg/m^2 آدریامایسین (دوکسوروبیسیکسین) و 50 mg/m^2 سایکلو فسفاماید هر سه به صورت داخل وریدی برای مدت ۶ جلسه به فاصله هر سه هفته یکبار، دریافت می کردند. در طول دوره پیگیری هیچ مورد فوتی اتفاق نیفتاد. کلیه موارد بدخیمی که به سایر اعضای بدن متاستاز داده بودند و کسانی که غدد لنفاوی منفی داشتند از مطالعه خارج شدند. معیار ورود به مطالعه علاوه بر نوع رژیم درمانی مورد استفاده، بیمارانی بودند که از این روش های شیمی درمانی، صرفاً به عنوان درمان کمکی استفاده می نمودند و غدد لنفاوی زیر بغل مثبت داشتند ($\text{Node-positive} > 1$).

برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه استاندارد EORTC QLQ - C30 که به تایید سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان رسیده و روایی و پایایی آن در مطالعاتی که در اسپانیا و آمریکا صورت گرفته به زبان اصلی در ۱۲ گروه قومی فرهنگی، مناسب تشخیص داده شده (۱۳) استفاده شد. در ایران نیز منتظری و همکاران، آن را ابزار مناسبی جهت اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران سرطانی تشخیص داده اند (۱۴). به علاوه در تحقیق دیگری توسط حاجی محمدی و همکاران، روایی و پایایی آن مناسب تشخیص داده شده است (۱۵).

این پرسشنامه شامل ۵ مقیاس عملکرد جسمانی، عملکرد ایفای نقش (نشانگر وضعیت بیمار در انجام فعالیت و وظایف روزانه)، عملکرد احساسی (گویای نگرانی، تنش، تحریک پذیری و افسردگی)، عملکرد شناختی (بیان گر توانایی بیمار در تمرکز حواس، یادآوری مسایل و اجزای عملکرد شناختی) و عملکرد اجتماعی و ۶ مقیاس مجرد شامل (اسهال، بی خوابی، کاهش اشتها، یبوست، تنگی نفس

ذهنی بیمار به دلیل تغییر در عملکرد اعضای بدن و طول مدت بیماری داشته باشد (۱۰) که همگی این موارد به علاوه تأثیرات اختصاصی ناشی از داروهای مورد استفاده در رژیم های شیمی درمانی می توانند به نحوی کیفیت زندگی بیمار را دستخوش تغییر کنند. به عنوان مثال تیرگی و همکاران به وجود یک همبستگی مثبت بین تعداد دوره های شیمی درمانی با نمرات خستگی، اضطراب و افسردگی اشاره کرده اند (۱۱).

مارتین (Martin) و همکاران نیز تأکید می کنند که هر نوع درمان با داروهای شیمی درمانی، دامنه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در طی دوره دارو درمانی کاهش می دهد (۱۲). در این مطالعه به بررسی کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت در مبتلایان به سرطان پستان تحت درمان با دو رژیم درمانی رایج یعنی دوستاکسل - آدریامایسین - سایکلو فسفاماید در برابر آدریامایسین - سایکلو فسفاماید - فلورویوراسیل در آغاز و پایان دوره شیمی درمانی پرداخته شده است.

روش بررسی

این مطالعه به صورت کوهورت بر روی ۱۰۰ نفر از بیمارانی که برای دریافت شیمی درمانی کمکی به بخش پرتو درمانی مرکز آموزشی درمانی نمازی شیراز در فاصله زمانی ابتدای مهر ماه ۱۳۸۷ تا انتهای شهریور ماه ۱۳۸۸ مراجعه کرده بودند، انجام شد. این بیماران از طریق نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند و همه آنها قبلاً تحت عمل جراحی پستان قرار گرفته بودند و از درمان کمکی به منظور افزایش بقا و کاهش خطر متاستازهای کوچک استفاده می کردند. این بیماران با تشخیص پزشکی معالجاتی از یکی از دو رژیم درمانی شیمی درمانی "آدریامایسین - سایکلو فسفاماید - فلورویوراسیل (FAC) یا "دوستاکسل - آدریامایسین - سایکلو فسفاماید (TAC)" استفاده می کردند و به علت دو سو کور بودن مطالعه هیچ یک از بیماران و پژوهشگران در حین دوره درمان از نوع پروتکل دریافتی اطلاعی نداشتند و صرفاً پزشک معالج

نتایج

این مطالعه بر روی ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. از میان کل بیماران ذکر شده، ۶۸٪ (۶۸ نفر) از رژیم درمانی FAC و ۳۲٪ (۳۲ نفر) از رژیم درمانی TAC استفاده می کردند.

میانگین سنی بیماران مورد مطالعه، برابر با $۴۸/۴۹ \pm ۱۰/۶۳$ سال با حداقل سن ۳۰ سال و حداکثر ۷۴ سال بودند. گروه FAC دارای حداقل سن ۳۰ سال و حداکثر سن ۷۴ سال و میانگین سنی $۴۹/۲۹ \pm ۱۱/۵۹$ سال بوده و گروه TAC دارای حداقل سن ۳۴ سال و حداکثر سن ۶۷ سال با میانگین $۸/۲۳ \pm ۴۶/۷۱$ سال بودند (جدول ۱).

بررسی وضعیت تحصیلی بیماران مورد مطالعه، نشان داد که درصد بالایی از بیماران بی سواد بوده و یا تحصیلات در مقطع ابتدایی داشتند به طوری که ۷۰٪ (۷۰ نفر) دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم بودند و تنها ۱۰٪ (۱۰ نفر) مدرک دانشگاهی (لیسانس و بالاتر) داشتند.

و مشکلات مالی) و ۳ مقیاس نشانه‌های شامل (خستگی، تهوع و استفراغ و درد) بوده که نمرات در هر بعد از ۱۰۰-۰ در نظر گرفته شده است. به طوری که در بعد وضعیت عملکردی (عملکرد جسمانی، عملکرد نقش، عملکرد احساسی، عملکرد شناختی و عملکرد اجتماعی) و وضع کلی سلامت/کیفیت زندگی، هر چه میانگین نمره به ۱۰۰ نزدیکتر باشد، نشانه عملکرد بهتر است و در بعد علایم و نشانگان (خستگی، درد، تنگی نفس، اختلال خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال) و اثرات اقتصادی بیماری، هر چه میانگین نمره از ۱۰۰ کمتر باشد، نشانه وضعیت بهتر است. لذا به منظور مقایسه کیفیت زندگی ناشی از درمان در دو گروه بیماران، پس از انتخاب نوع رژیم درمانی توسط پزشک معالج و پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران، پرسشنامه به صورت مصاحبه، یکبار در جلسه اول شیمی درمانی و یکبار در جلسه آخر (ششم) برای هر بیمار تکمیل گردید.

ضمناً $P < ۰/۰۵$ پس از تجزیه و تحلیل و مقایسه داده‌های دو گروه با آزمون مقایسه میانگین برای گروه‌های مستقل، معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱. توزیع سنی بیماران مبتلا به سرطان پستان بر حسب نوع رژیم شیمی درمانی مورد استفاده

سن (سال)	نوع رژیم درمانی		FAC		TAC		کل
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۳۰-۳۹	۶	۱۸/۷۵	۱۹	۲۷/۹۴	۲۵	۲۵	۲۵
۴۰-۴۹	۱۵	۴۶/۸۷	۲۴	۳۵/۲۹	۳۹	۳۹	۳۹
۵۰-۵۹	۸	۲۵	۱۳	۱۹/۱۲	۲۱	۲۱	۲۱
۶۰-۶۹	۳	۹/۳۷	۱۰	۱۴/۷	۱۳	۱۳	۱۳
۷۰ به بالا	-	-	۲	۲/۹۴	۲	۲	۲
کل	۳۲	۱۰۰	۶۸	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

حاصل از پرسشنامه EORTC QLQ-C30 در این دو دسته بیماران با هم برابر، و تقریباً مساوی $۷۴/۵$ از ۱۰۰ نمره بود ($۲۴/۱۴ \pm ۷۴/۴۸$) (جدول ۲).

در حالی که، یافته‌ها نشان می‌دهد که نمرات کیفیت زندگی بیماران در همه ابعاد در هر دو گروه در جلسه ششم

یافته‌های حاصل از کیفیت زندگی بیماران در مورد کیفیت زندگی بیماران در اولین جلسه شیمی درمانی، تفاوت معنی داری در هیچ یک از نمرات ابعاد عملکردی و نشانگان بین بیماران استفاده کننده از دو رژیم درمانی وجود نداشت و میانگین نمره کل کیفیت زندگی

به علاوه پس از تجزیه و تحلیل قسمت عوارض و نشانگان پرسشنامه‌های EORTC QLQ-C30 در جلسه آخر شیمی درمانی مشخص شد که از نظر علائم خستگی، درد، اختلال خواب و اسهال، بیماران گروه TAC به طور معنی داری، دارای وضعیت بدتری (میانگین بالاتر) نسبت به بیماران گروه FAC بودند. این در حالی است که در مورد علائم تهوع و استفراغ از زیر مجموعه علائم و نشانگان، بیماران تحت درمان با گروه TAC به طور معنی داری، دارای وضعیت بهتری نسبت به بیماران در گروه FAC بودند (میانگین پایین تر).

ضمناً در مورد علائم تنگی نفس، کاهش اشتها و یبوست از زیر مجموعه علائم و نشانگان، تفاوت معنی داری میان دو گروه بیماران TAC و FAC تحت مطالعه دیده نشد (جدول ۳).

شیمی درمانی، نسبت به نمره اولیه کاهش یافته است. هر چند این کاهش در بیماران گروه TAC بیشتر بوده است؛ به نحوی که میانگین نمره کل کیفیت زندگی در بیماران که از پروتکل FAC استفاده کرده بودند از ۷۴/۵ به ۶۸ (۶۷/۷۴ ± ۲۶/۱۱) و در گروه بیمارانی که تحت درمان با رژیم درمانی TAC بودند از ۷۴/۵ به ۶۴ (۶۴/۳۹ ± ۲۹/۵۶) کاهش یافته بود.

در واقع، در هر پنج بعد مربوط به وضعیت عملکردی (عملکرد جسمانی، عملکرد نقش، عملکرد احساسی، عملکرد شناختی و عملکرد اجتماعی) و بعد وضع کلی سلامت/کیفیت زندگی، بیمارانی که از پروتکل TAC استفاده کرده بودند، به طور معنی داری، دارای میانگین نمره کمتری نسبت به بیمارانی بودند که از رژیم درمانی FAC استفاده نموده بودند (جدول ۳).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در جلسه

اول شیمی درمانی با مقیاس EORTC QLQ-C30

P-Value	گروه FAC	گروه TAC	(نمره میانگین ± انحراف معیار)	
			ابعاد کیفیت زندگی	
۰/۵۹	۶۴/۲۰ ± ۲۳/۸۵	۶۴/۱۲ ± ۲۴/۱۴	عملکرد جسمانی	
۰/۵۳	۶۹/۲۹ ± ۳۳/۲۶	۶۹/۳۵ ± ۳۲/۱۱	عملکرد نقش	
۰/۵۸	۶۲/۷۰ ± ۳۴/۱۱	۶۲/۲۹ ± ۳۰/۱۷	وضعیت عملکردی*	
۰/۵۹	۷۵/۱۲ ± ۲۶/۲۱	۷۵/۱۳ ± ۲۷/۱۹	عملکرد شناختی	
۰/۶۱	۷۳/۱۰ ± ۲۸/۱۱	۷۳/۱۴ ± ۲۸/۵۶	عملکرد اجتماعی	
۰/۵۹	۶۹/۳۹ ± ۳۵/۱۴	۶۹/۳۳ ± ۳۴/۸۲	وضع کلی سلامت/کیفیت زندگی	
۰/۶۲	۳۵/۱۳ ± ۲۰/۸۹	۳۵/۱۱ ± ۲۱/۱۴	خستگی	
۰/۷۲	۲۷۰ ± ۱۱/۱۰	۲/۱۹ ± ۱۱/۳۹	تهوع و استفراغ	
۰/۵۸	۲۷/۱۸ ± ۲۵/۷۸	۲۷/۱۴ ± ۲۵/۱۹	درد	
۰/۵۵	۸/۱۹ ± ۱۴/۹۹	۸/۱۰ ± ۱۵/۳۳	تنگی نفس	
۰/۵۹	۳۸/۸۰ ± ۲۵/۱۱	۳۸/۸۰ ± ۲۵/۱۷	علائم و نشانگان**	اختلال خواب
۰/۶۰	۱۸/۳۲ ± ۳۱/۳۱	۱۸/۳۵ ± ۳۲/۱۸	کاهش اشتها	
۰/۵۸	۹/۱۵ ± ۲۱/۱۸	۹/۱۳ ± ۲۱/۸۲	یبوست	
۰/۶۹	۱/۵۷ ± ۱۰/۲۱	۱/۵۰ ± ۱۰/۹۸	اسهال	
۰/۷۱	۳۸/۹۳ ± ۳۳/۱۴	۳۵/۹۱ ± ۳۹/۱۳	اثرات اقتصادی بیماری	

* نمرات بیشتر نشان دهنده وضع بهتر است. ** نمرات بیشتر نشان دهنده وضع بدتر است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان با مقیاس

EORTCQLQ-C30 در گروه TAC و FAC در جلسه ششم شیمی درمانی

P- Value	گروه FAC	گروه TAC	(نمره میانگین ± انحراف معیار)	
			ابعاد کیفیت زندگی	
۰/۰۰۲	۵۷/۳۱ ± ۲۱/۱۷	۵۰/۴۰ ± ۲۳/۷۶	عملکرد جسمانی	
۰/۰۰۶	۶۶/۲۷ ± ۳۲/۹۸	۶۰/۱۳ ± ۳۴/۸۹	عملکرد نقش	
۰/۰۰۷	۵۶/۲۶ ± ۳۰/۱۱	۵۰/۶۹ ± ۳۰/۸۴	وضعیت عملکردی*	عملکرد احساسی
۰/۰۲	۷۲/۲۷ ± ۳۰/۱۸	۶۹/۳۸ ± ۲۷/۴۷	عملکرد شناختی	
۰/۰۰۲	۶۹/۶۱ ± ۳۱/۳۸	۶۴/۱۹ ± ۳۲/۹۵	عملکرد اجتماعی	
P<۰/۰۰۱	۶۵/۲۹ ± ۲۵/۸۷	۵۸/۱۱ ± ۲۴/۲۸	وضع کلی سلامت/کیفیت زندگی	
۰/۰۰۶	۴۱/۷۴ ± ۲۸/۱۵	۴۶/۹۴ ± ۲۶/۹۱	خستگی	
P<۰/۰۰۱	۲۳/۹۳ ± ۲۸/۳۱	۱۶/۳۹ ± ۲۸/۳۷	تهوع و استفراغ	
۰/۰۰۳	۳۳/۱۹ ± ۳۰/۱۱	۳۷/۴۸ ± ۲۸/۲۵	درد	
۰/۰۵	۱۷/۹۱ ± ۲۵/۲۱	۱۶/۲۵ ± ۲۷/۰۵	تنگی نفس	
۰/۰۱۱	۴۳/۷۰ ± ۳۹/۶۵	۴۷/۱۲ ± ۴۰/۶۵	اختلال خواب	علام و نشانهگان**
۰/۰۵	۲۶/۸۴ ± ۳۳/۸۹	۲۲/۶۹ ± ۳۶/۲۹	کاهش اشتها	
۰/۰۶	۱۸/۸۴ ± ۳۰/۹۸	۱۶/۸۵ ± ۲۹/۳۴	یبوست	
۰/۰۰۲	۳/۹۲ ± ۱۹/۱۸	۹/۸۰ ± ۱۱/۳۴	اسهال	
۰/۰۰۸	۵۰/۹۸ ± ۳۶/۳۵	۵۶/۸۷ ± ۳۲/۸۱	اثرات اقتصادی بیماری	

* نمرات بیشتر نشان دهنده وضع بهتر است. ** نمرات بیشتر نشان دهنده وضع بدتر است.

بحث و نتیجه گیری

عنوان رژیم های TAC و FAC شناخته می شوند، پرداخته است.

یافته ها حاکی از آن است که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در بیماران هر دو گروه در جلسه اول شیمی درمانی با یکدیگر برابر بوده است. (۷۴/۵ از ۱۰۰) به علاوه در هیچ یک از ابعاد پنج گانه عملکردی و بعد عوارض و نشانگان و وضعیت اقتصادی نیز بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود. این نتیجه عیناً در پژوهش سال ۲۰۰۵ مارتین و همکاران نیز مشاهده شد که بر اساس آن، میانگین نمره اولیه کیفیت زندگی در بیماران با تست زیر بغل مثبت مساوی با ۷۲ از ۱۰۰ در هر دو گروه بود (۱۹). از آنجا که

بیماری سرطان تجربه ای بسیار ناخوشایند و غیر قابل باور برای هر فرد است به طوری که باعث می شود، شغل، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و خانوادگی فرد دچار اختلال گردد. به عبارت دیگر، این تأثیرات، جنبه های مختلف کیفیت زندگی بیمار شامل وضعیت روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و عملکرد جنسی را در بر می گیرد. (۱۶) در همین رابطه مطالعات مختلف، کیفیت زندگی بیماران را با شدت و نوع این بیماری مرتبط دانسته اند (۱۷، ۱۸). بدین منظور، پژوهش حاضر به بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با دو دسته از داروهای شیمی درمانی که تحت

کده از روش TAC استفاده کرده بودند نسبت به گروه دوم پایین تر بود. اما پس از پایان دوره شیمی درمانی هیچ تفاوت معنی داری بین کیفیت زندگی بیماران دو گروه مشاهده نشد (۱۹). بررسی دیگری بر روی کیفیت زندگی بیماران نمرات کیفیت زندگی در هر دو گروه در طول دوره شیمی درمانی کاهش یافت اما با پیگیری مجدد نمرات به سطح اولیه در زمان شروع درمان بازگشت. ضمناً کاهش در نمرات کیفیت زندگی در گروه TAC صرفاً به صورت یک کاهش زودگذر بوده است (۱۲).

در حالت کلی، محققان در مطالعات بر روی کیفیت زندگی بیماران سرطانی، بین برخی خصوصیات سرطان و کیفیت زندگی بیماران روابطی را مشاهده کرده اند که از آن جمله می توان به مطالعه شبان و همکاران اشاره کرد که طی آن بین خستگی، کاهش عملکرد بیمار، درد و نوع سرطان با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی داری گزارش شد (۱۰). در یک پژوهش دیگر نیز به وجود رابطه بین درد و کیفیت زندگی بیماران اشاره شده است (۱۶) این در حالی است که هالزرنر (Holzner) و همکاران هم بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی بیماران سرطانی به وجود، ارتباط معنی دار تأکید کرده اند (۲۱). مطالعات انجام شده بر روی دو نوع رژیم درمانی نام برده شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان، محدود به موارد فوق بود که در یک جمع بندی کلی می توان نتیجه گرفت که با انجام پاره ای از اقدامات حمایتی امکان بهبود وضعیت سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران در حین دوره شیمی درمانی وجود دارد. به عبارت دیگر به دلیل موقتی بودن عوارض ایجاد شده در خلال درمان کمکی می توان در این مدت با تشکیل جلسات مشاوره با بیماران و خانواده آنها، ضمن تشریح وضعیت موجود به انسجام وضعیت خانوادگی بیمار و تقویت شبکه حمایتی خانواده کمک کرد. این امر به بهبود عملکردهای جسمی، روانی و احساسی بیمار کمک بزرگی خواهد نمود. ضمناً تشویق بیماران به شرکت در محافل

استفاده از هر نوع داروی شیمی درمانی می تواند موجب ایجاد عوارض جانبی جسمی و تغییرات خلقی و روحی در بیماران گردد، در مطالعه حاضر پس از ۴ ماه پیگیری بیماران (در جلسه ششم شیمی درمانی)، شاهد کاهش چشمگیری در میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر دو گروه بودیم و این کاهش در بین بیماران استفاده کننده از رژیم درمانی TAC به نسبت گروه FAC بیشتر بود؛ به طوری که میانگین نمره در گروه TAC از ۷۴/۵ به ۶۴ و در گروه FAC از ۷۴/۵ به ۶۸ با فاصله اطمینان ۹۵٪ رسید. این نتیجه عیناً در مطالعه مارتین در سال ۲۰۰۵ نیز مشاهده شده است؛ به طوری که نمرات کیفیت زندگی در آخرین جلسه (جلسه ششم) شیمی درمانی در گروه TAC کمتر از FAC و برابر با ۶۲ در مقایسه با گروه FAC مساوی با ۶۹ (با فاصله اطمینان ۹۵٪) بوده که البته در آن مطالعه در ادامه درمان پس از اولین جلسه پیگیری، سطح نمرات مجدداً به میانگین ۷۶ برای گروه TAC و ۷۵ برای گروه FAC بازگشته که حتی از نمره اولیه قبل از شروع درمان، بالاتر بوده است (۱۹).

مارتین و همکاران در اسپانیا در سال ۲۰۰۶ مطالعه مشابهی را انجام دادند و نتایج نهایی بر روی بیماران با تست زیر بغل مثبت، نشان داد که هر نوع درمان با داروهای شیمی درمانی، دامنه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در طی دوره دارو درمانی کاهش می دهد و این امر در بیمارانی که از پروتکل TAC استفاده می کنند نمود بیشتری دارد که به دلیل عوارض جانبی بیشتر، شدیدتر و رایج تر در داروهای مورد استفاده در این رژیم درمانی است، هر چند در نهایت، در مطالعه مذکور این نتیجه گیری در هفته ۴۴، بعد از اتمام دوره شیمی درمانی کاملاً برعکس نشان داده شد (۲۰).

در مطالعه دیگری که مارتین و همکاران در اسپانیا در سال ۲۰۰۵ بر روی ۱۰۵۶ بیمار با تست زیر بغل منفی ۱۸ تا ۷۰ ساله انجام دادند نیز نتایج فوق تایید شد به نحوی که در طول دوره شیمی درمانی نمرات کیفیت زندگی در بیمارانی

کشوری بر روی تعداد بیشتری از بیماران و در دوره زمانی طولانی‌تر انجام پذیرد.

سیاسگزاری

پژوهشگران از کلیه بیماران شرکت کننده در این مطالعه کمال سپاس و قدردانی را ابراز می‌دارند. به علاوه از کلیه اساتید، پزشکان، پرستاران، بهیاران و کارکنان اداری بخش پرتو درمانی بیمارستان نمازی که نهایت همکاری را با ما داشته‌اند و جناب آقای دکتر مهرداد عسکریان که در مراحل طراحی اولیه پژوهش، پژوهش‌گران را یاری نمودند صمیمانه تشکر می‌نماییم. ضمناً از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز که بخشی از این مقاله را طی طرح شماره ۴۶۴۸-۸۸ حمایت مالی کرده است، سپاسگزاری می‌شود.

Reference

1. Shojai Tehrani H. Epidemiology of acute noncontiguous and contiguous diseases. Tehran, Samt publication, 2007; PP 128-9 [Persian].
2. Mohaghegh F.A, Hamta A, Shariat Zade S.A. Investigation of current cancers in Markazi province and its registration system in 1380-85 in compare with country statistics. *J Arak Univ Med Sci* 2008; 11(2): 85-93 [Persian].
3. Akbari M.E, Naghavi M. Economical burden of cancers in Iran. *Daroo and darman J* 2007; 67: 51-6 [Persian].
4. Yen YJ, Ko CH, Yen CF, Yang MJ, Wu CY, Juan CH, et al. quality of life, depression, and stress in breast cancer women outpatients receiving active therapy in Taiwan. *Psychiatry Clin neurosci* 2006; 60(2): 147-53.
5. Hajian S, Mirzai Najm Abadi KH, Keramat A, Mirzai H. Systematic survey on the effects of limb relaxation and

اجتماعی و ترتیب دادن گروه‌های حمایتی و عضویت در انجمن‌های مربوطه و تلاش در جهت تقویت روابط تیم پزشکی با بیمار می‌تواند به بهبود عملکرد اجتماعی بیمار کمک شایانی بنماید.

محدودیت‌ها

یکی از مهمترین محدودیت‌های این پژوهش نحوه طراحی آن به صورت کوهورت بوده که می‌تواند از قدرت تعمیم پذیری نتایج بکاهد. به علاوه حجم کم نمونه و کوتاه بودن زمان پیگیری بیماران می‌تواند از دیگر محدودیت‌های این پژوهش باشد که پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های مشابه به صورت کارآزمایی بالینی و به صورت چند مرکزی یا

directed intellectual on pain and distress reduction because of the treatment's side effects on women suffering from breast cancer during 1998-2007. *Iran's breast diseases* 2007; 1(3): 32-43 [Persian].

6. Lee A, Wu HY. Diagnosis disclosure in cancer patients – when family says “no”. *Singapore Med j* 2002; 43(10): 533-8.
7. Moinpour C. Measuring quality of life: An emerging science. *Semin Oncol* 1994; 21(Suppl10): 48-60.
8. Osoba D. Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. *J Clin Oncol* 1994; 12(3): 608-16.
9. Apolone G, Filiberti A, Cifani S, Ruggiata R, Mosconi P. Evaluation of the EORTC QLQ-C30 questionnaire: A comparison with SF-36 health survey in a cohort of Italian long-survival cancer patients. *Ann Oncol* 1998; 9(5): 549-57.

10. Shaban M, Monjamed Z, Mehran A, Hassan Poor Dehkordi A. The relationship between cancer's characteristics and patients' quality of life who treating with chemotherapy. *Haiat* 2004; 22: 79-84 [Persian].
11. Tirgiri B, Aghebati N, Fazel A et al. The relationship between type of adjuvant therapy with anxiety, depression and boardness grade in breast cancer patients. *Razi Nursing and Midwifery Faculty Journal* 2005; [Persian].
12. Martin M , Lluch A, Seguí MA, et al. Toxicity and Health-Related Quality of Life in Node-Negative Breast Cancer Patients Receiving Adjuvant Treatment With TAC or FAC: Impact of Adding Prophylactic Growth Factors to TAC: *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23(16s): 604.
13. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Mogens G, Morten A. On behalf of the EORTC quality of life group. EORTC QLQ-C30 scoring manual (3rd ed.) Brussels EORTC, 2001.
14. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The European organization for research & treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30): translation & validation study of the Iranian version. *Support care cancer* 1999; 7(6): 400-6.
15. Haji Mohamadi M, Ebrahimi M, Jarvandi S. et al., The EORTC breast cancer specific quality of life questionnaire (EORTC- BR23): translation & validation study of the Iranian version. *Qual life Res* 2000; 9(2): 177-84.
16. Isikhan V, Guner P, Komurcu S, Ozet A, Arpaci F, Ozturk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer. *Cancer Nurs.* 2001; 24(6):490-8.
17. Northouse LL, Caffey M, Deichelbohrer L, Schimdt L, et al. The quality of life of African American women with breast cancer. *Res Nurse Health* 1999; 22(6): 449-60.
18. Smettzer S, Bare B. Text book of medical surgical. Philadelphia, lippincott Co, 2004;
19. Martin M, Pienkowski T, Mackey J Pawicki M, Guastalla JP, Weaver C, et al. Adjuvant docetaxel for node-positive breast cancer. *N Engl J Med* 2005; 352(22): 2302-13.
20. Martin M, Liuch A, Segul MA Ruiz A, Ramos M, Adrover E, et al. Toxicity and health- related quality of life in breast cancer patients receiving adjuvant docetaxel, doxorubicin, and cyclophosphamide (TAC) or 5-fluorouracil, doxorubicin, and cyclophosphamide (FAC): Impact of adding primary prophylactic granulocyte-colony stimulation factor to the TAC regimen. *Ann Oncol* 2006; 17(8): 1205-12.
21. Holzner B, Kemmler G ,Koppa M, Moschen R, Schweigkofler H, Dunser M, et al. Quality of life in breast cancer patients not enough attention for long term survivors? *Psychosomatics* 2001; 42(2): 117-23.

Health Related Quality of Life in Breast Cancer Patients Undergoing Current Chemotherapy Protocols

Hatam N., Ph.D.^{1*}, Bastani P., M.Sc.², Ahmadloo N., M.D.³, Kiadaliri A.A., M.Sc.⁴

1. Associate professor of Health Services Management, Management School, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
2. Ph.D. Student of Health Services Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Associate Professor of Radiotherapy, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
4. Ph.D. Student, Division of Health Economics Center for Primary Health Care Research, Lund University, Sweden

* Corresponding author, e-mail: hatamn@sums.ac.ir

(Received: 14 August 2010 Accepted: 10 April 2011)

Abstract

Background & Aims: Health related quality of life is one of the important concepts that nowadays is considered along with other quantitative criteria like life expectancy and survival in health service systems, but its significance is more obvious in degenerative diseases and long term treatments such as cancers. In this study we compared health related quality of life in breast cancer patients undergoing either Docetaxel – Adriamycin - Cyclophosphamide (TAC) or 5-FU- Adriamycin – Cyclophosphamide (FAC) regimens.

Method: This study was conducted in a double blind cohort design on 100 patients with positive - node breast cancer treated by TAC or FAC regimens. The international standard questionnaire (EORTC QLQ-C30) was used to evaluate health related quality of life at the start and end points of chemotherapy period. Data were analyzed by independent t-test at the significant level of 0.05.

Results: Results showed the same scores of quality of life at the first session of chemotherapy in both groups and in 4- month follow up, at the end of chemotherapy, mean score of quality of life in both groups decreased but it reduced more in TAC group.

Conclusion: Chemotherapy regimens can decrease patients` quality of life greatly. So reinforcing the relationship between patients and their families, society and treatment team in addition with using supportive methods and counseling groups can maintain the level of patients` quality of life greatly.

Keywords: Quality of life, Adjuvant chemotherapy, Breast neoplasms, Node positive

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2012; 19(1): 49-58