بررسی تاثیر ارزیابی‌های جامع سالمندی بر کیفیت زندگی افراد سالمند ناتوان مبتلا به سرطان

مسعود وکیلی: استادیار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بخش خون و اونکولوژی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، تهران، ایران. masvak@yahoo.com
* **سمیرا کفان:** متخصص داخلی، بیمارستان شهدای تکاب، تکاب، ایران (*نویسنده مسئول). kafan.samira@gmail.com
* **غلامرضا تبریزی:** متخصص داخلی، بیمارستان شهدای تکاب، تکاب، ایران (*نویسنده مسئول). drtabrizireza@gmail.com
محسن عربی: متخصص داخلی، بیمارستان تامین اجتماعی، شوشتر، ایران. amartebm@yahoo.com
روشنک هاشمی نصب زاده: استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، بخش داخلی، بیمارستان حضرت رسول اکرم(ص)، تهران، ایران. hashemir@gmail.com

تاریخ دریافت۱۳۹۲/۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این مطالعه بررسی تاثیر ارزیابی های جامع سالمندی بر کیفیت زندگی و طول عمر افراد سالمند ناتوان مبتلا به سرطان می باشد.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه مداخله ای بوده که بر روی ۷۰ بیمار مبتلا به سرطان انجام شد. افراد تحت مطالعه به صورت تصادفی در دو گروه مورد و کنترل تقسیم بندی شده، و تحت ارزیابی‌های جامع سالمندی (Comprehensive Geriatric Assessment) CGA قرار گرفتند. بر اساس نتایج حاصل از تست های فوق، مداخلات لازم در بیماران گروه مورد مطالعه انجام گرفت. در پایان ماه ششم مجدد ارزیابی CGA انجام گرفته شد و مقایسه تست های بین دو گروه انجام شد.

یافته ها: میانگین سنی بیماران ۶۷/۱±۴/۲ سال بود. در این مطالعه نشان داده شد که مداخلات CGA تاثیری بر میزان فعالیت های فیزیکی شامل تست‌های IADL (Instrumental Activities of Daily Living) و ADL(Activities of Daily Living) نداشته است، ولی در بهبود خلق افسردگی بیماران در "تست GDS (Geriatric Depression Scale) " تاثیر قابل ملاحظه ای دارد.

نتیجه گیری: در این مطالعه مشخص شد که مداخلات CGA در عملکرد زندگی بیماران سالمند مبتلا به سرطان موثر می باشد.

کلیدواژه‌ها:ADL ,I ADL, CGA

مقدمه

طبق بررسی‌های آماری، جمعیت دنیا روز به روز در حال افزایش است. با پیشرفت پزشکی و سطح آگاهی جامعه و کنترل بهتر اختلالات و بیماری‌های مزمن و کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌ها امید به زندگی در حال افزایش است. از سویی با توجه به کاهش میزان تولید مثل، میانگین سنی جمعیت دنیا رو به افزایش است (۱). در حال حاضر ۸/۷٪ از جمعیت ایران را افراد سالمند بالای ۶۵ سال تشکیل می‌دهند. ولی آمار دقیقی از تعداد افراد ناتوان موجود نیست. بر اساس آمار جهانی ۱۰٪-۳۰٪ جمعیت دنیا را سالمندان تشکیل می‌دهند (۴-۲).

با توجه به اینکه افزایش سن یکی از عوامل زمینه ساز ابتلا به سرطان است، با افزایش سن جمعیت، تعداد افراد مبتلا به سرطان نیز افزایش می‌یابد. حدود ۳/۲٪ افراد مبتلا را افراد بالای ۶۵ سال تشکیل می دهند (۷-۵). همچنین سرطان اولین علت مرگ بین ۶۵-۷۵ سال می باشد (۷-۵) و حدود ۶۰٪ سرطان ها در سنین بالای ۷۰ سال تشخیص داده می شود (۷-۵).

با توجه به وجود بیماری های همزمان و ناتوانی‌های شناختی و عملکردی در افراد سالمند، درمان در این گروه به جز انجام اقدامات داروئی نیاز به مداخلات همه جانبه جهت بازگرداندن عملکرد و بهبود کیفیت زندگی و کاهش وابستگی به اطرافیان جهت انجام کارهای روزانه و نیز یک زندگی اجتماعی نسبتا مستقل و کاستن از اضطراب و ترس ناشی از ناتوانی و بیماری و عوارض درمان می باشد.

بر همین اساس ارزیابی جامع سالمندیCGA (comprehensive geriatric assessment) به منظور بررسی و تشخیص بهتر ناتوانی های عملکردی–روانی– درمانی و اجتماعی افراد سالمند

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

ناتوان پایه گذاری شد.

در این طرح محققان بر آن شدند تا تاثیر CGA را بر کیفیت و طول عمر سالمندان ناتوان مبتلا به سرطان بررسی کنیم تا شاید بتوان تاثیر مطلوبی بر زندگی این جمعیت رو به افزایش و آسیب پذیر گذاشت.

روش کار

مطالعه به روش شبه تجربی انجام می شود. جمعیت هدف کلیه سالمندان ناتوان مبتلا به سرطان و جمعیت مورد مطالعه کلیه بیماران سالمند ناتوان مبتلا به سرطان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان حضرت رسول اکرم بود.

نمونه ها نیز به صورت تصادفی از جدول اعداد تصادفی انتخاب شد، به این صورت که مراجعین به صورت یکی در میان بین گروه مورد و کنترل تقسیم بندی می شود. در ایتدای مطالعه و پس از ۶ ماه هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند. در گروه مورد بر اساس نیازهای تشخیص داده شده توسط تست های CGA شامل:

IADL (instrumental activities of daily living)

ADL (activities of daily living)

GDS (geriatric depression test)

MMSE (Mini-mental state Examination)

GET UP & Go TEST

MNA (Mini nutritional assessment)

مداخلات مناسب از جمله فیزیوتراپی و مشاوره روانپزشکی انجام گرفت و گروه کنترل درمان های معمول بدخیمی را دریافت کردند.

ADL (activities of daily living) بررسی عدم وابستگی و استقلال در انجام کارهای اصلی زندگی روزانه می باشد. این تست توسط متخصصین انجام می شود و شامل ارزیابی ۶ مورد می باشد: حمام کردن، لباس پوشیدن، توالت رفتن، حرکت کردن، کنترل مثانه ای و روده و غذا خوردن. در صورتی قادر به انجام دادن هر یک از موارد فوق ۱ امتیاز و در صورت عدم توانایی کامل امتیاز صفر می گیرد. در صورت نیاز به کمک جهت انجام کار ۰/۵ امتیاز دریافت می کند که مجموع امتیاز کمتر از ۶ ناتوانی تلقی می شود و امتیاز ۶ به معنای استقلال کامل می باشد.

IADL (instrumental activities of daily living): یک ابزار تولید شده برای ارزیابی میزان مهارت‌های لازم برای زندگی مستقل و در بررسی عملکرد روزانه است. این مهارت ها از موارد مورد بررسی در ADL پیچیده تر اند.

این تست توسط متخصصین انجام می شود و شامل بررسی موارد هشتگانه فوق می باشد. توانایی استفاده از تلفن، خرید کردن، تهیه و سرو غذا، تمیز کردن منزل، شستن لباس ها، توانایی جا به جایی و سفر، توانایی مصرف درست داروها، توانایی تامین اقتصادی و سرپرستی زندگی. در صورتی که بیمار قادر به انجام ۲ مورد از موارد درخواستی نباشد ناتوان تلقی می شود.

Get Up & Go Test: جهت بررسی توانایی حرکت در افرادی که قادر به راه افتادن به تنهایی باشند که توسط متخصصین انجام می شود.

GDS (geriatric depression test): جهت بررسی میزان افسردگی در افراد سالمند می باشد و بیمار با توجه به وضعیت روحی خود در طی هفته گذشته پاسخ می دهد. سوالات با بله یا خیر جواب داده می شود و ۱ امتیاز برای هر سوال دریافت می کند که امتیاز ۵ و بالاتر به نفع افسردگی است.

MMSE (mini –mental state Examination): تستی است جهت بررسی بیمار از نظر حافظه و عملکرد ذهنی و شامل ۳۰ سوال است که آگاهی بیمار به مکان–زمان را می سنجد. همچنین حافظه کوتاه مدت و توجه و قدرت محاسبه و نیز توانایی به خاطر آوردن و نامگذاری اشیا نوشتن– خواندن و کپی کردن را بررسی می کند. توسط متخصصین انجام می شود. از ۰-۳۰ امتیاز بندی می‌شود که:

۰-۱۷: اختلال ذهنی– شناختی شدید

۱۸-۲۳: اختلال ذهنی- شناختی متوسط

۲۴-۳۰: نرمال

MNA (mini nutritional assessment): جهت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

بررسی وضعیت تغذیه ای بیمار از پرسشنامه بررسی مختصر تغذیه‌ای استفاده می شود که ۱۴ امتیازی است که در صورتی که بیمار نمره ۱۱ و بالاتر بگیرد تست همین جا تمام می شود ولی در صورتی که امتیاز کمتر ۱۱ بگیرد باید ارزیابی با انجام سایر سوالات (در مجموع ۳۰ سوال) کامل شود.

این تست توسط متخصصین انجام می شود و شامل: کاهش اشتها، کاهش وزن، توانایی حرکت، استرس روانی یا بیماری حاد در سه ماه اخیر و مسایل عصبی- روانی مثل دمانس یا افسردگی و BMI می باشد که:

امتیاز ۱۲-۱۴: وضعیت تغذیه ای نرمال دارند.

امتیاز ۸-۱۱: در ریسک اختلال تغذیه ای اند.

امتیاز ۰-۷: اختلال تغذیه دارند

در این مطالعه از آنالیز توصیفی جهت توصیف جمعیت استفاده خواهد شد و در آنالیز از تست کای دو و در صورت نیاز ANOVA TEST کمک گرفته خواهد شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۷۰ بیمار سالمند مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران ۶۷/۱±۴/۲ سال بود.

۵۵/۷٪ بیماران را بیماران مرد و ۴۴/۳٪ بیماران را بیماران زن تشکیل می دادند. همان طور که دکر شد بیماران به دو گروه Case "۳۵ نفری" و کنترل "۳۵ نفری" تقسیم شدند که تحت ارزیابی‌های CGA قرار گرفتند، و به منظور تشخیص ناتوانی تست های -IADL MMSE –GDS ADL-Get up and go و MNA در هر دو گروه انجام شده و بر اساس نتایج حاصل از تست‌های فوق مداخلات لازم در گروه مورد صورت گرفت.

میانگین سنی بیماران در گروه مورد ۶۶/۲±۴/۲ سال و در گروه کنترل ۶۷/۵± ۴/۴ سال بود که از نظر آماری تفاوت معنی داری با هم نداشتند (p=0.41).

در این مطالعه نشان داده شد که میانگین و میانه امتیازات تست ADL "جهت بررسی عدم وابستگی و استقلال در انجام کارهای اصلی روزانه" در بدو مطالعه در گروه مورد ۴±۰,۶۴ "۰" ۴" و در گروه کنترل ۴,۰۵±۰,۵۹ "۰"۴" بود. از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد (p=0.7).

ولی در ماه سوم پیگیری در گروه مورد میانگین و میانه امتیازات به ۳/۷±۰/۴۲ و ۰/۳ و در گروه کنترل به ۳/۵±۰/۲۳ و ۳ رسید.

که این میزان تفاوت از نظر آماری تفاوت معنی دار نبود.

میانگین و میانه امتیازات تست IADL جهت ارزیابی میزان مهارت های لازم برای زندگی مستقل روزانه در بدو مطالعه در گروه مورد ۵/۳±۰/۶۳ و ۵ و در گروه کنترل ۵/۴±۰/۶۹ و ۵ بود که این میزان تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود (p=0.59).

در ماه ششم پیگیری میانگین و میانه امتیازات در گروه مورد ۳/۶±۰/۴۷ و ۳ و در گروه کنترل ۳/۵±۰/۵ و ۳ رسید که این میزان تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود (p=0.33).

مقایسه پاسخ تست Get up &go test بین دو گروه مورد مطالعه همانطور که ذکر شد از این تست جهت بررسی توانایی حرکت بین در بیماران

جدول ۱- مقایسه میانگین امتیازات تست ADL در دو گروه مورد مطالعه

میانگین امتیازات	گروه		p
تست ADL	مورد	کنترل	
بدو مطالعه	4±0.64	4.05±0.59	0.7
ماه سوم پیگیری	3.7±0.42	3.5±0.23	0.2

جدول۲- مقایسه تست MNA در دو گروه مورد مطالعه در ماه ششم پیگیری

گروه	وضعیت تغذیه			جمع	p
	نرمال (تعداد و درصد)	در ریسک اختلال تغذیه (تعداد و درصد)	دارای اختلال تغذیه (تعداد و درصد)		
مورد	۱۰ ٪۲۸/۶	۱۶ ٪۴۵/۷	۹ ٪۲۵/۷	۳۵ ٪۱۰۰	۰,۳۳
کنترل	۵ ٪۱۴/۳	۱۸ ٪۵۱/۴	۱۲ ٪۳۴/۳	۳۵ ٪۱۰۰	

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۳- مقایسه پاسخ تست MMSE بین دو گروه مورد مطالعه در ماه ششم پیگیری

گروه	پاسخ تست MMSE			جمع	p
	اختلال ذهنی شدید (تعداد و درصد)	اختلال ذهنی متوسط (تعداد و درصد)	نرمال (تعداد و درصد)		
مورد	۲	۴	۲۹	۳۵	۰،۴۴
	٪۵/۷	٪۱۱/۴	٪۸۲/۹	٪۱۰۰	
کنترل	۲	۸	۲۵	۳۵	
	٪۵/۷	٪۲۲/۹	٪۷۱/۴	٪۱۰۰	

استفاده شد که مشخص شد در گروه مورد در بدو مطالعه ۳۴/۳٪ بیماران در گروه ناتوان و در گروه کنترل ۳۱/۴٪ بیماران در گروه ناتوان قرار می گرفتند (p=0.85).

در ماه ششم پیگیری در گروه مورد درصد افراد ناتوان ۳۱/۴٪ و در گروه کنترل ۲۸/۶٪ بود.

از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه از لحاظ درصد فراوانی افراد ناتوان مشاهده نشد (p=0.79).

همان طور که ذکر شد جهت بررسی میزان افسردگی در این مطالعه از تست GDS استفاده شد که مشاهده شد در بدو مطالعه در گروه مورد ۲۸/۶٪ بیمار بودند و در گروه کنترل ۳۱/۴٪ بیماران مبتلا به افسردگی بودند (p=0.79).

در ماه ششم پیگیری و پس از انجام مداخلات در گروه مورد، در گروه مورد این درصد به ۱۱/۴٪ و در گروه کنترل به ۲۵/۷٪ رسید که از نظر آماری تفاوت معنی داری از لحاظ درصد فراوانی افسردگی بین دو گروه مشاهده شد (p=0.04).

مقایسه تست MNA بین دو گروه مورد مطالعه:

جهت بررسی وضعیت تغذیه ای بیماران از تست MNA استفاده شد و مشاهده گردید که در بدو مطالعه در گروه مورد ۲۲/۹٪ بیماران دارای وضعیت تغذیه ای نرمال، ۴۸/۶٪ بیماران در ریسک اختلال تغذیه ای و ۳۱/۴٪ بیماران دارای اختلال تغذیه ای و ۳۱/۴٪ بیماران دارای اختلال تغذیه بودند. از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد (p=0.94).

پس از شش ماه پیگیری و انجام مداخلات لازم در گروه مورد، مشخص شد که در گروه مورد ۲۸/۶٪ بیماران دارای وضعیت تغذیه نرمال، ۴۵/۷٪ بیماران در ریسک اختلال تغذیه و ۲۵/۷٪ بیماران دارای اختلال تغذیه شدند.

و در گروه کنترل ۵۱/۴٪ بیماران در ریسک اختلال تغذیه و ۳۴/۳٪ بیماران دارای اختلال تغذیه بودند.

با توجه به بدتر شدن وضعیت تغذیه گروه کنترل، این میزان تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود (p=0.33).

مقایسه پاسخ تست MMSE بین دو گروه مورد مطالعه: همانطور که ذکر شد تست MMSE جهت بررسی بیماران از نظر حافظه و عملکرد ذهنی می باشد که بر اساس میزان پاسخ بیماران به سه گروه ۱-اختلال ذهنی شدید ۲- اختلال ذهنی متوسط ۳-گروه نرمال تقسیم شدند.

در بدو مطالعه در گروه مورد ۸/۶٪ بیماران در گروه اختلال ذهنی شدید، ۱۴/۳٪ در گروه اختلال ذهنی متوسط و ۷۷/۱٪ بیماران در گروه نرمال بودند.

در گروه کنترل ۸/۶٪ بیماران در گروه اختلال ذهنی شدید، ۱۷/۱٪ در گروه اختلال ذهنی متوسط و ۷۴/۳٪ بیماران در گروه نرمال بودند. از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه از لحاظ پاسخ به تست MMSE مشاهده نشد (p=0.94).

در ماه ششم پیگیری، در گروه مورد، ۵/۷٪ بیماران در گروه اختلال ذهنی شدید، ۱۱/۴٪ در گروه اختلال ذهنی متوسط و ۸۲/۹٪ در گروهه افراد نرمال قرار گرفتند. در گروه کنترل ۵/۷٪ بیماران در گروه اختلال ذهنی شدید ۲۲/۸٪ بیماران در گروه اختلال ذهنی متوسط و ۷۱/۴٪ بیماران در گروه افراد نرمال بودند. از نظر آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه از لحاظ مقایسه پاسخ به تست MMSE بین دو گروه مشاهده نشد (p=0.44).

در این مطالعه مشخص شد که پس از ۶ ماه پیگیری و مداخلات لازم در گروه مورد، میزان مورتالیتی در گروه مورد با گروه کنترل تفاوت معنی داری با هم نداشت (p=0.72).

به طوری که در گروه مورد، میزان مورتالیتی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

۱۱/۴٪ بود، در حالی که در گروه کنترل این میزان ۱۴/۳٪ بود.

میانگین و میانه تعداد دفعات بستری در گروه مورد ۱/۲±۴/۲ و ۴ و در گروه کنترل ۱/۱,۴±۴/۶ و ۴ بود.

از لحاظ آماری تفاوت معنی داری بین دو گروه از لحاظ میانگین تعداد روزهای بستری بین دو گروه وجود نداشت (p=1).

بحث و نتیجه گیری

اختلاف میانگین سنی دو گروه مورد مطالعه، از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نداشت، لذا سن به عنوان یک فاکتور مخدوش کننده در این مطالعه محسوب نمی شد.

در مورد ارزیابی فعالیت های فیزیکی بیماران مورد مطالعه، همان طور که ذکر شد از تست ADL,IADL,Get up &go to test استفاده شد، مشاهده، در گروه مورد مداخلات تغذیه ای باعث شد، فعالیت فیزیکی بیماران در حد ثابت ماند ولی در گروه کنترل، فعالیت فیزیکی بیماران بدتر شد که می تواند به علت بیماری آنها باشد که باعث بدتر کردن وضعیت آنها شده است لذا مداخلات تغذیه ای در مطالعه در گروه مورد مداخلات تغذیه ای مفید واقع می شود، هر چند که این میزان تغییرات در فعالیت های فیزیکی از نظر آماری معنی دار نبود.

در مطالعات مشابه انجام شده در این زمینه نیز، موید مطلب فوق می باشد. از جمله مطالعه ای که Graham بر روی ۱۰۳۱۵ بیمار انجام داده بود (۶). نشان داد که مداخلات CGA بهبودی واضحی در فعالیت فیزیکی بیماران ندارد.

یا در مطالعه ای که Extermann بر روی ۱۵ بیمار مبتلا به سرطان سینه انجام داده بود، نشان داد که فعالیت فیزیکی بیماران پس از ۶ ماه مداخلات تغذیه ای تغییر واضحی نکرد.

در مطالعه ی ما، نوع سرطان، stage آنها مشخص نشده است که از محدودیت های مطالعهاست، این عوامل که از عوامل موثر بر عملکرد بیماران می باشد، باعث بدتر شدن وضعیت عملکردی آنها می شود. با توجه به ماهیت پیشرونده سرطان، لذا مداخلات تغذیه ای در بیماران سرطانی هرچند بهبودی واضحی در عملکرد آنها ندارد، ولی همان میزان ثابت نگه داشتن فعالیت و عملکرد بیماران از مزایای مداخلات تغذیه ای به شمار می رود.

در مورد تاثیرات G مداخلات CGA بر روی خلق بیماران مورد مطالعه، همانطور که ذکر شد، از تست GDS استفاده مشاهده گردید در گروه مورد، درصد فراوانی افسردگی به طور معنی داری کاهش داشت لذا از مزایای مداخلات CGA، تغییرات در خلق بیماران می باشد. از آنجا که در بیماران مبتلا به سرطان شیوع افسردگی بالا می باشد، این گونه مداخلات، با کاهش درصد فراوانی افسردگی تاثیر به سزایی در زندگی و عملکرد بیماران دارد که از اهداف مهم در رشته انکولوژی می باشد.

مطالعات مشابه انجام شده نیز موید این مطلب می باشد، از جمله مطالعه ای که Extermann بر روی بیماران مبتلا به سینه سینه انجام داده بود، نشان داد که مداخلات GDS بر روی ۱۰۳۱۵ بیمار مبتلا به سرطان انجام داده بود، نشان داد که مداخلات CGA پس از ۱۲ ماه، اثرات قابل ملاحظه ای در خلق بیماران دارد.

در مورد اختلالات حافظه و عملکرد ذهنی بیماران، در این مطالعه از تست MMSE استفاده کردیم و مشاهده کردیم که هم در گروه مورد و هم در گروه کنترل، تغییراتی پس از سه ماه پیگیری وجود نداشت.

مطالعات مشابه نیز نشان داده اند که مداخلات CGA تاثیری در اختلالات حافظه و عملکرد ذهنی ندارد از جمله در مطالعه ای Extermann بر روی بیماران مبتلا به سرطان سینه که نشان داد مداخلات CGA بر روی امتیازات تست MMSE تاثیری نداشت.

در مورد تاثیر مداخلات CGA بر روی میزان مورتالیتی، در مطالعه نشان داده شد که در گروه مورد میزان مورتالیتی کاهش اندکی نسبت به گروه مورد داشت که این میزان تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود.

در مطالعات مشابه، اطلاعات مختلفی در این

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

زمینه وجود دارد، در برخی از آنها تاثیرات مثبت مداخلات CGA بر روی میزان مورتالیتی ذکر کرده اند، از جمله در مطالعه Grahamm که در طی ۱۲ ماه پیگیری، نشان داد که مداخلات CGA تاثیر به سزایی در کاهش میزان مورتالیتی بیماران داشت. در این مطالعه بر خلاف مطالعه ی Grahamm تنها سه ماه بیماران پیگیری شدند (۶) و در صورتی که میزان پیگیری بیماران افزایش می یافت، شاید تاثیرات مداخلات CGA در میزان مورتالیتی بیشتر می شد.

همچنین در مورد تاثیرات مداخلات CGA بر روی میزان دفعات بستری و تعداد روزهای بستری، مشاهده شد که در مطالعه اخیر، کاهش اندکی در دفعات بستری و روزهای بستری موجود بود.

در حالیکه در مطالعات مشابه، تاثیرات، واضح و بیشتر بود از جمله در مطالعه ی Grahamm که باز شاید علت آن مدت طولانی تر پیگیری در بیماران، در مطالعه ذکر شده می باشد.

در این مطالعه، نشان داده شد که مداخلات CGA، بر روی میزان فعالیت بیماران قابل ملاحظه نبود ولی در میزان کاهش افسردگی بسیار قابل ملاحظه بود و در مجموع در عملکرد زندگی و وضعیت تغذیه بیماران سالمند مبتلا به سرطان موثر می باشد.

مطالعه ای مشابه توصیه می شود که در آن بیماران سالمند مبتلا به سرطان به مدت طولانی‌تر ۱۲ تا ۲۴ ماه مورد پیگیری قرار گیرند تا میزان تاثیرات واقعی مداخلات CGA در آنها مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

1. Harrison's Online. Chapter 70. World Demography of Aging and Harrison's Online, Chapter 72. Clinical Problems of Aging
2. MOHministry of health 3. Berger N.A, Savvides P, Koroukian S.M, F Kahana E, Deimling G.T, Rose J.H, et al. Cancer in elderly. Trans Am Clin Climatol Assoc 2006;117:147-156.
4. Edmans J, Conny S, Harweod R, Lewis S, Elliot R.A, Logan P, et al. Acute medical unit comprehensive geriatric assessment intervention study (AMIGOS): study protocol for a randontmised controlled trial, Biomed centeral open access article –http://www.trialsjournal.com/ content/12/1/200
5. Extermann M, Apro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, et al. Use of CGA in older cancer patient. Critical Review oncologic.2005; 55(3): 241-252.
6. Graham E, Petro l. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients; British Medical Bulletin 2005, 71: 45-49.
7. Balducci L, Exterman M. the oncologist 2000, 5:224-237.
8. Dynamic projection of old aged disability in Iran Dopamid micro simulation.
9. Parker S.G, Fadayevatan R, Lee S.D. Acute hospital care for frail older people. Age and Ageing 2006; 35: 551–552.
10. Paillaud E. Comprehensive geriatric assessment in the decision- making process in elderly patients with cancer: ELCAPA Study. By American Society of Clinical Oncology 2011.
11. Shelkey M, Wallace M. Katz Index of ndependence in activities of daily living. The Gerontologist, Revised 2012; Issue Number 2.
12. Graf C. The Lawton instrumental activities of daily living (IADL) scale. Resived 2007; Issue Number 23.
13. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of MNA- its history and challenges, J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
14. Extermann M, Meyer J, McGinnis M, Crocker T.T, Corcoran M.B, Yoder J, et al. A comprehensive geriatric intervention detects multiple problems in older breast cancer patients. Critical Reviews in Oncology / Hematology 2004;49(1): 69-75.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

Original Article http://rjms.iums.ac.ir

The role of comprehensive geriatric assessments on the quality of life of disabled elderly cancer patients

Masoud Vakili, Assistant Professor, Iran University of Medical Sciences, Rasoul-Akram Hospital, Tehran, Iran. masvak@yahoo.com
*__Samira Kafan__, Interna Specialist, Shohadaye Takab Hospital, Takab, Iran (*Corresponding author). kafan.samira@gmail.com
Gholamreza Tabrizi,Interna Specialist, Shohadaye Takab Hospital,Takab, Iran drtabrizi@gmail.com
Mohsen Arabi, Interna Specialist, Tamin Ejtemaee Hospital, Shoshtar, Iran. amartebm@yahoo.com
Roshanak Hashemi Nasabzadeh, Assistant Professor, Iran University of Medical Sciences, Rasoul-Akram Hospital, Tehran, Iran. hashemir@gmail.com

Abstract

Background: In this study, the impact of comprehensive geriatric assessments on the quality and the length of life in disabled elderly cancer patients were evaluated.

Methods: In an interventional study, 70 patients with cancer were randomly divided into two treatment and control groups. Patients were evaluated during a six-month study using comprehensive geriatric assessment (CGA) test.

Results: The patient's mean age was 4.2 ± 67.1 years. It was shown that CGA intervention had no impact on physical activity tests, including instrumental activities of daily living and activities of daily living, but a significant improvement was shown in patient's psychological status using geriatric depression test.

Conclusion: The results of the current study showed that CGA interventions have a positive effect on the quality of the life of the elderly cancer patients.

Keywords: I ADL, ADL, CGA

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]