



INTERNATIONAL ASSOCIATION  
RAZI  
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
FREIBURG

Philipps  
Universität  
Marburg

PSYCHOLOGICAL SOCIETY  
OF IRAN  
PSYCHOLOGICAL SOCIETY  
OF IRAN  
Department of Psychosomatic  
Medicine & Psychotherapy

## چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

### تعیین میزان ابعاد عملکردی و علامتی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه\*

محمد ترکمان<sup>۱</sup> - عبدالعظیم صدیقی پاشاکی<sup>۲</sup> - کمال محمدیان<sup>۳</sup> - علیرضا مقدس<sup>۴</sup> - احمد برجعلی<sup>۵</sup>

#### چکیده

سرطان پستان، شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان است. این بیماران دچار مشکلات جسمانی، روانی و اجتماعی زیادی می‌باشند که این مشکلات باعث اختلال در روند طبیعی زندگی و کیفیت آنان می‌گردد. پژوهش حاضر به منظور تعیین کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه صورت گرفته است. طی یک مطالعه توصیفی-مقطعی، ۱۰۰ نفر از بین کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان، بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و توسط پرسشنامه‌های پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی سرطان (EORTC QLQ-C30) و کیفیت زندگی ویژه سرطان پستان (EORTC QLQ-Br23) مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS19 و روش‌های آماری توصیفی تحلیل شدند. نتایج نشان داد که زنان مبتلا به سرطان سینه در تمامی ابعاد عملکردی و علامتی کیفیت زندگی نمرات پایینی دارند. در این بین، بیشترین مشکل بیماران در ابعاد عملکردی کیفیت زندگی عمومی و ویژه به ترتیب عملکرد شناختی و لذت جنسی بود و همچنین در ابعاد علامتی بیشترین مشکل مربوط به اسهال در مقیاس عمومی و عوارض درمان در مقیاس ویژه بود. با توجه به اطلاعات پژوهش حاضر میتوان بیان داشت که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه پایین است. براین اساس میتوان با تقویت روابط بیمار با خانواده، اجتماع، تیم درمانی و استفاده از روش‌های حمایتی و مشاوره‌ای، به میزان زیادی به حفظ و ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران کمک نمود.

**واژه‌های کلیدی:** سرطان سینه، کیفیت زندگی، ابعاد عملکردی بیماری، ابعاد علامتی بیماری

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: [m.torkaman87@yahoo.com](mailto:m.torkaman87@yahoo.com)

\*این پژوهش در مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان و با حمایت مالی این مرکز صورت پذیرفته است.

<sup>۲</sup> - متخصص رادیوتراپی و آنکولوژی - مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان

<sup>۳</sup> - متخصص رادیوتراپی و آنکولوژی - مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان

<sup>۴</sup> - استادیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران

<sup>۵</sup> - استادیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران

## Evaluate functional and symptom quality of life in in women with breast cancer

### Abstract

Breast cancer is the most prevalent type of all cancer in women. Cancer patients face psychosocial and physical problems, which may have an impact on the patient's quality of life (QOL). This study evaluates the quality of life for women with breast cancer. This Study was a descriptive and analytical design. 100 women with breast cancer referred to Mahdieh charitable medical diagnostic and therapeutic center Hamadan in 1390, were selected by selection samples available. The Quality of Life Questionnaire-Core30 (QLQ-C30) and Quality of Life Questionnaire for breast cancer breast cancer-Core23 (QLQ-Br23), were used for data collection. Data collected were analyzed using software SPSS19 and descriptive statistical. Results showed that women with breast cancer have low scores on all dimensions of quality of life, functional and symptomatic. This information can be stated that the quality of life in patients with breast cancer have low. 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:** breast cancer, Quality of life, disease functional, disease symptom

### مقدمه

سرطان<sup>۱</sup> یکی از علل عمده اختلالات، مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان است. این بیماری که یکی از بیماری‌های شایع و در حال افزایش است، حجم زیادی از تلاش‌های نظام‌های مراقبتی را به خود اختصاص می‌دهد (میچل، کوبرگ، موگنو و ماسیمیلیان و سانت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌های سرطان و افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان، این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌همتاست (لی و وو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). در این میان، سرطان سینه<sup>۴</sup> شایعترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی، تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است (اکبری نساجی، ۱۳۷۸). سالانه حدود یک میلیون بیمار مبتلا به سرطان سینه در جهان شناسایی می‌شوند و علت مرگ و میر ۳۷۰ هزار نفر از زنان مبتلا به سرطان، سرطان سینه است (گارنری و کنت<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). یکی از آخرین گزارش‌های انجمن سرطان ایران نیز نشان از آن است که ۲۵ درصد از کل سرطان‌ها را در زنان ایرانی، سرطان سینه تشکیل می‌دهد (طالقانی، پارسایکتا و

<sup>1</sup> cancer

<sup>2</sup> Micheli, Coeberg, Mugno, Massimiliani, & Sant

<sup>3</sup> Lee & Wu

<sup>4</sup> Breast cancer

<sup>5</sup> Guarneri & Conte

نیکبخت، ۲۰۰۶). همچنین طبق آمار ارائه شده موسوی و همکاران (۲۰۰۷) سرطان سینه شایعترین سرطان در میان زنان ایرانی است. میزان بقای کلی در بیماران مبتلا به این سرطان، در مطالعه‌ای ملی ۷۱٪ برآورد شده است؛ که خود گویای آن است که این افراد نسبت به مبتلایان به برخی دیگر از انواع سرطان‌ها، مدت طولانی‌تری، با بیماری و یا با عوارض کوتاه مدت و بلندمدت و استرس‌های ناشی از آن به زندگی خود ادامه می‌دهند (فلاح و همکاران، ۱۳۸۹).

به واقع، سرطان باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و زندگی خانوادگی مختل شود و بخصوص بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی<sup>۱</sup> بیمار شامل وضعیت روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و عملکرد جنسی تاثیر دارد (ودتا، پریهان، سرف و اندرسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). همچنین اغلب درمان‌های در نظر گرفته شده برای این بیماری با عوارض جانبی بسیاری چون ورم غدد لنفاوی، ضعف، درد، بی‌حسی، محدودیت در حرکت مفصل شانه، احساس سنگینی در دست و اختلالات روانی-اجتماعی همراه بوده‌اند که خود موجب کاهش چشمگیر کیفیت زندگی مددجویان میشود (کیلبرث و رفشاق<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

از سویی، با در نظر داشتن اثرات ناشی از سرطان سینه و درمان‌های آن به نظر می‌رسد روش‌های درمانی معمول به طور عمده بر کمیت زندگی مددجویان تمرکز داشته و توجه به آثار ناشی از عوارض درمان‌ها بر سایر ابعاد زندگی مددجویان کم رنگ بوده است. اما در سال‌های اخیر، توجه به کیفیت زندگی مددجویان اهمیت روز افزونی یافته است؛ زیرا کیفیت زندگی فرد با همه عوامل بیماری سرطان از جمله نوع درمان ارتباط دارد (وحدانی نیا، صدیقی و منتظری، ۱۳۸۳). مفهوم کیفیت زندگی از دیدگاه‌های نظری متعددی تعریف شده است. سازمان جهانی بهداشت<sup>۴</sup> (۱۹۹۸) کیفیت زندگی را ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به زمینه فرهنگی و ارزشی و اهداف فردی تعریف می‌کند (به نقل از ودتا و همکاران، ۲۰۰۱). می‌توان گفت، کیفیت زندگی یک ارزیابی کلی از وضعیت زندگی افراد می‌باشد. همچنین، گرچه تعاریف کیفیت زندگی متفاوتند اما محققین در مورد ابعاد کیفیت زندگی با هم توافق دارند، کیفیت زندگی فرد مفهومی ذهنی دارد و برداشت هر فرد در مورد کیفیت زندگی خود بهترین قضاوت به شمار می‌رود. بوند<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) در این مورد می‌نویسد «کیفیت زندگی هر فرد همان چیزی است که فرد اظهار می‌دارد. شناخت و ارزیابی فرد از زندگی خود و میزان رضایتمندی وی از وضعیت سلامت اجتماعی، جسمی و روانی و احساس رضایت و خوب بودن علیرغم محدودیت‌های جسمی خود اوست».

بطور کلی کیفیت زندگی در مورد بیماران سرطان، در دو حوزه اندازه‌گیری می‌شود: ۱) در زمینه عملکرد بیماران ۲) در زمینه ناشی از خود بیماری و عوارض ناشی از درمان آن. نکته مهم در این سنجش‌ها ارزیابی این شاخص‌ها از دیدگاه بیمار است. در واقع این بیمار

<sup>1</sup> Quality of life

<sup>2</sup> Vedat, Perihan, Seref & Anderson

<sup>3</sup> Kilbreth & Refshauge

<sup>4</sup> World Health Organization (WHO)

<sup>5</sup> Bond

است که تعیین می‌کند چه احساسی و چه برداشتی نسبت به توانایی‌های جسمی و روحی خود دارد. این اندازه‌گیری به گروه‌های بالینی کمک می‌کند تا ضمن دریافت احساس‌ها و عواطف بیمار، اگر لازم باشد در درمان خود تجدیدنظر کنند و یا در کنار درمان مداخلات دیگری را بکار گیرند. همچنین بررسی کیفیت زندگی در مطالعات مربوط به بیماران سرطانی از این لحاظ دارای اهمیت است که به متخصصان کمک می‌کند تا وضعیت زندگی و خطراتی که بیماری بر کیفیت زندگی دارد، تعیین و بتواند نکات مبهم فراوانی را روشن کند (دیفستانو و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸).

در مطالعات مختلف نشان داده شده که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان که تحت درمان قرار می‌گیرند، پایین است (وحدانی نیا و همکاران، ۱۳۸۳)؛ زیرا مسایل روانی ناشی از تشخیص سرطان و مشکلات جسمی ناشی از خود بیماری و عوارض جانبی ناشی از درمان بر کیفیت زندگی اثر منفی می‌گذارد. بطوریکه گانز و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) در مطالعه خود بر روی زنان زیر ۶۵ سال مبتلا به سرطان سینه نشان دادند که جنبه‌های فیزیکی، هیجانی و اجتماعی کیفیت زندگی آنها تحت تاثیر وضعیت منفی سلامت روانی افت می‌کنند. در مطالعات دیگری مشخص شد که پس از جراحی، کیفیت زندگی به شدت کاهش می‌یابد و ارتباط معنی‌داری بین اختلالات خلق و کیفیت زندگی وجود دارد (شیموزوما، گانز، پترسن و هیرجی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). همچنین در مطالعه‌ای نشان داده شد زنان مبتلا به سرطان پستان تحت رادیوتراپی و شیمی درمانی دارای کیفیت خواب پایین هستند و در نتیجه از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند (استین، جاکبسون، هان، گرینبرگ و لیمان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). وایتزرنر، میورس، استینگک و سالیبا<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) نیز نشان دادند که افسردگی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه معکوس دارد.

در ایران، مطالعه فصیحی هرنندی و همکاران (۱۳۹۰) که به بررسی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌پرداخت، با ۳۹ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه مصاحبه عمیق صورت گرفت. مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش در زمینه عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، در بُعد جسمی درد و تورم در دست‌ها، خستگی و کاهش توانایی در انجام فعالیت‌های روزمره بود. همچنین نتایج نشان داد که در بُعد عاطفی - اجتماعی نیز، سازگاری با بیماری با رویکرد معنوی، اختلال در تصویر ذهنی از خود، عدم وجود حمایت‌های روانی اجتماعی، فقدان و یا ناکافی بودن پوشش بیمه‌ای، گران بودن داروهای شیمی درمانی و سایر هزینه‌های درمان، از جمله عوامل مهمی بود که نه تنها در دوره شیمی درمانی بلکه تا مدت‌ها پس از آن کیفیت زندگی این بیماران و خانواده آنان را متأثر می‌ساخت. در مطالعه شبان، منجمد، مهران و حسن پور دهکردی (۱۳۸۳) نیز اکثر (۶۶ درصد) بیماران مبتلا به سرطان دارای کیفیت زندگی متوسطی بودند. همچنین در این مطالعه بین نوع سرطان، شدت درد، کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضا بدن و شدت

<sup>1</sup> Distefano & et al

<sup>2</sup> Ganz & et al

<sup>3</sup> Shimosuma, Ganz, Petersen, & Hirji

<sup>4</sup> Stein, Jacobsen, Hann, Greenberg & Lyman

<sup>5</sup> Weitzner, Meywrs, Stuebing, & Saleeba

خستگی با کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود داشت. گرچه تباری، ذاکری مقدم، بحرانی و منجمد (۱۳۸۷) و حسن پور دهکردی (۱۳۸۲) نتیجه گرفتند که کیفیت زندگی بیماران سرطانی تازه تشخیص داده شده در ابعاد جسمی، اجتماعی اقتصادی و روانی در جامعه ما مطلوب می‌باشد. همچنین داده‌های پژوهش حاکی از رابطه مثبت و معنی دار بین امید به زندگی و کیفیت زندگی بود. بدین صورت که هرچه امید به زندگی بالاتر، کیفیت زندگی نیز مطلوب‌تر خواهد بود و بالعکس. در نتیجه توان پیش بینی کیفیت زندگی بهتر از روی امید به زندگی نیز وجود دارد (شعاع کاظمی و مومنی جاوید، ۱۳۸۸).

بنابراین، با توجه به افزایش شیوع سرطان سینه و اهمیتی که تاثیر این بیماری در تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا دارد و با در نظر گرفتن اینکه بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت درمان، دارای مشکلات متعددی هستند و با عنایت به اینکه در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی بیماران سرطانی، کمتر پرداخته شده است؛ و همچنین از آنجایی که شناخت نحوه و میزان کیفیت زندگی این بیماران، به کادر بهداشتی و درمانی جامعه کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را برای ارتقای سطح کیفیت زندگی سازماندهی نمایند؛ این پژوهش با هدف تعیین میزان کیفیت زندگی در ابعاد عملکردی و علامتی در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه صورت پذیرفت.

## روش

**روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری:** روش پژوهش حاضر توصیفی-مقطعی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه که در سال ۱۳۹۰ مقیم شهرستان همدان بودند و جهت طی کردن مراحل درمانی، به مرکز تشخیصی-درمانی مهدیه همدان مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. از این بین، ۱۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شرکت کنندگان، به مطالعه عبارت بودند از: ۱. از طول مدت تشخیص سرطان سینه بیشتر از یک ماه گذشته باشد؛ ۲. عدم ابتلا به سرطان دیگری غیر از سرطان سینه؛ ۳. دارا بودن حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی جهت تکمیل پرسشنامه پژوهش؛ ۴. داشتن سن بین ۲۰ تا ۶۵ سال؛ ۵. عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سوء مصرف مواد و ۵. تمایل داشتن به همکاری.

## ابزار سنجش

پرسشنامه مشخصات فردی: جهت کسب اطلاعات جمعیت شناختی نمونه پژوهش و همچنین کنترل ملاک‌های ورود، پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی تهیه شد. این پرسشنامه سؤالاتی مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، تعداد افرادی که با بیمار زندگی می‌کنند، میزان مدت اطلاع از بیماری، مرحله بیماری، میزان حمایت ادراک شده توسط خانواده، سابقه بیماری روانی و سابقه خودکشی بود. دو نمونه از پرسش‌های این پرسشنامه عبارتند از: «هم اکنون در کدام مرحله درمان هستید؟» و «آیا در حین بیماری خود از حمایت خانواده و دوستان برخوردار بوده اید؟».

پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی EORTC QLQ-C30<sup>1</sup>: این پرسشنامه یک مقیاس ۳۰ آیتمی است که به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انواع سرطان، تهیه شده است. مطالعات اعتباریابی این پرسشنامه آن را به عنوان یک مقیاس معتبر و پایا برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران سرطانی در موقعیت های پژوهشی چند فرهنگی تأیید کرده اند (آرونسون، احمدزای و برگمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳). این پرسشنامه در برگرنده ۲ مفهوم وضعیت عملکردی<sup>۳</sup> و علائم و نشانگان<sup>۴</sup> شایع ناشی از سرطان و درمان آن است. در هر حیطه، تعدادی سؤال به این ترتیب منظور شده است: کیفیت زندگی عمومی (سوالات ۲۹،۳۰)، عملکرد جسمی (سوالات ۱،۲،۳،۴،۵)، ایفای نقش (سوالات ۶،۷)، عملکرد هیجانی (سوالات ۲۰،۲۵)، عملکرد شناختی (سوالات ۲۱،۲۲،۲۳،۲۴)، عملکرد اجتماعی (سوالات ۲۶،۲۷)، خستگی (سوالات ۱۰،۱۲،۱۸)، تهوع و استفراغ (۱۴،۱۵)، درد (سوالات ۹،۱۹)، تنگی نفس (سوال ۸)، اختلال خواب (سوال ۱۱)، کاهش اشتها (سوال ۱۳)، بیوست (سوال ۱۶)، اسهال (سوال ۱۷) و وضعیت اقتصادی (سوال ۲۸). امتیازات گرفته شده در هر حیطه بر مبنای ۱۰۰-۰ است. امتیازهای بیشتر در حیطه عملکردی نشان دهنده سطح عملکرد بهتر و در حیطه های علامتی، نشانه شدیدتر بودن علائم است. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را منتظری و همکاران (۱۹۹۹) در ایران بررسی کرده اند. نسخه فارسی این پرسشنامه را انجمن اروپایی تحقیق و درمان سرطان به عنوان ابزار روا و پایا تأیید کرده است (به نقل از همان منبع). منتظری و همکاران (۲۰۰۰) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در ابعاد مختلف بین ۰/۹۸ تا ۰/۴۵ گزارش کردند. همچنین صفایی، دهکردی و طباطبایی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ ثبات داخلی مقیاس ها را در حد مطلوب گزارش کردند و با استفاده از تحلیل پایایی نشان دادند اکثر مقیاس ها از پایایی خوبی برخوردارند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۶ بدست آمد. دو نمونه از سوالات این مقیاس عبارتند از: « طی هفته گذشته آیا تنگی نفس داشتید؟ » و « طی هفته گذشته آیا درد داشتید؟ ».

پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه سرطان پستان EORTC QLQ-Br23<sup>۵</sup>: این پرسشنامه کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه شامل مقیاس های عملکردی و مقیاس های علامتی است. مقیاس های علامتی شامل علائم بازویی، علائم پستانی، عوارض جانبی درمان و نگرانی از دست رفتن مو می باشد. امتیازهای اخذ شده در محدوده ۱۰۰-۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان دهنده وجود میزان بیشتر علائم است. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را منتظری و همکاران (۲۰۰۰) در ایران بررسی کرده اند و ضریب آلفای کرونباخ آن را بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش کردند. نسخه فارسی این پرسشنامه را انجمن اروپایی تحقیق و درمان سرطان به عنوان ابزار روا و پایا تأیید کرده است (منتظری و همکاران، ۲۰۰۰). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در

<sup>1</sup> European Organization For Research And Treatment Of Cancer Quality Of Life Questionnaire

<sup>2</sup> Aaronson, Ahmedzai & Bergman

<sup>3</sup> functional scales

<sup>4</sup> symptom scales / item

<sup>5</sup> Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire

پژوهش حاضر ۹۲٪ بود. دو نمونه از پرسش های این پرسشنامه عبارتند از: «طی هفته گذشته آیا ریزش مو داشتید؟» و «آیا از فرم بدن خود راضی هستید؟».

## روش اجرا و تحلیل

پس از انتخاب و کسب رضایت شفاهی از افراد نمونه، پرسشنامه ها بین آنها توزیع گردید و پس از تکمیل جمع آوری شد. از روش-های آمار توصیفی و برنامه SPSS19 جهت تحلیل داده ها بهره گرفته شد.

## یافته ها

داده های حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی بیماران شرکت کننده در این پژوهش نشان می دهد؛ بیشترین گروه سنی، مربوط به دامنه سنی ۴۶-۵۵ (۳۸ درصد)؛ است همچنین اکثر بیماران؛ متأهل (۷۲ درصد)، دارای تحصیلات دبیرستان یا دیپلم (۳۳ درصد)، وضعیت اقتصادی متوسط (۶۴ درصد)، با همسر خود زندگی می کنند (۵۹ درصد)، بین ۶ تا ۱۲ ماه است که از بیماری خود اطلاع دارند (۴۳ درصد) و میزان حمایت خانواده خود را بسیار زیاد ارزیابی می کنند (۳۸ درصد). میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی عمومی و ویژه در ابعاد عملکردی و علامتی زنان شرکت کننده در این پژوهش در جدول ۱ انعکاس یافته است.

طبق جدول ۱، در ابعاد عملکردی در پرسشنامه های عمومی و ویژه کیفیت زندگی به ترتیب عملکرد شناختی و لذت جنسی نمرات پایین تری بدست آوردند که نشان دهنده وضعیت نامطلوبتر بیماران در این زمینه ها است. همچنین در ابعاد علامتی پرسشنامه های عمومی و ویژه مبتلایان به سرطان سینه به ترتیب اسهال و عوارض درمان بیشتری داشتند که نشان دهنده وضعیت نامطلوب بیماران در این زمینه ها است. در کل نمرات بدست آمده از داده های جدول نشان می دهد که میزان کیفیت زندگی عمومی و ویژه در تمامی ابعاد عملکردی و علامتی در زنان مبتلا به سرطان سینه پایین است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات زیر مقیاس های عملکردی و علامتی کیفیت زندگی عمومی و ویژه در زنان مبتلا به سرطان

سینه

کیفیت زندگی ویژه		کیفیت زندگی عمومی			
		نمره کلی کیفیت*		۷۱/۶۶±۲۵/۳۵	
عملکردها*	عملکرد جسمانی	عملکردها*	تصویر بدنی	۳۶/۶۶±۲۷/۴۲	۳۲/۴۴±۲۲/۳۷
	ایفای نقش		عملکرد جنسی	۱۴/۴۴±۱۶/۵	۳۵/۵۵±۳۵/۵۶
	عملکرد هیجانی		لذت جنسی	۱۳/۳۳±۲۱/۰۸	۳۷/۷۷±۲۴/۳۷
	عملکرد شناختی		نگرش به آینده	۱۵/۵۵±۲۱/۳۳	۲۲/۲۲±۲۷/۹۳
	عملکرد اجتماعی				۳۴/۴۴±۲۹/۸۵

علامتی**	خستگی	۶۳/۷۰±۲۸/۳۱	عوارض درمان	۸۵/۵۵±۱۶/۵	
	تهوع و استفراغ	۸۵/۵۵±۱۸/۷۵		علائم پستانی	۷۵/۵۵±۲۶/۴۴
	درد	۶۳/۳۳±۳۳/۴۵		علائم بازویی	۶۹/۶۲±۲۲
	تنگی نفس	۸۶/۶۶±۱۶/۹۰		نگرانی نبود مو	۴۶/۶۶±۳۹/۴۴
	اختلال در خواب	۶۶/۶۶±۳۰/۸۶			
	کاهش اشتها	۷۱/۱۱±۲۴/۷۷			
	یبوست	۸۰±۲۷/۶۰			
	اسهال	۸۸/۸۸±۲۰/۵۷			
	وضعیت اقتصادی	۵۳/۳۳±۳۵/۱۸			
	علامتی**				

\* نمرات بیشتر نشان دهنده وضعیت مطلوب است.

\*\* نمرات بیشتر نشان دهنده وضعیت بدتر است.

## بحث

زنان مبتلا به سرطان سینه در معرض بسیاری از عوارض منفی این بیماری قرار دارند. آنها باید بتوانند با ضربه اولیه ناشی از دریافت خبر ابتلا به سرطان و پیامدهای خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فردی آن و عوارض جانبی ناشی از اقدامات درمانی همچون تغییر در ظاهر جسمانی، تغییر در نقش‌ها و کارکرد اجتماعی و در برخی موارد افت سلامت عمومی مواجه شوند. تحت این شرایط، تعجب برانگیز نخواهد بود چنانچه کیفیت زندگی در این بیماران دچار دستخوش شود. این پژوهش با هدف تعیین میزان کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه صورت پذیرفت و حاکی از آن بود که کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان سینه در تمامی ابعاد عملکردی عمومی سرطان (عملکرد جسمانی، ایفای نقش، هیجانی، شناختی و اجتماعی) و ویژه سرطان سینه (تصویر بدنی، عملکرد جنسی، لذت جنسی و نگرش نسبت به آینده) پایین است. همچنین در ابعاد علامتی عمومی سرطان (خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، اختلال در خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و وضعیت اقتصادی) و ویژه سرطان سینه (عوارض درمان، علائم پستانی، علائم بازویی و نگرانی نبود مو) نیز مبتلایان نمرات پایینی داشتند که همگی دال بر این است که کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه پایین است.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعات خارجی و داخلی؛ گانز و همکاران (۲۰۰۳)، استین و همکاران (۲۰۰۰)، شیموزوما و همکاران (۱۹۹۹)، وایتزور و همکاران (۱۹۹۷)، فصیحی هرنندی و همکاران (۱۳۹۰)، وحدانی نیا و همکاران (۱۳۸۳)، شبان و همکاران (۱۳۸۳)؛ که بر پایین بودن کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان سینه تاکید داشتند، مطابقت دارد.



گرچه این یافته با مطالعه تباری و همکاران (۱۳۸۷) و حسن پور دهکردی (۱۳۸۲) مطابقت ندارد. علت عدم تطابق را در متفاوت بودن ابزار اندازه گیری و همچنین نمونه مورد مطالعه پژوهش حاضر با مطالعات بیان شده میتوان دانست. بطوری که تباری و همکاران (۱۳۸۷) بر روی زنانی که سرطانشان تازه تشخیص داده شده بود و همچنین حسن پور دهکردی (۱۳۸۲) بر زنانی که در حال طی کردن شیمی درمانی بودند، تمرکز کرده بودند اما در پژوهش حاضر بر تمامی زنان مبتلا به سرطان (صرفنظر از مرحله درمان) تمرکز شد.

در تبیین چرایی این نتایج میتوان بیان داشت؛ تشخیص و درمان سرطان سینه، تجربه‌ای همراه با استرس و اضطراب است. زنانی که این بیماری در آنها زود تشخیص داده می‌شود با درمان دارویی و عمل جراحی به همراه تأثیرات جانبی منفی بالقوه‌ای مثل ریزش مو، حالت تهوع، ادم لنفاوی و مشکلات جنسی مواجه می‌شوند. درمان طولانی، توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی به عنوان زن خانه دار یا شاغل، وضعیت آینده و امکان بازگشت به کار، دچار شک و تردید می‌سازد. سطح بالای استرس، تأثیر منفی طولانی مدت بر خودباوری زنان داشته که تأثیر بسیار بد و مهمی در عملکرد خانواده، زناشویی و پائین آمدن سطح کیفیت زندگی می‌گذارد (لوکین و کومپاس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

از سویی، در کنار مسایل اقتصادی درمان بیماران دچار سرطان که خود بحث مستقل و جداگانه‌ای است و هزینه‌های سنگینی را بر نظام درمانی و خانواده‌ها و مبتلایان تحمیل می‌کند، اگر درمان در نیمه راه رها شود، آثار روانی و اقتصادی زیادی را وارد می‌کند. در بسیاری از درمان‌ها مشخص شده است که بیش از نیمی از بیماران سرطانی، بخصوص بیمارانی که ناچارند در کنار عمل جراحی، شیمی درمانی را هم دنبال کنند و بخاطر عوارض درمان، آن را در نیمه راه رها می‌کنند. به واقع شیمی درمانی که یکی از درمان‌های سرطان با هدف نابودسازی سلول‌های سرطانی است، توأم با عوارض متعددی است که می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. بیماری سرطان استقلال و توانایی فرد را برای شرکت موثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و او را بسوی احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان از خود، سوق می‌دهد (پری، کوواسکی و چانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

همچنین به نظر می‌رسد، بسیاری از مشکلات در مبتلایان به سرطان سینه به علت ترومای ناشی از برداشتن سینه و تأثیرات این تروما بر کیفیت زندگی آنان بعد از عمل است (آزون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴)؛ زیرا بیمار پس از ماستکتومی شرایطی همانند قطع یک عضو از بدن را تجربه می‌کند، عضوی که سمبل جنسیت، زن بودن و مادر بودن است و با برداشتن آن زنان استرس زیادی را متحمل شده و احتمالاً مستعد ایجاد اختلالات خلقی مانند افسردگی و اضطراب و کیفیت زندگی ضعیف می‌گردند (انگل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین چنین بیمارانی واقعاً نیازمند کمک در جهت سازگاری و برآورده شدن نیازهای مختل شده خویش اند.

---

<sup>1</sup> Luecken & Compass

<sup>2</sup> Perry, Kowalski & Chang

<sup>3</sup> Uzun

<sup>4</sup> Engle

در این راستا، عواملی نظیر ارتقای اطلاعات و آگاهی در خصوص جنبه‌های جسمی و روانی، افزایش انگیزش، حمایت و مشاوره باعث بهبود وضعیت جسمانی، کاهش اضطراب، تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی، کاهش اختلالات خلق و خو، بهبود سازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران می‌شود که خود می‌تواند سبب ارتقای کیفیت زندگی شود (رستون، مومیم، ویکلود و هانستد<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). بنابراین و بطور خلاصه، امروزه تنها زنده ماندن مد نظر نیست و افراد، خواهان زندگی با کیفیت مطلوب می‌باشند و بیماران سرطانی نیز در هر سه بعد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی و اجتماعی) دارای محدودیت‌هایی هستند و استفاده از مداخلات روانشناختی همراه به درمان‌های طبی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی موثر باشد (وینی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹).

تشکر و قدردانی

بدینوسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از مدیریت و کارکنان مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان و بیماران شرکت کننده، که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، اعلام می‌داریم.

## منابع

- اکبری نساچی، ن. (۱۳۷۸). بررسی باورهای بهداشتی پرستاران نسبت به خودآزمایی پستان در مراکز درمانی شهر تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- تباری، ف. ذاکری مقدم، م. بحرانی، ن. و منجمد، ز. (۱۳۸۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده. فصلنامه حیات. ۱۳ (۲). ۵-۱۲.
- حسن پوردهکردی، ع. و شبان، م. (۱۳۸۳). بررسی ارتباط بین ویژگی‌های سرطان و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ۶ (۴). ۶۳-۷۱.
- شبان، م. منجمد، ز. مهران، ع. و حسن پور دهکردی، ع. (۱۳۸۳). ارتباط بین ویژگی‌های سرطان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی. فصلنامه حیات. ۱۰ (۲۲). ۷۹-۸۴.
- شعاع کاظمی، م. و مومنی جاوید، م. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران. ۲ (۴۳). ۲۰-۲۷.
- صفائی، آ. مقیمی دهکردی، ب. و طباطبایی، م. (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان. مجله ارمغان دانش، ۱۲ (۲)، ۲۵-۴۶.

<sup>1</sup> Rustoen, Moom, Wiklund & Hanestad

<sup>2</sup> Winnie

فصیحی هرندی، ط. انوشه، م. غفرانی پور، ف. منتظری، ع. احمدی، ف. محمدی، ع. و نیکنامی، ش. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کیفی. فصلنامه پایش، ۱۱ (۱)، ۷۳-۸۱.

فلاح، ر. گلزاری، م. داستانی، م. موسوی، م. ظهیرالدین، ع. و اکبری، م. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش گروهی معنویت بر افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. روانشناسی معاصر، ۵ (ویژه نامه)، ۶۰۲-۶۰۴.

وحدانی نیا، م. صدیقی، ژ. و منتظری، ع. (۱۳۸۳). ارزش پیشگویی کیفیت زندگی بر میزان بقای ۵ ساله در بانوان مبتلا به سرطان پستان. پایش، ۴ (۱)، ۳۹-۴۵.

Aaronson, NK. Ahmedzai, S. & Bergman, B. (1993). The European organization for research and treatment of cancer QIQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of National Cancer Institute*, 85, 265-376.

Bond, EA. (1997). Whose quality of life? *Critical care Nurse*, 7(6), 112.

Distefano, M. Riccardi, S. Capelli, G. Costantini, B. Petrillo, M. & Ricci, C. (2008). Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemo radiotherapy. *Gynecology Oncol*, 111(1), 144 -150.

Engle, J. Kerr, J. Schlesinger-Raab, A. Sauer, H. Holzel, D. (2004). Quality of life following breast conserving therapy or mastectomy: Results of a 5- Year prospective study. *Breast J*, 10(3), 223-231.

Ganz, PA. Guadagnoli, E. Landrum, MB. Lash, TL. Rakowski, W. & Siliiman, RA. (2003). Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol*, 21 (21), 4027-4033.

Guarneri, V. & Conte, P. (2004). The curability of breast cancer and the treatment of advanced disease. *Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 31, 149-156.

Kilbreth, SH. & Refshauge, K. (2006). Resistance and stretching shoulder exercise early following axillary's surgery for breast cancer. *Rehabilitation Oncology*, 24: 9-14.

Lee, A. & Wu, HY. (2002). Diagnosis disclosure in cancer patients- when the family says "no"! *Singapore Medical Journal*, 43, 533-534.

Luecken, LJ. & Compass, BE. (2002). Stress, coping and immune function in breast cancer. *Society of Behavioral Medicine*, 4(4), 334-336.

Micheli, A. Coeberg, JW. Mugno, E. Massimiliani, E. Sant, M. (2003). European health systems and cancer care. *Annals of Oncology*, 14, 41-60.

Montazeri, A. Harirchi, I. Vahdani, M. Khaleghi, F. Jarvandi, S. Ebrahimi, M. & et al. (2000). The EORTC breast cancer specific QOL questionnaire (EORTC QLQ-Br 23): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*, 9(2), 177-184.

- Montazeri, A. Harirchi, I. Vahdani, M. Khaleghi, F. Jarvandi, S. Ebrahimi, M. et al. (1999). The European organization for research and treatment of cancer QOL question noun (EORTC QLQ-C30): translation and validation study of the Iranian version .Support Care Cancer, 7(60), 400-406.
- Mousavi, SM. Montazeri, A. Mohagheghi, MA. MousaviJarrahi, A. Harirchi, I. Najafi, M. & Ebrahimi, M. (2007). Breast Cancer in Iran: An Epidemiological Review. The Breast Journal, 13(4): 383-91.
- Perry, SH. Kowalski, Th. & Chang, CH. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. Hqlo, 2(1), 1-8.
- Rustoen, T. Moum, T. Wiklund, I. & Hanestad, BR. (1999). Quality of life in newly diagnosed cancer patients. J Adv. Nur, 29(2), 490-498.
- Shimozuma, K. Ganz, PA. Petersen, L. Hirji, K. (1999). Quality of life in the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery. Breast Cancer Res Treat, 56(1), 45-57.
- Stein, KD. Jacobsen, PB. Hann, DM. Greenberg, H. & Lyman, G. (2000). Impact of hot flashes on quality of life among postmenopausal women being treated for breast cancer. J Pain Symptom Manage, 19(6), 436-445.
- Taleghani, F. Parsa Yekta, Z. & Nikbakht Nasrabidi, A. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. Journal of Advanced Nursing, 54, 265-273.
- Weitzner, MA. Meywrs, CA. Stuebing, KK. & Saleeba, AK. (1997). Relationship between quality of life and mood in long-term survivors of breast cancer treated with mastectomy. Support Care Cancer, 5, 241-248.
- Winnie, KW. (2009). Anxiety depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. Eur J Cancer, 6(1), 47-49.
- Uzun, O. (2004). Quality of Life in Woman with Breast Cancer in Turkey. J Nurse Scholarsh, 36(3), 207-13.
- Vedat, I. Perihan, G. Seref, K. & Anderson, H. (2001). Improving quality of life in patients with non-small cell lung cancer: research experience with gemcitabine. Eur J Cancer, 33, 8-13.