

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل موثر بر آن در زنان مبتلا به سرطان پستان

پژوهشگران: آرزو منفرد^۱، صدیقه پاک سرشت^{۲*}، عاطفه قنبری^۳، زهرا عطرکار روشن^۴

۱) گروه پرستاری (داخلی-جراحی)، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲) گروه مامایی، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳) گروه پرستاری (داخلی-جراحی)، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴) آمار حیاتی، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۴/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۴/۱۸

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی یک موضوع مهم در مطالعات بیماریهای مزمن، به خصوص سرطان، می باشد. سرطان پستان شایع ترین سرطان در میان زنان است. میزان بقای مبتلایان به سرطان پستان طولانی بوده و در نتیجه بیماران مدت زمان بیشتری متاثر از سرطان و عوارض و پیامدهای آن می باشند. از این رو تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در این افراد ضروری به نظر می رسد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان می باشد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی روی ۱۷۰ زن مبتلا به سرطان پستان در مراکز آموزشی و درمانی شهر رشت در سال ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد. داده ها توسط پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (WHOQOL-BREF) جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS16 و آمار توصیفی و تی تست، آنوا، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که میانگین سنی نمونه ها $41/05 \pm 10/04$ سال و میانگین نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت $48/65 \pm 9/07$ ، در بعد جسمی $12/45 \pm 53/86$ ، روانی $12/06 \pm 41/05$ ، اجتماعی $10/52 \pm 55/36$ ، محیط $9/16 \pm 50/26$ ، می باشد. بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی نشان داد که براساس رگرسیون چند متغیره بین وضعیت تاهل، شغل و نوع جراحی پستان با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: کیفیت زندگی در حیطه سلامت روان از سایر حیطه ها پایین تر بود. همچنین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان شامل وضعیت تاهل، شغل و نوع جراحی بودند. بنابراین توجه به این عوامل و اقداماتی در جهت بررسی های روانی و انجام مشاوره های روانپزشکی در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مؤثر خواهد بود.

کلید واژه ها: سرطان پستان / کیفیت زندگی / بیماران

مقدمه

مبتلایان به درجات صفر تا دو سرطان مبتلا هستند (۷). تشخیص و درمان سرطان پستان، تجربه ای همراه با استرس و اضطراب می باشد. زنان مبتلا با درمانهایی مثل شیمی درمانی، رادیوتراپی و عمل جراحی و عوارض جانبی ناخوشایندی مثل ریزش مو، حالت تهوع و مشکلات جنسی مواجه می شوند. درمان های طولانی، توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی یا به عنوان زن خانه دار یا شاغل، مورد تهدید قرار می دهد. سطح بالای استرس، تأثیر منفی طولانی مدتی بر خود باوری زنان دارد که نهایتاً تأثیر نامطلوبی بر عملکرد خانوادگی، نقش زناشویی و نیز سطح کیفی زندگی آنان دارد (۸). سرطان به درجات متفاوت در ابعاد کیفیت زندگی (Quality of Life (QOL)) بیماران

سرطان به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های قرن حاضر و سومین علت مرگ و میر بعد از بیماری های قلب و عروق و سوانح و حوادث، مطرح است (۱). در ایران سالانه بیش از ۷۰ هزار مورد جدید از سرطان تخمین زده می شود (۳ و ۲). در این میان سرطان پستان، یک سوم موارد سرطان در زنان را شامل می شود (۴). سالانه حدود یک میلیون بیمار مبتلا به سرطان پستان در جهان شناسایی شده و علت مرگ و میر حدود ۳۷۰ هزار نفر از زنان مبتلا به سرطان، سرطان پستان است. سرطان پستان دومین علت رایج مرگ پس از سرطان ریه (۱۵٪) می باشد (۵ و ۶). مبتلایان به سرطان پستان در کشور رقم ثابتی معادل با ۳۱ در ۱۰۰ هزار نفر را شامل می شوند و ۵۴/۵ درصد از

تأثیر می گذارد، بیماران مبتلا به سرطان پستان نیز مشکلات زیادی را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی شامل عملکرد عاطفی و اجتماعی در طی درمان و بعد از آن تجربه می کنند(۹). در نتیجه بررسی وضعیت کیفیت زندگی در این بیماران از شاخص های مهم درمانی و مراقبتی در سراسر جهان محسوب می گردد(۱۰). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جزء پارامترهایی است که در درمان های مختلف سرطان پستان با هم مقایسه می شوند (۱۱). مفهوم کیفیت زندگی از سال ۱۹۴۰ در تحقیقات پزشکی مانند سرطان شناسی مورد استفاده قرار گرفت، تا کیفیت زندگی بیماران مورد اندازه گیری قرار گیرد(۱۲). کیفیت زندگی درجه احساس اشخاص از توانایی هایشان در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی است. بیش از یک دهه است که بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مراقبت های بهداشتی به ویژه در بیماری های مزمن مطرح می باشد. در سالهای اخیر بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان اهمیت ویژه ای یافته است. مسائل و مشکلاتی که به طور معمول کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان را تحت تأثیر قرار می دهد، شامل آثار روانی، عاطفی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از ابتلا به بیماری اقدامات تشخیصی و درمانی است(۱۳). اگرچه مداخلات پزشکی در تغییر کیفیت زندگی موثر است، ولی بخشی از این تغییرات مربوط به ویژگی های جمعیتی و اجتماعی، روان شناسی و فرهنگی است(۱۲). در نتیجه درک از نگرانی های کیفیت زندگی برای این بیماران و عوامل مرتبط با کیفیت زندگی از الویت های مهم تیم سلامت می باشد. این مسئله می تواند در تصمیم گیری های مربوط به درمان مفید باشد(۱۴). با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، به علت افزایش تعداد بازماندگان، و اینکه زنان به عنوان مادر و همسر نقش مهمی را در خانواده دارند(۱۵). کنترل عوارض و مشکلات ناشی از بیماری نه تنها باعث بهبود بقای آنان، بلکه سبب افزایش کیفیت زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده می گردد(۱۶). از این رو در نظر گرفتن عوامل مرتبط با آنها نکته مهمی در ارزیابی و اثر بخشی درمان و

روند بیماری در این بیماران محسوب می گردد(۲). شایع ترین عواملی که در ارتباط با کیفیت زندگی در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار می گیرند، شامل متغیر های دموگرافیک مانند سن، عوامل اجتماعی، مسائل مربوط به درمان مانند نوع جراحی، درمان های کمکی و طول مدت پیگیری می باشند. در مطالعات مختلف روی بیماران مبتلا به سرطان نتایج متفاوتی نیز از تاثیر عوامل ذکر شده روی کیفیت زندگی به دست آمده است(۱۱ و ۱۴ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰). همچنین مطالعات روی عواملی مانند بیماری های همراه (Co morbidity) وضعیت تاهل، وضعیت زندگی، سطح تحصیلات و شغل تمرکز می کنند(۲۱). با توجه به شیوع بالای سرطان پستان و اهمیت و تاثیر آن روی تمامی ابعاد زندگی زنان مبتلا، توجه به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل مرتبط با آن در جامعه و شناخت این عوامل، به کارکنان بهداشتی و درمانی در ارتقا سطح سلامت و بهبود زندگی بازماندگان از سرطان کمک می نماید. با توجه به این که بیشتر مبتلایان به سرطان پستان در طی تشخیص و درمان بیماری خود با مسائل روحی، روانی و جسمی مواجه می شوند که می تواند تاثیراتی مهم و زیان بار را بر کیفیت زندگی آنان داشته باشد، و از آنجایی که نتایج متفاوتی از بررسی کیفیت زندگی این بیماران در نقاط مختلف جهان گزارش شده است که می تواند بیانگر تاثیر عوامل مختلف محیطی، فرهنگی، قومی و نژادی، و حتی درک شخصی فرد از زندگی، روی کیفیت زندگی باشد، به همین دلیل تحقیقی با هدف بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به سرطان پستان که برای پیگیری به مرکز آموزشی درمانی رازی رشت و مرکز انکولوژی و رادیوتراپی گیلان به عنوان بزرگترین مراکز پذیرش بیماران سرطانی در سرتاسر گیلان مراجعه می نمایند، انجام شد. تا براساس این یافته ها گامی آگاهانه و موثرتر در جهت برنامه ریزی مراقبت از آنها برداشته شود.

روش کار

این پژوهش مطالعه ای مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی می باشد که در آن به تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان مبتلا به سرطان

بالای ۷ درصد بدست آمد بجز حیطه اجتماعی که ۰/۵۵ بود. به همین علت دو سوال ۲۷ و ۲۸ به حیطه روابط اجتماعی اضافه شد تا پایایی مناسبی به دست آید (۲۲). جمع آوری اطلاعات در یک مرحله پس از کسب مجوز از معاونت های پژوهشی و درمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان و ارائه آن به مرکز آموزشی درمانی رازی و مرکز انکولوژی گیلان، انجام گرفت. پژوهشگر برای تکمیل پرسشنامه ها پس از کسب رضایت از نمونه های پژوهش و دادن توضیحاتی در رابطه با اهداف تحقیق با خواندن پرسشنامه ها برای نمونه های پژوهش اطلاعات مورد نیاز را جمع آوری نمود. گردآوری داده ها به مدت ۱۰۰ روز صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده از نرم افزار آماری SPSS16 آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی تست و آنالیز واریانس یکطرفه و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره) استفاده شد.

نتایج

نتایج پژوهش نشان داد که میانگین سنی واحدهای پژوهش ۱۰/۰۴ ± ۰/۶۷ سال بوده و اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۱/۸٪) متأهل می باشند. همچنین بررسی عوامل بالینی نیز نشان داد که میانگین مدت تشخیص بیماری ۱/۸۶ ± ۰/۹۲ سال بوده، و ۶۸/۸ درصد از نمونه های مورد مطالعه تحت ماستکتومی و ۳۱/۲ درصد تحت جراحی نگهدارنده پستان قرار گرفته اند. میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمی ۵۳/۸۶ ± ۱۲/۴۵، سلامت روانی ۴۱/۰۵ ± ۱۲/۰۶، ارتباطات اجتماعی ۵۵/۳۶ ± ۱۰/۵۲، سلامت محیط ۵۰/۲۶ ± ۹/۱۶، دو سوال کلی کیفیت زندگی ۴۸/۸۴ ± ۱۵/۳۲ و ۴۶/۳۲ ± ۹/۰۷ و نمره کیفیت زندگی کل ۴۸/۶۵ ± ۹/۰۷ بود، همچنین نتایج نشان داد که نمره کیفیت زندگی در بعد سلامت روان نسبت به سایر ابعاد کیفیت زندگی پایین تر بود. نتایج حاصل از بررسی ارتباط میان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل فردی-اجتماعی و عوامل بالینی نشان داد که از میان عوامل فردی اجتماعی واحدهای مورد پژوهش، ارتباط آماری معنی داری بین سن، وضعیت تاهل، شغل، درآمد و تحصیلات با کیفیت زندگی وجود دارد (جدول شماره ۱).

پستان در مراکز آموزشی و درمانی شهر رشت در سال ۱۳۹۰ پرداخته شد. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان، که تحت جراحی قرار گرفته و درمان های شیمی درمانی و رادیوتراپی را به اتمام رسانده، و حداکثر ۲ سال از اتمام درمانشان گذشته و برای پیگیری به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی رازی رشت و مرکز انکولوژی گیلان مراجعه نمودند، بود. نمونه های این مطالعه ۱۷۰ زن مبتلا به سرطان پستان (اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد و ۲۵/۰ = r) بود. که بر اساس معیار های ورود شامل سن بالاتر از ۱۸ سال، انجام ماستکتومی یا جراحی نگهدارنده، اتمام دوره های شیمی درمانی و رادیوتراپی، نداشتن سابقه مشکلات روانی بر اساس بیان بیمار، عدم سابقه سایر سرطانها، نداشتن انجام جراحی بازسازی پستان و عدم عود بیماری بود، که به روش تدریجی وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش: بخش اول شامل سن، وضعیت تاهل، مدرک تحصیلی، شغل، محل سکونت، درآمد ماهیانه خانواده، بیمه بهداشتی، سابقه سرطان پستان در بستگان، سابقه و تعداد بیماری مزمن، طول مدت تشخیص سرطان پستان، نوع جراحی پستان، طول مدت پس از جراحی، تعداد دوره های شیمی درمانی، تعداد جلسات رادیوتراپی، طول مدت پس از آخرین شیمی درمانی و رادیوتراپی و بخش دوم، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می باشد (پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی WHOQOL-BREF 26 item) که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را (با ۲۴ سوال) می سنجد. دو سوال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار میدهند، بنابراین پرسشنامه مجموعاً ۲۶ سوال دارد. که به هر سوال امتیازی از ۱ تا ۵ داده می شود، که این امتیازات در مورد سه سوال (۳، ۴ و ۲۶) معکوس می گردد. در هر حیطه امتیازی معادل ۱۰۰-۰ داده می شود که ۰ نشانه بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط دکتر نجات و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفته است، که ضریب آلفا در تمام حیطه ها

مخرب روانی ناشی از تشخیص و درمان بیماریشان رنج می‌برند.

همچنین براساس یافته‌های مطالعه حاضر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با سن، وضعیت تاهل، شغل، درآمد، تحصیلات، نوع جراحی پستان، مدت تشخیص بیماری، طول مدت پس از جراحی پستان، مدت اتمام شیمی درمانی و مدت اتمام رادیوتراپی ارتباط آماری معنی‌دار داشت. مدل رگرسیونی نیز نشان دهد که وضعیت تاهل، شغل و نوع جراحی پستان از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌باشند. در ارتباط با متغیر سن نتایج نشان داد که با افزایش سن کیفیت زندگی بیماران کاهش می‌یابد. که با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت (۲۸-۲۵،۲۱) اما نتایج مطالعه اسمیت (Smith) و همکاران و ردوان (Redhwan) و همکاران نشان داد افزایش سن منجر به بهبود کیفیت زندگی شده ولی رابین و همکاران، کرمی و همکاران به ارتباط آماری معنی‌داری در این زمینه دست نیافتند (۲۹، ۲۴، ۳۰). شاید علت این اختلاف در نتایج، تفاوت‌های فرهنگی و تعداد نمونه‌های پژوهش باشد. به عقیده پژوهشگر زنان مسن مشکلات جسمی بیشتری داشته و همچنین بیوه شدن یا ازدواج فرزندان باعث تنهایی و تاثیر روی روابط اجتماعی‌شان می‌گردد، در نتیجه این مشکلات روی کیفیت زندگی زنان مسن تاثیر نامطلوبی می‌گذارد.

در ارتباط با متغیر وضعیت تاهل نیز یافته‌ها نشان داد که افراد متأهل کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افراد غیر متأهل (مجرد، جدا شده و بیوه) داشتند. نتایج سایر مطالعات نیز این یافته را تأیید می‌نماید (۳۳-۳۱). در حالیکه مطالعه اوزاراس (Ozaras) و همکاران، کرمی و همکاران نشان داد بین کیفیت زندگی با وضعیت تاهل ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۲۰، ۱۸). بطور کلی شاید بتوان گفت که تاثیر تاهل روی کیفیت زندگی افراد متأثر از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی افراد می‌باشد. بنظر می‌رسد، متأهلین به علت برخورداری از حمایت‌های همسر خود، کیفیت زندگی بهتری دارند. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که رابطه مستقیم بین سطح تحصیلات،

از میان عوامل بالینی نیز نوع جراحی پستان، مدت تشخیص بیماری، طول مدت پس از جراحی، مدت اتمام شیمی درمانی و مدت اتمام رادیوتراپی، با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری داشتند ($P < 0.05$) (جدول شماره ۲). بین سایر عوامل فردی-اجتماعی و بالینی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد ($P < 0.05$).

همچنین براساس مدل رگرسیون چند متغیره از بین عوامل فردی اجتماعی، وضعیت تاهل و شغل و از بین عوامل بالینی نوع جراحی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان بودند. بنحوی که میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران متأهل نسبت به بیماران غیر متأهل به میزان ۵/۳۲ بالاتر بود ($P < 0.04$). میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران شاغل نیز نسبت به بیماران خانه‌دار به میزان ۶/۰۳ بالاتر بود ($P < 0.02$). میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران با جراحی نگهدارنده پستان نسبت به بیماران با جراحی ماستکتومی به میزان ۳/۵۶ بالاتر بود ($P < 0.01$) (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی در حیطه سلامت روان از سایر حیطه‌ها حتی بطور میانگین پس از گذشت ۲ سال از تشخیص بیماری پایین تر بود. از این نظر، با یافته‌های وان اسش (VanEsch) و همکاران و کرمی و همکاران در قزوین همخوانی دارد (۲۳، ۲). این در حالی است که رابین (Rabin) و همکاران نشان دادند که امتیاز حیطه جسمی از سایر حیطه‌های کیفیت زندگی پایین تر بوده و نمره بعد سلامت روان نسبت به سلامت جسمی، سلامت محیط و دو سوال کلی کیفیت زندگی بالاتر می‌باشد (۲۴). شاید این اختلاف در نتایج به این دلیل است که در مطالعه رابین میانگین مدت زمان تشخیص بیماری ۳/۰۸ سال بوده، در حالیکه در مطالعه حاضر این زمان $1/92 \pm 0/86$ سال است، و این مسئله نشان می‌دهد که مدت زیادی از تشخیص بیماری و درمان‌های جراحی و شیمی درمانی و کمکی در این بیماران نمی‌گذرد و هنوز برخی از بیماران از آثار

نمره کیفیت زندگی وجود دارد. یافته‌های اوزاراس و همکاران، اسمیت و همکاران و انگل (Engel) و همکاران نیز هم راستای مطالعه حاضر بود (۳۳،۲۹،۱۸). در حالیکه نتایج مطالعات کوئن (Kwan) و همکاران نشان داد که بین تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد (۳۴). به عقیده پژوهشگر تحصیلات پایین با کاهش حمایت اجتماعی، نداشتن آگاهی نسبت به درمان و سلامتی، در ارتباط است که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران گردد. در نتیجه تحصیلات بالاتر با تاثیر روی آگاهی و وضعیت بهداشتی افراد، کیفیت زندگی آنها را بهبود می‌بخشد.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی در افراد شاغل بالاتر می‌باشد. یافته‌های مطالعه تایرا (Taira) و همکاران، انگل و همکاران و آویس (Avis) و همکاران نیز این نتایج را تأیید می‌کنند (۳۵ و ۳۳ و ۳۱). این در حالیست که یافته‌های پژوهش اوزاراس و همکاران ارتباط آماری معنی داری را در این مورد نشان نداد (۱۸). شاید بتوان گفت که اشتغال و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی راه فرار از دغدغه‌های زندگی و یک نوع سرگرمی و تنوع در زندگی بوده، که منجر به افزایش روابط اجتماعی و حمایت مالی و در نتیجه تاثیر مثبت روی کیفیت زندگی زنان می‌باشد.

در ارتباط با متغیر متوسط درآمد ماهیانه نیز نتایج حاکی از این بود که درآمد بالاتر با کیفیت زندگی بهتر مرتبط می‌باشد. در همین راستا رضایی و همکاران، غفاری و همکاران به همین نتیجه دست یافتند (۳۷ و ۳۶). اما نتایج مطالعات تایرا و همکاران نشان داد که وضعیت اقتصادی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری ندارد (۳۱). این اختلاف ممکن است به علت تفاوت در زمان پژوهش و حمایت سیستم بیمه‌ای در کشورها و مناطق مختلف باشد. وضعیت اقتصادی مطلوب بیماران موجب سهولت دسترسی آنها به خدمات بهداشتی درمانی و امکان مراقبت بهتر می‌شود. در نتیجه بیماران با درآمد بالاتر دغدغه‌های مالی کمتر و درگیری‌های روحی-روانی و جسمی کمتری برای کسب درآمد و تامین مخارج سنگین درمان خود خواهند داشت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که با افزایش مدت تشخیص بیماری، نمره کیفیت زندگی نیز بالاتر می‌رود. کرمی و همکاران و هارتل (Hartl) و همکاران نیز در مطالعات خود به همین نتیجه رسیدند (۱۱،۲). در حالیکه نتایج پژوهش اسمیت و همکاران، راب و همکاران، آقابراری و همکاران نشان داد که ارتباط معنی داری بین مدت زمانی که از تشخیص بیماری می‌گذرد با کیفیت زندگی وجود ندارد (۱۶،۳۹،۲۹). شاید علت تفاوت در نتایج، اختلاف در زمان انجام پژوهش‌ها باشد، به طوری که در برخی از مطالعات بطور میانگین بیش از ۲ سال از مدت تشخیص بیماری می‌گذشت، در حالی که برخی دیگر در طی انجام درمان‌های کمکی و یا زمان تشخیص اولیه بیماری انجام گرفت. به عقیده پژوهشگر تشخیص سرطان پستان برای بسیاری از زنان واقعه‌ای ترسناک همراه با احساس ترس از مرگ، عدم آگاهی و ترس از درمان و عوارض آن می‌باشد که به شدت کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اما پس از اتمام درمان‌ها، با گذشت زمان و سازگاری با این رویدادها و تثبیت وضعیت بیمار از شدت تاثیرات منفی روی کیفیت زندگی کاسته می‌شود.

همچنین در ارتباط با طول مدت پس از جراحی نیز نتایج نشان داد که با گذشت زمان کیفیت زندگی زنان بهتر می‌شود. مطالعه تایرا و همکاران نیز به همین نتیجه دست

داشتن روابط مثبت، استفاده از تکنیک های روانشناختی و حمایت های روانی اجتماعی (مشاوره های فردی، گروه های حمایتی، آرام سازی و کنترل استرس، بهبود مهارت های انطباقی و ...) و از همه مهمتر برقراری ارتباطی توأم با درک متقابل و احترام به بیمار، نقش کلیدی در کنترل بیماری و درمان و به تبع آن ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران داشته باشند.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه پرسنل بخش رادیوتراپی و درمانگاه مرکز آموزشی درمانی رازی رشت و مرکز رادیوتراپی و انکولوژی گیلان و کلیه بیمارانی که در انجام این پژوهش صادقانه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می شود. همچنین از آنجایی که این مقاله منتج از یک طرح مصوب می باشد، از حمایت های مادی و معنوی دانشگاه علوم پزشکی گیلان بسیار سپاسگزاری می گردد.

یافت (۳۱). اما یافته اوسومی و همکاران نشان داد که بین زمان پس از جراحی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد (۲۵). به عقیده پژوهشگر انجام جراحی پستان در زنان با تاثیر روی ظاهر و زیبایی جسمی و جنسی زن تاثیر بسزایی در کیفیت زندگی آنها خواهد داشت، که این مسئله در زمان انجام جراحی و روزهای اولیه پس از آن بخصوص در صورت برداشتن پستان مشکلات روحی و روانی شدیدی را برای بیماران ایجاد می نماید. با گذشت زمان از جراحی پستان و بهبود محل جراحی در زنان تحت جراحی نگهدارنده پستان و افزایش سازگاری افراد ماستکتومی شده و پذیرش ظاهر فعلی خود، کیفیت زندگی آنها نیز بهبود می یابد.

مطالعه حاضر نشان داد که با گذشت زمان از اتمام درمان های کمکی نمره کیفیت زندگی افزایش می یابد. نتایج مطالعه قوام نصیری و همکاران، هاپوود (Hopwood) و همکاران و نعمت الهی نیز این یافته ها را تأیید می کنند (۴۱، ۲۷، ۴۰). اما پژوهش هارتل و همکاران و راب و همکاران نشان داد که بین انجام شیمی درمانی و رادیوتراپی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد (۳۹، ۲۱). به عقیده پژوهشگر احتمالاً اختلاف در نتایج مطالعات می تواند به علت تفاوت در ابزار و تعداد نمونه ها و زمان انجام نمونه گیری باشد. واضح است که با انجام شیمی درمانی و رادیوتراپی و بروز و تشدید طیف وسیعی از علائم جسمی و روحی در طی دوره فعال درمان، کیفیت زندگی افراد تحت تاثیر قرار می گیرد، از آنجایی که با اتمام درمان ها مشکلات ناشی از آن نیز به مرور از بین می روند، در نتیجه گذشت زمان از اتمام شیمی درمانی و رادیوتراپی باعث بهبود در علائم و عوارض و کیفیت زندگی خواهد شد.

امروزه تنها زنده ماندن مد نظر نمی باشد و افراد خواهان زندگی با کیفیت مطلوب هستند با نگاهی کلی به تحقیق فعلی می توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی بخصوص سلامت روان در مبتلایان به سرطان در طی مسیر درمانی تحت تأثیر قرار می گیرد و کاهش می یابد. پرسنل بهداشتی درمانی می توانند در موقعیت های بالینی با

جدول شماره (۱): ارتباط کیفیت زندگی با برخی عوامل فردی اجتماعی واحدهای مورد پژوهش

آزمون آماری	نتیجه آزمون	تعداد (درصد)	عوامل فردی- اجتماعی	
			سن (سال)	وضعیت تاهل
تی تست $t = -1/41$ $df = 168$	۰/۰۵	۹۲(۵۴/۱)	۵۰	سن (سال)
		۷۸(۴۵/۹)	> ۵۰	
		۱۷۰(۱۰۰)	جمع	
تی تست $t = -1/51$ $df = 168$	۰/۰۰۱	۱۳۹(۸۱/۸)	متاهل	وضعیت تاهل
		۳۱(۱۸/۲)	غیر متاهل	
		۱۷۰(۱۰۰)	جمع	
آنالیز واریانس $F = 0/41$ $df = 2$	۰/۰۱	۶۳(۳۷/۰۶)	بی سواد و سواد خواندن و نوشتن	تحصیلات
		۹۶(۵۶/۴۷)	زیر دیپلم و دیپلم	
		۱۱(۶/۴۷)	دانشگاهی	
		۱۷۰(۱۰۰)	جمع	
تی تست $t = -2/08$ $df = 168$	۰/۰۳	۱۴۸(۸۷)	خانه دار	شغل
		۲۲(۱۳)	شاغل	
		۱۷۰(۱۰۰)	جمع	
تی تست $t = -2/41$ $df = 168$	۰/۰۱	۱۲۲(۷۱/۸)	۶۰۰۰۰۰	متوسط در آمد ماهیانه (تومان)
		۴۸(۲۸/۲)	> ۶۰۰۰۰۰	
		۱۷۰(۱۰۰)	جمع	
تی تست $t = -0/74$ $df = 168$	۰/۲۷	۱۳۶(۸۰)	شهر	محل سکونت
		۳۴(۲۰)	روستا	
		۱۷۰(۱۰۰)	جمع	
آنالیز واریانس $F = 1/15$ $df = 4$	۰/۳۳	۲ (۱/۲)	فاقد بیمه	نوع بیمه بهداشتی
		۸۲(۴۸/۲)	تامین اجتماعی	
		۴۵(۲۶/۵)	خدمات درمانی	
		۲۵(۱۴/۷)	روستایی	
		۱۶(۹/۴)	سایر (نیروهای مسلح، امداد و نفت)	
		۱۷۰(۱۰۰)	جمع	

جدول شماره (۲): ارتباط کیفیت زندگی با برخی از عوامل بالینی واحدهای مورد پژوهش

آزمون آماری	نتیجه آزمون	تعداد (درصد)	عوامل بالینی	
			بله	خیر
تی تست $t = 1/45$ $df = 168$	۰/۱۴	۳۳(۱۹/۴)	بله	سابقه خانوادگی سرطان پستان
		۱۳۷(۸۰/۶)	خیر	
		۱۷۰(۱۰۰)	جمع	
تی تست $t = -1/79$ $df = 168$	۰/۰۷	۷۳(۴۱/۸)	بله	سابقه بیماری مزمن
		۹۷(۵۸/۲)	خیر	
		۱۷۰(۱۰۰)	جمع	
آنالیز واریانس $t = 0/37$ $df = 2$	۰/۶۸	۳۴(۴۶/۶)	یک بیماری	تعداد بیماری مزمن
		۱۹(۲۶)	دو بیماری	
		۲۰(۲۷/۴)	بیش از دو بیماری	
		۷۳(۱۰۰)	جمع	
تی تست $t = -3/66$ $df = 168$	۰/۰۰۰۱	۱۱۷(۶۸/۸)	ماستکتومی	نوع جراحی پستان
		۵۳(۳۱/۲)	جراحی نگهدارنده پستان	
		۱۷۰(۱۰۰)	جمع	
پیرسون $r = 0/17$	۰/۰۲	$1/92 \pm 0/86$	میانگین و انحراف معیار	مدت تشخیص بیماری (سال)
پیرسون $r = 0/18$	۰/۰۱	$1/71 \pm 0/75$	میانگین و انحراف معیار	طول مدت پس از جراحی (سال)
پیرسون $r = 0/135$	۰/۰۷	$7/01 \pm 1/1$	میانگین و انحراف معیار	تعداد دوره های شیمی درمانی
پیرسون $r = 0/18$	۰/۰۱	$1/27 \pm 0/69$	میانگین و انحراف معیار	مدت اتمام شیمی درمانی (سال)
پیرسون $r = -0/04$	۰/۵۴	$31/78 \pm 2/9$	میانگین و انحراف معیار	تعداد دوره های رادیوتراپی
پیرسون $r = 0/17$	۰/۰۲	$1/06 \pm 0/73$	میانگین و انحراف معیار	مدت اتمام رادیوتراپی (سال)

جدول شماره (۳): برآورد ضرایب رگرسیونی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت واحدهای پژوهش

نتیجه آزمون	فاصله اعتماد ۹۵٪		خطای معیار	ضریب بتا	عامل مرتبط	
	حد بالا	حد پایین			غیر متاهل	وضعیت تاهل
۰/۰۰۴	۸/۹۴	۱/۷۱	۱/۸۳	۵/۳۲	غیر متاهل	متاهل
					گروه مرجع	
۰/۰۲	۱۱/۱۸	۰/۸۷	۲/۶۰	۶/۰۳	خانه دار	شاغل
					گروه مرجع	
۰/۰۱	۶/۳۷	۰/۷۴	۱/۴۲	۳/۵۶	ماستکتومی	نگهدارنده پستان
					گروه مرجع	

References:

1. Mardani M, shahraki A. relationship psychologic health and Quality of life in cancer patients. *Journal of shaid sadooghi of yazd medical*. 2010.18(2).pp:111-17. [Text in Persian].
2. Karami O, Falahat-pisheh F, Jahani H, Beiraghdar N. Quality of life in cancer patients in Qazvin 2007. *JQUMS*. 2010. 14(3). pp: 80-87. [Text in Persian].
3. Heidari S, Salahshoryan A, Rafiee F, Hoseini F. relationship perceived social support with Quality of life domains in cancer patients. *Feyz*. 2008.12(2). pp:12-22. [Text in Persian].
4. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. *Cancer statistics, 2012*. *CA Cancer J Clin*. 2012 Jan-Feb.62(1). pp:10-29.
5. Porkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh A, Jafari P, Sadeghi M, Dejbakhsh T, et al. The effect of Rehabilitation in quality of life in women after mastectomy. *Journal of payesh*. 2009. 9(1). pp:61-68. [Text in Persian].
6. Anagnostopoulos F, Myrghianni S. Body Image of Greek Breast Cancer Patients Treated with Mastectomy or Breast Conserving Surgery. *J Clin Psychol Med Settings*. 2009.16.pp:311-321.
7. Zananpress.com [Internet]. Tehran: zanan news agency. 2013. Available from: <http://zananpress.com/archives/25932>.
8. Hayati F, Shahsavari A, Mahmudi M. relation psychic convenience with individual factors of patients with breast cancer in hospitals of Tehran University of Medical Science. *Journal of Iran breast diseases*. 2009.2(1).pp:23-28. [Text in Persian].
9. Quintard B, Lakdja F. Assessing the effect of beauty treatments on psychological distress, body image, and coping: a longitudinal study of patients undergoing surgical procedures for breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2008. 17.pp:1032-1038.
10. Vares Z, Zandi M, Baghaie P, Masoudi N, Mirbagher N. Quality of life and related factors in diabetic patients in kashan diabetic center. *Journal of Research in nursing*. 2011. 5(17).pp:14-21. [Text in Persian].
11. Hartl K, Janni W, Kästner R, Sommer H, Strobl B, Rack B, et al. Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients *Annals of Oncology*. 2003.14. pp:1064-1071.
12. Palmer JR, Adams-Campbell LL, Boggs DA, Wise LA, Rosenberg L. a prospective study of body size and breast cancer in black women. *Cancer epidemiol biomarkers prev*. 2007. 16. pp: 1795-1802.
13. Fazel A, Tirgary B, mokhber N, Koshyar M, Esmaili H. Impact mastectomy on mode and quality of life in patients with breast cancer. *Journal of yazd shahid sadooghi University of Medical Science*. 2008. 16(3). pp:28-36. [Text in Persian].
14. Tsay S, Chang J, Yates P, Lin K, Liang S. Factors influencing quality of life in patients with benign primary brain tumors: prior to and following surgery. *Support Care Cancer*. 2012 Jan. 20(1).pp:57-64.
15. Montazeri A. Review Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res*. 2008 Aug 29. 27(32).pp: 1-31.
16. Aghbarari M, Ahmadi F, Mohammadi A, Haji zadeh A, Farahani A. physical, psychological and social domains of quality of life in women with breast cancer under chemotherapy. *Journal of Research in nursing*.2007.1(3). pp:55-65. [Text in Persian].
17. Odoms-Young A. Factors that influence body image representations of Black Muslim women. *Soc Sci Med*. 2008. 66. pp: 2573-2584.
18. Özaras G, Özyurda F. Quality of Life and Influencing Factors in Patients with a Gynecologic Cancer Diagnosis at Gazi University, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010.11. pp:1403 – 1408.
19. Lehto U, Ojanen M, Dyba T, Aromaa A, Lehtinen P. Baseline psychosocial predictors of survival in localized melanoma. *J Psychosom Res*. 2007. 63 . pp: 9– 15.
20. Zeighami sh, Hoshmand P, KoshyarM, esmaili H. Quality of life patients with cancer under chemotherapy. *Journal of Hamedan University of Medical Science*. 2008.16(1). pp:5-11. [Text in Persian].
21. Hartl K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H, Friese K. Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *PsychoOncology*.2010. 19.pp: 160-169.
22. Nejat S, Montazeri A, Holakoei K, Mohammad K. standardization of WHOQOL-BREF: translation and psychometry of Iranian version. *Journal of Health Science University*.2007.4(4). pp:1-12. [Text in Persian].
23. Van Esch L, Leontine Den Oudsten B, De Vries J. The World Health Organization Quality of Life Instrument-Short Form (WHOQOL-BREF) in women with breast problems. *Int J Clin HI Th Psyc*. 2011. 11(1). pp:5-22.
24. Rabin EG, Heldt E, Hirkata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. *Eur J Oncol Nurs*.2008. 12. pp: 53-57.
25. Ohsumi S, Shimozuma K, Morita S, Hara F, TakabatakeDa, Takashima S, et al. Factors Associated with Health-related Quality-of-life in Breast Cancer Survivors: Influence of the Type of Surgery. *Jpn J Clin Oncol*. 2009. 39(8). pp:491-496.
26. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and healthrelated quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res*. 2008. 64. pp:383-391.
27. Hopwood P, Haviland J, Mills J, Sumo G, Bliss JM. The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *Breast*. 2007.16. pp: 241-251.
28. Ganz P A, Guadagnoli E, Landrum MB, Lash T L, Rakowski W, Silliman Rebecca A. Breast Cancer in Older Women: Quality of Life and Psychosocial Adjustment in the 15 Months After Diagnosis. *J Clin Oncol*. 2003. 21. pp: 4027-4033.
29. Smith AW, Alfano C M, Reeve B B, Irwin M L, Bernstein L, Baumgartner K, et al. Race/Ethnicity, Physical Activity, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors Ashley Wilder Smith, Catherine M. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009.18(2). pp: 656-663.
30. Redhwan AA, Md Idris MN, Zaleha MI, Robert C, Fuad I, Sami RA. Quality of life among women with breast cancer from university Kebangsaan Malaysia medical center, Malaysia. *Malaysian Journal of Community Health*. 2008. 14 (2).pp: 46-55.
31. Taira N, Shimozuma K, Shiroywa T, Ohsumi S, Kuroi K, Saji S, et al. Associations among baseline variables, treatment-related factors and health-related quality of life 2 years after breast cancer surgery. *Breast Cancer Res Treat*. 2011. 128. pp: 35-747.
32. Fasihi harandi T, Anoshe M, Ghofrani por F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohammadi A, et al. Quality of Life of women

- with breast cancer: a qualitative study. Payesh. 2011. 11(1). pp:73-81. [Text in Persian].
33. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Holzel D. Predictors of Quality of Life of Breast Cancer Patients. *Acta Oncologica*. 2004. 42(7). pp: 710-718.
34. Kwan ML, Ergas JJ, Somkin CP, Quesenberry Jr CP, Neugut AI, Hershman DL. Quality of life among women recently diagnosed with invasive Breast cancer: the Pathways Study. *Breast Cancer Res Treat*. 2010. 123. pp:507-524.
35. Avis N E, Crawford S, Manue. Quality of Life among Younger Women with Breast Cancer. *J Clin Oncol*. 2005. 23(15). pp:3322-30.
36. Rezaei R, Saatsaz S, Haji Hosseini F, Sharifian SH, Nazari R. Quality of life in Gynecologic cancer patients before and after chemotherapy. *Journal of babol university of medical science*. 2011. 13(4). pp: 78-84. [Text in Persian].
37. Ghaffari F, Fotokian Z, Karimi M, Keihanian SH, Karimi H. The relationship between anemia-related fatigue and quality of life in canceric patients. *JQUMS*. 2009. 13(1). pp: 35-41.
38. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Quality of Life at the End of Primary Treatment of Breast Cancer: First Results From the Moving Beyond Cancer Randomized Trial. *J Natl Cancer Inst*. 2004. 96(5). pp: 376-387.
39. Robb C, Haley W, Balducci L, Extermann M, Perkin E, Small B, et al. Impact of breast cancer survivorship on quality of life in older women, *Crit_Rev Oncol Hematol*. 2007. 62 .pp: 84 -91.
40. Ghavan nasiri M, Heshmati F, Anvari K, Habashi zadeh A, Moradi M, Neghabi GH, et al. The Effect of Individual and Group Self-care Education on Quality of Life in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Clinical Trial. *Journal of education in medical science*. 2011. 11(8). pp: 874-884. [Text in Persian].
41. Nematollahi A. Quality of Life of women with breast cancer in hospitals of medical science university of Tehran. *Midwifery MSc Thesis*. Tehran university of medical science. 2004. pp:1-30. [Text in Persian].

Health-Related Quality of Life and its related factors among women with breast cancer

BY: Monfared A¹, Pakseresht S*², Ghanbari A³, Atrkar Roshan Z⁴

1. Department of nursing (medical-sergical), Instructor, School of nursing and midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran
2. Department of midwifery, Assistant professor, Social determinants of health research center, School of nursing and midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran
3. Department of nursing, Associate professor, Social determinants of health research center, School of nursing and midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran
4. Biostatistics, Assistant professor, School of medicine, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran

Received: 2012/7/16

Accept: 2013/7/9

Abstract

Introduction: Breast cancer is an important issue in chronic disease studies. Breast cancer is the most common cancer among women. Life expectancy is long in patients with breast cancer and in result they suffer longer from cancer and its complications. Therefore it seems necessary to determine QOL and its related-factors in these patients.

Objective: The purpose of the study is to determine Quality of Life and its related factors among women with breast cancer.

Methods: This analytical descriptive study was conducted on 170 women with breast cancer referred to Educational-therapeutic hospitals in Rasht in 2011-2012. Data were collected by questionnaire including demographics and Health-related Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaires. Data were analyzed using SPSS software version 16, and descriptive statistics and t-test, ANOVA, Pearson correlation coefficients and linear regression.

Results: Findings indicated that samples mean age was 50.67 ± 10.04 and mean Health-related QOL score was 48.65 ± 9.7 , physical domain 53.86 ± 12.45 , psychological 41.05 ± 12.06 , social 55.36 ± 10.52 and environment 50.26 ± 9.16 . In assessing related factors with quality of life using multiple regression indicated significant differences between marital status, occupation, type of breast surgery ($p < 0.05$).

Conclusion: QOL was lower in psychological health domain than other domains. Also, related factors with breast cancer patients' QOL included marital status, occupation and surgery type. Therefore paying attention to these factors and conducting psychic assessments and psychiatric consultations are important for improvement of these patients' QOL.

Keywords: Breast Neoplasm / Quality of Life / Patients

*Corresponding Author: Sedigheh Pakseresht, Rasht, School of Nursing and Midwifery

Email: pakseresht@yahoo.com