

ابعاد جسمی، روحی روانی و اجتماعی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی

مریم آقابراری^۱، دکتر فضل ا. احمدی^۲، دکتر عیسی محمدی^۳، دکتر ابراهیم حاجی زاده^۴، عباس وروانی فراهانی^۵

چکیده

مقدمه: فشارهای روانی، کاهش عملکردهای جسمی عاطفی اجتماعی، اختلال در عملکرد جنسی و تغییر در تصویر ذهنی به دنبال تشخیص و درمان سرطان پستان، کیفیت زندگی فرد مبتلا و خانواده وی را متأثر می سازد. پژوهش حاضر با هدف بررسی ابعاد جسمی، روحی روانی و اجتماعی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی انجام شده است.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر مطالعه ای است توصیفی تحلیلی مقطعی که بر روی ۵۶ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به مرکز انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۳۸۵ صورت پذیرفت. واحدهای مورد پژوهش بر اساس ویژگی های نمونه و به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان (QOL - BC) و پرسشنامه دموگرافیک بود که اعتبار و اعتماد آن با روش اعتبار محتوی و دو نیمه کردن مورد تأیید قرار گرفت. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که از نظر بعد جسمی، ۶۲/۵ درصد واحدها کیفیت زندگی خوب و ۳۷/۵ درصد کیفیت زندگی متوسط و از نظر بعد روحی روانی، ۴۲/۹ درصد کیفیت زندگی خوب، ۵۵/۴ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۱/۸ درصد کیفیت زندگی ضعیف داشتند، این در حالی است که از نظر بعد اجتماعی، ۲۱/۴ درصد کیفیت زندگی خوب، ۷۱/۴ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۷/۱ درصد کیفیت زندگی ضعیف داشتند. میانگین کلی کیفیت زندگی نمونه ها در ۳ بعد یاد شده متوسط بوده است. نتایج حاصل از بررسی ارتباط میان ابعاد کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک و بیماری و درمان نیز نشان داد تنها بین سن با بعد روحی کیفیت زندگی ($p=0/049$) و بین نوبت اخیر شیمی درمانی با بعد جسمی کیفیت زندگی ($p=0/000$) و کیفیت زندگی کل ($p=0/001$) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت.

بحث و نتیجه گیری: زنان از مهمترین ارکان خانواده و جامعه می باشند، بنابراین بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان نه تنها سبب بهبود بقای آنان می شود بلکه سبب افزایش کیفیت زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده نیز می گردد از این رو لازم است تیم درمان جهت ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران به ویژه در بعد روحی روانی و اجتماعی اقدام نمایند که در این میان بر نقش پرستاران تأکید می گردد.

واژه های کلیدی: سرطان پستان، شیمی درمانی، کیفیت زندگی، پرستار

پذیرش مقاله: ۸۵/۸۷/۹

دریافت مقاله: ۸۵/۳/۲۰

۱- دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

۲- دانشیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسؤول)

آدرس: تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی

تلفن: ۸۲۸۸۳۵۵۳

پست الکترونیک: Ahmadif@modares.ac.ir

۳- دانشیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

۴- دانشیار دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

۵- کارشناس پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

امروزه سرطان پستان مهمترین عامل نگران کننده سلامتی در زنان است، زیرا شایع ترین نوع سرطان و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در میان زنان می باشد [۱]. بر اساس آمار سازمان بهداشت آمریکا^۱، در جهان سالانه بیش از ۱/۱ میلیون مورد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می شود که این رقم معادل ۱۰ درصد از کل موارد جدید سرطان و ۲۳ درصد از کل سرطان های زنان می باشد. تخمین زده می شود که در حال حاضر حدود ۴/۴ میلیون زن در جهان زندگی می کنند که طی ۵ سال گذشته سرطان پستان در آنها تشخیص داده شده است [۲]. میزان بروز اختصاصی سنی^۲ سرطان پستان در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت زنان در کشورهای پیشرفته ۶۷/۸ نفر، در کشورهای کمتر توسعه یافته ۲۳/۸ نفر و در جهان ۳۷/۵ نفر می باشد [۳]. میزان بروز این بیماری در کشورهای توسعه یافته سالانه ۱ تا ۲ درصد [۴] و در کشورهای کمتر توسعه یافته هر سال تا حدود ۵ درصد افزایش می یابد [۲]. آمارهای بین المللی سرطان نشان می دهد که تفاوت قابل توجهی در بروز سرطان پستان و میزان مرگ و میر ناشی از آن بین کشورهای مختلف وجود دارد [۱]، به عنوان مثال در اروپا از هر ۱۱ زن ۱ نفر در ایالات متحده از هر ۹ زن ۱ نفر امکان تشخیص سرطان پستان را در سنین قبل از ۸۵ سالگی خواهد داشت [۵]. در حقیقت ۲ تا ۳ میلیون از ۹ میلیون جمعیت سرطانی در ایالات متحده را زنان با تاریخچه ای از سرطان پستان تشکیل می دهند [۶]. در ایران سرطان پستان ۲۲/۲۶ درصد از موارد سرطان های زنان را تشکیل می دهد و شایعترین سرطان در میان زنان

ایرانی است [۳]. میزان بروز و شیوع سرطان پستان به ترتیب ۲۲ و ۱۲۰ در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت زن بالای ۳۰ سال می باشد [۷]. میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت زن ایرانی برابر با ۱۸/۲ نفر می باشد. بر اساس گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در سال ۱۳۸۳، از نظر میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت زنان، استان های یزد (۲۵/۴۶)، اصفهان (۲۰/۶۱)، تهران (۲۰/۲۸)، خراسان (۱۸/۵۸) و سمنان (۱۷/۸۵) به ترتیب در مقام اول تا پنجم قرار دارند [۳]. سرطان پستان یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان ایرانی است که در حال افزایش می باشد. میزان بروز خالص این بیماری تقریباً ۲۰ مورد جدید به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال تخمین زده شده است و از آنجا که حدود ۳۰ میلیون زن در کشور وجود دارد، بنابراین احتمالاً سالانه حدود ۶۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان در زنان شناسایی می شود و تقریباً از هر ۱۰ زن ایرانی یک نفر احتمال ابتلا به این بیماری را خواهد داشت [۸]. بررسی ها نشان می دهد که مبتلایان به سرطان پستان در ایران ۱۰ سال جواتر از مبتلایان به این بیماری در کشورهای غربی هستند [۹]، بطوریکه در آمریکا تنها ۵ درصد از زنان زیر ۴۰ سال در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان می باشند، اما در ایران بر خلاف کشورهای غربی زنان در سنین پایین تر، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به این بیماری می باشند و این مسأله اهمیت بررسی، تشخیص و کنترل این بیماری را در کشور ایران نشان می دهد [۱۰]. اگر چه جراحی، شیمی درمانی، پرتودرمانی و هورمون درمانی به عنوان رایج ترین روش های مورد استفاده در درمان سرطان پستان، میزان بقای این افراد را افزایش داده اند [۱۱ و ۱۲]. اما این روش های درمانی به نوبه خود سبب بروز عوارض جانبی کوتاه و بلند مدت در این بیماران می شود [۱۲ و ۱۳ و ۱۴]. بطوریکه بیماران مبتلا به سرطان

1 - Pan American Health Organization

2- Incidence Rate ASR (per 100 , 000) ASR :
Age Standardized Rate

با توجه به اینکه اولین گام جهت ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران بررسی و تعیین وضعیت (سطح) کیفیت زندگی در آنها می باشد، از این رو مطالعه حاضر جهت پاسخگویی به ۲ سوال زیر انجام شده است:

۱- کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در ابعاد جسمی، روحی روانی و اجتماعی چگونه است؟

۲- کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی با کدام یک از متغیرهای دموگرافیک و بیماری و درمان ارتباط دارد؟

مواد و روشها

مطالعه حاضر مطالعه ای است توصیفی تحلیلی مقطعی که با هدف بررسی ابعاد جسمی، روحی روانی و اجتماعی کیفیت زندگی بر روی ۵۶ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به مرکز انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۳۸۵ صورت پذیرفت. واحدهای مورد پژوهش بر اساس ویژگی های نمونه و به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، بیماری و درمان شامل معیارهایی نظیر: سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تاریخ تشخیص بیماری، نوع درمان های تجویز شده، تعداد سیکل های شیمی درمانی تجویز شده، نوع، میزان و روش تجویز داروهای شیمی درمانی.

پرسشنامه کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان^۱، این پرسشنامه توسط محققان مرکز ملی سرطان شهر هپ^۲ از ایالت کالیفرنیا آمریکا جهت بررسی کیفیت

پستان از طیف وسیعی از علائم و نشانه های جسمی، روحی روانی و اجتماعی طی فرایند تشخیص و درمان بیماری خود رنج می برند[۱۵]. عدم کنترل مناسب این عوارض سبب تشدید اثرات منفی بر کیفیت زندگی بیماران شده و ممکن است هر نوع مزیتی از این افزایش بقاء را به دلیل افزایش هزینه های عوارض جانبی خنثی کند[۱۲]. این مسأله بیانگر نیاز این بیماران به مراقبت های کامل و جامع جسمی، روانی و اجتماعی است، تا اینکه بتوانند از یک زندگی با کیفیت مناسب بر خوردار شوند. با توجه به این که میزان بقای زنان مبتلا به سرطان پستان به دلیل پیشرفت در شیوه های تشخیصی و درمانی در حال افزایش است[۵ و ۶ و ۱۲ و ۱۴ و ۱۶]، ضرورت اتخاذ تدابیری در زمینه کنترل عوارض بیماری و درمان و ارتقای کیفیت زندگی آنان به شدت احساس می شود، بطوریکه بهبود و ارتقای کیفیت زندگی باید به عنوان یکی از اهداف اولیه در درمان سرطان در نظر گرفته شود[۱۷]. از سوی دیگر مسلم است که زنان از مهمترین ارکان خانواده و جامعه می باشند. بنابراین بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان نه تنها سبب بهبود بقای آنان می شود، بلکه سبب افزایش کیفیت زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده نیز می گردد. از این رو لازم است تیم درمان جهت ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران در ابعاد جسمی، روحی روانی و اجتماعی اقدام نمایند. در این میان بر نقش پرستاران تاکید می گردد، زیرا پرستاران نقش مهمی در مراقبت از مبتلایان به سرطان تحت درمان بر عهده دارند و جهت آموزش به بیمار و خانواده و حمایت روحی آنان از موقعیت مناسبی برخوردارند[۱۱ و ۱۸]. همچنین یکی از وظایف کلیدی و مهم پرستاران انکولوژی پیشگیری، شناسایی و کنترل عوارض ناشی از سرطان و درمان آن می باشد. که تأثیر مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و تسریع سیر بهبودی آنها دارد [۱۱ و ۱۹].

1 - Quality of Life Breast Cancer Version (QOL - BC)

2 - Hope

زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان طرح ریزی شده و شامل ۴۳ سوال در ۴ حوزه سلامت جسمی، روحی روانی، اجتماعی و مذهبی است. پاسخ هر سوال بر اساس ارزشگذاری لیکرت (اصلاً کم، متوسط، زیاد) تنظیم شده است. در این پرسشنامه امتیاز زیاد نشانه کیفیت زندگی پایین و امتیاز کم نشانه کیفیت زندگی بالا است.

ابزار فوق پس از ترجمه، از نظر اعتبار محتوی توسط اساتید دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تایید قرار گرفت. جهت سنجش اعتماد ابزار از روش دو نیمه کردن استفاده شد. ضریب همبستگی پیرسون برای دو نیمه ابزار برآورد و پایایی ابزار با ضریب همبستگی ۰/۷۶ مورد تایید قرار گرفت. پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران، پرسشنامه در یک مرحله توسط پژوهشگر و با همکاری بیمار تکمیل گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری (SPSS (V12 و آمار توصیفی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک و بیماری و درمان واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

همان طور که داده های جدول ۲ نشان می دهد یافته های پژوهش نشان داد که از نظر بعد جسمی، ۶۲/۵ درصد واحدهای مورد پژوهش کیفیت زندگی خوب و ۳۷/۵ درصد

کیفیت زندگی متوسط و از نظر بعد روحی روانی، ۴۲/۹ درصد کیفیت زندگی خوب، ۵۵/۴ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۱/۸ درصد کیفیت زندگی ضعیف داشتند، این در حالی است که از نظر بعد اجتماعی، ۲۱/۴ درصد کیفیت زندگی خوب، ۷۱/۴ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۷/۱ درصد کیفیت زندگی ضعیف داشتند. میانگین کلی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در ۳ بعد یاد شده، متوسط بود.

نتایج حاصل از بررسی ارتباط میان ابعاد کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک و بیماری و درمان نیز نشان داد که بین متغیرهای میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، وضعیت یائسگی، مدت زمانی که از تشخیص بیماری می گذرد، مرحله سرطان و نوع جراحی با هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی و نیز کیفیت زندگی کل، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت و تنها بین سن با بعد روحی کیفیت زندگی ($p=0/049$) و بین نوبت اخیر شیمی درمانی با بعد جسمی کیفیت زندگی ($p=0/000$) و کیفیت زندگی کل ($p=0/001$) ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (جدول شماره ۳).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به مرکز انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۵

درصد	تعداد	مشخصات دموگرافیک	
۵/۴	۳	۱۹ - ۳۰	سن
۵۳/۶	۳۰	۳۱ - ۴۵	
۴۱/۱	۲۳	۴۶ - ۶۵	
۴۵/۸۹ ± (۹/۳۴)		mean ± SD	
۲۶/۸	۱۵	ابتدایی	میزان تحصیلات
۲۵	۱۴	راهنمایی	
۳۰/۴	۱۷	دیپلم	
۱۷/۹	۱۰	دانشگاهی	
۸۹/۳	۵۰	متأهل	وضعیت تأهل
۳/۶	۲	مجرد	
۷/۱	۴	مطلقه	
۲۳/۲	۱۳	ضعیف	وضعیت اقتصادی
۶۰/۷	۳۴	متوسط	
۱۶/۱	۹	خوب	
۳۰/۴	۱۷	از قبل	وضعیت یائسگی
۱۴/۳	۸	بر اثر شیمی درمانی	
۵۵/۴	۳۱	یائسه نشده	
۶۰/۷	۳۴	۰ / ۵ - ۳	مدت زمانی که از تشخیص بیماری می گذرد
۲۵	۱۴	۴ - ۶	
۱۰/۷	۶	۷ - ۱۲	
۳/۶	۲	> ۱۳	
۴ ± (۰/۴۶)		mean ± SD	
۷/۱	۴	۱	مرحله سرطان
۶۷/۹	۳۸	۲	
۲۵	۱۴	۳	
۹۱/۱	۵۱	ماستکتومی رادیکال اصلاح شده	نوع جراحی
۸/۹	۵	توده برداری	
۳۹/۳	۲۲	۱	نوبت اخیر شیمی درمانی
۲۳/۲	۱۳	۲	
۱۶/۱	۹	۳	
۸/۹	۵	۴	
۱۲/۵	۷	۵	

جدول ۲: سطوح امتیازات ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به مرکز انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۵

ابعاد کیفیت زندگی	سطوح / امتیاز	تعداد	درصد
جسمی	ضعیف (۷۰-۵۳)	-	-
	متوسط (۵۲-۳۵)	۲۱	۳۷/۵
	خوب (۳۴-۱۷)	۳۵	۶۲/۵
روحی روانی	ضعیف (۷۰-۵۳)	۱	۱/۸
	متوسط (۵۲-۳۵)	۳۱	۵۵/۴
	خوب (۳۴-۱۷)	۲۴	۴۲/۹
اجتماعی	ضعیف (۴۲-۳۲)	۴	۷/۱
	متوسط (۳۱-۲۱)	۴۰	۷۱/۴
	خوب (۲۰-۱۰)	۱۲	۲۱/۴
کیفیت زندگی کل	ضعیف (۱۳۴-۱۷۸)	۱	۱/۸
	متوسط (۱۳۳-۸۹)	۲۹	۵۱/۸
	خوب (۸۸-۴۴)	۲۶	۴۶/۴

جدول ۳: ارتباط بین ابعاد کیفیت زندگی با سایر متغیرهای دموگرافیک و زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به مرکز انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۵

متغیر	ابعاد کیفیت زندگی		جسمی		روحی		کل	
	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
سن	*	*	*	۰/۲۶۵	۰/۰۴۹	*	*	*
نوبت اخیر شیمی درمانی	۰/۰۰۰	-۰/۶۰۴	*	*	*	*	۰/۰۰۱	-۰/۴۳۱

بحث و نتیجه گیری

طبق یافته های پژوهش حاضر و در پاسخ به سوال اول این مطالعه، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی شرکت کننده در این مطالعه متوسط بوده است، از سوی دیگر در بررسی ابعاد سه گانه کیفیت زندگی نیز نتایج نشان می دهد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش در بعد روحی و اجتماعی کیفیت زندگی از سطح متوسط و در بعد جسمی از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند. در مطالعه نعمت الهی با عنوان بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نیز مشخص گردید که کیفیت زندگی اکثریت (۶۶ درصد)

زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان متوسط بوده و در رابطه با هر یک از ابعاد کیفیت زندگی نیز نتایج مبین آن بود که در ابعاد سلامت جسمی، وضعیت روحی و وضعیت اجتماعی به ترتیب ۶۹ درصد، ۶۲ درصد و ۷۳ درصد واحدهای مورد پژوهش از سطح متوسطی برخوردار بودند [۲۰]. این در حالی است که سامارکو^۱ (۲۰۰۱) در مطالعه خود که در شهر نیویورک و با عنوان دریافت حمایت اجتماعی، بلا تکلیفی و کیفیت زندگی زنان جوان مبتلا به سرطان پستان انجام داد، میانگین کیفیت زندگی زنان جوان زیر ۵۰ سال مبتلا به سرطان پستان شرکت

1 - Sammarco

کننده در مطالعه را به طور متوسط خوب گزارش کرد [۲۱]. که این تفاوت را می توان به وجود تفاوت در زمینه های فرهنگی، سن واحدهای مورد پژوهش، ابزار مورد استفاده در سنجش کیفیت زندگی و ناهمگون بودن واحدهای مورد پژوهش از نظر مرحله و نوع درمان مربوط دانست.

بر اساس یافته ها و در پاسخ به سوال دوم مطالعه، بین متغیرهای میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، وضعیت یائسگی، مدت زمانی که از تشخیص بیماری می گذرد، مرحله سرطان و نوع جراحی با هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی و نیز کیفیت زندگی کل، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. در این میان تنها بین سن با بعد روحی کیفیت زندگی و بین نوبت اخیر شیمی درمانی با بعد جسمی کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کل ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. بطوریکه هر چه فرد سن کمتری داشته باشد از کیفیت زندگی پایبندی در بعد روحی برخوردار است. از سوی دیگر هر چه تعداد دفعات (جلسات) شیمی درمانی افزایش می یابد، کیفیت زندگی در بعد جسمی و نیز کیفیت زندگی کل کاهش می یابد. در توجیه ارتباط مستقیم مشاهده شده بین سن با بعد روحی کیفیت زندگی شاید بتوان این گونه عنوان نمود که در زنان جوانتر، از درمان های تهاجمی تری برای کنترل بیماری استفاده می شود که ممکن است برای بیمار به عنوان وخیم بودن بیماری و عدم امکان بهبودی کامل از آن تعبیر شود. همین مساله سبب بروز عوارض روحی روانی بیشتری در این افراد می گردد. از سوی دیگر اشتغال زنان در سنین پایبندی و مسؤولیت بیشتر آنان در قبال خانواده و نگهداری از فرزندان، سبب می شود که به دنبال بروز بیماری و مراحل طولانی درمان آن، نتوانند همچون گذشته این مسؤولیت را بر عهده گیرند و همین مسئله سبب تنش و فشارهای روحی روانی در آنها می شود که بدون شک کیفیت زندگی این افراد را در این بعد بشدت

متأثر می سازد. نعمت الهی نیز به نقل از وین چستر^۱ در این رابطه می نویسد: با بروز سرطان پستان، مسائل مربوط به بیماری به مشکلات جاری زندگی زنان جوان نظیر ازدواج، فعالیت جنسی، تولید مثل، مراقبت از فرزندان و پیشرفت کاری آنان اضافه می شود. مسایل بحرانی موثر بر کیفیت زندگی زنان جوان شامل: تأثیرات جسمی، روانی و اجتماعی جراحی، درمان های کمکی، ترس از عود بیماری، احتمال اختلال در فعالیت جنسی و تولید مثل، امکان یائسگی زودرس و بالاخره تأثیر سرطان پستان بر همسر و فرزندان می باشد که در نهایت بروز این مسایل سبب می شود زنان جوان مشکلات روحی و اجتماعی بیشتر و کیفیت زندگی پایبندی در مقایسه با زنان مسن داشته باشند [۲۰]. در توجیه ارتباط منفی (غیرمستقیم) مشاهده شده بین نوبت اخیر شیمی درمانی با بعد جسمی کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کل شاید بتوان عنوان نمود که اگرچه تصور اینکه با پیشرفت برنامه درمانی و با دریافت جلسات بعدی شیمی درمانی، امکان تطابق و سازگاری بیمار با داروهای شیمی درمانی و عوارض آن بیشتر و بهتر می شود و لذا امکان کاهش کیفیت زندگی نیز کمتر می گردد منطقی به نظر می رسد، اما گاهاً به دلیل تغییر در رژیم شیمی درمانی از نظرنوع دارو و یا میزان آن (همزمان با پیشرفت دوره درمان) و دریافت داروهای جدید در هر سیکل، فرد با یکسری عوارض جانبی جدید در هر دوره مواجه خواهد شد که همین مسئله کیفیت زندگی وی را متأثر می سازد. از سوی دیگر طولانی شدن مدت درمان و دریافت جلسات زیاد شیمی درمانی ممکن است برای بیمار به عنوان وخیم بودن بیماری و عدم امکان بهبودی کامل از آن تعبیر شود که همین مساله سبب اشتغالات ذهنی شدید و نگرانی و بروز عوارض جسمی و عاطفی شده که بطور قطع بر کیفیت

1 - Winchester

زندگی فرد بی تاثیر نخواهد بود. نورتوس و همکارانش^۱ در میشیگان در مطالعه خود با عنوان کیفیت زندگی زنان آفریقایی آمریکایی مبتلا به سرطان پستان، هیچ ارتباط معنی داری بین متغیرهای دموگرافیک و بیماری نظیر سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و میزان درآمد با کیفیت زندگی مشاهده نکردند [۲۲]. در مطالعه توصیفی تحلیلی سامارکو نیز هیچ ارتباط معنی داری بین متغیرهای سن و طول مدت زمانی که از شروع بیماری می گذرد، یافت نشد [۲۱]. اسپولتز و وین استید^۲ نیز در مطالعه خود تحت عنوان پیشگویی کننده های کیفیت زندگی در بیماران سرطانی روستایی، بین متغیرهای سن، میزان تحصیلات و طول مدت بیماری با کیفیت زندگی آنان ارتباط آماری معنی داری مشاهده نکردند [۲۳]. نعمت الهی نیز در مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی خود بین متغیرهای سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و طول مدت بیماری با ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی (بعد جسمی، روحی روانی، اجتماعی و مذهبی) و کیفیت زندگی کل ارتباط آماری معنی داری مشاهده نکرد [۲۰].

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بیماران شرکت کننده در این مطالعه بیش از هر چیز نیازمند حمایت اجتماعی و عاطفی هستند تا بتوانند فرایند درمان بیماری خود را با تنش کمتری سپری کنند. تشخیص سرطان پستان برای بسیاری از زنان واقعه ای ترسناک و مصیبت بار می باشد [۲۴]، احساس اندوه، اضطراب، گنجی، عصبانیت، افسردگی، ترس از مرگ، عدم آگاهی و ترس از درمان و عوارض آن، عدم اطمینان به بازگشت به وضعیت سلامتی [۲۵] و نیز بروز و تشدید طیف وسیعی از علائم جسمی و روحی در طول شیمی درمانی و پرتو درمانی نظیر تهوع و استفراغ، زخم دهان، ریزش مو، مشکلات پوستی،

بی اشتها، اسهال و یبوست، تضعیف مغز استخوان، کم خونی، عفونت، خونریزی [۲۶]، اختلالات خواب، درد، اختلالات شناختی، خستگی مزمن، علائم حاصل از یائسگی (گرفتگی و تعریق شبانه) [۲۷]، اختلال در عملکرد فیزیکی روانی جنسی [۱۱ و ۲۸]، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویش به دنبال تغییرات ساختاری احتمالی ناشی از روش های درمانی (جراحی ماستکتومی، شیمی درمانی و پرتو درمانی)، کاهش اعتماد به نفس و احتمال به وجود آمدن مسائل و مشکلات خانوادگی عاطفی اقتصادی در خانواده [۱۱]، از مهمترین عوارض ناشی از تشخیص و درمان سرطان پستان به شمار می روند که بشدت کیفیت زندگی بیمار و خانواده را متاثر می سازد. تلاش جهت ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان به عنوان یکی از نتایج مهم درمانی در انکولوژی سبب گشته تا طی سال های اخیر توجه بیشتری از سوی تیم درمان به شناسایی ابعاد مختلف کیفیت زندگی و جستجوی راه های مؤثر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران شود [۲۹]، در این میان بر نقش پرستاران تاکید می گردد، زیرا پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم درمان نقش مهمی در تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران سرطانی دارند و از آنجا که پرستار وقت بیشتری را نسبت به دیگر اعضای تیم درمان با بیمار می گذرانند، شاید اولین شخصی باشد که بتواند نیاز بیمار و خانواده اش را تشخیص داده و در جهت کنترل عوارض بیماری و درمان و ارتقاء کیفیت زندگی بیمار مؤثر باشد. در واقع پرستاری انکولوژی، به عنوان شاخه ای از پرستاری در کنار سایر اعضای تیم درمان در تلاش جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیمار و خانواده اش می باشد [۱۸]. ارائه حمایت های عاطفی و اجتماعی از سوی اعضای خانواده بیمار و اعضای تیم درمان بخصوص پرستاران سبب می شود اندکی از فشارهای روانی حاصل از فرایند تشخیص و درمان سرطان

1 - Northouse

2 - Schultz & Winstead

بیماری و درمان و به تبع آن ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران داشته باشند [۳۲ و ۳۱ و ۳۰ و ۲۵].

تشکر و قدردانی

از کلیه بیمارانی که در انجام این پژوهش صادقانه همکاری نمودند و از همکاری صمیمانه پرستاران و سایر پرسنل انستیتوکانسر مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران جهت انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می شود. همچنین از حمایت‌های مادی و معنوی گروه پرستاری و معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس در انجام این پژوهش، صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد .

پستان در مبتلایان کاسته شود. پرستاران با ارائه آموزش های لازم در مورد چگونگی کنترل عوارض ناشی از بیماری و درمان، آموزش روش های تن آرامی، تکنیک های حفظ انرژی و فعالیت های جسمی مناسب، روش های تعدیل رژیم غذایی، برقراری الگوی خواب مناسب، 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 می توانند نقش کلیدی در کنترل عوارض

منابع

1. kruk J , Aboul – Enein HY . Psychological Stress And The Risk Of breast Cancer : A Case – Control Study . Cancer Detection and Prevention , 2004 ; 28(6) : 399 – 408.
2. Pan American Health Organization (Regional Office of the World Health Organization) . Breast Health Global Initiative (BHGI) . Available at : <http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/PCC-bhgi-about.htm#Top> (received at : 20 Jan 2007) .
3. گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۸۳ . وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی . مرکز مدیریت بیماری ها ، معاونت غیر واگیر ، اداره سرطان . چاپ اول . تهران . ۱۳۸۵ . صفحات : XIX ، ۱ – ۶۸ .
4. Bishop A , Kols A , Burns M , Dahlquist K , Miller A , Mittra I et al . Breast Cancer : Increasing Incidence , limited Options . Out look , 2002 ; 19(4) . Available at : http://www.path.org/files/eol19_4.pdf
5. Mols F , Vingerhoets Ad JJM , Coebergh JW , Poll – Franse LV. Quality Of Life Among Long – Term Breast Cancer Survivors : A Systematic Review . European Journal of Cancer , 2005 ; 41(17) : 2613 – 2619 .
6. Berger AM , VonEssen S , Kuhn BR , Piper BF , Farr L , Agrawal S et al . Adherence , Sleep And Fatigue Outcomes After Adjuvant Breast Cancer

Chemotherapy : Results Of A Feasibility Intervention Study . Oncology Nursing Forum , 2003 ; 30(3) : 513 – 522 .

۷. موسوی س م، منتظری ع، محقق م ع، حریرچی ا، موسوی جراحی ع، نجفی م، ابراهیمی م، مروری بر سرطان پستان در ایران . خلاصه مقالات دومین کنگره سراسری سرطان پستان . ۱۸ - ۱۹ آبان ۱۳۸۵ . صفحه ۳۰ .
8. Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, Sajadian A. Delayed Presentation In Breast Cancer: A Study In Iranian Women. *BioMed Central Womens Health*, 2003; 3 (1): 4. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/3/4>
9. Harrirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. Breast Cancer In Iran: A Review Of 903 Case Records. *Public Health*, 2000; 114(2): 143-145.
10. Ebrahimi M, Vahdaninia M, Montazeri A. Risk Factors For Breast Cancer In Iran: A Case – Control Study. *Breast Cancer Research*, 2002; 4(5). Available at: <http://breast – cancer – research . com / content / 4 / 5 / R10>
11. Smeltzer SC, Bare BG .Brunner & Suddarth, Text Book Of Medical Surgical Nursing. 10Th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2004: 1445 – 1470.
12. Ream E, Richardson A, Dann CA. Facilitating Patient, s Coping With Fatigue During Chemotherapy – Pilot Outcomes. *Cancer Nursing*, 2002; 25(4): 300 – 308.
13. Payne JK.The Trajectory Of Fatigue In Adult Patients With Breast And Ovarian Cancer Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 2002; 29(9): 1334 –1340.
14. Broeckel JA, Jacobsen PB, Horton J, Balducci L, Lyman GH. Characteristics And Correlates Of Fatigue After Adjuvant Chemotherapy For Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 1998; 16(5): 1689 – 1696.
15. Jong ND, Courtens AM, Abu-Saad HH, Schouten HC. Fatigue In Patients With Breast Cancer Receiving Adjuvant Chemotherapy: A Review Of The Literature. *Cancer Nursing*, 2002; 25(4): 283 – 297.
16. Galvao DA, Newton RU. Review Of Exercise Intervention Studies In Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 2005; 23(4): 899 – 909.
17. Hartl K, Janni W, Kastner R, Sommer H, Stroble B, Rack B, Stauber M. Impact Of Medical And Demographic Factors On Long – Term Quality Of Life And Body Image Of Breast Cancer Patients. *Annals of Oncology*, 2003; 14(7): 1064 – 1071.
18. Phipps wj. *Medical – Surgical Nursing: Health And Illness Perspectives*. Mosby. St.Louis. Philadelphia, 2003: 302 – 330.
19. Mock V, Olsen M. Current Management Of Fatigue And Anemia In Patient With Cancer. *Semin Oncology Nurse*, 2003; 19(4) suppl 2: 36 – 41.
۲۰. نعمت الهی آ. بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۸۲ .

21. Sammarco A. Perceived Social Support: Uncertainly and Quality Of Life Of Younger Breast cancer. *Cancer Nursing*, 2001; 24(3): 212-218.
22. Northouse L, Caffey M, Deichelbohrer L, Schmidt L, Guziattek-Trojniak L, West S et al. The Quality Of Life Of African American Women With Breast Cancer. *Research in Nursing & health*, 1999; 22(6): 449-460.
23. Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors Of Quality Of Life In Rural Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 2001; 24(1): 12-19.
24. Kolden GG, Strauman TJ, Ward A, Kuta J, Woods TE, Schneider KL et al . A Pilot Study Of Group Exercise Training (GET) For Women With Ptimary Breast Cancer: Feasibility And Health Benefits. *Psycho _ Oncology*, 2002; 11(5): 447 – 456.
25. Servaes P, Verhagen C, Bleijenberg G. Fatigue In Cancer Patients During And After Treatment: Prevalence, Correlates And Interventions. *European Journal of Cancer*, 2002; 38(1): 27 – 43.
26. Otto Shirley E. *Oncology Nursing*. 4th ed. Mosby. London. Philadelphia, 2001: 113 – 150.
27. Tchen N, Juffs HG, Downie FP, Yi QL, Hu H, Chemerynsky I et al. Cognitive Function, Fatigue, And Menopausal Symotoms In Womer Receiving Adjuvant Chemotherapy For Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 2003; 21(22): 4175–4183.
28. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM et al. Impact Of Cancer _ Related Fatigue On The Lives Of Patients: New Findings From The Fatigue Coalition. *Oncologist*, 2000; 5(5): 353 – 360.
29. Watson T, Mock V. Exercise As An Intervention For Cancer _ Related Fatigue. *Physical Therapy*, 2004; 84(8): 736 – 743.
30. Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F, Mock V. Assessment And Management Of Cancer – Related Fatigue In Adults. *Lancet*, 2003; 362(9384): 640 – 650.
31. Tavio M, Milan I, Tirelli U. Cancer–Related Fatigue (Review). *International Journal of Oncology*, 2002; 21: 1093 – 1099.
32. Visovsky C, Schneider SM. Cancer – Related Fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 2003; 8(3).

Available at: http://nursingworld.org/ojin/hirsh/topic3/tpc3_1.htm