

Original Article

Depression, Anxiety, and Quality of Life of Breast Cancer Patients' Husbands Before and After Treatment

Sajadian A^{1*}, Mazloom M¹, Basiri M¹, Haghighat S¹, Hashemi E²

¹ Quality of Life and Integrative Oncology Department, Breast Cancer Research Center, Motamed Cancer Institute, ACECR, Tehran, Iran

² Clinical Research Department, Breast Cancer Research Center, Motamed Cancer Institute, ACECR, Tehran, Iran

Receive: 28/4/2019
Accepted: 4/8/2019

*Corresponding Author:
assajadi@yahoo.com

Ethics Approval:
IR.ACECR.IBCRC.REC.1395

Abstract

Introduction: The incidence of breast cancer poses a variety of physical and psychological stresses to the patients and their families, especially husbands. The aim of this study was to evaluate anxiety, depression, and quality of life of husbands of breast cancer patients before and after cancer treatment.

Methods: In this descriptive study, we recruited husbands of breast cancer patients (n = 142) under treatment at the Breast Cancer Clinic of the ACECR. The participants completed the Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, and SF-36 before and after completion of their wives' treatments.

Results: The husbands had significantly lower anxiety ($p < 0.001$) and depression ($p < 0.002$) following their wives' treatment. However, their sexual satisfaction had declined at the posttreatment period. The mean scores on three dimensions of quality of life, i.e., physical functioning, general health perception, and mental health, were also declined after the treatment. Most of the husbands had more physical problems after the treatment of their spouses.

Conclusion: It is necessary for health and medical organizations to provide extensive educational services and behavioral interventions to the patients and their families at different stages of diagnosis and treatment.

Keywords: Husbands, Breast Cancer, Anxiety, Depression, Quality of Life

مقایسه اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی همسر بیماران مبتلا به سرطان پستان در دو مرحله قبل و بعد از درمان

اکرم‌السادات سجادیان^{۱*}، مریم مظلوم^۱، مریم بصیری^۱، شهیر حقیقت^۱، عصمت‌السادات هاشمی^۲

^۱ دپارتمان پژوهشی کیفیت زندگی و طب فراگیر، مرکز تحقیقات سرطان پستان، پژوهشکده معتمد، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

^۲ دپارتمان پژوهشی پژوهش‌های بالینی، مرکز تحقیقات سرطان پستان، پژوهشکده معتمد، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: بروز سرطان پستان آسیب‌های جسمی و روانی بسیاری را برای بیمار و خانواده او و به‌ویژه همسر بیماران در پی دارد. بر این اساس، هدف مطالعه بررسی اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی همسر بیماران مبتلا به سرطان پستان، قبل و بعد از درمان می‌باشد.

روش بررسی: پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی است که در دو مقطع به فاصله حدود شش ماه در کلینیک تخصصی سرطان پستان جهاد دانشگاهی انجام شد. ۱۴۲ نفر از همسران، به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو مرحله قبل و بعد از درمان به‌وسیله پرسش‌نامه‌های افسردگی بک، اضطراب بک و فرم کوتاه زمینه‌یابی سلامت مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: میزان اضطراب و افسردگی شدید در نوبت دوم (بعد از درمان) کمتر از نوبت اول (قبل از درمان) بود. اضطراب ($p < 0/001$) و افسردگی ($p < 0/002$) همسران پس از درمان کمتر شده بود. میزان رضایت جنسی قبل از درمان نیز بیش از زمان پس از درمان بود. همسران از نظر ابعاد کیفیت زندگی، در خرده مقیاس‌های مشکلات جسمانی، محدودیت سلامتی و محدودیت سلامتی هیجانی، در زمان قبل از درمان بهتر از بعد از درمان بیمار بودند و اکثریت همسران پس از درمان بیمار مشکلات جسمی بیشتری داشتند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش مبنی بر سطوح متفاوت مشکلات جسمانی، اضطراب و افسردگی همسران در مراحل قبل و بعد از درمان بیمار، لازم است سیستم‌های بهداشتی درمانی، خدمات آموزشی و مداخلات رفتاری گسترده‌تری را در مراحل مختلف تشخیص و درمان بیماری، برای بیمار و خانواده بیمار ارائه نمایند.

واژه‌های کلیدی: همسران، سرطان پستان، اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی

تاریخ ارسال: ۹۸/۲/۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۵/۱۳

* نویسنده مسئول:

assajadi@yahoo.com

مقدمه

با ابتلا به سرطان پستان، عموماً بیماران دچار آشفتگی‌های روحی، اضطراب، افسردگی، مشکلات هیجانی، اختلالات عاطفی و خانوادگی می‌شوند. در این شرایط همسر به‌عنوان اصلی‌ترین همراه زن نقش حمایتی ویژه‌ای را برعهده دارد (۱) چنانچه وی از نظر روحی در سطح قابل قبولی باشد در ارایه خدمت موفق‌تر بوده و سازگاری با بیماری بهتر اتفاق می‌افتد (۲) زیرا بسیاری از بیماران عوامل تنش‌زای روحی خود را استرس و اضطراب همسر و بستگان نزدیک خود می‌دانند (۳). مطالعات نشان می‌دهند که اضطراب و افسردگی در بیمار و همسرش رابطه مستقیم با یکدیگر دارند (۴) و در برخی موارد اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری در همسران بیش از بیماران است (۵).

محققان نشان دادند که اکثریت مراقبین (همسر بیماران) افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند و رابطه نزدیکی بین اضطراب و افسردگی بیمار و بستگان نزدیک (همسر) وجود دارد (۶) نتایج پژوهش کاترین میلیبوری در سال ۲۰۱۳ در بررسی مشکلات جنسی، ارتباطی، افسردگی در بیماران و همسران نشان داد که افسردگی موجب اختلال در تطابق روحی با بیماری و کاهش کیفیت روابط فی مابین می‌شود (۷). چنین به‌نظر می‌رسد که سرطان موجب پریشانی روانی بیمار و همسرش می‌شود و استرس‌های روحی طولانی مرتبط با پروسه‌های درمانی افت کیفیت زندگی بیمار و خانواده و خصوصاً همسر را به‌دنبال دارد (۸) و در صورت عدم کمک به همسران، فشار بیماری پیامد وخیمی برای کیفیت ارتباطات زناشویی و اعتماد به نفس همسران خواهد داشت (۹). ارزیابی نیازهای روانی مراقبین بیماران یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای سلامت ذهنی آنهاست. زیرا مراقبین خانوادگی بازماندگان سرطان، دارای نیازهای مختلفی هستند که نه تنها در طول زمان تشخیص و درمان بلکه سال‌ها بعد از آن نیز وجود دارد و برآورده ساختن این نیازها مستلزم مداخلات خانواده درمانی است (۱۰).

همسران در هنگام مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان با طیفی از مشکلات جسمی، عاطفی و شناختی در نقش مراقبتی خود روبرو می‌شوند و رفتارهای خاص جنسیتی مراقبین مرد مانع حمایت از خودشان می‌شود (۱۱) و همچنین نگرانی‌های همسران بیماران مبتلا به سرطان، بر

سلامت همسرشان و شناسایی راهبردهای مقابله با بیماری متمرکز می‌شود (۱۲).

لمبرت (۲۰۱۷) عملکرد فیزیکی و روانی بین همسران مراقبین مبتلا به سرطان را در ۵ سال اول بعد از تشخیص بررسی کرد. طبق دستاورد این مطالعه یک سوم از شرکت‌کنندگان کاهش عملکرد ذهنی و فیزیکی را گزارش کردند (۱۳). استرس همسر می‌تواند بخش بالایی از افسردگی بیماران مبتلا به سرطان را پیش‌بینی نماید (۱۴). کم توجهی بیماران نسبت به بار مراقبت به صورت چشمگیری با کیفیت زندگی پایین و درجات بالای افسردگی و اضطراب مراقبین مرتبط است (۱۵)، همچنین ارتباط معناداری بین اضطراب، افسردگی و اختلال خواب بیمار و همسرش وجود دارد (۱۶). در این راستا کمک سیستم بهداشتی برای رهایی بیمار و همسر از تنش‌های ایجاد شده بواسطه سرطان پستان در ساماندهی زندگی آنان موثر است (۱۷).

محققان در بررسی کیفیت زندگی و افسردگی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان دادند که افسردگی رابطه منفی قوی با کیفیت زندگی دارد. همسران مراقب دارای افسردگی عموماً کیفیت زندگی نامطلوب‌تری دارند. افسردگی اثرات مخربی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد و ارایه اطلاعات از طریق آموزش و مداخله متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، کلید عبور مراقبت‌کنندگان برای تقویت کیفیت زندگی است (۱۸). مطالعات مربوط به مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان پستان در طی شش ماه اول بعد از تشخیص نشان می‌دهد که سطح کیفیت زندگی در زمان تشخیص پیش‌بین قوی‌تری نسبت به تغییرات سطح کیفیت زندگی در شش ماه بعد از تشخیص است (۱۹). بررسی اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به سرطان حاکی از سطح متوسط اضطراب مرگ و کاهش کیفیت زندگی مراقبین و همچنین ارتباط معکوس کیفیت زندگی و اضطراب مرگ بود. به عبارت دیگر، اضطراب مرگ با کیفیت زندگی پایین در مراقبان همراه بود (۲۰).

در خصوص ضرورت بحث باید به این موارد نیز توجه کرد؛ باتوجه به فرهنگ ملی-دینی و تقدس و اهمیت نهاد خانواده در ایران، رابطه سالم زن و مرد در کانون خانواده از ارزش بالایی برخوردار است و آمارهای موجود حاکی از احتمال ابتلا به سرطان پستان در ایران در سنین پایین‌تر

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل سیاهه افسردگی بک (BDI)، سیاهه اضطراب بک (BAI) و فرم کوتاه زمینه‌یابی سلامت (SF-36) بود.

سیاهه افسردگی بک^۱: این آزمون شامل ۲۱ سوال است که با تأکید بر دو بعد رفتاری و شناختی به صورت خود گزارشی تکمیل می‌گردد. هر شاخص آزمون افسردگی بک با چهار پاسخ صفر، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شود که نمره صفر نشان‌دهنده عدم اختلال و نمره ۳ نشان‌دهنده شدیدترین حالت اختلال می‌باشد و نمره کل آزمون از صفر تا ۶۳ متغیر است. برای تحلیل، نمرات تمامی سوالات با هم جمع و نمرات نهایی ۰ تا ۹ بدون افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود. پایایی نسخه اصلی این آزمون ۰/۸۷ ذکر شده است (۲۱). استفان دابسون و محمدخانی در سال ۱۳۸۶ نیز روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار را بررسی کرده و ضریب پایایی آن را ۰/۹۱ و میزان روایی همگرا با استفاده از روایی سازه را ۰/۸۷ گزارش کردند (۲۲).

سیاهه اضطراب بک^۲: این آزمون دربردارنده ۲۱ سوال است که طی آن میزان علایم شایع اضطراب طی یک هفته گذشته از سوی پاسخ‌دهنده از طریق یک مقیاس چهار درجه‌ای (۰ تا ۳) از اصلاً تا شدید نمره‌گذاری می‌شود. بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ میزان همسانی درونی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی این ابزار پس از یک هفته را $r(81)=0.75$ گزارش نموده‌اند. همچنین این ابزار قابلیت تمایز بین گروه افراد دارای تشخیص اضطراب و افراد بهنجار می‌باشد (۲۳). پایایی و روایی نسخه فارسی ابزار نیز توسط کاویانی و موسوی در سال ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و همبستگی این ابزار با مقیاس اضطراب همیلتون نشانگر روایی همگرا نسخه فارسی می‌باشد (۲۴).

فرم کوتاه پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت^۳: این پرسشنامه دارای ابعاد فعالیت فیزیکی/ جسمانی (۱۰ سوال)، نقش محدودکننده سلامت جسمانی (۴ سوال)، نقش محدودکننده در مشکلات عاطفی (۳ سوال)،

(باروری و ابتدای تشکیل خانواده) می‌باشد، اما در بررسی‌های انجام شده در ایران، از میزان مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی در همسر بیماران مبتلا به سرطان پستان اطلاعات دقیقی وجود ندارد. از طرف دیگر گزارش‌هایی مبنی بر لزوم حمایت‌های روانی-عاطفی همسران از بیمار خود نیز وجود دارد (۱).

علیرغم حجم وسیع مطالعات در مورد بیماران مبتلا به سرطان پستان، مطالعات اندکی در مورد همسران بیماران انجام شده است. با توجه به خلاءهای پژوهشی فوق‌الذکر و لزوم بررسی وضعیت روان‌شناختی همسران مبتلا به سرطان پستان، هدف از پژوهش حاضر بررسی مشکلات اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی همسر بیمار مبتلا به سرطان پستان در کلینیک تخصصی سرطان پستان جهاد دانشگاهی، در دو مرحله، بعد از تشخیص (قبل از درمان) و پس از درمان است. امید است از نتایج مطالعه حاضر در راستای ارتقا سطح کیفیت زندگی بیمار، همسر و خانواده بیمار بهره گرفته شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است و جمعیت مورد مطالعه شامل همسر بیماران مبتلا به سرطان پستان در دو مرحله پس از تشخیص قطعی و پس از اتمام درمانهای سرطان پستان در سال ۱۳۹۷ در هنگام مراجعه به کلینیک تخصصی سرطان پستان جهاد دانشگاهی می‌باشد. حجم نمونه بر اساس فرمول‌های آماری محاسبه و با توجه به احتمال ۱۰٪، ریزش، در نهایت تعداد حجم نمونه ۱۱۰ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری بصورت در دسترس بود که طی آن همسر بیمارانی که تشخیص قطعی سرطان پستان را دریافت کرده و پس از طی مراحل درمانی به کلینیک پیگیری کلینیک تخصصی سرطان پستان، مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. مصاحبه با هر یک از همسران با رضایت ایشان و همچنین کسب رضایت خود بیمار انجام شد. همچنین توضیحات لازم درخصوص اجرای مجدد مصاحبه در مرحله پس از درمان نیز ارائه گردید. در مرحله اول بیش از ۱۸۰ نفر از همسران مورد مصاحبه قرار گرفتند. در مرحله دوم امکان دسترسی به ۱۵۰ نفر فراهم شد و در نهایت ۱۴۲ مورد از گروه نمونه هر دو مرحله مصاحبه و تکمیل ابزار پژوهش را به‌صورت کامل انجام دادند.

^۱ Beck Depression Inventory (BDI)

^۲ Beck Anxiety Inventory (BAI)

^۳ Short-Form (36) Health Survey (SF-36)

خستگی (۴ سوال)، سلامت روحی (۵ سوال)، عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، درد (۲ سوال)، سلامت عمومی (۵ سوال) می‌باشد و نمره‌گذاری با استفاده از طیف لیکرت انجام می‌شود. پایایی و روایی نسخه فارسی این ابزار توسط منتظری و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۴ مورد ارزیابی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شد و ضرایب همبستگی برای بررسی روایی درونی مقیاس در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ قرار داشت (۲۵).

روش اجرای پژوهش: قبل از اجرای پژوهش طرح مذکور در کمیته اخلاق در پژوهش بررسی و مورد تایید قرار گرفت (کد مصوب اخلاق: IR.ACECR.IBCRC.REC.1395). در گام بعد، ابزارهای پژوهش در دو نوبت، یک بار پس از تشخیص نهایی سرطان و قبل از شروع هرگونه اقدام درمانی و در نوبت دوم پس از اتمام درمان‌ها یعنی آخرین درمان تجویز شده برای بیمار و در زمانی که بیمار به کلینیک پیگیری این مرکز معرفی شدند (اولین مراجعه به کلینیک پیگیری) طی مصاحبه با همسر بیمار تکمیل شدند. مصاحبه و تکمیل ابزارها توسط یک کارشناس زبده گروه پزشکی در محیطی آرام و پس از توجیه بیمار و کسب رضایت از مشارکت همسرش در مطالعه و همچنین اخذ رضایت آگاهانه صورت گرفت. جهت دسترسی مناسب به همسر بیماران در ابتدای تشخیص، توضیحات لازم برای بیمار ارائه شد. در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، در گام بعد همین توضیحات به همسر بیمار ارائه گردید و بر همراهی همسر در این دو مرحله با بیمار تاکید شد. همچنین در صورت عدم تمایل شرکت کنندگان به ادامه حضور در مطالعه، این امکان وجود داشت که از مطالعه خارج شوند.

معیارهای ورود به مطالعه: معرفی همسر توسط بیمار، توانایی پاسخگویی به پرسشنامه، عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی (در زمان اجرای مطالعه، تحت درمان داروی روان‌پزشکی نباشد)، عدم ابتلا به سایر انواع سرطان و یا بیماری مزمن دیگر (بیماری مزمنی که به سبب آن توسط پزشک تحت درمان باشد)، دریافت تشخیص سرطان برای اولین بار (عدم عود)، تکمیل تمامی درمان‌ها (جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی) در نوبت دوم مصاحبه، رضایت بیمار برای شرکت همسرش در مطالعه، رضایت همسر بیمار از شرکت در مطالعه.

معیارهای خروج از مطالعه: عدم رضایت برای شرکت در مطالعه (بیمار، همسر بیمار)، عدم دسترسی به همسر بیمار، ابتلا به بیماری روان‌پزشکی یا مصرف داروهای روان‌پزشکی، فوت نزدیکان (بستگان درجه یک همسر، فرزند، مادر، پدر و خواهر یا برادر) به فاصله کمتر از ۳ ماه از مطالعه، ابتلا مجدد بیمار، ابتلا همسر به بیماری (که به سبب آن توسط پزشک تحت درمان بوده و نیازمند به درمان طولانی باشد).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: پرسشنامه‌ها پس از تکمیل توسط نرم افزار SPSS و با استفاده از روش‌های تحلیل توصیفی و بررسی میانگین‌ها و همچنین با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها، از طریق روش‌های تحلیل غیر پارامتریک ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. طی توضیحات کامل به بیمار و همسرش خاطر نشان شد که اطلاعات حاصل از این طرح صرفاً برای مقاصد تحقیقاتی بوده و در اختیار کسی قرار نخواهد گرفت. همچنین عدم شرکت در مطالعه هیچ ضرری برای بیمار نداشته و در درمان و مراقبت‌های بعدی ایشان هیچ‌گونه خللی وارد نخواهد شد. به همسر بیمار اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده از طرف او به همسرش ارائه نشده و محرمانه جهت امر تحقیق نزد محقق خواهد ماند.

یافته‌ها

درخصوص اطلاعات جمعیت شناختی، میانگین سنی همسران ۵۱ سال بود. از نظر تحصیلات، اغلب همسران (۴۰٪) در سطح ابتدایی، ۳۷٪ آنها دارای تحصیلات دیپلم و ۲۱٪ نیز دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۷۵ نفر (۵۳٪) همسران دارای شغل آزاد و ۳۰ نفر (۲۱٪) کارمند بودند. در مورد ابتلا قبلی به بیماری زمینه، ۶۹٪ همسران هیچ نوع بیماری زمینه‌ای را گزارش نکرده بودند. به لحاظ قومیت همسر بیماران نیز بیشترین فراوانی مربوط به قومیت فارس ۴۱٪ و در رتبه بعد آذری ۳۷٪ بود (جدول ۱). اضطراب و افسردگی شدید بعد از درمان کمتر از قبل از درمان بود. اضطراب خیلی زیاد قبل درمان ۱۶٪ گزارش شد درحالی‌که این مقدار در پس از درمان ۸٪ بود. افسردگی خیلی زیاد قبل درمان ۱۵٪ و پس از درمان ۹٪ بود. همچنین رضایت جنسی قبل از درمان بیش از زمان پس از درمان گزارش شد (رضایت جنسی قبل درمان ۷۶٪ درحالی‌که پس از درمان ۶۶٪ بود).

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی همسران مبتلا به سرطان پستان (تعداد: ۱۴۲)

تعداد	درصد	
دامنه سنی		
میانگین (انحراف استاندارد)		
۸۹-۲۲ سال		
۵۱ (۱۰) سال		
تحصیلات		
ابتدایی	۵۸	۴۰
دیپلم	۵۳	۳۷
دانشگاهی / دکترا	۳۱	۲۱
شغل		
بیکار	۳	۲
آزاد	۷۵	۵۳
کارمند	۳۰	۲۱
بازنشسته	۳۴	۲۴
بیماری زمینه‌ای همسر		
ندارد	۹۸	۶۹
دارد	۴۴	۳۰
قومیت		
فارس	۵۸	۴۱
گیلک - مازندرانی	۱۵	۱۱
لر/بروجردی	۱۳	۹
آذری زبان	۵۲	۳۷
کرد/عرب	۴	۲
اضطراب همسر قبل از درمان بیمار		
ندارد	۷۸	۵۴
دارد	۶۳	۴۴
اضطراب پس از درمان بیمار		
ندارد	۱۱۱	۷۸
دارد	۳۲	۲۲
افسردگی همسر قبل از درمان بیمار		
ندارد	۸۰	۵۶
دارد	۶۲	۴۴
افسردگی همسر بعد از درمان بیمار		
ندارد	۹۴	۶۶
دارد	۴۸	۳۴
رضایت جنسی قبل از درمان		
بلی	۱۰۹	۷۶
خیر	۳۳	۲۴
رضایت جنسی پس از درمان		
بلی	۹۵	۶۶
خیر	۴۷	۳۴

آزمون ویلکاکسون بررسی شد. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین اضطراب همسران قبل از درمان (۹/۷) و میانگین اضطراب همسران بعد از درمان (۸/۸) و میانگین افسردگی همسران قبل از درمان (۹/۲) و میانگین افسردگی همسران بعد از درمان (۱۰/۴)

اضطراب و افسردگی همسر بیماران قبل و بعد از درمان: با توجه به نرمال نبودن توزیع نمره اضطراب و افسردگی قبل و بعد از درمان سرطان پستان، ارتباط متغیرهای فوق در دو مقطع اندازه‌گیری شده با استفاده از

(۸/۹) ۸/۶ بود. با توجه به یافته‌های پژوهش ارتباط معناداری ($p < ۰/۰۰۱$) بین نمرات اضطراب همسران قبل و بعد از درمان مشاهده شد. همچنین بین نمرات افسردگی همسران قبل و بعد از درمان ارتباط معناداری در سطح ۵٪ وجود داشت ($p = ۰/۰۰۲$).

ابعاد کیفیت زندگی همسر بیماران قبل و بعد از درمان: با توجه به نرمال نبودن توزیع نمره کیفیت زندگی همسر بیماران، تغییرات هشت خرده مقیاس مربوطه، قبل و بعد از درمان با استفاده از آزمون ویلکاکسون مورد

بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون در هر یک از خرده مقیاس‌های بعد جسمانی ($p = ۰/۰۵$)، محدودیت در سلامتی ($p = ۰/۰۲$)، محدودیت در سلامت هیجانی ($p = ۰/۰۰۱$)، خستگی و شادابی ($p = ۰/۳۸$)، سلامتی و هیجان ($p = ۰/۱۴$)، بعد سلامتی ($p = ۰/۰۵۶$)، بعد اجتماعی ($p = ۰/۵۷$) و بعد درد ($p = ۰/۲۸$) نشانگر آن است که مشکلات جسمانی، محدودیت سلامتی و محدودیت سلامتی هیجانی همسر در قبل و بعد از درمان دارای اختلاف معناداری می‌باشد (جدول ۳).

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات اضطراب و افسردگی همسران در قبل و بعد از درمان بیمار

P	میانگین (انحراف استاندارد) بعد از درمان	میانگین (انحراف استاندارد) قبل از درمان	
$< ۰/۰۰۱$	۶/۶ (۸/۸)	۱۰/۹ (۹/۷)	اضطراب
$< ۰/۰۰۲$	۸/۶ (۸/۹)	۱۰/۴ (۹/۲)	افسردگی

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زندگی همسران در قبل و بعد از درمان بیمار

P	میانگین (انحراف استاندارد) بعد از درمان	میانگین (انحراف استاندارد) قبل از درمان	
۰/۰۵	۶۳۰/۱ (۹۵)	۶۳۱/۶ (۸۱)	بعد جسمانی
۰/۰۲۷	۳۳۴/۱ (۳۹)	۳۳۹/۴ (۴۱)	بعد محدودیت در سلامتی
۰/۰۰۱	۲۵۲/۵ (۳۱)	۲۵۹/۵ (۳۳)	بعد محدودیت در سلامت هیجانی
۰/۳۸۵	۲۰۴/۴ (۴۴)	۱۹۹/۰۲ (۴۵/۵)	بعد خستگی و شادابی
۰/۱۴۴	۲۵۳/۷ (۵۳)	۲۴۵/۶ (۵۴)	بعد سلامتی و هیجان
۰/۰۵۶	۲۹۷/۲ (۴۲)	۲۹۱/۳ (۳۶)	بعد سلامتی
۰/۵۷	۱۱۷/۷ (۲۳)	۱۱۹/۰۲ (۲۳)	بعد اجتماعی
۰/۲۸۹	۱۴۱/۳ (۴۸)	۱۳۹/۰۲ (۴۹/۵)	بعد درد

درمان باشد (۲۸، ۲۹) همسو با پیشینه پژوهش، مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که وضعیت سلامت همسران ۶ ماه بعد از تشخیص بهتر از زمان تشخیص است و همسران محدودیت کمتری را در زمینه سلامت احساس می‌کنند. علاوه بر این میزان افسردگی به مرور زمان کمتر شده و کیفیت زندگی در ابعاد مختلف نیز بهبود یافته است. همسران به دلیل ساعت‌ها مراقبت و در نتیجه خستگی زیاد و تغییر در وضعیت کاری خود محدودیت بیشتری در رفاه هیجانی خود تجربه می‌کنند (۳، ۳۰) و نتایج مطالعه حاضر نیز نشانگر وجود محدودیت‌هایی در سلامت هیجانی همسران بیماران مبتلا به سرطان پستان است و همچنین سلامت هیجانی همسران بیماران دارای سرطان پستان ۶ ماه پس از تشخیص وضعیت بهتری نسبت به زمان تشخیص دارد. در تایید نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر،

بحث

نشانه‌های افسردگی تاثیر معناداری در کاهش بعد سلامت جسمانی کیفیت زندگی همسران بیماران مبتلا به سرطان دارد و همان‌گونه که شافر در سال ۲۰۱۷ نشان داد در دو سال اول همسران سلامتی بهتری را گزارش می‌کنند ولی بتدریج این سلامت محدودتر می‌شود (۲۶). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که همسران بیماران مبتلا به سرطان پستان محدودیت‌هایی در سلامت جسمانی خود تجربه می‌کنند. این تبیین وجود دارد که مراقبت از بیمار مبتلا به سرطان پستان دارای اثر منفی بر عملکرد جسمی و روانی و اجتماعی همسران می‌باشد (۲۷).

به نظر می‌رسد که میزان اضطراب و افسردگی همسر بیمار مبتلا به سرطان پستان بلافاصله پس از تشخیص بیشتر از میزان افسردگی و اضطراب در ماه‌های آتی و یا پس از

داشتند (۳۳) همچنین در مطالعه کریستین لیتزمن و همکاران که ۸ سال به طول انجامید، ۹۱۰ نفر از همسر بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد ارزیابی قرار گرفتند که طبق یافته‌ها، کاهش معناداری در بخش جسمانی و روحی کیفیت زندگی هم بیماران و هم همسران گزارش شد (۳۴) نتایج بخش همسران مشابه نتایج حاصل از مطالعه حاضر است.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که سطوح پایین کیفیت زندگی و سطوح بالای اضطراب و افسردگی در همسر بیماران مبتلا به سرطان پستان در ابتدای تشخیص، به مرور زمان تا شش ماه بعد کمتر شده است. این یافته همسو با نتیجه حاصل از مطالعه لویز (۲۰۱۲) می‌باشد که بر اساس آن مردان با توجه به خصوصیت جنسیتی مردانه غالباً در اثر فشارهای اجتماعی بروز هیجانی کمتری دارند. آنها مشکلات ناشی از مراقبت از همسرشان را بروز نداده و سعی در تمرکز بر وظایف و نگهداری استرس در درون خود دارند (۱۱) که این موضوع قابل بررسی و توجه بیشتر می‌باشد.

لازم به ذکر است که نتایج پژوهش حاضر باید با توجه به محدودیت‌های آن مدنظر قرار گیرد. نکته اول دشواری در دسترسی به گروه نمونه (همسر بیماران) می‌باشد. همان‌گونه که ذکر شد، علیرغم آنکه بیش از ۱۸۰ نمونه در نوبت اول مورد مصاحبه قرار گرفتند، ولی در نوبت دوم ۱۵۰ مورد از این تعداد برای مصاحبه دوم در دسترس قرار داشته و حاضر به همکاری بودند.

در برخی موارد همسران، برای همراهی بیمار در کلینیک حاضر نبودند و یا تمایل به مصاحبه نداشتند و به عبارت بهتر می‌توان چنین عنوان کرد که دسترسی به همسران به مراتب بسیار دشوارتر از دستیابی به بیماران بود. نکته دیگر آنکه، در مورد بیمارانی که افسردگی بالایی داشتند و به مشاور ارجاع داده شدند، در اغلب موارد حداکثر در دو جلسه مشاوره حضور پیدا می‌کردند و در تعداد جلسات بیشتری شرکت نمی‌کردند. البته به دلیل مشاوره تلفنی و پیگیری‌های روان‌شناسان، اضطراب و افسردگی پس از درمان به مراتب کاهش یافت.

اما در راستای ارتقاء دانش و بهبود خدمات با هدف بهبود کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روان‌شناختی همسران بیماران مبتلا به سرطان پستان، براساس نتایج پژوهش حاضر نکاتی نیز پیشنهاد می‌شود؛ از جمله اینکه بررسی

شور و ماتئوس در مطالعاتی یک گروه از همسران زنان سالم و یک گروه از همسران زنان دارای سرطان پستان را ۳ تا ۶ ماه پس از تشخیص مقایسه کرده و به این نتیجه رسیدند که سلامت جسمی و روانی و هیجانی در گروه دوم که همسران زنان مبتلا به سرطان پستان بودند به طور معناداری کمتر از گروه اول یعنی همسران زنان سالم بود (۴، ۵).

افسردگی رابطه منفی قوی با کیفیت زندگی دارد و همسران افسرده کیفیت زندگی نامطلوب‌تری را تجربه می‌کنند (۸). براساس پژوهش حاضر، بعد سلامتی و هیجان در همسران زنان مبتلا به سرطان پستان تحت تاثیر بیماری همسرشان قرار دارد. نتایج مطالعات دیگر نیز این یافته را تایید می‌کنند. به عنوان مثال سلامت جسمی، روانی و هیجانی در گروه همسران افراد سالم به طور معناداری بیشتر از گروه همسران بیماران مبتلا به سرطان پستان گزارش شده است (۵، ۸).

در مطالعه‌ای که هلنا موریرا و همکاران در سال ۲۰۱۳ در رابطه با همسران بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام دادند، دریافتند که همسران بیماران مبتلا به سرطان پستان سطح بیشتری از نشانه‌های اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کنند (۳۱) و همچنین همسران در کیفیت زندگی جسمانی، کلی، روانی و اجتماعی دچار ضعف هستند (۶). همسو با مطالعات پیشین، مطالعه حاضر نیز موید این موضوع است که همسران در بخش کیفیت زندگی جسمانی، روانی-هیجانی و رضایت جنسی دچار مشکل هستند. اما با این وجود مطالعه حاضر نشانگر آن است که کیفیت زندگی و سطح اضطراب و افسردگی همسران ۶ ماه بعد از درمان به مراتب بهتر می‌شود.

در مطالعه کاتارینا اسجولاندر و همکاران (۲۰۱۲)، اعضای خانواده بیماران از سه ماه پس از تشخیص به مدت یک سال مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تغییرات معناداری در بخش جسمانی و روانی کیفیت زندگی در طول یک سال وجود ندارد (۳۲) درحالی‌که در مطالعه حاضر پس از ۶ ماه تغییرات معناداری در بعد جسمانی و هیجانی مشاهده شد.

در مطالعه‌ای که کیو بینگ لی و همکاران در سال ۲۰۱۶ انجام دادند، ۱۳۱ زوج مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفتند. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که همسران مراقب سطح بالاتری از اضطراب و افسردگی را نسبت به بیماران

می‌کنند ولی سطوح مشکلات جسمانی در این افراد در زمان پس از درمان بیشتر از زمان قبل از درمان می‌باشد. براین اساس به نظر می‌رسد که توجه به مشکلات جسمانی و روانشناختی (نظیر اضطراب و افسردگی) در مراحل مختلف تشخیص و درمان توجه ویژه‌ای را می‌طلبد و اتخاذ سیاست‌های درمانی در حیطه خدمات روان‌شناختی برای خانواده بیماران مبتلا به سرطان امری ضروری بوده و مستلزم پیگیری بیشتری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی بیماران و همسرانشان که با صبوری نهایت همکاری را با پژوهشگران این مرکز داشتند نهایت تشکر را داریم. همچنین از جناب آقای فرشید علاءالدینی اپیدمیولوژیست محترم که در آنالیز این پروژه به ما یاری رساندند و نیز جناب آقای بهمن پیرمردوند چگینی و جناب آقای علیرضا جلالی که در مراحل مختلف پیگیری همسر بیماران ما رایاری کردند نهایت تشکر را داریم.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

نیازهای ویژه همسران و همچنین بررسی سبک‌های مقابله آنان در رابطه با بیمار مبتلا به سرطان در مطالعات آتی مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که مشاورین و متولیان سلامت روان مستقیماً در تیم درمانی حضور داشته و به ارائه خدمات به بیمار، همسر و خانواده بیمار بپردازند. افزایش سطوح دانش و اطلاعات برای خانواده بیمار از طریق ارائه بروشور و کلاس‌های آموزشی می‌تواند نقش مهمی در آگاهی بیماران و خانواده آنها از اثرات روان‌شناختی بیماری بر بیمار و خانواده بیمار داشته باشد. لازم است در مورد مسایل روان‌شناختی و همچنین درخصوص روابط زناشویی پس از سرطان پستان اطلاعات لازم به بیمار و همسران ارائه شود. برگزاری جلسات مشاوره برای خانواده بیماران و همسرانشان در راستای پیشگیری از آسیب‌های احتمالی و درمان مشکلات موجود نیز اقدامی مفید خواهد بود. خصوصاً دریافت مشاوره روان‌شناختی همزمان با دریافت تشخیص سرطان پستان می‌تواند به خودی خود نقش پیشگیرانه درخصوص بسیاری از مشکلات همایند با بیماری برای بیمار و خانواده بیمار داشته باشد.

نتیجه‌گیری

همسران بیماران مبتلا به سرطان پستان در مرحله پس از درمان سطوح پایین‌تری از اضطراب و افسردگی را تجربه

References

1. Sajadian, A., L. Hydary, and P. Mokhtari Hesari, Common Breast Cancer Family Care Giving Problems. Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases, 2015; 8(2): 7-14.
2. Catania, A. M., Sammut Scerri, C., & Catania, G. J., Men's experience of their female partners' breast cancer diagnosis, breast surgery and oncological treatment. Journal of Clinical Nursing, 2019; doi:10.1111/jocn.14800
3. Al-Azri, M., et al., Psychosocial impact of breast cancer diagnosis among Omani women. Oman medical journal, 2014; 29(6): 437.
4. Mantani, T., et al., Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning. Supportive Care in Cancer, 2007; 15(7): 859-68.
5. Hasson-Ohayon, I., et al., Women with advanced breast cancer and their spouses: diversity of support and psychological distress. Psycho-oncology, 2010; 19(11): 1195-204.
6. Cormio, C., et al., Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. Front psycho, 2014; 5: 1342.
7. Milbury, K. and H. Badr, Sexual problems, communication patterns, and depressive symptoms in couples coping with metastatic breast cancer. Psycho-Oncology, 2013; 4(22): 814-822.
8. Wagner, C.D., S.M. Bigatti, and A.M. Storniolo, Quality of life of husbands of women with breast cancer. Psycho-Oncology, 2006; 15(2): 109-20.
9. Fletcher, K.A., F.M. Lewis, and M.R. Haberman, Cancer-related concerns of spouses

- of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 2010; 19(10): 1094-101.
10. Kim, Y., et al., Needs assessment of family caregivers of cancer survivors: three cohorts comparison. *Psycho-Oncology*, 2010; 19(6): 573-82.
 11. Lopez, V., G. Copp, and A. Molassiotis, Male caregivers of patients with breast and gynecologic cancer: experiences from caring for their spouses and partners. *Cancer Nurs*, 2012; 35(6): 402-10.
 12. Dorros, S.M., C. Segrin, and T.A. Badger, Cancer survivors' and partners' key concerns and quality of life. *Psychology & health*, 2017; 32(11): 1407-27.
 13. Lambert, S., et al., Trajectories of mental and physical functioning among spouse caregivers of cancer survivors over the first five years following the diagnosis. *Patient education and counseling*, 2017; 100(6): 1213-21.
 14. Drabe, N., et al., Mutual associations between patients' and partners' depression and quality of life with respect to relationship quality, physical complaints, and sense of coherence in couples coping with cancer. *Psycho-Oncology*, 2015; 24(4): 442-50.
 15. Shin, J., et al., Underestimated caregiver burden by cancer patients and its association with quality of life, depression and anxiety among caregivers. *Eur J Cancer*, 2018; 27(2): e12814.
 16. Chan, J.S., et al., Dyadic associations between psychological distress and sleep disturbance among Chinese patients with cancer and their spouses. *Psycho-oncology*, 2017; 26(6): 856-61.
 17. Taleghani, F., Men's Sexual Issues After Breast Cancer in Their Wives. *Cancer Nurs*, 2012; 35(3): e237.
 18. Gorji, M.A.H., et al., Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC research notes*, 2012; 5(1): 310.
 19. Khanjari, S., F. Oskouie, and A. Langius-Eklöf, Lower sense of coherence, negative religious coping, and disease severity as indicators of a decrease in quality of life in Iranian family caregivers of relatives with breast cancer during the first 6 months after diagnosis. *Cancer nurs*, 2012; 35(2): 148-56.
 20. Soleimani, M.A., et al., Death anxiety and quality of life in Iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer nurs*, 2017; 40(1): e1-10.
 21. Beck, A.T., R.A. Steer, and M.G. Carbin, Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*, 1988; 8(1): 77-100.
 22. Dabson, K. and K.P. Mohammad, Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. *rehabilitation*, 2007.
 23. Beck, A.T., et al., An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1988; 56(6): 893.
 24. Kaviani, H. and A. Mousavi, Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*, 2008; 66(2): 136-40.
 25. Montazeri, A., et al., The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*, 2005; 14(3): 875-82.
 26. Chronopoulou, K, Sakkas, D, Damigos, D, Caregiving burden and psychological distress of breast cancer patients' husbands after mastectomy. *International Journal of Caring Sciences*, 2016; 9(30): 909-13.
 27. Alacacioglu, A., et al., Quality of life, anxiety and depression in Turkish breast cancer patients and in their husbands. *Med Mycol*, 2009; 26(4): 415.
 28. Badger, T., et al., Depression and anxiety in women with breast cancer and their partners. *Nurs Res*, 2007; 56(1): 44-53.
 29. Grunfeld, E., et al., Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Cmaj*, 2004; 170(12): 1795-801.
 30. Wadhwa, D., et al., Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 2013; 22(2): 403-10.
 31. Moreira, H. and M.C. Canavarro, Psychosocial adjustment and marital intimacy among partners of patients with breast cancer: a comparison study with partners of healthy women. *J Psychosoc Oncol*, 2013; 31(3): 282-304.
 32. Sjolander, C., et al., Health-related quality of life in family members of patients with an advanced cancer diagnosis: A one-year prospective study. *Health and quality of life outcomes*, 2012; 10(1): 89.
 33. Li, Q., et al., Factors influencing the health-related quality of life of Chinese advanced cancer patients and their spousal caregivers: a

cross-sectional study. BMC palliat care, 2016; 15(1): 72.

34. Litzelman, K., et al., Adequacy of Depression Treatment in Spouses of Cancer Survivors: Findings From a Nationally

Representative US Survey. J Gen Intern Med, 2018; 33(6): 869-76.