کیفیت خواب و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در شهر قم در سال ۱۳۹۰

اشرف خرمی راد: مربی،گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم
مهدی نوروزی: مربی،دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی،گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم
هدی احمری طهران: مربی،گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم
اعظم رحمانی: دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی ،دانشگاه تربیت مدرس

چکیده:

زمینه و هدف : سرطان پستان شایعترین نوع سرطان در بین زنان ایرانی است. اختلالات خواب یکی از شایعترین مشکلاتی است که کیفیت زندگی مبتلایان را به شدت مختل می‌نماید. علیرغم شیوع بالای اختلالات خواب، تحقیقات اندکی در ایران در این زمینه موجود است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت خواب و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر قم انجام گرفت.

روش بررسی: در یک مطالعه توصیفی مقطعی، ۸۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز شیمی درمانی قم به‌صورت نمونه گیری مبتنی بر هدف وارد مطالعه شدند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و کیفیت خواب پیتزبورگ ابزار مورد استفاده بود. نمره کیفیت خواب ۵ و بالاتر به عنوان کیفیت نامطلوب خواب در نظر گرفته شد. برای تعیین عوامل موثر بر کیفیت خواب از ازمون رگرسیون لجستیک چند متغیره استفاده شد و برای هر کدام از متغیرها نسبت شانس تطبیق یافته(adjusted oR) و حدود اطمینان ۹۵٪ گزارش گردید و ۰/۰۵ >p-value عنوان سطح معنی داری تلقی گردید.

یافته ها: میانگین نمره پیتزبورگ در جمعیت مورد بررسی ۳/۷۳ ± ۱۱/۷۳ بود.۴۰ نفر(۵۰٪) وضعیت نامطلوب خواب داشتند. در حالی که تنها در ۹ نفر(۱۱.۲۵ ٪) مشکلات خواب مورد توجهات پزشکی قرار گرفته بود. بیشترین مشکل گزارش شده مربوط به بیدار شدن شبانه، تاخیر در به خواب رفتن و استفاده از داروهای خواب‌آور بود. بین طول دوره بیماری و شیوه های درمانی مورد استفاده با کیفیت خواب رابطه معنی داری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: کیفیت خواب زنان مبتلا به کانسر پستان نامطلوب بوده و میزان توجهات پزشکی به این مقوله ناکافی است. لازم است در پروتکل درمانی این بیماران وضعیت خواب بطور جدی مورد ارزیابی و مداخلات درمانی قرار گیرد.

کلیدواژه ها: کیفیت خواب، سرطان پستان، شیمی درمانی.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.5.8]

مقدمه

افراد مبتلا به سرطان، اغلب با علائم پیچیده و چندگانه در طول درمان بیماری روبرو هستند که این علائم می تواند با عملکرد افراد در نقش ها و فعالیت های معمول روزانه تداخل داشته باشد (۱و۲). اختلالات خواب یکی از شایعترین مشکلات بالینی در بیماران مبتلا به انواع مختلف سرطان است (۳و۴)که امروزه به چالش جدی برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی تبدیل شده است (۵). چراکه، شیوع این اختلالات در بیماران مبتلا به سرطان تقریبا سه برابر جمعیت عمومی است (۶).

برخی از محققان مشکلات خواب را در این بیماران به اندازه کم خونی ویا اختلالات متابولیک حائز اهمیت دانسته اند (۳). اهمیت این مسئله زمانی بیشتر می شود که بدانیم نتایج دو مطالعه بزرگ گویای این بوده که ۴۸-۴۴٪ کل نسخ بیماران مبتلا به سرطان، مربوط به داروهای خواب آور بوده ویا ۳۷-۲۸٪ افراد مبتلا به سرطان، از داروهای خواب آور استفاده می کنند (۴).

نه تنها شیوع اختلالات خواب در بیماران مبتلا به سرطان بالاست، بلکه مطالعات نشان داده اند که کیفیت خواب این بیماران نیز به میزان قابل توجهی نسبت به افراد بزرگسال سالم یا بیماران غیر مبتلا به سرطان نامطلوب تر است (۴). خواب کافی برای رشد و تکامل، عملکرد مطلوب و بقا ضروری است، این مسئله می تواند برای افراد مبتلا به بیماری های خاص و مبتلایان به سرطان از اهمیت بیشتری نیز برخوردار باشد. چرا که افراد در زمان بیماری، به خواب بیشتری نیاز دارند؛ خواب بیشتر باعث سازماندهی بهتر، تسهیل فعالیت های ایمنی بدن و کمک به ترمیم بافت های آسیب دیده می شود (۷).

اختلالات خواب باعث افت کیفیت زندگی افراد شده (۴ و ۶ و۸) و توانایی آنها را در مدیریت مراقبت از خود تقلیل می دهد (۶). این اختلالات نه تنها باعث افزایش خستگی در طول روز شده (۵ و ۸و۹و۱۰و۱۱)، بلکه می توانند مشکلات قابل توجهی در پروسه و نتیجه درمان ایجاد کنند (۱۰و۱۱). مطالعه ای در سال ۲۰۰۲ بر روی مبتلایان به انواع مختلف سرطان نشان داد، کسانی که از بی خوابی شکایت داشتند، از سلامت جسمی و روحی نامطلوب تر، مشکلات بیشتر عدم تمرکز و اختلالات بیشتر در کنار آمدن با استرس برخوردارند. همچنین کمبود خواب با عملکرد سیستم ایمنی بدن تداخل کرده (۳) و تبعات دیگری چون اضطراب و افسردگی را به همراه دارد (۵ و ۱۰).

مطالعه ای دیگر در تایوان که در سال ۲۰۰۸، جهت بررسی اختلال خواب و کیفیت زندگی در بیماران تحت شیمی درمانی انجام شد نشان داد بعد از کنترل متغیرهای مخدوش کننده، اختلال خواب به میزان قابل توجهی با اختلال در عملکرد شناختی (ابزار کیفیت زندگی) و وضعیت کارکردی ضعیف تر همراه است (۴).

داویدسون[1] و همکاران بیشترین میزان اختلال خواب و نیز استفاده از داروهای خواب آور را مربوط به بیماران مبتلا به سرطان ریه دانستند. همچنین ایشان در مقایسه انواع سرطان، گزارش کردند افرادی که مبتلا به سرطان دستگاه گوارش هستند کمتر از بی خوابی و خستگی رنج می برند و به میزان کمتری نیاز به داروهای خواب آور دارند (۱۲). نتایج مطالعه‌ای با عنوان بررسی شیمی درمانی به عنوان عاملی موثر در اختلال خواب در بیماران مبتلا به سرطان پستان در سال ۲۰۰۲ نشان داد؛ ۶۱ ٪ بیماران مبتلا به سرطان پستان، مشکلات مربوط به خواب را به طور جدی تجربه کرده اند. در همین مطالعه مقایسه ویژگی های خواب بیماران مبتلا به سرطان پستان با ویژگی های خواب یک نمونه از بیماران با شرایط پزشکی عمومی نشان داد این بیماران دارای مشکلات بیشتری چون کاهش کل زمان خواب، وجود درد، شب ادراری، احساس گرمای شدید، سرفه و خرخر کردن با صدای بلند بودند (۱۳).بی خوابی در افراد مبتلا به سرطان، بر خلاف علائمی چون درد، افسردگی و خستگی، به میزان کمتری توسط پزشکان و محققین مورد توجه واقع شده است (۴ و۵). از طرفی برخی مطالعات گزارش می‌کنند که شواهد محدود برای نقش شیمی درمانی و پرتو درمانی در اختلال خواب

[1]-Davidson

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.5.8]

در بیماران مبتلا به سرطان پستان وجود دارد (۱۳). سایر مطالعات بر انجام تحقیقات بیشتر جهت بررسی اثر نوع پروتکل شیمی درمانی بر اختلال خواب در این بیماران تاکید کرده اند (۳). برآورد میزان شیوع مشکلات خواب در افراد مبتلا به سرطان به دلایل بسیاری، دشوار است؛ چراکه اپیدمیولوژیست‌ها اغلب در مورد شیوع بی‌خوابی سوال می‌کنند بدون اینکه درباره مواردی چون اختلال در به خواب رفتن، حفظ خواب و یا خواب آلودگی در طول روز سوال کنند (۳). همچنین برآورد میزان شیوع اختلال خواب به طور گسترده‌ای متفاوت است، به طوریکه از ۲۴٪ تا ۹۵٪ در مطالعات مختلف متفاوت است (۴ و ۵ و ۱۰و ۱۳)؛ به علاوه، اکثر مبتلایان گزارش می کنند که سرطان باعث ایجاد یا تشدید بی خوابی آنها شده است (۹و۱۴).

علیرغم شیوع بالای اختلالات خواب و تاثیر اثبات شده آن بر کیفیت زندگی هنوز درمان اختلالات خواب در سرطان بطور معمول مورد توجه جدی نیست. این در حالی است که کانسر پستان شایعترین نوع سرطان در بین زنان جهان است که بطور نمونه منجر به مرگ ۵۴۸۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۷ شده است (۱۵). در ایران نیز کانسر پستان شایعترین نوع سرطان در زنان و یکی از دغدغه های مهم بهداشتی است. بروز سرطان پستان در زنان ایرانی در حدود ۲۲ در ۱۰۰۰۰۰ است (۱۶). سرطان پستان زنان ایرانی را در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، حدود یک دهه زودتر مبتلا می‌کند. بعلاوه در ایران از هر ۵ نفر یک نفر در مراحل اولیه بیماری تشخیص داده می شود در حالی که این میزان در امریکا ۳ نفر می باشد (۱۷).

نظر به تفاوت‌های موجود در شیوع و عوامل مرتبط با اختلالات خواب در جوامع مورد مطالعه، شیوع قابل ملاحظه سرطان پستان در ایران و همچنین یافت نشدن مطالعه ای در ایران در زمینه کیفیت خواب زنان مبتلا به سرطان پستان، مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت خواب زنان مبتلا به کانسر پستان تحت شیمی درمانی و عوامل مرتبط با آن در استان قم در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

مواد وروش: تحقیق حاضر یک پژوهش مقطعی می‌باشد که برروی بیماران مبتلا به سرطان پستان‌ای که تحت شیمی درمانی بودند انجام گردید این بیماران بصورت سرشماری از مراجعه کنندگان به مراکز شیمی درمانی استان قم انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه ابتلا به سرطان پستان باسابقه حداقل ۳ دوره شیمی درمانی, عدم وجود تشخیص پزشکی مبنی بر ابتلا به سرطانهای دیگر، بیماریهای روانی، قلبی- عروقی، دیابت و سایر بیماری‌های مزمن بود. همچنین بیمارانی که در یک ماه گذشته به بیماری حاد منجر به بستری در بیمارستان مبتلا شده و یا در مواجهه با شرایط بحرانی که عدم تعادل روحی-روانی را در پی داشته قرار گرفته‌اند از مطالعه حذف شدند. بعد از در نظرگرفتن این معیارها ۸۰ نفر وارد مطالعه شدند. رضایت کتبی از همه شرکت کنندگان که همکاری خود را اعلام کرده‌بودند اخذ گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل سوالاتی در زمینه سن، وضعیت تاهل، وضعیت منوپوز، سابقه بیماری و درمان بود. پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) توسط دانیال جی بای سی و همکارانش برای اندازه گیری کیفیت خواب و تعیین افرادی که خواب مناسب یا نامناسب دارند طراحی گردید (۱۸). پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ حیطه‌های مختلفی دارد که شامل تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید،کفایت خواب (بر اساس نسبت طول مدت خواب مفید ازکل زمان سپری شده در رختخواب)، اختلالات خواب (به‌صورت بیدار شدن شبانه فرد تعریف می‌شود)، میزان داروی خواب آور مصرفی وعملکرد صبحگاهی (به‌صورت مشکلات تجربه شده توسط فرد در طول روز ناشی از بدخوابی، تعریف می‌شود) می-باشد. اکثر موارد پرسشنامه بر اساس سوالات چند جوابی و کوتاه بوده است. نمره هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه بین ۰ تا ۳ در نظر گرفته شده است و دامنه تغییرات از ۰تا ۲۱ است. بر اساس این مقیاس نمره برابر و بالاتر از ۵ بعنوان اختلال خواب قابل ملاحظه تلقی میگردد. این پرسشنامه نگرش بیمار را پیرامون کیفیت خواب در طی ۴ هفته گذشته بررسی می‌نماید. در مطالعات قبلی در ایران اعتبار این پرسشنامه مورد تائید قرار گرفته است (۱۹). در این پژوهش برای تعین پایایی پرسشنامه از ازمون-ازمون مجدد استفاده گردیدکه شاخص همبستگی داخل خوشه ای (icc) این آزمون ۸۴٪ بدست امد و پایایی پرسشنامه تائید گردید. داده‌ها پس از جمع اوری از طریق پرسشنامه وارد برنامه spssنسخه ۱۷ شد. برای تحلیل داده‌ها متناسب با نوع متغیر و اهداف مطالعه از آمارهای توصیفی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.5.8]

مانند جدول فراوانی و فراوانی نسبی و میانگین و انحراف

معیار استفاده گردید در نهایت برای تعیین عوامل موثر بر کیفیت خواب از آزمون رگرسیون لجستیک چند متغیره برای کنترل توأمان عوامل مخدوش کننده استفاده گردید. در این مدل برای کنترل توام عوامل مخدوش کننده یعنی متغیرهایی که در آنالیز تک متغیره معنی دار شدن-p) value.<.02با هم وارد مدل شدند و مدل نهایی با رگرسیون لجستیک چند متغیره، گام به گام (stepwise) تشکیل شد و برای هر کدام از متغیرها نسبت شانس تطبیق یافته(adjusted oR) و حدود اطمینان ۹۵٪ گزارش گردید و (p-value< ۰/۰۵) عنوان سطح معنی داری تلقی گردید.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت کننده ۶.۹± ۴۸و حداقل و حداکثر سن شرکت کنندگان نیز به ترتیب ۲۶و۵۷ بود. ۳ نفر (۴درصد) مجرد، ۲ نفر (۲ درصد) مطلقه و ۷۵ نفر (۹۴درصد) متأهل بودند. سطح تحصیلات در۲۲ نفر بی‌سواد (۲۷/۵ درصد)، ۲۲ نفر ابتدایی (۲۷/۵ درصد)، ۱۲ نفر راهنمایی (۱۵ درصد)، ۲۴ نفر دیپلم و بالاتر ۳۰ (درصد) و ۳۳ (۴۳ درصد) نفر نمونه ها در وضعیت منوپوز قرارداشتند. ۷ نفر (۹درصد) فقط تحت شیمی درمانی، ۴۷ نفر (۵۸درصد) شیمی درمانی و جراحی، ۲۶ نفر (۳۳درصد) تحت هر سه روش درمانی قرار گرفته بودند. حداقل، حداکثر و میانگین مدت زمان بیماری به ترتیب ۳، ۴۸ و ۱۸ماه، با انحراف معیار ۱۲/۰۸ ± ماه بود. در ۴۰ نفر (۵۰درصد) افراد تحت مطالعه کیفیت خواب نامناسب نشان داده شد در حالی که تنها در ۹ نفر (۱۱.۲۵ ٪) مشکلات خواب مورد توجهات پزشکی قرار گرفته بود. نمرات مربوط به حیطه‌های مختلف مشکلات خواب در جدول ۱ گزارش شده است. همانطور که در جدول مشخص می‌باشد بیشترین میانگین نمره مربوط به اختلالات خواب (۲/۸۸±۰/۷۷) و کمترین میانگین نمره مربوط به کیفیت ذهنی خواب (۱/۵ ± ۰/۵۰)بود.

جدول۱ میانگین و احراف معیار نمرات افراد تحت مطالعه از مقیاسهای مختلف پرسشنامه پیتزبورگ

شاخصهای اماری / مقیاس	میانگین +_ انحراف معیار (Mean_+ std)	دامنه تغییرات نمرات خواب
کفایت خواب	۱/۵ ± ۰/۵۰	۲=۰
کیفیت ذهنی خواب	۱/۵۳ ± ۰/۶۸	۳=۰
داروی خواب آور	۲/۳۳ ± ۱/۰۲	۳-۱
اختلال عملکرد صبحگاهی	۱/۷۰ ± ۰/۵۲	۳-۰
اختلالات خواب	۲/۸۸ ± ۰/۷۷	۳-۰
طول مدت خواب مفید	۲/۲۲ ± ۰/۵۴	۳-۰
تاخیر در به خواب رفتن	۲/۳۳ ± ۰/۴۴	۳-۰
نمره کلی PSQI	۱۱/۷۳ ± ۳/۷۳	۱۷-۳

در قسمت بعدی آنالیز با توجه به نقطه برش پرسشنامه پیتزبورگ، نمونه به دو گروه با خواب نامناسب و خواب مناسب تقسیم و حیطه‌های مختلف خواب در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج بدست آمده در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.5.8]

جدول شماره ۲ - مقایسه مقیاسهای خواب در افراد با خواب مناسب با افراد با خواب نامناسب با استفاده از T مستقل

مقیاس	افراد با خواب نامناسب	افراد با خواب مناسب	P value
کیفیت ذهنی خواب	۱/۵۴ ± ۰/۶۳	۰/۵۴ ± ۰/۳۴	۰/۰۱
تأخیر در به خواب رفتن	۱/۴۵ ± ۰/۶۶	۰/۴۰ ± ۰/۴۴	۰/۰۱
طول مدت خواب	۲/۳۳ ± ۰/۷۷	۰/۸۰ ± ۰/۴۱	۰/۰۰۱
کفایت خواب	۰/۵۶ ± ۱/۲۲	۰/۳ ± ۰/۳۳	/۰۶
اختلالات خواب	۲/۲۸ ± ۰/۵۳	۱/۴ ± ۰/۶۴	۰/۰۰۲
داروی خواب‌آور	۱/۳۴ ± ۱/۲۱	۰/۷۶ ± ۰/۵۴	۰/۰۳
اختلال عملکرد صبحگاهی	۱/۹۳ ± ۰/۷۱	۱/۲ ± ۰/۴۲	۰/۰۷۲
نمره کلی PSQI	۱۳/۲۲ ± ۳/۴۵	۳/۴۰ ± ۰/۵۱	۰/۰۰۱

در آنالیز نهایی برای تعیین عوامل موثر بر کیفیت خواب از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده گردید. در این مدل برای کنترل توام عوامل مخدوش کننده متغیرهایی که در آنالیز تک متغیره معنی دار شدند. (p-value.<.02) با هم وارد مدل شدند و مدل نهایی با رگرسیون لجستیک چند متغیره،گام به گام (stepwise)تشکیل شد. نتایج این مدل نشان داد که عوامل سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت منوپوز و وضعیت تاهل تاثیر آماری معنی دار بر کیفیت خواب نداشته (p-value>.05). ولی عواملی مانند نوع درمان و مدت زمان بیماری رابطه معنی دار با کیفیت خواب دارد (p-value>.05). درمان توأمان شیمی درمانی و جراحی و رادیوتراپی شانس خواب نامناسب را تا ۳/۵ برابر نسبت به شیمی درمانی به تنهایی افزایش داده (OR=۳/۶۳ وCI=۲/۲۶-۵/۸۶) مدت زمان ابتلا به سرطان نیز ارتباط معنی دار با کیفیت خواب نشان داد بطوریکه با افزایش مدت زمان ابتلا شانس کیفیت خواب نامناسب هم افزایش یافته بود. (OR=۲/۷۲ وCI=۴/۷۳-۱/۵۷).

بحث و نتیجه گیری

مطالعه‌ای که بر روی ۸۰ زن مبتلا به کانسر پستان تحت شیمی درمانی در قم انجام شد، میانگین نمره کیفیت خواب را در این بیماران ۳/۷۳± ۱۱/۷۳ نشان داد . همچنین بر اساس یافته ها در جامعه مورد بررسی ۵۰ ٪ زنان مورد مطالعه دارای کیفیت بد خواب بودند.

در مطالعات مختلف شیوع بالای اختلالات خواب در جمعیت های مبتلا به کانسر پستان در مقایسه با جمعیت های سالم گزارش شده و می‌توان اذعان نمود مشکلات خواب در کانسر امری اثبات شده‌است با این وجود مسئله

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.5.8]

حائز اهمیت در این مطالعه بالا بودن میانگین نمره کیفیت خواب در مقایسه با سایر مطالعات مشابه است. چنانچه در مطالعه‌ای در یکی از ایالت های آمریکا میانگین نمره کیفیت خواب در ۷۲ زن مبتلا به کانسر پستان (۴) ۶/۸ بود (۱۳) و در مطالعه چن و همکاران در سال ۲۰۰۸ در تایوان میانگین نمره کیفیت خواب در مبتلایان به کانسر ریه بین (۳/۸۳) ۶/۸۶ تا (۳/۴۷) ۶/۲۳ متغیر بر حسب روزهای سیکل کموتراپی دیده شد (۴). همچنین در تحقیقات دیگر میانگین نمره کیفیت خواب زنان مبتلا به کانسر ۷/۲۶ در مقایسه با ۵/۸ در زنان سالم همسان شده بود (20). علت بخشی از این اختلاف را می توان به بحث های مرتبط با شیوه تحقیقات نظیر اختلاف حجم نمونه، ابزار بررسی کیفیت خواب، معیارهای ورود و خروج نمونه، نوع کانسر و شیوه های مختلف درمانی دانست اما باید توجه داشت نمره ضعیف کیفیت خواب می تواند نشان-دهنده شدیدتر بودن مشکل در جامعه ایران، و یا میزان کمتر توجهات به مقوله مشکلات مبتلایان به کانسر نظیر خواب باشد.

یافته‌های دیگر مطالعه، عمده ترین مشکل خواب در جامعه مورد بررسی را اختلالات خواب (بیدار شدن شبانه)، تاخیر در به خواب رفتن و استفاده از داروهای خواب‌آور و کمترین مشکل مشاهده شده را کفایت خواب نشان داد. هر چند در ادامه بررسی ها زمانی که بر اساس نقطه برش پرسشنامه پیتزبورگ نمونه پژوهش به دوگروه با کیفیت خواب مطلوب و نامطلوب تقسیم شد یافته ها بیانگر آن بود که گروه با کیفیت خواب بد بطور معنی داری بیشتر از سایرین از کیفیت ذهنی نامطلوب خواب، تاخیر در به خواب رفتن، طول مدت ناکافی خواب، اختلالات خواب (بیدار شدن شبانه)، مصرف داروی خواب آور رنج می‌برند و به عبارتی دیگر، تمام ابعاد کیفیت خواب به جز کفایت خواب و اختلال عملکرد صبحگاهی در زنان با خواب بد مختل بود هرچند ارتباط وجود اختلال خواب و اختلال عملکرد در سطح خطای۰/۰۵معنی دار نبود.

در تائید یافته‌های فوق کو[۲] و همکاران نیز بیشترین مشکلات خواب را در مبتلایان به کانسر پستان تحت مطالعه مربوط به تاخیر در به خواب رفتن گزارش نمودند.

کو وهمکاران همچنین اظهار نمودند کموتراپی میزان از هم گسیختگی خواب را در فاز فعال افزایش داده و کفایت خواب را بطور معنی داری کاهش می‌دهد (۱۰) همچنین آنها به این نتیجه رسیدند که میزان خواب آلودگی روزانه و کیفیت ذهنی نامطلوب خواب در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در فاز فعال بطور معنی داری شدت می یابد (۱۰). ات[۳] و همکاران نیز در مقایسه نمرات مقیاس‌های مختلف کیفیت خواب زنان مبتلا به سرطان پستان با زنان سالم همسان شده (از نظر وضعیت منوپوز و سن) ابعاد کیفیت خواب، طول مدت خواب، اختلالات خواب، اختلال عملکرد روزانه و تاخیر در به خواب رفتن زنان مبتلا به کانسر را نامطلوب‌تر یافتند (20). مطالعه انجام یافته جهت بررسی شیوع اختلالات خواب در ۱۶۳۵ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه کننده به کلینیک‌های درد در آلمان نشان داد که شایع ترین نوع اختلال خواب در این افراد، بی خوابی (۵۹ ٪) است (۳). در مطالعه ای دیگرکل زمان خواب و مرحله پنهانی خواب در طول شیمی درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان افزایش یافته، اما کارایی خواب همچنان نرمال باقی مانده بود (21). به نظر می‌رسد پروتکل درمانی شیمی درمانی و همینطور فازهای متفاوت دوره درمانی بر ابعاد مختلف خواب تاثیر گذار است. و لذا نتیجه گیری دقیق‌تر منوط به انجام پژوهش‌های متمرکز بر پروتکل شیمی درمانی و رابطه سنجی آن با مقیاس‌های مختلف خواب می باشد.

سایر یافته های مطالعه حاضر نشان داد؛ متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت یائسگی ارتباطی با کیفیت خواب ندارد در حالی که بین طول دوره بیماری و نوع درمان با اختلالات خواب رابطه معنی داری وجود دارد. بطوریکه زنانی که سابقه جراحی داشته و تحت درمان شیمی درمانی بودند ۱/۹ برابر و کسانی که تحت هر سه نوع درمان سرطان (کموتراپی-رادیوتراپی و جراحی) قرار گرفته بودند۳/۶۳ برابر بیشتر از سایرین مشکلات خواب را تجربه می‌کردند. همچنین با افزایش طول دوره بیماری اختلالات خواب بطور معنی داری افزایش یافت. داروهای شیمی درمانی می‌توانند به صورت عاملی مستقل، به طور مستقیم یا غیر مستقیم، باعث برهم زدن خواب در بیماران مبتلا به

1-Kuo

2-Otte

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.5.8]

سرطان شوند (۷و۱۰). به عنوان مثال، برجسته ترین عوارض جانبی کورتیکواستروئیدها (به عنوان مثال پردنیزون و دگزامتازون) بی خوابی و گرسنگی است. همچنین، این داروها به طور مستقیم ممکن است ساختار مراحل خواب را برهم بزند (۷).رژیم‌های حاوی کورتیزول و نوسان میزان آن در بدن با شب بیداری بیشتر در بیماران همراه بوده است (۲۲).

نکته قابل توجه این است که اگرچه شیمی درمانی به عنوان عاملی مستقل بر کیفیت خواب مبتلایان به سرطان تاثیر منفی دارد؛ از دیگر سو همراه شدن درمانهای دیگر نظیر جراحی و رایوتراپی احتمال اختلالات خواب را تا چندین برابر افزایش می‌دهد. اعمال جراحی نظیر ماستکتومی که تمامیت فردی، تصویر ذهنی و و هویت جنسی افراد را در معرض اختلال قرار می‌دهد به عنوان عامل اساسی در عدم تعادل روحی-روانی زنان تاثیر گذار خواهد بود. در خصوص تاثیر رادیوتراپی بر کیفیت خواب مطالعات زیادی در دسترس نیست. اگر چه فورتنر[۴] و همکاران در مطالعه خود نتیجه گیری کردند که همراه شدن رادیوتراپی با شیمی‌درمانی تنها در دو بعد اختلالات خواب و تاخیر در به خواب رفتن تاثیر گذار بوده و در نمره کل کیفیت خواب بیماران تحت شیمی درمانی تاثیر معنی داری ندارد (۱۳). لذا با تاکید بر نیاز به مطالعات بیشتر جهت تبیین نقش رادیوتراپی در افزایش مشکلات خواب لازم است به این نکته توجه داشت که حتی در صورت اثبات بی تاثیر بودن پروتکل رادیوتراپی بر کیفیت خواب؛ باید توجه داشت بیمارانی که تحت شیوه‌های مختلف درمانی قرار می‌گیرند احساس ناامیدی بیشتری نموده و ضمن تحمل عوارض جانبی چندگانه شیوه‌های متعدد درمانی، احساس می کنند بیماری ایشان وخامت بیشتری دارد لذا میزان استرس درک شده ایشان افزایش یافته و کیفیت خواب ایشان به میزان بیشتری مختل خواهد گردید. از سوی دیگر در مطالعه حاضر با گذشت زمان مشکلات خواب در بیماران افزایش یافته بود در حالی که در مطالعه چن[۵] و همکاران در افرادی‌که بیماری آنها تازه تشخیص داده شده بود مشکلات خواب بیشتری گزارش شد. آنها علت این امر را اضطراب تشخیص سرطان و مواجهه جدید با شیمی درمانی دانستند (۴). همچنین پارک[۶] و همکاران در کره نیز چنین نتیجه گرفتند که مدت زمان سپری شده از تشخیص، رابطه منفی با کیفیت خواب دارد بطوری‌که با بیشتر شدن فاصله از زمان تشخیص مشکلات خواب کمتر می‌شود (۲۴). این عدم همسویی را می‌توان به طولانی شدن درمان بیماری، احساس خستگی و فرسودگی ناشی از درمان‌های مختلف و عوارض جانبی آنها و عدم بکارگیری تدابیر مناسب برای سازگاری با این بیماری در جامعه مورد مطالعه مرتبط دانست. همچنین از آنجا که اکثر مطالعات در این زمینه از نوع مقطعی می باشند نیاز به انجام مطالعات طولی جهت اثبات قطعی تاثیرعوامل مختلف مطرح است.

همانگونه که اشاره شد متغیرهای دموگرافیک در این مطالعه رابطه معنی داری با نمره کیفیت خواب افراد نداشت. هر چند نسبت شانس محاسبه شده نشان می دهد که با افزایش تحصیلات، متاهل و بیوه بودن و افزایش سن، فراوانی اختلالات خواب کمتر می شود ولی این کاهش از از نظر اماری معنی دار نبود. مرکادانت[۷] و همکاران در مطالعه خود یافته فوق را تائید می کنند (۵). از طرفی، در مطالعات دیگر اختلالات خواب در زنانی بیشتر گزارش شده که شریک جنسی نداشتند (۳)، دارای سطح تحصیلات کمتر یا فاقد حمایت اجتماعی بودند (۲۵). ویا در زنان سنین بالاتر بودند (۲۶)، برخی مطالعات انجام شده در سرطان پیشرفته (۲۷) و نیز یک بررسی انجام شده روی بیمارن مبتلا به ملانوم (۳) گزارش کردند که زنان نسبت به مردان تمایل بیشتری به مشکلات خواب دارند. تفاوت‌های مشاهده شده در ارتباط عوامل دموگرافیک با وضعیت خواب را می‌توان به تفاوتهای موجود در حجم نمونه، نوع مطالعات و ابزار مورد استفاده در بررسی کیفیت خواب نیز مرتبط دانست.

علیرغم همه مسائل مطرح شده در مطالعه حاضر تنها ۱۵درصد بیماران در مورد مشکلات خواب تحت توجهات پزشکی مرتبط قرار گرفته بودند و این موضوع نیز محدود به استفاده از داروهای خواب اور بوده است. در مطالعات

4-Fortner
5-chen
6-park
7- Mercadante

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.5.8]

دیگر نیز عدم توجه کافی به مشکلات خواب بیماران مبتلا

در پایان لازم است به محدودیت هایی نظیر شیوه طراحی مطالعه به شکل مقطعی، تعداد حجم نمونه، همگن بودن جمعیت مورد مطالعه از نظر نوع سرطان، دین، مذهب و قومیت ذکر شود که نکات اشاره شده در تعمیم نتایج این تحقیق باید در نظر گرفته شود. همچنین در این مطالعه وضعیت اقتصادی، مرحله بیماری، بروز عوارضی نظیر افسردگی بعنوان متغیرهای احتمالی موثر بر اختلال خواب مورد بررسی قرارنگرفته اند که پیشنهاد می شود در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرند.

از آنجا که بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر میزان فراوانی مشکلات خواب در زنان تحت مطالعه بالا و میانگین نمره به کانسر مورد تاکید قرار گرفته است (۲۰).

کیفیت خواب در وضعیت نامطلوبی است و همچنین با توجه به اینکه میزان توجهات پزشکی به این مقوله مهم کافی نیست. انجام بررسی‌های بیشتر و اقدامات جدی در زمینه خواب بیماران مبتلا به کانسر پستان در ایران ضروری است. پیشنهاد می‌گردد مطالعات آینده جهت بررسی تاثیر مداخلات مختلف سنتی و مدرن و دارویی و غیر دارویی بر کیفیت خواب و همچنین مطالعات طولی دقیق تری با تمرکز بر نوع داروهای شیمی درمانی و فازهای مختلف درمان بر ابعاد مختلف کیفیت خواب صورت گیرد.

Refrences:

1-Barsevick AM. The concept of symptom cluster. Semin Oncol Nurs 2007;23(2):89e98.

2-Barsevick AM. The elusive concept of the symptom cluster. Oncol Nurs Foru 2007;34(5):971e980. Online.

3- Leea K, Chob M, Miaskowski C, Dodd M. Impaired sleep and rhythms in persons with cancer. Sleep Medicine Reviews 2004: 8, 199–212.

4- Chen ML, Yub CT, Yang CH. Sleep disturbances and quality of life in lung cancer patients undergoing chemotherapy. Lung Cancer 2008:62, 391—400.

5-Mercadante S, Girelli D, Casuccio A. Sleep disorders in advanced cancer patients: prevalence and factors associated. Support Care Cancer 2004:12:355–359.

6-Williams SA, Schreier AM. Sleep disturbances and quality of life in lung cancer patients undergoing chemotherapy. Lung Cancer 2008: 62, 391—400.

7-Walker AJ, Pongsing Y, Nail L, Pedhiwala N, Leo M, Price J, Lee K, Duff VG. Sleep–Wake Patterns of School-Age Children and Adolescents Before Diagnosis and During Induction Chemotherapy for Acute Lymphocytic Leukemia. Journal of Pediatric Nursing 2011.

8-Stepanski EJ, Walker MS, Schwartzberg LS, Blakely LJ, Ong JC, Houts AC. The Relation of Trouble Sleeping, Depressed Mood, Pain, and Fatigue in Patients with Cancer. Journal of Clinical Sleep Medicine 2009: Vol.5, No..

9-Berger AM, Kuhn BR, Farr LA, Lynch JC, Agrawal S, Chamberlain J, SGV Essen. Behavioral therapy intervention trial to improve sleep quality and cancer-related fatigue. Psycho-Oncology 2009: 18: 634–646.

10-Kuo HH, Chiu MJ, Liao WC, Hwang SL. Quality of Sleep and Related Factors During khemotherapy in Patients with Stage I/II Breast Cancer. J Formos Med Assoc 2006;105(1):64–69.

11-Barsevick A, Beck SL,. Dudley WN, Wong B, Berger AM, Whitmer K, Newhall T, Brown S, Stewart K. Efficacy of an Intervention for Fatigue and Sleep

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.5.8]

Disturbance During Cancer Chemotherapy. J Pain Symptom Manage 2010;40:200e216.

12-Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. Soc Sci Med 2002; 54:1309—1321.

13-Fortner BV, Stepanski EJ, Wang SC, Kasprowicz S, Durrence HH. Sleep and Quality of Life in Breast Cancer Patients. Sleep and Quality of Life in Breast Cancer Patients 2002: Vol. 24 No. 5.

14-Ancoli-Israel S, Moores R, Moores J. Recognition and Treatment of Sleep Disturbances in Cancer. Journal of Clinical Oncology 2009. by American Society of Clinical Oncology, p6033.

15- Word Health Organization(WHO). (2008,July). CANCER fact sheet N297. Retrieved November 20,2009, from http://www,WHO.int/mediacentre/ factsheets/fs297/en/index.html

16-Mousavi S M, Montazeri A,Mohagheghi M A,Jarrahi A,Harirchi I,Najafi M&Ebrahimi M. Breast cancer in Iran: An epidemiological review. Breast journal, 13,391-383

17-Harandy TF, Ghofranipour F, Montazeri A, Anoosheh M, Bazargan M, Mohammadi E, Ahmadi F, Niknami S. Muslim breast cancer survivor spirituality: coping strategy or health seeking behavior hindrance. Health Care Women Int. 2010 Jan;31(1):88-98

18- Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28: 193-213.

19-Afkham Ebrahimi A, Ghale Bandi M F, Salehi M, Vakili Y, Akhlaghi Farsi E, Kafian Tafti A.Sleep Parameters and the Factors Affecting the Quality of Sleep in Patients Attending Selected Clinics of Rasoul-e-Akram Hospital. J of Iran university of mecical sciences .15(58) 2008:38-31(in persian)

20- Otte JL, Carpenter J S, Kathleen M. Russell K,Silvia Bigatti S, Champion V L. revalence, Severity, and Correlates of Sleep-Wake Disturbances in Long-Term Breast Cancer Survivors. J Pain Symptom Manage. 2010 March ; 39(3): 535–547

21-Berger AM, Farr LA, Kuhn BR, Fischer P, Agrawal S. Values of Sleep/Wake, Activity/Rest, Circadian Rhythms, and Fatigue Prior to Adjuvant Breast Cancer Chemotherapy. Journal of Pain and Symptom Management 2007;33:398e409.

22-Jones CR, Czajkowski L. Evaluation and management of insomnia in menopause. Clin Obstet Gynecol 2000;43:184–97.

23-Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. Sleep disturbance in cancer patients. Soc Sci Med 2002; 54:1309—1321.

24- Park J H,Lee S J ,Gwak J I, Shim J Y, Lee J K. Sleep Quality of Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy in the Outpatients Setting. Korean J Fam Med. 2010;31:778-785

25-Koopman C, Nouriani B, Erickson V, et al. Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. Breast J 2002;

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.5.8]

27-Mercadante S. Casuccio A, Fulfaro F. The course of symptom frequency and intensity in advanced cancer patients followed at home. J Pain Symptom Manage 2000; 20:246–252.

26-Savard J, Morin CM. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. J Clin Oncol. 2001;19:895–908

8:362–370

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-07]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1390.4.4.5.8]