مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال پنجم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۱

# بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان سرطان پستان تحت درمان در مرکز تحقیقات سرطان امید– ارومیه

**حمیده محدثی:** مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

**هاله آیت اللهی**[1]: استادیار، فلوشیب انکولوژی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی

**گلاویژ حسن زاده:** کارشناس مامایی

**میترا یگان سنگی:** کارشناس مامایی

## چکیده

**مقدمه:** امروزه یکی از موضوعات مهم قابل بحث در تحقیقات بالینی، ارزیابی کیفیت زندگی است که شامل احساس اشخاص از توانایی آنها در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی است و افزایش شیوع سرطان نیز در سال‌های اخیر و اثرات آن بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی زندگی بشر سبب شده است که سرطان به عنوان مشکل عمده بهداشتی قرن شناخته شود. سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین سرطان زنان در این مقوله بیشترین سهم را به خود اختصاص می‌دهد، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی در ابعاد مختلف و ارتباط آن با برخی از عوارض بیماری طراحی و اجرا گردید.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی ۵۶ بیمار مبتلا سرطان پستان تحت شیمی درمانی- رادیوتراپی از مراجعین به مرکز آموزشی-پژوهشی امید ارومیه جهت مصاحبه انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود، که شامل سه قسمت؛ اطلاعات فردی-اجتماعی و اطلاعات باروری، برخی از فاکتورهای خطر در سرطان پستان و پرسشنامه استاندارد EORTC-QLQ-C30 بود. اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی(فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی(من- ویتنی و کای- اسکویر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** یافته‌های پژوهش نشان داد که اکثریت افراد ۴۴.۶٪ بالای ۴۶ سال و ۱۶٪ زیر ۳۵ سال سن، ۹۶٪ مونث، ۹۱٪ متاهل، ۷۶٪ خانه‌دار بودند. ۳۷.۵٪ افراد زیر ۱۶ سال ازدواج کرده و ۵۵.۴٪ سن شروع اولین قاعدگی زیر ۱۴ سال داشتند. ۲۵٪ افراد سابقه مثبت خانوادگی سرطان و ۰.۷٪ فرزندی نداشتند. بر اساس یافته‌های این بررسی کیفیت کلی زندگی در۴۰ (۷۱.۴٪) بیماران خوب بود. نتایج بررسی همچنین نشان دهنده عملکرد خوب بیماران در حیطه جسمانی(۶۲.۵٪)، حیطه ایفای نقش(۵۳.۶٪)، حیطه احساسی(هیجانی) (۵۸.۹٪)، حیطه شناختی(۵۱.۸٪) و حیطه اجتماعی(۶۰.۷٪) بود. احساس خستگی بارزترین نشانه ناشی از خود بیماری و یا عوارض درمان بیماری در بین مبتلایان به کانسر پستان بود. داشتن فرزند اثر مثبت بر کیفیت زندگی این بیماران داشت. در ۳۱ مورد(۶۶٪) کیفیت زندگی آنان خوب بود احساس خستگی بارزترین نشانه ناشی از خود بیماری و یا عوارض درمان بیماری در بین مبتلایان به کانسر پستان بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** پژوهش حاضر نشان داد که وجود خانواده و فرزند همچنین حمایت‌های روحی-روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی می‌تواند باعث ارتقا کیفیت و امید به زندگی در مبتلایان به سرطان پستان شود که تحت درمان‌های مختلف جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی قرار دارند. لذا توصیه می‌شود که کلنیک‌های مشاوره خانواده در جهت حمایت از بیماران مبتلا به سرطان پستان توسط سیاست‌گزاران امر سلامت طراحی گردد.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، سرطان پستان، فاکتورهای خطر.

[1] نشانی نویسنده پاسخگو: ارومیه، خیابان کاشانی، بیمارستان شهید مطهری، بخش کوثر، کد پستی: ۵۷۱۴۶-۱۵۴۶۳، هاله آیت اللهی. نشانی الکترونیک: hayatollahi@yahoo.com

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19 ]

[ DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.4.4 ]

## مقدمه

افزایش شیوع سرطان در سال‌های اخیر و اثرات آن بر ابعاد مختلف جسمی- روانی و اجتماعی زندگی بشر سبب شده است که سرطان به عنوان مشکل عمده بهداشتی قرن شناخته شود(۱).

سرطان به عنوان سومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق و حوادث و دومین علت مرگ در کشور ایران پس از سرطان ریه مطرح است. سرطان پستان ۳۲٪ موارد سرطان زنان را تشکیل می‌دهد(۲) سالانه بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد(۳ و ۴). در این بین سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان است(۵) بر اساس آمار سازمان بهداشت آمریکا، در جهان سالانه بیش از ۱/۱ میلیون موارد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می‌شود. این رقم شامل۱۰ در صد از کل موارد جدید سرطان و ۲۳ درصد از کل سرطان‌های زنان می‌شود. میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت زنان در کشورهای پیشرفته ۶۷/۸ نفر، در کشورهای کمتر توسعه یافته ۲۳/۸ نفر و در کل جهان ۳۷/۵ نفر است(۶).

میزان بروز این بیماری در کشورهای توسعه یافته سالانه ۱ تا ۲ درصد و در کشورهای کمتر توسعه یافته هر سال تا حدود ۵ درصد افزایش می‌یابد(۷). در حال حاضر در ایالات متحده زنی که تازه به دنیا بیاید ۱۲٪ (۱مورد از ۸ مورد) شانس ابتلا به سرطان پستان در طول زندگی را دارد(۸).

با در نظر گرفتن شیوع بالای سرطان پستان در خانم‌ها و پیشرفت‌های درمانی ایجاد شده که منجر به بقای طولانی مبتلایان گردیده تاثیر بیماری و روش‌های درمانی در زندگی مبتلایان به سرطان پستان قابل بحث و مطالعه است.

زن بودن و افزایش سن دو عامل مهم و غیر قابل تغییر در بیماری سرطان پستان است، به این خاطر یک مشکل جدی در حوزه سلامت زنان کنترل و پیشگیری از سرطان پستان است(۹).

اغلب مطالعات حاکی از آن است که در کمتر از ۵٪ مبتلایان به سرطان پستان عوامل ژنتیکی عامل مستعد کننده بیماری محسوب می‌شود. قاعدگی زودرس، ناباروری، سن بالا در هنگام اولین زایمان، یائسگی دیررس، رژیم غذایی، فعالیت جسمانی و فاکتورهای هورمونی درونزا (سطح بالای استروژن آزاد نسبت به استروژن متصل به پروتئین‌های سرم) یا برونزا(مثل استفاده طولانی مدت از قرص‌های جلوگیری از بارداری یا هورمون جایگزین در زنان یائسه) جزء عوامل خطرزای سرطان پستان شناخته شده‌اند(۱۰، ۱۱و ۱۲).

شیردهی باعث کاهش خطر می‌شود، بخصوص اگر مدت زمان آن طولانی باشد(۸). توزیع بروز بیماری در گروه‌های مختلف سنی بین زنان ایرانی و غربی متفاوت است. تحقیقات حاکی از آن است که میانگین سن ابتلا در کشورهای غربی حدود ۵۵ سال است که این میانگین در ایران حدود ۱۰ سال پائین‌تر از کشورهای غربی است (۱۳و۱۴).

امروزه از موضوعات قابل بحث در تحقیقات بالینی، ارزیابی کیفیت زندگی است(۱۵) که شامل درجه احساس اشخاص از توانایی‌هایشان در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی است(۱۶). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند؛ درک هر فرد از وضعیت زندگیش با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط آن با اهداف، انتظارات استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد(۱۷).

سرطان بر کیفیت زندگی بیماران در درجات مختلف تاثیر می‌گذارد. عمده مسائل و مشکلاتی که به طور معمول، کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، شامل: آثار روانی و عاطفی ناشی از ابتلا به بیماری، اقدامات تشخیصی و درمانی، استرس، درد، افسردگی و آثار بیماری بر روابط خانوادگی، زناشویی، اجتماعی، مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری، مسائل تغذیه‌ای و عوارض ناشی از درمان است(۵، ۱۸ و ۱۹).

حسن پور(۲۰۰۶) در مطالعه خود که بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به انواع مختلف سرطان‌ها انجام داده، نشان داد که ۳۴٪ بیماران تحت بررسی کیفیت زندگی مطلوبی نداشته‌اند(۳).

براساس یافته‌های زیلیچ(۲۰۰۲)، تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند راه حل‌های جدیدی پیش روی کارکنان درمانی قرار دهد تا به بیماران کمک



[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19 ]

[ DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.4.4 ]

کنند که به طور مستقل قادر به اداره امور زندگی خود در شرایط بحرانی و غیر بحرانی باشند(۲۰).

بهبود کیفیت زندگی در بیماران سرطانی هدف اولیه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. از وظایف مهم تیم مراقبت سلامت، به حداکثر رساندن توانایی‌های شغلی و بهبود وضعیت عملکردی مبتلایان و ارتقا کیفیت زندگی است(۲۱).

لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی در ابعاد مختلف و ارتباط آن با برخی از متغییرهای فردی و باروری طراحی و اجرا گردید تا با شناسایی وضعیت موجود کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان، برنامه‌های مداخله‌ای- مراقبتی موثر در ارتقا سلامت این قشر که نقش حساس و مهم در خانواده و اجتماع را دارند تنظیم و ارائه گردد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی(توصیفی- تحلیلی) است که به منظور تعیین کیفیت زندگی و برخی از فاکتورهای خطر سرطان پستان در مبتلایان به سرطان پستان تحت درمان اجوانت(شیمی درمانی- رادیوتراپی) مراجعه کننده به مرکز تحقیقاتی درمانی سرطان امید ارومیه انجام گرفته است. روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس بود.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سه قسمتی، که بخش اول آن شامل اطلاعات فردی- اجتماعی و اطلاعات باروری، بخش دوم فاکتورهای خطر در سرطان پستان و بخش سوم پرسشنامه استاندارد EORTC QLQ--3 C30(۲۲) متعلق به سازمان اروپایی تحقیقات و درمان که جهت بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان استفاده می‌شود که دارای ۳۰ سؤال در ۵ مقیاس عملکردی شامل: جسمانی(۵سوال)، ایفای نقش(۲سوال)، احساسی(۲سوال)، شناختی(۴سوال)، اجتماعی(۲ سوال) و ۹ حیطه علائم (خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، اختلال خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات مالی) و حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. جهت تعیین کیفیت زندگی داده‌ها پس از تجزیه و تحلیل به سه طبقه خوب(امتیاز بالای ۷۵٪)، نسبتاً خوب(۷۵-۵۰٪) و ضعیف(کمتر از ۵۰٪) تقسیم بندی شدند. نمره بالاتر در حیطه‌های عملکردی و نمره کلی کیفیت زندگی نشانگر وضعیت بهتر فرد در مورد آن حیطه ولی در حیطه علائم نمره بالاتر نشانه بیشتر بودن علائم و مشکلات بیماری در فرد است. نسخه فارسی این پرسشنامه را انجمن اروپایی تحقیق و درمان سرطان (European organization for research andtreatment of cancer) به عنوان ابزاری روا و پایا تائید کرده است(۱۹). در اندازه‌گیری پایایی مقدار ضریب آلفای کرونباخ در مورد مقیاس‌های چند گزینه‌ای، در پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان($QLQ-C_{30}$)، از ۹۵-۴۸ در صد متغییر است(۱۶).

روایی و پایایی پرسشنامه QLQ-C30 توسط آقابراری، منتظری و صفایی مورد ارزیابی قرار گرفته که از روایی و پایایی مناسبی(۹۳٪-۷۶٪) برخوردار بوده است(۵، ۲۳ و ۲۴).

پژوهشگر در ابتدا ضمن معرفی و بیان اهداف، رضایت مددجویان را به صورت شفاهی اخذ نموده و سپس کیفیت زندگی، اطلاعات دموگرافیک و باروری مددجویان بر اساس پرسشنامه سنجیده و به تمامی پرسش شوندگان توضیحات لازم در خصوص اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان خروج از طرح بدون محدودیت در هر زمانی داده‌اند.

اطلاعات ۵۶ بیمار مبتلا به سرطان پستان شناخته شده، تحت شیمی درمانی- رادیوتراپی که در نیمه دوم سال ۱۳۸۷ به بیمارستان امید مراجعه داشتن به صورت مصاحبه جمع آوری شده است.

داده‌های جمع آوری شده به وسیله نرم افزار spss-16 و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی($x^2$ و من- ویتنی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. p کمتر یا مساوی ۰/۰۵ از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردید.

## نتایج

یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که بیشترین افراد (۴۴.۶٪) بالای ۴۶ سال سن داشتند و حدود(۱۶٪) از افراد زیر ۳۵ سال سن بودند(۹۶.۴٪) افراد مونث و (۹۱.۱٪) متاهل و (۷۶.۸٪) خانه‌دار و از نظر تحصیلات(۳۶.۹٪) سواد خواندن و نوشتن داشتند.

بررسی اطلاعات باروری نمونه‌های پژوهش نشان داد که (۳۷.۵٪) زیر ۱۶ سال ازدواج کرده و در(۵۵.۴٪) افراد سن قاعدگی زیر ۱۴ سال و (۸۳.۹٪) سابقه حاملگی مثبت داشته که در(۳۳.۹٪) سن اولین حاملگی ۲۱-۲۵ سال و



[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19 ]

[ DOR: 20.1.1.17359406.1391.5.4.4.4 ]

(۴۶.۴٪) حداقل ۳-۱ فرزند و در(۴۶.۴٪) افراد سابقه مصرف قرص‌های ضد بارداری مثبت بوده است(جدول شماره ۱).

جهت بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک (سن، وضعیت تاهل، سواد، سن اولین قاعدگی، سن ازدواج، سابقه حاملگی و تعداد حاملگی) با کیفیت کلی زندگی از آزمون آماری $x^2$ استفاده شد که هیچ ارتباط معنی‌دار آماری دیده نشد(جدول شماره ۱).

بررسی فاکتورهای خطر در سرطان پستان نشان داد که ۱۴ نفر(۲۵٪) افراد سابقه خانوادگی مثبت سرطان داشتند و ۶ نفر(۰.۷٪) فرزندی نداشتند.

بررسی کیفیت کلی زندگی در مبتلایان به کانسر پستان در طی درمان نشان دهنده کیفیت خوب در۴۰ (۷۱.۴٪) بیماران، نسبتاً خوب در ۱۵(۲۶.۸٪) و نامناسب در ۱ (۱.۸٪) است. وضعیت اقتصادی مهم‌ترین دغدغه بیماران و موثر در کیفیت زندگی و ایفای نقش ایشان دارد. خستگی شایع‌ترین عارضه بیماری و ناشی از درمان بیماری در مبتلایان به کانسر پستان(۱۸.۷۳±۵۲.۵۱) بود. تنگی نفس(۳۴.۵±۵۱.۳۴) کاهش اشتها(۲۳.۳۴±۴۹.۱۱)، درد (۳۲.۵±۴۸.۴۴)، اختلال خواب(۲۱.۶۳±۴۰.۶۳)، تهوع و استفراغ(۱۲.۹±۳۳.۳۶)، اسهال(۱۲.۶۱±۳۰.۸) و نهایتاً یبوست با میانگین و انحراف معیار(۱۲.۹۹±۲۹.۹۱) به ترتیب علائمی هستند که بیماران از آنان شاکی بودند (جدول شماره ۲).

بررسی حیطه‌های عملکردی مبتلایان به کانسر پستان در طی درمان نشان دهنده آن است که ضعیف‌ترین عملکرد در حیطه شناختی۱۵ (۸.۹٪) و بهترین عملکرد در حیطه جسمانی ۳۵ (۶۲.۵٪) بود. عملکرد مربوط به حیطه جسمانی در (۶۲.۵٪)، عملکرد در حیطه ایفای نقش (۵۳.۶٪)، عملکرد در حیطه احساسی(هیجانی) (۵۸.۹٪)، عملکرد در حیطه شناختی(۵۱.۸٪) و عملکرد مربوط به حیطه اجتماعی(۶۰.۷٪) در بیماران مبتلا به کانسر پستان خوب بود(جدول شماره ۳).

کیفیت زندگی در افراد دارای فرزند در ۳۱ مورد(۶۶٪) خوب بود که نشان دهنده اثر نقش حمایتی خانواده و اجتماع در بروز علائم جسمی و روانی می‌تواند باشد. بررسی ارتباط بین علائم و کیفیت زندگی در آزمون من-ویتنی نشان داد که نداشتن فرزند با احساس درد (p= 0/07) و با خستگی(p=0/05)، استفراغ (p= 0/06) ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

در پژوهش حاضر بین نداشتن فرزند با علائمی چون درد، خستگی، تهوع و استفراغ و عملکرد هیجانی ارتباط دیده شد که نشان دهنده اثر نقش حمایتی خانواده و اجتماع در بروز علائم جسمی و روانی می‌تواند باشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

بیشتر افراد مورد مطالعه حاضر بالای ۴۶ سال سن داشتند ولی حدود ۱۶٪ زیر ۳۵ سال بودند که با مطالعات زیادی چون پورکیانی و همکاران، سالاتی و همکاران، بختیاری و همکاران و Dabashi و همکاران هم‌خوانی دارد(۱، ۲۵، ۲۶ و۲۷) ولی در مطالعات شارون و گیوردانو سن بروز این بیماری ۶۲ سال بوده است(۲۸).

بررسی فاکتورهای خطر در بروز سرطان پستان نداشتن فرزند، سابقه خانوادگی مثبت سرطان پستان مطرح شد که این یافته با مطالعات یاوری همکاران، کشفی مطابقت دارد(۱۰، ۱۲،۲۷ و ۲۹).

در مطالعات آقابراری و همکاران و احمدی هیچ ارتباط معنی‌دار آماری بین اطلاعات دموگرافیک و ابعاد کیفیت زندگی دیده نشد در مطالعه حاضر نیز موید همین مسئله هست(۳۰، ۳۱ و ۳۲).

یکی از ریسک فاکتورهای مهم در بروز سرطان پستان شروع قاعدگی در سنین پائین است. در این مطالعه ۵۵/۴٪ قاعدگی زیر ۱۴سال داشتند که مطالعه مکاریان و همکاران نشان داد منارک زیر ۱۴ سال۵۰٪ ریسک بیشتری برای ایجاد سرطان پستان نسبت به کسانی که سن قاعدگی آنها ۱۵ سال یا بیشتر است، دارد(۳۳).

یافته‌های این مطالعه حاکی از مطلوب بودن عملکرد افراد در بعد جسمی است که مطالعات تباری و همکاران، دهکردی و همکاران موید این موضوع است(۳ و ۱۹).



[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19 ]

[ DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.4.4 ]

**جدول۱: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی برحسب مشخصه‌های دموگرافیک- باروری در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان پستان به مرکز تحقیقاتی- درمانی امید**

| اطلاعات دموگرافیک- باروری | تعداد (٪) | آزمون کای دو |
|---|---|---|
| **سن** | | |
| ≤۲۴ | ۲ (۳.۶) | |
| ۲۵-۳۵ | (۱۲.۷)۷ | p=۰.۶۵۹ |
| ۳۶-۴۶ | (۳۸.۲)۲۱ | |
| >۴۶ | (۴۵.۵)۲۶ | |
| **جنس** | | |
| زن | (۹۶.۴)۵۴ | p=۰.۶۱ |
| مرد | (۳.۶)۲ | |
| **تحصیلات** | | |
| بی‌سواد | (۱۹.۶)۱۱ | |
| خواندن- نوشتن | (۳۳.۹)۱۹ | p=۰.۵۴۸ |
| راهنمایی | (۱۷.۹)۱۰ | |
| دبیرستان و بالاتر | (۲۵)۱۴ | |
| نامشخص | (۳.۶)۲ | |
| **شغل** | | |
| خانه دار | (۷۸.۶)۴۴ | - |
| شاغل | (۱۷.۹)۱۰ | |
| نامشخص | (۳.۶)۲ | |
| **وضعیت تاهل** | | |
| متاهل | (۹۲.۷)۵۱ | p=۱ |
| مجرد | (۷.۳)۴ | |
| **سن منارک** | | |
| ≤۱۴ | (۶۲)۳۱ | |
| ۱۵-۲۰ | (۳۶)۱۸ | p=۰.۷۸۸ |
| ≥۲۰ | (۲)۱ | |
| **سن ازدواج** | | |
| ≤۱۶ | (۲۸.۸)۱۵ | |
| ۱۷-۲۰ | (۴۰.۴)۲۱ | p=۰.۹۲۹ |
| ۲۱-۲۵ | (۱۵.۴)۸ | |
| ≥۲۶ | (۱۵.۴)۸ | |
| **سن اولین حاملگی** | | |
| ≤۱۶ | (۱۰.۷)۶ | |
| ۱۷-۲۰ | (۲۸.۶)۱۶ | - |
| ۲۱-۲۵ | (۳۳.۹)۱۹ | |
| ≥۲۶ | (۱۲.۵)۷ | |
| نامشخص | (۱۴.۳)۸ | |
| **سابقه بارداری** | | |
| بله | (۸۳.۹)۴۷ | p=۰.۵۵ |
| خیر | (۷.۱)۴ | |
| نامشخص | (۸.۹)۵ | |
| **تعداد بارداری** | | |
| ۱-۳ | (۴۶.۴)۲۹ | |
| >۳ | (۴۱.۴)۲۳ | p=۰.۰۹ |
| نامشخص | (۱۲.۵)۷ | |
| **تعداد زایمان** | | |
| ۰ | (۳.۶)۲ | |
| ۱-۳ | (۴۴.۶)۲۵ | - |
| >۳ | (۳۹.۳)۲۲ | |
| نامشخص | (۱۲.۵)۷ | |

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19 ]

[ DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.4.4 ]

**جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار علائم کیفیت زندگی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان پستان به مرکز تحقیقاتی درمانی امید**

| علائم | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|
| خستگی | ۵۲/۵۱ | ۱۸/۷۲ |
| تهوع و استفراغ | ۳۳/۲۶ | ۱۲/۹۰ |
| درد | ۴۸/۴۴ | ۲۲/۵۰ |
| تنگی نفس | ۵۱/۳۴ | ۲۴/۵۰ |
| اختلال خواب | ۴۰/۶۳ | ۲۱/۶۲ |
| کاهش اشتها | ۴۹/۱۱ | ۲۳/۳۴ |
| یبوست | ۲۹/۹۱ | ۱۲/۹۹ |
| اسهال | ۳۰/۸۰ | ۱۲/۶۱ |
| وضعیت اقتصادی | ۷۲/۷۷ | ۲۷/۹۱ |

**جدول شماره۳: بررسی وضعیت کیفیت زندگی در حیطه های مختلف عملکردی در مراجعین به مرکز امید ارومیه**

| عملکرد کیفیت زندگی | خوب | نسبتا خوب | ضعیف | جمع |
|---|---|---|---|---|
| جسمانی | ٪۶۲.۵)۳۵) | (۳۲.۱)۱۸ | ٪۵.۴)۳) | ٪۱۰۰)۵۶) |
| ایفای نقش | ٪۵۳.۶)۳۰) | ٪۲۶.۸)۱۵) | ٪۱۹.۶)۱۱) | ٪۱۰۰)۵۶) |
| احساسی (هیجانی) | ٪۵۸.۹)۳۳) | ٪۲۶.۸)۱۵) | ٪۱۴.۳)۸) | ٪۱۰۰)۵۶) |
| شناختی | ٪۵۱.۸)۲۹) | ٪۲۱.۴)۱۲) | ٪۸.۹) ۱۵ | ٪۱۰۰)۵۶) |
| اجتماعی | ٪۶۰.۷)۳۴) | ٪۳۰.۴ )۱۷) | ٪۸.۹)۵) | ٪۱۰۰)۵۶) |
| کیفیت کلی زندگی | ٪۷۱.۴)۴۰) | ٪۲۶.۸)۱۵) | ٪۱.۸)۱) | ٪۱۰۰)۵۶) |



[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19 ]

[ DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.4.4 ]

نتایج نشان داد که سرطان پستان بیشترین تاثیر منفی را در حیطه‌های عملکردی اجتماعی، هیجانی و ایفای نقش افراد داشته است که این یافته با یافته‌های سایر مطالعات از جمله حسن‌پور و همکاران، مردانی حموله و همکاران، سالاتی و همکاران، ملکیان و همکاران دارد(۳، ۲۱، ۲۵ و ۳۴).

در پژوهش حاضر بین نداشتن فرزند با علائمی چون درد، خستگی، تهوع، استفراغ و عملکرد هیجانی ارتباط دیده شد که نشان دهنده اثر نقش حمایتی خانواده و اجتماع در بروز علائم جسمی و روانی و اثر وجود فرزند در ایجاد امید به زندگی بیماران است، پژوهش تباری و همکاران Bartoces و همکاران نیز نیز موید این مطلب است(۱۷ و ۳۵). گذشت زمان و مداخلات سایکو- انکولوژی یکی از مسائل مهم در سازگاری این بیماران است(۱۹و۳۶).

خستگی اثرات منفی عمیقی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان داشته(۳۷ و ۳۸) و تداخلات بزرگی با عملکرد مبتلایان ایجاد می‌کند(۳۹). خستگی علامت شایعی است که توسط مبتلایان به سرطان تجربه می‌شود و با شیوعی نزدیک به ۱۰۰-۶۰٪ با توجه به نوع سرطان، مرحله و نوع درمان‌های تجویز شده گزارش شده است(۴۰). در پژوهش حاضر نیز ۱۸.۱۳±۵۲.۵۱ بیشترین نمره را کسب کرده بودند و امتیاز بالا در حیطه‌های علائم کیفیت زندگی نشانه مشکل‌دار بودن آن است.

تلاش جهت ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان به عنوان یکی از نتایج مهم درمانی در اونکولوژی زنان باعث شده است که در سال‌های اخیر توجه بیشتری به شناسایی ابعاد مختلف زندگی و یافتن راه‌های موثر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران شود از محدودیت‌های پژوهش حاضر تعداد کم نمونه مورد مطالعه و عدم دسترسی گسترده به مددجویان بود.

## پیشنهادات

ارائه حمایت‌های عاطفی و اجتماعی از سوی اعضای خانواده بیمار و تیم درمان می‌تواند تا حدودی از فشارهای روحی-روانی ناشی از فرایند تشخیص و درمان سرطان پستان در مبتلایان بکاهد. با انجام برنامه‌های مشاوره‌ای و مداخله‌ای مناسب(آموزش روش‌های تن آرامی، فعالیت‌های جسمی مناسب، رژیم غذایی مناسب، برقراری الگوی خواب مناسب، آرام سازی و کنترل استرس و ...) می‌توان کیفیت زندگی مبتلایان را ارتقا بخشید.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاران محترم حوزه معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و همکاران شاغل در مرکز تحقیقاتی- درمانی بیماران سرطانی امید که در انجام پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

1. Poorkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh A, Jafari P, Sadeghi M, Dejbakhsh T, MohammadianPanah M. Does a rehabilitation program improve quality of life in breast cancer patients. Payesh 2010; 9(1): 61-8.

2. Hosseini M, Hassannejad R, Khademolghorani SH, Tabatabaeian M, Mokarian F. Identification of Patterns of Breast Cancer Metastasis among WomenReferred to Isfahan Seyedoshohada Center, Iran, between 1999 and2009 by Association Rules and OrdinalLogistic Regression.Scintific research jurnal of Health system research (HSR) 2012; 7(6):746-62.

3. HasanpoorDehkordi A, Azari S. Quality of lifeand related factor in cancer patients. Behbood 2006; 10(2):110-19.

4. Saki A, Hajizadeh E, Tehranian N. Evaluating the Risk Factors of Breast Cancer Using the Analysis of Tree Models.Ofogh-e-Danesh; Journal of Gonabad University of Medical Sciences 2011; 17(2):60-9.

5. Safaee A, Zeighami B, Tabatabaee HR, MoghimiDehkordi B. Quality of life and Related Factors in Breast Cancer Patients under Chemotherapy. Iranian Journal of Epidemiology 2008: 3(4):61-6.

6. Iranian Annual of National Cancer Registration Report 2004, ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN Ministry of Health



[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19 ]
[ DOR: 20.1.1.17359406.1391.5.4.4.4 ]

and Medical Education Health Deput, Center for Disease Control Noncommunicable Deputy Cancer Control Office.

7. Aghabarari M, Ahamadi F, Mohammadi E, Hajizadeh E, Farahania V. Physical, emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy. Iranian Journal of Nursing research 2005; 3:55-65.

8. Shishegar A. New breast cancer screening Journal of Army University of Medical Sciences of TheI. R. Iran 2011:9(1):58-66.

9. Lamyian M, Heidarnia AR, Ahmadi F, Faghihzadeh S, AguilarVafaie M. Women's prospect of breast cancer early detection behavior: a qualitative research. JBUMS 2008; 15(3): 88-102.

10. Kashfi F, Nikoofar A, Mohammadi R. Fertility risk factors causing breast cancer. Journal of Reproduction and Infertility 2002; 3(1): 38-45.

11. Ebrahimi M, Vahdaninia M, Montazeri A. Risk factors for breast cancer in Iran: a case control study. Breast cancer research 2002; 4(5):1-4.

12. Yavari P, Mosavizadeh MA, Sadrolhefaz I, B Khodabakhshi R, Madani H, Mehrabi Y. Reproductive Characteristics and the Risk of Breast Cancer: A Case-Control Study. Iranian Journal of Epidemiology 2006; 1(2): 11-9.

13. Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahen AJ. Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. Asian Pac J Cancer Prev 2004; 5(1): 24-7.

14. Akbarzadeh M, Zangiabadi M, Moattari M, Tabatabaei H. Comparing the Effect of Teaching Breast Self-Examination by Peersand Health Care Personnel on Students Knowledge and Attitude. Iranian Journal of Medical Education 2008 Aut& 2009 Win; 8(2): 195-202.

15. Heravi-Karimi M, Poor- Dehghan M. The examining effective of group counseling program to quality of life breast cancer patients. Jou of Danesh 2006; 13(62): 69-78.

16. Donald A. What is quality of life? 2001. Availableat: www.jr2.ox.ac.uk

17. Tabari F, ZakeriMoghadam M, Bahrani N, Monjamed Z. Evaluation of the Quality of Life in newly Recognized Cancer Patients. HAYAT 2007; 13(2): 5-12.

18. Shakeri J, AbdoliN, Paianda M , Chareh-Ga G. The freque ncy disribution of depression among patients with breast cancer in kermaneshah u.m.s chemotherapy centers in 2007. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2009; 27(3): 324-8.

19. Safaee A, Moghimi-Dehkordi B, Zeighami B, Tabatabaee HR, Pourhoseingholi MA. Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. Indian Journal of Cancer 2008; 45 (3):107-11.

20. Zillich AJ, Blumenschein K, Johannesson M, Freeman P. Assessment of the relationship betweenmeasures of disease severity, quality of life, and willingness to pay in asthma. Pharmacoeconomics 2002; 20(4): 257-65.

21. MardaniHamule M, ShahrakyVahed A. The Assessment of Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences 2009; 16(2): 33-8.

22. EORTC QLQ-C30 (version 3) Copyright 1995 EORTC Quality of Life Group. All rights reserved. Version 3.0.

23. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The EuropeanOrganization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQC30): translation and validation study of the Iranian version. Support Care Cancer 1999; 7(6):400-6.

24. Safaee A, Dehkordi BM. Validation Study of a Quality of Life (QOL) questionnaire for use in Iran. Asian Pac J Cancer Prev 2007; 8:543-6.

25. Salati M, Brunelli A, Xiumè F, Refai M,Sabbatini A. [Quality of life in the elderly aftermajor lung resection for lung cancer]. InteractCardiovascThoracSurg 2009; 8(1):79-83.

26. Bakhtiyari A, Hajiahmadi M. 5 Year Assessment of Breast Cancer at Rajaii Hospital, Babolsar (1991-1996). The Iranian Jouenal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2006; 9 (1): 47-52.



[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19 ]

[ DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.4.4.4 ]

27. Dubashi B, Vidhubala E, Cyriac S, Sagart G. Quality of life a mong young women with breast cancer: study from a tertiary cancer institute in south India . Indian journal of cancer 2010; 47(2): 142-7.

28. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma in men: a population-based study. Cancer 2004; 101(1):51-7.

29. Palmer JR. Inducted and spontaneous abortionin relation to risk of breast cancer. Cancer causescontrol 1997; 8(6): 841-9.

30. Agha barari M, Ahmadi F, Mohammadi E, Hagizadeh E, Varvarani A. Physical, Emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy. IJNR 2007; 1(3): 55-65.

31. Ahmadi F. Series of educational workshops on medical science. Qualitative research. 1st ed. Tehran: Tarbiat Modares University 2003; 25-30.

32. Thorsen L, Skovlund E, Strømme SB, Hornslien K, Dahl AA, Fossa SD. Effectiveness of physical activity on cardiorespiratory fitness and health-related quality of life in young and middleaged cancer patients shortly after chemotherapy. J ClinOncol 2005; 23(10): 2378-88.

۳۳. مکاریان ف، مجتبوی نائینی م. بررسی سن شروع قاعدگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. اولین کنگره سراسری تحقیقات سرطان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۱۳۸۰؛ ۱۲ (۱): ۳۱۷.

34. Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. Anxiety and depression in cancer patients. Journal of Research in Behavioral Sciences 2007; 5(2):115-8.

35. Bartoces MG, Severson RK, Rusin BA,Schwartz KL, Ruterbusch JJ, et al. Quality of life and self-esteem of long-term survivors ofinvasive and noninvasive cervical cancer. J Womens Health (Larchmt) 2009; 18(5):655-61.

36. Holzer B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R, Rdschweigkofler H, Dunser M, Margreiter R, Fleischhacker WW, Unterweger BS. Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for long-term survivors?. Psychosomatics 2001; 42(2):117-23.

37. Safaee A, Tabatabaee S, Moghimi-Dehkordi B, Zeighami B. Cancer-related fatigue in breast cancer patients under chemotherapy. Koomesh 2010; 11(4): 317-22.

38. AdamsenL, Midtgaard J, Andersen C, Quist M, Moeller T, Roerth M. Transforming the nature of fatigue through exercise: qualitative findings from a multidimensional exercise programme in cancer patients undergoing chemotherapy. European Journal of Cancer Care 2004; 13(4): 362-70.

39.Ottoshirly E. Oncology nursing. 4thed. mosby. London. Philadelphia 2001:113-50.

40. Ream E, Richardson A, Alexander-Dann C. Facilitating patients' coping with fatigue duringchemotherapy-pilot outcomes. Cancer Nurs 2002; 25(4): 300-8.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-19 ]

[ DOR: 20.1.1.17359406.1391.5.4.4.4 ]