مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال ششم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۲

کیفیت زندگی، درد و پذیرندگی درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل ۲ و ۱ در استان چهارمحال و بختیاری

سیده محبوبه حسینی*: دانش آموخته کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

برزو خالدی فر: متخصص جراحی عمومی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

چکیده

مقدمه: سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین نوع سرطان و دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان است. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی کیفیت زندگی، درد (درد پستان و زیر بغل و دست در سمت مبتلا) و پذیرش درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان (در مراحل ۲ و ۱ ابتلا به بیماری) انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۲۹ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان (که در مراحل ۲ و ۱ بیماری بوده‌اند، سابقه انجام ماستکتومی داشتند و در حال حاضر در حال دریافت شیمی درمانی بوده‌اند بطوری‌که حداقل ۲۰ جلسه از شیمی درمانی آنها باقی مانده بود) که به بیمارستان کاشانی شهرکرد در سال‌های ۹۱-۸۹ مراجعه کرده بودند، از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند انجام شده است. داده‌ها توسط پرسشنامه کیفیت زندگی فرنس و پاورز، چک لیست سنجش میزان پذیرندگی درمان، پرسشنامه دموگرافیک و مقیاس بصری سنجش درد جمع آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که از نظر کیفیت زندگی ۳۴/۵٪ افراد مورد بررسی ضعیف، ۴۱/۴٪ متوسط و ۲۴/۱٪ در سطح خوب بودند. به عبارت دیگر فقط تعداد کمی از افراد کیفیت زندگی خوبی داشتند. همچنین ۴۸/۳٪ بیماران به طور متوسط و ۲۷/۶٪ در حد قابل قبولی درمان‌های خود را پیگیری می‌کردند، که این خود به کاهش کیفیت زندگی کمک می‌نماید. ۶۹٪ بیماران درد خود را در حد زیاد، ۲۰/۷٪ در حد متوسط و ۱۰/۳٪ درد کمی را گزارش کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این مطالعه، اکثریت افراد مورد مطالعه ۷۶٪ کیفیت زندگی متوسط رو به پایین داشتند و اکثرا درمان‌های خود را به طور منظمی پیگیری نمی‌کردند. درد موضعی اغلب این بیماران در حد زیادی گزارش شده است.

از آنجایی‌که این مقاله از دل یک مطالعه مداخله‌ای بیرون آمده است، به این نتیجه رسیده‌ایم که علاوه بر درمان‌های دارویی، از درمان‌های غیردارویی (درمان‌های شناختی، اجتماع محور و روان درمانی) نیز به طور گسترده‌ای در افزایش رفتارهای پذیرندگی درمان و ارتقاء کیفیت زندگی استفاده می‌شود. بطوری‌که حمایت اجتماعی، تیم درمانی، افزایش ارتباطات و آگاهی نیز در این امر مؤثر واقع می‌شوند.

واژه‌های کلیدی: پذیرندگی درمان، درد، سرطان پستان،کیفیت زندگی.

* نشانی نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی شهرکرد، سیده محبوبه حسینی.

نشانی الکترونیک: mahboobehosseini42@gmail.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.4.6.3]

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان سراسر دنیا و علت عمده مرگ‌های ناشی از سرطان در زنان است. بالاترین میزان بروز سرطان پستان در آمریکا و اروپای شمالی و کمترین میزان بروز مربوط به زنان آسیایی و آفریقایی است (۱). بر اساس آمار سازمان بهداشت آمریکا، در جهان سالانه بیش از ۱/۶ میلیون مورد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می‌شود که این رقم معادل ۱۰٪ کل موارد جدید سرطان و ۲۳٪ از کل سرطان‌های زنان است. تخمین زده می‌شود که در حال حاضر حدود ۴/۴ میلیون زن در جهان زندگی می‌کنند که در طی ۵ سال گذشته سرطان پستان در آنها تشخیص داده شده است (۲). میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت زنان در جهان ۳۸/۹، در کشورهای پیشرفته ۸۶/۴ نفر و در کشورهای کمتر توسعه‌یافته ۲۷/۳ نفر است (۳). میزان بروز این بیماری در کشورهای توسعه یافته سالانه ۱ تا۲ درصد و در کشورهای کمتر توسعه یافته هر سال تا حدود ۵٪ افزایش می‌یابد (۲). در ایران، سرطان پستان ۲۳٪ موارد سرطان در بین زنان را تشکیل می‌شود و شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی است (۳). این بیماری روند طولانی را طی می‌نماید، به عبارتی یک بیماری مزمن است. بنابراین نیازمند درمان‌های مختلف در دوره‌های دراز مدت است. عدم پذیرش رژیم دارویی، باعث کُند شدن روند درمان و بهبودی، کاهش پتانسیل سلامتی و پایین آمدن کیفیت زندگی خواهد شد و حتی گاهی اوقات مرگ زودرس و بستری مجدد را نیز به دنبال دارد. پذیرندگی درمان را می‌توان به صورت درجه مشابه بودن مصرف دارو توسط بیمار با دستورات داده شده تعریف نمود (۴). اگرچه جراحی، شیمی‌درمانی، پرتو درمانی و هورمون درمانی به عنوان رایج‌ترین روش‌های مورد استفاده در درمان سرطان پستان، میزان بقای این افراد را افزایش داده‌اند (۵ و ۶) اما این روش‌های درمانی به نوبه خود سبب بروز عوارض جانبی کوتاه و بلندمدت در این بیماران می‌شود. عدم کنترل مناسب این عوارض سبب تشدید اثرات منفی برکیفیت زندگی بیماران شده و ممکن است هر نوع مزیتی از این افزایش بقا را به دلیل افزایش هزینه‌های عوارض جانبی خنثی نماید (۸-۶). یکی از این عوارض جانبی درد است. مطالعات نشان داده‌اند که درد اقدامات پزشکی و دردهای مرتبط با درمان برای این دسته از بیماران مشکل بزرگتری است تا خود بیماری (۹). در این بیماران پس از انجام هرگونه جراحی از جمله برداشتن توده، رزکسیون غدد لنفاوی، برداشتن قسمتی از سینه و یا ماستکتومی کامل، در محل انجام جراحی درد شدیدی وجود دارد که ناشی از برش جراحی، استفاده از کوتر و زدن بخیه در محل برش است. در مراحل شیمی درمانی و اشعه‌درمانی نیز پستان، غدد لنفاوی زیر بغل و دست بیمار در همان سمت مبتلا در ناحیه شانه و بازو دچار ادم و تورم شدید شده و بسیار دردناک است. بطوری‌که گاهی نیازمند درمان‌های تهاجمی و یا استفاده از داروهای مسکن قوی است. با توجه به اینکه بقای زنان مبتلا به سرطان پستان به دلیل پیشرفت در شیوه‌های تشخیصی و درمانی در حال افزایش است (۱۲-۹) ضرورت اتخاذ تدابیری در زمینه کنترل عوارض بیماری و درمان و ارتقای کیفیت زندگی آنان به شدت احساس می‌شود. بر اساس گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در سال ۱۳۸۸ از نظر میزان بروز اختصاصی سنی در سرطان پستان در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت زنان، استان‌های یزد، اصفهان، تهران، خراسان و سمنان به ترتیب در مقام اول تا پنجم قرار دارند. میزان بروز اختصاصی سنی در استان چهارمحال و بختیاری ۲۰/۲۳ است. به طوری‌که در این استان، بیشترین آمار سرطان در زنان، مربوط به سرطان پستان است که به دلیل وضعیت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی و درمانی، بیماری‌شان در اکثر موارد در مراحل پیشرفته تشخیص داده می‌شود و از این پس تا زمان درمان کامل و بهبودی و بازتوانی از نظر جسمانی، روحی، روانی و اجتماعی نیز از امکانات بهداشتی و درمانی و حمایت‌های اجتماعی در حد مطلوب بهره‌مند نمی‌شوند و این خود، کمک بیشتری در جهت سیر نزولی کیفیت زندگی آنها خواهد نمود (۳). برنامه‌ریزی اثربخش جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، نیازمند کشف و درک عمیق ماهیت و عوامل تاثیرگذار بر ابعاد مختلف آن در زندگی مبتلایان به این بیماری است و بدون شناخت دقیق این پدیده در زمینه‌های روانی، فرهنگی و اجتماعی آن نمی‌توان شیوه‌های مناسب را جهت رویارویی با این مشکل بهداشتی اتخاذ نمود. پژوهش

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-15]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.4.6.3]

حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی، درد و پذیرندگی درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان در استان چهارمحال و بختیاری انجام شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به صورت توصیفی تحلیلی بر روی ۲۹ بیمار مبتلا به سرطان پستان در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۸۹ به بیمارستان آیت الله کاشانی شهرکرد مراجعه کرده و در زمان تحقیق تحت شیمی درمانی بودند انجام گرفت. بیماران بر اساس معیار ورود به مطالعه شامل تشخیص سرطان پستان در مراحل ۲ و ۱، داشتن حداقل سواد، تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، سن بین ۶۵ تا ۲۵ سال، سابقه انجام جراحی ماستکتومی، عدم وجود بیماری زمینه‌ای بارزی اعم از بیماری جسمی یا روان‌پزشکی که مانع از انجام تحقیق شود، بروز بدخیمی یا متاستاز در سایر ارگان‌ها و از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از توضیح هدف تحقیق و اخذ رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، کیفیت زندگی بیماران با پرسشنامه کیفیت زندگی فرنس و پوورس (Ferrans & power 's Quality of Life Index) تکمیل شد. این پرسشنامه ۶۶ گویه‌ای از دو قسمت تشکیل می‌شود: قسمت اول شامل رضایت از برخی از حوزه‌های زندگی است و قسمت دوم میزان اهمیت هر حوزه را بر طبق طیف لیکرت محاسبه میکند. نرگس رفیعی (۱۳۸۹) این پرسشنامه را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را محاسبه نمودند. از نظر روایی محتوا براساس بررسی متون، موضوعات مرتبط با کیفیت زندگی و براساس گزارش بیماران از کیفیت زندگی، روایی محتوا به دست آمد، همچنین با استفاده از شاخص روایی محتوا، میزان بالایی از مقبولیت برای این نوع روایی به دست آمد و روایی سازه نیز همبستگی قوی بین امتیازات کل این پرسشنامه و معیار رضایت از زندگی Converse and Campbell، Rodgers وجود دارد (۱۳).

تعیین پایایی به صورت پایلوت بر روی ۲۹ نفر انجام شد. میزان آلفای کرونباخ برای کیفیت زندگی به طور کلی ۰/۹۵۸ در حوزه سلامت ۰/۸۴۳، در حوزه اجتماعی/ اقتصادی ۰/۷۰۷، در حوزه روان‌شناختی/ معنوی ۰/۸۴۷ و در حوزه خانواده ۰/۷۴۳ به دست آمده است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (شامل معیارهایی نظیر سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و وضعیت اجتماعی اقتصادی) بود. همچنین پذیرندگی درمان از طریق چک لیست (نسبت تعداد جلسات مراجعه شده به جلسات توصیه شده و میزان پیروی از رژیم‌های دارویی، غذایی و ورزشی با استفاده از طیف لیکرت) و درد از طریق مقیاس بصری سنجش درد (VAS) سنجیده شدند. VAS پرکاربردترین ابزار سنجش درد در دنیا است. علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این ابزار سادگی استفاده از آن است. این ابزار، یک معیار ۱۰ سانتی‌متری است که طرف چپ آن (صفر) بیانگر نداشتن درد و سمت راست آن (۱۰) بیانگر شدیدترین درد است. کسب نمره ۳ ـ۱ نشانگر درد خفیف، ۷ ـ۴ درد متوسط و ۱۰ ـ۸ نشان دهنده درد شدید است. این ابزار در اکثر کشورهای جهان و همچنین در ایران، روا پایا شده است و با مقیاس مک گیل نیز مقایسه شده است و همبستگی بین این دو بسیار قوی ۸۶٪ =r ذکر گردیده است (۱۴). داده‌های جمع‌آوری شده بوسیله نرم افزار SPSS 19 و آمارهای توصیفی آنالیز شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. بر طبق جدول۱، میانگین سنی افراد نمونه ۴۲/۹۷ سال بود. ۸۶٪ افراد مورد مطالعه متأهل و ۶/۸٪ مجرد و ۶/۸٪ بیوه بوده اند. تحصیلات ۳۷/۹٪ افراد ابتدایی، ۲۷/۶٪ راهنمایی، ۲۴/۱٪ دیپلم و ۱۰/۳٪ دانشگاهی میباشد.۶۹٪ افراد خانه-دار، ۱۳/۸٪ کارمند و ۱۷/۲٪ شغل آزاد داشتند. ۳۵٪ افراد بیش از سه فرزند داشتند. از لحاظ وضعیت اجتماعی اقتصادی ۷۹٪ افراد وضعیت متوسط رو به بالا داشتند.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که در مقیاس سلامت و کارکرد ۴۶/۸٪ افراد مورد مطالعه از کیفیت زندگی ضعیف، ۴۸/۴٪ متوسط و ۱۳/۸٪ از کیفیت زندگی بالا، در مقیاس اجتماعی اقتصادی ۲۷/۶٪ افراد از کیفیت زندگی ضعیف، ۵۱/۷٪ متوسط و ۲۰/۷٪ کیفیت زندگی بالا، در مقیاس روانشناختی معنوی ۳۱٪ افراد از کیفیت زندگی ضعیف، ۴۴/۸٪ متوسط و ۲۴/۱٪ از کیفیت زندگی بالا و در مقیاس خانواده ۲۰/۷٪ افراد از کیفیت زندگی ضعیف،

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.4.6.3]

جدول۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان آیت الله کاشانی شهرکرد

	متغیرهای دموگرافیک	تعداد	درصد
سن	۲۵-۴۰	۱۱	۳۷/۹
	۴۰-۵۵	۱۲	۴۱/۴
	۵۵-۷۰	۶	۲۰/۷
	Mean +SD		۴۲/۹۷±۱۳/۸۴
تأهل	متأهل	۲۵	۸۶
	مجرد	۲	۶/۸
	بیوه	۲	۶/۸
تحصیلات	ابتدایی	۱۱	۳۷/۹
	راهنمایی	۸	۲۷/۶
	دیپلم	۷	۲۴/۱
	دانشگاهی	۳	۱۰/۳
اشتغال	خانه‌دار	۲۰	۶۹
	کارمند	۴	۱۳/۸
	شغل آزاد	۵	۱۷/۲
فرزندان	۰	۳	۱۰/۳
	۱	۱	۳/۴
	۲	۴	۱۳/۸
	۳	۱۰	۳۴/۵
	۴	۶	۲۰/۷
	۵	۵	۱۷/۲
وضعیت اجتماعی اقتصادی	ضعیف	۶	۲۰/۷
	متوسط	۱۸	۶۲/۱
	قوی	۵	۱۷/۲

۶۹٪ متوسط و ۱۰/۳٪ از کیفیت زندگی بالایی برخوردار بودند. به طور کلی کیفیت زندگی ۳۴/۵ واحدهای مورد پژوهش ضعیف، ۴۱/۴ متوسط و ۲۴/۱ خوب است. ۴۸/۳٪ این بیماران به طور متوسط و ۲۷/۶٪ در حد قابل قبولی درمان‌های خود را پیگیری می‌کنند و ۶۹٪ بیماران درد خود را در حد زیاد، ۲۰/۷٪ در حد متوسط و ۱۰/۳٪ درد کمی گزارش داده‌اند. (جدول ۲).

نتایج حاصل از بررسی ارتباط میان ابعاد کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک و متغیرهای اجتماعی و درمانی نیز نشان داد کیفیت زندگی با متغیرهای اشتغال، میزان تحصیلات و پذیرندگی درمان و وضعیت اجتماعی اقتصادی همبستگی مثبت و معنادار و با متغیرهای تأهل، تعداد فرزندان و درد همبستگی معنادار، منفی و معکوس دارد ($p\leq.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر در بررسی ابعاد کیفیت زندگی نتایج نشان می‌دهد در ابعاد سلامت و کارکرد، اجتماعی اقتصادی، روان‌شناختی، معنوی و خانواده به ترتیب ۴۸/۴، ۵۱/۷، ۴۴/۸، ۶۹ درصد واحدهای مورد پژوهش از سطح متوسط برخوردار بودند. ۴۸/۳٪ این بیماران درمان‌های خود را به طور متوسط پیگیری می‌کنند و ۲۷/۶٪ در حد

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-15]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.4.6.3]

جدول ۲: درصد فراوانی متغیرهای کیفیت زندگی، پذیرندگی درمان و درد در واحدهای پژوهش

متغیر	ضعیف	متوسط	شدید
کیفیت زندگی	۳۴/۵	۴۴/۱	۲۴/۱
سلامت و کارکرد	۴۶/۸	۴۸/۴	۱۳/۸
اجتماعی اقتصادی	۲۷/۶	۵۱/۷	۲۱/۷
روان‌شناختی / معنوی	۳۱/۱	۴۴/۸	۲۴/۱
خانواده	۲۰/۷	۹۶	۱۰/۳
پذیرندگی درمان	۲۴/۱	۴۸/۳	۲۷/۶
درد	۱۰/۳	۲۰/۷	۶۹

قابل قبولی از درمان‌های توصیه شده تبعیت می‌کنند. ۶۹٪ بیماران درد خود را در حد زیاد، ۲۰/۷٪ در حد متوسط و ۱۰/۳٪ درد کمی گزارش داده‌اند. در مطالعه نعمت اللهی با عنوان «بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان» نیز مشخص شد، کیفیت زندگی اکثریت افراد (۶۶٪) در حد متوسط بوده است که با نتایج مطالعه حاضر همسو است. صفایی نیز در تحقیقی با عنوان کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، کیفیت زندگی را درحد متوسط ذکر می‌نماید (۱۵) اما در مطالعه مشتاق با عنوان بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر مشهد، کیفیت زندگی در حد ضعیف گزارش شده است (۱۶).

به عبارت دیگر اکثریت بیماران کیفیت زندگی ضعیف و متوسط دارند و فقط تعداد کمی از افراد کیفیت زندگی بالایی دارند. همچنین پذیرندگی درمان و پیروی از رژیم دارویی و درمانی در نیمی از بیماران به طور متوسط است و اکثر بیماران رژیم غذایی و ورزشی را به طور مناسبی رعایت نمی‌کنند که پس از جویا شدن علت این امر از خودشان، بیشترین علت، بی‌اطلاعی از لزوم و چگونگی رعایت اینگونه رژیم‌ها است.

اما پژوهش نورتوس (۱۹۹۹) نشان داد زنان آفریقایی و آمریکایی، کیفیت زندگی نسبتاً بالائی داشتند. به طور کلی خوش بین بودند و عملکرد خانوادگی مؤثر داشتند و علائم فشارهای روحی به طور کلی در آنها بود (۱۷). در مطالعه فریل و همکاران (۱۹۹۷) اکثریت زنان وضعیت روحی متوسط داشتند و فشارهای روحی خود را ناشی از مسائل درمانی می‌دانستند (۱۸). این در حالی است که ساماركو در مطالعه خود در شهر نیویورک و با عنوان دریافت حمایت اجتماعی، بلا تکلیفی و کیفیت زندگی زنان جوان زیر ۵۰ سال مبتلا به سرطان پستان شرکت کننده در مطالعه، کیفیت زندگی آنها را خوب گزارش نموده است. شاید بتوان این تفاوت را به علت تفاوت در زمینه‌های فرهنگی، سن واحدهای پژوهش ابزار جمع آوری داده‌ها و ناهمگون بودن واحدها از نظر مرحله و نوع درمان نسبت داد (۱۹).

بر اساس یافته‌ها و در پاسخ به این سؤال که کدام‌یک از متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی ارتباط دارند، باید گفت: سن با هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری نداشت. تأهل و تعداد فرزندان با بعد سلامت و کارکرد همبستگی معکوس و معناداری دارند که شاید به علت کاهش انرژی، ناامیدی، نگرانی نسبت به آینده و نداشتن فرصت برای رسیدن به آینده دلخواه، ترس از مفید نبودن و ... باشد و باعث شود فرد دچار افت کیفیت زندگی شود.

تحصیلات و اشتغال با کیفیت زندگی به طور کلی و با بعد سلامت و کارکرد و اجتماعی اقتصادی همبستگی مثبت و معنادار دارند. شاید دلیل این رابطه مشغولیت ذهنی و انحراف افکار از بیماری به سمت مسائل دیگر؛ استقلال مالی، روابط اجتماعی، اطلاعات بیشتر و دستیابی به منابع حمایتی و اطلاعاتی بالاتر باشد. این یافته‌ها در مطالعه صفائی، لهتو از فنلاند، هارتل در آلمان و پاندی در هند نیز تائید شده‌اند (۲۳-۲۰). وضعیت اجتماعی اقتصادی با بعد خانواده رابطه معناداری دارد که احتمالا به علت سطح

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.4.6.3]

زندگی، سطح معیشت بالاتر و توانایی در ادامه درمان است.

نورتوس و همکاران در میشیگان در مطالعه خود با عنوان «کیفیت زندگی زنان آفریقایی آمریکایی مبتلا به سرطان پستان» هیچ ارتباط معناداری بین متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، میزان تحصیلات، تأهل، درآمد با کیفیت زندگی مشاهده نکردند (۷). در مطالعه توصیفی تحلیلی سامارکو و در مطالعه اسچولتز و وین استیلا نیز هیچ ارتباط معناداری بین متغیرهای سن و تحصیلات با کیفیت زندگی و ابعاد آن دیده نشد (۲۴).

حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی رابطه معناداری از نظر آماری با کیفیت زندگی و ابعاد آن دارد. شایان ذکر است که شدت این رابطه نیز قابل توجه است. این یافته در تحقیق ملک پور با عنوان تاثیر گروه‌های هم‌یار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان و همچنین تحقیق سامارکو برای بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان هم‌خوانی دارد (۱۸).

میزان پذیرندگی درمان با کیفیت زندگی به طور کلی و ابعاد سلامت و کارکرد و اجتماعی اقتصادی همبستگی مثبت و معناداری دارد. به طوری‌که هر چه میزان پیروی از دستورات درمانی بالاتر باشد، کیفیت زندگی بالاتر است. این یافته نیز در تحقیق ملک‌پور تایید شده است (۲۵). درد با کیفیت زندگی همبستگی معکوس دارد که امری بدیهی و واضح است.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه بیش از هر چیز نیازمند حمایت اجتماعی و عاطفی هستند تا بتوانند فرایند تشخیص و درمان را با تنش کمتری سپری کنند. تشخیص سرطان پستان برای بسیاری از زنان واقعه‌ای ترسناک و مصیبت‌بار است (۲۴). احساس اندوه، اضطراب، گیجی، عصبانیت، ترس از مرگ، عدم آگاهی و ترس از درمان و عوارض آن، عدم اطمینان از بازگشت به وضعیت سلامتی و نیز بروز و تشدید طیف وسیعی از علائم جسمی و روحی در طی شیمی درمانی و پرتو درمانی نظیر تهوع و استفراغ، زخم دهان، ریزش مو، مشکلات پوستی، بی اشتهایی، اسهال و یبوست و کم-خونی، عفونت، خونریزی و اختلالات خواب، درد، اختلالات شناختی، خستگی مزمن و اختلال در عملکرد فیزیکی، روانی و جنسی، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویش به دنبال تغییرات ساختاری ناشی از پروسه‌های درمانی و جراحی، کاهش اعتماد به نفس و احتمال ایجاد مشکلات عاطفی اقتصادی در خانواده از مهم‌ترین عوارض ناشی از تشخیص و درمان سرطان پستان به شمار می‌روند که به شدت کیفیت زندگی بیمار و خانواده را متأثر می‌کنند (۲۵ و ۲۶). ارائه حمایت اجتماعی و عاطفی از سوی خانواده و تیم‌درمانی و گروه‌های هم‌یاری سبب می‌شود اندکی از فشارهای حاصل از فرایند تشخیص و درمان سرطان پستان در مبتلایان کاسته شود (۲۷).

محدودیت‌ها:

۱. این مطالعه برگرفته از یک مطالعه مداخله‌ای است و بنابراین نیازمند مشارکت بیماران در فرایند مداخله بوده‌ایم. اما متاسفانه بیماران به طور منظم در جلسات شرکت نمی‌کردند و از دلایل آنها می‌توان به سرد بودن هوا و ترس از بیمار شدن، تداخل جلسات با جلسه شیمی درمانی آنها در برخی مواقع، استراحت در منزل و یا بستری بودن در بیمارستان اشاره کرد.

۲. سختی کار برای محقق و هزینه زیاد انجام تحقیق یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق است. چرا که به دلیل خاص بودن نمونه انجام این تحقیق مستلزم صرف وقت و انرژی زیادی بوده است.

پیشنهادات:

۱. اگر محقق دیگری بتواند به پرونده‌های این بیماران دسترسی پیدا کند، با بررسی آزمایشات بیمار می‌تواند به طور دقیق‌تری میزان پذیرندگی درمان را بسنجد.

۲. پیشنهاد می‌شود این تحقیق در یک فصل بهتر (بهار یا تابستان) که بیماران محدودیتی در رفت و آمد نداشته باشند، انجام شود.

۳. پیشنهاد می‌شود این تحقیق در نمونه بزرگتری به صورت یک مطالعه توصیفی انجام شود تا به طور قطعی‌تری در مورد کیفیت زندگی این افراد نتیجه-گیری شود.

۴. بیماران مبتلا به سرطان، در زمره بیماران خاص قرار می‌گیرند. علاوه بر بیماری و درد و رنج ناشی از آن و پروسه‌های درمانی مرتبط و هزینه‌های سنگین درمانی، این بیماران از احساس ناامیدی، یأس، افسردگی، ترس

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-15]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.4.6.3]

و رانده شدن رنج می‌برند و نیاز به مصاحبت با افرادی مشابه خودشان دارند. از این‌رو سیاست‌گذاران باید در امر تشکیل انجمن‌ها و NGOها و توسعه شبکه‌های ارتباطی برای بیماران خاص کوشا باشند.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه آقای دکتر برزو خالدی فر و همچنین پرسنل محترم بخش شیمی‌درمانی و بایگانی بیمارستان هاجر و آیت الله کاشانی و همچنین از همکاری صبورانه و صادقانه بیمارانی که مرا در این تحقیق یاری رسانده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Kruk JA, Enein HY. Psychological Stress and The Risk of Breast cancer: A Case-Control study, Cancer Detection and Preventation 2004; 28(4): 399-08.
2. Pan American Health Organization (Regional Office of the World health Organization). Breast Health Global Initiative (BHGI).

۳. گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۸۸، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماری-های غیرواگیر، معاونت اداره سرطان، چاپ اول، تهران: ۱۳۸۸، ۱-۶۸.

٤. بیلان نعمت، غفاری شمسی. بررسی نقش آموزش و پیشگیری منظم در افزایش تبعیت از درمان با کورتون استنشاقی در کودکان مبتلا به آسم پایدار خفیف تا متوسط. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۸۷: ۳۰(۴): ۲۰-۱۷.

5. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth, text Book of Medical Sergical nursing, 10th Ed.
6. Ream E, Richardson A, Dann CA, coping with fathigue during chemotherapy– Pilot Outcomes,Cancer Nursing 2002; 25(4):300-8.
7. Payne JK. The Trajectory of fatigue in adult patient with Breast Cancer and Ovarian cancer Receiving chemotherapy, Oncology Nursing Forum 2002; 29(9): 1334-40.

۸. فرخ‌نیا مریم، فتح آبادی جلیل، شهیدی شهریار. بررسی تاثیر مداخلات شناختی در کاهش شدت درد و تغییرات ایجاد شده در ضربان قلب و سطح اکسیژن خونی،۱۳۹۰؛ ۹(۳):۲۷-۳۴.

9. Brockel JA, Jacobsen PB, Horton J, Balduce L, Lyman GH. Characteristics and correlate of fatigue after Adhavant chemotherapy for Breast cancer, Journal of clinical ancology 1998; 16(1):1689-96.
10. Galvo DA, Newton Ru. Review of exercise intervention studies in cancer patient , Journal of clinical ancology 2005; 23(4): 899-909.
11. Mols F, Vingerhoets Ad JM, Coebergh JW, Poll France LV. Quality of Life among Long- Term Breast Cancer Survivors: A systematic review. European journal of cancer 2005; 41(17): 2613-9.
12. Berger AM, Vonessen S, Kuhn BR, Piper BF, Farr L, Agrawal S, et al. Adherence, sleep and Fatigue outcomes after Adjawment Breast Cancer Chemotherapy, Results of a feasibility Intervention Study: Ancology Nursing Forum 2003; 30(3): 513-22.

۱۳. رفیعی رفیعی نرگس: ۱۳۸۹، ارزیابی پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه شاخص کیفیت زندگی (quality of life index) ، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

۱٤. Cleeland C, Syrjala KL. How to Assess Cancer Pain, In Turk DC, Melzak R (Eds) Hand book of Pain Assessment. New York, The Guilford press1992: 362-87.

۱۵. نعمت اللهی آذر، بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۸۲.

۱۶. اصغری مقدم محمدعلی، کریم‌زاده نرگس، عمارلو پروانه. نقش باورهای مرتبط با درد در سازگاری با بیماری

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.4.6.3]

سرطان، دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار. دانشگاه شاهد، ۱۳۸۴؛ ۱۲ (۱۳).

17. Northouse L, Caffey M, Deichelbohrer L, Schmidt L , Guziatec– Trojuiak L, West S, et al. The Quality of Life of African–American Women with breast Cancer. Research in Nursing and Health 1999; 22(6):449-60.

18. Ferrell B. et al, quality of life in breast cancer. Part II: Bsychological and spiritual well- being cancer nursing 1998; 21: 1-9.

19. Sammarco A. Perceived Social support, uncertainly and Quality of Life Younger Breast Cancer Nursing 2001; 24(3): 212-8.

۲۰. آقابراری مریم، احمدی فضل الله، محمدی عیسی، حاجی‌زاده ابراهیم، وروانی فراهانی عباس: ۱۳۸۵، ابعاد جسمی روحی روانی و اجتماعی کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، پژوهش پرستاری، ۱ (۳): ۶۵-۵۵.

21. Lehto VS, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. Ann oncol 2005; 16(5): 805-16.

22. Pandey M, Thomas BC, SreeRekha P, Ramdas K, Ratheesan K, Parameswaran S, et al. Quality of life determinants in women with breast cancer undergoing treatment with curative intent.World J Surg Oncol 2005; 3: 63-72.

۲۳. صفائی آ، ضیغمی ب، طباطبائی ح، مقیمی ب. کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۱۳۸۶؛۳ (۳و ۴): ۶-۶۱.

24. Schultz AA, Winstead- Fry P. Predictors of Quality of life In Rural Patient with Breast Cancer. Cancer Nursing 2001; 24(1): 12-9.

۲۵. ملک پور افسانه. تاثیر گروه‌های همیار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان ۱۳۹۰.

26. Lukman J. Text book of medical surgical nursing. (Translated by Ebrahimi N). 1St ed.Tehran. Aeejeh 2002; 285- 90.

27. Shell GA, Kirs CH. Psychosocial issues, outcomes and quality of life. In SE Otto. Oncology Nursing 4th ed. St Louis: Mosby an aharcourt health sciences company 2001: 948-70.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-15]

DOR: 20.1001.1.17359406.1392.6.4.6.3]