ارتباط کیفیت زندگی با سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان اصفهان

امیر موسی‌رضائی[1] ، مریم عباسی جبلی[2]

۱. مربی، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره نهم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: سرطان سینه در زمره شایع‌ترین و مخرب‌ترین سرطان‌ها در بین زنان می‌باشد. این بیماران دچار مشکلات زیادی در حیطه سلامت روان می‌شوند که این مشکلات باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان می‌گردد. به همین منظور مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط کیفیت زندگی با سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۵ بر روی ۳۵۲ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی سیدالشهدا (ع) اصفهان انجام شد که با روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (*GHQ-28*) و کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (*SF-36*) بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری *SPSS* نسخه ۱۸ و روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی (آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) و با ضریب اطمینان ۹۹ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، کیفیت زندگی اکثریت (۵۱ درصد) واحدهای مورد پژوهش متوسط (۶۶-۳۴) بود. در زمینه وضعیت سلامت روان مبتلایان، میانگین «اختلال در عملکرد اجتماعی» ۴/۳۰±۹/۷ بود که از سایر حیطه‌ها بیشتر بود. بنابراین سرطان سینه بیشترین اثر را بر عملکرد اجتماعی بیماران گذاشته است. بر اساس نتایج مطالعه در زمینه ارتباط بین ابعاد کیفیت زندگی با حیطه‌های چهارگانه سلامت روان با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون همراه با آزمون آنالیز واریانس نشان داد همبستگی معنی‌داری بین حیطه عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با دو حیطه اضطراب (p=۰/۰۰۱ و r=-۰/۸) و افسردگی (p=۰/۰۰۴ و r=-۰/۶۵) وجود داشت، این در حالی است که حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با سه حیطه اضطراب (p=۰/۰۰۱ و r=-۰/۸)، افسردگی (p=۰/۰۰۲ و r=-۰/۶) و علائم شبه جسمی (p=۰/۰۰۱ و r=-۰/۷) ارتباط آماری معنی‌دار نشان داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، شناخت وخامت مشکلات روانی بیماران مبتلا به سرطان و توجه به ارتقاء کیفیت زندگی آنان، عنایت بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه‌های درمانی تیم بهداشتی به طور جدی‌تر و گسترده‌تر، در سطح بیمارستان‌ها می‌طلبد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت روان، سرطان سینه

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

پست الکترونیکی: *musarezaie@nm.mui.ac.ir*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

امروزه سرطان سینه مهم‌ترین عامل نگران‌کننده سلامتی در زنان است، زیرا شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان بوده و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در میان زنان است (۳-۱). در ایران نیز سرطان سینه به عنوان شایع‌ترین نوع سرطان در زنان شناخته شده (۴) و مطابق با بررسی‌های صورت گرفته ۱۶ درصد تمامی موارد سرطان‌ها را در برمی‌گیرد (۵). سرطان سینه ۲۱/۴ درصد از کل بدخیمی‌های سرطانی در میان زنان را شامل می‌شود، به‌علاوه در مقایسه با سایر کشورهای توسعه یافته، زنان ایرانی یک دهه زودتر به سرطان سینه مبتلا می‌شوند (۳و۶).

هرچند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب الوقوع محسوب نمی‌شود، بسیاری از مطالعات در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی همچون استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده وی می‌شود (۷). در این بین بیماران مبتلا به سرطان سینه اغلب درماندگی روان‌شناختی شدیدی را در زمان آگاهی از ابتلا به سرطان و نیز در تمام طول دوره درمان تجربه می‌کنند. یافته‌ها نشان داده‌اند که درماندگی روان شناختی و آسیب‌های وارده به این بیماران در حوزه سلامت روان با شدت عوارض جانبی ناشی از شیمی‌درمانی و پرتودرمانی همبستگی دارد (۸). در برخی مطالعات شیوع افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به جمعیت عمومی زنان دو برابر تخمین زده می‌شود، شیوع مورد توافق افسردگی در این بیماران در مورد افسردگی شدید ۱۳ درصد و افسردگی خفیف تا ۳۳ درصد است (۹).

از جمله پیامدهای شایع به دنبال سرطان سینه بروز عصبانیت، خشم، افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی، پوچی، کینه توزی و همانند آنها می‌باشد، به‌طوری‌که احتمال بروز اختلالات سلامت روانی در بیماران سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده است (۱۰). اغلب بیماران در پاسخ به تشخیص اولیه دچار شوک و استرس شده و از خود انکار نشان می‌دهند. غلبه این حالت بر بیمار احتمالا یک بحران حاد روانی را به دنبال خواهد داشت (۱۱).

بازخوردهای شناختی ناشی از درماندگی، ناامیدی و برداشت ذهنی فرد در مورد سطح سلامت روان، می‌توانند بر کیفیت زندگی تأثیرات منفی داشته باشند (۱۲). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که شاخص‌های سلامت روان می‌تواند با کاهش شاخص‌های حرمت خود، امیدواری و کیفیت زندگی، از میزان و کیفیت همکاری بیمار با کادر درمانی بکاهد و تبعیت از دستورهای درمانگر را دچار نارسایی جدی کند، همچنین اختلال در سلامت روان با تضعیف سیستم ایمنی بدن، میزان اثر بخشی اقدام‌های درمانگری را کاهش داده و میزان و کیفیت بهبودی را به مخاطره می‌اندازد (۱۳).

سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده ترین و از نظر عاطفی و روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است. در واقع بیشتر افرادی که به سرطان سینه مبتلا می‌شوند، یک دوره فشار روانی را تجربه می‌کنند. در این بین برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که منجر به کاهش کیفیت زندگی، اختلال عملکرد روزانه، پیدایش اضطراب، افسردگی و به‌طورکلی افت سطح سلامت روان می‌شود (۱۴).

گروهی از محققین ایتالیایی با مطالعه مبتلایان به سرطان در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال دریافتند، مهم‌ترین عامل مربوط به سلامت روان که بر کیفیت زندگی آنها اثر داشته است، اضطراب می‌باشد (۱۵). در تحقیق انجام شده توسط *Kissan* و همکاران در زنان مبتلا به سرطان سینه در مؤسسه روانشناسی دانشگاه ملبورن، شیوع افسردگی اساسی ۱۰ درصد، افسردگی مینور ۲۷ درصد و اختلالات اضطرابی ۹ درصد بوده است (۱۶). همچنین مطالعات گسترده حاکی از بالا بودن اختلالات حوزه سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌باشد، برای مثال یافته‌های چندین مطالعه نشان داد حدود ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان سینه دچار افسردگی ماژور بوده‌اند (۱۹-۱۷).

یک رویکرد مهم که در دو دهه گذشته به منظور فهم تأثیر سرطان و درمان‌های آن بر بیماران مورد استفاده قرارگرفته است، بررسی کیفیت زندگی بیماران در طول درمان می‌باشد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

پر واضح است که سرطان و درمان‌های آن می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سلامت روانی، اجتماعی و در نهایت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان داشته باشد (۲۰). کیفیت زندگی یک مفهوم پیچیده و چند بعدی است که تعریف واحدی برای آن وجود ندارد، لیکن در بیشتر منابع کیفیت زندگی به صورت یک ساختار چند بعدی شامل ادراکات منفی و مثبت فرد از ابعاد جسمی، عاطفی، اجتماعی و عملکردهای شناختی، به همراه ابعاد منفی ناراحتی‌های جسمی و دیگر علایم به وجود آمده ناشی از بیماری و درمان‌های مربوط به آن تعریف می‌شود (۲۱و۱۹). کیفیت زندگی دارای دو بعد کلی سلامت جسمی (عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی) و سلامت روانی (نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان) می‌باشد (۲۰). از دهه ۱۹۹۷ توجه به مفهوم کیفیت زندگی بیش از پیش شده است. از دلایل افزایش توجه به این مفهوم در عصر جدید، تاکید بیشتر بر کیفیت زندگی در برابر کمیت زندگی، افزایش سرسام آور هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی و شناسائی تفاوت در برآیندهای مراقبت‌های سلامتی بیان شده است (۲۱).

با توجه به شیوع بالای سرطان سینه و اهمیت تأثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا و با در نظر گرفتن اینکه بیماران مبتلا به سرطان تحت درمان، دچار مشکلات متعددی هستند و همچنین در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن علی‌الخصوص حوزه سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان سینه کمتر پرداخته شده است، شناخت این عوامل به کارکنان بهداشتی و درمانی جامعه کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را در جهت ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی این بیماران سازماندهی نمایند؛ لذا محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با محوریت ارتباط بین شاخص‌های سلامت روان با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام دهند.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی بود که در آن ۳۵۲ بیمار مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی سیدالشهداء (ع) در سال ۱۳۹۵ در مدت ۷ ماه، به روش نمونه گیری آسان، وارد مطالعه گردیدند. معیارهای ورود مطالعه شامل ابراز علاقه به شرکت در مطالعه، سن بالاتر از ۱۸ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان سینه با تأیید پزشک متخصص، حداقل گذشت یک سال از تشخیص بیماری، عدم ابتلا به بیماری های زمینه ای قلبی، فشار خون، دیابت، کبدی، کلیوی و عدم مشکلات روانی شناخته شده و یا تحت درمان بودن با داروهای روان‌گردان بود. با توجه به اینکه نمونه‌گیری به شکل قطعی بود و نقش نمونه های پژوهش تنها تکمیل پرسشنامه‌ها برای یکبار بود، معیار خروج وجود نداشت.

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (*GHQ-28*) و کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (*SF-36*) گردآوری شد. پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی در سال ۱۹۷۹ توسط *Goldberg* و *Hillier* به منظور غربالگری اختلالات روان شناختی غیرسایکوتیک طراحی شده و از چهار خرده مقیاس علایم جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. هر حیطه دارای ۷ سوال می‌باشد. سوالات ۱ تا ۷ مربوط به نشانه‌های جسمانی، ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب، ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی می‌باشد و در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای به صورت صفر، یک، دو و سه نمره‌گذاری می‌شود. مطالعات مختلف در ایران اعتبار آزمون را بین ۸۸-۹۱ درصد برآورد کرده‌اند. این آزمون دارای پنج روش نمره‌گذاری است که بهترین شیوه نمره‌گذاری لیکرت صفر، یک، دو و سه با حداکثر امتیاز ۸۴ می‌باشد. نقطه برش این پرسشنامه در تحقیقات متعدد در کشور بین ۲۳-۲۱ تعیین شده است. نمره بالاتر از ۲۳ در کل آزمون نشان دهنده اختلال روانی و پایین‌تر از آن نشانه سلامت روانی محسوب می‌شود (۲۲).

پرسشنامه استاندارد بین المللی کیفیت زندگی فرم ۳۶ سؤالی (*SF-36*)، در بردارنده ۸ مقیاس یا مفهوم می باشد که شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی و هیجانی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

مشکلات جسمی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سرزندگی و درک سلامت عمومی می‌باشد (۲۳). پرسشنامه کیفیت زندگی *SF-36* توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد استفاده شده و روایی و پایایی آن ۰/۷۵ تایید شده است (۲۴). روایی و پایایی این پرسشنامه در دیگر مطالعات داخل و خارج کشور نیز مورد تائید قرار گرفته است (۲۵)، به عنوان مثال این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران هنجاریابی شده و اعتبار و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است (۲۶). پایایی این پرسشنامه در مطالعه دهداری و همکاران (۱۳۸۶) با روش آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته سنجیده شد و ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷۵ به دست آمده است (۲۷)، همچنین پایایی این پرسشنامه در مطالعه موسی‌رضائی و همکاران (۲۰۱۲) در بیماران مبتلا به سرطان سینه به روش آزمون مجدد با ضریب همبستگی ۰/۷۵ مورد تایید قرار گرفت (۲۸).

شیوه پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دو تایی (بلی - خیر) تا طیف لیکرت ۶ درجه‌ای متغیر است، در این ابزار افزایش نمره نشان دهنده سطح بهتر کیفیت زندگی می‌باشد (۲۹). سوالات این پرسشنامه در هشت بخش می‌باشد هر بخش بین صفر تا ۱۰۰ نمره گذاری شده است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کنند (۲۸).

پژوهشگران با در نظرگرفتن ملاحظات اخلاقی، اقدام به تکمیل پرسش‌نامه ها نمودند. اخذ مجوزهای لازم از محیط پژوهش، توضیح اهداف و چگونگی اجرای پژوهش برای مسئولین محیط پژوهش، اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از نمونه‌های پژوهش، بی‌نام و نشان بودن پرسشنامه‌ها و اطمینان دادن به محرمانه ماندن اطلاعات دریافتی، از جمله ملاحظات اخلاقی مد نظر در پژوهش حاضر بود. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاقی در نمونه‌گیری از همکار خانم استفاده گردید.

پرسشنامه‌ها برای بیماران با سواد به صورت خود ایفا و برای سایرین به روش مصاحبه تکمیل گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری، کدبندی و با استفاده از از نرم افزار آماری *SPSS* نسخه ۱۸ (*version 18, SPSS Inc., Chicago, IL*) و روش‌های آمار توصیفی (توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) و با ضریب اطمینان ۹۹ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، میانگین سنی نمونه‌های مورد پژوهش ۵/۸ ± ۴۲/۱ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، اکثریت نمونه‌ها (۷۴/۴۳ درصد) متأهل بودند، همچنین از نظر تحصیلات، اکثریت نمونه‌ها (۴۵/۱۷ درصد) زیر دیپلم بودند. این در حالی است که تنها ۵/۳۹ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. همچنین از نظر وضعیت اشتغال اکثریت نمونه‌ها خانه دار (۸۸/۳۵ درصد) بودند. بر اساس اطلاعات به‌دست آمده ۳۰/۲۵ درصد از بیماران، دارای سابقه فامیلی سرطان سینه بودند. طول مدت بیماری اکثریت بیماران (۴۴/۸۸ درصد) بین ۱ تا ۵ سال بود. نتایج نشان داد که اکثریت بیماران (۷۳/۴۵ درصد) در فعالیت‌های اجتماعی یا سرگرمی‌های خارج از خانه شرکت نمی‌کنند. سایر اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به بیماران در جدول شماره (۱) ارائه شده است.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، کیفیت زندگی اکثریت (۵۱ درصد) واحدهای مورد پژوهش متوسط (۶۶-۳۴) ارزیابی گردید. در زمینه وضعیت سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان سینه، میانگین «اختلال در عملکرد اجتماعی» از حیطه سلامت روان ۹/۷ می‌باشد که از سایر حیطه‌ها بیشتر است. بنابراین سرطان سینه بیشترین اثر را بر عملکرد اجتماعی بیماران گذاشته است. در مقابل « علایم شبه جسمی» ازحیطه سلامت روان با میانگین نمره ۵/۶، نشان‌دهنده آن است که در مطالعه حاضر سرطان سینه کم‌ترین اثر را بر سلامت روان بیماران در حیطه ایجاد علایم شبه جسمی گذاشته است. سایر اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان سینه در جدول شماره (۲) ارائه گردیده است.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

جدول شماره ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش مبتلا به سرطان سینه

متغیر	گروه ها	فراوانی	درصد
سن	۳۰-۲۰ سال	۱۱ نفر	۳/۱۲
	۴۰-۳۱ سال	۱۳۵ نفر	۳۸/۳۵
	۵۰-۴۱ سال	۱۳۰ نفر	۳۶/۹۳
	۶۰-۵۱ سال	۴۸ نفر	۱۳/۶۳
	۷۰-۶۱ سال	۲۶ نفر	۷/۳۸
	> ۷۰	۲ نفر	۰/۵۶
وضعیت تأهل	مجرد	۳۰ نفر	۸/۵۲
	متأهل	۲۶۲ نفر	۷۴/۴۳
	مطلقه	۲۹ نفر	۸/۲۳
	بیوه	۳۱ نفر	۸/۸۰
سطح تحصیلات	بی سواد	۱۰۵ نفر	۲۹/۸۲
	زیر دیپلم	۱۵۹ نفر	۴۵/۱۷
	دیپلم	۶۹ نفر	۱۹/۶۰
	دانشگاهی	۱۹ نفر	۵/۳۹
وضعیت اشتغال	کارمند	۲۹ نفر	۸/۲۳
	آزاد	۲ نفر	۰/۵۶
	بازنشسته	۱۰ نفر	۲/۸۴
	خانه دار	۳۱۱ نفر	۸۸/۳۵
سطح درآمد	ضعیف	۱۲۷ نفر	۳۶/۰۷
	متوسط	۱۹۳ نفر	۵۴/۸۲
	خوب	۳۲ نفر	۹/۰۹
مدت زمان سپری شده از تشخیص	۱سال	۵۱ نفر	۱۴/۴۸
	۵-۱سال	۱۵۸ نفر	۴۴/۸۸
	۱۰-۶ سال	۱۱۶ نفر	۳۲/۹۴
	۱۱سال<	۲۷ نفر	۷/۶۷

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه های سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان سینه

ابعاد سلامت روان	میانگین نمره	انحراف معیار
علایم شبه جسمی	۵/۶	۳/۲۳
اضطراب	۸/۹	۴/۲۱
افسردگی	۷/۸	۳/۲۰
اختلال در عملکرد اجتماعی	۹/۷	۴/۳۰

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

در جدول شماره (۳) میانگین و انحراف‌معیار نمرات حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران سرطان سینه ارائه شده است. همان‌طورکه در جدول نیز نمایان می‌باشد بیشترین میانگین مربوط به حیطه درک سلامت عمومی با میانگین ۲۲/۳ می‌باشد که نشان دهنده وضعیت بهتر این حیطه نسبت به بقیه حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. همچنین عملکرد اجتماعی و محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات هیجانی به ترتیب با ۲/۶ و ۲/۸ دارای کمترین میانگین نمره بودند.

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین نمره	انحراف معیار
عملکرد فیزیکی	۱۵/۲۳	۴/۲۳
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات هیجانی	۲/۸	۱/۱۱
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	۳/۱۵	۱/۲۳
درد جسمی	۵/۶۷	۲/۲۳
عملکرد اجتماعی	۲/۶	۱/۰۲
سلامت روانی	۱۳/۵۶	۳/۴۴
نشاط و سرزندگی	۵/۶۸	۲/۲۸
درک سلامت عمومی	۲۲/۳	۲/۴۵

نتایج مطالعه در زمینه ارتباط ابعاد کیفیت زندگی با حیطه‌های چهارگانه سلامت روان با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون همراه با آزمون آنالیز واریانس نشان داد بعضی ابعاد کیفیت زندگی بیماران با حیطه‌های سلامت روان همبستگی معنی‌دار دارد. یافته‌ها حاکی از همبستگی معنی‌دار حیطه عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با دو حیطه اضطراب و افسردگی بود [به ترتیب (p=۰/۰۰۱ و r=-۰/۸) و (p=۰/۰۰۴ و r=-۰/۶۵)]، این در حالی است که حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با سه حیطه اضطراب (p=۰/۰۰۱ و r=-۰/۸)، افسردگی (p=۰/۰۰۲ و r=-۰/۶) و علایم شبه جسمی (p=۰/۰۰۱ و r=-۰/۷) ارتباط آماری معنی‌دار نشان داد. همچنین حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی با علایم شبه جسمی سلامت روان همبستگی معکوس داشته است (p=۰/۰۱ و r=-۰/۷). سایر یافته‌ها در جدول شماره (۴) ارائه گردیده است.

جدول شماره ۴- رابطه میان حیطه‌های کیفیت زندگی با حیطه‌های سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه

ابعاد سلامت روان / ابعاد کیفیت زندگی	علایم شبه جسمی		اضطراب		افسردگی		اختلال در عملکرد اجتماعی	
	ضریب همبستگی پیرسون		ضریب همبستگی پیرسون		ضریب همبستگی پیرسون		ضریب همبستگی پیرسون	
	p	r	p	r	p	r	p	r
عملکرد فیزیکی	p=۰/۸۲	r=-۰/۵۵	p=۰/۰۰۱	r=-۰/۸	p=۰/۰۰۴	r=-۰/۶۵	p=۰/۴۰	r=-۰/۳۵
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات هیجانی	p=۰/۴۱	r=-۰/۱۲	p=۰/۴۵	r=-۰/۸۳	p=۰/۴۵	r=-۰/۳۴	p=۰/۴۷	r=-۰/۴۵
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	p=۰/۴۵	r=-۰/۸۴	p=۰/۴۷	r=-۰/۶۵	p=۰/۵۵	r=-۰/۵۶	p=۰/۴	r=-۰/۸۹
درد جسمی	p=۰/۲۹	r=-۰/۸۶	p=۰/۹۴	r=-۰/۶۷	p=۰/۶۴	r=-۰/۳۴	p=۰/۴۵	r=-۰/۴۸
عملکرد اجتماعی	p=۰/۰۰۱	r=-۰/۷	p=۰/۰۰۱	r=-۰/۸	p= ۰/۰۰۲	r=-۰/۶	p=۰/۷۴	r=-۰/۳۴
سلامت روانی	p=۰/۰۱	r=-۰/۷	p=۰/۷۷	r=-۰/۷	p=۰/۵۴	r=-۰/۸	p=۰/۴۱	r=-۰/۵۶
نشاط و سرزندگی	p=۰/۴۵	r=-۰/۷۸	p=۰/۴۶	r=-۰/۸۹	p=۰/۴۳	r=-۰/۶۵	p=۰/۳۷	r=-۰/۸
درک سلامت عمومی	p=۰/۴۳	r=-۰/۸۴	p=۰/۲۵	r=-۰/۸۵	p=۰/۱۵	r=-۰/۱۲	p=۰/۷۵	r=-۰/۲۳

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، میانگین سنی نمونه‌های مورد پژوهش ۵/۸±۴۲/۱سال بود. در مطالعه *McCoubrie* و *Davies* (۲۰۰۶) در ایالت متحده، میانگین سنی بیماران ۶۸ سال (با دامنه سنی ۹۳-۲۹ سال) و در مطالعه *Romer* و همکاران (۲۰۰۵) در ایالت متحده میانگین سنی شرکت کنندگان ۵۲ سال بود (۳۱-۳۰). همانطور که مشاهده می‌شود، سن بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر حدود یک دهه کمتر از بیماران شرکت کننده در سایر مطالعات بود. مطالعه پدرام و همکاران (۱۳۸۹) نیز مؤید این مطلب است که سرطان سینه، زنان ایرانی را یک دهه زودتر از همتاهایشان در کشورهای پیشرفته تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۴).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش متوسط ارزیابی گردید. در تایید یافته‌های مطالعه حاضر، مطالعه نعمت‌الهی با عنوان بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه نشان داد که کیفیت زندگی اکثریت (۶۶ درصد) زنان مبتلا به سرطان سینه متوسط بوده است (۳۲)، همچنین یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج دیگر مطالعات نیز همخوانی دارد (۳۴-۳۳). این در حالی است که نتایج مطالعه نعمتی و همکاران مبین آن بود که کیفیت زندگی اکثریت افراد مورد پژوهش (۸۷/۵ درصد) کمتر از حد متوسط بود (۳۵). این تفاوت ممکن است به دلیل متفاوت بودن جامعه پژوهش (در مطالعه نعمتی نوجوانان مبتلا به لوسمی و در مطالعه حاضر زنان مبتلا به سرطان)، همین‌طور اختلاف قابل توجه در تعداد نمونه‌ها (در مطالعه نعمتی ۴۰ نفر و در مطالعه حاضر ۳۵۲ نفر) باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، سرطان سینه بیشترین تأثیر را در ابعاد اختلال در عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی با میانگین نمرات به ترتیب ۹/۷، ۸/۹ و ۷/۸ در حوزه سلامت روان گذاشته و به‌طور کلی سلامت روان مبتلایان نسبت به جمعیت عادی پایین‌تر بود. در تأیید نتایج حاصل از این مطالعه، بامشاد و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند زنان مبتلا به سرطان از نظر شاخص کلی سلامت روانی نسبت به جمعیت عادی در سطح پایین‌تری هستند و از نظر شاخص‌های افسردگی، اضطراب و روان پریشی دارای مشکل جدی می‌باشند (۳۶). همچنین نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه *Weitzner* (۱۹۹۷) همخوانی دارد، به‌طوری که در آن مطالعه نیز ناتوانی در کنترل هیجانات، اضطراب و افسردگی از جمله مشکلات شایع در زنان مبتلا به سرطان سینه معرفی شده است (۳۷). این یافته را می‌توان با استفاده از چرخه تضعیف روحیه *Frank* توجیه کرد زیرا در زنان مبتلا به سرطان سینه به جهت شرایطی که این بیماران در آن قرار می‌گیرند، منجر به اختلال در تصویر ذهنی از جسم، استرس و تنش روانی مداوم در آن‌ها می‌گردد. وقتی تنش روانی به مدت طولانی وجود داشته باشد، زمینه را برای ایجاد اختلالات تطابق، ناتوانی در کنترل هیجانات، اضطراب و افسردگی و دیگر اختلالات حوزه سلامت روان فراهم می‌کند (۳۷). به علاوه، پژوهشگران ژاپنی با بررسی مردان مبتلا به سرطان پروستات در طول ۵ سال دریافتند این بیماران در حیطه عملکرد اجتماعی در حوزه سلامت روان خود دچار مشکل بوده‌اند (۳۸).

پیرامون ارتباط حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان نتایج نشان داد که بین ابعاد کیفیت زندگی بیماران با برخی از حیطه‌های سلامت روان همبستگی معنی‌دار وجود دارد. در تایید این یافته، محققان آمریکایی با بررسی ۳۹۸ بیمار سرطانی بیان داشتند هرگاه متعاقب تشخیص سرطان سطح سلامت روان کاهش یابد، عملکرد بیماران در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی نیز به مخاطره می‌افتد (۳۹).

از جمله نتایج مطالعه حاضر ارتباط معنی‌دار آماری حیطه عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با دو حیطه اضطراب و افسردگی بود. محققان معتقدند سلامت جسمی بیماران سرطانی از رشد روانی آنان تأثیر می‌پذیرد و ارتقای سلامت روانی آنها بر پایه پیشگیری و درمان تنش‌های عاطفی استوار می‌باشد (۴۰). نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی با علایم شبه جسمی سلامت روان همبستگی معکوس داشته است، در واقع از آنجا که بیماران سرطانی اختلال عملکرد فیزیکی دارند، این امر بر احساس سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی آنان سایه افکنده و

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

موجب اثر متقابل بر سلامت روان این گروه از بیماران شده است. در تایید نتایج مطالعه حاضر، نتایج بررسی *Perkins* و همکاران (۲۰۰۹) در آمریکا که به مطالعه ۱۴۸ بیمار مبتلا به سرطان سینه و ۱۳۴ بیمار مبتلا به سرطان پروستات پرداخته‌اند، نشان داد حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران با علایم جسمی آن‌ها ارتباط دارد (۴۱).

امروزه تنها زنده ماندن مد نظر نمی‌باشد و افراد خواهان زندگی با کیفیت مطلوب هستند، با نگاهی کلی به تحقیق فعلی می‌توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی و سلامت روان در مبتلایان به سرطان سینه در طی مسیر درمانی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و کاهش می‌یابد. با توجه به نتایج به دست آمده، شناخت وخامت مشکلات روانی بیماران مبتلا به سرطان و توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنان، عنایت بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه‌های درمانی تیم بهداشتی به طور جدی‌تر و گسترده‌تر، در سطح بیمارستان‌ها می‌طلبد. از طرفی تأسیس و تقویت مؤسسات حمایت‌کننده و فرهنگ‌سازی برای سازگاری با انواع مشکلات روانی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد. نکته قابل تامل آن است که مطالعه کیفیت زندگی بیماران سرطانی در بررسی و ارزیابی سیستم ارائه خدمات بهداشتی نقش مهمی داشته و موجب ارتباط نزدیک‌تر این بیماران با ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می‌گردد و خود عاملی در جهت آگاهی بیمار از شرایط سلامتی‌اش، مزایا و معایب درمان‌های مختلف، پر رنگ‌تر شدن نقش بیمار در انتخاب روش‌های درمانی و پیامد آن ارتقاء سطح سلامت روان بیماران می‌گردد.

به عنوان محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعداد کم نمونه نسبت به مطالعات توصیفی و تمرکز آن بر یک ناحیه جغرافیایی خاص (یک بیمارستان) اشاره کرد که این موضوع می‌تواند بر تعمیم پذیری نتایج حاصل از این مطالعه تأثیرگذار باشد. بنابراین، انجام مطالعات دیگر با گستردگی جغرافیایی وسیع‌تر و حجم نمونه بیشتر ضروری به نظر می‌رسد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی تمرکز بیشتری بر مداخلات مرتبط با ارتقاء ابعاد مختلف کیفیت زندگی این بیماران در قالب پژوهش‌های کارآزمایی بالینی با تأثیر گذاشتن بر سلامت روان بیماران داشته باشند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیمارانی‌که در انجام این پژوهش، صادقانه همکاری نمودند و از همکاری صمیمانه پرستاران و سایر پرسنل بیمارستان تخصصی سیدالشهداء (ع) اصفهان جهت به ثمر رسیدن این پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

References

1.Chiriac VF, Baban A, Dumitrascu DL. Psychological stress and breast cancer incidence: a systematic review. Clujul Med. 2018; 91(1): 18-26.

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

3.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. IJME. 2009; 8(2): 195-202. [In Persian]

4.Thomas E, Escandón S, Lamyian M, Ahmadi F, Setoode SM, Golkho S. Exploring Iranian women's perceptions regarding control and prevention of breast cancer. Qual Rep. 2011;16(5):1214-29

5.Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. Ann Oncol. 2009; 20(3): 556-63. [In Persian]

6.Sirous M, Ebrahimi A. The Epidemiology of Breast Masses among Women in Esfahan. J Surg. 2008; 16(3): 51-56. [In Persian]

7.Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, Azuma H, Sagawa R, Furukawa TA, et al. Course of psychological distress and its predictors in advanced non small cell lung cancer patients. Psychooncology. 2005; 15(6): 20-7.

8.Kutlu R, Çivi S, Boruban MC, Demir A. Depression and the factors affecting the quality of life in cancer patients. Selcuk Med Journal. 2011; 27(3): 149-53.

9.Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ. Major depression after breast cancer; a review of epidemiology and treatment. Gen Hosp Psychiatry. 2008; 30: 112- 26.

10.Garfami H, Shafie abadi, A, Sanayi zaker B. Effect of Meaning therapy based on group on decline psychological problem in women with breast cancer. Andishe va Rafar Journal. 2010; 4(13): 35-42. [In Persian]

11.Musarezaie A, Momeni-GhaleGhasemi T, Gorji M. Survey the anxiety and depression among breast cancer patients referred to the specialized Isfahan hospital of cancer Iran. J Health Syst Res. 2014; 10(1): 39-48. [In Persian]

12.Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. Breast Cancer Res Treat. 2008; 110: 9-17.

13.Ng CG, Mohamed S, See MH, Harun F, Sulaiman AH, Zainal NZ, et al. Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: A 1-year prospective study. Eur Psychiatry. 2016; 33: 419-30.

14.Pedram M, Mohammadi M, Naziri Gh. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Treatment of Anxiety and Depression Disorders and on Raising Hope in Women with Breast Cancer. J Woman and Society. 2011; 4(1) :61-76. [In Persian]

15.Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C, et al. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemo radiotherapy. Gynecol Oncol. 2008; 111(1): 144-50.

16.Kissan Dw, Bloch S, Simth Gc, Miach P. Cognitive –existential group psychotherapy for women with primary breast cancer. Psychooncology. 2003; 12(6): 532–46.

17.Bower JE, Crosswell AD, Stanton AL, Crespi CM, Winston D, Arevalo J, et al. Mindfulness Meditation for Younger Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. Cancer. 2015; 121: 1231-40.

18.Hassan MR, Shah SA, Ghazi HF, Mohd Mujar NM, Samsuri MF, Baharom N. Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients in an Urban Setting in Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev. 2015: 16 (9): 4031-35.

19.Alacacioglu A, Ulger E, Varol U, Yildiz L, Salman T, Bayoglu V, et al. Depression, anxiety and sexual satisfaction in breast cancer patients and their partners-izmir oncology group study. Asian Pac J Cancer Prev. 2014; 15(24): 10631-6.

20.Yan B, Yang LM, Hao LP, Yang C, Quan L, Wang LH, et al. Determinants of Quality of Life for Breast Cancer Patients in Shanghai, China. Plos one. 2016; 11(4): 1-14.

21.Guggenmoss HI, Bloomfeild K, Bernner H. Quality of life and health. NEJM. 2000; 19: 69-79.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

22.Dadkhah B, Mohammadi M, Mozaffari N. The Survey of Mental Health Status in Ardabil University of Medical Sciences Students in 2003. J Ardabil Univ Med Sci. 2005; 16(1): 31-6. [In Persian]

23. Hazavehei SM, Sabzemakan L, Hassanzadeh A, Rabiei K. The effect of precede Model-based educational program on depression level in patients with coronary artery bypass grafting. Qazvin Univ Med Sci. 2008; 12(2): 32-40. [In Persian]

24.Behrouzifar S, Zenouzi Sh, Nezafati MH, Esmaili H. Factors Affecting the Patients' Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft. IJN. 2009; 22(57): 31-41. [In Persian]

25.Esmaeili Z, Ziabakhsh Tabari Sh, Vacz zadeh N, Mohammad-pour R.A. Quality of Life after Coronary Artery Bypass Grafting in Sari City 2005-2006. J Mazandaran Uinv Med Sci. 2007; 17(61): 170-174. [In Persian]

26.Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of Iranian version. Qual Life Res. 2005; 14(3): 875-82.

27.Dehdari T, Heidarnia AR, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Etemad S. Planning and evaluation of an educational intervention program to improve life quality in patients after coronary artery bypass graft-surgery according to proceed model. J Birjand Univ Med Sci. 2009; 15(4): 27-37. [In Persian]

28.Musarezaie A, Momeni-Ghale Ghasemi T, Naji-Esfahani H. Investigation the quality of life and its relation with clinical and demographic characteristics in women with breast cancer under chemotherapy. Int J Prev Med. 2012; 3(12): 853-9.

29.Brazperenjani SH, Brumand A. The Effect of Self– Care Teaching by Video Tape on Physical Problems and Quality of Life in Dialysis Patients. IJN. 2008; 21(54): 121-132. [In Persian]

30.Romero C, Kalidas M, Elledge R, Change J, Liscum KR, Friedmen, LC. Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. J Behav Med. 2006; 29(1): 29-36.

31.Mc Coubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer. J Support care cancer. 2006; 14: 379-385.

32.Nematollahi A, Mir Mohammadali M, Jamshidi F. Quality of life in the breast cancer patients referred to selected clinic of Tehran University of Medical Sciences. [Thesis]. Tehran: Nursing and Midwifery Faculty of Tehran university of Medical Sciences; 2004. P.86. [In Persian]

33.Costa WA, Jr JE, Giraldo PC, Gonçalves AK. Quality of life in breast cancer survivors. Rev Assoc Med Bras. 2017; 63(7): 583-89.

34.Bakhshi R, Davachi A, Kamali P. Effect of nurse counseling on quality of life among women with breast cancer treated with radiotherapy at the Cancer Institute of Tehran, [master of Sciences Nursing Thesis]. Tehran: Nursing and Midwifery Faculty of Iran university of Medical Sciences; 2000. P. 71. [In Persian]

35.Nemati M, Alhani F, Zandshahri R. Quality of life in the adolescence with cancer under chemotherapy referred to selected clinic of Tehran University of Medical Sciences. 1th Congress of Quality of life in Tarbiat Modares University. 2005; P.25. [In Persian]

36.Bamshad Z, Safikhani F. Assessment of mental health of women with breast cancer. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz Univ Med Sci. 2006. P.56. [In Persian]

37.Weitzner MA, Meyers CA, Stuebing KK, Saleeba AK. Relationship Between Mood and Quality of Life in Long- Term Survivors of Breast Cancer Treated with Mastectomy. Support Care Cancer. 1997; 5(3): 241-8.

38.Namiki S, Ishidoya S, Ito A, Kawamura S, Tochigi T, Saito S, et al. Quality of life after radical prostatectomy in Japanese men: a 5-Year follow up study. Int J Urol. 2009; 16(1): 75-81.

39.Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. Health Psychol. 2009; 28(2): 147-56.

40.Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. Psychological health in cancer survivors. Semin Oncol Nurs. 2008; 24(3): 193-201.

41.Perkins HY, Baum GP, Taylor CL, Basen-Engquist KM. Effects of treatment factors, comorbidities and health-related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. Psychooncology. 2009; 18(4): 405-11.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]

A survey on the relationship between quality of life and mental health among women with breast cancer referred to the cancer specialized medical center in isfahan

Amir Musarezaie [1], ***Maryam Abbasi-Jebelli*** [2]
1. Lecturer, Department of Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. MSc, Shahid Beheshti Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Background & Aim*: Breast cancer is the most common and harmful cancer among women. These patients suffered from many psychological problems which affect their quality of life. Therefore, this study was performed to examine the relationship between quality of life and mental health on women with breast cancer.*
Material & Method*: This descriptive cross sectional study conducted in 352 breast cancer patients referred to the oncology hospital (Seyedolshohada) with simple sampling methodology in 2016. Data collection instrument included a questionnaire contains 3 parts (demographic information, general health questionnaire 28 questions (GHQ-28) and standard SF-36 questionnaire). The data were analyzed using $SPSS_{18}$ with 99% confidence interval with using descriptive and analytic statistics (Pearson Correlation Coefficient and Variance analysis Test).*
Results*: Based on study findings, the majority of subjects' quality of life (51.00%) was moderate in the field of mental health. Average score of social functioning disorders was 9.7±4.30 which was more than other mental health aspects, so breast cancer had the greatest effect on this aspect i.e. social functioning.*
Results showed that there was a statistically significant relationship between physical function (one aspect of quality of life) among breast cancer patients with anxiety (p=0.001, r= -0.8) and depression (p=0.004, r= -0.65). Also there was a statistically significant relationship between Social Functioning (one aspect of quality of life) among breast cancer patients with anxiety (p=0.001, r= -0.8) and depression (p=0.002, r= -0.6) as well as somatoform symptoms (p=0.001, r= -0.7).
Conclusion*: With regard to results of this study, understanding the severity of psychological problems of cancer patients and improving their quality of life, need to further consideration of ministary of health about treatment programs in hospitals more seriously and widespread.*

Key words*: Quality of Life, Mental Health, Breast Cancer.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-27]