

Survey of quality of life of patients with breast cancer among women at Shahid Beheshti University of Medical sciences and Health services 2017



Tayebeh Marashi¹, Zahra Taherianfar^{*2}, koorosh Etemad³, Afshin Rakhsha⁴

1- Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MSc, School of Health, Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Assistant Professor, Department of Epidemiology, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Associate Professor, Radiology & Radiotherapy department, Para Medical Faculty, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aims: Breast cancer is the most common type of cancer diseases among women. The survival rate of breast cancer patients is long and, as a result, patients are greatly affected by cancer, its complications and consequences.

Materials and Methods: The research design was descriptive– cross sectional. About 150 patients (women) with breast cancer were candidate for chemotherapy referred to the ward of Oncology in Shohada Tajrish and Taleghani Hospitals, both under the auspicious of Shahid Beheshti University of Medical science, 2017. The standard Quality of life Questionnaire (EROTC QLQ _C30) and its breast cancer supplementary measure (QLQ-BR 23) Questionnaire developed by the European Organization for Research and treatment of cancer were respectively used to measure the quality of life and for demography, within one stage. Finally, the data was analyzed using SPSS16 statistical software through ANOVA and Pearson tests. All ethical issues were considered throughout the study.

Results: The average age of women whom surveyed was 47.81 ± 8.21 , which 74.7 percent of them were married. The average score of the global health status of respondents undergone the survey was 5388 ± 18.20 . Among the functional scores, the highest score was related to cognitive indexes 68.77 ± 30.30 . Economic difficulties showed the highest score of 69.11 ± 27.33 among symptom scales. Physical, emotional and cognitive functioning, and also the disease symptoms such as fatigue, nausea and vomiting, pain, dyspnoea, insomnia, constipation and economic difficulties were among the variables demonstrating significance relationship with quality of life in Univariate Analysis.

Conclusion: The results of this study show the inappropriate conditions regarding the quality of life in some general and specific symptom scales of the patients under the survey. Therefore, the importance of paying more attention to this matter and designing of suitable actions for enhancing the quality of their life is expected.

Keyword: Breast cancer, Quality of life, Women

Corresponding Author: School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Email: taheerainzahra28@gmail.com

Received: 11. Nov. 2017

Accepted: 17. Apr. 2018

بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۹۵



طیبه مرعشی^۱، زهرا طاهریانفر^{۲*}، کوروش اعتماد^۳، افشین رخشا^۴

- ۱- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۳- استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- ۴- دانشیار، گروه تکنولوژی پرتوشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و اهداف: سرطان پستان، شایع ترین سرطان در میان زنان است. کیفیت زندگی یک موضوع مهم در مطالعات بیماریهای مزمن، به خصوص سرطان می باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه، یک مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی) بوده که به منظور تعیین کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان انجام شده است و با روش نمونه گیری تصادفی ساده، ۱۵۰ بیمار مبتلا در بخش شیمی درمانی بیمارستانهای شهدا تجریش و طالقانی انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات با استفاده از دو پرسشنامه C30-QLQ و BR23-QLQ و پرسشنامه مشخصات فردی بود که توسط بیمار تکمیل شدند. داده ها با استفاده از SPSS16 و از طریق آنالیز واریانس و پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تمام مراحل تحقیق با رعایت موازین اخلاقی پژوهش انجام گردید.

یافته ها: میانگین سن زنان مورد بررسی $47/81 \pm 8/21$ سال بود که $74/7$ درصد آنان متاهل بودند. میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در افراد تحت مطالعه $53/88 \pm 18/20$ بود. از بین شاخص های عملکردی بیشترین نمره مربوط به شاخص شناختی با $68/77 \pm 30/30$ بود. از بین شاخص های علامتی، بیشترین نمره مربوط به شاخص مشکلات اقتصادی با $69/11 \pm 27/33$ بود. عملکرد جسمانی، احساسی، شناختی و همچنین علائم بیماری نظیر خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، کاهش خواب، بیوست و مشکلات اقتصادی از جمله متغیرهایی بودند که در تحلیل تک متغیره ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی نشان دادند.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه، نشان دهنده وضعیت نامناسب کیفیت زندگی در برخی شاخص های علامتی عمومی و اختصاصی بیماران مورد بررسی بود که ضرورت توجه بیشتر و طراحی اقداماتی مناسب به منظور ارتقاء کیفیت زندگی آنان را مطرح می نماید.

کلید واژه ها: سرطان پستان، کیفیت زندگی، زنان

*نویسنده مسئول: تهران، اوین، میدان شهریار، بلوار دانشجو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده بهداشت.

مقدمه

شایع‌ترین سرطان در اروپا در سال ۲۰۱۲ به ترتیب سرطان پستان، روده بزرگ، پروستات و ریه بوده است [۸]. حدود ۵۶ درصد موارد جدید سرطان و ۶۴ درصد مرگ و میر ناشی از آن در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد [۹].

بررسی انجام شده نشان می‌دهد، در کشور ما سرطان پستان در راس سرطان‌های زنان قرار دارد و زنان ایرانی نسبت به هم‌تایان غربی خود ۱۰ سال زودتر به این بیماری مبتلا می‌گردند و بیش از ۳۰ درصد بیماران، دارای سن زیر ۴۰ سال هستند و در مقایسه با آمار کشورهای غربی که تنها ۶ درصد بیماران زیر ۴۰ سال سن دارند، نگران‌کننده است [۹]. از آنجایی که شیوه زندگی و امید به زندگی و بسیاری از عوامل دیگر در ایران و کشورهای غربی متفاوت است، نمی‌توان رقم ابتدای از هر ۸ زن یک نفر در طول عمر را در مورد ایران به کار بست، اما با توجه به اینکه شیوع این بیماری در آمریکا، دهه پنجم زندگی زنان است، می‌توان حدس زد که در ایران در هر گروه سنی درصد بیشتری از زنان به این بیماری مبتلا می‌شوند [۱۰]. تاثیر شیوه زندگی بر سلامتی با توجه به افزایش بیماریهای مزمن وابسته به شیوه زندگی مانند سرطان، بیماریهای قلبی و سکتته کاملاً واضح و مشهود است. به علت ارتباط شناخته شده بین شیوه زندگی و بیماری و هزینه‌های بالای بیماریهای مرتبط با شیوه زندگی، تاکید بر اصول پیشگیری و بهبود و ارتقاء رفتارهای پیشگیری از اولویت بالایی برخوردار است. با استفاده از راهکارهای ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها، می‌توان از وقوع بسیاری از عوارض تهدید کننده سلامتی مرتبط با شیوه زندگی پیشگیری نمود؛ یا وقوع آنها را به تاخیر انداخت [۱۱]. شناخت علامت‌ها و اقدامات لازم برای تشخیص زودرس و درمان به موقع، می‌تواند نقش مهمی در درمان و جلوگیری از عوارض بیماری داشته باشد. به اعتقاد سازمان بهداشت جهانی، بهترین شیوه مبارزه با بیماری، پیشگیری و تشخیص زودرس آن بوده که در سالهای اخیر به عنوان یک موضوع مهم در مراقبت‌های بهداشتی به ویژه در مطالعات مربوط به سرطان پستان مورد توجه قرار گرفته است [۱۲]. بطوری که موفقیت کشورهای پیشرفته در کنترل مرگ و میر و سایر پیامدهای ناشی از بیماری را در گرو پیشگیری و تشخیص به موقع آن دانسته‌اند؛ زیرا بقای فرد به طور مستقیم در ارتباط با مرحله بیماری در زمان تشخیص است [۱۳]. لذا هدف از این مطالعه، تعیین کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی (توصیفی - تحلیلی) است. جامعه

طی چند دهه اخیر به موازات پیشرفت علم پزشکی در زمینه پیشگیری و کنترل بیماریهای عفونی و واگیر و همچنین شناخت اتیولوژی بسیاری از بیماریها، مرگ و میر در اثر سرطان، بحث‌های زیادی را برانگیخته است و در حال حاضر، سرطان به عنوان یکی از مشکلات جوامع بشری شناخته شده است. آنچه سرطان را به عنوان یک معضل بهداشتی مطرح می‌کند و مبارزه با آن را در زمره اولویت‌های بهداشتی - درمانی قرار می‌دهد، روند رو به رشد تعداد مبتلایان به این بیماری در سطح جهان است [۱]. سازمان جهانی بهداشت، پیشگیری از سرطان و بالا بردن کیفیت زندگی بیماران سرطانی را مورد تاکید قرار داده و بیان می‌کند که در صورت تشخیص و درمان به موقع سرطان، یک سوم از بار آن کاهش خواهد یافت [۲].

سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان در میان زنان است که هر سال بیش از ۱/۵ میلیون زن را تحت تاثیر قرار می‌دهد و همچنین بیشترین مرگ و میر ناشی از سرطان را در میان زنان ایجاد می‌کند. در سال ۲۰۱۵، ۵۷۰۰۰۰ زن از سرطان پستان در جهان جان خود را از دست داده‌اند [۳] که تقریباً ۱۵٪ از کل مرگ و میرهای ناشی از سرطان در میان زنان است. در حالی که میزان سرطان پستان در میان زنان در مناطق توسعه یافته بالاتر است. در سال ۲۰۱۲، ۱۴/۱ میلیون مورد سرطان جدید و ۸/۲ میلیون مورد سرطان منجر به مرگ در سرتاسر جهان رخ داده است. تخمین زده می‌شود، تا سال ۲۰۲۵، سالانه افزایشی در حد ۱۹/۳ میلیون مورد جدید، ناشی از رشد جمعیت و پیر شدن جمعیت به وقوع بپیوندد. بیشتر از نیمی از سرطان‌ها (۵۶/۸٪) و مرگ‌های ناشی از سرطان (۶۴/۹٪)، در سال ۲۰۱۲ در مناطق کمتر توسعه یافته در جهان رخ داده است [۴].

همچنین پیش بینی شده است، میزان مبتلایان به سرطان در سال ۲۰۳۰ به ۲۱ میلیون نفر برسد. در سال ۲۰۱۳ بیش از ۱۶۵۰۰۰۰ مورد تشخیص جدید سرطان در آمریکا صورت گرفته است [۴]. در گزارش منتشر شده در سال ۲۰۱۰ که مربوط به طرح بررسی الگوی جهانی میزان مرگ و میر و نیز بروز سرطان در زنان می‌باشد، سرطان پستان، شایع‌ترین بدخیمی تشخیص داده در تمام طول عمر زنان بوده است و ۳۲ درصد از موارد سرطان در زنان و عامل ۱۹ درصد از مرگ و میرهای وابسته به سرطان در آنان، بیان شده؛ علاوه بر این، بار عظیمی را بر سیستم بهداشتی درمانی کشورهای مختلف جهان تحمیل نموده است [۵]. یک چهارم مرگ‌ها در آمریکا به علت سرطان رخ می‌دهد [۶]. انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۱۳ اعلام کرد به غیر از سرطان پوست، به ترتیب سرطان پروستات (در مردان)، پستان (در زنان) و ریه، شایع‌ترین سرطان‌ها هستند [۷].

کیفیت زندگی عمومی، نشان دهنده بالاترین سطح کیفیت زندگی؛ ولی در حیطه‌های علائم نمره بالاتر نشان دهنده بیشتر بودن علائم و مشکلات بیماری در فرد می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه منتظری و همکاران و صفائی و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفته است و از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بوده است [۱۶-۱۵].

پرسشنامه استاندارد EORTC QLQ- BR -23 : کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان اندازه گیری می‌کند. این پرسشنامه شامل مقیاس‌های عملکردی و مقیاس‌های علامتی است و شامل ۲۳ سؤال است که ۱۵ سؤال اختصاص به بررسی مقیاس‌های علامتی (علائم بازو، علائم پستان و عوارض جانبی درمان) است، ۲ سؤال مربوط به عملکرد جنسی و یک سؤال مربوط به لذت جنسی است، ۱ سؤال مربوط به تصور از آینده و ۴ سؤال دیگر مربوط به تصویر ذهنی از خود است. نمره گذاری به صورت لیکرت طراحی شده و امتیازها در محدوده ۴-۱ هستند و امتیاز بالاتر نشان دهنده وجود میزان بیشتری از علائم است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه منتظری و همکاران و صفائی و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفته است و از روایی و پایایی مناسبی برخوردار بوده است [۱۶،۱۵].

کلیه آنالیزهای آماری با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ انجام شد و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون آنالیز واریانس و همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ضریب اطمینان ۹۵٪ مورد نظر بوده است.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۵۰ نفر از بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مورد مطالعه قرار گرفتند که سن افراد از ۱۸ تا ۶۰ سال متغیر بود. میانگین سنی آنان، $47/81 \pm 8/21$ سال بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که ۲۰ درصد آنان تحصیلات ابتدایی و ۶۲/۷ درصد تحصیلات متوسطه و ۱۷/۶ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۷۴/۷ درصد زنان متأهل بودند. ۶۶/۷ درصد وضعیت اقتصادی متوسط، ۱۱ درصد خوب و خیلی خوب و بقیه بد و خیلی بد داشتند. مقایسه میانگین نمرات شاخص‌های عملکردی کیفیت زندگی در افراد مورد بررسی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

آماري مورد بررسی، زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود که از بین آنان به تصادف، بیمارستان‌های شهدای تجریش و طالقانی انتخاب شدند. در هر یک از بیمارستان‌های انتخاب شده به بخش انکولوژی مراجعه نموده و بیماران به روش تصادفی ساده بر اساس معیارهای ورود: ۱- مبتلا به سرطان پستان و بدون متاستاز به مناطق دیگر، ۲- انجام جراحی ماستکتومی، ۳- تحت شیمی درمانی قرار داشتن در حال حاضر، ۴- نداشتن بیماری مزمن دیگر بطور همزمان، ۵- داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال بود. با روش نمونه گیری تصادفی ساده، ۱۵۰ بیمار مبتلا در بخش شیمی درمانی بیمارستان‌های شهدای تجریش و طالقانی انتخاب شدند و در خصوص تعیین حجم نمونه از مطالعات مشابه استفاده شد [۱۴].

به منظور جمع آوری اطلاعات برای هر یک از نمونه‌ها، پس از بیان هدف از انجام مطالعه و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات، ابتدا فرم رضایت شرکت در تحقیق در اختیار بیماران قرار گرفت و از آنان خواسته شد نظر خود را نسبت به شرکت در طرح پژوهشی با امضای فرم رضایتنامه اعلام دارند. به تمامی بیماران، پیرامون اختیاری بودن شرکت در پژوهش اطلاع داده شد. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه توسط بیماران جمع آوری شد. برای جمع آوری اطلاعات در این مطالعه از ۳ پرسشنامه زیر استفاده شد. فرم جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک که شامل اطلاعات مربوط به سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی بود.

پرسشنامه استاندارد EORTC QLQ-C30، این پرسشنامه متعلق به سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان است که جهت بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان به طور کلی استفاده می‌شود، شامل پنج حیطه عملکردی (جسمانی، ایفای نقش، عاطفی، شناختی و اجتماعی)، یک حیطه کلی ارزیابی کیفیت زندگی و سلامت عمومی و سه حیطه علائم (خستگی، تهوع و استفراغ و درد) و شش نشانه شامل (تنگی نفس، کاهش خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات مالی) می‌باشد. امتیازبندی ۲ تا مربوط به کیفیت زندگی کلی، بر مبنای درجه بندی لیکرت از ۱ تا ۷ است؛ ولی بقیه سؤالات از ۱ تا ۴ متغیر است. پرسشنامه عمومی سرطان در بردارنده ۳۰ سؤال است و از مقیاس چهار درجه‌ای (به هیچ وجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) برای سنجش پاسخها استفاده شده است (به جز در مورد سؤالات مربوط به وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی که دارای مقیاس ۷ درجه‌ای هستند). پیش از آنالیز داده‌ها، پرسشنامه EORTC QLQ-C30 دوباره امتیازدهی شد و به تمام حیطه‌ها نمره ۱۰۰-۰ اختصاص داده شد، بطوری که بالاترین نمره حیطه عملکردی، نشان دهنده بالاترین نمره سلامت یا سطح عملکرد؛ بالاترین نمره حیطه

جدول ۱- میانگین نمرات شاخصهای عملکردی کیفیت زندگی در افراد مورد بررسی

شاخص عملکردی	میانگین (انحراف معیار)
شاخص جسمی	۵۶/۹۳ (۲۲/۸۶)
شاخص ایفای نقش	۵۳/۲۲ (۲۹/۷۰)
شاخص احساسی	۵۰/۷۲ (۳۰/۴۵)
شاخص شناختی	۶۸/۷۷ (۳۰/۳۰)
شاخص اجتماعی	۴۲/۲۲ (۲۹/۰۰)

بر اساس نتایج جدول شماره ۱ که نشان دهنده شاخصهای عملکردی در زنان مورد بررسی می‌باشد، بعد شناختی دارای بهترین حالت با میانگین $68/77 \pm 30/30$ و بعد اجتماعی، دارای پایین‌ترین نمره با میانگین $42/22 \pm 29/00$ است.

نتایج حاصل از میانگین نمرات شاخصهای علامتی کیفیت زندگی در افراد مورد بررسی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- میانگین نمرات شاخصهای علامتی کیفیت زندگی در افراد مورد بررسی

شاخص علامتی	میانگین (انحراف معیار)
خستگی	۵۷/۱۱ (۲۲/۹۹)
تهوع و استفراغ	۳۸/۱۱ (۲۸/۵۳)
درد	۴۵/۶۶ (۲۹/۴۳)
تنگی نفس	۲۲/۴۴ (۲۷/۴۴)
بیخوابی	۴۳/۸۴ (۳۶/۷۷)
کاهش اشتها	۴۹/۵۵ (۳۱/۳۱)
یبوست	۴۱/۵۵ (۳۱/۸۳)
اسهال	۱۳/۳۳ (۲۴/۷۲)
مشکلات اقتصادی	۶۹/۱۱ (۲۷/۳۳)

بر اساس نتایج جدول شماره ۲ که نشان دهنده شاخصهای علامتی در زنان مورد بررسی می‌باشد، وضعیت اقتصادی مهمترین دغدغه بیماران و موثر در کیفیت زندگی ایشان است. خستگی، شایعترین عارضه بیماری و پس از آن کاهش اشتها می‌باشد. نمره کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه در این پژوهش دارای میانگین $(18/20)$ $53/88$ از صد بود. نتایج حاصل از محاسبه میانگین نمرات شاخصهای عملکردی اختصاصی افراد مورد بررسی، در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- میانگین نمرات پرسشنامه QLQ-BR23 در افراد مورد بررسی

شاخص عملکردی اختصاصی	میانگین (انحراف معیار)
تصور بدنی	۵۵/۹۴ (۲۷/۰۵)
عملکرد جنسی	۱۹ (۱۹/۵۰)
لذت جنسی	۱۹/۳۳ (۲۱/۹۹)
دورنمای آینده	۴۵/۳۳ (۳۵/۲۴)

میانگین نمرات شاخصهای عملکردی اختصاصی تصویر بدنی بیشتر از سایر متغیرها است. میانگین نمرات شاخص اختصاصی عملکرد، جنسی کمترین نمره را به خود اختصاص داده است. نتایج حاصل از محاسبه میانگین نمرات شاخصهای علامتی اختصاصی در افراد مورد بررسی، در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- میانگین نمرات پرسشنامه QLQ-BR23 در افراد مورد بررسی

شاخص علامتی اختصاصی	میانگین (انحراف معیار)
عوارض جانبی درمان	۵۲/۳۱ (۲۲/۱۵)
علائم پستان	۳۱/۶۶ (۲۵/۱۷)
علائم بازو	۳۵/۶۲ (۲۵/۶۹)
ناراحتی از ریزش مو	۵۹/۱۱ (۳۵/۳۱)

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات شاخص علامتی اختصاصی ناراحتی از ریزش مو بیشتر از سایر متغیرها است. جدول شماره ۵، نشان‌دهنده ضریب همبستگی بین شاخصهای عملکردی در بین زنان مورد بررسی است. نتایج، بیانگر همبستگی معنی‌دار بین کلیه شاخصهای عملکردی با یکدیگر است. بعبارت دیگر با افزایش در یک مورد، شاخصهای دیگر نیز افزایش نشان داده‌اند و بالعکس.

جدول ۵- ضریب همبستگی بین شاخصهای عملکردی در بیماران مورد بررسی

متغیر	عملکرد جسمانی	عملکرد ایفای نقش	عملکرد احساسی	عملکرد شناختی	عملکرد اجتماعی
عملکرد جسمانی	۱				
عملکرد ایفای نقش	۰/۶۵۲	۱			
عملکرد احساسی	۰/۶۷۶	۰/۴۹۳	۱		
عملکرد شناختی	۰/۵۳۰	۰/۴۰۴	۰/۶۷۷	۱	
عملکرد اجتماعی	۰/۶۰۰	۰/۳۹۳	۰/۶۲۳	۰/۵۰۲	۱

جدول شماره ۶، نشان دهنده ضریب همبستگی بین شاخص‌های علامتی در بین زنان مورد بررسی است. نتایج بیانگر همبستگی معنی‌دار بین کلیه شاخص‌های علامتی با یکدیگر است. بعبارت دیگر

با افزایش در یک مورد شاخص‌های دیگر نیز افزایش نشان داده‌اند و بالعکس.

جدول ۶- ضریب همبستگی بین شاخص‌های علامتی در بیماران مورد بررسی

متغیر	خستگی	تهوع و استفراغ	درد	تنگی نفس	بیخوابی	بی اشتهایی	یبوست	مشکلات اقتصادی	اسهال
خستگی	۱								
تهوع و استفراغ	۰/۳۸۳	۱							
درد	۰/۶۶۲	۰/۲۳۱	۱						
تنگی نفس	۰/۳۶۲	۰/۱۶۷۶	۰/۲۹۲	۱					
بیخوابی	۰/۴۵۷	۰/۲۰۰	۰/۵۷۵	۰/۲۳۱	۱				
بی اشتهایی	۰/۵۰۷	۰/۵۱۸	۰/۲۹۱	۰/۱۶۴	۰/۲۴۰	۱			
یبوست	۰/۳۴۲	۰/۴۰۴	۰/۲۴۹	۰/۱۱۲	۰/۲۲۲	۰/۴۱۹	۱		
مشکلات اقتصادی	۰/۵۰۴	۰/۲۸۱	۰/۴۴۹	۰/۱۸۵	۰/۳۶۱	۰/۳۲۸	۰/۴۴۲	۱	
اسهال	۰/۱۹۹	۰/۱۲۶	۰/۲۲۳	۰/۹۵۰	۰/۱۲۴	۰/۷۵۰	۰/۲۱۰	۰/۱۱۷	۱

جدول شماره ۷، نشان دهنده ضریب همبستگی بین متغیرهای اختصاصی سرطان پستان در بین زنان مورد بررسی است. نتایج بیانگر همبستگی معنی‌دار بین کلیه شاخص‌های علامتی با یکدیگر است. بعبارت دیگر با افزایش در یک مورد شاخص‌های دیگر نیز افزایش نشان داده‌اند و بالعکس.

جدول ۷- ضریب همبستگی بین متغیرهای اختصاصی سرطان پستان در بیماران مورد بررسی

متغیر	تصویر بدنی	عملکرد جنسی	لذت جنسی	عوارض جانبی درمان	علائم پستانی	علائم بازویی	ناراحتی از ریزش مو
تصویر بدنی	۱						
عملکرد جنسی	۰/۱۲۵	۱					
لذت جنسی	۰/۰۶۳	۰/۶۸۷	۱				
عوارض جانبی درمان	۰/۴۴۹	۰/۱۷۳	۰/۱۷۱	۱			
علائم پستانی	۰/۳۱۶	۰/۱۵۵	۰/۰۲۶	۰/۳۶۷	۱		
علائم بازویی	۰/۲۳۱	۰/۱۳۲	۰/۰۷۵	۰/۳۱۰	۰/۷۳۵	۱	
ناراحتی از ریزش مو	۰/۴۳۱	۰/۰۳۴	۰/۰۷۵	۰/۵۴۵	۰/۱۷۷	۰/۱۷۷	۱

میانگین $42/22 \pm 29/00$ بود. بررسی حیطه‌های عملکردی مبتلایان به کانسر پستان نشان دهنده آن است که بهترین عملکرد در حیطه شناختی، بعد از آن عملکرد مربوط به حیطه جسمانی، حیطه ایفای نقش، حیطه احساسی و ضعیف‌ترین عملکرد در حیطه اجتماعی بود. نتایج مطالعه حقیقت و همکاران و بقایی و همکاران، چویی و همکاران، اشمیت و همکاران و بدارت و همکاران نیز نشان داد که

بحث

شاخص‌های عملکردی کیفیت زندگی شامل پنج حیطه عملکرد جسمانی، ایفای نقش، عاطفی، شناختی و اجتماعی است. بیشترین نمره در حیطه عملکردی به حیطه شناختی $68/77 \pm 30/30$ اختصاص یافت و عملکرد اجتماعی دارای پایین‌ترین نمره با

کیفیت زندگی کلی بیماران در آلمان ۶۱/۵ بود [۲۰]. یافته‌های این پژوهش در بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان داد که تنها سن ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان دارد. مکتتا و همکاران بیان می‌کنند که بین سن و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، همبستگی معنی‌داری وجود دارد [۲۹]. دیسی‌پیو و همکاران نیز به همین نتیجه دست یافتند که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد [۳۰].

نتیجه‌گیری

از بین شاخص‌های عملکردی، بیشترین نمره مربوط به شاخص شناختی $68/77 \pm 30/30$ بود. از بین شاخص‌های علامتی، بیشترین نمره مربوط به شاخص مشکلات اقتصادی $69/11 \pm 27/33$ بود. با عنایت به محدود بودن تعداد نمونه‌ها، تعمیم نتایج با محدودیت مواجه می‌شود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر مبنی بر پایین بودن میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، بنابراین توصیه می‌شود، در راستای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، مداخله‌های آموزشی مناسب جهت کاهش عوارض شیمی‌درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، همچنین مطالعاتی در زمینه کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به سرطان پستان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان سالها پس از درمان، انجام شود.

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

این مقاله، حاصل بخشی از نتایج پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین وسیله از مساعدت مدیریت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان مربوطه و بیمارانی که در این مطالعه شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

بیماران در بعد شناختی عملکرد بهتری داشتند که همسو با مطالعه حاضر است [۲۱-۱۷].

شاخص‌های عملکرد اختصاصی شامل تصویر بدنی، عملکرد جنسی، لذت جنسی و دورنمای آینده است. نتایج این مطالعه، بیانگر این است که میانگین نمرات متغیر تصویر بدنی و دورنمای آینده بیشتر از سایر متغیرها است.

شاخص‌های علامتی شامل خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، کاهش خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات اقتصادی است. در مطالعه حاضر در حیطه علائم و نشانه‌ها، مشکلات اقتصادی، بیماری و خستگی، بارزترین نشانه و بیشترین عامل کاهش دهنده کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان می‌باشد که با نتایج مطالعه چوبی و همکاران، حاتم و همکاران، صفاری و همکاران و مطالعه ذو و همکاران، همسو است. تاثیر مشکلات مالی سرطان و درمان آن می‌تواند به عنوان یک فاکتور مهم و ضروری شناخته شود [۱۹، ۲۲-۲۴]. در مطالعه انجام شده توسط حمیده محدثی و همکاران که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان در مرکز تحقیقات سرطان امید ارومیه را بررسی کرده بودند، وضعیت اقتصادی، مهمترین دغدغه بیماران و موثر در کیفیت زندگی و ایفای نقش ایشان داشت که همسو با مطالعه حاضر است [۲۵].

نتایج هافمن و همکاران و کات و همکاران، نشان داد که خستگی مرتبط با سرطان، تاثیر منفی بر زندگی بیماران مبتلا به سرطان دارد و پیامدهای اقتصادی، روانی، فیزیکی نامطلوب و قابل توجهی برای بیماران دارد. با توجه به تاثیر قابل توجه خستگی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، درمان خستگی باید به طور معمول در امر مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان در نظر گرفته شود [۲۶، ۲۷]. عبارتی دیگر شاید خستگی ناشی از بیماری و درمان آن منجر به مشکلات اقتصادی و یا تشدید آن گردد.

شاخص‌های علامتی اختصاصی شامل عوارض جانبی درمان، علائم پستانی، علائم بازویی و ناراحتی از ریزش مو است. میانگین نمرات شاخص علامتی اختصاصی ناراحتی از ریزش مو بیشتر از سایر متغیرها است که با نتایج مطالعه حاتم و همکاران و بقایی و همکاران همسو می‌باشد [۱۸، ۲۲].

نتایج نشان داد که کلیه متغیرهای عملکردی و علامتی با یکدیگر همبستگی مثبت و معنی داری داشتند. شاخصهای عملکردی و علامتی اختصاصی نیز با یکدیگر همبستگی مثبت و معنی‌داری نشان دادند. نمره کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه در این پژوهش دارای میانگین و انحراف معیار (۱۸/۲۰) $53/88$ از صد بود که نتایج برخی از مطالعات در کشورهای آسیایی نشان داد که نمره کیفیت زندگی کلی بیماران در ایران $48/33$ ، عربستان $31/1$ و چین $54/9$ درصد بود [۱۷، ۲۴، ۲۸]. نتایج مطالعات در کشورهای غربی نشان داد که نمره

References

- 1- Valdivieso M, Kujawa AM, Jones T, Baker LH. Cancer survivors in the United States: a review of the literature and a call to action. *International Journal of Medical Sciences* 2012; 9(2):163-73.
- 2- Li CI. *Breast cancer epidemiology*. New York: Springer; 2010.
- 3- WHO. *Non communicable diseases country profiles 2015*. Geneva: World Health Organization; 2015.
- 4- American Cancer Society. *Cancer facts and figures 2013*. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/documen-t/acspc-036845.pdf>. Accessed Nov. 23, 2013.
- 5- Jemal A, Center MM, Desantis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers* 2010; 19(8):1893-907.
- 6- Siegel R, Naishadham D, Jemal A. *Cancer statistics, 2013*. CA: a cancer journal for clinicians 2013; 63(1):11-30.
- 7- Alteri R, Bandi P, Brinton L, Casares C, Cokkinides V, Gansler T. *Breast Cancer Facts & Figures 2011–2012*. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2011.
- 8- Are C, Rajaram S, Are M, Raj H, Anderson BO, Chaluvarya Swamy R, et al. A review of global cancer burden: trends, challenges, strategies, and a role for surgeons. *Journal of Surgical Oncology* 2013; 107(2):221-26.
- 9- Harirchi I, Kolahdoozan S, Karbakhsh M, Chegini N, Mohseni S, Montazeri A, et al. Twenty years of breast cancer in Iran: down staging without a formal screening program. *Annals of Oncology* 2010; 22(1):93-97.
- 10- Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research* 2008; 27(1):32. <https://doi.org/10.1186/1756-9966-27-32>.
- 11- Berry MJ, Rejeski WJ, Miller ME, Adair NE, Lang W, Foy CG, et al. A lifestyle activity intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine* 2010; 104(6):829-39.
- 12- WHO. *Early detection of cancer*. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/en/>. Accessed Nov. 23, 2013.
- 13- Cummings SR, Tice JA, Bauer S, Browner WS, Cuzick J, Ziv E, et al. Prevention of breast cancer in postmenopausal women: approaches to estimating and reducing risk. *Journal of the National Cancer Institute* 2009; 101(6):384-98.
- 14- Alagheband M, Servat F, Zarepour F. Investigation of the Relationship between Quality of Life and Life Expectancy in Patients with Breast Cancer. *Toloobehdasht* 2016; 15(2):175-85 (In Persian).
- 15- Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* 2000; 9(2):177-84.
- 16- Safaee A, Moghimi BD, Tabatabaie S. Reliability and validity of the QLQ-C30 questionnaire in cancer patients. *Armaghane Danesh Bimonthly Journal* 2007; 12(2):79-88 (In Persian).
- 17- Haghghat S. The effect of Reflexology on Quality of Life of breast cancer patients during chemotherapy. *Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases* 2013; 6(1):23-34 (In Persian).
- 18- Baghaei R, Sheykhi N, Mohammadpour Y, SHarifi M. Evaluation of the effects of educational package on controlling the complications of chemotherapeutic agents on symptom scales of quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2013; 11(9):667-79 (In Persian).
- 19- Chui PL, Abdullah KL, Wong LP, Taib NA. Quality of life in CAM and Non-CAM users among breast cancer patients during chemotherapy in Malaysia. *PloS one* 2015; 10(10):e0139952.
- 20- Schmidt ME, Wiskemann J, Armbrust P, Schneeweiss A, Ulrich CM, Steindorf K. Effects of resistance exercise on fatigue and quality of life in breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy: a randomized controlled trial. *International Journal of Cancer* 2015; 137(2):471-80.
- 21- Brédart A, Kop J-L, Griesser A-C, Fiszler C, Zaman K, Panes-Ruedin B, et al. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. *Annals of*

Oncology 2013; 24(8):2151-58.

22- Hatam N, Bastani P, Ahmadlo N, Ahmadkia-Daliri AA. Health related quality of life in breast cancer patients undergoing current chemotherapy protocols. Journal of Kerman University of Medical Sciences 2011; 18(1):49-58 (In Persian).

23- Saffari M, Zeidi I, Pakpour A. Role of religious beliefs in quality of life of patients with cancer. Hakim Research Journal 2012; 15(3):243-50 (In Persian).

24- So WK, Chow KM, Chan HY, Choi KC, Wan RW, Mak SS, et al. Quality of life and most prevalent unmet needs of Chinese breast cancer survivors at one year after cancer treatment. European Journal of Oncology Nursing 2014; 18(3):323-28.

25- Ayatollahi H, MohaddeSi H, Hassanzadeh G. Quality of life in breast cancer patients: Study in the Omid cancer research center-Urmia. Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases 2013; 5(4):35-43 (In Persian).

26- Hutchinson AD, Hosking JR, Kichenadasse G, Mattiske JK, Wilson C. Objective and subjective cognitive impairment following chemotherapy for cancer: A systematic review. Cancer Treatment Reviews 2012; 38(7):926-34.

27- Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the Fatigue Coalition. The Oncologist 2000; 5(5):353-60.

28- Almutairi K, Mansour E, Vinluan J. A cross-sectional assessment of quality of life of breast cancer patients in Saudi Arabia. Public Health 2016; 136:117-25.

29- Mkanta WN, Chumbler NR, Richardson LC, Kobb RF. Age-related differences in quality of life in cancer patients: a pilot study of a cancer care coordination/home-telehealth program. Cancer Nursing 2007; 30(6):434-40.

30- DiSipio T, Hayes S, Newman B, Janda M. What determines the health-related quality of life among regional and rural breast cancer survivors? Australian and New Zealand journal of public health 2009; 33(6):534-39.