

پیش‌بینی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان بر مبنای عوامل روان‌شناختی، طبی و جمعیت‌شناختی

مهدی دهستانی^۱، مرضیه باقریان^۲، امیر موسی‌رضایی^۳، سید محمود طباطبایی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مبتلایان به سرطان پستان دچار مشکلات زیادی در حیطه سلامت روان می‌شوند که اختلال در کیفیت زندگی از مهم‌ترین پیامدهای آن می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تبیین نقش پیش‌بین عوامل روان‌شناختی، طبی و جمعیت‌شناختی در کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان طراحی گردیده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است که به شکل مقطعی اجرا شد. نمونه مورد پژوهش در این مطالعه متشکل از ۳۴۱ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بودند که با روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (General Health Questionnaire 28 questions) و کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (Short Form-36) بود. جهت تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار SPSS نسخه بیستم و روش‌های آمار توصیفی، آنالیز واریانس، آزمون تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، کیفیت زندگی اکثریت (۵۱ درصد) واحدهای مورد پژوهش متوسط (۳۴-۶۶) بود. در زمینه وضعیت سلامت روان مبتلایان، میانگین «اختلال در عملکرد اجتماعی» از حیطه سلامت روان $9/7 \pm 4/30$ بود که از سایر حیطه‌ها بیشتر است. بنابراین سرطان پستان بیشترین اثر را بر عملکرد اجتماعی بیماران گذاشته است.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان با سلامت روان، خستگی، تعداد جلسات شیمی‌درمانی و میزان تحصیلات ایشان وجود داشت. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون، ۴۱ درصد از واریانس نمرات کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان به وسیله متغیرهای سلامت روان، خستگی، تعداد جلسات شیمی‌درمانی و میزان تحصیلات تبیین گردید ($R^2 = 41/0$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان را می‌توان در قالب یک معادله رگرسیون به وسیله متغیرهای سلامت روان، خستگی، تعداد جلسات شیمی‌درمانی و میزان تحصیلات پیش‌بینی کرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت روان، سرطان پستان، عوامل روان‌شناختی، عوامل طبی، عوامل جمعیت‌شناختی

ارجاع: دهستانی مهدی، باقریان مرضیه، موسی‌رضایی امیر، طباطبایی سید محمود. **پیش‌بینی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان بر مبنای عوامل روان‌شناختی، طبی و جمعیت‌شناختی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۳): ۴۶۴-۴۵۲

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۰/۱۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۶/۲۳

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، انجمن روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی اجتماعی، دانشگاه پیام نور، ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)
۴. استاد روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

امروزه سرطان پستان یکی از مهم‌ترین عوامل 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 (۱-۳). بر طبق آخرین آمار منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ سرطان دومین عامل مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی در سطح جهان محسوب می‌شود (۴). در ایالت متحده نیز میزان مرگ و میر از همین روند پیروی می‌کند. در این کشور سرطان پستان اولین نوع شایع سرطان در زنان و دومین عامل مرگ و میر است (۵). رحیمی به نقل از سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸، سه سرطان شایع در ایران را به ترتیب معده، پستان و کولورکتال (بین دو جنس) معرفی کرد (۶)، برآورد شده است که در بین کل سرطان‌ها در کشور، سرطان پستان، رتبه اول شیوع را در بین زنان به خود اختصاص می‌دهد (۷-۸). مطالعات مختلف همگی بر این موضوع به توافق نظر رسیده‌اند که سن ابتلا به این بیماری در ایران حدود یک دهه کمتر از کشورهای دیگر است (۹-۱۲). بر طبق آخرین آمار در دسترس در استان اصفهان نیز سرطان پستان ۲۸ درصد موارد سرطان در زنان را شامل می‌شود که رتبه دوم شیوع سرطان در استان را به خود اختصاص داده است (۱۳).

هرچند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب‌الوقوع 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 (۱۴). در این بین بیماران مبتلا به سرطان پستان 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 روان‌شناختی و آسیب‌های وارده به این بیماران در حوزه سلامت روان با شدت عوارض جانبی ناشی از شیمی‌درمانی و پرتودرمانی همبستگی دارد (۱۵). افسردگی با شیوع ۲۵

درصدی از جمله شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی در افراد پس از دریافت خبر ابتلا به بیماری سرطان پستان محسوب می‌شود (۱۶).

از جمله پیامدهای شایع به دنبال سرطان پستان بروز عصبانیت، خشم، افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی، پوچی، بی‌معنایی، کینه‌توزی و همانند آن‌ها می‌باشد. احتمال بروز اختلالات سلامت روانی در بیماران سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده است (۱۷). اغلب بیماران در پاسخ به تشخیص اولیه دچار شوک و استرس شده و از خود انکار نشان می‌دهند. غلبه این حالت بر بیمار احتمالاً یک بحران حاد روانی را به دنبال خواهد داشت (۱۸).

در واقع مجموعه رفتارها و کنش‌های فرد در مواجهه و مقابله با بیماری صعب‌العلاج و ترس از مرگ قریب‌الوقوع را می‌توان با مراحل پنج‌گانه واکنش به مرگ پرفسور الیزابت کابلر راس (Kübler Ross) یکی از مشاهیر بزرگ مرگ‌شناسی جهان به خوبی توجیه و تفسیر نمود. واکنش ابتدائی بیمار شوک است و سپس انکار که همه چیز دروغ است. برخی بیماران هرگز از این حالت عبور نمی‌کنند و ممکن است آنقدر به پزشکان مختلفی مراجعه کنند تا فردی را بیابند که از موقعیت آن‌ها حمایت کند. خشم دومین مرحله از چرخه واکنش به مرگ قریب‌الوقوع است. بیماران از اینکه بیمار هستند ناامید، تحریک‌پذیر، و عصبانی می‌شوند؛ آنها می‌پرسند، «چرا من؟» در این مرحله درمان بیمار مشکل است، زیرا آن‌ها خشم خود را به سمت پزشکان، پرسنل بیمارستان، و خانواده جابه‌جا می‌کنند. گاه خشم آن‌ها به خودشان معطوف می‌شود، به این دلیل که اعتقاد دارند این بیماری برای تنبیه آن‌ها یا به‌علت اشتباه آن‌ها به‌وجود آمده است. مرحله سوم معامله (bargaining) می‌باشد که بیمار ممکن است سعی کند که با پزشکان، دوستان، یا حتی خدا وارد معامله شود و قول می‌دهد که در عوض علاج، حاضر است یک یا چند کار را انجام دهد. مرحله چهارم از چرخه کابلر راس، افسردگی است. بیمار علایم بالینی افسردگی را به‌صورت گوشه‌گیری، کندی روانی - حرکتی، اختلالات خواب، ناامیدی و احتمالاً افکار خودکشی از خود نشان می‌دهد و بالاخره در مرحله پایانی

برخی از آن‌ها کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند و به اضطراب یا افسردگی و به‌طور کلی افت سطح سلامت روان منجر می‌شوند (۲۲).

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 (۲۳). در تحقیق انجام شده توسط Kissan و همکاران در زنان مبتلا به سرطان پستان در مؤسسه روان‌شناسی دانشگاه ملبورن، شیوع افسردگی اساسی ۱۰ درصد، افسردگی مینور ۲۷ درصد و اختلالات اضطرابی ۹ درصد بوده است (۲۴). همچنین مطالعات گسترده حاکی از بالا بودن اختلالات حوزه سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌باشد، برای مثال یافته‌های چندین مطالعه نشان داد حدود ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان پستان دچار افسردگی مازور بوده‌اند (۲۷-۲۵).

یک رویکرد مهم که در دو دهه گذشته به منظور فهم تأثیر سرطان و درمان‌های آن بر بیماران مورد استفاده قرار گرفته است، بررسی کیفیت زندگی بیماران در طول درمان می‌باشد. 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 (۲۸). از دهه ۱۹۹۷ توجه به مفهوم کیفیت زندگی بیش از پیش شده است. از دلایل افزایش توجه به این مفهوم در عصر جدید تأکید بیشتر بر کیفیت زندگی در برابر کمیت زندگی، افزایش سرسام‌آور هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی و شناسایی تفاوت در برآیندهای مراقبت‌های سلامتی بیان شده است (۲۹). کیفیت زندگی فرد با همه عوامل بیماری سرطان (عوامل طبی) و عوامل جمعیت‌شناختی ارتباط دارد که از آن با عنوان ویژگی‌های سرطان یاد می‌شود. ویژگی‌های سرطان شامل خستگی، مشکلات روانی، انکار بیماری، اختلال در تصویر ذهنی به دلیل تغییر در عملکرد اعضای بدن و طول مدت بیماری می‌باشد. از ویژگی‌های دیگر سرطان، نوع سرطان، مرحله سرطان، زمان تشخیص اولیه، پذیرش بیماری توسط بیمار، درد ناشی از سرطان، استرس‌های روانی و رفتار

پذیرش اتفاق خواهد افتاد. در این مرحله، بیمار درمی‌یابد که مرگ اجتناب‌ناپذیر است و جهان‌شمول بودن این تجربه را می‌پذیرد. احساسات بیمار ممکن است از بی‌تفاوتی تا خلق نشئه متفاوت باشد (۱۹).

نکته مهم این است که کوبلر راس خود تأکید می‌کند که این توالی ۵ مرحله‌ای برای همه بیماران رو به مرگ، ثابت نیست؛ یعنی الزاماً همه بیماران از تمام این مراحل عبور نمی‌کنند. گروهی ممکن است بین این مراحل رفت و برگشت کنند؛ بعضی‌ها ممکن است فقط یک یا دو مرحله را تجربه کنند و اصلاً به مراحل نهایی راه پیدا نکنند. برخی هم ممکن است زودتر به مراحل پایانی برسند. موارد نادری هم هستند که دقیقاً این ۵ مرحله را با همین توالی منظم و دقیق طی می‌کنند. اما به هر حال، رویارویی با مرگ قریب‌الوقوع - لاقلاً از نظر کوبلر راس - خارج از این مراحل پنج‌گانه نیست (۱۹). بازخوردهای شناختی ناشی از درمان‌دگی و ناامیدی و برداشت ذهنی فرد در مورد سطح سلامت روان، می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیرات منفی داشته باشند (۲۰). مطالعات گوناگون نشان داده‌اند که شاخص‌های سلامت روان می‌تواند با کاهش شاخص‌های 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 نظام ایمنی بدن می‌تواند میزان اثربخشی اقدام‌های درمانگری را کاهش دهد و میزان کیفیت بهبودی را به مخاطره بیندازد (۲۱).

سرطان پستان شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است. در واقع بیشتر افرادی که به سرطان پستان مبتلا می‌شوند، یک دوره فشار روانی را تجربه می‌کنند. در این بین برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه آن‌ها می‌شود. این مشکلات روانی که به لحاظ بالینی شدید هستند، معمولاً به عنوان بخشی از یک اختلال انطباقی، اختلال افسردگی اساسی یا یک اختلال اضطرابی بروز می‌کنند. همچنین درمان سرطان پستان با فشارهای روانی متعددی همراه است که

روان‌شناختی غیرسایکوتیک طراحی شده و از چهار خرده مقیاس علائم جسمی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. هر حیطة دارای ۷ سؤال می‌باشد. سؤالات 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 ۹۱-۸۸ درصد برآورد کرده‌اند. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه لیکرتی به شکل 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 نشان‌دهنده اختلال روانی و پایین‌تر از آن نشانه سلامت روانی محسوب می‌شود (۳۱).

پرسش‌نامه استاندارد بین‌المللی کیفیت زندگی فرم ۳۶ سؤالی، در بردارنده ۸ مقیاس یا مفهوم می‌باشد که شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی و هیجانی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، درد جسمی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سرزندگی و درک سلامت عمومی می‌باشد (۳۲). پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد استفاده شده و روایی و پایایی آن ۷۵ درصد تأیید شده است (۳۳). روایی و پایایی این پرسش‌نامه در دیگر مطالعات داخل و خارج کشور نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۳۴). به عنوان مثال این پرسش‌نامه در ایران توسط منتظری و همکاران هنجاریابی شده و اعتبار و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (۳۵). پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه دهداری و همکاران با روش آزمون مجدد با فاصله زمانی ۲ هفته سنجیده شد و ضریب همبستگی پیرسون ۷۵ درصد به دست آمده است (۳۶). همچنین پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه موسی‌رضایی و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان پستان به روش آزمون مجدد با ضریب همبستگی ۷۵ درصد مورد تأیید قرار گرفت (۳۷).

مراقبت‌دهندگان می‌باشد که بر کیفیت‌زندگی بیماران سرطانی تأثیر دارند (۳۰).

با توجه به شیوع بالای سرطان‌پستان و اهمیت تأثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد کیفیت زندگی افراد مبتلا و با در نظر گرفتن این‌که مبتلایان به سرطان تحت درمان، دچار مشکلات متعددی هستند و همچنین در جامعه ما به مفهوم کیفیت‌زندگی و عوامل طبیی، جمعیت‌شناختی مرتبط با آن، علی‌الخصوص حوزه سلامت‌روان (عوامل روان‌شناختی) در بیماران مبتلا به سرطان‌پستان کمتر پرداخته شده است، شناخت این عوامل به پرسنل بهداشتی و درمانی جامعه کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را در جهت ارتقا سطح سلامت و بهبود کیفیت‌زندگی این بیماران سازماندهی نمایند؛ لذا محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف پیش‌بینی کیفیت‌زندگی مبتلایان به سرطان‌پستان بر مبنای عوامل روان‌شناختی، طبیی و جمعیت‌شناختی طراحی و اجرا نمایند. امید آن‌که نتایج تحقیق حاضر ضمن حمایت از بیماران سرطانی، راه‌گشای طرح‌های مداخله‌ای در این خصوص باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود که به شکل مقطعی اجرا شد. ۳۴۱ بیمار مبتلا به سرطان‌پستان، به روش نمونه‌گیری آسان، وارد مطالعه گردیدند. حجم نمونه با استفاده از مطالعه فاضل و همکاران به نقل از دهکردی ۳۳۸ نفر محاسبه شد که در نهایت ۳۴۱ بیمار تحت نمونه‌گیری قرار گرفتند (۳۰). سن بالاتر از ۱۸ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان با تأیید پزشک متخصص، حداقل گذشت یک سال از تشخیص بیماری و عدم مشکلات روانی شناخته شده و یا تحت درمان بودن با داروهای روان‌گردان معیارهای ورود نمونه‌های مورد بررسی به مطالعه بود.

اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و ویژگی‌های بیماری، پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) و کیفیت‌زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) گردآوری شد. پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در سال ۱۹۷۹ توسط Goldberg به منظور غربالگری اختلالات

سلامت روان ۹/۷ می‌باشد که از سایر حیطه‌ها بیشتر است. بنابراین سرطان پستان بیشترین اثر را بر عملکرد اجتماعی بیماران گذاشته است. در مقابل «علایم شبه جسمی» از حیطه سلامت روان با میانگین نمره ۵/۶، نشان‌دهنده آن است که در مطالعه حاضر سرطان پستان 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 پستان در جدول ۱ ارائه گردیده است.

در مورد نمرات حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران سرطان پستان، بیشترین میانگین مربوط به حیطه درک سلامت عمومی با میانگین ۲۲/۳ می‌باشد که نشان‌دهنده 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 ۲).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین بعضی ابعاد کیفیت زندگی بیماران با حیطه‌های سلامت روان وجود داشت. یافته‌ها حاکی از همبستگی معنی‌دار حیطه عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با دو حیطه اضطراب و افسردگی بود، به ترتیب ($p=0/001$ و $r=-0/08$) و ($p=0/004$ و $r=-0/65$). بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان با سلامت روان، خستگی، تعداد جلسات شیمی‌درمانی و میزان تحصیلات ایشان وجود داشت. این در حالی است که ارتباط بین کیفیت زندگی بیماران تحت مطالعه با سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح درآمد و طول مدت زمان سپری شده از تشخیص از نظر آماری معنی‌دار نشد ($P > 0/05$).

به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای سلامت روان، خستگی، تعداد جلسات شیمی‌درمانی و میزان تحصیلات و تعیین سهم هر یک از آن‌ها به‌عنوان متغیر پیش‌بین کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان به‌عنوان متغیر ملاک، تمامی متغیرها وارد تحلیل رگرسیون شدند.

شیوه پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی (بلی-خیر) تا طیف لیکرت ۶ درجه‌ای متغیر است، در این ابزار افزایش نمره نشان‌دهنده سطح بهتر کیفیت زندگی می‌باشد (۳۸). پژوهشگران با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از بیماران، اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نمودند. پرسش‌نامه‌ها برای بیماران به روش مصاحبه تکمیل گردید، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSSV20 (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) روش‌های آمار توصیفی (توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (آنالیز واریانس، آزمون تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه)، و با ضریب اطمینان ۹۹ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر شخصا پرسش‌نامه‌ها را پس از توضیحات لازم در مورد محرمانه بودن اطلاعات، ضرورت پژوهش و صداقت در پاسخگویی بین بیماران توزیع و پس از تکمیل در همان جلسه جمع‌آوری کرد. بی‌نام و نشان بودن پرسش‌نامه‌ها یکی از موارد مدنظر جهت رعایت امنیت اخلاقی در تحقیق مزبور بود.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، میانگین سنی نمونه‌های مورد پژوهش $42/1 \pm 5/8$ سال بود. اکثریت نمونه‌ها (۷۵/۶۵ درصد) متأهل و ۴۵/۴۵ درصد از افراد شرکت‌کننده از نظر تحصیلات زیر دیپلم بودند. این در حالی است که تنها ۴/۶۹ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. هم‌چنین از نظر وضعیت اشتغال اکثریت نمونه‌ها خانه‌دار (۸۷/۹۷ درصد) بودند. بر اساس اطلاعات به‌دست آمده ۳۰/۲۵ درصد از بیماران، دارای سابقه فامیلی سرطان پستان بودند. طول مدت بیماری اکثریت بیماران (۴۴/۸۶ 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.

در زمینه وضعیت سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان، میانگین «اختلال در عملکرد اجتماعی» از حیطه

تحصیلات تبیین می‌شود. به این ترتیب با توجه به مقدار ضریب تعیین، مشخص شد که ۴۱/۰ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط متغیرهای سلامت روان، خستگی، تعداد جلسات شیمی‌درمانی و میزان تحصیلات قابل تبیین می‌باشد ($R^2 = 41/0$).

نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در جدول ۳ آورده شده است. بر اساس نتایج جدول ۳، میزان F مشاهده شده معنی‌دار است ($P = 0/001$) و از کل مقدار ۴۱ درصدی ضریب تعیین متغیر ملاک، ۲۰/۳ درصد به وسیله متغیر سلامت روان، ۸/۹ درصد توسط متغیر خستگی، ۶/۹ درصد توسط متغیر تعداد جلسات شیمی‌درمانی و ۴/۹ درصد نیز به وسیله متغیر میزان

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان

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

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

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

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام برای پیش‌بینی کیفیت زندگی از طریق متغیرهای پیش‌بین

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	β	R	R^2	F	P
کیفیت زندگی	سلامت روان	-۰/۷۶۹	-۰/۳۴۹	۰/۴۵۱	۰/۲۰۳	۸۱/۴	۰/۰۰۱
	خستگی	۰/۵۷۱	۰/۲۷۱	۰/۵۴۱	۰/۲۹۲	۷۸/۷	۰/۰۰۱
	تعداد جلسات شیمی‌درمانی	۰/۵۰۲	۰/۱۴۶	۰/۶۰۱	۰/۳۶۱	۵۶/۲	۰/۰۰۱
	میزان تحصیلات	۰/۳۶۱	۰/۱۲۳	۰/۶۴۱	۰/۴۱۰	۴۰/۲	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، میانگین سنی نمونه‌های مورد پژوهش $42/1 \pm 5/8$ سال بود. در مطالعه McCoubrie و Davies، میانگین سنی بیماران ۶۸ سال (با دامنه سنی ۹۳-۲۹ سال) و در مطالعه Romero و همکاران در ایالت متحده میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۵۲ سال بود (۴۰-۳۹). همان‌طور که مشاهده می‌شود، سن بیماران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر حدود یک دهه کمتر از بیماران شرکت‌کننده در سایر مطالعات بود. مطالعه پدram و همکاران نیز مؤید این مطلب است که سرطان پستان، زنان ایرانی را یک دهه زودتر از هم‌تاهاشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۲).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش متوسط (۶۶-۳۴) (۵۱ درصد) و سپس ۳۵/۵ درصد خوب (> 66) و بالاخره ۱۳/۵ درصد ضعیف (۳۳-۰) بود. در تأیید یافته‌های مطالعه حاضر، مطالعه نعمت‌الهی با عنوان بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد که کیفیت زندگی اکثریت (۶۶ درصد) زنان مبتلا به سرطان پستان متوسط بوده است (۴۱)، هم‌چنین یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج دیگر مطالعات نیز همخوانی دارد (۴۳-۴۲)، لیکن در مطالعه نعمتی و همکاران نتایج مبین آن بود که کیفیت زندگی اکثریت افراد مورد پژوهش (۸۷/۵ درصد) کمتر از حد متوسط بود (۴۴). این تفاوت ممکن است به دلیل متفاوت بودن جامعه پژوهش (نوجوانان مبتلا به لوسمی در مطالعه نعمتی) باشد. همین‌طور اختلاف قابل توجه در تعداد نمونه‌ها (در مطالعه نعمتی ۴۰ نفر و در مطالعه حاضر ۳۴۱ نفر) باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، سرطان پستان 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 نشان داد 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 روان‌پریشی دارای مشکل جدی می‌باشند (۴۵). هم‌چنین نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه Weitzner همخوانی دارد، به‌طوری‌که در آن مطالعه نیز ناتوانی در کنترل هیجانات و اضطراب و افسردگی از جمله مشکلات شایع در زنان مبتلا به سرطان پستان معرفی شده است (۴۶). این یافته را می‌توان با استفاده از چرخه تضعیف روحیه فرانک توجیه کرد زیرا در زنان مبتلا به سرطان پستان 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 (۴۶). به‌علاوه، 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 (۴۷).

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 تأیید 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 (۴۸).

از جمله نتایج مطالعه حاضر ارتباط معنی‌دار آماری حیطه عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با دو حیطه اضطراب و افسردگی بود. محققان معتقد هستند سلامت جسمی بیماران سرطانی از رشد روانی آنان تأثیر می‌پذیرد و ارتقای سلامت روانی آن‌ها بر پایه پیشگیری و درمان تنش‌های عاطفی استوار می‌باشد (۴۹). 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

عواملی چون تفاوت در حجم نمونه، متفاوت بودن نوع سرطان و یا قرارگیری بیماران در شرایط درمانی متفاوت باشد. در زمینه ارتباط شدت خستگی با کیفیت زندگی نتایج نشان داد بین شدت خستگی و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد، به طوری که مبتلایان به سرطان که از درجات بالاتری از خستگی رنج می‌برند، میانگین نمرات کیفیت زندگی پایین‌تری را اخذ کرده بودند. یافته‌های مطالعه صفایی و همکاران نیز مبین وجود ارتباط بین حیطه‌های کیفیت زندگی با شدت خستگی در بیماران سرطانی می‌باشد (۵۴). هم‌چنین یافته‌های مطالعات دیگر نیز همسو با نتایج مطالعه حاضر در این حوزه بوده و بر آن صحنه می‌گذارند (۵۵-۵۶). از طرفی نتایج مطالعه Holzner و همکاران نشان داد که بین شدت خستگی و کیفیت زندگی بیماران تحت مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۵۷). متفاوت بودن حجم نمونه‌ها، ابزار مورد استفاده، روش نمونه‌گیری، نوع رژیم درمانی و قرارگیری بیماران در مراحل متفاوت درمان را می‌توان از دلایل احتمالی این تعارض دانست. از دیگر یافته‌های قابل تأمل مطالعه حاضر می‌توان به معنی‌دار شدن ارتباط آماری بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان با تعداد جلسات شیمی‌درمانی اشاره نمود. بدین صورت که با افزایش تعداد جلسات شیمی‌درمانی، میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران نیز افزایش یافته و بیماران از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. در تأیید این یافته، شبانلویی در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب تبریز نشان داد بین کیفیت زندگی با تعداد جلسات شیمی‌درمانی ارتباط مستقیم وجود دارد (۵۸). هم‌چنین یافته‌های مطالعه Hurny و همکاران نیز بر یافته‌های مطالعه حاضر صحنه می‌گذارد (۵۹). با توجه به یافته‌های مطالعه حاضر مبنی بر وجود ارتباط معنی‌دار مستقیم (مثبت) بین تعداد جلسات شیمی‌درمانی با سطح کیفیت زندگی، می‌توان استنباط نمود که شیمی‌درمانی و افزایش تعداد جلسات آن باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران سرطانی

آن‌جا که بیماران سرطانی اختلال عملکرد فیزیکی دارند، این امر بر احساس سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی آنان سایه افکنده و موجب اثر متقابل بر سلامت روان این گروه از بیماران شده است. در تأیید نتایج مطالعه حاضر، نتایج بررسی Perkins و همکاران در آمریکا که به مطالعه ۱۴۸ بیمار مبتلا به سرطان پستان و ۱۳۴ بیمار مبتلا به سرطان پروستات پرداخته‌اند، نشان داد حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران با علائم جسمی آن‌ها ارتباط دارد (۵۰). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، طول مدت سپری شده از تشخیص، سطح درآمد، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال با کیفیت زندگی وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد (۴۱-۴۲، ۵۱). هم‌چنین نتایج مطالعه Northous و همکاران به نقل از Vedat و همکاران در میشیگان با عنوان کیفیت زندگی زنان آفریقایی آمریکایی مبتلا به سرطان پستان نشان داد هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال با کیفیت زندگی وجود ندارد که همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد (۵۲). از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر می‌توان به معنی‌دار شدن ارتباط بین سطح تحصیلات با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان اشاره نمود. به این صورت که با افزایش میزان تحصیلات نمونه‌های مورد پژوهش، میانگین نمرات کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یافت. در تأیید نتایج مطالعه حاضر، Ozon و همکاران در تحقیق خود تحت عنوان کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان در ترکیه به این نتیجه رسیدند بین وضعیت تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌دار مستقیم وجود دارد. در مطالعه صورت پذیرفته توسط Shim و همکاران نیز بین وضعیت تحصیلات بیماران با کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط وجود داشت، در حالی که بین سن و وضعیت تأهل با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت (۵۳). علت این تعارضات نیز می‌تواند ناشی از تفاوت‌های احتمالی در برخی از معیارهای ورود و یا

انتباطی) و از همه مهم‌تر برقراری ارتباطی توأم با درک متقابل و احترام به بیمار، نقش کلیدی در کنترل بیماری و درمان، و به تبع آن ارتقا کیفیت زندگی این بیماران ایفا نمایند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیمارانی که 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.

می‌شود. بنابراین برخلاف عقیده عموم مردم، پیشرفت برنامه درمانی و دریافت جلسات بعدی شیمی‌درمانی، امکان تطابق و سازگاری بیمار با داروهای شیمی‌درمانی و عوارض آن را به دنبال خواهد داشت.

امروزه در بیماری‌های مزمن و به خصوص سرطان، تنها زنده ماندن مدنظر نمی‌باشد و افراد خواهان زندگی با کیفیت مطلوب هستند، با نگاهی کلی به تحقیق فعلی می‌توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان در طی مسیر درمانی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و کاهش می‌یابد. پرسنل بهداشتی درمانی می‌توانند در موقعیت‌های بالینی با داشتن روابط مثبت، استفاده از تکنیک‌های روان‌شناختی و حمایت‌های روانی اجتماعی (مشاوره‌های فردی، گروه‌های حمایتی، آرام‌سازی و کنترل استرس، بهبود مهارت‌های

References

1. Kruk J, Abul-Eneiny. Psychological stress and the risk of breast cancer :a case control study cancer Detection and prevention 2004;28(6):399-408
2. Sadjadi A, Nourae M, Mohagheghi MA, Mousavi-Jarrahi A, Malekezadeh R, Parkin DM. Cancer occurrence in Iran in 2002, an international perspective. Asian Pac J Cancer Prev 2005; 6:359-63. [In Persian].
3. Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahan AJ. Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. Asian Pac J Cancer Prev 2004; 5:24-7. [In Persian].
4. World Health organization. Noncommunicable Disease,countries profile 2011. WHO global report. [online].Available from : http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/
5. Smeltzer SC Bb, Hinke JL, Cheere KH, Kluwer W. Brunner and Sudarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2010. p. 337. (1460-1700).
6. Rahimi F, Rohani M. Distribution investigation of cancers in Tehran regions are supervised by medical scientific of Tehran university in 2007, Razi Journal 2007;18(80):34-45. [In Persian].
7. Khodabakhshi R, Gohari M, Moghadami Fard Z, Foadzi H, Vahabi N. Survival without illness in breast cancer patients and investigating effective factors. Razi Medical Journal 2011: 18(89):28-33. [In Persian].
8. Gajzade SE, Najme ET. Investigation breast cancer risk factors by branch grapies. Iranian Journal of Nursing Vision 2011;77:61-8. [In Persian].
9. Shah Khodabandeh S, Piri Z, Biglo M, Asadi M, Chakhmaghi N. Breast Cancer in Iran: Research Trend of Iranian Researchers in Medline. Breast Disease Journal 2009;2: 49-59. [In Persian].
10. Nori Zadeh R, Bakhtari F, Sahebi L. Investigation knowledge and health behaviour of women who coming to health centers of Tabriz about cancer and screening in 2010. Breast Disease Journal 2010; 3(3,4): 43-51. [In Persian].
11. SalimiPormehr S, Kariman N, Sheykhani Z, AlaviMajd H. Investigation of Breast Cancer Screening Tests Performance and Affecting Factors in Women Referred to Ardebil's Health and Medical Centers. Journal of Ardabil University of medical sciences 2009; 10(4):310-18. [In Persian].

12. Ebrahimi, Seied Meisam. Investigation effect of ginger on nausea and vomiting of cancer patients receiving chemotherapy.[MSc Thesis]. Tehran, Iran: Medical Science Tehran University; 2010.
13. Shahsavari H, Taleghani F, Khaje Aminian M, Matourypour P, Mokarian F, Samimi A. Investigation effective of self-care education on quality of life in breast cancer patients in Seyed Alshohada hospital at Isfahan 2008, Research plan. Isfahan: Nursing and midwifery faculty, medical scientific university of Isfahan; 2011.
14. Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, Azuma H, Sagawa R, Furukawa T A, ...[et al]. Course of psychological distress and its predictors in advanced non small cell lung cancer patients. *Psycho Oncology* 2005; 15(6): 20-7.
15. Shields C, Rousseau S. A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. *Family Process* 2004; 43(1):95-107.
16. Jacobsen P B, Jim H S. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievement and challenges. *Cancer Journal for Clinicians* 2003; 58(4): 214-30.
17. 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].
18. Black Joice M and Hawks Jane Hokanson. *Medical-Surgical Nursing*. 8th Edition. Trans: Eghbali M, Abedi HA, Shahriari M, Naji H, Moini M, Babayi S et al. Isfahan University of Medical Sciences publication, 2006[Persian].
19. Biniyaz S. five steps of reaction to death. January 27, 2015. [Online]. Available from: <http://www.hamshahrionline.ir/details/22256>. Access at May 28, 2015.
20. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment* 2008; 110(1): 9-17.
21. Taylor E J. Transforming tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 2000; 27: 721-88.
22. Pedram M, Mohammadi Gh, Naziri N. Aeinparast. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Treatment of Anxiety and Depression Disorders and on Raising Hope in Women with Breast Cancer, *Woman & Society* 2011;1(4) :61-75. [In Persian].
23. 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 chemoradiotherapy. *Gynecol Oncol* 2008; 111(1):144-50.
24. Kissan Dw, Bloch S, Simth Gc, Miach P. Cognitive –existential group psychotherapy for women with primary breast cancer. *Psycho oncology* 2003; 12(6): 532–46.
25. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *psychooncology* 2001; 10(2): 156-65.
26. Lampic C, Thurfjell E, Bergh J and Sjoden PO. Short and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. *Eur J Cancer* 2001; 37(4): 463-9.
27. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjoden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001; 37(3): 376-84.
28. Kearney H. *Nursing patients with cancer*. Edinburgh:Churchill Livingstone; 2006.
29. Guggenmoss H I, Bloomfeild K, Bernner H. Quality of life and health. *New England journal of Medicine* 2000; 19: 69-79.
30. Hasanpour Dehkordi A, Shaaban M. Relationship between cancer characteristics and QOL in the cancer patients under chemotherapy referred to selected clinic of Tehran university of medical sciences. *Shahrekordeh university of medical sciences journal* 2005; 6(4): 63-71. [In Persian].

31. Dadkhah B, Mohammadi M, Mozafari N. Mental health status of the students in Ardabil University Of Medical Sciences, 2004. *J Ardabil Univ Med Ssi Health Serv* 2006; 6(1):31-6. [In Persian].
32. 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. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services* 2008; 12(2): 32-40. [In Persian].
33. Behrouzifar S, Zenouzi Sh, Nezafati MH, Esmaili H, Factors Affecting the Patients' Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft, *Iran Journal of Nursing* 2009;22(57): 31-41. [In Persian].
34. Esmaeili Z, Ziabakhsh Tabari Sh, Vaezzadeh N, Mohammadpour Tahamtan R.A. Quality of Life after Coronary Artery Bypass Grafting in Sari City, 2005-2006. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2007; 17(61): 170-4. [In Persian].
35. 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. [In Persian].
36. Dehdari T, Heidarnia A R, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F, Etemad S. Planning and evaluation of an educational intervention programme to improve life quality in patients after coronary artery bypass graft-surgery according to PRECEDE-PROCEED model. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2009;15(4): 27-37. [In Persian].
37. Musarezia 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; 3:853-9.
38. Brazperenjani SH, Brumand A. The Effect of Self- Care Teaching by Video Tape on Physical Problems and Quality of Life in Dialysis Patients, *Iran Journal of Nursing* 2008; 21(54): 121-32. [In Persian].
39. Romero C, Kalidas M, Elledge R, Change J, Liscum K R, Friedmen L C. Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer , *J Behavioral Medicine* 2006; 29(1): 29-36.
40. 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(4): 379-85.
41. Nematollahi A. Quality of life in the breast cancer patients referred to selected clinic of Tehran University of Medical Sciences. Tehran: Nursing and Midwifery Faculty of Tehran university of Medical Sciences; 2004. [In Persian].
42. Sammarco A. Perceived social support: Uncertainly and Quality of life of younger breast cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24(3):212-9.
43. 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 in 2000. [MSc Thesis]. Nursing and Midwifery Faculty of Iran university of Medical Sciences; 2000. [In Persian].
44. 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. Proceeding of the first congress of quality of life in Tarbiat Modares University, 2005. [In Persian].
45. Bamshad Z, Safikhani F. Assessment of mental health of women with breast cancer. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz: Ahvaz University of Medical Sciences; 2006. p.56. [In Persian].
46. 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. *J Psychosoc Oncol* 1997; 5(3): 241-8.
47. 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. [In Persian].

48. 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.
49. Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. Psychological health in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs* 2008;24(3):193-201.
50. 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. *Psycho oncology* 2009; 18(4):405-11.
51. Aghabarari M, Ahamadi F, Mohammadi E, Hajizadeh E, Farahani A V. Physical, emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy. *Iranian Journal of Nursing Research* 2007;1(3): 55-65. [In Persian].
52. Vedat I, Perihan G, Seref K, Anderson H. Improving quality of life in patients with non small cell lung cancer: research experience. *Eur J Cancer* 2001; 33: 8-13.
53. Shim E-J. Health related quality of life in breast cancer: A cross cultural survey of German, Japanese and South Korean patients. *Journal of Breast Cancer Treat* 2006; 99(3): 341-350
54. Safaee A, Tabatabaee SH, Moghimi-Dehkordi B, Zeighami B, Cancer-related fatigue in breast cancer patients under chemotherapy, Koomesh, *Journal of Semnan University of Medical Sciences* 2010;11(4): 317-23. [In Persian].
55. Littlewood TJ, Kallich JD, Miguel JS, Hendricks L and Hedenus M. Efficacy of darbepoetin alfa in alleviating fatigue and the effect of fatigue on QOL in anemic patients with lymphoproliferative malignancies. *J Pain Symptom Manage* 2006 Apr; 31(4): 317-25
56. So W K, Dodgson J, Tai J W. Fatigue and QOL among chinese patients with hematologic malignancy after bone marrow transplantation. *Cancer Nurs* 2003; 26(3): 211-9
57. Holzner B. QOL in breast cancer patient not enough attention for long-term survivors. *J Psychometrics* 2001; 42:117-23.
58. Shabanlooie R, Motaarefi H. Quality of life among chemotherapy patients admitted to selected hospitals in Tabriz. *Proceeding of the 1st congress of quality of life in Tarbiat Modares University*. Tehran, Iran: 2005. [In Persian].
59. Hürny C, Bernhard J, Coates AS, Castiglione-Gertsch M, Peterson HF, Gelber RD, et al. Impact of adjuvant therapy on quality of life in women with node - positive operable breast cancer: *International Breast Cancer Study Group. Lancet* 1996; 347(9011): 1279-84.

The Predictive Role of Psychological, Medical and Demographic Factors on Breast Cancer Patients' Quality of Life

Mahdi Dehestani¹, Marzieh Bagherian², Amir Musarezaie³, Sayed Mahmoud Tabatabaie⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: Patients with breast cancer suffered from many psychological problems which affect their quality of life. Therefore, this study was performed to predict the role of psychological, medical and demographic factors, on quality of life in patients with breast cancer.

Methods and Materials: This Cross sectional study was a descriptive-analytic one conducted in 341 breast cancer patients with simple sampling methodology. 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 was analyzed by descriptive and analytical statistics (One way Analysis of Variance, Student t-Test, Pearson and Spearman correlation coefficients and Multiple linear regressions), with applying SPSSv20 software.

Findings: Based on study findings, the majority of subjects' quality of life (51.00%) was moderate (34-36) 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 this aspect had the greatest effect on breast cancer patients.

Results showed that there was a statistically significant relationship between quality of life and mental health, fatigue, the number of chemotherapy sessions and education status among breast cancer patients. The results of regression analysis indicated that the mental health, fatigue, the number of chemotherapy sessions and education status explained totally 41.0% of the variance of patients' quality of life ($R^2 = 41.0$).

Conclusions: According to the results obtained, quality of life of patients with breast cancer is predicable according to the mental health, fatigue, the number of chemotherapy sessions and education status.

Keywords: Quality of Life, Mental Health, Breast Cancer, Psychological Factors, Medical Factors, Demographic Factors

Citation: Dehestani M, Bagherian M, Musarezaie A, Tabatabaie SM. **The Predictive Role of Psychological, Medical and Demographic Factors on Breast Cancer Patients' Quality of Life.** J Res Behave Sci 2015; 13(3): 452-464

Received: 14.09.2013

Accepted: 06.01.2015

1. Assistance Professor, Department of Psychiatry, Payam Nour University, Tehran, Iran
2. General Psychology Student, Health Psychology Society and Association of Social Psychology, Payame Nour University, Iran
3. MSc, Behavioral Sciences Research Center, Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: Musarezaie@nm.mui.ac.ir
4. Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran