

رابطه بین کیفیت زندگی و فاکتورهای فردی در مبتلایان به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی سیدالشهدا اصفهان در سال ۱۳۹۲

هومن شهسواری^۱، پگاه مطوری پور^۲، زهرا زارع^{۳*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۲۰

خلاصه

مقدمه: معیار کیفیت زندگی به عنوان شاخصی جهت اثربخشی درمان و مراقبت‌ها از سوی تیم درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد، شناخت عوامل فردی مرتبط با کیفیت زندگی لازمه ارتقاء مراقبت منحصر به فرد برای بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌باشد. این پژوهش با هدف تعیین سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان و ارتباط آن با فاکتورهای فردی انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، یک مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۱۵۰ زن مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی درمانی می‌باشد. داده‌ها از طریق پرسشنامه دو بخشی (مشمول بر بخش فاکتورهای فردی و بخش کیفیت زندگی در ۴ بعد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی) که روایی و پایایی (با آلفا کرونباخ ۰/۸) آن مورد تأیید قرار گرفته بود، جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ارتباط سنجی (اسپیرمن و پیرسون)، مجذور کای و Anova انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی کیفیت زندگی 239.06 ± 44.85 ($SD=44.85$) که در سطح متوسط می‌باشد. بالاترین سطح کیفیت زندگی در بعد روانی ۱۰۳/۶۱ و پایین‌ترین آن مربوط به بعد اجتماعی ۳۶/۴۶ است. بعد جسمانی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی با سن و سن هنگام تشخیص و بعد معنوی یا تگرش به خود معنوی و وجود بیماری زمینه‌ای ارتباط معناداری داشت ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: وجود ارتباط بین برخی فاکتورهای فردی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی در نمونه‌های این مطالعه نشان می‌دهد که در ارائه مراقبت منحصر به فرد در بیماران مبتلا به سرطان سینه، نمره کلی کیفیت زندگی نباید به جای توجه به ابعاد مختلف آن ملاک قضاوت در مورد چگونگی ارائه خدمات باشد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سرطان پستان، شیمی درمانی

۱ - استادیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ - مربی، گروه داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۳ - مربی، دانشجوی دکترا پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Zahra.zare@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۷۳۰۰۰۸۲۱

مقدمه

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 [۱]. در کشور ایران سومین عامل مرگ و میر، سرطان است که میزان آن از سوی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱، ۱۲٪ گزارش شده است [۲]، بر آورد شده است که در بین کل سرطان‌ها در کشور، سرطان پستان، رتبه اول شیوع را در بین زنان به خود اختصاص می‌دهد [۳-۴]. طبق آخرین گزارش معاونت بهداشت اداره سرطان در سال ۱۳۸۸، سن ابتلا به سرطان پستان در ایران بین ۵۰-۵۵ سال، گزارش شده است: بر اساس گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در سال ۱۳۸۸ از نظر میزان بروز سرطان پستان، اصفهان با ۳۹/۶۷ درصد رتبه دوم در کشور را بعد از تهران (۴۳/۳۶) به خود اختصاص داده است، در این استان، سرطان پستان بعد از لوسمی حاد لنفوسیتی ALL (Acute Lymphocitic Loucemia) رتبه دوم بروز را به خود اختصاص داده است [۵]. از سوی دیگر در حالی که وقوع این سرطان طی ۳۰ سال گذشته افزایش یافته، میزان مرگ ناشی از آن به آهستگی در حال پائین آمدن است [۶].

زنان از مهم‌ترین ارکان خانواده و جامعه می‌باشند؛ بنابراین بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، نه تنها سبب بهبود بقای آنها می‌شود، بلکه سبب افزایش کیفیت زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده نیز می‌گردد [۷-۸].

ضرورت اتخاذ تدابیری در زمینه کنترل عوارض بیماری و درمان و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران به شدت محسوس است [۹] زیرا وجود یک بیماری طولی‌المدت یا حتی علائم و نقایص فیزیولوژیک و یا روان‌شناختی ناشی از آن می‌تواند کیفیت زندگی را در مراحل بعدی کاهش دهد و این موضوع آسیب‌پذیری فرد را نسبت به معلولیت‌های دیگر افزایش می‌دهد [۶] به عبارت دیگر، سیر بیماری مزمن بر کیفیت زندگی بیماران تاثیرگذار می‌باشد [۱۰].

کیفیت زندگی ابعاد گوناگونی داشته و این ابعاد می‌توانند تحت تاثیر عوامل بسیار قرار گیرند. شناسایی این عوامل موثر، طبیعتاً می‌تواند قدرت پیشگویی و تعدیل کیفیت زندگی را از

طرف پرستاران انکولوژی- در کنار سایر اعضای تیم مراقبت و درمان- ارتقاء بخشد [۳-۴]. در واقع پرستار انکولوژی به عنوان شاخه‌ای از پرستاری در کنار سایر اعضا تیم درمان در تلاش جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیمار و خانواده‌اش می‌باشد، پرستار شاید اولین شخصی باشد که می‌تواند نیاز بیمار و خانواده‌اش را تشخیص داده و در جهت کنترل عوارض بیماری و درمان و همچنین ارتقاء کیفیت زندگی بیمار مؤثر باشد [۷-۸]. کیفیت زندگی در سال‌های اخیر به عنوان یک شاخص مهم موفقیت ارائه خدمات مراقبتی درمانی شناخته می‌شود که البته تحت تأثیر زمینه‌ای است که این شاخص در آن بررسی می‌گردد. تعیین شاخص کیفیت زندگی در میان بیماران سرطانی، اعضای تیم درمان را به کشف اینکه این بیماران تا چه حد و در چه ابعادی زندگی خود را متأثر از بیماری خود می‌دانند کمک می‌کند. این امر اجازه می‌دهد تا تیم درمان به ارائه خدمات خود منطبق بر اساس شرایط و نیاز بیماران بپردازند [۱۱].

در راستای بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی در مقالات مختلف، کیو و همکاران در سال ۲۰۰۴ نشان دادند که وضعیت عود بیماری، مدت زمان تشخیص بیماری، وضعیت تأهل، سطح درآمد و تحصیلات، همگی به طور مستقل، با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن ارتباط دارند [۱۲]. در حالی که حسن‌پور در بررسی فاکتورهای مؤثر بر بیماران تحت شیمی درمانی شهر تهران، ارتباطی بین متغیرهایی چون سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات و شغل با کیفیت زندگی نیافت. اما شیمی درمانی و تعداد جلسات آن با کیفیت زندگی آنان ارتباط معنی‌داری داشته است [۱۳]. فخری و همکاران در پژوهش خود متذکر تأثیر داشتن ارتباط تحصیلات بالا با برخورداری از حمایت اجتماعی بالاتر شدند [۱۴].

بنابراین آنچه از مرور مقالات مختلف برمی‌آید آن است که مطالعات بر تأثیر برخی فاکتورها همچون سن، جنس، نژاد، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی، نوع جراحی، درمان‌های بکار گرفته شده و غیره بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تأکید کرده‌اند اما نتایج این مطالعات در برخی موارد متناقض بوده و بحث

مرتب با درمان بوده که دارای ۱۸ سؤال جهت تعیین سن، سن هنگام تشخیص، مدت زمان ابتلا به بیماری، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، داشتن فرزند وابسته به مادر، زندگی کردن با خانواده، سطح تحصیلات، سطح درآمد، وضعیت اشتغال، میزان حمایت اجتماعی، محل زندگی، میزان ترس فرد از بیماری، عقیده فرد نسبت به اعمال مذهبی خود (بین سه گزینه با توجه پائین، معمولی و با توجه بالا در پرسشنامه)، داشتن بیماری زمینه‌ای و همراه، تعداد دوره‌های شیمی درمانی، وجود یا عدم وجود جراحی سینه و رادیوتراپی در نمونه‌ها بود که توسط بیماران تکمیل می‌گردید. بخش دوم پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی بود که به این منظور از پرسشنامه تدوین شده مرکز پزشکی ملی و موسسه پژوهش بک من NATIONAL MEDICAL CENTER AND BECKMAN RESEARCH INSTITUTE استفاده شد [۲]. این ابزار، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه را در چهار بعد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد بررسی قرار می‌دهد و شامل ۴۴ سؤال می‌باشد که نمره‌دهی به هر مورد بر اساس معیار ۰ تا ۱۰ صورت می‌گیرد؛ بدین صورت که نمره ۰ به بدترین حالت و نمره ۱۰ به بهترین حالت اختصاص می‌یابد. موارد ۱ تا ۸ این پرسشنامه که در مجموع واجد ۸۰ نمره می‌شود به بعد جسمی، موارد ۹ تا ۳۰ که در مجموع واجد ۲۲۰ نمره می‌شود به بعد روانی، موارد ۳۱ تا ۳۷ که در مجموع واجد ۷۰ نمره می‌شود به بعد اجتماعی و در نهایت موارد ۳۸ تا ۴۴ که در مجموع واجد ۷۰ نمره می‌شود به بعد معنوی اختصاص داشت. بالاترین نمره‌ای که واحد مورد پژوهش می‌تواند پس از تکمیل این ابزار کسب نماید، ۴۴۰ و پایین‌ترین نمره ۰ می‌باشد. لازم به ذکر است به دلیل متفاوت بودن تعداد سؤالات هر حیطه نسبت به یکدیگر، به منظور قابل مقایسه بودن میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی، نمرات به دست آمده در هر بعد، ابتدا در عدد ۱۰۰ ضرب شده و سپس بر حداکثر امتیاز آن بعد تقسیم شده است، در نتیجه دامنه کلیه نمرات به دست آمده از ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. به صورت ۳۳-۰ سطح ضعیف، ۶۶-۳۴ سطح متوسط و ۱۰۰-۶۷ سطح خوب طبقه بندی می‌شود.

برانگیز می‌باشد [۳، ۱۵]. لذا با توجه به رشد روزافزون سرطان پستان در میان زنان ایرانی [۲] و تأثیرات گسترده این بیماری و درمان آن بر تمامی ابعاد زندگی فرد و ضرورت توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم در ارائه مراقبت به بیماران در زمینه فرهنگی اجتماعی مختلف، و همچنین نقش ارزنده پرستاران به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی همه جانبه به بیماران، این پژوهش با هدف تعیین سطح کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان تحت درمان پرداخته و ارتباط آن را با عوامل فردی و مرتبط با درمان می‌سنجد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی است که به صورت مقطعی انجام گرفته است. این پژوهش بر روی ۱۵۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بستری در بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان آموزشی سیدالشهدا اصفهان، درمانگاه و کلینیک پرستاری در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس فرمول $N = Z^2 (1 - \alpha/2) \cdot S^2 / d^2$ ، ۱۵۰ نفر محاسبه گردید. ضریب اطمینان ۹۵٪ و $Z = 1/96$ در نظر گرفته شد. انحراف از معیار متغیر کیفیت زندگی با توجه به مطالعه مشابه [۱۶]، ۱۰ در نظر گرفته شد. در این پژوهش بعد از توضیح هدف از پژوهش و اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات به بیماران، از آنها جهت شرکت در پژوهش رضایت گرفته شد. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاقی در نمونه‌گیری از همکار خانم استفاده گردید. نمونه‌گیری به روش آسان صورت گرفت، بدین صورت که پژوهشگر با در دست داشتن پرسشنامه‌ها به محیط پژوهش مراجعه کرده و با توجه به معیارهای ورود (زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی درمانی (با یا بدون جراحی و اشعه درمانی) که متاستاز به عضو دیگری از بدن نداده باشند، نمونه‌های خود را جهت شرکت در پژوهش انتخاب نمود و با توجه با اینکه نمونه‌گیری به شکل قطعی بود و نقش نمونه‌های پژوهش تنها تکمیل پرسشنامه‌ها برای یکبار بود، معیار خروج وجود نداشت. داده‌های مربوط به فاکتورهای فردی و کیفیت زندگی در این بیماران به کمک یک پرسشنامه دو بخشی سنجیده شد بخش اول این پرسشنامه مربوط به بررسی فاکتورهای فردی و

فرزند بودند. ۸۶ درصد آن‌ها فرزند وابسته به خود و ۶۸/۸ درصد از آنها بیماری همراه با سرطان داشتند. سن تشخیص بیماری به طور میانگین $43/98 \pm 10/09$ و مدت زمان ابتلا به بیماری به طور متوسط $3/64 \pm 4/53$ سال بود. در حدود ۷۵ درصد از نمونه‌ها کمتر از ۴/۵ سال از تشخیص بیماری می‌گذشت. ۷۳/۳ درصد ماستکتومی کرده و ۶۱/۳۳ درصد رادیوتراپی شده بودند و اکثریت نمونه‌ها نیز یک دوره شیمی درمانی داشتند:

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی $239/06 \pm 44/85$ بود، که معادل ۵۴/۳۱ درصد می‌باشد، با توجه به نمره حاصل از کیفیت زندگی در این پژوهش سطح کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان در سطح متوسط ارزیابی گردید. بالاترین سطح کیفیت زندگی در بعد روانی $103/61$ و پایین‌ترین آن مربوط به بعد اجتماعی $36/46$ است.

آزمون‌های آماری ارتباط معنی‌داری میان عوامل فردی و مرتبط با درمان با نمره کلی کیفیت زندگی نشان ندادند. اما برخی از عوامل فردی و وابسته به درمان با برخی از ابعاد کیفیت زندگی دارای ارتباط معنی‌دار بودند. در بعد جسمانی عوامل مرتبط شامل سن ($p=0/014$)، سن هنگام تشخیص ($p=0/006$)، نگرش به خود مذهبی ($p=0/041$)، داشتن بیماری همراه ($p=0/011$)، سابقه رادیوتراپی ($p=0/010$) سابقه جراحی ماستکتومی ($p=0/021$) و تعداد دوره‌های شیمی درمانی ($p=0/003$) بودند. با بعد روانی کیفیت زندگی تنها دو عامل ترس از بیماری ($p=0/040$) و وضعیت تأهل ($p=0/026$) دارای ارتباط معنی‌دار بودند. عوامل مرتبط با بعد معنوی شامل وضعیت تأهل ($p=0/004$)، داشتن فرزند وابسته ($p=0/028$)، زندگی با خانواده ($p=0/032$)، نگرش به خود مذهبی ($p=0/021$) و داشتن بیماری همراه ($p=0/009$) بودند. با بعد اجتماعی کیفیت زندگی تنها دو عامل سطح تحصیلات فرد ($p=0/024$) و سابقه جراحی ماستکتومی ($p=0/021$) ارتباط معنی‌دار داشتند. از سویی عوامل سطح درآمد، مدت زمان ابتلا به بیماری، تعداد فرزند، محل زندگی، وضعیت اشتغال و داشتن حمایت اجتماعی با هیچ یک از ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری را نشان ندادند ($p>0/05$). (جدول ۱)

روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران سنجیده شده و تعدیل لازم بر آن صورت گرفته است [۲] به منظور انجام روایی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوی استفاده شده است، بدین صورت که پژوهشگر پس از ترجمه ابزار مورد نظر، نسخه ترجمه شده را به همراه اصل ابزار مورد استفاده در اختیار چند نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه اعم از اعضای هیئت علمی پرستاری، چند نفر انکولوژیست و رادیوتراپ قرار داده و پس از جمع‌آوری نظرات آن‌ها، تغییرات لازم در ابزار مورد نظر را اعمال نموده است. به منظور بررسی پایایی ابزار مورد نظر نیز از روش همسانی درونی استفاده شده بدین صورت که ابزار مورد استفاده به ۱۰ بیمار مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا به تکمیل آن بپردازند که با استفاده از نرم‌افزار SPSS، آلفای کرونباخ داده‌های حاصل از این بیماران $0/80$ به دست آمد [۲]. محققین پس از دریافت مجوز از دانشکده پرستاری اصفهان به محیط پژوهش مراجعه نموده و پس از کسب رضایت از مسئولین بیمارستان آموزشی سیدالشهدا اصفهان جهت انجام پژوهش، از بخش‌های بستری بیمارستان اعم از بخش داخلی، جراحی و درمانگاه ضمیمه بیمارستان (درمانگاه امام رضا) از بیمارانی که جهت شیمی‌درمانی سرپایی مراجعه می‌کردند و کلینیک پرستاری نمونه‌گیری به عمل آوردند. در نهایت بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها و مطالعه مقالات مشابه پیشنهادات و راهکارهایی جهت ارتقاء کیفی زندگی بیماران داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری پیروسون و اسپیرمن، Anova و مجذور کای از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده گردید. سطح معنی‌داری کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نمونه‌های حاضر در این پژوهش ۱۵۰ زن مبتلا به سرطان پستان (بدون متاستاز) با میانگین سنی $47/12 \pm 9/51$ سال بودند که ۹۴/۶۷ درصد متأهل، ۹۴ درصد خانه‌دار، ۹۵/۳۳ درصد تحت حمایت اجتماعی (بیمه) قرار داشتند بیشتر نمونه‌ها سطح درآمد ضعیف (زیر ۲۵۰۰۰۰ تومان) داشتند. اعتقادات مذهبی اکثریت نمونه‌ها در سطح معمولی بود ۷۶ درصد با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند و اکثریت آن‌ها دارای ۳

جدول ۱- ارتباط میان نمره کلی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی (جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی) با عوامل فردی در زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی درمانی

بعد معنوی		بعد اجتماعی		بعد روانی		بعد جسمانی		نمره کلی کیفیت زندگی		فاکتور های فردی
P-value	آماره آزمون	P-value	آماره آزمون	P-value	آماره آزمون	P-value	آماره آزمون	P-value	آماره آزمون	
۰/۹۲	۰/۰۸	۰/۸۹	۰/۰۱	۰/۹۵	۰/۰۴	۰/۰۱۰	۰/۲	۰/۹۵	۰/۰۰	سن (پیرسون)
۰/۵۶۰	۰/۰۴۰	۰/۲۰	۰/۱۰	۰/۲۰	۰/۱۰۰	۰/۰۰	۰/۲۲	۰/۹۵	۰/۰۴	سن هنگام تشخیص (پیرسون)
۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۰۶	۰/۱۵	۰/۶۷	۰/۰۳	مدت زمان ابتلا به بیماری (پیرسون)
۰/۰۴۰	۳/۲۶۰	۰/۱۰۰	۲/۳۰	۰/۰۲	۳/۷	۰/۴۲	۰/۸۷	۰/۳۰۰	۱/۲	وضعیت تأهل (آنوا)
۰/۲۶۰	۰/۰۹۰	۰/۰۸۰	۰/۱۴۰	۰/۸۸۰	۰/۰۱۰	۰/۴۷۰	۰/۰۵۹	۰/۷۴	۰/۰۲	تعداد فرزند (پیرسون)
۰/۰۲۰	۲/۲۲	۰/۵۵۰	۰/۵۹	۰/۳۸۰	۰/۸۷۰	۰/۳۴۰	۰/۹۴۰	۰/۴۸۰	۰/۷۱۰	داشتن فرزند وابسته به مادر (تی مستقل)
۰/۰۳۰	۰/۷۲۰	۰/۶۵۰	۱/۱۱۰	۰/۳۵۰	۰/۶۱۰	۰/۵۸۰	۲/۷۱۰	۰/۶۱۰	۰/۶۷۰	زندگی کردن با خانواده (آنوا)
۰/۰۸۰	۰/۱۴۰	۰/۰۲۰	۰/۱۹۰	۰/۸۳۰	۰/۰۱۰	۰/۸۷۰	۰/۰۱۰	۰/۳۷۰	۰/۰۷۰	سطح تحصیلات (اسپیرمن)
۰/۵۹	۰/۰۴	۰/۲۸	۰/۰۸	۰/۸۲	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۰۷	۰/۵۱	۰/۰۵	سطح درآمد (اسپیرمن)
۰/۸۱	۰/۰۲	۰/۴۹	۰/۷۱	۰/۳۲	۱/۱۲	۰/۳۴	۱/۰۸	۰/۳۴	۱/۰۸	وضعیت اشتغال (آنوا)
۰/۸۶	۰/۱۷	۰/۱۷	۱/۳۷	۰/۱۹	۱/۳۱	۰/۴۹	۰/۶۹	۰/۳۰۰	۱/۰۲	میزان حمایت اجتماعی (تی مستقل)
۰/۸۸	۰/۱۲	۰/۲۵	۱/۳۷	۰/۹۱	۰/۰۹	۰/۴۱	۰/۸۹	۰/۵۶	۰/۵۸	محل زندگی (آنوا)
۰/۹۱	۰/۰۱	۰/۵۲	۰/۰۵	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۱۵	ترس فرد از بیماری (اسپیرمن)
۰/۰۲	۰/۱۸	۰/۹۵	۰/۰۰	۰/۸۵	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۱۷	۰/۳۵	۰/۰۷	نگرش به خود مذهبی (اسپیرمن)
۰/۰۰۰	۲/۶۵	۰/۲۶	۱/۱۲	۰/۵۵	۰/۵۹	۱/۰۱	۲/۵۶	۰/۵۳	۰/۶۲	بیماری زمینه ای دیگر (تی مستقل)
۰/۲۴۰	۰/۰۹۰	۰/۱۵۰	۰/۱۱۰	۰/۷۴۰	۰/۰۲۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴	۰/۲۴	۰/۰۹	تعداد دوره‌های شیمی درمانی (پیرسون)
۰/۲۰۰	۱/۶۲	۰/۰۲	۳/۹۷	۰/۲۹	۱/۲۳	۰/۰۲	۳/۹۵	۰/۳۲	۱/۱۲	سابقه جراحی پستان (ماستکتومی) (آنوا)
۰/۳۹	۰/۸۵	۰/۷۲	۰/۳۴	۰/۴۰۰	۰/۸۳	۰/۰۱۰	۲/۶۱	۰/۱۰۰	۱/۶۳	سابقه رادیوتراپی (تی مستقل)

*سطح معناداری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

بحث

در پژوهش حاضر مشخص شد کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان در سطح متوسط می‌باشد ($\pm 44/85$) (۲۳۹/۰۶) و این میزان بر اساس مطالعه Arndt و همکاران در کشور آلمان به استثنای بعد عاطفی در حد بالاتری نسبت به وضعیت نمونه‌های مورد مطالعه این پژوهش قرار دارد [۱۷]. شهسواری و همکاران نیز در مطالعه خود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه را در سال ۱۳۹۱، در سطح متوسط اعلام کرده و از طریق برنامه آموزش خودمراقبتی آن را ارتقا بخشیدند [۲].

در این پژوهش همچنین بعد جسمانی و معنوی بیش از دیگر ابعاد، در ارتباط با عوامل فردی بوده و بعد روانی کمترین ارتباط را نشان می‌دهد.

در پژوهش حاضر مشخص شد که بین بعد جسمانی کیفیت زندگی با فاکتورهای سن، سن هنگام تشخیص، نگرش به خود مذهبی، داشتن بیماری همراه، رادیوتراپی، ماستکتومی و تعداد دوره‌های شیمی درمانی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. به طور مشابه، Mkanta بیان می‌دارد که بین سن و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی همبستگی معنی‌داری وجود دارد و سالمندان نسبت به افراد جوان مبتلا به سرطان نمره بهتری در کیفیت زندگی کسب می‌کنند [۱۸] DiSipio و همکاران نیز به همین نتیجه دست یافتند که با نتایج این پژوهش همخوانی دارد [۱۹] کیفیت زندگی بالاتر در دوران سالمندی این بیماران را می‌توان ناشی از داشتن تجربه و بعضاً برخورداری از سیستم حمایتی بیشتر (خانواده، دوستان، همکاران) نسبت به دوران جوانی دانست. مشابه با پژوهش حاضر، Cimprich در مطالعه خویش بر روی سن تشخیص بیماری و اثرات آن در زنان مبتلا به سرطان پستان بیان می‌دارد که سن تشخیص بیماری یک پیش‌بینی‌کننده قوی کیفیت زندگی است بدین معنی که تشخیص بیماری در سن بالا (بیش از ۶۵ سال) با کاهش معنی‌دار در بعد جسمانی کیفیت زندگی این بیماران همراه بوده است اما تشخیص بیماری در سنین پایین‌تر (کمتر از ۴۴ سال) بیشتر منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد اجتماعی فرد می‌گردد [۲۰].

در این پژوهش مشخص گردید که همراه داشتن بیماری همراه با دو بعد جسمانی و معنوی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار دارد. Rozenberg و Yun نیز وجود این ارتباط را بر اساس مطالعات خویش تأیید کرده‌اند [۲۲، ۲۱]. علاوه بر داشتن بیماری همراه، نگرش به خود مذهبی فرد نیز با دو بعد جسمانی و بعد معنوی کیفیت زندگی وی ارتباط دارد، بالجانی نیز، اعتقاد به خدا، اعمال مذهبی، هدفمند بودن در زندگی را موجب ارتقا کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دانستند [۲۳].

با نگاه به فاکتورهای مربوط به مداخلات درمانی، نتایج این پژوهش نشان داد که شیمی درمانی و رادیوتراپی بر بعد جسمانی، و انجام جراحی ماستکتومی بر بعد جسمانی و اجتماعی کیفیت زندگی اثر دارد. همراستا با این نتایج، Hopwood و King بیان می‌دارند که انجام رادیوتراپی در مبتلایان به سرطان پستان به خصوص در افرادی که شیمی درمانی نیز دریافت داشته و یا ماستکتومی کرده‌اند و به ویژه اگر در سنین پایین‌تری قرار داشته باشند، کیفیت زندگی را به میزان قابل توجهی پائین خواهد آورد [۲۵-۲۴]. با این وجود، Cui و همکاران بر اساس مطالعه خویش بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان بیان می‌دارند که هیچ همراهی بین کیفیت زندگی و شیمی درمانی و پرتو درمانی مشخص نشده است [۱۲].

نتایج حاصل از این تحقیق نشان داده است که بعد روانی با عوامل ترس از بیماری و وضعیت تأهل ارتباط دارد و مطابق با نتایج این پژوهش، Cui و همکاران نیز بر اساس مطالعه خویش بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان بیان می‌دارند که وضعیت تأهل با کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن ارتباط دارد [۱۲]. Leedham و در مورد نگرانی‌های روانی و بیماری‌های روانی همراه در بیماران دارای سرطان پستان بیان می‌دارند این نگرانی‌ها در نتایج مراقبت و درمان این افراد تأثیر بسزایی داشته و نیازمند تشخیص زودهنگام و درمان سریع است [۲۶]. در هر حال نباید این نکته را نادیده گرفت که بیماری‌های مزمنی چون سرطان بار روانی زیادی برای بیمار و خانواده وی دارد و عدم توجه به این جنبه می‌تواند با وجود درمان استاندارد (جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی) کیفیت

بیماران مبتلا به سرطان معده اعلام کردند که کیفیت زندگی در افراد روستایی به طور معنی‌داری با کیفیت زندگی افراد شهری متفاوت است [۳۱].

با توجه به محدودیت تعداد نمونه این پژوهش و تمرکز آن بر یک ناحیه جغرافیایی، این احتمال وجود دارد که برخی نتایج غیر قابل انتظار مطالعه ناشی از این محدودیت‌ها باشد. بنابراین، انجام مطالعات دیگر با گستردگی جغرافیایی وسیع‌تر و حجم نمونه بیشتر ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی حجم کم نمونه نسبت به مطالعات توصیفی یکی دیگر از محدودیت‌های طرح می‌باشد. محدودیت دیگر این طرح تنها بررسی بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌باشد در حالی که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سایر سرطان‌ها نیز باتوجه به ماهیت مزمن بیماری ضروری می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود، توجه مطالعات به ابعاد مختلف کیفیت زندگی معطوف باشد تا نمره کلی آن، زیرا ابعاد مختلف تابع عوامل مختلفی خواهند بود و با وجود عدم ارتباط فاکتورهای فردی با نمره کلی کیفیت زندگی، ابعاد مختلف آن تابع عوامل متفاوتی بودند. نتایج مطالعه حاضر پیرامون عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، این فرصت را فراهم می‌آورد که پرستاران و دیگر اعضای تیم درمان خدمات مراقبتی ارائه شده را برای بیماران بیش از پیش منحصر به فرد نمایند. همچنین تلاش برای ارتقاء آن از اساسی‌ترین وظایف پیش روی تیم درمان قلمداد می‌گردد. بنابراین مطالعات آینده لازم است که تمرکز بیشتری بر مداخلات مرتبط با ارتقاء ابعاد مختلف کیفیت زندگی این بیماران در قالب پژوهش‌های کارآزمایی بالینی با تأثیر گذاشتن بر فاکتورهای یادشده داشته باشند.

تشکر و قدردانی

منابع مالی این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأمین گردیده است. و پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه تشکر و قدردانی خود را اعلام نمایند. همچنین پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین مسئولین و کارکنان بیمارستان سیدالشهداء اصفهان کمال تشکر را دارند.

زندگی بیماران را به شدت متأثر سازد. مردانی نیز سلامت روان را از فاکتورهای مؤثر بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی می‌داند [۲۷].

بعد معنوی کیفیت زندگی با وضعیت تأهل، داشتن فرزند وابسته، زندگی با خانواده، نگرش به خود مذهبی و داشتن بیماری همراه بود. مشابه با این نتایج، Parker و همکاران و جولدکونن بر اساس نتایج مطالعه خویش بیان می‌دارند که وجود خانواده و حمایت آنها (به ویژه همسر) از عوامل پیش‌گویی‌کننده کیفیت زندگی بهتر در بیماران سرطانی است [۲۹، ۲۸]. ابتلا به بیماری چون سرطان در کنار بیماری‌های زمینه‌ای دیگر، به علت مراجعه مکرر به محیط‌های بهداشتی و درمانی، انجام آزمایشات بیشتر، درمان‌ها و داروهای متعدد برای بیماران رنج آور و خسته‌کننده بوده و از سوی دیگر آنان را با هزینه‌های درمانی بیشتر مواجه می‌سازد و می‌تواند به شدت کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. شبان و همکاران علاوه بر فاکتورهای فردی عواملی چون نوع سرطان، کاهش یا از دست دادن عملکرد اعضا و خستگی را نیز بر کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی‌درمانی مؤثر دانستند [۳۰].

در پژوهش حاضر هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری میان فاکتورهای سطح درآمد، مدت زمان ابتلا به بیماری، تعداد فرزند، محل زندگی، وضعیت اشتغال و داشتن حمایت اجتماعی با هر یک از ابعاد کیفیت زندگی به دست نیامد، بر خلاف این امر، Arndt و همکاران در مطالعه بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان، بیان می‌دارند که نگرانی‌های مالی و درآمدی از عمده نگرانی‌های بیماران زنده مانده از سرطان پستان بوده و ممکن است بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته باشد [۱۷]. در توجیه این امر ممکن است علت معنی‌دار نشدن ارتباط سطح درآمد با کیفیت زندگی، اطمینان خاطر داشتن از وجود درآمد سرپرست خانواده باشد. در مورد سطح درآمد، Tian و همکاران نیز بیان می‌دارند که در بیماران مبتلا به سرطان معده، سطح درآمد یکی از اساسی‌ترین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی است به گونه‌ای که سطح درآمد بالاتر با کیفیت زندگی بهتر همراه است. در مورد ارتباط میان محل زندگی و کیفیت زندگی، Tian و همکاران در مطالعه‌ای بر روی

References

1. Matory P, Mehrzad V, Dehghan M. Investigation of the Effects of Therapeutic Touch on Intensity of Anticipatory and Acute Induced-Nausea in Breast Cancer Women undergoing chemotherapy in Isfahan. *Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery* 2013;3(3):585-94.[Persian]
2. Shahsavari H, Matory P, Zare Z, Taleghani F, Kaji MA. Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Education and Health Promotion* 2015;4(1):70.
3. Bloom JR, Stewart SL, Chang S, Banks PJ. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-oncology* 2004;13(3):147-60.
4. Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K, Dosser I, Dallas L. Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *The Cochrane Library* 2008; **23**(1):25-30.
5. Vanaki Z, Matourypour P, Gholami R, Zare Z, Mehrzad V, Dehghan M. Therapeutic touch for nausea in breast cancer patients receiving chemotherapy: composing a treatment. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2016;22:64-8.
6. Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH. *Cancer nursing: Principles and practice*. 7th ed. Boston: Jones & Bartlett Publishers; 2010:25-55.
7. Phipps WJ, Monahan FD, Sands JK, Marek JF, Neighbors M. *Medical-surgical nursing: health and illness perspectives*. 7th ed. Philadelphia: Mosby; 2003:12-76.
8. Brunner LS, Smeltzer SCC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 12nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010: 14-198.
9. Härtl K, Janni W, Kästner R, Sommer H, Strobl B, Rack B, et al. Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of oncology* 2003;14(7):1064-71.
10. ShafiPor V, Shafi Por L, Jafary H. Effect of rehabilitation heart plan on quality of life on Myocardial infarction patients. *Arak Medical scientific university journal* 2011;14(5): 34-42. [Persian]
11. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, López-Tortosa J, Tovar TP, Rodríguez-Gonzales MA. Assessing quality of life in patients with head and neck cancer in Spain by means of EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery* 2012;40(7):614-20.
12. Cui Y, Shu X-O, Gao Y, Cai H, Wen W, Ruan Z-X, et al. The long-term impact of medical and socio-demographic factors on the quality of life of breast cancer survivors among Chinese women. *Breast cancer research and treatment* 2004;87(2):135-47.
13. Heydarnejad M, Hassanpour DA, Solati DK. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *African health sciences* 2012;11(2): 266-70.
14. Fakhri A, Pakseresht S, Haghdoost M, Talae A, Rashidi Zad D. Investigation correlation social support and depression in breast cancer patients in educational hospitals of Ahvaz medical science university. *Calculation Research J* 2008;6(2): 223-8. [Persian]
15. Schultz AA, Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. *Cancer Nursing* 2001;24(1):12-9.
16. Khajeaminian MR.(dissertation). Investigation of exercise on quality of life of breast cancer women in Seied Alshohada hospital in 2007. Isfahan: Isfahan medical scientific university;2007: 23-88. [Persian]
17. Arndt V, Merx H, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *European Journal of Cancer* 2004;40(5):673-80.

18. 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.
19. 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):534-9.
20. Cimprich B, Ronis DL, Martinez-Ramos G. Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer practice* 2002;10(2):85-93.
21. Rozenberg S, Antoine C, Carly B, Pastijn A, Liebens F. Improving quality of life after breast cancer: prevention of other diseases. *British Menopause Society Journal* 2007;13(2):71-4.
22. Yun YH, Kim SH, Lee KM, Park SM, Kim YM. Age, sex, and comorbidities were considered in comparing reference data for health-related quality of life in the general and cancer populations. *Journal of clinical epidemiology* 2007;60(11):1164-75.
23. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. *Hayat* 2011;17(3):27-37. [Persian]
24. Hopwood P, Haviland J, Mills J, Sumo G, Bliss JM. The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: an analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *The Breast* 2007;16(3):241-51.
25. King M, Kenny P, Shiell A, Hall J, Boyages J. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. *Quality of Life Research* 2000;9(7):789-800.
26. Leedham B, Ganz PA. Psychosocial concerns and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer investigation* 1999;17(5):342-8.
27. Mardani H, Shahraki Vahed A. Corrolation Psychological health and quality of life in cancer patients. *Yazd medical science university* 2008;18(2): 111-7. [Persian]
28. Parker PA, Baile WF, Moor Cd, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology* 2003;12(2):183-93.
29. Julkunen J, Gustavsson-Lilius M, Hietanen P. Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of psychosomatic research* 2009;66(3):235-44.
30. Shaban M, Monjamed Z, Mehran A, Hasanpour Dehkordi A. The relation between the cancer characteristics and quality of life in the patients under chemotherapy. *Hayat* 2004;10(3):79-84. [Persian]
31. Tian J, Chen Z-C, Wu B, Meng X. Comparison of quality of life between urban and rural gastric cancer patients and analysis of influencing factors. *World Journal of Gastroenterology* 2004;10(20):2940-3.

Correlation between Quality of Life and Individual Factors in the Patients with Breast Cancer in Seiedalshohada Hospital in Isfahan in 2013

Shahsavari H¹, Matory P², Zare Z^{3*}

1-Assistant Prof, Dept. of Nursing(Med-Surge), Faculty of Nursing and midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2-Instructor, Dept. of Nursing (Med-Surge), Faculty of Nursing and midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

3- Instructor, PhD student, Dept. of Nursing, Faculty of Nursing and midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, (Corresponding Author) Email: Zahra.zare@gmail.com, Tel: 09173000821

Received: 25 November 2014

Accepted: 10 January 2016

Introduction: The index of Quality of Life is used by health care providers for assessing the outcomes of their interventions. Identifying the affective factors of quality of life is central for individualizing of nursing care. The aim of the current study was to estimate the quality of life and its correlation with individual factors in the Iranian patients with breast cancer.

Materials and Methods: This correlation study was conducted on 150 women with breast cancer going under chemotherapy (with or without radiotherapy). The data were gathered via the Quality of Life questionnaire including physical, psychological, social, and spiritual dimensions and the individual factors questionnaire. Correlation tests (spearman and Pearson) K2 and ANOVA were used to analyze the data.

Result: The mean score of quality of life was 239.06 ± 44.85 which is considered to be a moderate level. The highest and lowest scores were in spiritual (103.61) and psychological (36.46) dimensions respectively. There was a significant correlation between the physical, psychological, and social dimensions with age and the age of diagnosis, and spiritual dimensions and the different individual factors and having background diseases $p < 0.05$.

Conclusion: the correlation between given individual factors and some dimensions of quality of life revealed that in delivering health care to the patients with breast cancer, total score of quality of life should not be the only criterion for judging about the outcomes of interventions.

Key words: Quality of life, Breast cancer, chemotherapy.

Please cite this article as follows:

Shahsavari H, Matory P, Zare Z. Correlation between Quality of Life and Individual Factors in the Patients with Breast Cancer in SeiedAlshohada Hospital in Isfahan in 2013. Community Health journal 2015; 9(1):58-67.

Funding: This research was funded by Isfahan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Isfahan University of Medical Sciences approved the study.