

بررسی ارتباط اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان: نقش پس بینی کنندگی مشکلات هیجانی و خلقی

عاطفه نظری اول^۱، نسرین اسماعیلیان^۲، محسن دهقانی^۳، رامش عمرانی پور^۴،
مونا ملک زاده مغانی^۵

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی گرایش خانواده درمانی.

^۲ دانشجو دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی.

^۳ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی.

^۴ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، متخصص جراحی سرطان، مرکز تحقیقات سرطان
انستیتو کانسر ایران.

^۵ متخصص رادیو تراپی انکولوژی، بیمارستان شهدا تجریش

نام نویسنده مسئول:

عاطفه نظری اول

چکیده

سرطان پستان به عنوان اولین و شایع ترین انواع سرطان در بین زنان سراسر دنیا مطرح می شود که کیفیت زندگی این بیماران را دستخوش عوامل متعدد روانشناختی قرار می دهد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط و نقش پیش بینی کنندگی مشکلات اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران است. بدین منظور ۲۴۵ زن درگیر سرطان پستان مراجعه کننده به بخش های سرپایی و بستری در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی و بیمارستان شهدای تجریش به صورت در دسترس وارد پژوهش شدند که در نهایت ۲۰۳ نفر در پژوهش باقی ماندند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا (EORTC QLQ-C30) بود. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS و روشهای آمار توصیفی، آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان استفاده گردید. نتایج ضریب همبستگی نشان داد که متغیرهای اضطراب و افسردگی ارتباط معناداری با یکدیگر و ارتباط منفی و معناداری با تمامی ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان دارند. در این میان، کارکرد هیجانی و حیطة کلی سلامت بیماران بیشترین ارتباط منفی و معنادار را با اضطراب و افسردگی دارند. هم چنین نتایج رگرسیون نشان دهنده ی نقش پیش بینی کنندگی اضطراب و افسردگی در کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان است بطوری که افسردگی و اضطراب ۴۰٪ از واریانس کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در کارکرد هیجانی را پیش بینی کردند. پژوهش حاضر نشان می دهد که اضطراب و افسردگی مشکلات شایع بین زنان مبتلا به سرطان پستان هستند که با افت کیفیت زندگی در تمامی ابعاد آن همراه است. از آنجائیکه بیشتر مشکلات روانشناختی این گروه از بیماران تشخیص داده و درمان نمی شود، لزوم تشخیص به موقع و انجام درمان های روانشناختی مؤثر جهت ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران را دو چندان می کند

واژگان کلیدی: سرطان پستان، اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی.

مقدمه

مطابق با آخرین داده های جهانی منتشر شده در سال ۲۰۱۴، سرطان پستان با نرخ ابتلای ۱/۷ میلیون نفری و نرخ مرگ و میر ۱۵ درصدی از کل مرگ های ناشی از سرطان، به عنوان اولین نوع سرطان در جمعیت زنان شناخته می شود (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۱۴). علی رغم پیشرفت های اخیر در تشخیص و درمان سرطان، هم چنان این گروه از بیماران در ابعاد مختلف زندگی دچار بدکارکردی و افت عملکرد در طول دوره درمان و حتی پس از اتمام دوره درمانی می شوند که برداشت و ادراک آنان از زندگی را تحت الشعاع خود قرار می دهد (اسکیزیس^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). کیفیت زندگی ساختاری چند بعدی شامل ارزیابی ذهنی افراد از بهزیستی جسمی، هیجانی، شناختی، اجتماعی و نیز تأثیر تشخیص و درمان سرطان بر زندگی روزمره آنها است (راهو^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). ماهیت تهدید کننده سرطان پستان، استرس های چندگانه ای را برای بیماران به وجود می آورد که کیفیت زندگی را به گونه ای منفی تحت الشعاع خود قرار می دهد از جمله می توان به: درد، خستگی، محدودیت های عملکردی، مشکلات مرتبط با زیبایی و تصویر بدنی، مشکلات جنسی و مشکلات شناختی اشاره نمود (کلمپ^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ هامود، هامود، مرهاسین، کینان-بوکر^۵، ۲۰۱۸؛ تاکر^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). در بین تمامی مشکلات به وجود آمده، عوامل روانشناختی سهم عمده و قابل توجهی را در ارتباط با ابعاد کارکردی کیفیت زندگی بیماران سرطانی به خود اختصاص داده اند. تحقیقات بیانگر آنند که مشکلات اضطرابی و افسردگی شایع ترین واکنش های روانشناختی در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان در تمامی مراحل بیماری از زمان تشخیص تا پایان درمان و حتی در دوره های پیگیری پس از درمان هستند (تانگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۷؛ مازهوم^۸ و همکاران، ۲۰۱۶؛ کیهانیان، حسین زاده، قلی زاده و ذاکری حمیدی، ۱۳۹۵). نتایج آخرین داده ها بر روی ۲۷۰ زن مبتلا به سرطان پستان نشان می دهد که ۲۱/۵٪ از بیماران سرطان به افسردگی دچار هستند و از بین آنها ۲۲٪ از افسردگی متوسط تا شدید رنج می برند که با کیفیت زندگی پائین آنها ارتباط دارد (پورکایاستا، ونکاتیسوارن، نایر و انیکریشن^۹، ۲۰۱۷). این در حالی است که مطالعات مختلف نرخ مشکلات و آشفتگی های روانشناختی زنان درگیر سرطان را بین ۱/۵ تا ۵۰٪ تخمین زده اند (زینال، نیک-جافر، بهاریدن، سابکی و ان-جی^{۱۰}، ۲۰۱۳). هم چنین، نتایج تجزیه و تحلیل ها نشان می دهند مشکلات روانشناختی همچون اضطراب و افسردگی علاوه بر کیفیت زندگی ضعیف تر با نرخ پایین تر بقاء در بین بیماران سرطان پستان مرتبط اند (چیدا، هامر، وردل و استپتو^{۱۱}، ۲۰۰۸). بنابراین با توجه به شیوع بالای مشکلات اضطرابی و افسردگی و اهمیت آن در تعیین برداشت های ذهنی از زندگی مطلوب در زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان، لازم و ضروری است که ارتباط و نقش پیش بینی کننده هر یک از عوامل هیجانی و خلقی هم چون اضطراب و افسردگی در تعیین کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه قرار گیرد. لذا هدف این مطالعه بررسی رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی و نقش پیش بینی کننده آنها بر کیفیت زندگی زنان درگیر با سرطان پستان است.

¹- World Health Organization

² Eskitzis

³ Rahou

⁴ Klemp

⁵ Hamood, Hamood, Merhasin & Keinan-Boker

⁶ Tucker

⁷ Tang

⁸ Mosholm

⁹ Purkayastha, Venkateswaran, Nayar & Unnikrishnan

¹⁰ Zainal, Nik-Jaafar, Baharudin, Sabki & Ng

¹¹ Chida, Hamer, Wardle & Steptoe

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران و نمونه پژوهش، زنان مبتلا به سرطان پستان و بدون تشخیص متاستاز هستند که از اواخر شهریورماه سال ۱۳۹۳ تا اواسط تیرماه سال ۱۳۹۴ به مراکز درمانی بیمارستان های شهدای تجریش و انستیتو کانسر امام خمینی (ره) شهر تهران مراجعه نموده و در فاز فعال درمان های کمکی بودند. در مجموع تعداد ۲۴۵ نفر به صورت در دسترس در این بازه زمانی وارد پژوهش شده که در نهایت از این تعداد، ۲۰۳ نفر در طرح باقی ماندند. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه ی کیفیت زندگی (EORTCQLQ-C30): پرسش نامه کیفیت زندگی توسط سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا (۲۰۰۰) مخصوص بیماران سرطانی ساخته شده و یک نسخه عمومی است. این ابزار ۳۰ سؤالی است و دارای ۲ بخش کیفیت زندگی و عوارض جانبی است. بخش اول شامل ۵ حیطه ی عملکرد فیزیکی، عملکرد شناختی، ایفای نقش، عملکرد هیجانی، عملکرد اجتماعی و حیطه ی عملکرد کلی سلامت و بخش دوم حاوی ۹ حیطه علائم است که در این پژوهش از بخش اول مربوط به کیفیت زندگی استفاده شده است. این ابزار از درجه لیکرت چهارگزینه ای به صورت به هیچ وجه، کمی، زیاد و خیلی زیاد ساخته شده است. تنها استثناء حیطه وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی است که به صورت لیکرت ۷ درجه ای مشخص می شود. نمره های هر مقیاس در رنج "۰-۱۰۰" واقع می شوند. نمره ی بالاتر در حیطه های عملکردی و وضعیت کلی سلامت نشان دهنده ی عملکرد بهتر و نمره ی بالا در حیطه علائم، نشان دهنده ی عملکرد ضعیف تر است. در مطالعه صفایی، مقیمی دهکردی و طباطبایی (۱۳۸۶) پایایی ابزار در خرده مقیاس های مختلف بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۲ و روایی بالاتر از ۰/۴ بدست آمد. هم چنین پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۶ بدست آمد.

مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس (DASS-21): این مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را هم زمان می سنجد و توسط لویباند (۱۹۹۵) ساخته شده است. در این پژوهش از فرم ۲۱ سؤالی و تنها دو خرده مقیاس اضطراب و افسردگی آن استفاده شده است. هر یک از خرده مقیاس ها حاوی ۷ سؤال می باشد. هر سؤال احساسی را در فرد نشان می دهد. آزمودنی بعد از خواندن سؤال ها باید یکی از گزینه ها شامل اصلاً، کم، زیاد و خیلی زیاد را بر اساس احساس خود در هفته گذشته علامت بزند. به منظور تفسیر نمرات، هر یک از مشکلات اضطرابی و افسردگی در طبقات "وضعیت عادی" تا "خیلی شدید" طبقه بندی می شوند. پایایی مقیاس توسط اصغری مقدم، ساعد، دیباج نیا و زنگنه (۱۳۸۶) برای افسردگی ۰/۹۳، اضطراب ۰/۹۰ و استرس ۰/۹۲ گزارش شد و روایی آن با روش تحلیل عامل اکتشافی ۰/۹۶ به دست آمد. در این پژوهش نیز پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

در تحقیق حاضر به منظور تعیین ارتباط بین متغیرها از روش همبستگی پیرسون و برای تعیین نقش پیش بینی کنندگی آنها در کیفیت زندگی از روش تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. هم چنین از نرم افزار SPSS.24 برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید.

یافته ها

جدول شماره ۱ میانگین سنی و طول مدت ازدواج افراد نمونه را نشان می دهد. طبق داده های جدول، دامنه سنی زنان از ۲۴ تا ۶۷ سال و با میانگین سنی ۴۵/۵۴ سال می باشد. کم ترین سن ابتلا در نمونه حاضر ۲۴ سال و بالاترین سن ۶۷ سال می باشد. هم چنین تمامی افراد نمونه را زنان متأهلی تشکیل دادند که متوسط طول مدت ازدواج آنان ۲۴/۰۳ سال بدست آمد. جدول شماره ۲ ویژگی های جمعیت شناختی شامل وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات و تعداد فرزندان زنان مبتلا را نشان می دهد. مطابق جدول شماره ۲، اکثریت زنان با ۸۵/۲٪، خانه دار و دارای تحصیلات دیپلم (۳۶٪) و دارای ۲ فرزند می باشند (۴۲/۹٪). هم چنین تنها ۳٪ از زنان دارای شغل آزاد و ۳/۹٪ آنان دارای تحصیلات فوق لیسانس و تنها ۵٪ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش دارای فرزندان بالای ۷ نفر بودند. هم چنین در جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زندگی و اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان گزارش شده است. با توجه به جدول شماره ۳ می توان دریافت که بالاترین میانگین در خرده مقیاس های کیفیت زندگی مربوط به عملکرد شناختی ۶۹/۵۴ و کمترین آن مربوط به عملکرد هیجانی ۵۸/۲۹ است که نشان دهنده وضعیت بهتر عملکرد شناختی و مشکلات بیشتر در حوزه هیجانی بیماران می باشد و با توجه به دامنه نمرات کیفیت زندگی می توان دریافت که نمونه حاضر از کیفیت زندگی متوسط و مطلوبی برخوردارند. هم چنین میانگین اضطراب با نمره ی ۱۵/۱۱ نشان دهنده اضطراب شدید و افسردگی با میانگین ۱۴/۰۶ نشان از افسردگی متوسط در بین بیماران حاضر در پژوهش است.

¹ European Organization for Research and Treatment of Cancer

² Lovibond

جدول شماره (۱) یافته های توصیفی مرتبط با سن و طول مدت ازدواج زنان

متغیر	Mean	SD	Min	Max
سن	۴۵/۵۴	۸/۳۸	۲۴	۶۷
طول مدت ازدواج	۲۴/۰۳	۹/۸۸	۳/۵	۴۶

جدول شماره (۲) ویژگی های جمعیت شناختی زنان متأهل سرطان پستان

وضعیت اشتغال	فراوانی	درصد
خانه‌دار	۱۷۳	۸۵/۲
کارمند	۱۴	۶/۹
آزاد	۶	۳/۰
بازنشسته	۱۰	۴/۹
کل	۲۰۳	۱۰۰
تحصیلات	فراوانی	درصد
بی سواد	۴	۲
ابتدایی	۴۷	۲۳/۲
سیکل	۴۴	۲۱/۷
دیپلم	۷۳	۳۶
فوق دیپلم	۸	۳/۹
لیسانس	۲۴	۱۱/۸
فوق لیسانس	۳	۱/۵
کل	۲۰۳	۱۰۰
تعداد فرزندان	فراوانی	درصد
صفر	۱۵	۷/۴
یک	۳۱	۱۵/۳
دو	۸۷	۴۲/۹
سه	۴۳	۲۱/۲
چهار	۱۷	۸/۴
پنج	۵	۲/۵
شش	۴	۲/۰
هفت	۱	۰/۵
کل	۲۰۳	۱۰۰

جدول شماره (۳) میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاسهای کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی افراد نمونه

کیفیت زندگی	M	SD	MIN	MAX
کارکرد جسمانی	۶۶/۲۰	۱۷/۷۴	۱۳/۳۳	۱۰۰
کارکرد نقش	۵۸/۴۵	۲۶/۵۰	۰	۱۰۰
کارکرد هیجانی	۵۸/۲۹	۲۵/۳۰	۰	۱۰۰

کارکرد شناختی	۶۹/۵۴	۲۵/۹۳	.	۱۰۰
کارکرد اجتماعی	۶۰/۳۴	۲۶/۵۸	.	۱۰۰
کارکرد کلی سلامت	۶۲/۸۹	۲۰/۴۶	.	۱۰۰
مشکلات هیجانی/خلقی	M	SD	MIN	MAX
اضطراب	۱۵/۱۱	۸/۹۲	.	۴۰
افسردگی	۱۴/۰۶	۱۰/۲۱	.	۴۰

در ادامه از ضریب همبستگی پیرسون به منظور بررسی رابطه ی اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است. مطابق با نتایج بدست آمده می توان گفت اضطراب و افسردگی ارتباط مستقیم و معناداری با سطح اطمینان ۹۹٪ با یکدیگر دارند و میزان ضریب بدست آمده $r=0/56$ نشان می دهد افزایش اضطراب به طور متوسطی با افزایش افسردگی زنان حاضر در پژوهش همراه است.

جدول شماره (۴) ضرایب همبستگی پیرسون کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی

ردیف	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱	کارکرد جسمانی								
۲	کارکرد شناختی	۰/۳۰**							
۳	کارکرد هیجانی	۰/۳۵**	۰/۳۶**						
۴	کارکرد اجتماعی	۰/۳۳**	۰/۲۳**	۰/۳۷**					
۵	کارکرد نقش	۰/۵۳**	۰/۳۰**	۰/۳۹**	۰/۲۹**				
۶	حیطه کلی سلامت	۰/۴۰**	۰/۳۱**	۰/۳۶**	۰/۴۳**	۰/۴۰**			
۷	اضطراب	-۰/۲۰**	-۰/۳۲**	-۰/۴۸**	-۰/۲۶**	-۰/۲۲**	-۰/۱۸**		
۸	افسردگی	-۰/۳۱**	-۰/۳۵**	-۰/۶۱**	-۰/۳۴**	-۰/۲۵**	-۰/۴۵**	۰/۵۶**	

* معناداری در سطح ۰/۰۵ ** معناداری در سطح ۰/۰۱

از سوی دیگر نتایج نشان دهنده ی ارتباط منفی و معنادار مشکلات خلقی و هیجانی با تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران هستند ($\alpha=0/01$)؛ به گونه ای که بیشترین میزان ارتباط بین اضطراب و حیطه عملکرد اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان با $r=-0/48$ و کمترین ارتباط بین اضطراب و حیطه کلی سلامت با ضریب همبستگی $r=-0/18$ است. هم چنین نتایج نشان می دهند که در سطح معناداری $\alpha=0/01$ ، تمامی ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان به طور منفی با افسردگی ارتباط معناداری دارند. بیشترین ارتباط افسردگی با عملکرد هیجانی کیفیت زندگی بیماران با $r=-0/61$ و سپس با حیطه کلی سلامت با $r=-0/45$ و کمترین میزان ارتباط افسردگی با کارکرد نقش زنان مبتلا به سرطان پستان با $r=-0/25$ بدست آمد. با توجه به میزان ضرایب بدست آمده می توان گفت شدت ارتباط بین مشکلات هیجانی و خلقی با کیفیت زندگی ضعیف تا متوسط ارزیابی می شود و مقایسه ی ضرایب همبستگی اضطراب و افسردگی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان می دهد که اضطراب ارتباط ضعیف تری به نسبت افسردگی با کارکردهای کیفیت زندگی زنان سرطان پستان برقرار کرده است.

در پژوهش حاضر، به منظور پیش بینی ابعاد کیفیت زندگی با مشکلات اضطراب و افسردگی بیماران سرطان پستان از روش رگرسیون همزمان استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ آورده شده است. نتایج حاکی از آن است که افسردگی پیش بین تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران سرطانی محسوب می شود و می تواند بیش از همه کارکرد هیجانی بیماران را به میزان ۴۰٪ پیش بینی نماید. آزمون معناداری F برای معناداری ضریب همبستگی برابر با ۶۸/۹۶ بدست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. هم چنین افسردگی می تواند ۲۰٪ از واریانس حیطه کلی سلامت و ۱۴٪ از کارکرد شناختی بیماران سرطان پستان را پیش بینی نماید. آزمون F برای معناداری ضریب همبستگی کارکرد کلی سلامت و کارکرد شناختی به ترتیب ۲۶/۵۵ و ۱۷/۴۹ بدست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. هم چنین نتایج بیانگر آن است که اضطراب می تواند تنها کارکرد هیجانی و شناختی بیماران سرطان پستان را بصورت معناداری پیش بینی نماید. به واقع، اضطراب پیش بین ۴۰٪ از واریانس کارکرد هیجانی بیماران سرطان پستان می باشد و معناداری آزمون F برای ضریب همبستگی آن ۶۸/۹۶ بدست آمد که در

سطح ۰/۰۰۲ معنادار می باشد. هم چنین اضطراب پیش بین ۱۴٪ از واریانس کارکرد شناختی محسوب می شود که معناداری آزمون F برابر با ۱۷/۴۹ بدست آمد که در سطح ۰/۰۲ معنادار است.

جدول ۵: رگرسیون همزمان برای پیش بینی کیفیت زندگی توسط اضطراب و افسردگی

ردیف	ابعاد کیفیت زندگی	پیش بین	R	R ²	F	معناداری F	B	Beta	t	معناداری
۱	کارکرد جسمانی	اضطراب	۰/۳۱	۰/۰۹	۱۰/۹۳	۰/۰۰۰	-۰/۰۷	-۰/۰۳	-۰/۴۷	۰/۶۳
		افسردگی	۰/۳۱	۰/۰۹	۱۰/۹۳	۰/۰۰۰	-۰/۵۰	-۰/۲۹	-۳/۵۸	۰/۰۰۰
۲	کارکرد شناختی	اضطراب	۰/۳۸	۰/۱۴	۱۷/۴۹	۰/۰۰۰	-۰/۵۲	-۰/۱۸	-۲/۲۸	۰/۰۲۳
		افسردگی	۰/۳۸	۰/۱۴	۱۷/۴۹	۰/۰۰۰	-۰/۶۴	-۰/۲۵	-۳/۲۲	۰/۰۰۱
۳	کارکرد هیجانی	اضطراب	۰/۶۳	۰/۴۰	۶۸/۹۶	۰/۰۰۰	-۰/۵۸	-۰/۲۰	-۳/۱۲	۰/۰۰۲
		افسردگی	۰/۶۳	۰/۴۰	۶۸/۹۶	۰/۰۰۰	-۱/۲۴	-۰/۵۰	-۷/۶۰	۰/۰۰۰
۴	کارکرد اجتماعی	اضطراب	۰/۳۵	۰/۱۱	۱۴/۴۳	۰/۰۰۰	-۰/۳۲	-۰/۱۱	-۱/۳۸	۰/۱۶
		افسردگی	۰/۳۵	۰/۱۱	۱۴/۴۳	۰/۰۰۰	-۰/۷۳	-۰/۲۸	-۳/۵۱	۰/۰۰۱
۵	کارکرد نقش	اضطراب	۰/۲۷	۰/۰۶	۸/۲۲	۰/۰۰۰	-۰/۳۵	-۰/۱۲	-۱/۴۶	۰/۱۴
		افسردگی	۰/۲۷	۰/۰۶	۸/۲۲	۰/۰۰۰	-۰/۴۹	-۰/۱۸	-۲/۳۰	۰/۰۲۲
۶	حیطه کلی سلامت	اضطراب	۰/۴۵	۰/۲۰	۲۶/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۲۳	۰/۱۰	۱/۳۵	۰/۱۷
		افسردگی	۰/۴۵	۰/۲۰	۲۶/۵۵	۰/۰۰۰	-۱/۰۱	-۰/۵۰	-۶/۶۸	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط و نقش پیش بینی کنندگی مشکلات هیجانی و خلقی هم چون اضطراب و افسردگی با ابعاد کارکردی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بود. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که اکثریت زنان مبتلا به سرطان پستان خانه دار، با مدرک دیپلم و دارای ۲ فرزند و بیشتر هستند و میانگین سنی ۴۵/۵۴ سال و طول مدت ازدواج ۲۴/۰۳ سال را دارند. هم چنین گفتنی است این گروه از زنان در وضعیت متوسطی از کیفیت زندگی به سر می برند و همسو با یافته دیگر پژوهش ها، کارکردهای هیجانی، ایفای نقش و اجتماعی بیماران بیشترین آسیب را متحمل می شود (بوئنگ^۱، ۲۰۱۷؛ اسکیزیس و همکاران، ۲۰۱۶؛ کارالمبس، کیت، کارالمبس، تیتسی و کوتا^۲، ۲۰۱۷؛ میرزایی، مصطفایی، استبصاری، ستارزاده و استبصاری، ۱۳۹۵). به طور کلی، زنان درگیر سرطان از کیفیت زندگی نامطلوب و ناکافی برخوردارند که فارغ از ویژگی های جمعیت شناختی سن، وضعیت اشتغال، تحصیلات، قومیت و یا تعداد فرزندان آنها نیز مشاهده می شود (کانایامکندی و ساندرام^۳، ۲۰۱۷). از سوی دیگر تجزیه و تحلیل ها بیانگر آنند که این گروه از زنان از مشکلات اضطرابی و افسردگی متوسط تا شدیدی رنج می برند. این یافته هم راستا با نتایج تحقیقاتی است که نشان می دهند زنان مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با زنان عادی و حتی مردان مبتلا به انواع دیگر سرطان از مشکلات روانشناختی و آشفتگی های هیجانی و خلقی بالاتری رنج می برند (برگروت، میشل، اشینگ و کیم^۴، ۲۰۱۷؛ کاستو، جاکوب و کالدر^۵، ۲۰۱۷؛ مازهوم و همکاران، ۲۰۱۶). به علاوه، همبستگی مثبت و متوسط میان اضطراب و افسردگی مشاهده شده در این بیماران نشان از این واقعیت دارد که این مشکلات در بین بیماران سرطانی بسیار شایع و مرسوم اند و همبودی این دو به آشفتگی روانشناختی بیشتر بیماران منجر خواهد شد (گلد^۶ و همکاران، ۲۰۱۶).

یافته های حاصل از ضرایب همبستگی نیز بیان کننده ی ارتباط معنادار و معکوس بین مشکلات هیجانی و خلقی زنان مبتلا به سرطان پستان با تمامی ابعاد مختلف کیفیت زندگی آنان هستند؛ بطوریکه هرچقدر زنان مبتلا به سرطان پستان از مشکلات اضطراب و افسردگی بیشتری رنج ببرند، کیفیت زندگی پایین تری را در تمامی ابعاد تجربه می کنند. در این میان افسردگی به نسبت اضطراب با افت کارکردهایی هم چون ابعاد هیجانی و حیطه کلی سلامت زنان سرطان پستان ارتباط معنادار دارد. اضطراب نیز با کاهش بیشتر در کارکرد هیجانی بیماران رابطه معنادار برقرار کرده است. این یافته همسو با نتایج تحقیقات کارالمبس و همکاران (۲۰۱۷)؛ تانگ و همکاران (۲۰۱۷)؛ مازهوم و همکاران (۲۰۱۶)؛ ویتمن^۷ و همکاران (۲۰۱۷)؛ صدوقی، مهرزاد و محمدصالحی (۱۳۹۶)؛ کبیری، پورنجف، حسن بیگی، لطفی و کاظمی (۱۳۹۶) است. اثرات اضطراب و افسردگی بر کاهش کیفیت زندگی بیماران هم بطور مستقیم و هم غیر مستقیم قابل بررسی است. اضطراب ناشی از عود مجدد سرطان، نگرانی از مسائل جنسی، قدرت باروری و رسیدگی به امور فرزندان از سویی و از سوی دیگر ناامیدی، عدم اطمینان از آینده و افکار منفی مرتبط با مرگ، بستر مناسبی برای کاهش رضایت از زندگی و برداشت های منفی نسبت به ابعاد مختلف زندگی زنان مبتلا فراهم می آورد. اثرات غیر مستقیم مشکلات روانشناختی بر ادراک از زندگی زنان درگیر سرطان نیز از طریق راهبردهای مقابله ای ناکارآمد، فقدان حمایت اجتماعی، کاهش سازگاری زناشویی، مشکلات جنسی و تصویر بدنی نامطلوب، فقدان احساس کنترل و سطح تاب آوری آنان اعمال می شود (کستلو^۸ و همکاران، ۲۰۱۷؛ گلد و همکاران، ۲۰۱۶؛ مروین، او سالیوان و روزن^۹، ۲۰۱۷؛ هاتر، وگل، الکساندر، بومیستر، هلمز و بنجل^{۱۰}، ۲۰۱۳؛ صدوقی و همکاران، ۱۳۹۶). علاوه بر این، به دلیل تشابه علائم بالینی با عوارض جانبی بیماری، وجود مشکلات خلقی و هیجانی در این گروه از زنان تشخیص و درمان نمی شود و این امر به تداوم کیفیت زندگی پایین بیماران کمک می کند (پورکایاستا و همکاران، ۲۰۱۷).

دیگر یافته ی بدست آمده از پژوهش حاضر نشان می دهد با وجود شدت بالاتر اضطراب در مقایسه با افسردگی، ضرایب همبستگی اضطراب با ابعاد کیفیت زندگی به نسبت افسردگی پایین تر است و ارتباط ضعیفی بین اضطراب و ابعاد کارکردی کیفیت زندگی وجود دارد. در تبیین این امر می توان به ماهیت ابزارهای سنجشی به کار گرفته شده در پژوهش در مورد میزان اضطراب و وجود شباهت علائم بالینی اضطراب با عوارض جانبی درمان اشاره نمود که تشخیص میزان و شدت اضطراب واقعی را دشوار می سازد. از طرف دیگر، همانطور که مطالعات مختلف نشان می دهند، بیماران درگیر سرطان در ابتدای تشخیص بیماری از سطح اضطراب بالاتری رنج می برند که با گذشت چندین ماه از روند بیماری از سطح اضطراب بیماران کاسته شده اما سطح افسردگی بیماران افزایش یافته و یا ثابت باقی می ماند. بنابراین وجود افسردگی

¹ Boateng

² Charalambous, Kaite, Charalambous, Tistsi & Kouta

³ Kanayamkandi & Sunderam

⁴ Bergerot, Mitchell, Ashing & Kim

⁵ Kostev, Jacob & Kalder

⁶ Gold

⁷ Wittmann

⁸ Castelo

⁹ Merwin, O'Sullivan & Rosen

¹⁰ Hutter, Vogel, Alexander, Baumeister, Helmes & Bengel

می تواند ارتباط قوی تری را با افت عملکردی بیماران مبتلا به سرطان پستان برقرار نموده و کیفیت زندگی ضعیف تری را برای بیمار به همراه داشته باشد (ویتمن و همکاران، ۲۰۱۷؛ مازهوم و همکاران، ۲۰۱۶؛ لیون، کلی، والتر، بیر، تاکر و السویک^۱، ۲۰۱۵؛ ان جی^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ جونز^۳ و همکاران، ۲۰۱۵).

در پایان به منظور تعیین نقش اضطراب و افسردگی در پیش بینی واریانس نمرات ابعاد کارکردی کیفیت زندگی بیماران از رگرسیون همزمان استفاده شد و نتایج تجزیه و تحلیل ها نشان داد که افسردگی و اضطراب به خوبی می توانند ابعاد گوناگون کیفیت زندگی بیماران را پیش بینی نمایند؛ بطوریکه افسردگی و اضطراب می تواند پیش بین ۴۰٪ از واریانس کیفیت زندگی بیماران در کارکرد هیجانی و ۲۰٪ از واریانس حیطه کلی سلامت بیماران باشند. این یافته همسو با یافته های تحقیقاتی گراتمول^۴ و همکاران (۲۰۱۷)؛ لی، ژو، جو و لوک^۵ (۲۰۱۶)؛ فالر^۶ و همکاران (۲۰۱۵) است. یافته ها نشان می دهند که افسردگی و اضطراب به عنوان نمایندگان قدرتمند مشکلات روانشناختی در بین بیماران سرطانی به خوبی می توانند برداشت بیماران از حوزه های مختلف هیجانی، شناختی و عملکرد کلی در زندگی را تحت تأثیر خود قرار داده و نمرات ضعیف تر در کیفیت زندگی را به تنهایی پیش بینی نمایند. البته بایستی عنوان نمود که در این میان نقش افسردگی به مراتب پررنگ تر و با نفوذتر از اضطراب به نظر می رسد و وجود مشکلات افسردگی فارغ از وجود اختلالات بالینی هم چون افسردگی عمده به تنهایی می تواند بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان تأثیر منفی داشته باشد (لوین، یو، اوپو^۷، ۲۰۱۷؛ براندو، شولز و ماتوس^۸، ۲۰۱۷؛ فالر و همکاران، ۲۰۱۵).

به طور کلی نتایج پژوهش نشان دهنده ی ارتباط و نقش پیش بینی کنندگی مشکلات هیجانی/خلقی هم چون اضطراب و افسردگی در ابعاد مختلف جسمی، شناختی، هیجانی، اجتماعی، ایفای نقش، و حیطه کلی سلامت کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان هستند. از جمله محدودیت های پژوهش می توان به نداشتن سطح اولیه مشکلات هیجانی و خلقی بیماران در ابتدای تشخیص، پیگیری میزان مشکلات اضطرابی و افسردگی زنان پس از پایان فاز درمان های کمکی و ارتباط بعد علایم کیفیت زندگی با متغیرهای پژوهش اشاره نمود.

¹ Lyon, Kelly, Walter, Bear, Thacker & Elswick

² Ng

³ Jones

⁴ Grotmol

⁵ Li, Xu, Zhou & Loke

⁶ Faller

⁷ Levine, Yoo & Aviv

⁸ Brandão, Schulz & Matos

منابع و مراجع

- [۱] اصغری مقدم، محمدعلی؛ ساعد، فؤاد؛ دیباج نیا، پروین؛ زنگنه، جعفر (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در نمونه‌های غیر بالینی. *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد*، سال پانزدهم، دوره جدید، شماره ۳۱، آبان ۱۳۸۷، ص ۳۸-۲۳.
- [۲] صدوقی، مجید؛ مهرزاد، ولی اله؛ محمدصالحی، زهرا (۱۳۹۶). رابطه اضطراب و افسردگی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان سیدالشهدای اصفهان در سال ۹۵: نقش تعدیل کننده تاب آوری، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، دوره شانزدهم، مرداد ماه، ۴۰۸-۳۹۵.
- [۳] صفایی، آزاده؛ مقیمی دهکردی، بیژن؛ طباطبایی، سید حمیدرضا (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان. *مجله ارمغان دانش*، دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان ۸۶.
- [۴] کیهانیان، شهربانو؛ حسین زاده، مهسا؛ قلی زاده، بهروز؛ ذاکری حمیدی، مریم (۱۳۹۶). فراوانی افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده در مراکز انکولوژی رامسر و تنکابن در سال ۱۳۹۵، *فصلنامه بیماری های پستان*، سال دهم، شماره ۴، زمستان ۶۹، ۳۶-۲۹.
- [۵] لطفی، مسعود؛ کاظمی، عبدالله؛ کبیری، بهاره؛ پورنجف، آزاده؛ حسن بیگی، عظیم (۱۳۹۶). ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان استان ایلام در سال ۱۳۹۳، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، سال بیست و پنجم، شماره ۲ (پیاپی ۱۰۳).
- [۶] میرزایی، حمیدرضا؛ مصطفایی، داود؛ استبصاری، فاطمه؛ ستارزاده، معصومه؛ استبصاری، کیمیا (۱۳۹۵). تعیین کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان دریافت کننده خدمات حمایتی و تسکینی، *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*، دوره سوم، شماره ۲، زمستان ۹۵، ۲۶-۱۹.
- [7] Bergerot, C. D., Mitchell, H. R., Ashing, K. T., & Kim, Y. (2017). A prospective study of changes in anxiety, depression, and problems in living during chemotherapy treatments: effects of age and gender. *Supportive Care in Cancer*, 25(6), 1897-1904.
- [8] Boateng, R. (2017). *MENTAL HEALTH, QUALITY OF LIFE AND LIFE EXPERIENCES OF GHANAIAN WOMEN LIVING WITH BREAST CANCER* (Doctoral dissertation).
- [9] Brandão, T., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2017). Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. *Psycho-oncology*, 26(7), 917-926.
- [10] Castelo, A. R. P., Oriá, M. O. B., Chaves, A. F. L., Bezerra, K. C., Fernandes, A. F. C., Vasconcelos, C. T. M., & Moreira, C. B. (2017). The Impact of Breast Cancer on Female Sexuality: An Integrative Literature Review. *Global Journal of Health Science*, 9(5), 180.
- [11] Charalambous, A., Kaite, C. P., Charalambous, M., Titsi, T., & Kouta, C. (2017). The effects on anxiety and quality of life of breast cancer patients following completion of the first cycle of chemotherapy. *SAGE open medicine*, 5, 2050312117717507.
- [12] Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Reviews Clinical Oncology*, 5, 466-475.
- [13] Eskitzis, P., Zafrakas, M., Papanicolaou, A., Panagopoulou, E., Gkoutzioulis, M., Sympilidis, G., & Tarlatzis, B. C. (2016). Quality-of-life changes over time in breast cancer patients undergoing breast-conserving surgery: a prospective study in Greece. *Archives of gynecology and obstetrics*, 294(3), 639-645.
- [14] Faller, H., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., ... & Koch, U. (2015). Performance status and depressive symptoms as predictors of quality of life in cancer patients. A structural equation modeling analysis. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1456-1462.
- [15] Gold, M., Dunn, L. B., Phoenix, B., Paul, S. M., Hamolsky, D., Levine, J. D., & Miaskowski, C. (2016). Co-occurrence of anxiety and depressive symptoms following breast cancer surgery and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 97-105.
- [16] Grotmol, K. S., Lie, H. C., Hjerstad, M. J., Aass, N., Currow, D., Kaiso, S., ... & European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). (2017). Depression—A Major

- Contributor to Poor Quality of Life in Patients With Advanced Cancer. *Journal of pain and symptom management*, 54(6), 889-897.
- [17] Hamood, R., Hamood, H., Merhasin, I., & Keinan-Boker, L. (2018). Chronic pain and other symptoms among breast cancer survivors: prevalence, predictors, and effects on quality of life. *Breast cancer research and treatment*, 167(1), 157-169.
- [18] Hutter, N., Vogel, B., Alexander, T., Baumeister, H., Helmes, A., Bengel, J., 2013. Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer patients? *Psychol. Health Med.* 18, 412e419.
- [19] Jones, S. M., LaCroix, A. Z., Li, W., Zaslavsky, O., Wassertheil-Smoller, S., Weitlauf, J., ... & Danhauer, S. C. (2015). Depression and quality of life before and after breast cancer diagnosis in older women from the Women's Health Initiative. *Journal of Cancer Survivorship*, 9(4), 620-629.
- [20] Kanayamkandi, J., & Sunderam, S. (2017). Quality of life among breast cancer patients: a cross sectional study. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 4(3), 686-689.
- [21] Klemp, J. R., Myers, J. S., Fabian, C. J., Kimler, B. F., Khan, Q. J., Sereika, S. M., & Stanton, A. L. (2018). Cognitive functioning and quality of life following chemotherapy in pre-and peri-menopausal women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, 26(2), 575-583.
- [22] Kostev, K., Jacob, L., & Kalder, M. (2017). Risk of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with a suspected but unconfirmed diagnosis of breast or genital organ cancer in Germany. *Cancer Causes & Control*, 28(10), 1021-1026.
- [23] Levine, E. G., Yoo, G. J., & Aviv, C. (2017). Predictors of quality of life among ethnically diverse breast cancer survivors. *Applied research in quality of life*, 12(1), 1-16.
- [24] Li, Q., Xu, Y., Zhou, H., & Loke, A. Y. (2016). Factors influencing the health-related quality of life of Chinese advanced cancer patients and their spousal caregivers: a cross-sectional study. *BMC palliative care*, 15(1), 72.
- [25] Lyon, D., Kelly, D., Walter, J., Bear, H., Thacker, L., & Elswick, R. K. (2015). Randomized sham controlled trial of cranial microcurrent stimulation for symptoms of depression, anxiety, pain, fatigue and sleep disturbances in women receiving chemotherapy for early-stage breast cancer. *SpringerPlus*, 4(1), 369.
- [26] Merwin, K. E., O'Sullivan, L. F., & Rosen, N. O. (2017). We Need to Talk: Disclosure of Sexual Problems Is Associated With Depression, Sexual Functioning, and Relationship Satisfaction in Women. *Journal of sex & marital therapy*, 43(8), 786-800.
- [27] Moseholm, E., Rydahl-Hansen, S., Overgaard, D., Wengel, H. S., Frederiksen, R., Brandt, M., & Lindhardt, B. Ø. (2016). Health-related quality of life, anxiety and depression in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of diagnosis. *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 80.
- [28] Ng, C. G., Mohamed, S., See, M. H., Harun, F., Dahlui, M., Sulaiman, A. H., ... & Taib, N. A. (2015). Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: a 1-year prospective study. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 205.
- [29] Purkayastha, D., Venkateswaran, C., Nayar, K., & Unnikrishnan, U. G. (2017). Prevalence of depression in breast cancer patients and its association with their quality of life: A cross-sectional observational study. *Indian journal of palliative care*, 23(3), 268.
- [30] Rahou, Bouchra Haddou, Karima El Rhazi, Fatima Ouasmani, Chakib Nejjari, Rachid Bekkali, Ali Montazeri, and Abdelhalem Mesfioui. "Quality of life in Arab women with breast cancer: a review of the literature." *Health and quality of life outcomes* 14, no. 1 (2016): 64.
- [31] Tang, L., Fritzsche, K., Leonhart, R., Pang, Y., Li, J., Song, L., ... & Schaefer, R. (2017). Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in Chinese breast cancer patients. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 231.

- [32] Tucker, P. E., Saunders, C., Bulsara, M. K., Tan, J. J. S., Salfinger, S. G., Green, H., & Cohen, P. A. (2016). Sexuality and quality of life in women with a prior diagnosis of breast cancer after risk-reducing salpingo-oophorectomy. *The Breast, 30*, 26-31.
- [33] Wittmann, V., Látos, M., Horváth, Z., Simonka, Z., Paszt, A., Lázár, G., & Csabai, M. (2017). What contributes to long-term quality of life in breast cancer patients who are undergoing surgery? Results of a multidimensional study. *Quality of Life Research, 26*(8), 2189-2199.
- [34] World Health Organization (2014). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.
- [35] Zainal, N. Z., Nik-Jaafar, N. R., Baharudin, A., Sabki, Z. A., & Ng, C. G. (2013). Prevalence of depression in breast cancer survivors: a systematic review of observational studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 14*(4), 2649-2656.