مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوقی یزد
دوره شانزدهم ، شماره سوم ، پاییز ۱۳۸۷، صفحات ۳۶-۲۸

بررسی تأثیر ماستکتومی بر خلق و کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان

اعظم فاضل[۱]، بتول تیرگری*[۲]، دکترنغمه مخبر[۳]، دکترمحمد مهدی کوشیار[٤]،دکترحبیب الله اسماعیلی[٥]

چکیده

مقدمه: سرطان پستان با ۲۲/۶ درصد شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی است و ۸۱ درصد جراحی‌ها برای درمان آن در ایران از نوع ماستکتومی می‌باشد. ماستکتومی می‌تواند موجب احساس نقص و ناتوانی، اختلال در تصویر ذهنی از بدن، کاهش جذابیت و عملکرد جنسی شده و زمینه را برای ایجاد اختلالات خلق فراهم کند. از آنجایی که هدف روش‌های درمانی سرطان پستان در چند دهه اخیر ایجاد زندگی با کیفیت مطلوب برای بیمار می‌باشد، در راستای تحقق این هدف مهم نگرانی‌ها در مورد تأثیر درمان‌های جراحی سرطان پستان خصوصاً ماستکتومی بر کیفیت زندگی مبتلایان در حال افزایش است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط ماستکتومی با خلق و کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۵۰ زن ماستکتومی شده مراجعه کننده به کلینیک‌های خصوصی انکولوژی به عنوان گروه مورد و ۵۰ زن کاندید ماموگرافی مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج)مشهد به عنوان گروه شاهد و به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی و مبتنی بر هدف انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از فرم-های مصاحبه شامل مشخصات فردی، اطلاعات مربوط به بیماری و وضعیت عمومی در هر دو گروه و پرسشنامه‌های خلق POMS، کیفیت زندگی FPQOLI و حمایت اجتماعی صورت گرفت.

نتایج: آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات خلق و کیفیت زندگی در زنان ماستکتومی شده ارتباط آماری معکوس معنی‌داری نشان داد($P<۰/۰۰۱$).آزمون تی مستقل نیز نشان داد که خلق و کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده در مقایسه با زنان کاندید ماموگرافی ضعیف‌تر می‌باشد($P=۰/۰۰۱$ و $P<۰/۰۴۹$). آزمون مدل خطی عمومی نشان داد که متغیر گروه بیشترین اثر را بر خلق زنان مورد مطالعه دارد($P<۰/۰۰۱$)، همچنین خلق مهمترین عامل پیشگویی کننده سطح کیفیت زندگی در زنان مورد مطالعه می‌باشد($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: عدم توجه به وضعیت روحی- روانی بیماران بعد از عمل ماستکتومی می‌تواند زمینه را برای ایجاد تغییرات خلقی فراهم کرده و در نهایت کیفیت زندگی این افراد را مختل کند ولیکن پرستاران می‌توانند با شناسایی و ارجاع بیماران با تنش‌های روانی به مراکز مشاوره در جهت پیشگیری از ایجاد اختلالات خلق در این بیماران گام مؤثری برداشته و راه را برای ارتقا کیفیت زندگی آنان هموار کنند.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، ماستکتومی، خلق، کیفیت زندگی

۱- کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی مشهد
*۲- نویسنده مسئول،کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری مامایی رازی، تلفن:۳۲۰۵۲۱۹-۰۳٤۱، نمابر۳۲۰۵۲۱۸-۰۳٤۱- تلفن همراه: ۰۹۱۳۱۹۵۰۷۱٦
Email:b_tirgari@yahoo.com
۳- فوق تخصص روان پزشکی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی مشهد
٤-فوق تخصص هماتولوژی- آنکولوژی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی مشهد
٥- دکترای آمار حیاتی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی مشهد
تاریخ دریافت:۱۳۸٦/۱۱/۲۱ تاریخ پذیرش:۱۳۸۷/۵/۳

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در زنان(۱) و مهم‌ترین علت مرگ و میر آنان در دنیا محسوب می‌شود(۲). طبق گزارش‌های انجمن سرطان آمریکا(American Cancer Society) در سال۲۰۰۴، تعداد مبتلایان به این سرطان در آمریکا ۲۱۵۹۹۰ مورد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

بوده است، که از این تعداد ۴۰۱۱۰ نفر در همان سال فوت کرده‌اند(۳) در مطالعه‌ای که بین سال‌های (۱۳۸۲-۱۳۶۲) به مدت ۲۰ سال در مرکز آیت ا... طالقانی دانشگاه شهید بهشتی بر روی بیماران سرطانی مراجعه کننده به این مرکز انجام شد، مشخص گردید که در بین کل بدخیمی‌ها، سرطان پستان با۲۲/۶٪ شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی است(۴) و سالانه حدود ۶۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان در کشور تشخیص داده می‌شود که در مقایسه با سایر کشورها، زنانی ایرانی یک دهه زودتر به سرطان پستان مبتلا می‌شوند و ۷۰ درصد آنان در فاز پیشرفته بیماری تشخیص داده می‌شوند(۵).

بنا به نظر Smeltzer و Bare درمان جراحی سرطان پستان از رایج‌ترین درمان‌هاست(۲) که شامل دو نوع جراحی نگهدارنده پستان (Breast Conservative Surgery) و ماستکتومی می‌باشد(۶). طبق آمار به دست آمده در ایران ۸۱ درصد جراحی‌های پستان از نوع ماستکتومی می‌باشد(۷) تأثیر سرطان پستان و روشهای درمان آن مانند ماستکتومی بر روی بیمار شامل ناراحتی‌های روانی خصوصاً اختلالات خلق (افسردگی، اضطراب، عصبانیت) و تغییر در سبک زندگی، ترس و نگرانی در مورد تصویر ذهنی از بدن(Body Image)، عود بیماری و مرگ می‌باشد(۸،۹).

Dejordjevic و همکاران بیان می‌کنند که پس از ماستکتومی، بیماران زمینه مساعدتری جهت ابتلا به اختلالات خلق مانند افسردگی و اضطراب دارند(۱۰). در مطالعات دیگری مشخص شد که پس از جراحی، کیفیت زندگی به شدت کاهش می‌یابد و ارتباط معنی‌داری بین اختلالات خلق و کیفیت زندگی وجود دارد(۱۱،۱۲). در زمینه تأثیر ماستکتومی بر خلق و کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان، نتایج پژوهش Weitzner و همکاران نشان داد که زنان ماستکتومی شده در مقایسه با زنان کاندید ماموگرافی اضطراب پنهان($P<0/02$) و افسردگی ($P<0/005$) بیشتری را تجربه می‌کردند و اضطراب و افسردگی به عنوان معیارهای خلق ارتباط معکوس معنی‌داری با کیفیت زندگی آنان داشت(۸). در مطالعه Engle و همکاران و همچنین Morasso و همکاران مشخص گردید که زنان ماستکتومی شده به طور معنی‌داری نسبت به زنان با جراحی نگهدارنده پستان کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند($P<0/01$) و برای ۵۰ بیمار از ۱۳۲ بیمار مبتلا به سرطان پستان تشخیص بیماری روانی گذاشته شد(۱۳،۱۴).

ارزیابی کیفیت زندگی نقش مهمی در ارزیابی سیر درمان دارد و در بیماری‌ها، مرگ و میرها، تحقیقات و درمان به عنوان یک پیامد مهم مورد توجه می‌باشد و می‌تواند اطلاعات با ارزشی را که از دید پزشکان دور مانده، در اختیار آنان قرار دهد و در نهایت منجر به تغییر شیوه درمان و ارتقا کیفیت زندگی فرد گردد(۱۵).

به نظر می‌رسد بسیاری از مشکلات در مبتلایان به سرطان پستان به علت ترومای ناشی از برداشتن پستان و تأثیرات این تروما بر کیفیت زندگی آنان بعد از عمل است(۳). زیرا بیمار پس از ماستکتومی شرایطی همانند قطع یک عضو از بدن را تجربه می‌کند، عضوی که سمبل جنسیت، زن بودن و مادر بودن است و با برداشتن آن زنان استرس زیادی را متحمل شده و احتمالاً مستعد ایجاد اختلالات خلق مانند افسردگی و اضطراب و کیفیت زندگی ضعیف می‌گردند(۱۳). این درحالی است که هدف روش‌های درمانی و تشخیصی در چند دهه اخیر فقط تسکین علایم و زنده ماندن بیمار نیست، بلکه هدف تداوم زندگی با کیفیت مطلوب برای بیمار می‌باشد، در راستای تحقق این هدف مهم، نگرانی‌ها در مورد تأثیر درمانهای تهاجمی سرطان پستان از جمله ماستکتومی بر خلق و کیفیت زندگی مبتلایان، در حال افزایش است(۱۶) و معمول بودن ماستکتومی به عنوان درمان جراحی سرطان پستان در ایران، عدم توجه به پیامدهای روانی-اجتماعی آن و نیز عدم توجه به بازتوانی بیماران بعد از عمل، ضرورت بررسی‌های مکرر خلق و کیفیت زندگی این بیماران را در ایران دو چندان می‌سازد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف کلی تعیین تأثیر ماستکتومی بر خلق و کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان انجام شد. سایراهداف شامل تعیین خلق و کیفیت زندگی در زنان ماستکتومی شده، تعیین ارتباط خلق با کیفیت زندگی در زنان ماستکتومی شده، تعیین خلق و کیفیت زندگی زنان کاندید ماموگرافی به عنوان گروه شاهد، تعیین ارتباط خلق

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

با کیفیت زندگی در زنان کاندید ماموگرافی و در نهایت مقایسه خلق و کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده با زنان کاندید ماموگرافی بود.

روش بررسی

این مطالعهٔ توصیفی- تحلیلی با حجم نمونه ۵۰ نفر از زنان ماستکتومی شده مراجعه کننده به کلینیک‌های خصوصی انکولوژی جهت پیگیری، به عنوان گروه مورد و ۵۰ زن مراجعه کننده به کلینک جهت ماموگرافی، به عنوان گروه شاهد، در مشهد انجام شد. نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی بود و معیارهای ورود به این مطالعه شامل رضایت جهت شرکت در مطالعه، ملیت ایرانی، سن کمتر از ۷۰ و سابقه سرطان پستان مرحله ۱، ۲ یا ۳ و گذشت حداقل یک و حداکثر ۵ سال از عمل ماستکتومی(در گروه مورد)، کاندید ماموگرافی(در گروه شاهد) و معیارهای حذف شامل سابقه ابتلا به بیماری‌های مزمن (بیماریهای قلبی عروقی، کلیوی، کبدی، آسم، دیابت ، بیماریهای تیروئید، آرتریت روماتوئید، بیماریهای عروق مغزی، بافت همبند، عفونی) و روانی، ابتلا به سرطانهای دیگر، مصرف داروهای مؤثر بر روان (آنالژزیک‌های مخدر، ضد تهوع‌ها، استروئیدها) در طول یک هفته قبل از مطالعه، وجود رویدادهای استرس‌زا (طلاق، فوت نزدیکان، از دست دادن شغل، تغییر عمده در زندگی) طی ۶ ماه گذشته ،اعتیاد به مواد مخدر،سابقه عمل هیسترکتومی ، نقص عضو بارز (آمپوتاسیون دست و پا)، ابتلا به مرحله۴ سرطان پستان و تحت درمان بودن در زمان مطالعه بود.

فرم‌های تشخیص پاتولوژیک بیوپسی از پستان، انتخاب نمونه(فرم ۱) و مشخصات فردی(فرم ۲) و پرسشنامه‌های مربوط به بیماری، وضعیت عمومی (فرم ۳)، خلقPoms، کیفیت زندگی در سرطان Fpqoli و حمایت اجتماعی ابزار گردآوری اطلاعات این پژوهش را تشکیل دادند. روایی پرسشنامه حمایت اجتماعی در مطالعه کورانیان(۱۷) و صیادی (۱۸) تأیید شده، و جهت تعیین پایایی فرم‌های ۱، ۲، ۳ از پایایی هم‌ارز(Inter-rater Reliability) استفاده شد. بدین صورت که این فرم‌ها توسط پژوهشگر و فردی هم پایه هر یک جداگانه برای ۲۰ بیمار واجد شرایط (گروه مورد و شاهد) تکمیل گردید و پس از بررسی همبستگی پاسخ‌های داده شده، این فرم‌ها با حداقل پایایی(r=۰/۸۳) مورد تأیید قرار گرفتند. پایایی پرسشنامه‌های خلق Poms، کیفیت زندگی Fpqoli و حمایت اجتماعی با انجام مطالعه راهنما بر روی ۲۰ نفر و محاسبه آلفای کرانباخ مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه Poms با α=۰/۸۱، ابزار کیفیت زندگی در سرطان Fpqoli با α=۰/۹۳ و مقیاس حمایت اجتماعی با α=۰/۷۸ تأیید شدند. نمرهٔ کلی خلق بین ۲۴- تا ۱۷۷ محاسبه و نمره پایین‌تر نشان دهنده خلق بهتر و نمره کیفیت زندگی بین ۰ تا ۳۰ و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر می‌باشد. لازم به ذکر است که اطلاعات از طریق مصاحبه گردآوری شد و سپس با استفاده از نرم افزارآماری SPPS ورژن ۱۱/۵ و با استفاده از آزمون‌های مجذور کای، تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد.

نتایج

بررسی زنان مورد مطالعه در دو گروه از نظر سن نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی در گروه مورد(۴۸ درصد) و در گروه شاهد(۶۰ درصد) مربوط به گروه سنی(۴۹-۳۵) سال می‌باشد. آزمون مجذور کای نشان داد دو گروه از نظر سن همگن می‌باشند (P=۰/۰۸۵) (جدول۱).

جدول(۱): توزیع فراوانی زنان مورد مطالعه بر حسب سن به تفکیک دو گروه

گروه	ماستکتومی شده		کاندید ماموگرافی		هر دو گروه	
سن	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۳۴-۲۰	۵	۱۰	۹	۱۸	۱۴	۱۴
۴۹-۳۵	۲۴	۴۸	۳۰	۶۰	۵۴	۵۴
≥۵۰	۲۱	۴۲	۱۱	۲۲	۳۲	۳۲
کل	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
P=۰/۰۸۵	df =۲		Chi-square : x2 = ۴/۹۳			

از نظر وضعیت تأهل زنان مورد مطالعه در دو طبقه متأهل و مجرد(ازدواج نکرده، مطلقه و همسر فوت شده) مورد بررسی قرار گرفتند. اکثر واحدهای پژوهش در گروه مورد(۸۶ درصد) و در گروه شاهد(۸۸ درصد) متأهل می‌باشند. آزمون مجذور کای

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

نشان داد دو گروه از نظر وضعیت تأهل همگن هستند(P=۰/۰۸۵). بررسی واحدهای پژوهش در دو گروه از نظر سطح تحصیلات نشان داد که بیشترین فراوانی در گروه مورد(۴۰ درصد) و در گروه شاهد(۴۶ درصد) مربوط به سطح تحصیلات ابتدایی و کمترین فراوانی در گروه مورد و شاهد(۱۴ درصد) مربوط به سطح تحصیلات راهنمایی می‌باشد. آزمون مجذور کای اختلاف آماری معنی‌داری را بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات نشان نداد(P=۰/۹۰۳)

بررسی واحدهای پژوهش در دو گروه از نظر وضعیت اشتغال نشان داد که اکثر واحدهای پژوهش در گروه مورد(۸۰ درصد) و در گروه شاهد(۷۰ درصد) را زنان خانه دار تشکیل می‌دهند و مابقی شاغل می‌باشند. آزمون مجذورکای نشان داد دو گروه از این نظر همگن هستند(P=۰/۲۴۸).

بررسی دو گروه از نظر سابقه خانوادگی سرطان پستان نشان داد که اکثریت افراد در گروه مورد(۷۴ درصد) و در گروه شاهد(۸۴ درصد) سابقه خانوادگی سرطان پستان ندارند. آزمون مجذورکای نشان می‌دهد دو گروه از این نظر همگن می‌باشند(P=۰/۲۲۰).

میزان برخورداری واحدهای پژوهش از حمایت اجتماعی در سه سطح خوب، متوسط و ضعیف بررسی شد. اکثر واحدهای پژوهش در گروه مورد(۶۴ درصد) و در گروه شاهد(۷۶ درصد) از حمایت اجتماعی در سطح متوسط برخوردار هستند. آزمون مجذور کای نشان داد دو گروه از این نظر همگن می‌باشند(P=۰/۴۰۷).

۶۰ درصد زنان ماستکتومی شده در مرحله۲ سرطان پستان ،۲۴ درصد در مرحله ۱ و ۱۶ درصد در مرحله ۳ سرطان پستان بودند و اکثریت قریب به اتفاق آنان(۹۶ درصد) تحت عمل ماستکتومی رادیکال اصلاح شده قرار گرفته بودند. ۷۸ درصد آنان بین۱ تا ۲ سال و مابقی بین ۲ تا ۵ سال از عملشان گذشته بود. از نظر نوع درمان کمکی بیشترین فراوانی(۳۶ درصد) مربوط به شیمی‌درمانی توأم با رادیوتراپی و کمترین فراوانی(۴ درصد) مربوط به مصرف تاموکسیفن بود.

اکثریت آنان(۷۰/۲ درصد) ۶ دوره و مابقی بین ۳ تا ۵ دوره شیمی‌درمانی شده بودند ۶۵/۹ درصد آنان بین۶ تا ۱۵ ماه از آخرین دوره شیمی درمانی‌شان می گذشت و فقط ۱۰/۶ درصد از آنان کمتر از ۶ ماه(۵-۳ ماه) از آخرین دوره شیمی‌درمانی‌شان می‌گذشت. ۷۰ درصد آنان بین ۲۰ تا ۲۵ جلسه و مابقی بین ۲۶ تا ۳۰ جلسه رادیوتراپی شده بودند. بیش از نیمی از آنان (۵۶/۷ درصد) بین ۶ تا ۱۱ ماه از آخرین جلسه رادیوتراپی‌شان می‌گذشت و فقط۱۳/۳ درصد آنان کمتر از ۶ ماه(۳ تا۵ ماه) از آخرین جلسه رادیوتراپی‌شان می‌گذشت.

بررسی زنان کاندید ماموگرافی از نظر نوع علایم غیرطبیعی مشاهده شده در پستان نشان داد که۲۸ درصد آنان(بیشترین فراوانی) با احساس درد در پستان به کلینیک مراجعه می‌کردند.

یافته‌ها نشان داد، میانگین نمره خلق زنان ماستکتومی شده ۳۷/۲۱± ۵۵/۴۶ می‌باشد. خلق ۶۰ درصد زنان ماستکتومی شده در سطح متوسط و ۲۸ درصد ضعیف و خیلی ضعیف است و فقط ۱۲ درصد زنان ماستکتومی شده خلق خوب دارند در حالی که خلق هیچ کدام از آنان در سطح خیلی خوب نمی‌باشد.

نمره کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده از ۱۲/۸۷ تا ۲۱/۴۷ با میانگین ۱۶/۷۴۰ و انحراف معیار ۲/۱۶۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر می‌باشد. کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده در سطوح خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف مورد بررسی قرار گرفت.

۵۶ درصد افراد کیفیت زندگی متوسط، ۲۸ درصد کیفیت زندگی ضعیف و خیلی ضعیف دارند در حالی که فقط۱۶ درصد زنان ماستکتومی شده کیفیت زندگی خوبی دارند و کیفیت زندگی هیچکدام از آنان در سطح خیلی خوب نمی‌باشد.

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، بین نمره خلق و نمره کیفیت زندگی در زنان ماستکتومی شده رابطه خطی معنی‌دار معکوس وجود دارد، بدین صورت که با بالا رفتن نمره خلق(خلق بدتر) نمره کیفیت زندگی پایین می‌آید(r=۰/۵۹۸، P<۰/۰۰۱).

نمره خلق زنان کاندید ماموگرافی بین۱۳- تا۱۰۱ با میانگین۲۶/۸۶ و انحراف معیار۲۶/۹۷ می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده خلق ضعیف‌تر و نمره پایین‌تر نشان دهنده خلق بهتر می‌باشد. نمره خلق در سطوح خیلی خوب، خوب، متوسط،

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

ضعیف و خیلی ضعیف مورد بررسی قرار گرفت. خلق اکثریت زنان کاندید ماموگرافی(۷۰ درصد) در سطح متوسط و ۲۴ درصد در سطح خوب می‌باشد در حالی که فقط۶ درصد آنان خلق ضعیف دارند نمره کیفیت زندگی زنان کاندید ماموگرافی بین ۱۳/۵۸ تا ۲۰/۲۵ با میانگین ۱۷/۴۹ و انحراف معیار ۱/۵۲ می‌باشد. بررسی کیفیت زندگی زنان کاندید ماموگرافی در سطوح خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف نشان می‌دهد اکثریت آنان(۷۸ درصد) کیفیت زندگی متوسط و تنها ۶ درصد کیفیت زندگی ضعیف دارند، در حالی که هیچ کدام از زنان کاندید ماموگرافی کیفیت زندگی خیلی ضعیف ندارند.

براساس نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین نمره خلق و نمره کیفیت زندگی در زنان کاندید ماموگرافی رابطه خطی معکوس وجود دارد، اما این ارتباط از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد(P= ۰/۰۶۷ ،r=۰/۲۶۱)(نمودار۲).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین نمره خلق زنان ماستکتومی شده با زنان کاندید ماموگرافی تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد(P=۰/۰۰۱)(جدول ۲)، به طوری که میانگین نمره خلق زنان ماستکتومی شده نسبت به زنان کاندید ماموگرافی بالاتر می‌باشد، یعنی خلق زنان ماستکتومی شده در مقایسه با زنان کاندید ماموگرافی ضعیف‌تر است و این تفاوت بین میانگین نمره زیر گروههای خلق در دو گروه نیز مشاهده شد(جدول ۳).

همچنین نتایج این آزمون نشان داد که بین میانگین نمره کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده با زنان کاندید ماموگرافی اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده نسبت به زنان کاندید ماموگرافی پایین‌تر می‌باشد (P<۰/۰۴۹)(جدول ۴).

مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه نشان داد که بین نمره بعد جسمی(P=۰/۰۳) و نمره بعد روحی- روانی کیفیت زندگی(P=۰/۰۳) در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد(جدول۵).

جدول ۲: مقایسهٔ خلق زنان ماستکتومی شده با زنان کاندید ماموگرافی

شاخص آماری گروه	انحراف معیار ± میانگین	نتیجه آزمون
ماستکتومی شده	۵۵/۴۶ ± ۳/۲۱	t = ۴/۴۲۷ df = ۸۹/۳۶
کاندید ماموگرافی	۲۶/۸۸۶ ± ۲/۹۷۲	P = ۰/۰۰۱

جدول ۳: مقایسه زیر گروههای خلق در زنان ماستکتومی شده با زنان کاندید ماموگرافی

زیر گروه‌های خلق	ماستکتومی شده انحراف معیار ± میانگین	کاندید ماموگرافی انحراف معیار ± میانگین	نتیجه آزمون آماری t	df	p
اضطراب	۱۷/۸۲ ± ۹/۷۲	۱۲/۴۸ ± ۶/۲۳	۳/۲۶	۹۸	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۷/۷۲ ± ۱۱/۴۲	۹/۳۸ ± ۸/۶۸	۴/۱۰	۹۱/۴۵	۰/۰۰۱
خستگی	۱۰/۵۶ ± ۵/۷۵	۹/۳۸ ± ۴/۲۰	۴/۱۰	۹۱/۴۵	۰/۰۰۱
سردرگمی	۸/۶۶ ± ۴/۴۵	۵/۱۸ ± ۳/۳۶	۴/۴۰	۹۸	۰/۰۰۱
عصبانیت	۱۴/۶۰ ± ۸/۲۵	۱۰/۲۸ ± ۶/۸۰	۲/۸۵	۹۸	۰/۰۰۵
توانایی	۱۳/۷۲ ± ۴/۵۳	۱۵/۸۰ ± ۴/۳۷	-۲/۳۳	۹۸	۰/۰۲۲

جدول ٤: مقایسهٔ کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده با زنان کاندید ماموگرافی

	انحراف معیار ± میانگین	نتیجه آزمون
ماستکتومی شده	۱۶/۷۴ ± ۲/۱۶	t=-۱/۹۹۸ df=۸۸/۱۹
کاندید ماموگرافی	۱۷/۴۹ ± ۱/۵۲	P < ۰/۰۴۹

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

جدول(۵): مقایسه ابعاد کیفیت زندگی در زنان ماستکتومی شده با زنان کاندید ماموگرافی

ابعاد کیفیت زندگی	ماستکتومی شده	کاندید ماموگرافی	نتیجه آزمون آماری		
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	t	df	p
جسمی	۱۶/۰۲ ±۲/۴۴	۱۶/۹۱ ± ۱/۶۰	-۲/۴	۸۴/۵۳	۰/۰۳
روحی ـ روانی	۱۷/۱۹ ± ۲/۶۰	۱۸/۱۳ ± ۱/۶۹	-۲/۱۳	۸۴/۲۰	۰/۰۳
اقتصادی ـ اجتماعی	۱۶/۳۱ ± ۲/۴۵	۱۶/۱۸ ± ۲/۰۹	۰/۲۷	۹۸	۰/۷۸
خانوادگی	۱۹/۰۵ ± ۲/۷۱	۱۹/۴۹ ± ۱/۸۲	-۰/۹۳	۸۵/۷۵	۰/۳۵

بحث

در ارتباط با خلق زنان ماستکتومی شده نتایج این مطالعه با مطالعه Maguire (۱۹)، Dean(۲۰) و Weitzner و همکاران(۸) همخوانی دارد. این یافته را می‌توان با استفاده از چرخه تضعیف روحیه فرانک توجیه کرد(۲۱). زیرا در زنان ماستکتومی شده، به علت اختلال در تصویر ذهنی از جسم، درگیری بیش از حد با خود ایجاد شده و باعث 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 و اضطراب و افسردگی فراهم می‌کند.

در ارتباط با کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده یافته‌ها با نتایج مطالعه Engle و همکاران(۱۳) و Weitzner و همکاران(۸) همخوانی دارد. پایین بودن کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده احتمالاً به این دلیل می‌باشد که تغییر در تصویر ذهنی پس از ماستکتومی یک امر اجتناب ناپذیر است. چنانچه این تغییر در شکل نامطلوب در خودپنداری فرد شکل گیرد احتمال بروز اختلالات خلق را افزایش داده و باعث کاهش اعتماد به نفس، ترس از حضور در اجتماع و کاهش کارآیی، اختلال در روابط جنسی، خانوادگی و اجتماعی فرد شده که این عوامل می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد و آن را پایین آورد(۲۲،۲۳).

در مورد ارتباط خلق با کیفیت زندگی در زنان ماستکتومی شده یافته‌ها با نتایج مطالعه Weitzner و همکاران (۸)، Shimozuma و همکاران(۱۲) و Chazel و همکاران(۲۴) همخوانی دارد. احتمالاً دلیل یافته فوق این است که اختلال در تصویر ذهنی ایجاد شده پس از ماستکتومی باعث تنش و استرس مداوم در مبتلایان به سرطان پستان شده و در زمینه را برای ایجاد تغییرات خلقی فراهم می‌کند. اختلال خلق هم بر کیفیت زندگی آنان اثر گذاشته و باعث پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود. چنانچه نتیجه آزمون مدل خطی عمومی‌در مطالعه حاضر و مطالعه Weitzner نشان می‌دهد که خلق بیشترین اثر را بر کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده دارد.

در ارتباط با خلق زنان کاندید ماموگرافی نتایج با مطالعه Groenvold و همکاران (۲۵) و Weitzner و همکاران (۸) همخوانی دارد. احتمالاً دلیل یافته فوق این است که زنانی که برای اولین بار با علایم هشدار دهنده سرطان پستان در کلینیک حضور می‌یابند نیز میزان بالایی از استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند که بسیار بالاتر از میزان نرمال در زنان سالم می‌باشد، زیرا آنها خودشان را در ریسک بالاتری برای ابتلا به سرطان پستان در آینده می‌بینند. همچنین کاهش اطلاعات و آگاهی آنها در این زمینه یکی از دلایل افزایش اضطراب و استرس در آنها است(۲۵).

در ارتباط با کیفیت زندگی زنان کاندید ماموگرافی نتایج با مطالعه Weitzner و همکاران همخوانی دارد. Woodward و Webb بیان می‌کنند که اکثر زنان به طور متوسط۶ هفته پس از مشاهده علایم غیر طبیعی در پستان به سیستم بهداشت و درمان جهت پیگیری مراجعه می‌کنند(۲۶) در مطالعه حاضر نیز زنان کاندید ماموگرافی به طور متوسط ۱۰ هفته پس از مشاهده علایم غیرطبیعی در پستان به کلینیک مراجعه می‌کردند و احتمالاً در طول این مدت کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر نگرانی، اضطراب و استرس ناشی از علایم غیر طبیعی در پستان، قرار گرفته و به طور نسبی پایین می‌آید.

در مورد ارتباط خلق با کیفیت زندگی در زنان کاندید ماموگرافی نتایج با مطالعه Weitzner و همکاران همخوانی ندارد، زیرا آنها نشان دادند که بین افسردگی و کیفیت زندگی زنان کاندید ماموگرافی ارتباط معکوس معنی‌داری وجود دارد($P<0/0001$). در حالی که بین

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

اضطراب پنهان و کیفیت زندگی در زنان کاندید ماموگرافی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت(۸).

احتمالاً دلیل این یافته استفاده از ابزارهای متفاوت برای بررسی خلق می‌باشد. در مطالعه حاضر از ابزار Poms برای بررسی خلق استفاده شد که ابزاری روا و پایا برای بررسی تمامی زیر گروه‌های خلق می‌باشد. در صورتی که در مطالعه Weitzner و همکاران از ابزارهای تک بعدی افسردگی بک و اضطراب اشپیل برگر برای بررسی خلق استفاده شده است و وی یکی از محدودیت‌های پژوهش خود را استفاده از این ابزار تک بعدی برای بررسی خلق بیان می‌کند و می‌نویسد این ابزارها درک درستی از مفهوم خلق به دست نمی‌دهند(۸) حجم نمونه زنان کاندید ماموگرافی در مطالعه حاضر ۵۰ نفر می‌باشد و p به دست آمده در بررسی ارتباط خلق با کیفیت زندگی در زنان کاندید ماموگرافی۰/۰۶۷ می‌باشد که با افزایش حجم نمونه احتمال دارد به سوی معنی‌داری شدن سوق یابد.

در ارتباط بامقایسه خلق زنان ماستکتومی‌شده با زنان کاندید ماموگرافی نتایج با پژوهش Weitzner و همکاران(۸) و Iwamitus و همکاران (۲۷) همخوانی دارد. احتمالاً دلیل تفاوت نمره خلق در دو گروه، اختلاف در نوع مکانیسم‌های تطابقی (Coping Strategies) مورد استفاده در آنها می‌باشد(۸،۲۸).

منظور از مکانیسم‌های تطابقی، تلاش‌های رفتاری و شناختی مداومی‌باشد که توسط افراد جهت اداره محرک‌های درونی و بیرونی که خارج از محدوده سازگاری آنها می‌باشد صورت می‌گیرد(۲۸).

زنان ماستکتومی شده به علت اختلال در تصویر ذهنی از جسم، استرس و تنش زیادی را در طولانی مدت تحمل می‌کنند. زیرا ماستکتومی باعث می‌شود که فرد همیشه به یاد داشته باشد که سرطان دارد. بنابراین آنها از مکانیسم‌های تطابقی متمرکز برهیجان(Emotion Focused Coping) استفاده می‌کنند و دچار اختلال در سازگاری هستند(۸،۱۹). این نوع مکانیسم‌های تطابقی موجب درجات بالایی از اضطراب و افسردگی در فرد می‌شوند. Lazarus & Folkman نیز ارتباط محکمی را بین استفاده از مکانیسم‌های تطابقی هیجان محور و اختلال در سازگاری نشان داده‌اند. همچنین Racipp و Coyne بیان می‌کنند که بین استفاده از مکانیسم‌های تطابقی متمرکز برهیجان و اختلال خلق ارتباط وجود دارد.مکانیسم‌های تطابقی متمرکز برهیجان شامل اجتناب(Avoidance) از رویایی و فکر کردن به مشکل، انزواطلبی (Withdrawal)، پرخاشگری، انتقاد از خود (Self Criticism) و پذیرفتن نقش بیمار می‌باشد(۲۸).

اما زنان کاندید ماموگرافی از مکانیسم‌های تطابقی متمرکز بر مشکل (Problem- Focused Coping) استفاده می‌کنند(۸) این گونه مکانیسم‌های تطابقی احتمالاً شامل شناسایی عوامل تنش‌زا و فشارهای بیرونی و آگاهی از توانایی‌های شخصی برای کنار آمدن با فشار روانی هستند، به این معنی که ضمن نگرانی منطقی از شرایط موجود، رویکردی مشکل‌گشا اتخاذ شده تا از فشار روانی کاسته شود. این گونه مکانیسم‌های تطابقی باعث پذیرفتن و تعریف مشکل، بررسی راه حلهای ممکن و انتخاب بهترین راه حل می‌شوند. از مکانیسم‌های تطابقی مشکل محور می‌توان به حل مسئله، در نظر گرفتن اهداف، تصمیم گیری درباره اولویت‌ها، تنظیم وقت، واگذار کردن فرصتی برای آرمیدگی بدنی، تغییر دادن الگوهای فکری بی فایده، ابزار عواطف سرکوب شده و تلاش سنجیده برای تغییر دادن رفتار اشاره کرد(۲۸).

در ارتباط با مقایسه کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده با زنان کاندید ماموگرافی نتایج با نتایج پژوهش بکر و همکاران همخوانی دارد(۳) اما با نتایج پژوهش Weitzner و همکاران(۸) همخوانی ندارد. در مطالعه Weitzner و همکاران کیفیت زندگی در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته است.

احتمالاً علت این عدم همخوانی این است که تعدادی از زنان کاندید ماموگرافی در مطالعه Weitzner در مراکز سرطان شاغل بودند و این باعث می‌شود که این افراد استرس و اضطراب بیشتری در مورد امکان ابتلا به سرطان پستان داشته باشند(۸)

این پژوهش اطلاعاتی را در زمینه ارتباط ماستکتومی با خلق و کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان در اختیار پرستاران، برنامه ریزان آموزشی و پژوهشگران قرار می‌دهد و نتایج حاصل از آن می‌تواند در حیطه‌های، مختلف پرستاری، آموزشی، درمانی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

و تحقیقی قابل استفاده و استناد باشد و با تأکید بر بررسی دقیق و همه جانبه بیمار خصوصاً از نظر روحی- روانی، گام مؤثری در جهت ارتقا کیفیت مراقبت‌های پرستاری و پیشگیری از ایجاد اختلالات خلقی در مبتلایان به سرطان پستان و ارتقاء کیفیت زندگی آنان باشد.

از آنجایی که پرستار نقش مهمی‌در بررسی شبکه‌های حمایت اجتماعی در دسترس بیمار، برنامه ریزی مناسب جهت بیمار و خانواده او، کمک به بیمار در تعیین توانایی‌ها و محدودیت‌های او بازی می‌کند و می‌تواند به عنوان هماهنگ کننده در برنامه‌های توانبخشی این بیماران پس از ماستکتومی و با شرکت دادن بیمار و خانواده‌اش در برنامه‌های گروهی برای بیان احساسات و نگرشها در مورد وضعیت جدیدشان به مددجویان کمک کند. لذا باید امکان انجام اقداماتی همانند بررسی روحی- روانی، اجتماعی مبتلایان به سرطان پستان قبل و بعد از ماستکتومی، درخواست مشاوره‌های روانی برای بیمارانی که قادر به تصمیم‌گیری در مورد انجام عمل ماستکتومی نیستند، در بخش‌های جراحی و انکولوژی فراهم گردد.

بعد از عمل ماستکتومی هم باید امکان مشاوره و پیگیری روانی این بیماران فراهم گردد و موقعیتی فراهم گردد که بتوانند با بیماران دیگری که آنها نیز مشکل مشابه دارند، صحبت کنند و نگرانی‌ها و نگرش‌های خود را در بحث‌های گروهی بیان کنند همچنین بررسی خلق و کیفیت زندگی این بیماران پس از ماستکتومی در فواصل منظم ایجاد می‌گردد.

با استفاده از اقدامات فوق می‌توان بیمارانی را که دچار تنش‌های روانی، اختلال در تصویر ذهنی از جسم هستند، شناسایی و به روانپزشک و مشاور جهت بررسی و پیگیری تخصصی‌تر ارجاع داد. با انجام این گونه اقدامات غربالگری می‌توان از ایجاد اختلالات خلق در زنان ماستکتومی شده پیشگیری کرد و راه را برای ارتقاء کیفیت زندگی آنان هموار کرد.

References

1- Ignata VD, Workman M. ***Medical Surgical Nursing Critical Thinking for Collaborative Care***. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2004: 559.

2- Smeltzer SC, Bare BG. ***Bronner And Suddarth Text Book Of Medical Surgical Nursing.*** 9th ed. Philadelphia: Lippincott; 2000: 272,297,301.

3- Uzun O. ***Quality of Life in Woman with Breast Cancer in Turkey***. J Nurs Scholarsh 2004; 36(3): 207-13.

٤- اصفهانی فاطمه. ***سرطان پستان و وضعیت آن در ایران***، خلاصه مقالات چهارمین همایش هماتولوژی انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، (تیر۱۳۸۳): ۱.

5- Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. ***Breast cancer in Iran: Results of multi-center study.*** Asian pac J cancer prev 2004; 5(1): 24-7.

6- Harmer V. ***The Surgical Management of Breast***. Nurs Times 2000; 96(48): 34-5.

7- Najafi M, Ebrahimi M, Kaviani A, Hashemi E, Montazeri A. ***Breast Conserving Surgery Versus Mastectomy: Cancer Practice by General Surgeons in Iran.*** BMD Cancer 2005; 5: 35.

8- 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: 241-8.

۹- سادوک بنیامین ، سادوک ویرجینیا. ***خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری***: روانپزشکی بالینی، ج۲، ویرایش نهم، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان، تهران ،ارجمند، ۱۳۸۲: ۷۷، ۲۹۵، ۲۹۶.

10- Djordjevic H, Tosic Golubovic S, Miljkovic S,

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

Djordjevic A. ***Psychopathological Reaction after Mastectomy***. J Clin Oncol 2002; 21(5): 89-93.

11- Kissane DW. ***Psychological morbidity and quality of life in Australian women with early stage of breast cancer: A cross sectional survey.*** Med J Aust 1998; 169(4): 192-6.

12- Shimozuma K, Ganz PA, Petersen L, Hirji K. ***Quality of life in the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery.*** Breast Cancer Res Treat 1999; 56(1): 45-57.

13- Engle J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. ***Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-Year prospective study.*** Breast J 2004; 10(3): 223-31.

14- Morasso G, Gostantini M, Viterbori P, Bonci F, Del Mastro L, Musso M, et al. ***Predicting mood disorders in breast cancer patients***. Eur J Cancer 2001; 37: 216-23.

۱۵- سیاری علی اکبر، گری دیوید، اسدی لاری محسن. ***ارزیابی کیفیت زندگی: تجربیات جهانی و ضرورت اقدام در ایران***، طب و تزکیه، شماره ۴۱(تابستان ۱۳۸۰): ۳۱-۳۵.

16- Kunkel EJ, Chen EI, Okunlola TB. ***Psychosocial concerns of women with breast cancer***. Prim Care Update Ob Gyns 2002; 9(4): 129-134.

۱۷- کورانیان فرانک. ***بررسی ارتباط نستوهی و منبع کنترل با فرسودگی شغلی در پرستاران***، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۸۰: ۵۳

۱۸- صیادی طیبه. ***بررسی ارتباط کارایی شخصی و منبع کنترل سلامت با پیروی از رژیم غذایی در مبتلایان به پرفشاری خون اولیه***، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۸۳ : ۶۲

19- Maguire GP. ***Psychiatric problems in the first year after mastectomy.*** Br Med J 1978; 1(6118): 963-5.

20- Dean C. ***Psychiatric morbidity following mastectomy: Preoperative predictors and types of illness.*** J Psychosom Res 1987; 31(3): 358-92.

۲۱- سیمز اندرو. ***علایم در ذهن: مقدمه‌ای بر روان آسیب شناسی توصیفی***، ترجمه اسماعیل شاهسوند، فهیمه فتحعلی لواسانی، تهران، چامه، ۱۳۷۸: ۳۵۶-۳۵۲، ۴۵۵، ۴۵۶.

22- Bredin M. ***Mastectomy, body Image and therapeutic message: A qualitative study of women's experience.*** J Adv Nurs 1999; 29(5): 1113-20.

23- Bttomley A. ***Psychosocial problems in cancer care: A brief review of common problems.*** J Psychiatr Ment Health Nurs 1997; 4: 323-33.

24- Chazel SK, Fallowfield L, Blamey RW. ***Comparison of psychological aspect and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction.*** Eur J Cancer 2000; 36:1938-43.

25- Groenvold M. ***Anxiety and depression in breast cancer patients at low risk of recurrence compared with the general population: A Valid comparison?*** J Clin Epidemiol 1999; 52(6):523-30.

26- Woodward V, Webb C. ***Woman anxieties surrounding breast disorders: A systematic review of literature.*** J Adv Nurs 2001; 33(1): 29-41.

27- Iwamitus Y. ***Differences in emotional distress between breast tumor patient with emotional inhibition and those with emotional expression.*** Psychiatry Clin Neurosci 2003; 57: 289-94.

28- Austenfeld JL, Stanton AL. ***Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping and health-related outcome***. J Pers 2004; 72(6): 1335-64.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]