رابطه استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه

معصومه موحدی [۱*]، شهرام محمدخانی [۲]، جعفر حسنی [۲]، مریم مقدسین [۲]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

یافته / دوره بیستم / شماره ۳ / پاییز ۹۷ / مسلسل ۷۷

چکیده

دریافت مقاله: ۹۷/۶/۲۴ پذیرش مقاله: ۹۷/۷/۷

مقدمه: بر اساس آمارهای جهانی، سرطان سینه شایع ترین سرطان تشخیص داده شده در زنان سراسر جهان محسوب می شود. یکی از پیامدهای بارز ابتلا به سرطان سینه؛ مشکلات روانشناختی مانند استرس در مبتلایان است که به کاهش کیفیت زندگی منجر می شود. با توجه به این نکته مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط استرس ادراک شده با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه بودند که به بیمارستان شهید رحیمی خرم آباد (بخش سرطان) مراجعه کرده بودند. ۳۰۰ نفر از بیماران با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه استرس ادراک شده **DASS** و کیفیت زندگی بیماران سرطانی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل همبستگی، تحلیل رگرسیون و با توجه به سطح اطمینان ۹۵٪ و با استفاده از نرم افزار **SPSS** نسخه ۲۴ در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین استرس ادراک شده و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه رابطه معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: طبق نتایج مطالعه حاضر، بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی رابطه وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: استرس ادراک شده، کیفیت زندگی، سرطان.

*آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی.

پست الکترونیک: masumemovahedi@yahoo.com

مقدمه

سرطان یک بیماری مزمن است که روزانه از هر ۸ نفر یک نفر به آن مبتلا می‌شود (۱). این بیماری نه تنها از نظر جسمی فرد را فرسوده می‌کند به لحاظ روانی نیز عوارض سنگینی برای فرد دارد (۲). در حال حاضر سرطان سینه شایع‌ترین و اولین سرطان در کشور (ایران) است (۳) که حدود ۳۳٪ انواع سرطان زنان را تشکیل می‌دهد (۴). میزان بروز سرطان سینه در ایران طی سه دهه گذشته افزایش یافته است و به این ترتیب نرخ شیوع آن در بین سرطان‌های دیگر از رتبه پنجم به رتبه اول صعود کرده است (۵). ابتلا به سرطان سینه با از دست دادن یک یا هر دو پستان، احساس ناشی از قطع عضو را در یک فرد ایجاد می‌کند. این فقدان عضو در زن با تغییر تصویر ذهنی، کاهش احساسات زنانه، کاهش حس جذابیت و جاذبه جنسی و نیز اضطراب، افسردگی، بی انگیزگی، خجالت و ... و نهایتاً ترس از عود، فکر طرد شدگی و افکار مرگ همراه است (۶).

پیش‌بینی می‌شود تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (۲). در این میان سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آنها نیز می‌شود، به عنوان مثال: واکنش‌هایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران مشاهده می‌شود. عامل روانشناختی دیگری که در رابطه با بروز و پیشرفت بیماری‌ها ارتباط دارد استرس است (۷). به نظر می‌رسد که این عامل روانشناختی منجر به واکنش‌های متفاوت در مقابل استرس می‌گردد و ممکن است زیربنای مرگ و میر انسان‌ها در اثر ابتلا به بیماری‌های مختلف بخصوص سرطان باشد (۳).

از سوی دیگر تشخیص و درمان سرطان پستان، تجربه‌ای پراسترس و اضطراب‌آور است (۸). استرس واکنش در مقابل یک تهدید ادارک شده (واقعی یا خیالی) نسبت به سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی فرد است که منجر به یک سلسله پاسخ‌ها و واکنش‌های سازگاری فیزیولوژیک می‌شود (۹). برخی محققان اعتقاد داشتند که تفسیر رویدادهای استرس‌زا از خود رویدادها مهم‌تر است که این امر توانایی ما را در واکنش و مقابله با استرس کمک می‌کند. پژوهش‌های اخیر نقش سبک‌های مقابله‌ای بر کنترل استرس را تایید می‌کند (۱۰).

یکی از پیامدهای ناخوشایند استرس در بیماران مزمن کیفیت زندگی نامطلوب این بیماران است. ارزیابی کیفیت زندگی یکی از موضوعات قابل بحث در تحقیقات بالینی می‌باشد. در تحقیقی وون و همکاران کیفیت زندگی بیماران سرطانی یک بار هنگام دریافت تشخیص بیماری و بار دیگر سه سال بعد از آن ارزیابی کردند. برای این منظور ۲۱۶ بیمار مبتلا (۸۳ زن و ۱۳۱ مرد) که به تازگی تشخیص سرطان دریافت کرده بودند پرسشنامه ۳۰ سوالی کیفیت زندگی بیماران سرطانی را اجرا کردند. سه سال بعد شرکت کنندگان (۱۲۶ بیمار" ۵۲ زن و ۷۴ مرد" باقی مانده) بار دیگر پرسشنامه را اجرا کردند. نتایج تحقیقات وون و همکارانش نشان داد که کیفیت زندگی بیماران سه سال بعد از تشخیص بیماری به طور معنا داری پایین تر از زمان تشخیص بود (۱۱).

نشانه‌های مربوط به بیماری سرطان سینه بر کارکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد و کیفیت زندگی بیماران نقصان می‌یابد (۱۲) و تطابق بیمار از نظر روانشناختی بر نحوه کیفیت زندگی فرد تاثیر قابل ملاحظه‌ای دارد به طوری که استفاده از راهبرد مقابله‌ای موفق در کاهش استرس و افزایش سلامت جسمی و روانی در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی موثر است (۱۳).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از ابتلا به سرطان سینه؛ همچون مشکلات جسمانی (درد و خستگی) مشکلات روانشناختی (اضطراب و افسردگی) و سایر مشکلات روانی- اجتماعی در مبتلایان است که این

امر به کاهش کیفیت زندگی؛ به خصوص در رابطه با زنان جوانتر منجر می شود (۱۴).

مطالعات انجام شده به بررسی بیماران مبتلا به سرطان پستان قبل و بعد از تشخیص پرداختند. در این مطالعه بیماران مبتلا به سرطان پستان، علایم اضطرابی شدیدی را قبل و بعد از تشخیص نشان دادند (۱۵). از سوی دیگر محققان می‌نویسند: بیش از ۷۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان، زمان تشخیصی و درمان را پراسترس‌ترین زمان می‌دانند: زیرا سوالات بسیاری از جمله، درمان پذیری بیمار، بروز اختلالات جسمی ناشی از بیماری، عوارض جانبی ناشی از بیماری، تأثیر اقتصادی بیماری بر خانواده، تغییر در کار و شیوه‌های زندگی برای آنها مطرح می‌گردد. نگرانی‌های جسمی و عوارض جانبی ناشی از شیمی درمانی همراه با مشکلات روانی، اجتماعی، اقتصادی می‌توانند کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی را که یکی از موضوعات مهم در درمان و بهبودی آنان محسوب می‌شود تحت تأثیر قرار دهد (۱۶). بنابر آنچه بیان شد این پژوهش با هدف بررسی رابطه استرس ادراک شده و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

جامعه مورد مطالعه

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و از لحاظ نوع گردآوری داده‌ها، توصیفی از شاخه همبستگی به شمار می‌رود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه بودند که به بیمارستان شهید رحیمی شهر خرم‌آباد (بخش سرطان سینه) مراجعه کرده و توسط پزشک متخصص تشخیص سرطان دریافت کرده است. شرایط ورود به مطالعه شامل زنان دارای حداقل ۱۸ سال سن که با شیمی درمانی، پرتو درمانی یا هر دو برای سرطان درمان شده، یا در حال درمان بودند. تمام شرکت‌کنندگان حداقل باید دو درمان شیمی‌درمانی یا دو هفته پرتودرمانی را در زمان ثبت‌نام جهت ورود به دوره گذرانده باشند. زنان با سرطان عود یا متاستاز خارج می‌شدند. با توجه به این ملاک، شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر در مراحل ۰ تا ۳ (بیماران مبتلا به سرطان سینه بین مراحل ۱ تا ۴ هستند. بدین صورت که هر چقدر بیمار در مراحل اولیه مانند ۱ باشد توده به همه جای بدن منتشر نشده، ولی وقتی بیمار در مراحل بالاتر باشد توده در سایر اندام‌های بدن منتشر شده است). سرطان سینه بودند.

روش نمونه‌گیری به صورت دسترس بود. ابتدا فهرست کلیه افرادی که در بخش سرطان سینه بیمارستان پرونده پزشکی داشتند و طبق تشخیص پزشک متخصص تشخیص سرطان سینه دریافت کرده بودند از بخش سرطان سینه گرفته شد. سپس از این فهرست، تعداد مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب گردیده، با آنها تماس گرفته و افرادی که معیار ورود به پژوهش را دارند، انتخاب شده و برای شرکت در پژوهش از آنها دعوت به عمل آمد. برای تکمیل نهایی نمونه، نمونه‌گیری تا رسیدن به سقف مورد نظر ادامه پیدا کرد. پژوهش حاضر روی نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر در سال ۱۳۹۶ در بخش سرطان بیمارستان شهید رحیمی خرم‌آباد انجام گرفت. ابزار اندازه‌گیری در این تحقیق شامل دو پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی و استرس ادراک شده بود.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های استاندارد کیفیت زندگی بیماران سرطانی و استرس ادراک شده شده بود.

مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس شامل ۲۱ سوال است و در مقیاس لیکرت نمره‌دهی می‌شود. پژوهشگران (۱۷) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل روانی افسردگی، اضطراب و استرس بود. نتایج این مطالعات نشان داد که ۰/۰۶۸ واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل استرس، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب

۹/۷، ۲/۸۹ و۱/۲۳ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه پژوهشگران حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و اضطراب، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و استرس و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شد. روایی واگرا، هم‌گرا و روایی سازه (تحلیل عامل) نیز احراز گردید (۱۸). برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون گام به گام، تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون T برای گروه‌های مستقل و نیز آزمون U من ویتنی استفاده شد. همچنین به منظور سنجش پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی از پرسشنامه استاندارد(۲۲) EORTC QLQ C30 متعلق به سازمان اروپایی تحقیقات و درمان که جهت بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان استفاده می‌شود که دارای ۳۰ سوال در ۵ مقیاس عملکردی شامل: جسمانی (۵ سوال)، ایفای نقش(۲ سوال)، احساسی (۲ سوال)، شناختی (۴ سوال)، اجتماعی (۹سوالی)، و ۹ حیطه علائم (خستگی، تهوع، استفراغ، درد، تنگی نفس، اختلال خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات مالی) و حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. جهت تعیین کیفیت زندگی داده‌ها پس از تجزیه و تحلیل به سه طبقه خوب (امتیاز بالای ۰/۰۷۵)، نسبتا خوب (۰۵۰-۰/۷۵)، ضعیف (کمتر از ۰/۵۰) تقسیم بندی شدند. نمره بالاتر در حیطه‌های عملکردی و نمره کلی کیفیت زندگی نشانگر وضعیت بهتر فرد در مورد آن حیطه ولی در حیطه علائم نمره بالاتر نشانه بیشتر بودن علائم و مشکلات بیماری در فرد است. نسخه اصلی این پرسشنامه را انجمن اروپایی تحقیق و درمان سرطان European Organization for research and treatment of cancer به عنوان ابزاری روا و پایا تایید کرده است (۱۹). در اندازه‌گیری پایایی مقدار ضریب آلفای کرونباخ در مورد مقیاس‌های چند گزینه‌ای، در پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) مورد ارزیابی قرار گرفته که از روایی و پایایی مناسبی (۰/۹۳- ۰/۰۷۶) برخوردار بوده است (۱۹-۲۱).

یافته‌ها

در این پژوهش، داده‌های مربوط به ۳۰۰ پرسشنامه تکمیل شده مربوط به بیماران مبتلا به سرطان سینه مورد بررسی قرار گرفت. بیشتر آزمودنی‌های با ۵۵/۷ درصد، افراد متأهل و بین ۴۸ تا ۶۷ سال سن داشتند. از نظر تحصیلات، آزمودنی‌ها دارای تحصیلات دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که بیشتر آزمودنی‌ها دارای تحصیلات دیپلم بودند. از نظر درآمد نیز آزمودنی‌ها دارای درآمد بین ۱ میلیون تا ۵ میلیون بودند که بیشتر آزمودنی‌ها دارای درآمد ۱ تا ۲ میلیون تومان بودند. از نظر وضعیت اشتغال در سه گروه شاغل، خانه‌دار و بیکار قرار داشتند که بیشتر آزمودنی‌ها جزء افراد خانه‌دار بودند. همچنین از نظر نوع درمان دریافتی، سه نوع درمان دارو درمانی، شیمی درمانی و نور درمانی بود که بیشتر آزمودنی‌ها از شیمی درمانی استفاده می‌کردند. با توجه به نتایج حاصل آمارهای توصیفی بر اساس جدول ۱ متغیر راهبردهای مقابله‌ای دارای میانگین۱۰۳/۴۷ و انحراف معیار ۰/۲۷ و متغیر بهزیستی روانشناختی دارای میانگین ۵۳/۶۶ و انحراف معیار ۰/۲۷ می‌باشد.

برای اینکه بتوان از آزمون‌ها آمار پارامتری استفاده نمود ابتدا باید نرمال بودن یا نبودن توزیع متغیرها را بررسی کرد.

جدول ۱. نتایج آزمون کولموگروف – اسمیرنوف

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کولموگروف اسمیرنوف	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۳۰۰	۲/۰۸	۰/۶۳	۱/۳۵۲	۰/۵۶۸
استرس ادراک شده	۳۰۰	۱/۵۹	۰/۹۰	۱/۲۶۰	۰/۶۸۵

بر اساس جدول ۱ متغیر کیفیت زندگی دارای میانگین ۹۳/۰۲ و انحراف معیار ۰/۲۳ و متغیر استرس ادراک شده دارای میانگین ۶۵/۵۹ و انحراف معیار ۰/۹۰ می باشد.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
کیفیت زندگی	۳۰۰	۹۳/۰۲	۰/۲۳	۰/۲۶۴	-۰/۴۰۱
استرس ادراک شده	۳۰۰	۶۵/۵۹	۰/۹۰	-۰/۸۱۰	۱/۳۷۶

با توجه به جدول فوق سطح معناداری کیفیت زندگی بیشتر از ۰/۰۵ است لذا نرمال بودن این متغیر تأیید می‌شود. به همین دلیل از آزمون‌های پارامتری جهت آزمون این داده‌ها استفاده می‌گردد. ضریب همبستگی بین استرس و کیفیت زندگی در جدول ۳ آمده است.

جدول۳. ضریب همبستگی استرس ادراک شده با کیفیت زندگی

		کیفیت زندگی
استرس ادراک شده	ضریب همبستگی	-۰/۳۷۰
	سطح معناداری	۰/۰۰۱
	تعداد	۳۰۰

چنانچه در جدول فوق ملاحظه می‌گردد می‌توان گفت که با اطمینان ۰/۹۹ و سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۵ بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی رابطه معنادار و منفی وجود دارد (sig=۰/۰۰۰، r= -۰/۳۷۰). لذا با افزایش استرس، کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کند. در نتیجه فرضیه تایید می‌گردد. به این صورت که بین استرس ادراک شده با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر خرم آباد رابطه دارد.

آزمون رگرسیون

جهت تعیین سهم متغیرهای مستقل در پیش‌بینی متغیر وابسته از تحلیل رگرسیون استفاده می‌شود. در تحلیل رگرسیون هدف پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته با توجه به تغییرات متغیرهای مستقل است. جهت استفاده از رگرسیون باید مفروضات ذیل برقرار باشد.

توزیع داده‌ای متغیر وابسته نرمال باشد. در این تحقیق جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های متغیر کیفیت زندگی بیماران از آزمون کولموگروف–اسمیرونوف تک نمونه‌ای استفاده گردید. نتایج این آزمون حاکی از نرمال بودن متغیر بهزیستی روان‌شناختی دارد.

یکی از شروط استفاده از آنالیز رگرسیون شرط عدم همبستگی میزان خطاها با یکدیگر است. به عبارت دیگر، چنانچه فرضیه استقلال خطاها رد شود و خطاها با یکدیگر همبستگی داشته باشند، نمی‌توان از رگرسیون استفاده کرد. برای تعیین این امر باید از آزمون دوربین واتسون بهره‌گیری نمود که در آن استقلال خطا (تفاوت میان مقادیر واقعی و مقادیر پیش‌بینی‌شده توسط معادله رگرسیون) از یکدیگر مشخص می‌شود.

آماره آزمون دوربین- واتسون باید در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار گیرد در اینجا این مقدار ۱/۸۷۲ حاصل شده است، بنابراین فرض استقلال خطاها رد نشده و می‌توان از آزمون رگرسیون بهره گرفت.

جدول ۴. جدول رگرسیون استرس ادراک شده با کیفیت زندگی

استرس ادراک شده	جسمانی	ایفای نقش شناختی	هیجانی	اجتماعی	خستگی	درد	تهوع و استفراغ	مقیاس کلی سلامت	کیفیت زندگی
خطای استاندارد	۰/۰۵۷	۰/۰۵۸	۰/۰۴۲	۰/۰۳۸	۰/۰۵۲	۰/۰۶۱	۰/۰۴۶	۰/۰۴۳	۰/۰۴۷
بتا	-۰/۵۳۴	-۰/۳۶۸	-۰/۴۴۴	-۰/۴۷۳	۰/۳۰۲	-۰/۵۹۳	-۰/۵۵	-۰/۵۵۷	-۰/۴۱۵
مجموع مجذورات	۶۰۹/۵۸۱	۷۹۷/۷	۸۷۰/۴۵۹	۹۸۸/۹	۹۰۶/۴۱۳	۱۹۵۶/۲۳	۱۵۱۲/۵۳	۱۹۱۹/۶۶	۲۴۰۵/۱۹
درجه آزادی	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
آماره F	۳/۴۶	۷/۲۳	۵/۷۰۳	۵.۸	۳/۲۵۶	۲/۱۹	۴/۳۱۵	۸/۴۵۳	۱۱/۴۱۳
سطح معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

روانشناسی سلامت انسان را موجود پیچیده ای در نظر می‌گیرد و معتقد است که بیماری توسط یک عامل ایجاد نمی‌شود و بیماری را محصول عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی می‌داند. پژوهش‌های اخیر پیش از پیش موید تاثیر عوامل روانی-اجتماعی از جمله استرس و نحوه واکنش به آن بر پیدایش و سیر بیماری است (۲۲). استرس، اضطراب و مقابله یکی از اجزاء دایم هر روز زندگی هستند. مفهوم استرس به وجود یک رویداد تهدیدآمیز و ارزیابی شخص از منابع موجود در رویارویی با آن رویداد اشاره دارد (۲۳).

استرس در نتیجه تعامل میان فرد و محیط به وجود می‌آید و موجب ایجاد ناهماهنگی چه واقعی و چه غیرواقعی میان مفروضات یک موقعیت و منابع زیستی، روانی و اجتماعی فرد می‌شود که در آن تنش ارزیابی شده از حد امکانات فرد فراتر رفته و سلامتی او را در معرض خطر قرار می‌دهد. استرس روزمره زندگی، به تدریج سیستم ایمنی را ضعیف کرده و فرد را دچار انواع بیماری-های جسمی و روانی می‌سازد (۲۴).

از عمده‌ترین مسائلی که بیماران سرطانی با آن مواجه می‌شوند استرس و اضطراب ناشی از کنار آمدن با بیماری است (۲۵). بنابراین برای فردی که تحت شرایط استرس‌زا قرار دارد، ارزیابی سطح استرس و روش‌های مقابله با آن مهم است. استرس طولانی مدت، می‌تواند منجر به ناسازگاری در فرد شود. اگر استرس تجربه شده به وسیله بیمار به طرز مناسبی مدیریت نشود، تاثیر زیادی بر سلامتی وی خواهد داشت (۲۶). بنابراین آموزش مدیریت استرس به نحوی که بیمار بتواند به طور کارآمد با آن مقابله کند بسیار مهم می‌باشد.

پژوهش حاضر نشان داد بین استرس ادراک شده و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های منتظری و همکاران همسو است. آنها به بررسی بیماران مبتلا به سرطان پستان قبل و بعد از تشخیص پرداختند. در این مطالعه بیماران مبتلا به سرطان پستان، علایم اضطرابی شدیدی را قبل و بعد از تشخیص نشان دادند (۱۴). بلک و جاکوبس می‌نویسند: بیش از ۷۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان، زمان تشخیص و درمان را پر استرس ترین زمان می‌دانند: زیرا سوالات بسیاری از جمله، درمان‌پذیری بیمار، بروز اختلالات جسمی ناشی از بیماری، عوارض جانبی ناشی از بیماری، تأثیر اقتصادی بیماری بر خانواده، تغییر در کار و شیوه‌های زندگی برای آنها مطرح می‌گردد. نگرانی‌های جسمی و عوارض جانبی ناشی از شیمی درمانی همراه با مشکلات روانی، اجتماعی، اقتصادی می‌توانند کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی را که یکی از موضوعات مهم در درمان و بهبودی آنان محسوب می‌شود تحت تأثیر قرار دهد (۱۵). همچنین یک تحقیق نیمه آزمایشی بر ۳۲ بیمار (۱۶ زن و ۱۶ مرد) مبتلا به ضایعه نخاعی ناشی از تصادف با وسیله نقلیه در محدوده سنی ۲۳ تا ۳۶ سال با آسیب از نوع پاراپلژی در استان تهران انجام شد. که از زمان وقوع ضایعه نخاعی آنها بیش از ۵ سال نگذشته است. بیماران به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه

کنترل تقسیم شدند. بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری دیویدسون و پرسش‌نامه اضطراب، افسردگی و استرس DASS-21، شیوه‌های مقابله با استرس در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش آموزش داده شد. بعد از این آموزش، دوباره پرسش‌نامه‌ها توسط هر دو گروه تکمیل شد. آزمون آماری مورد استفاده تحلیل کوواریانس بود. نتایج نشان داد آموزش شیوه‌های مقابله با استرس موجب افزایش معنادار میزان تاب‌آوری P<۰/۰۴۸، کاهش معنادار میزان افسردگی P<۰/۰۴۶ و استرس P<۰/۰۲۲ در بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی می‌شود، ولی باعث کاهش معنادار میزان اضطراب آنان نمی‌شود P<۰/۴۷۳. آموزش شیوه‌های مقابله با استرس در کاهش میزان افسردگی، استرس و افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی نقش بسزایی دارد (۲۷). قاصدی قزوینی و همکاران (۲۸) در تحقیقی با عنوان بررسی نقش استرس ادراک شده و کیفیت زندگی مرتبط باسلامت در پیش بینی نمایه توده بدنی نوجوانان شهر زنجان نشان دادند که استرس ادراک شده رابطه معناداری با BMI ندارد. در تحقیقی توسط امیری و همکاران (۲۹) با عنوان مقایسه کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان ریه و معده با افراد بهنجار در شهر تبریز در سال ۱۳۹۳، نشان دادند بین سه گروه (با سرطان ریه و معده با افراد بهنجار) در کیفیت زندگی تفاوتی مشاهده نشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طبق تئوری استرس لازاروس استرس ادراک شده (اضطراب، افسردگی و استرس) باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران سرطانی در بعد عملکرد جسمانی، روانی و ... می شود. لذا آموزش مهارت‌های روانشناختی کنترل استرس می‌تواند نقشی مهم در افزایش کیفیت زندگی بیماران با سرطان سینه شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم سواد بودن برخی از بیماران و نامساعد بودن وضعیت جسمانی و روانشناختی بسیاری از بیماران اشاره کرد که این مهم پر کردن پرسشنامه‌ها و مصاحبه بالینی را با مقداری مشکل مواجهه کرده بود. همچنین تقریبا تمامی بیماران متعلق به استان لرستان بودند که این موضوع تعمیم‌دهی را با مشکل مواجهه می‌کند. لذا پیشنهاد می-شود این تحقیق در سطح گسترده‌تری در کشور انجام شود. همچنین تأکید می شود ارایه خدمات روانشناختی علمی و تخصصی جهت این بیماران در تمام فرایند درمان بعمل آید.

تشکر و قدردانی

لازم می‌دانم که مراتب قدردانی خود را از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و کلیه پرسنل بیمارستان شهید رحیمی، ریاست، مدیریت و حراست محترم بخصوص همکاران بخش مددکاری و پرستاران بخش آنکولوژی بابت همکاری صمیمانه‌شان اعلام نمایم.

References

1. World Health organization. Who guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. 2013; 46(4): 951-963.
2. Griggs A, And Loscaloso K. Basics of Sissel's Internal Medicine. Blood and Oncology Diseases. Translated by Dr Seyyed Mohsen Razavi, Dr Iraj Araghi and Raheem Sadeghi Maki, Tehran: Medical Examiner Ministry of Health and Medical Education. 2011; 46(4): 471-482.
3. Bland K, Beenken SW, Copeland EM. The breast. In: Schwartz's principles of surgery. 8th Ed. New York: MCGraw Hill; 2005.P.48.
4. Smith A, Cokkinides V, Eyer H. American cancer Society guidelines for the early detection of cancer. CA: a Cancer Journal for Clinicians. 2004, 54(1), 41-52.
5. Ramezani R, Naad Ali F, Modriyan M, and Arjmandpoor M, Salavati F. et al. the National and Comprehensive Program for controlling Cancer. Ministry of Health and Medical Education 2011; 46(4): 471-482.(In Persian).
6. Boehmke MM, Dickerson. The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. Oncol Nurs Forum. Nov 2011; 33(6): 12-17.
7. Koopman A, Turner K. Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. Breast 2001;7(1):25-33.
8. Luecken, E. Stress, coping and immune function in breast cancer, Society of Behavioral Medicine. 2002; 4(4): 33-64.
9. Fata L, Mootabi F, Bolhari J, Kazemzadeh Atoofi M. Stress management: A guide book for workshop training, Tehran: Danjeh, 2008;7(6): 10-12. (In Persian).
10. Klein DM, Turvey CL, Pies CJ, Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients, J Aging Health, 2008; 93(9): 88-62.
11. Kwon In G, Ryu E, Gie Ok S, Yung H, Health-related quality of life in cancer patients between baseline and a three-year follow-up. Department of Nursing, College of Medicine, Chung-Ang. 2011; 46(4): 47-48.
12. Weilu Z, Yan YL, Yan Y, Guo Z, Zheng Q, Zhang L, et al. Health- related quality of life in Chinese patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention with stent, Scientific Research and Essays, 2008. 4(4): 9868-9863.
13. Jackson JL, Emery CF. Illness knowledge moderates the influence of coping style on quality of life among women with congestive heart failure, Hearth & Lung, 2010: 9-2.
14. So WK1, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, et al. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. Eur J Oncol Nurs. 2009.07.005. Epub 2009 Sep 5.
15. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. Eur J Cancer Care (Engl) 2000; 9(3): 15-17. (In Persian).

16. Beisecker AE, Cook MR, Ashworth J, Hayes J, Brecheisen M, Helmig L, et al. Side effects of adjuvant chemotherapy: perceptions of node-negative breast cancer patients. Psycho-Oncology 1997; 6(4): 85-93.
17. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW Swinson RP. Psychometric properties of the 42-itemnand 21-item version of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. Psychol Assess. 2011; 81-2:176.
18. Somoni S, Jokar B. Validity and Validity of Short Form of Depression Scale, Anxiety and Stress. Journal of Social Sciences.2007; 6(4): 85-93.
19. So WK1, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, et al. Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. Eur J Oncol Nurs. 2009 ؛ 7(6): 10-12. Epub 2009 Sep 5.
20. Safaee A, Zeighami B, Tabatabaee HR, MoghimiDehkordi B. Quality of life and Related Factors in Breast Cancer Patients under Chemotherapy. Iranian Journal of Epidemiology 2008: 3(4):61-6. (In Persian).
21. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The EuropeanOrganization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQC30): translation and validation study of the Iranian version. Support Care Cancer 1999; 7(6):400- 4006. (In Persian).
22. Heydari A, Gharakhani M, Mahjub H. Comparison of experienced stress and coping strategies in patients with coronary artery disease and healthy people. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services. 2010; 13 (3): 38-33.
23. Kheirabadi R, Bagherian R, Nemati K. The Effect of Teaching Coping Strategies on Symptoms Severity, Quality of Life and Psychological Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome, Isfahan Medical School, 2010; 28 (110) 473-483.
24. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, Lindstrom.1984; 6(4): 473-483.
25. Ward SE, Viergutz G, Tormey D, Demuth J, Paulen A. Patients' reactions to completion of adjuvant breast cancer therapy. Nursing Research1992; 41, 362-366.
26. Kalantari K. Jamila.Quality of life: A matter that it's time to study. Psychology, arenas, and perspectives, Written by a group of authors. Tehran: SAMT publications. 2007. (In Persian).
27. Samira H, Peshang Z, Ahmad A. The Effectiveness of Stress Coping Training on Resilience, Anxiety, Depression and Stress in Patients with Spinal Cord Injury 2013؛10 (3): 15-26. (In Persion).
28. Sade Q. The study of the role of perceived stress and quality of life associated with health in predicting BMI of adolescents in Shahrzanjan 2014.
29. Amir A, Seyyed Masoud D, Javad M. Comparison of quality of life and perceived stress in patients with lung and stomach cancer with normal people in Tabriz in 2014.

The relationship between the perceived stress and the quality of life among the women with breast cancer

***Movahedi -M* [*1], Mohammad Khani Sh [2], Hasani J [2], Moghadasine M [2]**

1. Ph.D Student of health Psychology, Department of Clinical Psychology, colleg of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran,Iran, masumemovahedi@yahoo.com.
2. Professor assistant, Department of Clinical Psychology, colleg of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Received: *15 Sep 2018* Accepted: *29 Sep 2018*

Abstract

Background: Breast cancer according to global statistics, is the most commonly diagnosed cancer in women throughout the world**.** The most obvious outcomes of breast cancer are psychological problems such as stress in patients which this lead to reduce the quality of life in patients. The purpose of this study is to determine the relationship of perceived stress with the quality of life in women suffered from breast cancer.

Materials and Methods: This study is a descriptive-correlation one. The population includes all women with breast cancer who referred to shahid Rahemi Hospital (Breast Cancer Department). Using random sampling method, 300 patients were selected. To measure the variables, the DASS perceived stress questionnaire and the quality of life of cancer patients were used. Data were analyzed by regression correlation and confidence level of 95% using SPSS software version 24 in two descriptive and inferential levels.

Results: The results showed that there is a relationship between the perceived stress and the quality of life of women who suffered from breast cancer.

Conclusion: The results showed that there is a relationship between the perceived stress and the quality of life

Keywords: Perceived Stress, Quality of Life, Cancer.

Citation: Movahedi M, Mohammad Khani S, Hasani J, Moghadasine M. The relationship between the perceived stress and the quality of life among the women with breast cancer. Yafteh. 2018; 20(3):100-109.