

## چکیده

### مقدمه

تشخیص، درمان، پیامدها، اثرات جانبی درمان و عود سرطان پستان منجر به واکنش‌های روانی همچون افسردگی، اضطراب و استرس می‌شوند. این واکنش‌ها می‌توانند با اختلال در عملکرد، کنترل نشانه، تصمیم‌گیری‌های درمانی، پیروی از رژیم‌های درمانی و تعامل اجتماعی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان را کاهش دهند

### روش پژوهش

پژوهش حاضر مبتنی بر روش همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان بود که در سال ۱۳۹۰ در بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه دارای پرونده پزشکی بودند. تعداد ۲۹۴ نفر از این زنان با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. درماندگی روان شناختی توسط فرم ۲۱ سؤالی پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) و کیفیت زندگی توسط فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) ارزیابی شد. داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۱/۵ و با استفاده از آماره‌های توصیفی و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون به روش ورود و در سطح معنی‌داری  $P < 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

نتایج نشان داد درماندگی روان شناختی رابطه منفی و معناداری با کیفیت زندگی دارد ( $P < 0/05$ ). طبق نتایج تحلیل رگرسیون به روش ورود افسردگی ۱۵ و اضطراب و استرس هر

## رابطه درماندگی روان شناختی با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان

- فردین مرادی منش<sup>۱\*</sup>
- حسن احدی<sup>۲</sup>
- فرهاد جمهری<sup>۳</sup>
- مهدی رهگذر<sup>۴</sup>

۱. دکتری تخصصی روان شناسی سلامت، فارغ التحصیل از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (نویسنده مسئول) پست الکترونیکی:

fmoradimanesh@yahoo.com

۲. دکتری روانشناسی و استاد دانشکده روان شناسی و علوم

تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳. دکتری روانشناسی و استادیار دانشکده روان شناسی و

علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۴. دکتری آمار زیستی و دانشیار دانشکده بهداشت، دانشگاه

توانبخشی و علوم بهزیستی، تهران، ایران

استرس و افسردگی نقش مهمی در کاهش سلامت روانی و جسمی دارد و موجب نارضایتی این زنان از روابط اجتماعی و شرایط محیط زندگی شان می‌شود. از این رو توجه به درماندگی روان شناختی و کاهش آن در این زنان باید به عنوان یکی از اولویت‌های اساسی مداخله‌های روانی- پزشکی در نظر گرفته شود.

### کلیدواژه‌ها

درماندگی روان شناختی، کیفیت زندگی، سرطان پستان

### *Relationship between Psychological Distress and Quality Of Life in Women with Breast Cancer*

- Moradi Msanesh F<sup>\*1</sup>
- Ahadi H<sup>2</sup>
- Jomehri F<sup>3</sup>
- Rahgozar<sup>4</sup>M

#### Abstract

#### Introduction

Diagnosis, treatment, consequences, side effects of treatment and recurrence of breast cancer lead to psychological reactions such as depression, anxiety and stress. These reactions can reduce quality of life in breast cancer patients by interference in function, control of symptom, making decisions about

1. Ph.D in health psychology, graduate of Islamic Azad University Karaj branch (corresponding author) Email: fmoradimanesh@yahoo.com

2. Ph.D in Psychology Professor of faculty in Psychology and Education, Allameh Tabatabayi University, Tehran, Iran

3. Ph.D in Psychology and Assistant Professor in faculty of Psychology and Education, Allameh Tabatabayi University, Tehran, Iran

4. Ph.D in biostatistics and Associate Professor in faculty of Public Health, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

یک ۲۴ درصد از واریانس سلامت جسمی را تبیین کردند. همچنین، افسردگی ۱۶، اضطراب ۹ و استرس ۱۹ درصد از واریانس سلامت روانی را تبیین کردند. از سوی دیگر، افسردگی ۴، اضطراب ۵ و استرس ۶ درصد از واریانس اجتماعی را تبیین کردند. نهایتاً، افسردگی ۲۱، اضطراب ۱۲ و استرس ۱۵ درصد از واریانس رضایت از محیط را تبیین کردند. بنابراین، استرس قویترین پیش بین سلامت جسمی، سلامت روانی و روابط اجتماعی و افسردگی قویترین پیش بین رضایت از محیط بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در زنان مبتلا به سرطان پستان درماندگی روان شناختی به ویژه treatment, adherence to treatment regimens and social interaction.

#### Methods

This research is based on correlation method. Statistical population was containing all women with breast cancer who had medical records in Imam Reza hospital of Kermanshah in 2010. Sample of research was 294 women with breast cancer that selected based on purposive sampling. Psychological distress assessed by DASS-21 and quality of life assessed by WHOQOL-BREF. Data were analyzed statistically by version 11/5 of SPSS software. Statistic data analysis was based on descriptive statistics, Pearson correlation, inter regression analysis.  $P < 0/05$  was considered significant.

#### Findings

Results showed that psychological distress has a significant negative relationship with quality of life ( $P < 0/05$ ). Based on inter regression analysis fifteen, twenty four, and twenty four percent of the variance in the physical health was explained by depression, anxiety and stress respectively. Also sixteen, nine, and nineteen percent of the variance in the psychological health was explained by depression, anxiety,

and stress respectively. In the other hand, four, five, and six percent of the variance in the social relationship was explained by depression, anxiety, and stress respectively. Finally, twenty one, twelve, and fifteen percent of the variance in the environment health was explained by depression, anxiety, and stress respectively. Therefore, stress was strongest predictor of physical health, psychological health and social relationship and depression was strongest predictor of environment health.

### Conclusion

It is concluded that in women with یا طبیعی فرض کردن این نشانه ها، منجر به عدم درمان افسردگی در این بیماران می شود که باعث پیچیده تر شدن سرطان و افسردگی شده و تأثیر مخربی بر کیفیت زندگی بیمار می گذارد (۵). از سوی دیگر، در این بیماران اضطراب به پنج شکل اضطراب تشخیص، اضطراب مرتبط با درمان و پیامدهای ناشی از آن، اضطراب هویت و اضطراب هستی گرایانه و ترس از عود ممکن است رخ دهد (۶). در زنان مبتلا به سرطان پستان، اضطراب درمان نشده می تواند به مشکلاتی در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم های درمانی، تعامل اجتماعی ضعیف و کیفیت زندگی مختل شده منجر شود (۷).

همچنین، زنان مبتلا به سرطان پستان با استرس های متعددی از جمله ترس از مرگ احتمالی، استرس اطلاع دادن بیماری به اعضای خانواده، استرس از هم پاشیدگی زندگی، انگ اجتماعی، اثرات جانبی درمان و دیگر محرک های مربوط به بیماری و درمان مواجه هستند (۸). استرس می تواند با تأثیر بر دفاع های ایمنی و خود تومور، رشد یا فراگستری تومور را افزایش دهد. همچنین، استرس می تواند استفاده از الکل، تنباکو و دارو را افزایش دهد، منجر به رژیم غذایی ضعیف شود، خواب نامناسب و ورزش کمتر را

breast cancer, psychological distress, especially stress and depression have important roles in reduce of physical and psychological health. This research showed that stress and depression lead to dissatisfaction of women with breast cancer from their social relationships and circumstances of their life environment. Therefore, attention to psychological distress and it's reduce should be consider as one of the essential priorities in psycho-medical interventions.

### Keywords

psychological distress, quality of life, breast cancer

### مقدمه و هدف

تشخیص، درمان و عود سرطان پستان می تواند اثرات آسیب زایی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آن داشته باشد (۱). افسردگی از جمله شایعترین واکنش های روان شناختی در افراد پس از دریافت خبر ابتلا به بیماری سرطان پستان است (۲). از جمله عوامل خطر ابتلای بیماران مبتلا به سرطان پستان به افسردگی بالینی، سابقه قبلی و سابقه خانوادگی افسردگی یا خودکشی، درد کنترل نشده، سابقه سوء مصرف دارو و الکل، بیماری های پزشکی و انواع متعددی از داروها هستند. بعضی از داروهای ضد سرطان نیز می توانند تغییرات عاطفی را موجب شوند (۳). در این بیماران شیمی درمانی کمکی با سطوح بالای افسردگی و کاهش کیفیت زندگی همراه است (۴).

افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، منجر به تحلیل رفتن انرژی روانی، افزایش استرس ناشی از بیماری و درمان های آن، کاهش عملکرد ایمنی بدن، کاهش کیفیت رابطه پزشک- بیمار، کاهش میل جنسی و نارسایی در تبعیت بیمار از دستورات پزشکی می گردد (۴). غفلت پزشکان از نشانه های افسردگی بالینی در این بیماران به دلیل ناآشنایی با مسائل تشخیصی

موجب شود. نهایتاً، زنانی که استرس را در پی سرطان پستان تجربه می‌کنند، کمتر احتمال دارد از پیشنهادها، دستورات و تجویزهای پزشک شان پیروی کنند (۹).

با توجه به اهمیت درماندگی روان شناختی و ابعاد آن یعنی افسردگی، اضطراب و استرس در کاهش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان و با توجه به محدود بودن پژوهش‌های انجام شده در این زمینه در ایران، پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه درماندگی روان شناختی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مبتنی بر روش همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه تشکیل می‌دهد که در سال ۱۳۹۰ در بخش انکولوژی این بیمارستان دارای پرونده پزشکی بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های عدم سابقه مصرف داروی روان پزشکی (حداقل در طی ۳ ماه قبل از اجرای پژوهش)، عدم ابتلای همزمان به یک بیماری مزمن دیگر، عدم شرکت در مداخله روان‌شناختی همزمان با اجرای پژوهش، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، گذشت حداقل یک سال از شروع بیماری و قرار داشتن در مراحل ۱ تا ۳ بیماری، عدم وجود سابقه آشکار بیماری‌های روانی و عدم وجود فراگستری در نقاط دور دست بدن، تعداد ۳۲۸ بیمار به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. از این تعداد ۲۵ نفر بنا به دلایل شخصی از شرکت در پژوهش امتناع ورزیدند و پرسشنامه‌های ۹ نفر از بیماران نیز به دلیل عدم پاسخگویی آنها به بیش از ۲۰ درصد از سؤالات پرسشنامه‌ها مخدوش محسوب شده و از پژوهش حذف شدند. نمونه نهایی شامل ۲۹۴ نفر

از زنان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در سال ۱۳۹۰ بود.

ابزارهای گرد آوری اطلاعات شامل فرم ۲۱ سؤالی پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) بود. پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس دارای ۲۱ سؤال است و هر یک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را بر اساس ۷ سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤالات فرم کوتاه DASS بر اساس یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود به طوری که اصلاً امتیاز صفر، کمی امتیاز ۱، زیاد امتیاز ۲ و خیلی زیاد امتیاز ۳ را دریافت می‌کند. در پژوهش‌های متعدد خارجی و داخلی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس DASS-21 مطلوب گزارش شده است (۱۳-۱۰). پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و رضایت از محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. به هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. طیف لیکرت پنج گزینه‌ای برای سؤال ۱ (بسیار بد، بد، نه بد نه خوب، خوب و بسیار خوب)، سؤال ۲ (خیلی ناراضی، ناراضی، نه راضی و نه ناراضی، راضی و خیلی راضی)، برای سؤالات ۳ تا ۱۴ (اصلاً، کمی، متوسط، زیاد، خیلی زیاد)، برای سؤال ۱۵ (خیلی بد، بد، نه خوب نه بد، خوب و خیلی خوب)، برای سؤالات ۱۶ تا ۲۵ (خیلی ناراضی، ناراضی، نه راضی و نه ناراضی، راضی و خیلی راضی) و برای سؤال ۲۶ (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) است. همچنین، نمره‌گذاری سؤالات ۳، ۴ و ۲۶ به طور معکوس انجام می‌شود. اعتبار و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت

(WHOQOL-BREF) در پژوهش‌های خارجی و داخلی مطلوب گزارش شده است (۱۶-۱۴). در پژوهش حاضر اعتبار پرسشنامه WHOQOL-BREF بر اساس ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۲، سلامت جسمی ۰/۹۰، سلامت روانی ۰/۸۳، روابط اجتماعی ۰/۶۹ و رضایت از محیط ۰/۸۲ بود. همچنین، اعتبار پرسشنامه DASS-21 بر اساس ضریب همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۲، افسردگی ۰/۹۰، اضطراب ۰/۸۱ و استرس ۰/۸۹ بود که ضرایب قابل قبولی محسوب می‌شوند. همچنین، روایی پرسشنامه‌ها بر اساس همبستگی خرده مقیاس‌ها با یکدیگر و با نمره کل محاسبه شد. در

پرسشنامه WHOQOL-BREF همبستگی خرده مقیاس‌ها با یکدیگر در محدوده ۰/۲۳ تا ۰/۵۶ و با نمره کل در محدوده ۰/۵۴ تا ۰/۸۵ بود. در پرسشنامه DASS-21 همبستگی خرده مقیاس‌ها با یکدیگر در محدوده ۰/۴۷ تا ۰/۵۶ و با نمره کل در محدوده ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ بود. کلیه ضرایب در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند.

### یافته‌ها

به منظور بررسی رابطه درماندگی روان شناختی با کیفیت زندگی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- ضرایب همبستگی رابطه درماندگی روان شناختی با کیفیت زندگی

کیفیت زندگی	سلامت جسمی	سلامت روانی	روابط اجتماعی	رضایت از محیط
افسردگی	۰/۳۹ **	۰/۴۰ **	۰/۲۱ **	۰/۴۶ **
اضطراب	۰/۴۹ **	۰/۳۰ **	۰/۲۳ **	۰/۳۵ **
استرس	۰/۵۰ **	۰/۴۴ **	۰/۲۴ **	۰/۳۹ **

معناداری با ابعاد کیفیت زندگی دارند  
( $P < ۰/۰۰۱$ ).

$P < ۰/۰۰۱$  \*\*

نتایج پیش بینی سلامت جسمی بر مبنای درماندگی روان شناختی در جدول ۲ آمده است.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، کلیه ابعاد درماندگی روان شناختی رابطه منفی و

جدول ۲- ضرایب و مدل پیش بینی سلامت جسمی بر مبنای درماندگی روان شناختی

P value	t	F	R <sup>2</sup>	R	خطای معیار	B	شاخص‌ها	
							متغیر ملاک و پیش بین	سلامت جسمی
۰/۰۰۱	-۷/۳۵	۵۴/۰۲	۰/۱۵	۰/۳۹	۰/۰۱	-۰/۳۹	افسردگی	سلامت جسمی
۰/۰۰۱	-۹/۶۲	۹۲/۶۷	۰/۲۴	۰/۴۹	۰/۰۲	-۰/۴۹	اضطراب	
۰/۰۰۱	-۹/۸۲	۹۶/۴۹	۰/۲۴	۰/۴۹	۰/۰۱	-۰/۴۹	استرس	

می‌کنند.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود افسردگی ۱۵ و اضطراب و استرس هر یک ۲۴ درصد از تغییرات سلامت جسمی را تبیین

نتایج پیش بینی سلامت روانی بر مبنای درماندگی روان شناختی در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- ضرایب و مدل پیش بینی سلامت روانی بر مبنای درماندگی روان شناختی

P value	t	F	R <sup>2</sup>	R	خطای معیار	β	شاخص ها	
							متغیر ملاک و پیش بین	
۰/۰۰۰۱	-۷/۴۸	۵۵/۹۴	۰/۱۶	۰/۴۰	۰/۰۱	-۰/۴۰	افسردگی	سلامت روانی
۰/۰۰۰۱	-۵/۴۸	۳۰/۰۳	۰/۰۹	۰/۳۰	۰/۰۳	-۰/۳۰	اضطراب	
۰/۰۰۰۱	-۸/۳۴	۶۹/۶۶	۰/۱۹	۰/۴۳	۰/۰۲	-۰/۴۳	استرس	

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود نتایج پیش بینی روابط اجتماعی بر مبنای درماندگی روان شناختی در جدول ۴ آمده است. تغییرات سلامت روانی را تبیین می کنند.

جدول ۴- ضرایب و مدل پیش بینی روابط اجتماعی بر مبنای درماندگی روان شناختی

P value	t	F	R <sup>2</sup>	R	خطای معیار	β	شاخص ها	
							متغیر ملاک و پیش بین	
۰/۰۰۱	-۳/۷۴	۱۳/۹۹	۰/۰۴	۰/۲۱	۰/۰۱	-۰/۲۱	افسردگی	روابط اجتماعی
۰/۰۰۱	-۴/۰۹	۱۶/۷۵	۰/۰۵	۰/۲۳	۰/۰۲	-۰/۲۳	اضطراب	
۰/۰۰۱	-۴/۲۶	۱۸/۱۵	۰/۰۶	۰/۲۴	۰/۰۱	-۰/۲۴	استرس	

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود نتایج پیش بینی روابط اجتماعی بر مبنای درماندگی روان شناختی در جدول ۵ آمده است. تغییرات روابط اجتماعی را تبیین می کنند.

جدول ۵- ضرایب و مدل پیش بینی سلامت محیط بر مبنای درماندگی روان شناختی

P value	t	F	R <sup>2</sup>	R	خطای معیار	β	شاخص ها	
							متغیر ملاک و پیش بین	
۰/۰۰۱	-۸/۹۹	۸۰/۸۴	۰/۲۱	۰/۴۶	۰/۰۳	-۰/۴۶	افسردگی	رضایت از محیط
۰/۰۰۱	-۶/۵۱	۴۲/۴۶	۰/۱۲	۰/۳۵	۰/۰۴	-۰/۳۵	اضطراب	
۰/۰۰۱	-۷/۳۴	۵۳/۹۳	۰/۱۵	۰/۳۹	۰/۰۳	-۰/۳۹	استرس	

توان پیش بینی بالایی نداشتند.

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد ابعاد درماندگی روان شناختی رابطه منفی و معناداری با ابعاد کیفیت زندگی دارد ( $P < 0/001$ ). این یافته همسو با یافته‌های Kim و همکاران (۲۰۱۱)، Slovacek و همکاران (۲۰۱۰)، Rabin و همکاران (۲۰۰۸)، Ogce و همکاران (۲۰۰۷) است که در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده اند که درماندگی روان شناختی در همه سطوح آن رابطه منفی و معناداری با کیفیت زندگی دارد و باعث کاهش کیفیت زندگی می شود (۲۰-۱۷).

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود افسردگی ۲۱، اضطراب ۱۲ و استرس ۱۵ درصد از تغییرات رضایت از محیط را تبیین می کنند. در مجموع، یافته‌های حاصل از تحلیل رگرسیون نشان می دهد که درماندگی روان شناختی، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را پیش بینی می کند. استرس پیش بینی قوی برای پیش بینی کاهش کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی (به همراه اضطراب) و سلامت روانی است و افسردگی پیش بینی قوی برای پیش بینی کاهش کیفیت زندگی در بعد رضایت از محیط است. در بعد روابط اجتماعی هیچ کدام از مؤلفه‌های درماندگی روان شناختی

درماندگی روان شناختی در این بیماران از یک سو حاصل جراحی ماستکتومی است که علاوه بر ایجاد احساس درماندگی روان شناختی، موجب نارضایتی از بدن، اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی می‌شود. از سوی دیگر، ترس از عود موجب درماندگی روان شناختی می‌شود که این خود باعث کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود (۲۱). همچنین، اثرات جانبی شیمی درمانی و پرتودرمانی نیز باعث درماندگی روان شناختی در این بیماران می‌شود (۲۲).

افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان موجب تشدید نشانه‌های جسمی، اختلال عملکردی فزاینده و پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی و توصیه‌های کادر پزشکی می‌شود (۴). از سوی دیگر، اضطراب بر تصمیم‌گیری در خصوص گزینه‌های درمانی و پیروی از درمان تأثیر می‌گذارد، باعث اختلال در عملکرد می‌شود و کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (۷). استرس نیز می‌تواند باعث تضعیف سیستم دفاعی و ایمنی بدن شود، استفاده از تنباکو و دارو را افزایش دهد، منجر به رژیم غذایی ضعیف شود و خواب نامناسب و ورزش کمتر شود و در نهایت ناپیروی و یا پیروی کمتر از پیشنهادها، دستورات و تجویزهای پزشک را موجب شود (۹).

در بعد جسمی، اضطراب و استرس پیش‌بین‌های قویتری نسبت به افسردگی بودند. در پرسشنامه DASS-21 اضطراب و استرس بر خلاف افسردگی، دارای ماده‌هایی هستند که مستقیماً با ابعاد سلامت جسمی مرتبط هستند در نتیجه می‌توان گفت سلامت جسمی بر اساس مؤلفه‌های جسمی و سمپاتیکی ابعاد اضطراب و استرس پیش‌بینی شده است.

در بعد سلامت روانی، استرس و افسردگی پیش‌بین‌های قویتری نسبت به اضطراب بودند. در زمینه نقش و اهمیت استرس باید گفت هم میزان شدت استرس مرتبط با سرطان و هم تعداد محرک‌های استرس زای مرتبط با سرطان که

یک زن با آنها مواجه می‌شود، هر دو سازگاری ضعیف روان شناختی را پیش‌بینی می‌کنند (۸). در بعد رضایت از محیط نیز افسردگی پیش‌بینی قویتر نسبت به استرس و اضطراب بود. با افزایش احساس افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان آنها تردید و بدبینی بیشتری در خصوص امنیت در زندگی روزمره خواهند داشت و سطح نارضایتی آنها به دلیل تحریف‌های شناختی همچون بزرگنمایی و کوچک‌نمایی و یا انتزاع‌گزینی از واقعیت‌های محیط، افزایش می‌یابد. نکته دیگر این که خود افسردگی با کاهش حس علاقه و لذت در این بیماران باعث می‌شود آنها کمتر به فعالیت‌های تفریحی بپردازند. به همه این‌ها شرایط بیماری و عوارض درمان‌های جراحی و کمکی را هم باید اضافه کرد که نه تنها افسردگی آنها را شدت می‌بخشد بلکه رضایت این زنان را در حیطه دسترسی به امکانات محیط کاهش می‌دهد.

در بعد روابط اجتماعی هیچ کدام از مؤلفه‌های درماندگی روان شناختی توان پیش‌بینی بالایی نداشتند. این حیطه حاوی تنها سه سؤال است که هم از نظر اعتبار و هم روایی آن را بشدت آسیب پذیر کرده است (۱۶). در حیطه روابط اجتماعی رضایت از روابط شخصی، رضایت از حمایت اجتماعی دریافتی از سوی دوستان و رضایت از روابط جنسی مورد بررسی قرار می‌گیرد. همانطور که از محتوای این حیطه بر می‌آید سه سؤال تقریباً نامتجانس در یک حیطه قرار گرفته‌اند.

پژوهش حاضر دارای بعضی از محدودیت‌های نظری و روش شناختی است از جمله محدود بودن نمونه پژوهش تنها به زنان مبتلا به سرطان در یک مرکز درمان سرطان پستان که به موجب آن باید در تعمیم دادن یافته‌ها احتیاط کرد. از سوی دیگر، پرسشنامه DASS-21 نشانه‌ها و علائم درماندگی روان شناختی را هدف قرار می‌دهد و نه ملاک‌های بالینی مندرج در DSM یا ICD و از این نظر تفسیر یافته‌های پژوهش

پیشنهاد می شود مداخله‌های شناختی رفتاری یا دیگر اشکال مداخله روانی در این بیماران در جهت کاهش درماندگی روان شناختی آنها انجام شود. همچنین توصیه می‌شود به کادر پزشکی و پرسنل درمانی آگاهی‌های لازم در خصوص ملاک های تشخیصی این اختلالات داده شود تا در صورت مشکوک شدن به سطوح بالینی اختلال، این بیماران را به روان شناسان ارجاع دهند. در نهایت، درمان و تعدیل درماندگی روان شناختی در این زنان باید به عنوان یکی از اولویت‌های اساسی در بهبود کیفیت زندگی آنها در نظر گرفته شود.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله پژوهشگران مراتب سپاس خود را از کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان که در پژوهش حاضر شرکت کرده‌اند، اعلام می‌دارند. همچنین از ریاست محترم بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه، دکتر نسرین امیری و خانم سمیه غفارپور که با پژوهشگران همکاری نموده‌اند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

حاضر باید با احتیاط صورت گیرد. در پرسشنامه WHOQOL-BREF حیطه روابط اجتماعی دارای اعتبار و روایی مناسبی نبود و این مسأله در پژوهش‌های قبلی نیز ذکر شده است (۱۶). از همین رو درماندگی روان شناختی، تغییرات کمی از این حیطه را تبیین کرد. پژوهش حاضر یک تحلیل همبستگی است و طبیعتاً نمی‌توان برداشت روابط علی از یافته‌های حاصل از همبستگی بین متغیرها داشت. یافته‌های پژوهش حاضر بر اساس پاسخگویی بیماران مبتلا به سرطان پستان به پرسشنامه به دست آمده است و ممکن است آزمودنی‌ها به سؤالات با سوگیری، محافظه کاری، بی‌حوصله‌گی یا کم دقتی پاسخ داده باشند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی برای بررسی درماندگی روان شناختی و کیفیت زندگی از پرسشنامه‌هایی استفاده شود که ملاک های تشخیصی کامل و دقیقی داشته باشند و از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار باشند. از نظر طرح پژوهش، پیشنهاد می شود پژوهش‌های آتی به صورت طولی انجام شود و در برهه های مختلف بیماری و درمان، وضعیت روان شناختی این بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد.

### References

1. Browall M, Ahlberg K, Karlsson P, Danielson E, Persson LO, Gaston-Johansson F. Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008; 12 (3), 180-189.
2. Jacobsen, PB, Jim, HS. Consideration of quality of life in cancer survivorship research. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2011; 20 (10), 2035-2041.
3. Chochinov HM. Depression in cancer patients. *The Lancet Oncology*. 2001; 2 (8), 492-505.
4. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Penning M, McGregor BA, Gralow J. Major

- depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry*. 2008; 30 (2), 112-126.
5. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression. *Biol Psychiatry*. 2003; 54 (3), 269-282.
6. Macnab F. Some considerations of breast cancer: The psychological impact. *O & G Magazine*. 2007; 9 (3), 34-35.
7. Tel H, Dogan S. Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 2011; 17 (2), 42-45.
8. Lebel S, Rosberger Z, Edgar L, Devins GM. Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. *Journal of*



- Psychosomatic Research. 2007; 63 (3), 225-232.
9. Andersen B, Golden-Kreutz DM, Dilillo V. Cancer (Chapter 43). in Baum A, Revenson TA, Singer JA. (Eds.). Handbook of Health Psychology. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2001: 709-721.
  10. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric Properties of the 42-item and 21-item Version of the Depression Anxiety Stress Scales in Clinical Groups and a Community Sample. Psychological Assessment. 1998; 10 (2), 176-181.
  11. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. British Journal of Clinical Psychology. 2005; 44 (2), 227-239.
  12. Samani S, Joukar B. Validation and reliability of Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). Journal of Social and Human Sciences of Shiraz University. 2006; 3 (52), 65-77. [Persian]
  13. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. J. Iranian Psychologists. 2005; 1(4): 299-310. [Persian]
  14. World Health Organization (WHO). WHOQOL user Manual. Series Number: WHO/MNH/MHP/98.4. Geneva: World Health Organization; 1998: 35-47. Available at: [www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_qol\\_user\\_manual\\_98.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf)
  15. Den Oudsten BL, Van Heck GL, Van Der Steeg AFW, Roukema JA, De Vries J. The WHOQOL-100 has good psychometric properties in breast cancer patients. Journal of Clinical Epidemiology. 2008; 62 (2), 195-205.
  16. Nejat SN, Montazeri A, Holakhouei Naeini K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. J Sch Public Health Inst Public Health. 2007; 4 (4):1-12. [Persian]
  17. Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S, Yun, YH. Fatigue and depression in disease-free breast cancer survivors: Prevalence, correlates, and association with quality of life. Journal of Pain and Symptom Management. 2011; 35 (6), 644-55.
  18. Slovacek L, Slovackova B, Slanska I, Petera J, Priester P. Quality of life and depression among metastatic breast cancer Patients. Med Oncol. 2010; 27 (3), 958-959.
  19. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. European Journal of Oncology Nursing. 2008; 12 (1), 53-57.
  20. Ogce F, Ozkan S, Baltalarli B. Psychosocial stressors, social support and socio-demographic variables as determinants of quality of life of Turkish breast cancer patients. Asian Pac J Cancer Prev. 2008; 8(1), 77-82.
  21. Kenne Sarenmalm EK, Ohlen J, Jonsson T, Gaston-Johansson RN. Coping with recurrent breast cancer: Predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. Journal of Pain and Symptom Management. 2007; 34 (1), 24-39.
  22. Cox AC, Fallowfield LJ. After going through chemotherapy I can't see another needle. European Journal of Oncology Nursing. 2007; 11 (1), 43-48