

مقایسه تصور بدنی، رضایت جنسی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه

(گروه جراحی حفظ سینه و جراحی ماستکتومی) با زنان غیر مبتلا در استان مرکزی

لیلا نقی پور*

کارشناسی ارشد روان‌شناسی و مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین

مهدی زارع بهرام آبادی

دکتری مشاوره، استادیار مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی (سازمان سمت)

صادق تقی‌لو

دکتری روان‌شناسی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا

حسن حیدری

دکتری مشاوره، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین

چکیده

پژوهش حاضر یک مطالعه علی-مقایسه‌ای بود که به منظور مقایسه رضایت جنسی، تصور بدنی و کیفیت زندگی در میان سه گروه زنان مبتلا به سرطان سینه در دو گروه جراحی با ماستکتومی و جراحی حفظ سینه و زنان غیرمبتلا انجام شد. از میان زنان مبتلا به سرطان سینه ۶۸ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند (شامل ۴۳ نفر درمان شده با جراحی ماستکتومی و ۲۵ نفر درمان شده با جراحی حفظ سینه) انتخاب شدند. همچنین ۷۰ نفر از زنان غیرمبتلایی که برای غربالگری ماموگرافی به انجمن حمایت از بیماران سرطانی شهر اراک مراجعه کرده بودند به روش هدفمند انتخاب شدند. اطلاعات مورد نظر با استفاده از پرسشنامه‌های دموگرافیک، کیفیت زندگی (SF-36)، چندبعدی رابطه خود و بدن (MBSRQ) و رضایت زناشویی انریچ (خرده مقیاس رضایت جنسی) گردآوری شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل

*نویسنده مسئول

واریانس یک راهه تحلیل شد که نتایج نشان داد بین سه گروه در متغیرهای رضایت جنسی و تصور بدنی تفاوت معناداری وجود نداشت، اما نتایج نشان داد بین سه گروه در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود داشت. استفاده از آزمون شفه نشان داد که کیفیت زندگی زنان غیر مبتلا به صورت معناداری بیشتر از دو گروه دیگر بود.

واژگان کلیدی

سرطان سینه؛ کیفیت زندگی؛ رضایت جنسی؛ تصور بدنی

مقدمه

سرطان سینه یکی از علل عمده مرگ زنان در جهان است. سرطان سینه دومین عامل مرگ بر اثر سرطان است (ACS، ۱۹۹۶ به نقل از سارافینو، ۱۹۹۹). در جهان تقریباً از هر ۱۱ زن یک نفر در طول عمر خود به سرطان سینه دچار می‌شود و ۲۱ درصد کل سرطان‌های جدید را سرطان سینه در بر می‌گیرد (سارافینو، ۱۳۸۱).

سرطان سینه توده سفیدی است که از مجاری پستان شروع شده و بافت جلوبوی را مورد تهاجم قرار می‌دهد و ظهور توده درشت در غدد لنفاوی زیر بغلی نشانه‌ای از شکست مقاومت میزبان است و دگر این که چنین گرفتاری غددی بالا بودن خطر بیماری بدخیمی منتشر را نشان می‌دهد. معمولاً توده حساس نیست و شکل نامنظم دارد، سفت و سخت است و بافت‌های اطراف را نیز سفت کرده است. قرمزی نیپل و ضخامت پوست، فلسی شدن پوست و ساییدگی نیپل نیز نشانه بدخیمی مجاری سینه است (اوکانل و اسملتزر، ۲۰۰۴).

به علت نقش مهم سینه در جنسیت زنان، واکنش زن به بیماری حقیقی یا مشکوک به سرطان سینه ممکن است به صورت ترس، اضطراب و افسردگی خود را نشان دهد. واکنش‌های خاص ممکن است شامل ترس از بدشکلی، از دست دادن جذبه جنسی، دوری از شریک جنسی و مرگ باشند. این ترس‌ها ممکن است سبب شود که زنان، پیگیری مراقبت‌های پزشکی را برای ارزیابی احتمال سینه به تأخیر بیندازند (اوکانل و اسملتزر، ۲۰۰۴).

حتی زنانی که معاینه را خود انجام می‌دهند ممکن است به علت ترس، عامل‌های اقتصادی، کمبود تحصیلات، مقاومت در برابر اقدام در صورت درد، عامل‌های روانی و حجب و حیا، از جستجوی مراقبت‌های پزشکی سرباز زنند (اوکانل و اسملتزر، ۲۰۰۴).

خوشبختانه نرخ بقا در ۷۵ درصد بیماران ۵ سال زندگی بعد از تشخیص است. بیماران

با تومورهای خوش خیم، کمتر از یک سانتیمتر و یا با ویژگی‌های تومور غیرمهاجم، عمر طولانی‌تری نسبت به گروه کنترل دارند. زنانی که بعد از سرطان سینه زنده مانده‌اند بسیاری از زمان عمر خود را برای مرحلهٔ درمان بیماری خود می‌گذارند. بنابراین، سرطان سینه نمودی از آسیب مزمن است (هینسون^۱، ۲۰۰۲).

از آنجا که سینه به‌عنوان یک قسمت مهم در تصور بدن زن به شمار می‌آید، لذا هر نوع نابهنجاری در سینه می‌تواند به تصور بدنی منفی در زن بیانجامد. توصیف احساس فردی که با مشکل مواجه می‌شود و یک یا هر دو سینه خود را از دست می‌دهد بسیار مشکل است این به معنی پایان زنانگی است. زنی که با سرطان سینه مواجه می‌شود احتمالاً از صمیمیت با افراد دیگر اجتناب می‌کند حتی ممکن است از حمام رفتن به دلیل نقصی که در بدن دارد نیز اجتناب کند.

بیماران ماستکتومی مشکلات تصور بدنی را تجربه می‌کنند زیرا جراحی این احساس را در بیمار به وجود می‌آورد که «همه چیز» را از دست داده است (کارور و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از کودل^۲ و همکاران، ۲۰۰۸) و یا به دلیل عکس‌العمل منفی همسرانشان این احساس در آن‌ها به وجود می‌آید. چنین شواهدی دال بر این است که اختلال تصور بدنی و رضایت زناشویی با یکدیگر رابطه دارند به ویژه، همسران از اثر زخم یا جراحی بیزارند و کاهش رضایت زناشویی در آن‌ها پیش‌بینی می‌شود (ویمبرلی و همکاران، ۲۰۰۵، به نقل از کودل و همکاران، ۲۰۰۸).

در تحریف و نامتقارنی، تنهٔ ناقص پیوسته یادآور ارتباط بدن با تصور خود، هویت جنسی و شرح جنسی است و همیشه یادآور احتمال عود یا متاستاز است (توماس-مک‌کلین، ۲۰۰۴، به نقل از ماندرسوند و استیرلینگ^۳، ۲۰۰۷). معلوم شده است هویت جنسی (عزت نفس جنسی، رخدادهای جنسی و رضایت جنسی) و تصور بدنی در بهزیستی روانی کلی و رضایت زندگی همهٔ افراد مهم است (موین^۴ و همکاران، ۲۰۰۹).

1. Henson
2. Kudel
3. Manderson & Stirling
4. Moin

رضایت جنسی، شامل احساس درباره بدن خود، نیاز به لمس، علاقه به فعالیت‌های جنسی، نیازهای ارتباطی فرد با شریک جنسی و توانایی به دست آوردن رضایت از فعالیت‌های جنسی است. هر چند، برای زنان رضایت جنسی تا حدی آن‌سوی آمیزش است و شامل عقیده درباره تصور بدنی، زنانگی، مطلوبیت و توانایی باروری است (هینسون، ۲۰۰۲).

متأسفانه اطلاعات موجود درباره رضایت جنسی بعد از سرطان سینه و درمان آن کافی نیست و بسیاری از مطالعات بازنگرانه است. در ۱۹۹۸، پاتریش گانز و همکارانش مطالعه گسترده‌ای را روی عملکرد جنسی بازماندگان سرطان سینه انجام دادند. در این پژوهش ۸۶۴ زن، با میانگین سنی ۵۷/۴ سال، ۱-۵ سال بعد از تشخیص ارزیابی شدند. او اطلاعات کلی سلامت مربوط به کیفیت زندگی، عملکرد جنسی، ارتباطات و مسائل روان‌شناسی را ملاحظه کرد. در کل بازماندگان ادراک خوبی داشتند و سطحی از افسردگی (۲۳ درصد) را نشان می‌دادند و ۷۱ درصد از آن‌ها بعد از تشخیص از لحاظ جنسی فعال بودند. آن‌ها از ارتباط با شریک جنسی خود لذت می‌بردند و ۹۱٪ فعالیت را با همان شریک جنسی ادامه می‌دادند (هینسون، ۲۰۰۲).

نیازها و مشکلات مربوط به سلامت جسمانی ممکن است زمان و انرژی و توجهی که باید بر روابط جنسی متمرکز شود را به خود اختصاص دهد و کیفیت هیجانی مناسب مورد نیاز در رابطه جنسی را تحت تأثیر قرار دهد. بیماری‌هایی که نیروی شخص را تحلیل می‌برند، اختلال مزمنی که مستلزم تطابق جسمی و روانی هستند و بیماری‌های جدی که ممکن است موجب افسردگی شخص شوند هم در مرد و هم در زن می‌توانند در میل جنسی کاهش ملاحظه‌پذیری به وجود آورند (کاپلان، ۲۰۰۳).

چندین محقق وجود تمایز پیچیده افسردگی را بعد از ماستکتومی تأیید کرده‌اند. در کل نتایج روانی اجتماعی ضعیف‌تر در زنانی یافت می‌شود که مشکلات زناشویی قبلی، تصور بدنی ضعیف، نارضایتی جنسی، سطح آموزش پایین‌تر و همچنین شیمی درمانی داشتند. زنانی که اهمیت بیشتری به ظاهر خود می‌دادند و نسبت به سینه‌های خود حساس‌تر بودند احتمالاً بیشتر با مشکلات جنسی مواجه می‌شدند (هینسون، ۲۰۰۲).

یکی از عواملی که در ارزیابی ابعاد مختلف زندگی مرتبط با سلامتی باید مدنظر قرار گیرد، ارتباط بین بیماری و کیفیت زندگی است و باید دانست که اولین اثر بیماری بر عملکرد

اشخاص و اختلال در تحرک جسمی است و این وضعیتی است که فرد را به دلایل مختلف دچار محدودیت در انجام دادن فعالیت روزمره زندگی می‌کند. بسیاری از بیماری‌های مزمن باعث محدودیت در انجام دادن فعالیت‌های جسمی می‌شوند، که این مشکل بر شیوه زندگی فرد اثر می‌گذارد و بیمار در انجام دادن فعالیت‌های مهم خود مانند پخت و پز، اداره امور منزل، رفتن به دانشگاه یا رفتن به سرکار ناتوان می‌شود. ایفای نقش نیز از حیطه‌های مهم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است (ماری و ایوانز^۱، ۲۰۰۳). کینگ و همکاران در سال ۲۰۰۳، ویژگی‌های کیفیت زندگی را این گونه بیان کردند:

-مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر

-ارزیابی یا سنجش شناختی و بدنی از جنبه‌های بدنی بودن، چند بعدی بودن، تغییر مداوم و مثبت و منفی زندگی

-پویا و استمرار داشتن

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تأثیر فرایندهای درمان و بیماری را بر تمام جنبه‌های زندگی اشخاص می‌سنجد. آپولون کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را به‌عنوان زیر مجموعه‌ای از مفهوم کلی کیفیت زندگی می‌داند که به سلامت فرد در سه بعد روانی، جسمی و اجتماعی بستگی دارد (فتاح زاده، ۱۳۸۸).

ارزیابی نیازهای عاطفی و قابلیت‌های روانی بیمار، از طریق بررسی نگرشی او، سازگاری با بیماری، احساسات او در رابطه با چگونگی تأثیر بیماری بر خانواده و سایر مسائل و اهداف بیمار با توجه به زندگی با بیماری مزمن انجام می‌شود. حیطه دیگر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، وضعیت خانوادگی است. بیماری مزمن بر کل خانواده اثر می‌گذارد، اعضای خانواده درگیر کنترل بیماری‌های مزمن می‌شوند و زندگی خانوادگی در نتیجه تغییر در نقش‌ها، کاهش درآمد، زمان سپری شده برای درمان بیماری، کاهش ارتباط اجتماعی خانواده و صرف هزینه برای درمان دستخوش تغییر می‌شود (دین و ایگوار^۲، ۲۰۰۵).

درمان‌ها برای مدت زیادی حتی در برخی موارد تا پایان عمر باید ادامه داشته باشد،

1. Murray & Evans
2. Dean & Aguilar

متأسفانه تمام این موارد باعث کاهش کیفیت زندگی بیمار در بعد جسمانی می‌شود. بسیاری از این بیماران درمان را حتی از خود بیماری دردناک‌تر می‌دانند. یکی از علائم جسمانی که افراد مبتلا به سرطان سینه تجربه می‌کنند شامل ناباروری مزمن جدی است که فعالیت مراقبت از خود را ماه‌ها بعد از درمان تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر چه سن و موقعیت زناشویی شاخص‌های مهمی در کیفیت زندگی نجات‌یافتگان سرطان سینه است، اما آن‌ها تغییرپذیری بسیار کمی میان زنان و نقاط زمانی برای همان زنان را توضیح می‌دهد (وایک^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

برندبرگ^۲ و همکاران (۲۰۰۸) واکنش روانی، کیفیت زندگی و تصور بدنی زنانی را بررسی کردند که ماستکتومی دو طرف را به دلیل ریسک بالای سرطان سینه انجام داده بودند. نمونه آن‌ها شامل ۹۸ زنی بود که از اکتبر ۱۹۹۷ تا دسامبر ۲۰۰۵، ماستکتومی را انجام داده بودند. نتیجه این پژوهش نشان دادند که اضطراب با گذشت زمان کاهش پیدا کرده است و در افسردگی هیچ اختلاف معناداری دیده نشده است. تعداد بسیاری از زنان مشکلات تصور بدنی را یک سال بعد از جراحی نشان دادند (برای مثال: کمرویی ۴۸٪، احساس جذابیت جنسی کمتر ۴۸٪، و ترس از نارضایتی ۴۴٪). لذت جنسی ۱ سال بعد از جراحی در مقایسه با قبل از عمل کاهش پیدا کرده بود، اما هیچ تفاوتی در عادت‌ها، ناراحتی یا فعالیت‌ها پیدا نشده بود. این حقایق تلخ و تأثیر آن‌ها بر کیفیت زندگی به عوامل مختلفی (سن، موقعیت خانوادگی، ویژگی‌های فردی و غیره) بستگی دارد. زنان با مشکلات و ناتوانی‌های جسمی همان نیازها و خواسته‌های زنان دیگر را دارند، اما تصور بدنی، عزت نفس جنسی، رضایت جنسی و رضایت زندگی در آن‌ها پایین‌تر است. افکار منفی، فقدان فرصت و انزوای اجتماعی موانع مهمی هستند که بر هویت جنسی و ادراک کیفیت زندگی این زنان تأثیر فوق‌العاده‌ای دارد. همچنین رضایت جنسی در توضیح واریانس رضایت از زندگی آن‌ها عاملی مهم است (موین و همکاران، ۲۰۰۹).

عواملی نظیر ارتقاء اطلاعات، آگاهی و افزایش حمایت باعث بهبود وضعیت جسمانی،

1. Vacek
2. Brandberg



کاهش اضطراب، بهبود سازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران می‌شود که خود می‌تواند ارتقاء کیفیت زندگی را سبب شود (اقتدار و همکاران، ۱۳۸۷). این پژوهش با هدف کلی مقایسه کیفیت زندگی، رضایت جنسی و تصور بدنی میان سه گروه زنان غیرمبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه در دو گروه با جراحی حفظ سینه و جراحی ماستکتومی انجام شده است.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، یک روش علی - مقایسه‌ای است که به روش مقطعی انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش شامل دو گروه بود، زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان غیر مبتلا به سرطان؛ زنان مبتلا شامل دو گروه بودند. یک گروه شامل افرادی بود که به علت پیشرفت بیماری ناچاراً از ماستکتومی (برداشتن سینه) استفاده کرده‌اند و گروه دیگر شامل افرادی است که از درمان‌های دیگری استفاده کرده‌اند که در آن سینه این افراد حفظ شده است، زنان غیر مبتلا شامل زنانی بود که برای غربالگری سرطان سینه به مؤسسه خیریه کمک به بیماران سرطانی (تبسم) مراجعه کردند و فاقد تشخیص بیماری سرطان سینه بودند. سعی شد تا حد امکان این گروه از نظر تحصیلات، سن و وضعیت مالی با دو گروه مبتلا همگن باشند. در این پژوهش انتخاب افراد به صورت هدفمند انجام شد. در این پژوهش برای نمونه‌گیری سه پرسشنامه در اختیار سه گروه (دو گروه مبتلا و یک گروه غیر مبتلا) قرار داده شد. بدین ترتیب تعداد کل افراد مورد پژوهش ۱۳۷ نفر بوده‌اند که ۴۲ نفر شامل گروه افراد ماستکتومی و ۲۵ نفر شامل گروهی بود که جراحی حفظ سینه انجام داده بودند و ۷۰ نفر افرادی را شامل می‌شد که در طرح غربالگری شرکت کرده‌اند و غیرمبتلا بودند. در گروه اول و دوم بعد از مصاحبه و گرفتن اطلاعات درباره نوع بیماری فرد، پرسشنامه‌ها به هر بیمار داده شد تا آن را تکمیل کند اگر افراد بدون سواد یا دارای تحصیلات اندک بودند تمام پرسشنامه‌ها برای آن‌ها خوانده و توضیح داده می‌شد.

ابزار به کار رفته در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه چند بعدی رابطه خود و بدن (MBSRQ) این پرسشنامه را کش (۲۰۰۰) برای اندازه‌گیری سطوح مختلف رضایت‌مندی و نارضایتی تصور بدنی ساخته است و شامل ۱۰ خرده مقیاس است که در این پژوهش از دو خرده مقیاس ارزیابی ظاهری و سرمایه‌گذاری

ظاهری برای اندازه‌گیری تصور بدنی استفاده شد.

اعتبار خرده‌آزمون‌ها بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ برای مردان و ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برای زنان به‌دست آمده است. روایی آزمون باز آزمون با فاصله یک ماه برای مردان، ۰/۹۰ تا ۰/۹۴ و برای زنان ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (کش، ۲۰۰۰). در ایران روایی صوری آزمون را کارشناسان و اساتید تعیین کردند، برای تعیین روایی آزمون از روایی همگرا استفاده شد و همبستگی معناداری میان پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت و خرده‌مقیاس‌های تصور بدنی به‌دست آمده است که در جدول نشان داده شده است (باقری پور و دادخواه، ۱۳۸۷).

پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH (خرده‌مقیاس رضایت جنسی) برای بررسی میزان رضایت جنسی افراد بیمار از پرسشنامه رضایت زناشویی استفاده شد. با توجه به اعتبار بالای پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ در پژوهش‌های مختلف و جامعیت آن در سنجش ابعاد مختلف رضایت زناشویی و به‌ویژه رضایت جنسی، از خرده‌مقیاس رضایت جنسی پرسشنامه رضایت زناشویی استفاده شد. اولسون از این پرسشنامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده کرد و معتقد بود که این مقیاس به تغییراتی مربوط می‌شود که در طی دوره حیات آدمی رخ می‌دهد و همچنین در این خصوص به تغییراتی حساس است که در خانواده به وجود می‌آید. هر یک از موضوع‌های این پرسشنامه در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم است. پرسشنامه رضایت جنسی همان مقیاس ۸ (روابط جنسی) پرسشنامه رضایت زناشویی است که شامل ۱۰ سؤال است و میزان رضایت جنسی افراد را اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH از ۱۱۵ سؤال بسته و ۱۲ مقیاس تشکیل شده است؛ به جز مقیاس اول آن که ۵ سؤال دارد بقیه ۱۰ سؤالی است. پاسخ به سؤال‌ها به‌صورت ۵ گزینه‌ای است (کاملاً موافق - موافق - نه موافق و نه مخالف - مخالف - کاملاً مخالف). اولسون و دیگران اعتبار این پرسشنامه را با روش ضریب آلفای، ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. سلیمانیان (۱۳۷۳) در پژوهش خود ضریب اعتبار آن را با استفاده از ضریب آلفا ۰/۹۳ گزارش کرد.

پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ سؤالی (SF-36) یک پرسشنامه معتبر است که به‌طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی، به کار برده می‌شود. در ایران این فرم را منتظری و همکاران (۲۰۰۵) با روش ترجمه مجلد به فارسی برگردانده و در میان ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱ سال) هنجاریابی کرده‌اند که ۵۲ درصد آن‌ها زن بودند.



ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ است، به غیر از خرده مقیاس سر زندگی که ۰/۶۵ بوده است. پرسشنامه SF-36 شامل ۳۶ سؤال است، که ۳۵ سؤال آن در ۸ خرده مقیاس چند ماده‌ای خلاصه شده است.

برای تحلیل داده‌ها از روش آنوای چند متغیری در برنامه SPSS استفاده شد. همچنین برای مشاهده اینکه نتایج تحلیل واریانس بین کدام میانگین‌ها معنادار است از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱. شامل میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و نقاط کمینه و بیشینه در سه گروه غیر مبتلا، ماستکتومی و جراحی حفظ سینه

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی
رضایت جنسی (گروه غیر مبتلا)	۰۰/۲۶	۰۰/۴۹	۶۹۲۳/۳۵	۱۹۸۹۳/۵	۳۵۷/۰
تصور بدنی (گروه غیر مبتلا)	۰۰/۱۷	۰۰/۴۷	۰۴۲۹/۳۲	۸۰۴۶۴/۵	-۱۴۶/۰
کیفیت زندگی (گروه غیر مبتلا)	۷۵/۴۹	۹۵/۸۶	۵۷۶۴/۷۴	۴۷۲۷۹/۹	-۸۲۴/۰
رضایت جنسی (ماستکتومی)	۰۰/۲۵	۰۰/۴۲	۲۱۰۵/۳۳	۴۷۲۹۵/۵	-۰۳۹/۰
تصور بدنی (ماستکتومی)	۰۰/۲۱	۰۰/۴۶	۵۶۰۰/۳۱	۴۱۶۶۵/۷	۴۹۶/۰
کیفیت زندگی (ماستکتومی)	۰۵/۴۲	۵۶/۸۳	۷۰۴۴/۶۲	۶۴۱۸۶/۱۰	۴۳۹/۰
رضایت جنسی (جراحی حفظ سینه)	۰۰/۲۳	۰۰/۴۶	۳۱۴۳/۴۳	۶۰۸۶۷/۵	۰۷۶/۰
تصور بدنی (جراحی حفظ سینه)	۰۰/۱۲	۰۰/۴۳	۹۵۱۲/۳۰	۳۰۸۵۳/۶	-۴۰۱/۰
کیفیت زندگی (جراحی حفظ سینه)	۰۰/۳۵	۰۵/۸۹	۲۳۸۱/۶۲	۸۰۲۲۵/۱۱	۱۱۷/۰

با توجه به جدول ۱ می‌توان مشاهده کرد که میانگین کیفیت زندگی گروه غیر مبتلا از دو گروه دیگر بالاتر است.

جدول ۲: تحلیل واریانس یک راهه تصور بدنی، رضایت جنسی و کیفیت زندگی بین سه گروه

متغیر	گروه‌ها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	احتمال معناداری
تصور بدنی	بین گروه‌ها	۹۴۱/۳۰	۲	۴۷۱/۱۵		
	درون گروه‌ها	۹۳۴/۵۲۶۷	۱۳۳	۳۷۵/۳۹	۳۹۳/۰	۶۷۶/۰
	کل	۱۷۵/۵۲۶۷	۱۳۵			
رضایت جنسی	بین گروه‌ها	۰۳۳/۱۰۷	۲	۵۱۶/۵۳		
	درون گروه‌ها	۵۴۷/۳۳۳۸	۱۱۶	۷۸۱/۲۸	۸۵۹/۱	۱۶۰/۰
	کل	۵۸۰/۳۴۴۵	۱۱۸			
کیفیت زندگی	بین گروه‌ها	۹۸۹/۵۰۶۸	۲	۴۹۵/۲۵۳۴		
	درون گروه‌ها	۶۳۴/۱۴۶۲۰	۱۳۴	۱۰۹/۱۰۹	۲۲۹/۲۳	۰۱/۰
	کل	۶۲۳/۱۹۶۸۹	۱۳۶			

با توجه به نتایج جدول ۲ می‌توان نتیجه گرفت که بین تصور بدنی بدن زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). همچنین با توجه به نتایج جدول ۲ می‌توان نتیجه گرفت که بین رضایت جنسی زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). از سوی دیگر بین کیفیت زندگی زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$), در نتیجه برای مقایسه هر یک از گروه‌ها با همدیگر آزمون شفه را انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان ارائه شده است.



جدول ۳: آزمون تعقیبی شفه برای تعیین تفاوت میانگین کیفیت زندگی

گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	احتمال معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی
غیر مبتلا	حفظ سینه	۱۱/۸۷۲۰۳	۴۳۳۷۴/۲	۰/۰	۸۹۶۴/۱۷ - ۸۴۷۶/۵
	ماستکتومی	۳۳۸۳۳/۱۲	۰۳۸۱۷۶/۲	۰/۰	۳۸۵۰/۱۷ - ۲۹۱۷/۷
حفظ سینه	غیر مبتلا	۸۷۲۰۳/۱۱	۴۳۳۷۴/۲	۰/۰	۸۴۷۶/۵ - ۸۹۶۴/۱۷
	ماستکتومی	۴۶۶۳۰/۰	۶۳۸۶۰/۲	۹۸۵/۰	۰۶۵۲/۶ - ۹۹۷۸/۶
ماستکتومی	غیر مبتلا	۳۳۸۳۳/۱۲	۰۳۸۱۷۶/۲	۰/۰	۳۸۵۰/۱۷ - ۲۹۱۷/۷
	حفظ سینه	۴۶۶۳۰/۰	۶۳۸۶۰/۲	۹۸۵/۰	۰۶۵۲/۶ - ۹۹۷۸/۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که: کیفیت زندگی زنان غیر مبتلا در مقایسه با زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطان سینه که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند به طور معناداری بیشتر است ($P < 0.01$). همچنین بین کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطان سینه که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

یافته‌های فرعی

محقق همچنین به مقایسه زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی در سه گروه پژوهش اقدام کرده است که نتایج در دو جدول ۴ و ۵ گزارش شده است.

جدول ۴: تحلیل واریانس یک راهه چهار خرده مقیاس کیفیت زندگی شامل کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی در سه گروه

متغیر	گروهها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	احتمال معناداری
کارکرد جسمانی	بین گروهها	۱۳۲/۹۱۱	۲	۵۶۶/۴۵۵	۴۸۸/۲۵	۰۰۱/۰
	درون گروهها	۱۱۶/۲۳۹۵	۱۳۴	۱۷/۸۷۴		
	کل	۲۴۸/۳۳۰۶	۱۳۶			
نقش جسمانی	بین گروهها	۷۹۹/۶۵	۲	۹۰۰/۳۲	۸۵۹/۱۴	۰۰۱/۰
	درون گروهها	۶۹۷/۲۹۶	۱۳۴	۲/۲۱۴		
	کل	۴۹۶/۳۶۲	۱۳۶			
درد	بین گروهها	۲۱۶/۶	۲	۱۰۸/۳	۴۴۹/۱۶	۰۰۱/۰
	درون گروهها	۳۱۹/۲۵	۱۳۴	۱۸۹/۰		
	کل	۳۵۳/۳۱	۱۳۶			
سلامت عمومی	بین گروهها	۵۶۵/۱۲	۲	۲۸۳/۶	۱۳۲/۴	۰۱۸/۰
	درون گروهها	۷۱۷/۲۰۳	۱۳۴			
	کل	۲۸۲/۲۱۶	۱۳۶	۵۲۰/۱		

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین کارکرد جسمانی زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.1$)، بنابراین، به مقایسه جفتی آن‌ها با استفاده از آزمون شفه اقدام شد؛ نتایج نشان داد که کارکرد جسمانی زنان غیر مبتلا از دو گروه دیگر بیشتر است. همچنین کارکرد جسمانی زنان مبتلا به سرطان سینه که از حفظ سینه استفاده کرده‌اند از زنان مبتلا به سرطان سینه، که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند، بیشتر بود. با توجه به نتایج جدول ۴ بین نقش جسمانی زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه

استفاده کرده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد ($P < .1$)، بنابراین، به مقایسه جفتی آن‌ها با استفاده از آزمون شفه اقدام شد؛ نتایج نشان داد که عملکرد نقش جسمانی زنان غیر مبتلا از دو گروه دیگر بیشتر است. همچنین عملکرد نقش جسمانی زنان مبتلا به سرطان سینه که از حفظ سینه استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطان سینه، که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند، تفاوتی ندارد.

با توجه به نتایج جدول ۴ بین درد جسمانی زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد ($P < .1$). بنابراین، به مقایسه جفتی آن‌ها با استفاده از آزمون شفه اقدام شد؛ نتایج نشان داد که درد جسمانی زنان غیر مبتلا از دو گروه دیگر بیشتر است. همچنین درد جسمانی زنان مبتلا به سرطان سینه که از حفظ سینه استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطان سینه، که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند، تفاوت معناداری ندارد.

با توجه به نتایج جدول ۴ بین سلامت عمومی زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < .1$). بنابراین، به مقایسه جفتی آن‌ها با استفاده از آزمون شفه اقدام شد؛ نتایج نشان داد که سلامت عمومی زنان غیر مبتلا از گروه جراحی ماستکتومی بیشتر است، ولی تفاوتی با گروه جراحی حفظ سینه ندارد. همچنین سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه که از حفظ سینه استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطان سینه، که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند، تفاوتی ندارد.

جدول ۵: تحلیل واریانس یک راهه چهار خرده مقیاس دیگر کیفیت زندگی شامل انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، نقش هیجان و سلامت روانی میان سه گروه

متغیر	گروه‌ها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	احتمال معناداری
انرژی و نشاط	بین گروه‌ها	۷۲۶/۵۸	۲	۳۶۳/۲۹	۵۱۲/۴	۰۱۳/۰
	درون گروه‌ها	۰۱۵/۸۷۲	۱۳۴	۶/۵۰۸		
	کل	۷۴۱/۹۳۰	۱۳۶			
عملکرد اجتماعی	بین گروه‌ها	۵۱۴/۳۳	۲	۷۵۷/۱۶	۷۳۳/۹	۰۰۱/۰
	درون گروه‌ها	۷۰۵/۲۳۰	۱۳۴	۱/۷۲۲		
	کل	۲۱۹/۲۶۴	۱۳۶			
نقش هیجان	بین گروه‌ها	۹۰۶/۳۵	۲	۹۶۳/۱۷	۶۵۶/۱۲	۰۰۱/۰
	درون گروه‌ها	۰۷۹/۱۹۰	۱۳۴	۴۱۹/۱		
	کل	۹۸۵/۲۲۶	۱۳۶			
سلامت روانی	بین گروه‌ها	۶۵۳/۸۴	۲	۳۲۷/۴۲	۷۹۹/۳	۰۲۵/۰
	درون گروه‌ها	۷۶۴/۱۴۹۲	۱۳۴	۱۴۰/۱۱		
	کل	۴۱۷/۱۵۷۷	۱۳۶			

با توجه به نتایج جدول ۵ بین انرژی و نشاط زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < .01$). بنابراین، به مقایسه جفتی آن‌ها با استفاده از آزمون شفه اقدام شد؛ نتایج نشان داد که انرژی و نشاط زنان غیر مبتلا از گروه جراحی حفظ سینه بیشتر است. همچنین انرژی و نشاط زنان مبتلا به سرطان سینه که از حفظ سینه استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطان سینه، که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند، تفاوتی ندارد.

با توجه به نتایج جدول ۵ بین عملکرد اجتماعی زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه

که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < /1$). بنابراین، به مقایسه جفتی آن‌ها با استفاده از آزمون شفه اقدام شد؛ نتایج نشان داد که عملکرد اجتماعی زنان غیر مبتلا از دو گروه دیگر بیشتر است. همچنین عملکرد اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه که از حفظ سینه استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطان سینه، که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند، تفاوتی ندارد.

با توجه به نتایج جدول ۵ بین نقش هیجان زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد ($P < /1$). بنابراین، به مقایسه جفتی آن‌ها با استفاده از آزمون شفه اقدام شد؛ نتایج نشان داد که نقش هیجان زنان غیر مبتلا از دو گروه دیگر بیشتر است. همچنین نقش هیجان زنان مبتلا به سرطان سینه که از حفظ سینه استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطان سینه، که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند، تفاوتی ندارد.

با توجه به نتایج جدول ۵ بین سلامت روانی زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد ($P < /5$). بنابراین، به مقایسه جفتی آن‌ها با استفاده از آزمون شفه اقدام شد؛ نتایج نشان داد که سلامت روانی زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه، که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند، تفاوتی وجود ندارد. همچنین سلامت روانی زنان غیر مبتلا از زنان مبتلا به سرطان سینه که از حفظ سینه استفاده کرده‌اند بیشتر است و سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند با زنان مبتلا به سرطان سینه، که از حفظ سینه استفاده کرده‌اند، تفاوتی ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه رضایت جنسی، تصور بدنی و کیفیت زندگی در میان سه گروه زنان مبتلا به سرطان سینه در دو گروه جراحی با ماستکتومی و جراحی حفظ سینه و زنان غیر مبتلا بود. یافته‌ها حاکی از آن بودند که بین رضایت جنسی و تصور بدنی هر سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود نداشت. این نتایج با نتایج سایر پژوهش‌ها همچون

پژوهش‌های فوبایر و همکاران (۲۰۰۶)؛ ضیغمی و غفاری (۱۳۸۸) و ویکمن و برنندبرگ (۲۰۰۹) همسو نیست.

در پژوهش فوبایر و همکاران (۲۰۰۶) تصور بدنی و مشکلات جنسی در زنان زیر ۵۰ سال مبتلا به سرطان سینه بررسی شد. نتایج نشان داد که مشکلات تصور بدنی زنانی که ماستکتومی یا شیمی درمانی شده بودند بیشتر از افراد غیر مبتلا بود. یا در پژوهش ویکمن و برنندبرگ (۲۰۰۹)، شیوع درد و ناراحتی، تأثیر بر رابطه جنسی، کیفیت زندگی و احساس پشیمانی دو سال بعد از جراحی ماستکتومی دو طرفه احتیاطی بررسی شد که نتایج نشان داد که مبتلایان ۸۵٪ کم و بیش کاهش حساسیت جنسی و ۷۵٪ تأثیر منفی بر لذت جنسی را گزارش کردند. همچنین ضیغمی و غفاری (۱۳۸۸) در پژوهش خود اختلال در عملکرد جنسی و ارتباط آن را با کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان گزارش کردند. در تبیین این مغایرت می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی، بافتی و اقتصادی نمونه پژوهش در مقایسه با نمونه‌های پژوهش‌های دیگر اشاره کرد، آن‌چنان‌که بسیاری از زنان مبتلا و نیز زنان غیر مبتلا مورد مطالعه از لحاظ اقتصادی در سطح پایین، دسترسی کم به وسایل ارتباط جمعی مثل ماهواره (که تأکید زیادی بر تناسب اندام و رضایت جنسی در آن وجود دارد) بودند و همچنین از گرایش‌های مذهبی بالایی بهره‌مند بودند (برای مثال ۹۰ درصد از زنان حجاب چادر داشتند و خود را مقید به انجام‌دادن اعمال مناسک مذهبی می‌دانستند). این عوامل سبب می‌شود که توجه این زنان و خانواده‌های آن‌ها بیشتر معطوف به بیماری و درمان آن شود. از سوی دیگر بسیاری از بیماران بیشتر نگران هزینه معالجه بودند و بعد از درمان نیز نگران بازگشت بیماری هستند. همچنین بر اساس نظریه نیازهای مزلو توجه به نیازهای سطوح پایین، به ویژه در بیماران، سبب می‌شود که آن‌ها کمتر به نیازهای سطوح بالاتر خود و توجه به تصور بدنی مشغول باشند.

سایر نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به سرطان سینه که از جراحی ماستکتومی استفاده کرده‌اند و زنان مبتلا به سرطانی که از درمان‌های حفظ سینه استفاده کرده‌اند تفاوت معناداری وجود دارد. تحلیل‌ها نشان دادند افراد بیمار در هر دو گروه کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد غیر مبتلا دارند. بسیاری از این افراد بعد از عمل جراحی و درمان‌های بعدی دچار مشکلات حرکتی در دست راست یا چپ با توجه به جراحی آن قسمت بدن می‌شوند. بسیاری از آن‌ها با گذشت چند سال هنوز از مسکن برای کاهش درد



استفاده می‌کنند و بسیاری بعد از درمان دچار اضطراب هستند، اضطراب از این که بیماری دوباره عود کند. همچنین مشکلات روانی در این افراد بسیار شایع است گاهی این افراد مکرراً با این سؤال که چرا من؟ گذشته خود را کاوش می‌کنند. که هر یک از این مسائل به گونه‌ای کیفیت زندگی این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج پژوهش‌های بسیاری با پژوهش حاضر همسو هستند که از آن جمله می‌توان به پژوهش ریچ و همکاران (۲۰۰۷) اشاره کرد. آن‌ها به بررسی افسردگی، کیفیت زندگی و سرطان سینه از طریق بازبینی ادبیات پژوهش‌های انجام شده اقدام کردند. در نتیجه این بررسی مشخص شد که نجات یافته‌گان سرطان سینه شیوع بالایی از افسردگی ملایم تا متوسط را همراه با کیفیت زندگی پایین در همه جنبه‌های زندگی به جز کارکرد خانواده گزارش کردند. همچنین فاضل و همکاران (۱۳۸۷)، به بررسی تأثیر ماستکتومی بر خلق و کیفیت زندگی در مبتلایان اقدام کردند که در این بررسی ارتباط آماری معکوس معناداری بین نمرات خلق و کیفیت زندگی بیماران به دست آمد نتایج هر دو پژوهش با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

یافته‌های جانبی پژوهش در رابطه با مقایسه هر یک از زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی سه گروه نشان داد که گروه غیر مبتلا از سلامت جسمانی، سلامت روانی، انرژی و نشاط، عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی بالاتر و درد کمتر نسبت به دو گروه مبتلا بهره‌مند بود. پژوهش‌های بسیاری در رابطه با درد افراد مبتلا به سرطان سینه و کیفیت زندگی انجام شده است در واقع درد، باعث پایین آمدن کیفیت زندگی در این افراد می‌شود. در پژوهش ریمانس و همکاران (۱۹۹۷)، که کیفیت زندگی و درد را در بیماران به عود سرطان سینه بررسی شده است، نتایج نشان داد که این افراد درد را مکرراً گزارش داده‌اند و طبق این پژوهش درد همه ابعاد کیفیت زندگی این افراد شامل جسمانی، اجتماعی، روانی و حیطة مذهبی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و نتیجه آن با این پژوهش همسو است. بسیاری از این افراد روند درمان را دردناک‌تر از خود بیماری می‌دانند هر کدام از درمان‌ها جراحی، شیمی درمانی و پرتودرمانی باعث دردهای مختلفی در فرد می‌شوند. بیماری و روند درمان سلامت عمومی این افراد را بسیار تحت تأثیر قرار می‌دهد. جراحی یا شاید در برخی افراد جراحی‌های متناوب، سپس شیمی درمانی و پرتو درمانی با عوارض جانبی متعدد هر کدام به طریقی باعث کاهش سلامت عمومی افراد می‌شود؛ بعد از آن این بیماران باید دارو مصرف کنند که داروها نیز

عوارض جانبی متعددی دارد. بسیاری از این افراد بعد از درمان‌های مختلف حتی از انجام دادن بسیاری از کارهای روزانه خود بازمی‌مانند؛ کاهش تحرک، عوارض درمان و کاهش رابطه‌های اجتماعی سلامت این افراد را کاهش می‌دهد.

نشاط و شادی نیز در زندگی این افراد کاهش می‌یابد. بسیاری از این افراد بعد از بیماری افکار و باورهای غیر منطقی پیدا می‌کنند و دیگر کمتر چیزی می‌تواند آن‌ها را خوشحال کند. بسیاری از آن‌ها دائم این مسأله را مطرح می‌کنند که چرا من به این بیماری مبتلا شدم و دائماً به این موضوع فکر می‌کنند که دیگران راجع به آن‌ها فکر می‌کنند. افرادی که جراحی حفظ سینه انجام دادند به مراتب نگرانی بیشتری دارند آن‌ها از بازگشت بیماری و امکان برداشتن سینه دائماً نگران هستند و این باعث می‌شود نشاط و شادی کمتری در زندگی داشته باشند.

در پژوهش ریچ و همکاران (۲۰۰۷) افراد بیمار شیوع بیشتر افسردگی را همراه با کاهش کیفیت زندگی در همه جنبه‌های زندگی نشان دادند. در واقع افراد بیمار سلامت روانی کمتری نسبت به افراد غیر مبتلا داشتند. در واقع سلامت روان افرادی که جراحی حفظ سینه انجام دادند می‌تواند از سلامت روان افرادی که ماستکتومی کرده‌اند پایین‌تر باشد چرا که این افراد بعد از جراحی دغدغه بازگشت بیماری را دارند و نگران برگشت بیماری هستند و اینکه مجبور شوند سینه خود را بردارند این باعث می‌شود سلامت روانی پایین‌تری از افراد ماستکتومی شده داشته باشند.

بسیاری از این افراد بعد از ابتلا به بیماری و سپس درمان‌های متناوب شغل خود را از دست می‌دهند در مصاحبه با این افراد مشخص شد که بسیاری از آن‌ها روابط خود را با دوستان، اقوام و نزدیکان خود کم کرده بودند یا کلاً قطع کرده بودند و بسیاری در برقراری ارتباط صمیمی با دیگران و حتی با همسر خود با مشکل مواجه بودند. آن‌ها از اینکه دیگران از بیماری آن‌ها اطلاع یابند نگران هستند و دائم مراقبند که همسایگان و آشنایان متوجه بیماری و درمان آن‌ها نشوند برخی اوقات خود خانواده نیز این مسأله را تشدید می‌کند و این نگرانی را در افراد دو چندان می‌کنند؛ و باعث می‌شوند برای اینکه افراد اجتماع از بیماری آن‌ها اطلاع نیابد رابطه خود را با دیگران قطع کنند کمتر به میهمانی می‌روند کمتر بیرون می‌روند و سعی می‌کنند کارهایی را کاهش دهند که به نحوی با اجتماع رابطه دارد و این به کاهش عملکرد اجتماعی در هر دو گروه منجر می‌شود.



در پایان با توجه به کاهش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه در مقایسه با زنان غیر مبتلا می‌توان پیشنهاد کرد که با ارائه مشاوره‌های روان‌شناختی به این افراد و خانواده‌های آنها در جهت افزایش کیفیت زندگی آنها و خانوادهاشان اقدام کرد. همچنین مشاوره‌های پزشکی قبل و بعد از درمان می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد و نگرانی‌های بعدی آنها را کاهش دهد. همچنین اقدام برای افزایش سطح آگاهی بیماران و خانواده‌های آنها در زمینه سیر بیماری و درمان می‌تواند در جهت کنار آمدن با بیماری به آنها یاری رساند.

قدردانی و تشکر

در پایان از انجمن خیریه کمک به بیماران سرطانی و همچنین تمام بیماران و افرادی که در این پژوهش محققان را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

Archive of SID

منابع

- اسملترز، سوزان اوکانل (۲۰۰۴). *بیماری‌های زنان و پستان و تناسلی - ادرااری مردان*، ترجمه پوران سامی، تهران: بشری .
- اقتدار، سامره، مقدسیان، سیما، ابراهیمی، حسین، مهدی پور زارع، نسرین، موسوی، محسن و جاسمی، مدینه (۱۳۸۷). *کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، پایان‌نامه کارشناس ارشد پرستاری، تبریز.
- باقری پور، احمد و دادخواه، اصغر (۱۳۸۷). *نقش تعاملی تصور بدنی و وضعیت باروری با تحول روانی - اجتماعی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. سادوک، بنیامین و کاپلان، هرولد. (۱۹۴۰). *خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی*، ترجمه نصرت ا. پورافکاری، جلد دوم، تهران، آینده سازان.
- سارافینو. ادوارد پ. (۱۳۸۱). *روانشناسی سلامت*. ترجمه ابهری و همکاران، تهران: رشد.
- سلیمانیان، علی اکبر (۱۳۷۳). *بررسی تأثیر تفکرات غیر منطقی بر نارضایتی زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- فاضل، اعظم، تیرگری، بتول، مخبر، نغمه، کوشیار، محمد مهدی، اسماعیلی، حبیب (۱۳۸۷). *بررسی تأثیر ماستکتومی بر خلق و کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان سینه*. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۶، شماره ۳، صفحات ۲۸-۳۱.
- فتاح زاده، سیده الهام (۱۳۸۸). *مقایسه کیفیت زندگی و عملکرد خانواده در کارکنان خوشنود و ناخشنود پالایشگاه شازند اراک*، ص ۳۹. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، اراک.
- ضیغمی محمدی، شراره و غفاری، فاطمه (۱۳۸۸). *اختلال در عملکرد جنسی و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان*. مجله زنان مامایی و نازایی ایران. جلد ۱۲ شماره ۲ ص ۳۹-۴۶.

Brandberg, Y. , Sandelin, K. , Erikson, S. , Jurell, G. , Liljegren, A. , Lindblom, A. ,



- Linden, A. , Von Wachenfeldt, A. , Wickman, M & Arver, B .(2008). Psychological reactions, quality of life , and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer : a prospective 1- years follow- up study . PubMed . *National Library of Medicine National Institutes of Health* :57-48. .
- Cash, T & Pruzinsky , T. (2004). *Body image, a hand book of theory, research & clinical practice* .New York. The Guilford press .
- Dean , B . B & Aguilar , D. (2005) . Lmpairment in work productivity and health related Quality of Life in pations with IBS . *Am j –Mang Care* , 11(1) : 17-26.
- Fobair P., Stewart S.L., Chang S., D’Onofrio, C., Banks, P.J. & Bloom, J.R. (2006) . Body image and sexual problems in young women with breast cancer *psycho-oncology*,594-579.
- Henson, K.Helen. (2002). Breast cancer and sexuality *Sexuality and disability* : 227-204.
- Kude, I. Ian , Edwards, R., Raja, S. ,Hythornthwaite, J & .Heinberg , J.L. (2008).The association of perceived partner-related social support with self-reported outcomes in women post-mastectomy.*Journal of Health psychology*.1039-1030.
- Manderson, L & Stirling .L. (2007) .The absent breast: speaking of the mastectomy body. *Feminism & psychology*.92-75: (1)17.
- Moin, V.,Duvdevany, I. ,Mazor,D.(2009).Sexal identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability *Sex disabil* ,95-27:83.
- Murray, C. J & Evans, D .(2003) . Health systems performance assessment, debate, methods and empiricism. *world health organization*:502-563.
- Reich,M.,Lesur,A &Perdrizet-Chevallierc,D.(2007).Depression,quality of life and breast cancer : a review of the literature *pub Med. Breast cancer restreat* :(۱).۱۱۰9: (1)11- 17.
- Rummans,A.T.,Frost,M.,Suman,J.V.,Taylor,M.,Novotny,P.,Gendron,T.,Johnson,R., Hartmann, L., Dose, A.,M. & E., Roger,W.(1997). Quality of life and pain in patients with recurrent bearst and Gynecologic cancer. *psychosomatics*.445-39:437.
- Vacek M. P.,Winstead-Fry, P., Secker- Walker H., Roger , Hooper J. G .&.Plante A. P. (2003).Factors influencing quality of life in Breast cancer survivors .*Quality of life research*.537-12 : 527.

نویسندگان

Leila_naghipour@yahoo.com

لیلا نقی پور

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، مدرس دانشگاه آزاد خمین

mz.bahramabadi@gmail.com

دکتر مهدی زارع بهرام آبادی

استادیار مرکز تحقیق و توسعه سمت، معاون مرکز تحقیق و توسعه سمت، مدیر پژوهش سازمان سمت سال ۸۹، بیش از ۱۵ مقاله علمی - پژوهشی در مجلات معتبر، رئیس استانی سازمان نظام روان‌شناسی در استان مرکزی ۸۹-۹۰، مدیر گروه کارشناسی ارشد روان‌شناسی آزاد اراک ۸۷-۸۹.

sadegh81@yahoo.com

دکتر صادق تقی‌لو

۶ سال هیأت علمی دانشگاه آزاد واحد آستارا، مدرس دانشگاه خوارزمی کرج، مدرس دانشگاه علوم تحقیقات و دانشگاه آزاد کرج، دارای بیش از ۱۵ مقاله علمی-پژوهشی در مجلات معتبر.

heidarihassan@yahoo.com

دکتر حسن حیدری

۱۰ سال عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد خمین، ۵ سال مدیر گروه کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد خمین، مدرس دانشگاه آزاد اراک، دارای بیش از ۱۵ مقاله علمی-پژوهشی، معاون استانی سازمان نظام روان‌شناسی در استان مرکزی.