

پروفایل روان‌آشفتگی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان با و بدون

سرطان پستان

اسماعیل سلیمانی^{۱*}، فرشته رستم‌زاده ینگجه^۲

۱. نویسنده مسئول: دانشیار روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

۲. دانش آموخته کارشناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

چکیده

پایین‌بودن میانگین سنی سرطان پستان در زنان ایرانی و نسبت بالای زنان نجات‌یافته، سلامت روانی به‌ویژه افسردگی و اضطراب در آنان را به یک اولویت بالینی و تحقیقاتی روبه‌رشد تبدیل کرده است. اولین اقدام موردنیاز، کسب آگاهی از وسعت این مشکل در مقایسه با زنان سالم است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه پروفایل روان‌آشفتگی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان عادی است. در قالب یک طرح علی - مقایسه‌ای، ۲۵ زن مبتلا به سرطان پستان به روش نمونه‌گیری دردسترس و ۲۵ زن سالم به روش هم‌تاسازی انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌های تحقیق از پرسش‌نامه افسردگی - اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-22 مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد، بین افراد با و بدون تجربه سرطان پستان در پروفایل روان‌آشفتگی و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر افسردگی - اضطراب و استرس افراد باتجربه سرطان پستان بیشتر از افراد بدون تجربه سرطان پستان است. با توجه به نتایج مطالعه، در درمان زنان مبتلا به سرطان پستان، مدیریت سلامت روانی و پرداختن به پریشانی روان‌شناختی و کمک به کاهش عوارض روانی سرطان حائز اهمیت است.

کلمات کلیدی: استرس، افسردگی، اضطراب، پروفایل روان‌آشفتگی، سرطان پستان

مقدمه

سرطان^۱ خود را به‌عنوان عامل اصلی بیماری و مرگ‌ومیر در جمعیت‌های اروپایی نشان داده است [1] و شایع‌ترین تشخیصی که زنان در سراسر جهان دریافت می‌کنند، مربوط به سرطان سینه^۲ (به‌استثنای سرطان‌های پوست غیر ملانومی) با بیشترین میزان بروز در کشورهای توسعه‌یافته‌ای مانند اتحادیه اروپا، استرالیا

^۱.Cancer

^۲.Breast cancer

و آمریکا است [2]. سرطان پستان بیماری است که در آن سلول‌های پستان در داخل مجاری شیر و/ یا لوبول‌های تولیدکننده شیر خارج از کنترل رشد می‌کنند و تومور ایجاد می‌کنند. در صورت عدم کنترل، تومورها در سراسر بدن گسترش یافته و کشنده می‌شوند [3]. این بیماری از چالش‌های عمده بهداشت عمومی در سراسر دنیا است و بار جهانی بیماری آن را به یکی از عوامل مهم تهدیدکننده سلامت جمعیت جهان، به‌ویژه سلامت زنان تبدیل کرده است [4]. به طوری که این بیماری پس از سرطان ریه، دومین عامل مرگ‌ومیر سرطانی در زنان است [5]. در سال ۲۰۲۲، ۲/۳ میلیون تشخیص سرطان سینه در زنان و ۶۷۰۰۰۰ مرگ ناشی از آن در جهان ثبت شده است [3]. در سال ۲۰۱۶، آسیا ۴۴ درصد از مرگ‌ومیرهای ناشی از سرطان سینه در جهان را با ۳۹ درصد از کل موارد تشخیص‌های جدید، به خود اختصاص داده بود [6]. بر اساس آمارهای ایرانی در سال ۲۰۱۶ از هر ۱۰ تا ۱۵ زن ایرانی، یک نفر احتمالاً به سرطان پستان مبتلا می‌شود. علاوه بر این، سن بروز سرطان پستان در ایران، پنج تا ده سال پایین‌تر از میانگین جهانی است [7]. به‌نحوی که بیشترین میزان شیوع سرطان پستان در کشورهای غربی و در حال توسعه مربوط به گروه سنی ۶۰-۵۰ سال است، در حالی که بیشترین میزان شیوع سرطان پستان در ایران در سنین ۵۰-۴۰ سال است [8].

تشخیص سرطان پستان در افراد، تجربه‌ای ناخوشایند و غیر قابل باوری است که زندگی فرد را مختل می‌کند [7]. جراحی و شیمی‌درمانی در این بیماران، عوارض جانبی متعددی مانند تغییرات فیزیولوژیکی، عملکردی و روانی به همراه دارد [9,10]. آمارها نیز حاکی از شیوع بالای پریشانی روان‌شناختی^۳ یا روان‌آشفستگی در ارزیابی تشخیصی سرطان است [11]. شبکه ملی جامع سرطان^۴ پریشانی روان‌شناختی را به‌عنوان "تجربه عاطفی ناخوشایند چندعاملی^۵ با ماهیت روان‌شناختی، اجتماعی و/ یا معنوی که ممکن است در توانایی مقابله مؤثر با سرطان، علائم فیزیکی و درمان آن تداخل ایجاد کند" تعریف می‌کند. پریشانی روان‌شناختی می‌تواند از احساسات رایجی مانند ترس، غم و آسیب‌پذیری تا علائم ناتوان‌کننده‌تری مانند اضطراب^۶ و افسردگی^۷ متغیر باشد [12]. واکنش‌هایی مانند افسردگی، پریشانی و اضطراب بیشتر از سایر واکنش‌ها در میان بیماران سرطان پستان در طول فرایند تشخیصی و پیشرفت بیماری بروز می‌کنند [13]. پيله‌ور زاده^۸ و همکاران در یک مرور سیستماتیک شیوع جهانی افسردگی در میان بیماران مبتلا به سرطان پستان را ۳۲/۲ درصد گزارش کردند. [14] بررسی سیستماتیک دیگری در سال ۲۰۲۳، شیوع افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان را ۳۰/۲ درصد نشان داده است [15]. شیوع علائم اضطراب طولانی‌مدت پس از درمان سرطان سینه نیز ۲۷/۲ درصد گزارش شده است [16]. گزارش‌ها نشان می‌دهند که پریشانی روانی می‌تواند تا ۱۰ سال پس از تشخیص هم ادامه پیدا کند [17].

3. Psychological distress

4. The National Comprehensive Cancer Network (NCCN)

5. Multi determined

6. Anxiety

7. Depression

8. Pilevarzadeh

بسیاری از پژوهش‌های بین‌المللی، افسردگی و اضطراب را در افراد بازمانده از سرطان پستان در مقایسه با گروه کنترل بدون سرطان در سطوح بالایی نشان داده‌اند [18]. مطالعات اخیر که در بریتانیا انجام شده است، نرخ بروز اضطراب و افسردگی را به ترتیب ۰/۸ و ۷۰ در هر ۱۰۰۰ نفر در سال نشان داده است [19]. با این حال باید در نظر داشت که شیوع اختلالات خلقی در مبتلایان به سرطان به دلیل متغیرهای متعددی مانند مرحله و نوع سرطان، درمان، سن، نژاد و قومیت متفاوت است [20]. سروش و همکاران نیز در طی یک پژوهش کیفی مشاهده کردند که افراد مبتلا پس از درمان احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند [21]. در واقع شواهد حاصل از پژوهش‌ها نشان دهنده اثرات منفی سرطان بر سلامت روان بیماران است. بنابراین با توجه به اثرات روحی و روانی شدیدتر سرطان پستان نسبت به سایر سرطان‌ها در زنان و فراهم بودن زمینه برای اخلال در بهداشت روانی زنان مبتلا از یک سو [22] و درصد بالای زنان نجات یافته از سرطان‌های مرتبط با زنان، از جمله سرطان پستان نسبت به کل بازماندگان سرطان از سویی دیگر، اهمیت مدیریت سلامت برای تعداد فزاینده زنان مبتلا و نجات یافته از سرطان پستان را مورد تاکید قرار می‌دهد [23]. علی‌رغم وجود مطالعات بین‌المللی و داخلی متعددی که مؤید وجود افسردگی، اضطراب و استرس قابل تشخیص بالینی در بیماران مبتلا به سرطان پستان هستند، با این حال، مقایسه پروفایل روان‌آشفتگی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم در ایران، برای پی بردن به وسعت این مشکل به خوبی انجام نشده است. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه پروفایل روان‌آشفتگی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم انجام شده است.

روش

روش پژوهش موجود با توجه به موضوع آن که مقایسه پروفایل روان‌آشفتگی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان با و بدون سرطان پستان می‌باشد، علی‌مقایسه‌ای از نوع مقطعی بود و روان‌آشفتگی به عنوان متغیر وابسته و افراد با و بدون سرطان پستان به عنوان متغیر مستقل مورد مطالعه قرار گرفته است. جامعه آماری تحقیق حاضر شامل تمام زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر ارومیه در بازه زمانی اردیبهشت تا خرداد سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه آماری تحقیق حاضر شامل ۲۵ زن دارای سرطان پستان از بین جامعه آماری بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین گروه مقایسه نیز به تعداد ۲۵ شرکت‌کننده از بین افراد غیر بیمار براساس روش نمونه‌گیری همتاسازی به لحاظ سن، جنس، تحصیلات انتخاب شده‌اند. بنابراین در مطالعه حاضر در مجموع ۵۰ شرکت‌کننده (۲۵ شرکت‌کننده در گروه اصلی و ۲۵ شرکت‌کننده در گروه مقایسه) مورد مطالعه قرار گرفته است. لازم به ذکر است که در روش‌های علی-مقایسه‌ای حداقل نمونه لازم ۱۵ نفر می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۷) اما به دلیل افزایش اعتبار بیرونی تحقیق و احتمال افت آزمودنی برای هر زیرگروه ۲۵ نفر و جمعاً ۵۰ نفر انتخاب شده است. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دارا بودن تشخیص سرطان پستان در طول ۶ ماه اخیر، داشتن توانایی خواندن و نوشتن و رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. علاوه بر این ناقص بودن پرسشنامه‌ها (مفقودالاثرا بودن داده‌ها) به عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها

مقیاس استرس - اضطراب - افسردگی (DASS-21): آزمون DASS-21 در سال ۱۹۹۵ توسط روی باند^۹ و لویباند ساخته شده است که روایی و پایایی آن توسط عاقبتی و مرادی پناه در ایران آزمون شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده شامل ۸ ماده مربوط به افسردگی، ۷ ماده اضطراب و ۶ ماده استرس است و پاسخ‌نامه در چهار طبقه به صورت کلامی (اصلاً، کم، زیاد و خیلی زیاد) تنظیم شده است. در این آزمون از فرد خواسته می‌شود حالات خود طی هفته گذشته را بر اساس جملات ذکر شده علامت بزند. همبستگی بین این مقیاس با تست افسردگی بک (BDI) و پرسش‌نامه اضطراب آیزنگ بالاست. ارزش آلفای کرونباخ آن در یک نمونه در مشهد (n: ۴۰۰) برای افسردگی ۰/۷۰ و برای اضطراب ۰/۶۶ و برای استرس ۰/۷۶ گزارش شده است که در آن همبستگی خرده مقیاس افسردگی با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰ و خرده مقیاس اضطراب با آزمون اضطراب آیزنگ ۰/۷۵ و خرده مقیاس استرس با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ بوده است (رحیمی و همکاران ۱۳۸۵) که این گزارش‌ها نشان از مطلوبیت روایی ابزار اندازه‌گیری است. در نمره‌گذاری برای هر پاسخ در سطر اول پاسخ‌نامه عددی در نظر گرفته شده است که از جمع اعداد هر پاسخ در دو مؤلفه ی اضطراب و افسردگی یک نمره به دست می‌آید که می‌بایست آن را در عدد دو ضرب کرده و نمره نهایی برای افسردگی و اضطراب به دست آید. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را در مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج تحقیق آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۱/۲، ۲۳/۹، ۸۹/۰۷ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه آماری تحلیل عاملی از نوع تأییدی و به روش مؤلفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. مقدار عددی شاخص KMO برابر با ۰/۹۰۱۲ و نیز شاخص X² در آزمون کرویت بارتلت برابر ۳۰۹۲/۹۳ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی داشت. بر اساس تحلیل عاملی انجام شده تورأم با چرخش وایمکس بر روی گویه‌های پرسش‌نامه و با ملاک قراردادن مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری سه مقیاس فرعی استخراج شد که عبارت‌اند از: افسردگی، اضطراب و تنیدگی که در راستای عامل‌های آزمون اصلی DASS است.

^۹ . Loyband

روش اجرا

با اخذ معرفی نامه از دانشگاه به بیمارستان امید شهر ارومیه مراجعه و جامعه آماری تعیین شد. سپس ابزارهای اندازه گیری تهیه شده و با مراجعه به بخش مربوطه و از طریق روش نمونه گیری در دسترس و با رعایت ملاک های ورود ۲۵ بیمار انتخاب و ابزارهای اندازه گیری اجرا گردید. گروه مقایسه نیز با استفاده از روش نمونه گیری همتاسازی از بین افراد عادی به تعداد ۲۵ پرسش نامه اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده های گردآوری شده از آزمون آماری توصیفی و میانگین و انحراف معیار استاندارد استفاده شده و از آزمون آماری استنباطی تحلیل واریانس چندمتغیره با رعایت پیش فرض های شاپیرو ویلک جهت نرمال بودن داده ها و آزمون لوین و آزمون M_BOX استفاده شده است. ابزاری که برای انجام تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفته، نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ بود و این کار در سطح خطای ۰/۰۵ انجام گرفته است.

یافته ها

نتایج نشان داد از میان مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر در گروه اصلی (دارای سرطان پستان) ۶ شرکت کننده (۲۴/۰۰ درصد) دارای رده سنی ۳۰-۴۵ سال؛ ۱۴ شرکت کننده (۵۶/۰۰ درصد) دارای رده سنی ۴۶-۶۰ سال و ۵ شرکت کننده (۲۰/۰۰ درصد) دارای رده سنی بالای ۶۱ سال داشتند. همچنین در گروه مقایسه (بدون سرطان پستان) نیز به دلیل استفاده از روش همتاسازی ۶ شرکت کننده (۲۴/۰۰ درصد) دارای رده سنی ۳۰-۴۵ سال؛ ۱۴ شرکت کننده (۵۶/۰۰ درصد) دارای رده سنی ۴۶-۶۰ سال و ۵ شرکت کننده (۲۰/۰۰ درصد) دارای رده سنی بالای ۶۱ سال داشتند؛ بنابراین بیشتر شرکت کنندگان در هر دو گروه، دارای رده سنی ۴۶-۶۰ سال بودند. از لحاظ جنسیت و تحصیلات نیز همتاسازی صورت گرفت.

جدول 1. شاخص های توصیفی شرکت کنندگان در پروفایل روان اشفتگی و مولفه های آن

گروه بدون سرطان پستان		گروه سرطان پستان		متغیرهای وابسته
SD	M	SD	M	
1/88	13/74	2/55	19/44	افسردگی
1/50	13/01	3/67	20/14	اضطراب
2/01	12/47	2/86	22/77	استرس
3/66	37/13	5/49	60/88	پروفایل روان اشفتگی

همان طوری که در جدول شماره 1 ملاحظه می گردد میانگین (و انحراف استاندارد) مشارکت کنندگان دارای تجربه سرطان پستان در مولفه های افسردگی ۱۹/۴۴ (± ۲/۵۵)؛ اضطراب ۲۰/۱۴ (± ۳/۶۷)؛ استرس ۲۲/۷۷ (± ۲/۸۶) و پروفایل روان اشفتگی کل ۶۰/۸۸ (± ۵/۴۹) می باشد.

همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) مشارکت‌کنندگان بدون تجربه سرطان پستان در افسردگی ۱۳/۴۷ (±۱/۸۸)؛ اضطراب ۱۳/۰۱ (±۱/۵۰)؛ استرس ۱۲/۴۷ (±۲/۰۱) و پروفایل روان‌آشفتگی کل ۳۷/۱۳ (±۳/۶۶) می‌باشد.

در کل نتایج جدول 1 نشان می‌دهد میانگین گروه اصلی نسبت به گروه مقایسه در پروفایل روان‌آشفتگی کل و ابعاد مختلف آن متفاوت می‌باشد، بطوریکه افسردگی- اضطراب- استرس مشارکت‌کنندگان دارای تجربه سرطان پستان بیشتر از مشارکت‌کنندگان بدون تجربه سرطان پستان می‌باشد. در بخش یافته‌های استنباطی میزان معناداری این تفاوت مورد سنجش قرار گرفته است.

جدول 2. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنف تک نمونه ای برای فرض نرمال بودن

پروفایل روان‌آشفتگی	آزمون
50	تعداد کل
0/25	بیشترین قطعی
0/25	مثبت
-0/21	منفی
1/19	آزمون کولموگروف- اسمیرنف
0/201	سطح معنی‌داری (sig)

همان‌طور که در جدول شماره 2 مشاهده می‌گردد آماره z کولموگروف - اسمیرنف برای پروفایل روان‌آشفتگی به ترتیب برابر با ۱/۱۹ در سطح $(P \geq 0/05)$ معنی‌دار نیست، یعنی توزیع متغیرها در بین نمونه با توزیع آن در جامعه آماری نرمال است. همچنین جهت رعایت پیش فرض های تحلیل واریانس از آزمون لوین و باکس استفاده شد که نتایج نشان داد سطح آماره (F) برای پروفایل روان‌آشفتگی و مولفه های آن معنی‌دار نیست $(P \geq 0/05)$ و این نشان دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها (افراد با و بدون تجربه سرطان پستان) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس-ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست $(P = 0/399)$ و $F = 1/03$ و $BOX = 28/44$ و در نتیجه پیش فرض تفاوت بین واریانس‌ها برقرار است.

جدول 3. نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری بر روی متغیرهای مورد مطالعه

منبع	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	Eta
گروه	اثر پیلایی	0/487	199/22	3/00	19/00	0/000	0/487
	لامبدا ویلکز	0/02	199/22	3/00	19/00	0/000	0/487
	اثر هتلینگ	45/22	199/22	3/00	19/00	0/000	0/487
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	45/22	199/22	3/00	19/00	0/000	0/487

نتایج جدول شماره 3 نشان می دهد که سطوح معناداری همه آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می شمارد. این نتایج نشان می دهد که در بین دو گروه افراد با و بدون تجربه سرطان پستان حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور اینکه دو گروه مورد مطالعه در کدامیک از مولفه های متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت آماری معناداری دارند در جدول 4 نتایج مربوط به تحلیل واریانس چندمتغیری ارایه شده است.

جدول 4. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) بر روی مولفه های مورد مطالعه

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	Eta
گروه	افسردگی	256/55	1	256/55	23/45	0/000	0/356
	اضطراب	301/45	1	301/45	31/78	0/000	0/401
	استرس	319/42	1	319/42	33/68	0/000	0/444
	پروفایل روان آشفته	2112/01	1	2112/01	55/12	0/000	0/402

همان طوری که در جدول شماره 4 ملاحظه می گردد همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان می دهد بین افراد با و بدون تجربه سرطان پستان در پروفایل روان آشفته و مولفه های آن تفاوت معناداری در سطح ($P \leq 0/001$) وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین گروه اصلی (افراد با تجربه سرطان پستان) نسبت به گروه مقایسه (افراد بدون تجربه سرطان پستان) در پروفایل روان آشفته (افسردگی - اضطراب - استرس) و مولفه های آن متفاوت می باشد، بطوریکه افسردگی - اضطراب - استرس افراد با تجربه سرطان پستان بیشتر از افراد بدون تجربه سرطان پستان می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر مقایسه پروفایل روان آشفته (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان با و بدون سرطان پستان بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد، بین افراد با و بدون تجربه سرطان پستان در پروفایل روان آشفته و مؤلفه های آن تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر افسردگی - اضطراب - استرس افراد با تجربه سرطان پستان بیشتر از افراد بدون تجربه سرطان پستان است.

همسو با این یافته، مطالعات دیگری نیز نشان داده اند که حضور پریشانی روانی شامل علائم افسردگی و اضطراب تقریباً در نیمی از بیماران درگیر با سرطان پستان شایع است [24]. علاوه بر همبودی هم زمان علائم پریشانی روانی و سرطان پستان، برخی از پژوهش ها گزارش کرده اند که حتی بعد از پایان طول درمان، افراد در فرایند سازگاری با زندگی در خانه و محل کار ممکن است به علت احتمال عود، سرطان ثانویه و تغییر عملکرد فیزیکی، احساس درماندگی، افسردگی و اضطراب کنند [25].

در تبیین نتیجه به دست آمده می توان اذعان داشت که سرطان سینه تومور بدخیمی است که از طریق مکانیسم های مختلفی بر وضعیت ذهنی بیماران تأثیر می گذارد؛ بیشتر بیماران مبتلا به سرطان پستان در طول درمان مجبور به انجام جراحی ماستکتومی هستند. اسکار بعد از جراحی و تغییر تصویر بدن، ممکن است منجر به استرس طولانی مدت گردد. علاوه بر آن در طول درمان، مواجهه افراد با عوامل نامطلوبی مانند واکنش های نامطلوب به شیمی درمانی و رادیوتراپی، هزینه های سنگین، احساس بحران و تغییر در نقش های اجتماعی منجر به شکل گیری احساسات منفی در آنها می شود. [26]. در تأیید این ادعا، برخی شواهد پژوهشی در زمینه جراحی از جمله مطالعات کیم و همکاران نشان می دهد که بیماران مبتلا به سرطان پستان تا سه سال پس از عمل ماستکتومی، موارد بیشتری از افسردگی را نسبت به افراد سالم تجربه می کنند [27]؛ بنابراین، همان طور که نتایج این مطالعه نیز نشان داد، می توان انتظار داشت که افراد دارای سرطان پستان، سطوح بیشتری از اضطراب و افسردگی و استرس را تجربه کنند. در تبیینی دیگر از یافته های فوق می توان از نظریه سندرم سازگاری کلی سلیه استفاده کرد. بر اساس این نظریه می توان بیان کرد که تشخیص سرطان پستان و درگیری افراد با این بیماری میزان هورمون های مرتبط با استرس را در بدن افزایش می دهد و بدن خود را برای مبارزه آماده می کند. اما با پیشبرد درمان و ایجاد ضعف بدنی، اضطراب شکل گرفته در بدن انباشت شده و فرد درگیر خستگی روانی و افسردگی خواهد شد [28].

در مجموع، نتایج این پژوهش حاکی از سطوح بالاتر افسردگی، اضطراب و استرس در زنان با سرطان پستان در مقایسه با زنان عادی است؛ بنابراین، استفاده از روش های کارآمد و طراحی و اجرای برنامه های درمانی مناسب جهت کاهش علائم پروفایل روان آشفستگی در بیماران ضروری است. از جمله محدودیت های این مطالعه، می توان به روش نمونه گیری مطالعه حاضر یعنی روش در دسترس اشاره کرد که تعمیم نتایج آن را با مشکل مواجه می کند. همچنین پرسش نامه ابزاری خودگزارشی بوده، به همین دلیل احتمال دارد که پاسخ دهندگان دچار سوگیری شده باشند. پیشنهاد می شود این پژوهش در سایر شهرستان ها و مناطق ایران انجام شود؛ با توجه به این که پرسش نامه های پژوهش حاضر ابزار خودسنجی بوده و ممکن است دچار سوگیری شود، پیشنهاد می گردد که همراه با آن از ابزارهای غیرمستقیم تری مثل مصاحبه به منظور کاهش سوگیری استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می شود برای پژوهش های بعدی از نمونه گیری تصادفی استفاده شود.

منابع

- [1] Arnold M, Karim-Kos HE, Coebergh JW, Byrnes G, Antilla A, Ferlay J, et al. Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: analysis of the European Cancer Observatory. *Eur J Cancer* 2013.
- [2] Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer* 2013; 49(6):1374e403. [http:// dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2012.12.027](http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2012.12.027). PMID: 23485231.
- [3] WHO (2024). Breast Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
- [4] Xu Y, Gong M, Wang Y, Yang Y, Liu S, Zeng Q. Global trends and forecasts of breast cancer incidence and deaths. *Scientificdata*.2023;10(1):334-5

- [5] Bethany L. Niell, Maxin S. Jochelson, Tali Amir, Ann Brown, Megan Adamson, Paul Baron, Debbie L. Bennett, Alison Chetlen, Sandra Dayaratna, Phoebe E. Freer, Lillian K. Ivansco, Katherine A. Klein, Sharp F. Malak, Tejas S. Mehta, Linda Moy, Colleen H. Neal, Mary S. Newell MD, Ilana B. Richman, Mara Schonberg, Priscilla J. Slanetz. ACR Appropriateness Criteria® Female Breast Cancer Screening: 2023 Update: *Journal of the American College of Radiology*. 2024;21(6): Pages S126-S143.
- [6] McGuire, S., *World cancer report 2014*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, international agency for research on cancer, WHO Press, 2015. *Advances in nutrition*, 2016. 7(2).
- [7] Isfahani P, Hossieni Zare SM, Shamsaii MJ. *Internal Medicine Today*. 2020;26(2):170-81.
- [8] Kooshyar M M, Nasiri MR, Nasir Kh. Role of BRCA1 and BRCA2 genes in risk of breast cancer. *The Iranian Journal Of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;19(19):25-38. [In Persian].
- [9] G.A. Stewart et al. *Thoracic radiotherapy for renal cell carcinoma metastases: local control for the management of lung and mediastinal disease in the modern era* *Clin. Genitourin. Cancer*. 2022.
- [10] Xi Chen, Yang Qin, Nujjaree Chaimongkol. Effectiveness of a phone-based support program on self-care self-efficacy, psychological distress, and quality of life among women newly diagnosed with breast cancer: A randomized controlled trial: *European Journal of Oncology Nursing*. 2024;71
- [11] Lu D., Andersson T.M., Fall K., Hultman C.M., Czene K., Valdimarsdóttir U., Fang F. *Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden* *JAMA Oncol*, 2 (9) (2016), pp. 1188-1196
- [12] Riba M.B., Donovan K.A., Andersen B., Braun I., Breitbart W.S., Brewer B.W., Buchmann L.O., Clark M.M., Collins M., Corbett C., Fleishman S., Garcia S., Greenberg D.B., Handzo R.G.F., Hoofring L., Huang C.H., Lally R., Martin S., McGuffey L., ..., Darlow S.D. *Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology* *J Natl Compr Canc Netw*, 17 (10) (2019), pp. 1229-1249.
- [13] Wondimagegnehu A., et al., *Depression and social support among breast cancer patients in AddisAbaba, Ethiopia*. *BMC cancer*, 2019. 19(1):p.1-8.
- [14] Pilevarzadeh M., et al., *Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis*. *Breast cancer research and treatment*, 2019. 176(3): p. 519-533.
- [15] Javan Biparva A, Raoofi S, Rafiei S, Masoumi M, Doustmehraban M, et al. (2023) *Global depression in breast cancer patients: Systematic review and meta-analysis*. *PLOS ONE* 18(7).
- [16] Maass SW, Roorda C, Berendsen AJ, Verhaak PF, Bock GH. *The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: a systematic review*. *Maturitas*. 2015;82(1):100e8.
- [17] S.W.M.C. Maass, L.M. Boerman, P.F.M. Verhaak, J. Du, G.H. de Bock, A.J. Berendsen *Long-term psychological distress in breast cancer survivors and their matched controls: a cross-sectional study* *Maturitas*, 130 (2019), pp. 6-12.
- [18] H. Carreira, R. Williams, M. Müller, R. Harewood, S. Stanway, K. Bhaskaran., *Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review*: *Nat Cancer J*, 110 (12) (2018), pp. 1311-1327.
- [19] H. Carreira, R. Williams, G. Funston, S.J. Stanway, K. Bhaskaran *Risk of anxiety and depression in breast cancer survivors compared to women who have never had cancer: a population-based cohort study in the United Kingdom* *J Clin Oncol*, 37 (15_suppl) (2019), p. 1564.
- [20] Muhammad M. Qureshi MBBS, MPH, Jenny Zhao BS, Bonnie Hu BS, Rachel Jimenez MD, Ariel E. Hirsch MD. *Depression and Anxiety Among English- and Spanish-Speaking Patients With*

Breast Cancer Receiving Radiation Therapy: International Journal of Radiation Oncology Biology* Physics*. 2024, 119(1), pp 185-192.

[21] Soroush M, Hejazi E, Shoakazemi M, Gheranpayeh L. *Body Image Psychological Characteristics and Hope in Women with Breast Cancer*. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2014; 7 (4) :52-63. [In Persian].

[22] Musarezaie A, Momeni-Ghaleghasemi T, Gorji M. [Survey the anxiety and depression among breast cancer patients referred to the specialized Isfahan Hospital of Cancer, Iran (Persian)]. *Journal of Health System Research*. 2014; 10(1):39-48.

[23] National Cancer Information Center 2020 Cancer Statistics. [(accessed on 1 April 2022)]. Available online.

[24] C. Burgess, V. Cornelius, S. Love, J. Graham, M. Richards, A. Ramirez. *Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study*. *BMJ*, 330 (7493) (2005), p. 702

[25] Song E.A., Kweon Y., Hwang Y.Y., An M. Health-related Quality of Life and Its related factors among cancer survivors and general adults: Focusing on lifestyle behaviors and mental health. *Korean J. Adult Nurs*. 2020; 32:385–398

[26] Sheng Yu, Wen Li, Lingxue Tang, Xinxin Fan, Senbang Yao, Xiuqing Zhang, Ziran Bi, Huai dong Cheng. *Depression in breast cancer patients: Immunopathogenesis and immunotherapy*. *Cancer Letters*, 2022(536).

[27] Kim M -S, Kim SY, Kim J -H, Park B, Choi HG. *Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: A national cohort study*. *PloSone* 2017; 12(4).

[28] Yellen SB, Cella DF, Webster K, et al. *Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement System*. *Journal of Pain Symptom Management* 1997; 13(2): 63-74.