

پیشگویی کننده‌های درک از بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز انکولوژی اراک، ۹۷-۱۳۹۶

فاطمه میرزائی^۱، رقیه نوری‌زاده^۲، عزیزه فرشباغ خلیلی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۴/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۷/۲۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان زنان در سراسر جهان شناخته شده است. درک از بیماری از مسائل مهم و تأثیرگذار بر کنترل و مدیریت سرطان است. این پژوهش باهدف تعیین درک از بیماری و پیشگویی کننده‌های آن در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه مقطعی از شهریور ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷ بر روی ۱۹۰ زن مبتلا به سرطان پستان که جهت انجام شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی به مراکز انکولوژی شهر اراک مراجعه می‌کردند، با روش نمونه‌گیری آسان انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و بیماری Questionnaire Brief Perceived Illness (B-PIQ)، جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 و آزمون‌های آنالیز واریانس، تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) نمره درک از بیماری در زنان مبتلا به سرطان ۳۸/۹ (۱۳/۱) از دامنه ۰-۸۰ بود. تفاوت معنی‌داری از نظر نمره درک از بیماری بین بیماران گروه شیمی‌درمانی و رادیوتراپی مشاهده نشد ($p > 0/05$). سن همسر، نوع بیماری پستان و مدت‌زمان گذشته از تشخیص سرطان، پیشگویی کننده‌های درک از بیماری بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه با سپری شدن فاصله زمانی از تشخیص بیماری، شدت درک از بیماری و استرس ناشی از آن کاهش می‌یابد، لذا حمایت‌های روحی-روانی و اجتماعی بیشتری در مراحل اولیه تشخیص سرطان برای تطابق موردنیاز می‌باشد.

کلمات کلیدی: سرطان پستان، درک از بیماری، نگرانی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۳۳، آبان ۱۳۹۹، ص ۶۷۱-۶۶۲

آدرس مکاتبه: تبریز، گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، ۰۹۱۴۴۱۳۱۷۲۹

Email: rnourizadeh@gmail.com

مقدمه

استرس زیادی را به بیماران و اعضای خانواده آنان وارد می‌نماید (۳).
(۴).

وقتی که تشخیص بیماری روی افراد گذاشته می‌شود، عموماً باورهایی درباره‌ی شرایط در ذهن آنان شکل می‌گیرد که مستقیماً تحت تأثیر دانش پزشکی یا تجربیات ذهنی از علائم مشابه در سایر اعضای درگیر خانواده می‌باشد. درک از بیماری برحسب فرد و فرهنگ (اعتقادات مذهبی و دیدگاه بیماران نسبت به سرطان) متفاوت است (۵، ۶)؛ به‌عنوان مثال باورپذیری درمان پزشکی و یا اعتقاد به شفابخش‌های طبیعی، نشانگر درک از بیماری می‌باشند. از طرفی، درک از بیماری در چگونگی رفتار بیماران نقش دارد؛

سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان زنان شناخته شده است. طبق آمار اعلام‌شده به‌طور متوسط در جهان از هر ۸ زن یک نفر به این بیماری مبتلا می‌گردد (۱). اگرچه ایران در گذشته، کمترین شیوع سرطان پستان را در میان کشورهای آسیایی داشته است ولی طی دهه‌های اخیر با افزایش طول عمر و امید به زندگی و پیر شدن جمعیت، سرطان پستان به‌عنوان بیشترین بدخیمی در میان زنان کشورمان گزارش شده و افزایش بروز آن در سال‌های آینده نیز انتظار می‌رود (۲). بااینکه در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در درمان انواع مختلف سرطان ایجاد شده است، اما هنوز هم تشخیص سرطان،

^۱ کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، تبریز، ایران

^۲ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، تبریز، ایران

با توجه به ارتباط بین درک از بیماری با رفتارهای مقابله‌ای و پیامدهای بیماری و نظر به همبستگی درک از بیماری با عوامل فرهنگی و معدود مطالعات انجام‌گرفته در ایران در حیطه درک از بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان (۱۵) و نظر به اینکه درک از بیماری نقش مهمی در تطابق و کنترل بیماری دارد، مطالعه حاضر باهدف تعیین پیشگویی‌کننده‌های درک از بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز انکولوژی اراک طراحی گردید.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که از شهریور ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷ انجام گرفت. جامعه موردپژوهش در این مطالعه، کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز انکولوژی دولتی و خصوصی اراک جهت انجام شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی بودند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به سرطان پستان بر اساس ثبت در پرونده پزشکی با هر مرحله‌ای، محدوده سنی ۶۰-۱۸ سال، تحت درمان شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و سیستمیک و سایر سرطان‌های هم‌زمان، عدم سابقه اختلالات روانی بنا به اظهار بیماران و تمایل به شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی به علت عود سرطان پستان بود. در مطالعه حاضر حجم نمونه با فرمول

$$n = \frac{z^2 \cdot \frac{p}{q} \cdot \frac{e^2}{d^2}}{e^2}$$

تعیین شد که بر اساس مطالعه منتظری و همکاران (۱۶)، با در نظر گرفتن $m = 1/3$ ، $SD = 25/6$ ، $\alpha = 0/05$ با ضریب اطمینان ۹۵٪ و $d = 3/56$ ، حجم نمونه حدود ۱۹۰ نفر محاسبه شد.

پس از تأیید مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز (IR.TBZMED.REC.1395.965) و اخذ مجوزهای لازم، نمونه‌گیری به‌صورت آسان یا در دسترس انجام شد؛ بدین ترتیب که پژوهشگر با مراجعه به مراکز انکولوژی دولتی و خصوصی شهر اراک، نمونه‌ها را از نظر معیارهای ورود و خروج بررسی نموده و اطلاعاتی در مورد هدف و روش پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات در اختیارشان قرار داده و از آنان جهت شرکت در مطالعه دعوت نمود. پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان، ۱۹۰ زن مبتلا به سرطان پستان تحت درمان شیمی‌درمانی و رادیوتراپی (۱۰۰ نفر از مراکز دولتی و ۹۰ نفر از مراکز خصوصی)، پرسش‌نامه‌های مشخصات دموگرافیک و بیماری، درک از بیماری (Brief IPQ: Brief Illness Perception Questionnaire) را از

تحقیقات نشان داده‌اند که درک از بیماری می‌تواند بخش قابل‌توجهی از اختلالات روانی، رفتارهای مقابله‌ای و پیامدهای بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان را توجیه نماید. به‌عبارت‌دیگر، رفتارهای تطابقی و خودمراقبتی زنان مبتلا به سرطان پستان توسط نگرش (شناخت) و احساسات آن‌ها در مورد علائم و بیماری (درک از بیماری) تعیین می‌شود (۵، ۶)؛ فردی که معتقد است سرطان پستان توسط شیمی‌درمانی به‌طور مؤثر درمان نمی‌شود، هنگام جلسات برنامه‌ریزی‌شده برای شیمی‌درمانی به کلینیک یا بیمارستان مراجعه نکرده و در خانه می‌ماند.

درک از بیماری با کیفیت زندگی، نیازهای مراقبت حمایتی و میزان تحرک بدن مرتبط شناخته شده است (۳، ۴). درک از بیماری، نه‌تنها با کیفیت زندگی مرتبط می‌باشد بلکه از عوامل پیشگویی‌کننده مرگ نیز مطرح می‌باشد (۷). به‌علاوه درک از بیماری با ویژگی‌های بالینی و دموگرافیکی نیز مرتبط شناخته شده است (۸، ۹)؛ مثلاً زنان متأهل نسبت به زنان مجرد، کنترل فردی بیشتری نسبت به سرطان پستان دارند (۱۰). به‌علاوه سابقه‌ی خانوادگی و شدت علائم هم به‌عنوان عواملی که می‌توانند درک از بیماری را تحت تأثیر قرار دهند، گزارش شده‌اند (۱۱). در مروری بر متون، از عوامل پیشگویی‌کننده و مؤثر بر درک از بیماری در انواع سرطان‌ها می‌توان به رضایت از مراقبت، رضایت از زندگی، نوع درمان و نوع سرطان اشاره نمود (۱۴-۱۲). در کل، درک از بیماری، ساختاری ذهنی و قابل‌تغییر دارد و اصلاح عدم تطابق و تصورات منفی از بیماری می‌تواند منجر به تغییرات مثبت در پیامدهای عمده از قبیل علائم بیماری، بازگشت به کار و شروع مجدد فعالیت جنسی گردد (۶).

در حال حاضر، ارزیابی درک از بیماری به‌منظور شناسایی بیماران نیازمند مداخله، بخش مهمی از مراقبت‌های نوین در حوزه روانی-اجتماعی می‌باشد (۶). در مطالعه‌ای که توسط شباهنگ و همکاران در مشهد (۲۰۰۹) انجام شد، ارتباط معنی‌داری بین اطلاعات دموگرافیک و پاتولوژیک بیماری و مراحل بیماری گزارش نشد (۱۴). در مطالعه‌ای که توسط حسینی و همکاران در سال ۲۰۱۶ در ایران بر روی ۲۰۰ زن ۶۵-۲۵ سال مبتلا به سرطان پستان انجام شد، متغیرهای پیشگویی‌کننده تأثیرگذار بر درک از بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان موردبررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی، سلامت معنوی و عزت‌نفس تأثیر مستقیم بر درک از بیماری و کیفیت زندگی داشتند. در این مطالعه، صرفاً عوامل کلیدی مؤثر بر کیفیت زندگی به‌عنوان پیشگویی‌کننده‌ها در نظر گرفته شد و عوامل فردی-فرهنگی و اجتماعی مغفول واقع شد (۱۳).

طریق مصاحبه تکمیل کردند. برخی از سؤالات مهم از قبیل نوع و گرید سرطان از پرونده بیماران تکمیل گردید.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) شرکت‌کنندگان به ترتیب سن و تعداد کودکان ۴۶/۹ (۸/۸) سال و ۲/۸ (۱/۴) بود و اکثر آن‌ها (۹۵/۴ درصد) بیمه داشتند. اکثر شرکت‌کنندگان، (۸۲/۷ درصد) متأهل بودند. درآمد نیمی از بیماران (۵۰ درصد) ناکافی بود. در مجموع ۸۳/۱ درصد از پاسخ دهندگان خانه‌دار بودند. از میان زنان مبتلا به سرطان پستان به ترتیب ۵۱/۶ درصد و ۴۸/۴ درصد تحت درمان با رادیوتراپی و شیمی‌درمانی بودند. اکثر شرکت‌کنندگان (۷۶/۵ درصد) تحت عمل جراحی ماستکتومی قرار گرفته بودند. شایع‌ترین نوع بیماری (۵۸/۴ درصد) کارسینوم درجا با گرید دو (۵۳/۷ درصد) بود (جدول ۱ و ۲).

در مطالعه حاضر، میانگین (انحراف معیار) نمره درک از بیماری ۳۸/۹ (۱۳/۱) از محدوده قابل کسب ۰-۸۰ بود که به تفکیک در گروه شیمی‌درمانی ۴۰/۲ (۱۲/۰) و رادیوتراپی ۳۷/۶ (۱۳/۸) بود؛ تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نمره درک از بیماری مشاهده نشد ($p=0/16$) اما از نظر زیر مقیاس‌های درک و فهم از بیماری ($p=0/46$) و نگرانی در مورد بیماری

($p=0/34$)، تفاوت معنی‌داری بین گروه شیمی‌درمانی و رادیوتراپی مشاهده شد. نگرانی در مورد بیماری در گروه شیمی‌درمانی و درک و فهم از بیماری در گروه رادیوتراپی بیشتر بود. بیشترین میانگین (انحراف معیار) مربوط به زیر مقیاس درمان-پذیری در هر دو گروه شیمی‌درمانی ۸/۸ (۲/۱) و رادیوتراپی ۸/۳ (۲/۲) و درکل ۸/۵ (۲/۱) بود و کمترین میانگین (انحراف معیار) مربوط به زیر مقیاس طول مدت بیماری در دو گروه شیمی‌درمانی ۳/۸ (۲/۹) و رادیوتراپی ۴/۱ (۳/۳) و در کل ۳/۹ (۳/۱) بود (جدول شماره ۳). در مقایسه دو متغیره، بین درک از بیماری با نیازهای مراقبت حمایتی ($p < 0/01$)، کیفیت زندگی ($p < 0/01$) و نوع بیماری پستان ($p=0/01$) ارتباط معناداری مشاهده شد (جدول ۲).

بعد از وارد کردن متغیرهایی با $p < 0/2$ در مدل رگرسیون

خطی چند متغیره، متغیرهای پیشگویی‌کننده برای درک از بیماری شامل سن همسر، نوع بیماری پستان و مدت‌زمان گذشته از تشخیص بود که در مجموع، تبیین‌کننده ۲۶ درصد از واریانس مشاهده شده بود (جدول شماره ۴).

پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و بیماری شامل مواردی از قبیل سن، سن همسر، درآمد، پوشش بیمه، محل اقامت، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، تحصیلات، شغل، نوع و گرید سرطان پستان، مکان درمان، نوع جراحی و مدت‌زمان گذشته از تشخیص بودند که جهت تعیین رویای صوری و محتوای کیفی به ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز داده شد. برای سنجش درک زنان مبتلا به سرطان پستان از بیماری خود از پرسشنامه درک از بیماری (Brief IPQ) که توسط Petrie & Broadben (۲۰۰۶) طراحی شده، استفاده گردید. این پرسشنامه حاوی ۹ سؤال است که برای ارزیابی تجسم عاطفی (۲ سؤال) و شناختی (۵ سؤال)، قابلیت درک و فهم بیماری (۱ سؤال) و علت‌یابی بیماری (۱ سؤال) طراحی شده است. سؤال‌ها به ترتیب پیامد، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را مورد سؤال قرار می‌دهد. دامنه نمرات بین ۰-۸۰ می‌باشد و نمره بالا نشان‌دهنده درک و نگرانی زیادی نسبت به بیماری می‌باشد. ضریب آلفا کرونباخ ابزار ۰/۸۰ و ثبات از طریق آزمون مجدد، $r=0/75$ گزارش شده است (۱۷). این ابزار توسط باقریان و همکاران (۱۳۹۰) بومی‌سازی شده است که آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای حیطة‌های مختلف، بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۸).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نرمالیت توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگراف-اسمیرنوف سنجیده شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و تحلیلی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار، مجذور کای، T مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. سپس برای کنترل متغیرهای مخدوشگر و برآورد میزان تأثیر متغیرهای مستقل (مشخصات دموگرافیک و بیماری) بر متغیر وابسته (درک از بیماری)، آن دسته از متغیرهای مستقل که P-value آن‌ها در آزمون دومتغیره کمتر از ۰/۲ بودند، وارد مدل رگرسیون خطی چندمتغیره با استراتژی Backward شدند.

جدول (۱): ارتباط درک از بیماری با مشخصات دموگرافیک بیماران مورد مطالعه (n=۱۹۰)

| مشخصات دموگرافیک | تعداد (درصد) | ± (SD) میانگین | p-value |
|-------------------|--------------|----------------|----------|
| سن ÷ | - | ۴۶/۹ (۸/۸) | ×۰/۰۷۰ |
| تعداد فرزند ÷ | - | ۲/۸ (۱/۴) | ×۰/۱۵۴ |
| سن همسر ÷ | - | ۵۱/۹ (۹/۹) | ×۰/۰۸۱ |
| بیمه | | | |
| دارد | ۱۸۴ (۹۵/۴) | ۳۸/۷ (۱۳/۰) | ××۰/۳۸۰ |
| ندارد | ۶ (۴/۶) | ۴۳/۵ (۱۴/۱) | |
| شغل | | | |
| خانه‌دار | ۱۵۷ (۸۳/۱) | ۳۹/۵ (۱۲/۷) | |
| شاغل در منزل | ۴ (۲/۱) | ۳۲/۰ (۱۶/۸) | # ۰/۵۰۶ |
| شاغل در خارج منزل | ۱۷ (۹/۰) | ۳۶/۱ (۱۳/۶) | |
| بازنشسته | ۱۱ (۵/۸) | ۴۰/۱ (۱۳/۵) | |
| تحصیلات | | | |
| بی سواد | ۳۶ (۱۸/۹) | ۴۱/۷ (۱۱/۹) | |
| ابتدایی/اهنمایی | ۷۶ (۴۰) | ۳۹/۳ (۱۲/۶) | # ۰/۳۷۴ |
| دبیرستان/دیپلم | ۴۸ (۲۵/۳) | ۳۶/۹ (۱۳/۹) | |
| آکادمیک | ۳۰ (۱۵/۸) | ۳۷/۶ (۱۴/۱) | |
| درآمد | | | |
| دخل برابر خرج | ۷۷ (۴۰/۵) | ۳۷/۷ (۱۲/۵) | |
| دخل بیشتر از خرج | ۱۸ (۹/۵) | ۴۱/۲ (۱۰/۷) | # ۰/۵۲۲ |
| دخل کمتر از خرج | ۹۵ (۵۰/۰) | ۳۹/۴ (۱۳/۹) | |
| وضعیت تأهل | | | |
| متأهل | ۱۵۷ (۸۲/۷) | ۳۸/۲ (۱۲/۸) | |
| مجرد | ۱۵ (۷/۹) | ۳۹/۹ (۱۵/۹) | # ۰/۰۶۴ |
| مطلقه | ۵ (۲/۶) | ۳۵/۲ (۱۶/۶) | |
| بیوه | ۱۳ (۶/۸) | ۴۷/۹ (۷/۳) | |
| تحصیلات همسر | | | |
| بی سواد | ۲۳ (۱۴/۴) | ۳۹/۹ (۱۴/۳) | |
| ابتدایی/اهنمایی | ۶۵ (۴۰/۷) | ۳۷/۴ (۱۲/۷) | # ۰/۵۲۱ |
| دبیرستان/دیپلم | ۴۰ (۲۵/۰) | ۴۰/۳ (۱/۴) | |
| آکادمیک | ۳۲ (۲۰/۰) | ۳۶/۴ (۱۳/۷) | |
| محل سکونت | | | |
| شهر | ۱۶۷ (۸۷/۹) | ۴۳/۶ (۱۲/۹) | ××۰/۳۰۶ |
| روستا | ۲۳ (۱۲/۱) | ۳۶/۲ (۱۳/۹) | |
| نوع درمان | | | |
| شیمی‌درمانی | ۹۲ (۴۸/۴) | ۴۰/۲ (۱۲/۱) | ×× ۰/۱۶۵ |
| رادیوتراپی | ۹۸ (۵۱/۶) | ۳۷/۶ (۱۳/۹) | |

* Pearson correlation ** Independent T Test # ANOVA ± SD: Standard Deviation

جدول (۲): ارتباط درک از بیماری با مشخصات بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان (n=۱۹۰)

| مشخصات بیماری | تعداد (درصد) | میانگین (SD) | p-value |
|---------------------------------|--------------|--------------|-----------|
| نوع بیماری پستان | | | x ۰/۰۰۱ |
| کارسینوم درجا | ۱۱۱ (۵۸/۴) | ۳۶/۴ (۱۲/۵) | |
| مهاجم | ۷۹ (۴۱/۶) | ۴۲/۴ (۱۳/۰) | |
| گرید بیماری | | | xx ۰/۲۵۷ |
| ۱ | ۱۴ (۷/۴) | ۳۶/۲ (۹/۹) | |
| ۲ | ۱۰۲ (۵۳/۷) | ۳۸/۷ (۱۳/۴) | |
| ۳ | ۶۴ (۳۳/۶) | ۳۸/۵ (۱۲/۷) | |
| ۴ | ۱۰ (۵/۳) | ۴۶/۵ (۱۴/۹) | |
| نحوه اطلاع از بیماری | | | xx ۰/۵۱۵ |
| پزشک | ۱۴۲ (۷۴/۷) | ۹۹/۷ (۳۱/۸) | |
| پرستار | ۱ (۰/۵) | ۴۰/۰ (۰) | |
| اقوام | ۱۸ (۹/۵) | ۴۰/۳ (۹/۹) | |
| سایر | ۲۹ (۱۵/۳) | ۳۵/۶ (۱۵/۵) | |
| نوع جراحی | | | x ۰/۴۳۳ |
| ماستکتومی | ۱۴۳ (۷۶/۵) | ۳۹/۳ (۱۲/۴) | |
| لوبکتومی | ۴۴ (۲۳/۵) | ۳۷/۵ (۱۵/۱) | |
| مدت زمان گذشته از تشخیص (ماه) ÷ | - | ۶/۹ (۲/۸) | # ۰/۰۷۳ |
| مدت زمان گذشته از جراحی (ماه) ÷ | - | ۵/۴ (۲/۹) | # ۰/۳۰۳ |
| نمره نیازهای مراقبت حمایتی ÷ | - | ۱۰۰/۲ (۳۱/۸) | x < ۰/۰۰۱ |
| نمره کیفیت زندگی ÷ | - | ۶۷/۳ (۱۸/۹) | x < ۰/۰۰۱ |

* Independent T Test **ANOVA #Pearson correlation † SD: Standard Deviation

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره درک از بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی و رادیوتراپی (n=۱۹۰)

| متغیر | شیمی‌درمانی (n=۹۲) | رادیوتراپی (n=۹۸) | کل (SD) میانگین | دامنه نمرات خام | تعداد سؤالات | p-value* |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|--------------|----------|
| نمره کل درک از بیماری | ۴۰/۲ (۱۲/۰) میانگین (SD) xx | ۳۷/۶ (۱۳/۸) میانگین (SD) xx | ۳۸/۹ (۱۳/۱) | ۰-۸۰ | ۸ | ۰/۱۶۵ |
| درک از پیامدها | xx ۶/۸ (۲/۸) میانگین (SD) xx | ۶/۵ (۳/۳) میانگین (SD) xx | ۶/۷ (۳/۱) | ۰-۱۰ | ۱ | ۰/۵۱۷ |

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|------|---|-------|
| طول مدت بیماری | ۳/۸ (۲/۹) | ۴/۱ (۳/۳) | ۳/۹ (۳/۱) | ۰-۱۰ | ۱ | ۰/۴۶۰ |
| کنترل شخصی | ۵/۸ (۲/۹) | ۵/۸ (۲/۹) | ۵/۶ (۲/۹) | ۰-۱۰ | ۱ | ۰/۲۰۸ |
| درمان پذیری | ۸/۸ (۲/۱) | ۸/۳ (۲/۲) | ۸/۵ (۲/۱) | ۰-۱۰ | ۱ | ۰/۱۵۹ |
| شناخت علائم | ۶/۱ (۲/۷) | ۵/۶ (۲/۸) | ۵/۸ (۲/۷) | ۰-۱۰ | ۱ | ۰/۵۸۷ |
| نگرانی در مورد بیماری | ۷/۱ (۲/۹) | ۶/۲ (۳/۲) | ۶/۶ (۳/۱) | ۰-۱۰ | ۱ | ۰/۰۳۴ |
| درک و فهم بیماری | ۶/۱ (۲/۷) | ۶/۹ (۲/۶) | ۶/۵ (۲/۷) | ۰-۱۰ | ۱ | ۰/۰۴۶ |
| عواطف در مورد بیماری | ۶/۷ (۳/۰) | ۶/۳ (۳/۲) | ۶/۵ (۳/۱) | ۰-۱۰ | ۱ | ۰/۴۱۰ |

*Indepent Sample T Test ** SD: Standard Deviation

نمره بالاتر نشان‌دهنده درک بهتری از بیماری است، نمره پایین‌تر نشان‌دهنده خوش‌بین بودن نسبت به بیماری است.

جدول (۴): پیشگویی کننده‌های فردی-اجتماعی درک از بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان (n=۱۹۰)

| متغیر | β (CI 95%)* | P |
|------------------------------------|------------------------|-------|
| سن همسر | ۰/۱۹۵ (-۰/۰۱۰ تا ۰/۴۰) | ۰/۰۶۲ |
| نوع بیماری پستان (مرجع: غیرتهاجمی) | - | - |
| کارسینوم درجا (مهاجم) | ۴/۳۴ (۰/۲۴۸ تا ۸/۴۳) | ۰/۰۳۸ |
| مدت‌زمان گذشته از تشخیص | -۰/۷۵ (-۱/۴۹ تا ۰/۰۰۷) | ۰/۰۴۸ |
| AdjustedR2 | ۰/۲۶ | |

*Confidence Interval 95%

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که افراد مورد پژوهش، شدت و تهدید درک شده متوسط نسبت به سرطان پستان داشتند و بیمارانی که درک بالاتری از بیماری خود داشتند، استرس و نگرانی در مورد عود بیماریشان بیشتر بود. همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه sam و همکاران در ایالت تگزاس آمریکا، در زنان مبتلا به سرطان-های سرویکس، آندومتر و تخمدان، نمره درک از بیماری (۱۳/۶۱) ۳۵/۱۳ بود (۱۹).

در مطالعه حاضر، بیشترین میانگین (انحراف معیار) درک از بیماری مربوط به زیر مقیاس درمان پذیری و کمترین میانگین (انحراف معیار) مربوط به زیر مقیاس طول مدت بیماری (از دیدگاه بیمار) راجع به جریان بیماری و مدت‌زمان علائم بیماری بود. همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه Van Gemert و همکاران در هلند، در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال که تحت درمان با شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و جراحی بودند، بیشترین میانگین

(انحراف معیار) درک از بیماری مربوط به زیر مقیاس‌های درمان پذیری و درک و فهم از بیماری بود (۲۰) اما در مطالعه شباهنگ و همکاران در مشهد، در بیماران مبتلا به سرطان پستان که بدنبال جراحی جهت شیمی‌درمانی مراجعه کرده بودند، بیشترین میانگین (انحراف معیار) مربوط به زیر مقیاس کنترل شخصی و کمترین نمره مربوط به زیر مقیاس شناخت علائم بود (۱۴). در مطالعه‌ای در اندونزی، در زنان مبتلا به سرطان پستان، نمرات مربوط به زیر مقیاس‌های کنترل شخصی و کنترل درمان پایین‌تر گزارش گردید (۲۱). به عقیده پژوهشگر تفاوت در نتایج ممکن است به علت متفاوت بودن درک از بیماری از فردی به فرد دیگر و همچنین ناشی از متفاوت بودن پاسخ‌های روانی اجتماعی به بیماری‌های مختلف در فرهنگ‌های مختلف باشد. از طرفی، میزان حمایت از بیماران، درک متفاوتی از بیماری را می‌تواند ایجاد کند.

در این مطالعه، نوع بیماری پستان یکی از پیشگویی کننده‌های درک از بیماری بود؛ بدین معنی که بیماران مبتلا به کارسینوم درجا

بیماران مبتلا به سرطان پستان، بیماران مسن شدت درک تهدید کمتری نسبت به بیماری خود داشتند (۲۳). در کل، با افزایش سن، درک از بیماری کاهش می‌یابد و در بیماران کم سن، آگاهی از عواقب بیماری بیشتر می‌باشد.

از نکات قوت این مطالعه می‌توان به استفاده از پرسشنامه استاندارد درک از بیماری و حجم نمونه بزرگ اشاره نمود. یکی از محدودیت‌های این مطالعه، طراحی مطالعه است. از آنجا که این مطالعه مقطعی بود، لزوماً نشانگر رابطه علی و معلولی بین متغیرهای ذکر شده نمی‌باشد. از محدودیت‌های دیگر این طرح می‌توان به تمرکز مطالعه در یک ناحیه جغرافیایی و تأثیر خاص فرهنگ بر درک از بیماری اشاره نمود که تعمیم پذیری نتایج را محدود می‌سازد. تکرار چنین مطالعاتی در دیگر کشورها و فرهنگ‌ها و بررسی عوامل پیشگویی‌کننده درک از بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از اتمام دوره‌های شیمی‌درمانی و رادیوتراپی جهت طراحی مداخلات در راستای بهبود درک از بیماری پیشنهاد می‌شود. مطالعات اضافی جهت تعیین نقطه برش در نمره درک از بیماری جهت بررسی اثربخشی مداخلات، ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به اینکه با سپری شدن فاصله زمانی از تشخیص بیماری، شدت درک از بیماری و استرس ناشی از آن کاهش می‌یابد، لذا حمایت‌های روحی-روانی و اجتماعی بیشتری در مراحل اولیه تشخیص سرطان برای تطابق موردنیاز می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. از حمایت‌های معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی اراک و نیز پرسنل محترم بیمارستان آیت الله خوانساری و کلینک امام رضا شهر اراک و تمام واحدهای پژوهش (بیماران) که بدون همکاری آنان انجام این پژوهش میسر نبود، سپاسگذاری می‌شود.

نسبت به نوع مهاجم، دید خوش بینانه‌ای نسبت به بیماری خود داشتند. درک از بیماری با ماهیت، قابلیت کنترل و درمان پذیری بیماری، مدت‌زمان بیماری و عواقبی که در پی خواهد داشت مرتبط می‌باشد (۲۲). همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه Lee و همکاران در کره جنوبی، زنان مبتلا به نوع مهاجم سرطان پستان درک منفی نسبت به بیماری داشتند (۲۳). بر خلاف مطالعه حاضر، در مطالعه صفدری چنین ارتباطی یافت نشد (۹). اختلاف در نتایج ممکن است ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و میزان آگاهی از بیماری باشد.

مدت‌زمان گذشته از تشخیص، یکی دیگر از پیشگویی‌کننده‌های درک از بیماری در مطالعه حاضر بود؛ به طوری که هرچه مدت‌زمان گذشته از تشخیص بیشتر می‌شد، شدت درک شده بیماری کاهش نشان می‌داد. همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه sam و همکاران نیز در زنان مبتلا به سرطان‌های سرویکس، آندومتر و تخمدان، با گذشت زمان از تشخیص بیماری، شدت بیماری درک شده کاهش نشان می‌داد (۱۹). در مطالعه طولی فیشر و همکاران گزارش شد که برنامه‌های روانی و اجتماعی بعد از درمان بر عواطف زنان مبتلا به سرطان پستان و در نتیجه بر درک از بیماری و راهبردهای مقابله-ای آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۲۴). این در حالیست که در سایر مطالعات قبلی، بین مدت‌زمان گذشته از تشخیص سرطان و درک از بیماری ارتباط معنی‌داری گزارش نگردید (۲۶، ۲۵). به عقیده پژوهشگر اختلاف در نتایج مطالعات می‌تواند به علت تفاوت در مدت‌زمان گذشته از تشخیص و درمان بیماری در مطالعات مختلف و نیز دریافت متفاوت حمایت‌های روحی، روانی و اجتماعی در جوامع مختلف باشد.

سن همسر یکی دیگر از پیشگویی‌کننده‌های درک از بیماری در مطالعه حاضر بود؛ به طوری که زنانی که سن همسرشان بالا بود، شدت درک شده بالایی از بیماری داشتند. در مروری بر متون، سن از عوامل مؤثر بر درک از سرطان گزارش شده است (۲۶) که با توجه به همبستگی بین سن زنان با همسرانشان، ارتباط سن همسر با درک از بیماری قابل توجیه است. در مطالعه Lee و همکاران در

References:

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015;65(2):87-108.
2. Enayatrad M, Amoori N. Epidemiology and trends in breast cancer mortality in iran. *Iran J public health* 2015;44(3):430-1.
3. Mirzaei F, Nourizadeh R, Hemmatzadeh S, Eghdam Zamiri R, Farshbaf-Khalili A. Supportive Care Needs in Females With Breast Cancer Under Chemotherapy and Radiotherapy and its Predictors. *Int J Women's Health Reprod Sci* 2019; 7(3): 366–71.
4. Mirzaei F, Farshbaf-Khalili A, Nourizadeh R, Eghdam Zamiri R. Quality of Life and its Predictors in

- Iranian Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy and Radiotherapy. *Indian J cancer* 2020, doi: 10.4103/ijc.IJC_750_18.
5. Thomson AK, Heyworth JS, Girschik J. Beliefs and perceptions about the causes of breast cancer: a case-control study. *BMC Res Notes* 2014;7:558.
 6. Kaptein AA, Schoones JW, Fischer MJ, Thong MS, Kroep JR, van der Hoeven KJ. Illness perceptions in women with breast cancer—a systematic literature review. *Curr breast cancer rep* 2015;7(3):117-26.
 7. Crawshaw J, Rimington H, Weinman J, Chilcot J. Illness perception profiles and their association with 10-year survival following cardiac valve replacement. *Ann Behav Med* 2015;49(5):769-75.
 8. Fan SY, Eiser C, Ho MC, Lin CY. Health-related quality of life in patients with hepatocellular carcinoma: the mediation effects of illness perceptions and coping. *Psycho Oncol* 2013;22(6):1353-60.
 9. Safdari-Molan M. Predictors of illness perception among women with breast cancer undergoing chemotherapy and radiotherapy. (Dissertation). Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences; 2020.
 10. McCorry NK, Dempster M, Quinn J, Hogg A, Newell J, Moore M, et al. Illness perception clusters at diagnosis predict psychological distress among women with breast cancer at 6 months post diagnosis. *Psycho Oncol* 2013;22(3):692-8.
 11. Postolica R, Iorga M, Petrariu FD, Azoicai D. Cognitive-behavioral coping, illness perception, and family adaptability in oncological patients with a family history of cancer. *Biomed Res Int* 2017;2017:8104397..
 12. Rahmani A, Ashrafi A, Nikafar A, Heydarzadeh H. Relationship self-efficacy with perception of prognosis among cancer patients. *Iran J Psychiatr Nurs* 2014;2(2):33-45.
 13. Hoseini L, Lotfi FK, Akbari S, Akbari M, Sarafraz SM. Model Development of Illness Perception and Consequences in Breast Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016;17(S3):185-90.
 14. Shabahang M, Panahi G, Noferesti G, Sahebghalam H, Robubiat S, Bolurian M. Illness perception of breast cancer in affected women undergoing chemotherapy. *Med J Islam Repub Iran* 2011;25(2):86-71.
 15. Alizadeh Sabeg P, Mehrabi E, Nourizadeh R, Poursharifi H, Mousavi S. The Effect of Counseling on Breast Cancer Awareness in Rural Iranian Women: a Randomized Controlled Clinical Trial. *J Cancer Educ* 2019; 34(6):1083-91.
 16. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvanadi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 8: 330.
 17. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006;60(6):631-7.
 18. Afshar H, Bagherian R, Foroozandeh N, Khorramian N, Daghighzadeh H, Maracy MR, et al. The relationship between illness perception and symptom severity in patient with irritable bowel syndrome. *J Iran Uni Med Sci* 2011;29:2-5. (Persian)
 19. Sam AV. Relationship of Illness Perception and Fear of Cancer Recurrence to Psychological Distress among Gynecologic Cancer Survivors. (Dissertation). The University of Texas Medical Branch; 2013.
 20. VanGemert PT. The relationship between illness perceptions and quality of life in colorectal cancer patients. (Dissertation). Department of Medical and Clinical Psychology, Tilburg University; 2017.
 21. Iskandarsyah A, de Klerk C, Suardi DR, Soemitro MP, Sadarjoen SS, Passchier J. Satisfaction with information and its association with illness

- perception and quality of life in Indonesian breast cancer patients. *SupportCare Cancer* 2013;21(11):299.
22. El-Jawahri A, Traeger L, Park ER, Greer JA, Pirl WF, Lennes IT, et al. Associations among prognostic understanding, quality of life, and mood in patients with advanced cancer. *Cancer* 2014;120(2):278-85.
23. Lee Y, Baek JM., Jeon YW, Im E O. Illness perception and sense of well-being in breast cancer patients. *Patient Prefer Adherence* 2019; 13: 1557–67.
24. Fischer MJ, Wiesenhaan ME, Heijer AD, Kleijn WC, Nortier JW, Kaptein AA. From despair to hope: a longitudinal study of illness perceptions and coping in a psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *Br J Health Psychol* 2013;18:526-45
25. Hopman P, Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho Oncol* 2015; 24(1):8-11.
26. Seyed Rasooli A, Rahmani A, Zamanzadeh V, Nikanfar A, Heidar Zadeh H. Relationship self-efficacy with perception of prognosis among cancer patients. *Iran J Psychiatr Nurs* 2014;2(2):33-45. (Persian)

ILLNESS PERCEPTION AND ITS PREDICTORS IN IRANIAN WOMEN WITH BREAST CANCER REFERRED TO ONCOLOGY CENTERS OF ARAK: 2017-2018

Fatemeh Mirzaei¹, Roghaiyeh Nourizadeh^{*2}, Azizeh Farshbaf-Khalili³

Received: 20 July, 2020; Accepted: 11 October, 2020

Abstract

Background & Aims: Breast cancer is the most common cancer in women worldwide. Illness perception is an important issue that affects cancer control and management. The aim of this study was to determine the illness perception and its predictors in women with breast cancer undergoing chemotherapy and radiotherapy.

Materials & Methods: This cross-sectional study was conducted on 190 women with breast cancer who were referred to the oncology centers of Arak, Iran, for chemotherapy and radiotherapy. Participants were recruited using convenience sampling method from September 2017 to May 2018. Data were collected using demographic and disease characteristics questionnaires, and Illness Perception Questionnaire. Data were analyzed using SPSS ver.24. The one-way ANOVA, independent t-test, Pearson correlation coefficient, and multivariate linear regression were utilized.

Results: The mean (standard deviation) score of illness perception was 38.9 (13.1) (range from 0-80). There was no significant difference in terms of illness perception between patients in the chemotherapy and radiotherapy groups ($p>0.05$). The type of breast disease and the last time the cancer diagnosed, spouse's age were predictors of illness perception.

Conclusion: Due to the passage of time from the diagnosis of the disease, the intensity of illness perception and the resulting stress decrease, so more psychosocial and social support is required to adjust the breast cancer at early stages of the disease.

Keywords: Breast cancer, Illness perception, Cancer

Address: Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz, Iran

Tel: +989144131729

Email: rnourizadeh@gmail.com

¹ MSc Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz, Iran

² Associate Professor Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor Tabriz University of Medical Sciences, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz, Iran