

نوعية حياة مريضات سرطان الثدي خلال فترة المعالجة الكيماوية

الدكتورة سوسن غزال*

مفيدة نعمان**

(تاريخ الإيداع 22 / 8 / 2014. قُبِلَ للنشر في 12 / 10 / 2014)

□ ملخص □

مقدمة: يعاني مرضى السرطان من تغيرات كبيرة في حياتهم نتيجة التشخيص والمعالجة وسرعة تقدم المرض وكل ذلك يؤثر سلباً على نوعية حياتهم. الهدف: طبق البحث الحالي لاستقصاء نوعية حياة مريضات سرطان الثدي خلال فترة المعالجة الكيماوية في مستشفى تشرين الجامعي في اللاذقية. الطرائق: قامت 60 مريضة بملء استبيان نوعية الحياة للجمعية الأوروبية لأبحاث ومعالجة السرطان المكون من 30 سؤال ونموذج (مديول) سرطان الثدي المكون من 23 سؤال. النتائج: أظهرت النتائج أن 73.3% من المريضات تحت سن الخمسين ونصفهن لديه محصلة حالة صحية إجمالية أقل من 50 تعكس نوعية حياة متدنية مع اضطراب في الوظيفة الاجتماعية والنفسية بالإضافة إلى وظيفة الدور في الحياة. كما يعاني أكثر من 67% من المريضات من وجود أعراض مرتبطة بالمعالجة كان أهمها الغثيان والاقياء والزلة التنفسية وفقد الشهية والأرق والتعب أيضاً أظهرت النتائج تغير محصلة نوعية الحياة حسب العمر، والحالة الاجتماعية، والعمل دون تأثرها بتغير المستوى التعليمي، أما بالنسبة لنموذج (مديول) سرطان الثدي أظهرت النتائج أن غالبية المريضات يعانين من تدني في الوظيفة الجنسية وانزعاج من فقد الشعر وأعراض الذراع لكن مع نظرة ايجابية راضية إلى المستقبل، لم يظهر البحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية حياة بين مريضات مدينة اللاذقية ومريضات الريف وباقي المحافظات الأخرى. الاستنتاجات: يجب على مقدمي الرعاية الصحية وبشكل روتيني تقييم نوعية حياة مرضى السرطان خلال فترات المعالجة المختلفة للتأكد من تقديم الرعاية المناسبة والخدمات الداعمة لتحقيق ذلك لجميع المرضى.

الكلمات المفتاحية: سرطان الثدي، المعالجة الكيماوية، نوعية الحياة

* أستاذ - قسم تمريض البالغين - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

** مشرف على الأعمال - قسم تمريض صحة المجتمع - كلية التمريض - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

Quality Of Life For Breast Cancer Patient Receiving Chemotherapy

Dr. Sawsan Ghazal*
Mofida nouman**

(Received 24 / 8 / 2014. Accepted 12 / 10 / 2014)

□ ABSTRACT □

Background: people with cancer experience great changes in their life as a result of disease, treatment and disease prognosis which affect their quality of life .with the goal of investigating breast cancer patient's quality of life during chemotherapy in Tishreen hospital in Latakia..

Methods: 60 patients were invited to complete the European organization of research and treatment quality of life questionnaire version 3 and breast cancer quality of life module during their early stage of chemotherapy.

Results : the results show that the (73.3%) were under the age of fifty and half of them reported total health status score under (50) which reflects low quality of life in addition to impaired psychological ,social, cognitive and role functioning. Also more than 67% of patient suffered from chemotherapy- related side effects as nausea and vomiting, dyspnea, loss of appetite, insomnia, and fatigue. In addition to variance in quality of life scores according to age, marital status, occupation and level of education without changing of it by educational level. In addition to that the majority of patient had impaired sexual function and upset of hair loss and arm symptoms but with positive and optimistic future.

perspective. No significant differences in quality of life scores were found between urban and rural patients. Conclusion. Health care provider should assess routinely cancer patient quality of life during treatment to ascertain of providing appropriate care with supportive services for all patients

Key words: breast cancer , chemotherapy, quality of life.

مقدمة:

*professor- adult nursing department, faculty of nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.

**Clinical instructor, community health nursing department, faculty of nursing, Tishreen University, Lattakia, Syria.

يعتبر سرطان الثدي أكثر الخبايا انتشاراً بين النساء في العالم حيث سيدة من بين كل 12 سيدة تحت سن الخمسين عرضة للإصابة به خلال مرحلة من مراحل حياتها وبعد الخمسين تصبح سيدة من بين كل سبعة سيدات [1,2]. يعتبر سرطان الثدي في سوريا، السرطان الأكثر شيوعاً بين النساء ، والسبب الأول للوفاة بينهن بمعدل إصابة يتراوح بين 24 - 35 لكل 100,000 سيدة وفق إحصاءات مديرية مكافحة السرطان في وزارة الصحة السورية. كما يبلغ عدد الحالات المشخصة سنوياً في سوريا ما بين 3000-3400 حالة جديدة وسطياً، نصفها تصيب السيدات تحت سن الخمسين خصوصاً بين عمر 40-49 سنة [3].

يعاني مرضى السرطان من تغيرات كبيرة في حياتهم نتيجة التشخيص والمعالجة وسرعة تقدم المرض وكل ذلك يؤثر سلباً على نوعية حياتهم وبطرق مختلفة [4]. أي يؤثر على السلامة الجسدية والنفسية والاجتماعية للمرضى [5]. يعزى سبب زيادة الاهتمام بنوعية الحياة لمرضيات سرطان الثدي إلى زيادة عدد مريضات السرطان والتطور الحاصل في الكشف المبكر والمعالجة الذي زاد بدوره معدل البقاء بين المريضات مما استدعى زيادة الاهتمام بتأثيرات المرض والمعالجة لديهن [4]. بالإضافة إلى أن تقييم نوعية الحياة يساعد في تقييم نتائج المعالجة ويقلل التأثيرات الجسدية والنفسية الاجتماعية للسرطان [5].

استخدم مصطلح نوعية الحياة أول مرة عام 1960 في أمريكا ليظهر وجهة نظر تقول أن الحياة الجيدة ليست فقط الرفاه المادي [6]. ثم توسع استخدامه بين علماء البيئة والاجتماع والأطباء والمهنيين المهتمين بالمجال الصحي حتى تم الاتفاق على أنه مفهوم صعب التعريف لأنه يعني أشياء مختلفة لأناس مختلفين لكنه مفهوم معقد، ومتعدد الأوجه وديناميكي يتضمن سلامة الشخص الجسدية، النفسية، والاجتماعية والقدرة على القيام بالمهام اليومية المعتادة [6,5,7]. كما عرفه Bowling على أنه التأثيرات الجسدية والعقلية والاجتماعية التي يسببها المرض في حياة المريض اليومية وانعكاس هذه التأثيرات على سلامته الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية من منظور المريض ورضاه واحترامه لذاته [7]. أيضاً ذكر Gotay وزملاؤه أن نوعية الحياة هي حالة التعافي التي تتضمن مكونين رئيسيين: القدرة على القيام بمهام الحياة اليومية التي تعكس السلامة الجسدية والنفسية والاجتماعية ورضا المريض عن مستوياته الوظيفية وسيطرته على المرض [8].

تم توصيف نموذجين من نوعية الحياة ضمن الأدبيات السابقة: نوعية الحياة العامة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة. تضمنت نوعية الحياة العامة مفاهيم السلامة و/أو الرضا بينما تضمنت نوعية الحياة المرتبطة بالصحة التأثيرات المتعددة للمرض والمعالجة على الحياة اليومية، العافية والرضا في الحياة. وحيث زاد الاهتمام بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة خلال السنوات الأخيرة كهدف بحثي وعلاجي [7] ، قمنا باعتماد نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ضمن البحث الحالي.

تتضمن أبعاد نوعية الحياة لمرضيات سرطان الثدي: (1): البعد الروحي الذي يشمل مفاهيم القوة، هدف الحياة، التغير الروحي الايجابي، الأنشطة الدينية الروحية. (2): البعد الجسدي: المرتبط بأعراض مثل الشهية، انقطاع الطمث، عدم القدرة على الإنجاب، الألم، التعب، تغيرات الوزن، وجفاف المهبل. (3): البعد الاجتماعي: الكرب العائلي، العلاقات الشخصية، الدعم، العمل، الأنشطة اليومية، العزلة، العبء المادي، الحياة الجنسية والتفكير بالمقربين كالأولاد والأخوة. (4): البعد النفسي: يشمل الإحساس بالفائدة، السعادة والرضا، السيطرة، التأقلم، القلق والاكتئاب، التركيز والذاكرة، الألم، الخوف من النكس، تغيرات التدنوق، والمفهوم

الكلية لنوعية الحياة، والكرب الناجم عن التشخيص والمعالجة [9]. بذلك يكون لاستكشاف وتنفيذ قياسات نوعية الحياة تأثير كلي على نوعية الحياة بالمثل للمريضة والعائلة.

سجلت مريضات سرطان الثدي حسب الدراسات السابقة محصلة نوعية حياة عالية في المجال الأسري [10]، وممتدني في المجالات الوظيفية والنفسية الاجتماعية والروحية [11]، بشكل عام أظهرت الدراسات السابقة أن مريضات سرطان الثدي يسجلن محصلة نوعية حياة متدنية مقارنة مع مريضات أنواع أخرى من السرطان خصوصاً في المجال النفسي الاجتماعي والجنسي والعاطفي [12]. كما أظهرت الدراسات وجود علاقة بين نوعية الحياة والعمر والمستوى التعليمي والعمل ووجود وذمة لمفاوية في الذراع وأعراض انقطاع الطمث والألم وتغير الوظيفة الجنسية، والتعب [12،11]. بالإضافة إلى وجود عوامل أخرى تؤثر إيجابياً على نوعية الحياة مثل توافر المعلومات حول المرض والعناية الذاتية، والتواصل مع الكادر الصحي، ووجود الفرصة للتعبير عن المشاعر أو المشاركة في برامج داعمة [10]. تسبب المعالجة الكيماوية تأثيرات جانبية متعددة تؤثر على نوعية الحياة في كل مجالاتها. وكلما ازدادت التأثيرات الجانبية تدنت نوعية الحياة حيث تبين أن نوعية الحياة تتدنى لدى المرضى قبل وأثناء المعالجة الكيماوية وتتحسن بعد انتهائها. كما تبين وجود ارتباط بين بعض المتغيرات الديموغرافية مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية والتعليمية ونوعية الحياة. حيث تكون نوعية الحياة أفضل لدى المتقدمات بالعمر مقارنة مع المريضات الصغيرات بالسن [13،7] ولدى النساء أفضل من الرجال والمطلقات والأرامل لديهن نوعية حياة أسوأ مقارنة بالمتزوجات ومن يحمل الشهادة العلمية الأعلى يختبر نوعية حياة أفضل مقارنة مع غير المتعلمين [13].

وجدت عدة دراسات أن المريضات المصابات بسرطان الثدي صغيرات السن يواجهن اضطراباً أكبر في نوعية الحياة مقارنة بالمريضات المتقدمات بالسن ومشاكلهن تختلف أيضاً لأنها ترتبط بالخصوبة والإنجاب وصورة الجسم والحياة الجنسية والعمل والصعوبات المالية [14]. أما المريضات كبيرات السن فيواجهن الكرب النفسي الاكتئاب والأفكار المخيفة عن المرض [15]. كما أن المريضات صغيرات السن نفسياً أكثر تأثراً بتجربة المرض في الحياة الاجتماعية والعاطفية وفيما يتعلق بصورة الجسم والألم والخلل في وظيفة الذراع حيث تتغير هواياتهم اليومية ومخططاتهم المستقبلية واهتماماتهم الصحية [15،14].

تختلف نوعية الحياة بين مريضات الريف والمدينة حيث وجدت دراسة Schultz وزملائه أن محصلة نوعية الحياة لدى مجموعة من المريضات الريفيات في ولايتين أمريكيتين باستخدام استبيان التقييم الوظيفي لمعالجة السرطان كانت عالية مقارنة بمريضات المدينة التي كانت محصلة نوعية الحياة لديهن أقل من ذلك بـ 18.3% مع تفاوت بينهما ارتبط بنوع السرطان ونكسه وزمن بدء المعالجة [16]. بينما دراسة أخرى وجدت أن نوعية الحياة لدى مريضات المدينة أفضل بسبب عدم معاناتهن من صعوبات قد تواجه مريضات الريف مثل انشغال أفراد العائلة بمرافقة المريضة خلال العلاج بالإضافة إلى العبء المادي والبعد عن الرعاية الصحية [17]. كما وجد أن المعاناة النفسية لدى جميع المريضات والتي تتضمن القلق والاكتئاب والكرب النفسي تؤدي إلى تفاقم الأعراض الجسدية بالتالي تؤثر سلباً على نوعية الحياة لدى المريضة ويجعل تكيفها مع المرض والمعالجة أسوأ [18]. وقد تبين من أن المريضات يفتقدن الدعم الاجتماعي والنفسي بسبب عدم وجود المراكز التي تقدم الخدمات النفسية وعدم وجود أخصائي نفسي يمكن استشارته كجزء من فريق المعالجة ضمن مشافي الأورام [19]. كل ما سبق يؤكد وجود ضرورة تقييم نوعية الحياة بالتالي تحديد الحاجة للاستشارة النفسية العلاجية.

أهمية البحث وأهدافه:

أصبح قياس وتقييم نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي محور الدراسات والأبحاث خلال العقدين الماضيين لأنه يساعد في تقييم نتائج المعالجة ويقلل التأثيرات الجسمانية والنفسية الاجتماعية للسرطان [20]. وبسبب زيادة نسبة انتشار سرطان الثدي وزيادة معدل البقاء والشفاء منه إلى أكثر من 85% يجب على الممرض وباستمرار جمع معلومات عن نوعية حياة مريضة سرطان الثدي من أجل تخطيط خطة رعاية فردية خاصة لكل مريضة على حدا ولتحديد المريضات اللواتي يعانين أكثر من غيرهن بحيث يصبح تقييم نوعية الحياة جزءاً أساسياً من الرعاية الروتينية. من هنا تأتي أهمية تحديد مدى تأثير المريضات بالمرض والمعالجة وكيف ينعكس ذلك على حياتهن اليومية حتى يتثنى لمقدمي الرعاية الصحية ومنهم الممرض الاهتمام بالمريضة بالشكل الأفضل.

يهدف البحث إلى:

- تقييم نوعية حياة مريضات سرطان الثدي خلال مرحلة المعالجة الكيماوية.
- تقييم الأعراض الجسمانية الخاصة بوجود سرطان الثدي.
- تحديد تأثير المتغيرات الديموغرافية (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل) على نوعية الحياة.

طرائق البحث و موادّه:

بناء البحث: البحث وصفي يقيس لمرة واحدة نوعية حياة مريضات سرطان الثدي الخاضعات للمعالجة الكيماوية. المكان: طبق البحث في عيادة الحقن السريع في مستشفى تشرين الجامعي للأورام من 11-2-2013 لغاية 25-4-2013.

العينة: شملت العينة مريضات سرطان الثدي اللواتي تلقين جرعتين أو ثلاثة جرعات من المعالجة الكيماوية والعينة ملائمة تكونت من ستين مريضة.

معايير اختيار العينة: تم اختيار المريضات اللواتي حققن الشروط التالية:

1. المريضة المشخصة بسرطان الثدي وتعالج حديثاً بالمعالجة الكيماوية بعد خضوعها لجراحة استئصال ثدي تام مع تجريف عقد لمفاوية ابطية.
2. لم تتلق معالجة كيماوية سابقة.
3. لديها القدرة على التواصل اللفظي والكتابي.

أدوات البحث:

جمعت البيانات باستخدام استبيان الجمعية الأوربية لأبحاث ومعالجة السرطان ويقسم إلى قسمين: القسم الأول: استبيان تقييم نوعية الحياة النسخة 3 : يتكون من 30 سؤال، لتقييم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لمريضة السرطان المشاركة في الأبحاث. مترجم إلى اللغة العربية منذ عام 1995 من قبل الجمعية وقد تم الحصول عليه من مصدره باللغة العربية. يتكون الاستبيان من خمسة مقاييس وظيفية (الوظيفة الجسمانية، وظيفة الدور في الحياة، الوظيفة النفسية، الوظيفة الفكرية، والاجتماعية)؛ القسم الثاني: ثلاثة مقاييس أعراض

(الغثيان والاقياء، الألم، والتعب) ومقياس نوعية الحياة الإجمالية بالإضافة إلى ستة بنود فردية لتقييم الصعوبات المالية، الزلة التنفسية، الإسهال، فقد الشهية، اضطرابات النوم، والإمساك. تدل النتيجة الأعلى للمقاييس الوظيفية لسؤال نوعية الحياة على مستوى نوعية حياة صحي/عالي. أما النتيجة الأعلى لمقاييس الأعراض فتدل على معاناة المريضة من أعراض أكثر أي مستوى نوعية حياة غير صحي/أسوأ [22,21].

الجزء الثاني من الاستبيان : نموذج (مديول) سرطان الثدي: يستخدم بين مريضات السرطان في مراحل الورم والمعالجة. يتكون من 23 سؤال يقيم أعراض المرض، التأثيرات الجانبية للمعالجة، صورة الجسم، الوظيفة الجنسية والنظرة للمستقبل. كل الأسئلة من 31 إلى 53 (مقياس ليكرت) من 1 إلى 4؛ 1 إطلاقاً، 2 قليلاً، 3 بشكل متوسط، 4 كثير جداً. (1= إطلاقاً هو الأفضل و 4= كثير جداً هو الأسوأ). عدا الأسئلة أرقام 44، 45، و 46 فمجموعها ايجابي (يعني الخيار 4= كثير جداً هو الخيار الأفضل، والخيار 1= الأسوأ).
جمع البيانات:

بعد الحصول على موافقة مستشفى تشرين. تم شرح هدف البحث للمريضات وأخبارهن بالحفاظ على الخصوصية وسرية المعلومات. طلب من المريضات اللواتي يراجعن عيادة الحقن السريع ملء الاستبيان الخاص بنوعية الحياة واستغرق زمن ملء الاستبيان 15 دقيقة قبل بدء جلسة حقن الأدوية الكيماوية.
تحليل البيانات:

تم تحليل البيانات باستخدام نظام التحليل الإحصائي (SPSS). المتوسط والانحراف المعياري واختبار T لتحري الفروق بين المجموعتين فيما يتعلق بنوعية الحياة والأعراض عند قيمة P أقل من 0.05. باستخدام الانحدار الخطي تم تحويل نتائج الصفوف إلى مقياس بين 0-100 تدل القيم العالية فيه على مستوى نوعية حياة صحي ومقاييس وظيفية صحية وبالعكس تدل القيم العالية بالنسبة إلى مقياس الأعراض على مستوى أعلى من المشاكل الصحية. كما تم استخدام اختبار كا² (χ^2) لتحري العلاقة بين المتغيرات الديموغرافية ونوعية الحياة لدى المريضات.

النتائج والمناقشة:

مواصفات العينة:

يتضمن الجدول (1) الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة حيث شاركت ستون مريضة بالبحث. تراوح عمر المشاركات بين 31 سنة و55 سنة. وتوزع أكثر من نصف المشاركات بين حملة الشهادة الثانوية والجامعية (55%)، كذلك كانت النسبة الأكبر بينهن متزوجات (80%) وريبات منازل (58.3%) و45% منهن لديها أكثر من ثلاثة أطفال. كما اعتمدت خطة المعالجة لمريضات العينة جميعهن على دوائين أساسيين هما الأندوكسان والديكسوروسين بعد الخضوع لجراحة استئصال ثدي جذري مع تجريف العقد اللمفية الابطية.

الجدول (1) الخصائص الديموغرافية (العدد = 60)

| P | المجموع | | مجموعة مريضات الريف | | مجموعة مريضات المدينة | | الخصائص | |
|------|---------|-----------|---------------------|-----------|-----------------------|-----------|---------------------|-------------------|
| | % | التكرارية | % | التكرارية | % | التكرارية | | |
| 0.00 | 25 | 15 | 36.7 | 11 | 13.3 | 4 | 40-31 | العمر |
| 9 | 48.3 | 29 | 50 | 15 | 46.7 | 14 | 50-41 | |
| | 26.7 | 16 | 13.3 | 4 | 40 | 12 | أكبر من 50 | |
| 0.28 | 23.3 | 14 | 23.3 | 7 | 23.3 | 7 | ابتدائي | المستوى التعليمي |
| 3 | 21.7 | 13 | 30 | 9 | 13.3 | 4 | إعدادي | |
| | 23.3 | 14 | 23.3 | 7 | 23.3 | 7 | ثانوي | |
| | 31.7 | 19 | 23.3 | 7 | 40 | 12 | معهد و جامعة | |
| 0.80 | 80 | 48 | 80 | 24 | 80 | 24 | متزوجة | الحالة الاجتماعية |
| 7 | 18.3 | 11 | 20 | 6 | 16.7 | 5 | عازبة | |
| | 1.7 | 1 | 0 | 0 | 3.3 | 1 | أرملة | |
| 0.34 | 33.3 | 20 | 36.7 | 11 | 30 | 9 | موظفة | العمل |
| 4 | 58.3 | 35 | 60 | 18 | 56.7 | 17 | ربة منزل | |
| | 8.4 | 5 | 3.3 | 1 | 13.3 | 4 | متقاعدة أو مهنة حرة | |
| 0.65 | 16.7 | 10 | 20 | 6 | 13.3 | 4 | أقل من 3 | عدد الأولاد |
| 5 | 15 | 9 | 16.7 | 5 | 13.3 | 4 | 3 | |
| | 45 | 27 | 36.7 | 11 | 53.3 | 16 | أكثر من 3 | |
| | 23.3 | 14 | 26.7 | 8 | 20 | 6 | لا يوجد | |

أظهرت النتائج أن ثلاثة أرباع المريضات تقريباً تحت سن الخمسين (73.3%) و 26.7% أكبر من ذلك. أي أن المريضات صغيرات بالسن مقارنة مع مريضات الدراسات الغربية التي بلغ متوسط عمر المريضات 58.8 [20] و 46.3 سنة [22]. يجب أن ترتبط هذه الزيادة الهامة في معدل حدوث سرطان الثدي تحت عمر الخمسين بزيادة الاهتمام بنوعية الحياة كون معدل الشفاء لدى هذه الفئة أعلى وما يزلن في سن الإخصاب والعمل ولديهن قلق حول صورة الجسم واحترام الذات ونسبة كبيرة منهن (76.7%) لديهن أطفال بأعمار أصغر مقارنة مع الفئات الأخرى. كذلك بمقارنة المجموعتين معاً لاحظنا عدم وجود فروق هامة فيما يتعلق بالبيانات الديموغرافية بينهما.

نوعية الحياة:

يتضمن الجدول (2) نتائج استبيان نوعية الحياة للمريضات اللواتي يسكنن في مدينة اللاذقية والمريضات اللواتي يسكنن خارج مدينة اللاذقية من المحافظات الأخرى أو ريف اللاذقية. بالنسبة للحالة

الصحية الإجمالية سجل بين 50% و 58% من مريضات المجموعتين محصلة 50 أو أقل أي نوعية حياة متدنية غير صحية (متوسط 54.22، انحراف معياري 15.73) و(متوسط 53.61، انحراف معياري 17.06)، أما بالنسبة للمقاييس الوظيفية سجل 60% و 63% من المريضات 50 أو أقل في الوظيفة الجسمانية (متوسط 65.77، انحراف معياري 17.12) و(متوسط 61.77، انحراف معياري 14.64) و 57% من مريضات المجموعتين سجلن 50 أو أقل بالنسبة لوظيفة الدور في الحياة (متوسط 53.44، انحراف معياري 22.71) و(51.77، انحراف معياري 17.55). أما المقاييس النفسية والاجتماعية والفكرية فقد سجل أكثر من 80% من المريضات 50 أو أقل مما يعني نوعية حياة سيئة في الجانب النفسي والاجتماعي والفكري للمريضات المشاركات على التوالي(35.38، انحراف معياري 21) و(متوسط 32.11، انحراف معياري 20.52) و(37.77، انحراف معياري 25.17) و(33.77 ، انحراف معياري 24).

الجدول (2) نتائج المقاييس الوظيفية والحالة الصحية الإجمالية حسب مقياس الجمعية الأوروبية لأبحاث ومعالجة السرطان

| Paired Samples Test | | مجموعة مريضات الريف | مجموعة مريضات المدينة | مقاييس نوعية الحياة |
|---------------------|----------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|
| P | اختبار T | متوسط \pm انحراف معياري | متوسط \pm انحراف معياري | المقاييس الوظيفية |
| 0.83 | 0.213 | ± 53.61 17.06 | 15.73 \pm 54.22 | الحالة الصحية الإجمالية |
| 0.27 | 1.11 | 14.64 \pm 61.77 | 17.12 \pm 65.77 | الوظيفة الجسمانية |
| 0.74 | 0.32 | 17.55 \pm 51.77 | 22.71 \pm 53.44 | وظيفة الدور في الحياة |
| 0.40 | 0.84 | 20.52 \pm 32.11 | 21.00 \pm 35.38 | الوظيفة النفسية |
| 0.10 | 1.65 | 23.19 \pm 44.88 | 22.46 \pm 40.22 | الوظيفة الفكرية |
| 1.00 | 0.000 | 24.00 \pm 33.77 | 25.17 \pm 37.77 | الوظيفة الاجتماعية |

فيما يتعلق بنوعية الحياة واجهت نسبة غير قليلة من المريضات صعوبة في الوظيفة الجسمانية والاجتماعية والنفسية والفكرية بالإضافة للدور الوظيفي في الحياة. وقد انعكست هذه الصعوبات في تقييم الحالة الصحية الإجمالية حيث سجل أكثر من نصف المريضات حالة صحية عامة متدنية. تعكس هذه النتائج بشكل كبير نتائج الدراسات السابقة التي أجريت بخصوص نوعية الحياة [23] لكن النسب مختلفة حيث كانت الوظيفة الجسمانية هي الأسوأ في بعض منها [11] والوظيفة الاجتماعية مع وظيفة الدور في الحياة في الأخرى [12] ربما كون العينات في تلك الدراسات بحالة متقدمة من المرض. ضمن الدراسة الحالية ظهرت الوظيفة النفسية والاجتماعية أسوء من نتائج الدراسات

الأخرى [26,25,24]. ويعزى ذلك إلى كون المريضات في المراحل الأولى من الإصابة وقد بينت الدراسات أن الوظيفة الاجتماعية والنفسية تحتاج لفترات طويلة قد تستمر عاماً كاملاً للعودة إلى حالة ما قبل المرض. كذلك ما تزال الإصابة بالسرطان في بلدنا ترتبط كما في باقي الدول النامية بالموت والعجز وتجعل المريضات يرغبن بإخفاء خبر الإصابة عن الأسرة والمحيطين ويفضلن المعاناة بعيداً عن مشاركة الآخرين فتحدث لديهن عزلة اجتماعية ومشاكل نفسية. وقد لاحظنا ذلك خلال جمع البيانات حيث فضل العديد من المريضات عدم ذكر أسمائهن أو أرقام الهواتف وعبرن عن رغبتهن بالابتعاد اجتماعياً عن الآخرين وعن جو العمل.

بمقارنة المجموعتين معاً نلاحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فيما يخص نوعية الحياة والمقاييس الوظيفية وهذا لا ينسجم مع الدراسات الأخرى التي وجدت أن المريضات الريفيات يسجلن نوعية حياة أسوأ مقارنة مع مريضات المدينة [28,27] ويتشابه مع أخرى [29]. ربما يعزى ذلك إلى التقارب الكبير في خدمات الرعاية الصحية بين الريف والمدينة وتشابهها ضمن المحافظات والمشافي المختلفة. يظهر الجدول (3) نتائج مقياس الأعراض والذي تدل القيم المرتفعة فيه على وجود معاناة أكبر للمريضة مع المعالجة. حسب الجدول وسطياً حوالي 67% من مريضات المجموعتين سجلن 50 أو أعلى على جميع الأسئلة أي يدل ذلك على معاناة كبيرة مع الأعراض ونوعية حياة متدنية. وكان أكثر الأعراض التي تعاني منها مريضات مدينة اللاذقية هي الغثيان والاقياء (87.88، انحراف معياري 24.73)، يليها الزلة التنفسية (73.33، انحراف معياري 25.37) وفقد الشهية (68.88، انحراف معياري 26.16) والأرق (66.66، انحراف معياري 30.32) ثم التعب (64.07، انحراف معياري 20.56). أما مجموعة سكان الريف وباقي المحافظات فكانت بالترتيب الغثيان والاقياء (77.22، انحراف معياري 21.65)، يليها فقد الشهية (75.55، انحراف معياري 23.04) ثم الأرق (68.88، انحراف معياري 27.58) والصعوبات المالية (68.88، انحراف معياري 26.16). شكلت الصعوبات المالية مشكلة بالنسبة للمريضات وكان حسب الدراسات السابقة قد سجل بعض الباحثين اعتراضهم على وجود الصعوبات المالية كجزء من مقياس الأعراض كونه لا يدل على مشكلة سريرية [21].

الجدول (3) نتائج مقاييس الأعراض حسب مقياس الجمعية الأوربية لأبحاث ومعالجة السرطان

| Paired Samples Test | | مجموعة مريضات الريف | مجموعة مريضات المدينة | مقياس الأعراض |
|---------------------|----------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| P | اختبار T | متوسط ± انحراف معياري | متوسط ± انحراف معياري | البنود |
| 0.30 | 1.05 | 19.67±59.62 | 20.56± 64.07 | التعب |
| 0.75 | 0.31 | 21.65±77.22 | 24.73±78.88 | الغثيان والاقياء |
| 0.27 | 1.10 | 15.61±58.88 | 20.09±63.88 | الألم |
| 0.14 | 1.48 | 16.33±65.55 | 25.37±73.33 | الزلة التنفسية |
| 0.75 | 0.32 | 27.58±68.88 | 30.32±66.66 | الأرق |
| 0.22 | 1.23 | 23.04±75.55 | 26.16±68.88 | فقد الشهية |
| 0.89 | 0.12 | 28.13±55.55 | 38.63±54.44 | الإمساك |
| 0.05 | 0.57 | 26.74±55.55 | 37.54±60.00 | الإسهال |

| | | | | |
|------|------|-------------|-------------|------------------|
| 0.45 | 0.75 | 26.16±68.88 | 26.16±64.44 | الصعوبات المالية |
|------|------|-------------|-------------|------------------|

لا تتسجم نتائج هذا البحث مع دراسات أخرى ظهر فيها التعب والألم والأرق أكثر المشاكل الشائعة لدى نسبة كبيرة من المريضات [31,30,24] وكانت ضمن هذه الدراسات أعراض مثل الغثيان والاقياء وفقد الشهية والإمساك والإسهال منخفضة نسبياً كون عينات الدراسة مازلت في بداية مرحلة المعالجة الكيماوية ولا توجد لديهن انتقالات ورمية [26,25,24] يتناقض ذلك مع نتائج هذه الدراسة ربما بسبب اهتمام الدول الغربية الزائد بالأعراض الجانبية وتدبيرها ومحاولتهم استخدام أنواع من الأدوية لا تسبب أعراض جانبية كثيرة وكون المريضات لدينا يعتبرن المعاناة من الأعراض الجانبية جزءاً لا يتجزأ من تجربة العلاج والشفاء.

لم يتبين لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فيما يخص مقياس الأعراض. لكن يمكن الملاحظة أن الصعوبات المالية بالنسبة لمجموعة مريضات الريف ومريضات باقي المحافظات أكبر مقارنة مع مريضات مدينة اللاذقية وهذا أمر طبيعي بسبب تكاليف المواصلات بين المحافظات وما يترتب على ذلك من وجود أفراد من الأسرة مرافقين للمريضات بالإضافة إلى تكاليف الإقامة في مدينة اللاذقية كما ذكرها الكثير من المريضات. مع وجود أمر آخر وهو عدم توفر الدواء في بعض الحالات مما يضطر المريضات لشراؤه على نفقتهن الخاصة.

يظهر الجدول (4) نتائج نموذج (مديول) سرطان الثدي ويتبين منه وجود تدني في الوظيفة الجنسية لدى 90% من المريضات (متوسط 12.88 انحراف معياري 6.68) و (متوسط 29، انحراف معياري 7.88) وحتى من يعيشن منهن حياة جنسية لا يشعرن بالسعادة بها (متوسط 15.66 انحراف معياري 7.10) و (متوسط 26.77، انحراف معياري 7.84). كما شكل الانزعاج من فقد الشعر مشكلة لدى غالبية المريضات (متوسط 77.77، انحراف معياري 5.61) و (متوسط 73.33، انحراف معياري 5.85) وكان أكثر إزعاجاً من أعراض الذراع والأعراض الجهازية الجانبية للمعالجة. لكن تظهر النظرة للمستقبل ايجابية ومقبولة لدى المريضات (متوسط 64.55، انحراف معياري 6.68) و (متوسط 81.22، انحراف معياري 4.44).

الجدول (4) نتائج نموذج (مديول) سرطان الثدي حسب الجمعية الأوروبية لأبحاث ومعالجة السرطان

| Paired sample test | | مجموعة مريضات الريف | مجموعة مريضات المدينة | نموذج (مديول) سرطان الثدي |
|--------------------|----------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| P | اختبار T | المتوسط ± الانحراف المعياري | المتوسط ± الانحراف المعياري | البند |
| 0.10 | 1.68 | 5.25±65.11 | 6.47±51.22 | صورة الجسم* |
| 0.12 | 1.58 | 7.88±29.00 | 6.68±12.88 | الوظيفة الجنسية* |
| 0.10 | 2.62 | 4.44±81.22 | 6.68±64.55 | النظرة للمستقبل* |
| 0.36 | 0.92 | 3.08±64.12 | 3.28±68.09 | الأعراض الجهازية الجانبية \$ |
| 0.18 | 1.36 | 3.40±42.77 | 3.21±48.88 | أعراض الثدي \$ |
| 0.42 | 0.80 | 3.42±70.37 | 3.96±66.29 | أعراض الذراع \$ |
| 0.54 | 0.61 | 5.85±73.33 | 5.61±77.77 | الانزعاج من فقد الشعر \$ |

| | | | | |
|------|------|-------------|------------|----------------------------|
| 0.30 | 1.04 | 7.84± 26.77 | 7.10±15.66 | السعادة بالعلاقة الجنسية * |
|------|------|-------------|------------|----------------------------|

* تتراوح القيم بين 0-100 وتدل القيم الأعلى على حالة وظيفية أفضل.

\$ تتراوح القيم بين 0-100 وتدل القيم الأعلى على درجة أعلى من المعاناة من الأعراض

تتسجم نتائج نموذج (مديول) سرطان الثدي مع نتائج الدراسات الغربية التي وجدت أن الوظيفة الجنسية والتمتع بها تقل بشكل كبير بسبب العوامل النفسية مثل تغير المشاعر ونقص الجاذبية بالإضافة إلى عوامل جسمانية مثل جفاف المهبل [5,24,25,26] ولا تتوافق مع دراسات أخرى [32]. أما صورة الجسم نلاحظ في هذا البحث أنها أقل من مشكلة الانزعاج من فقد الشعر ربما لأن المريضات في هذه المرحلة هدفهن تجاوز المعالجة بنجاح وتصحيح صورة الجسم أمراً ثانوياً بالنسبة لهن ولا تتشابه هذه النتيجة مع نتائج Montazeri في إيران والتي أظهرت انزعاجاً كبيراً لدى المريضات من صورة أجسامهن بعد الجراحة [5]. وبالنسبة للنظرة إلى المستقبل نجد أنها إيجابية وراضية نسبياً ولا تتسجم مع دراسات أخرى وجدت النظرة للمستقبل سلبية لدى المريضات وفسرتها بوجود حالة القلق والتوتر ومخاوف النكس [24]، لكن تتوافق مع الدراسات التي لها خلفية اجتماعية ودينية مشابهة [5,33]. كما نجد معاناة المريضات من أعراض الذراع التي تتمثل بوجود وذمة لمفاوية وتقييد في الحركة ناجم عن الجراحة.

عند اختبار العلاقة بين المتغيرات الديموغرافية ونوعية الحياة نجد أن نوعية الحياة لدى مريضات مدينة اللاذقية لم تختلف باختلاف الفئات العمرية ($\chi^2 = 5.60$ ، $P < 0.05$) بينما تغيرت بتغير العمر لدى مرضى المجموعة الأخرى ($\chi^2 = 6.20$ ، $P = 0.04$)، وبالنسبة للحالة الاجتماعية وجد فرق ذو دلالة إحصائية بين المتزوجات والعازبات لدى مريضات المجموعتين وكان على التوالي مريضات مدينة اللاذقية ($\chi^2 = 30.20$ ، $P = 0.00$) ومريضات مجموعة مريضات الريف وباقي المحافظات ($\chi^2 = 10.80$ ، $P = 0.001$). كذلك وجدنا فرق ذو دلالة إحصائية مرتبط بالعمل حيث أبدت المريضات العاملات نوعية حياة أفضل من غير العاملات ضمن المجموعتين وفق التالي مريضات مدينة اللاذقية ($\chi^2 = 20.66$ ، $P = 0.000$) ومريضات الريف وباقي المحافظات ($\chi^2 = 14.60$ ، $P = 0.001$) لكن بالنسبة للمستوى التعليمي لم يظهر فرق ذو دلالة إحصائية بين مريضات المجموعتين ($\chi^2 = 4.40$ ، $P < 0.05$).

تتشابه نتائج هذا البحث مع الدراسات الأخرى التي وجدت أن نوعية الحياة تتغير بتغير العمر والحالة الاجتماعية والعمل حيث تعيش المريضات كبيرات السن نوعية حياة أفضل من المريضات صغيرات السن وهذا أمر مرتبط بوجود الدعم العائلي وعدم وجود مسؤوليات أخرى لديهن مرتبطة بالعمل أو الأطفال [11,12]. أيضاً يشكل اختلاف المحيط الأسري والاجتماعي والمادي أحياناً سبباً رئيسياً لوجود فرق في نوعية الحياة بين المتزوجة والعازبة أو الأرملة الذي توافقت نتائجه ضمن البحث مع الدراسات الأخرى [13]. لكن لم تتوافق مع الدراسات التي وجدت فرق في نوعية الحياة بين المتعلمات وغير المتعلمات [11,13].

الاستنتاجات والتوصيات:

يتبين من البحث الحالي أن مستوى نوعية الحياة لدى مريضات سرطان الثدي متدني في الوظيفة النفسية والاجتماعية ووظيفة الدور في الحياة بالإضافة إلى الوظيفة الجنسية والحالة الصحية الإجمالية. كما أنهن يعانين من أعراض جسمانية مثل الغثيان والاقياء وفقد الشهية والأرق والتعب وجميعها تؤثر سلباً على

نوعية حياتهن. هذا بالإضافة إلى الانزعاج من فقد الشعر وأعراض الذراع الناجمة عن استئصال الثدي. أي أن السرطان قد أثر على نوعية الحياة بجميع أبعادها الجسدية والنفسية والاجتماعية، لكن يبقى لكل مريضة تجربة مختلفة عن الأخرى. من هنا يوصى بإجراء أبحاث أخرى على عينات أكبر تشمل المريضات المصابات بأنواع مختلفة من السرطانات. كما يوصى بإجراء أبحاث خلال المراحل المختلفة من التشخيص والمعالجة. مع التأكيد على دور الممرض في تقييم نوعية الحياة ووضع خطة رعاية شاملة لكل مريضة بشكل فردي

المراجع:

1. AMERICAN CANCER SOCIETY. *Cancer facts and Figures 2012*, downloaded from http://www.cancer.org/acs/groups/Content@epidemiolog_surveillance/document/acspc-031941.pdf.
2. JACK, CUZICK. *Breast cancer prevention in the developing world*. Breast Cancer Research 2010,12: <http://breast-cancer-research.com/supplements/12/S4/S9>.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND SYRIAN MINISTRY OF HEALTH. *facing the facts, the impact of chronic diseases on the Syrian Arab republic*. http://www.who.int/chp/chronic_diseases_report/en/.
4. PENTTINEN, T. SAARTO, P. KELLOKUMPU- LEHTINEN, C. BLOMQVIST R. *quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatment*. Psycho-Oncology 20: 1211- 1220(2011).
5. ALI MONTAZERI, MARIAN VAHDANINIA, IRAJ HARIRCHIM MANDANA EBRAHIMI. *Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow- up study*. BMC cancer 2008, 8:330.
6. TATSUO AKECHI, TORU OKUYAMA, CHIHARU ENDO, RYUICHI SAGAWA, AND TOSHIAKI A. Furukawa. *Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan*. Psycho-Oncology 20: 497-505 (2011).
7. BOWLING, THORUNN SAEVARSDOTTIR, NANNA FRIDRIKSDOTTIR, SIGRIDUR GUNNARSDOTTIR. *Quality of Life and Symptoms of Anxiety and Depression of Patients Receiving Cancer Chemotherapy: Longitudinal Study*. Cancer Nursing TM, Vol. 33, No. 1, 2010.
8. GOTAY CC, KORN EL, MCCABE MS ET AL. *Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development*. J Natl Cancer Inst 1992;84:575-579.
9. MCDOWELL, M.E., OCCHIPINTI, S.,FERGUSON, M., DUNN, J.,CHAMBERS, S.K., 2010. *Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer*. Psycho-Oncology 19, 508e516
10. PAIVI SALONEN PAIVI, MARJA- TETTU TARKKAM PIRKKA, PIRKKO- LIISA KELLOKUMPU- LEHTINEN, PAIVIM STEDT- KURKIM TIINA LUUKKAALA, MARJA KAUNONEN. *Telephone Intervention and Quality of Life in Patients With Breast Cancer*. Cancer Nursing TM, Vol. 32, No. 3, 2009.
11. SAMMARCO A. *Perceived social support, uncertainty, and quality of life of young breast cancer survivors*. Cancer Nursing. 2001a;24:212Y219.
12. CALLOUDAS LLL, STEVE G. (2010). *"Personality, Coping, and Quality of Life in Early Stage Breast Cancer Survivors"*. Doctor of Philosophy Dissertation, University of Houston.

13. ANDREW BOTTOMLEY. *The Cancer Patient and Quality of Life*. European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)Data Center ,Brussels ,Belgium. by guest on July 3, 2012 www.TheOncologist.alphamedpress.org.
14. NANCY E. AVIS, SYBIL CRAWFORD, AND JANEEN MANUE . *Quality of Life Among Younger Women With Breast Cancer*. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY. VOLUME 23 _ NUMBER 15 _ MAY 20 2005002.
15. MARIANNE CARLSSON, MARIA ARMAN, MARIE BACKMAN, ELISABETH HAMRIN. *Perceived Quality of Life and Coping for Swedish Women With Breast Cancer Who Choose Complementary Medicine*. Cancer Nursing™, Vol. 24, No. 5, 2001.
16. SCHULTZ,ALYCE A. Predictors of Quality of Life in Rural Patients With Cancer. Cancer Nursing: [February 2001 - Volume 24 - Issue 1 - pp 12-19](#)
17. MARIA CONCEPCION DELGADO-SANZ,MARIA JOSE GARCIA - MENDIZABALS,MARINA POLLAN, MARIA JOAO FORJAZ, GONZALO LOPEZ – ABENT, NURIA ARAGONES. *Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review* .Health and Quality of Life Outcomes 2011, 9:3 <http://www.hqlo.com/content/9/1/3>.
18. STEPHANIE A. REID- AMDT, CATHY R. St. *Does Rurality Affect Quality of Life Following Treatment for Breast Cancer?* The Journal of Rural Health, [Volume 26, Issue 4](#), pages 402–405, Fall 2010.
19. CHERY KOOPMAN, KARYN ANGELL, JULIE M. TURNER- COBB, MARY ANNE. *Distress, Coping, and Social Support Among Rural Women Recently Diagnosed with Primary Breast Cancer*. The Breast Journal. [Volume 7, Issue 1](#), pages 25–33, January 2001.
20. REED E., KÖSSLER I. & HAWTHORN J. *Quality of life assessments in advanced breast cancer: should there be more consistency?* (2012) European Journal of Cancer Care.
21. HINZ A., EINENKEL J., BRIEST S., STOLZENBURG J.-U., PAPSDORF K. & SINGER S. (2012) *Is it useful to calculate sum scores of the quality of life questionnaire EORTC QLQ-C30?* European Journal of Cancer Care. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2012.01367.x.
22. JIN-HEE PARK, SUN- HYOUNG BAE, YONG SIK JUNG, KU SANG KIM JIN. *Quality of Life and Symptom Experience in Breast Cancer Survivors After Participating in a Psycho-educational Support Program A Pilot Study*. Cancer Nursing TM, Vol. 35, No. 1, 2012.
23. SEMIHA AKIN, GULBEYAZ CAN, ZEHRA DURNA, ADNAN AYDINER .*The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy*. European Journal of Oncology Nursing 12 (2008) 449–456. journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejon.
24. SCHOU L, EKEBERG SANDVIK L, HIERMSTAD MJ, RULAND CM. *Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population*. Quality Life Research 2005;14:1813-23.
25. BLOOM JR, PETERSEN DM, KANG SH. *Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors*. Psycho-oncology 2007;16:691-706.
26. KLEIN D, MERCIER M, ABEILARD E, PUYRAVEAU M, DANZON A, DALSTEIN V, ET AL. *Long-term quality of life after breast cancer: a French registry-based controlled study*. Breast Cancer Res Treat 2011;129:125-34.

27. WALDMANN A, PRITZKULEIT R, RASPE H, KATALINIC A : *Health related quality of life measured by the EORTC QLQ-C30 and -BR23 in German female patients with breast cancer from Schleswig-Holstein*. Quality Life Research 2007, 16(5):767-776.
28. B. ANN BETTENCOURT, REBECCA J, SCHLEGEL, AMELIA E . *The breast cancer experience of rural women: a literature review*. Psycho-Oncology. [Volume 16, Issue 10](#), pages 875–887, October 2007.
29. TRACEY DISIPIO, SANDI C HAYES, BETH NEWMAN, JOANNE AITKEN, MONIKA JANDA. *Does quality of life among breast cancer survivors one year after diagnosis differ depending on urban and non-urban residence?*. DiSipio et al. Health and Quality of Life Outcomes 2010, 8:3<http://www.hqlo.com/content/8/1/3>.
30. MLYONS M, SHELTON : *Psychosocial impact of cancer in low-income rural/ urban women: Phase II*. Online Journal of Rural Nursing and Health Care 2004, 4(2).
31. ARANDA ,S.,SCHOFIELD, P., WEIH, L., YATES, P., MILNE, D.,ET AL (2005).*Mapping the quality of life and unmet needs of urban women with metastatic breast cancer*. *European Journal of Cancer Care*, 14(3), 211-22.
32. JENNY LARSSON,KERSTIN SANDELIN, CHRISTINA FORSBERG . *Health-Related Quality of Life and Healthcare Experiences in Breast Cancer Patients in a Study of Swedish Women*. Cancer Nursing TM, Vol. 33, No. 2, 2010.
33. NARJES KHALILI,ZIBA FARAJZADEGAN,FARIBOIZ MOKARIAN, and FATEMEH BAHRAMI: *Coping strategies, quality of life and pain in women with breast cancer*. Iran J Nursing Midwifery Res. 2013 Mar-Apr; 18(2): 105–111.

