مقاله مروری

پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در ایران: مرور نظام‌مند متون پژوهشی

نسرین رفائی سعیدی، حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف*، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد، حسین کارشکی

گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی ، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص سرطان پستان و درمان‌های مرتبط با آن تجربه عاطفی آسیب‌زایی برای زنان محسوب شود. پژوهش حاضر باهدف شناسایی پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در مطالعات گذشته مبتنی بر مرور نظام‌مند انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مرور توصیفی و با توجه به روش اجرا جزء مطالعات مرور نظام‌مند است. جستجوی سابقه پژوهشی با استفاده از پایگاه‌های داده‌های الکترونیکی زیر شامل پایگاه اطلاعات علمی (sid)، magiran، medlib، sciencedirect، pubmed، google scholar، web of science، scopus، cinahl و medline از سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۶ (۱۹۹۱ تا ۲۰۱۷) در رابطه با پیامدهای روان‌شناختی مرتبط با سرطان پستان در ایران با استفاده از کلیدواژه‌های سرطان، اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال روانی، کیفیت زندگی، بدعملکردی جنسی، اختلال خواب، سلامت روان، بی‌خوابی، نگرانی، تصویر بدنی، اختلال روان‌پزشکی، نشانگان رفتاری، درماندگی روان‌شناختی، رفتار مقابله‌ای، اختلال استرس پس از سانحه و سرطان پستان انجام شد. محتوای مقالات، بعد از استخراج، با چک‌لیست پریزما (prisma) مورد ارزیابی کیفی قرارگرفته و جهت بررسی داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد.

نتایج: پس از جستجو و ارزیابی مطالعات، تحلیل نهایی بر روی ۷۳ مقاله انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در ۸ طبقه کیفیت زندگی، اضطراب، استرس و تنیدگی، افسردگی، عملکرد جنسی، تصویر بدنی، راهبردهای مقابله‌ای، خستگی و کیفیت خواب جای می‌گیرند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، با ترسیم حیطه‌های مشخص‌شده در حوزه پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان می‌توان از آن به‌عنوان یک نقشه مفهومی برای انجام مطالعات منسجم‌تر و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای گسترده استفاده نمود.

کلمات کلیدی: پیامدهای روان‌شناختی، سرطان پستان، مرور نظام‌مند

مقدمه

تشخیص سرطان پستان و درمان‌های مرتبط با آن تجربه عاطفی آسیب‌زایی برای زنان محسوب شود (۱). سرطان پستان ۲۶ درصد تمام سرطان‌های تازه تشخیص در زنان را تشکیل داده و مسئول ۱۵ درصد مرگ‌های وابسته به سرطان در زنان است (۲). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی سالانه بیش از ۱/۲ میلیون نفر بیمار مبتلابه سرطان سینه تشخیص داده‌شده و بیش از ۵۰۰ هزار نفر در اثر این بیماری فوت می‌کنند (۳). انجمن سرطان آمریکا به‌طور تخمینی اعلام کرده است که سالانه ۲۰۰ هزار نفر به سرطان پستان مبتلا می‌شوند که در این میان ۱ تا ۷ درصد آنان مبتلابه مهاجم‌ترین نوع آن یعنی سرطان التهابی پستان است (۴). در ایران، سرطان پستان یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌ها در زنان است. اوج سنی شیوع آن در زنان ایرانی مربوط به دهه‌های چهارم و پنجم زندگی بوده و یک دهه از سن شیوع جهانی آن پایین‌تر است (۵).

بیماران مبتلابه سرطان پستان در مقایسه با دیگر سرطان‌های زنان بعد از تشخیص بیماری بقاء طولانی‌تری دارند؛ اما امروزه تنها زنده ماندن بیماران مدنظر نیست، بلکه بیماران خواهان یک زندگی باکیفیت مناسب هستند (۶). مواجه با بیماری می‌تواند باعث بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد شود. سرطان پستان می‌تواند باورهای اساسی بیماران را در مورد آسیب‌پذیری شخصی، ایمنی و ارزش خود به چالش بکشد (۷). بیماران اغلب مشکلاتی همچون اضطراب، افسردگی، بلاتکلیفی، کاهش کیفیت زندگی، نگرانی‌های مرتبط با تصویر بدنی و مشکلات خاص

*نویسنده مسئول: **حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف**، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی ، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
Email: aghamohammadian@um.ac.ir
https://orcid.org/0000-0002-4926-5347

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

مرتبط با علائم جسمی را تجربه می‌کنند (۸). Barsotti Santos و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی خاطرنشان ساختند که زنان همبتلابه سرطان پستان سطح اضطراب بالایی در رابطه با اثربخشی درمان‌ها و نگرانی‌هایی نیز در خصوص تصویر بدنی گزارش می‌کنند (۹). تحقیقات اخیر آشکار ساخته‌اند که تقریباً در ۱۰ تا ۲۰ درصد از زنان با سرطان پستان مواردی از اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب فراگیر و استرس پس از سانحه قابل‌تشخیص بالینی است (۱۰). تجربه اضطراب در زنان با سرطان پستان معمولاً با افزایش خستگی و کاهش سطوح کیفیت زندگی در ابعاد روانی، معنوی، سلامت و عملکردی همراه است (۱۱). کیفیت زندگی به‌عنوان سطح بهینه‌ای از احساس بهزیستی فردی ناشی از رضایت یا نارضایتی از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد بااهمیت تلقی می‌شوند تعریف می‌شود (۱۲، ۱۳). همچنین، آشفتگی حاصل از تغییرات فیزیکی ناشی از سرطان پستان معمولاً منجر به گزارش مشکلات روان‌شناختی متنوعی از سوی بیماران همچون اضطراب، نگرانی و افسردگی می‌گردد که تأثیر منفی قابل‌توجهی بر عملکرد این بیماران دارد (۱۴). سرطان، نگاه به زندگی را به‌عنوان فرآیندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد. بیماری‌های مزمن هم چون سرطان با تنیدگی ارتباط دارند و هر چه فرد بیشتر در معرض تنیدگی‌های ناشی از بیماری باشد عوارض منفی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی در آن‌ها بیشتر خواهد بود که ممکن است اثرات مستقیمی بر دفاع‌های ایمنی بدن و خود تومور داشته باشد و منجر به رشد یا فراگستری تومور شود (۱۵). İzci و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای مطرح ساختند که بیماران مبتلابه سرطان پستان طیف وسیعی از مشکلات روان‌پزشکی همچون اضطراب، افسردگی، اختلالات سازگاری، بدکارکردی جنسی و اختلالات خواب را تجربه می‌کنند (۱۶).

Greer و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که وجود سرطان و درمان‌هایی نظیر شیمی‌درمانی و رادیوتراپی، منجر به آشفتگی‌های روان‌شناختی و رفتاری در بیماران مبتلابه سرطان می‌شود (۱۷). قزلباش و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی اشاره داشتند که ۱۰ تا ۲۵ درصد از بیماران مبتلابه سرطان پستان دارای اختلال افسردگی شدید می‌باشند و شیوع افسردگی در این زنان به‌ویژه در سال اول بعد از تشخیص دو برابر جمعیت عمومی زنان است. این بیماران از اضطراب، استرس، افسردگی و ترس از گسترش یا عود بیماری نیز رنج می‌برند (۱۸). همچنین، مطالعات صورت گرفته اشاره کردند که به‌طور تقریبی، ۳۲ درصد از بیماران مبتلابه سرطان پستان پیامدهای روان‌شناختی ناشی از سرطان را در حوزه‌های مختلف روانی و اجتماعی تجربه می‌کنند (۱۹).

شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی در زنان مبتلابه سرطان پستان لزوم توجه بیشتر مسئولین بهداشتی-درمانی را طلب می‌کند. سرطان جزو بیماری‌های تهدیدکننده زندگی محسوب می‌شود و در این میان سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده‌ترین و ازنظر عاطفی-روانی تأثیرگذارترین بیماری در بین زنان است (۲۰). در این بیماران عوارض جانبی درمان، موجب افزایش اختلالات هیجانی و کاهش چشمگیر کیفیت زندگی می‌شود که لزوم شناسایی پیامدهای روان‌شناختی در بیماران مبتلابه سرطان پستان را دوچندان می‌کند (۲۱). این در حالی است که تعداد محدودی از مطالعات اپیدمیولوژیک در خصوص پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در ایران وجود دارد؛ بنابراین، با توجه به اهمیت بررسی پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان و نقش آن در فرایند بیماری و همچنین با در نظر گرفتن شواهد موجود مبنی بر وجود پیامدهای روان‌شناختی گسترده در طی سال‌های اخیر، این مطالعه به‌منظور مرور نظام‌مند مقالات مربوط به پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان انجام‌شده تا با شناخت پیامدهای روان‌شناختی این بیماری، دست‌اندرکاران را در طراحی و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در جهت پیش‌گیری و تعدیل اثرات منفی این پیامدها و به دنبال آن بهبود وضعیت روانی این بیماران یاری نماید. ازاین‌رو، پژوهش حاضر باهدف پاسخگویی به این سؤال انجام گرفت که پیامدهای مهم روان‌شناختی سرطان پستان در مطالعات گذشته مبتنی بر مرور نظام‌مند کدام‌اند؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مرور توصیفی و با توجه به روش اجرا جزء مطالعات مرور نظام‌مند است که مطابق با دستورالعمل موارد ترجیحی برای گزارش مقالات مرور نظام‌مند و فراتحلیل (prisma) در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جستجوی سابقه پژوهشی با استفاده از پایگاه‌های داده‌های الکترونیکی زیر شامل پایگاه اطلاعات علمی (sid)، پرتال جامع علوم انسانی، پایگاه مجلات تخصصی نور، پایگاه ایران مدکس، magiran، medlib، sciencedirect، pubmed، google scholar، web of science، scopus، cinahl و medline از سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۶ (۱۹۹۱

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

تا ۲۰۱۷) در رابطه با پیامدهای روان‌شناختی مرتبط با سرطان پستان در ایران انجام شد.

استراتژی جستجو

جستجوی مقالات با استفاده از کلیدواژه‌های فارسی سرطان، اختلال خلقی، اختلال اضطرابی، اختلال روانی، کیفیت زندگی، بدعملکردی جنسی، اختلال خواب، سلامت روان، بی‌خوابی، نگرانی، تصویر بدنی، اختلال روان‌پزشکی، نشانگان رفتاری، درماندگی روان‌شناختی، رفتار مقابله‌ای، اختلال استرس پس از سانحه، سرطان پستان و ترکیب آن‌ها و در نمایه‌های خارجی از واژگان cancer, mood disorder, anxiety disorder, mental disorder, life quality, sexual dysfunction, sleep disorder, mental hygiene, insomnia, anxiety, body image, mental disorder, behavioral symptom, psychological distress, coping behaviors, traumatic stress disorder, breast cancer and their combination و ترکیبات آن‌ها استفاده شد. استراتژی جستجو در منابع انگلیسی بدین‌صورت بود که ابتدا در قسمت Advanced پایگاه‌های اطلاعاتی، کلیدواژه ایران در قسمت وابستگی سازمانی (Affiliation) و کلیدواژه breast cancer در قسمت title/abstract عنوان و چکیده جستجو گردید. فرایند جستجوی پایگاه‌ها توسط پژوهشگر و با نظارت استاد راهنما صورت گرفته است.

ملاک‌های ورود و خروج

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: مقالات فارسی و انگلیسی‌زبان چاپ‌شده در مجلات علمی-پژوهشی داخل و خارج از کشور که متن کامل آن‌ها در دسترس بود؛ مقالات با طرح‌های پژوهشی مرور نظام‌مند، مشاهده‌ای، توصیفی و کیفی؛ پژوهش‌ها باید به‌صورت مقاله کامل از طریق آنلاین چاپ‌شده یا در آرشیو کتابخانه‌ها قابل‌دسترسی باشند؛ مقالاتی که پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان را گزارش کنند. ملاک‌های خروج نیز شامل مقالاتی بودند که متن کامل آن‌ها وجود نداشته باشد؛ مطالعاتی که اطلاعات کافی در بر نداشتند، پژوهش‌هایی که با توجه به چک‌لیست PRISMA از کفایت لازم برخوردار نبوده یا دارای ضعف‌های روش‌شناختی جدی بودند.

ارزیابی کیفی و تحلیل آماری

محتوای تمامی مقالات، بعد از استخراج از پایگاه‌های موردنظر، با چک‌لیست PRISMA مورد ارزیابی کیفی قرار گرفتند. در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از تحلیل محتوا استفاده شد. در این روش واحدهای تحلیل شامل مضامین و طبقات استخراج‌شده از مطالعات بودند که به هرکدام از این واحدها کدی اختصاص داده شد. سپس کدهای مشابه ادغام و روند کاهش داده‌ها تا ایجاد طبقات اصلی ادامه یافت. به‌منظور افزایش اعتبار (credibility) از شیوه بازنگری خارجی (external check) استفاده گردید (۲۲). بدین‌صورت که کدها و طبقات استخراج‌شده در اختیار دو نفر از اساتید باتجربه در امر تحقیقات کیفی قرار داده شد و سپس نظر نهایی و مشترک در خصوص کدها و طبقات حاصل و تغییرات صورت گرفت.

نتایج

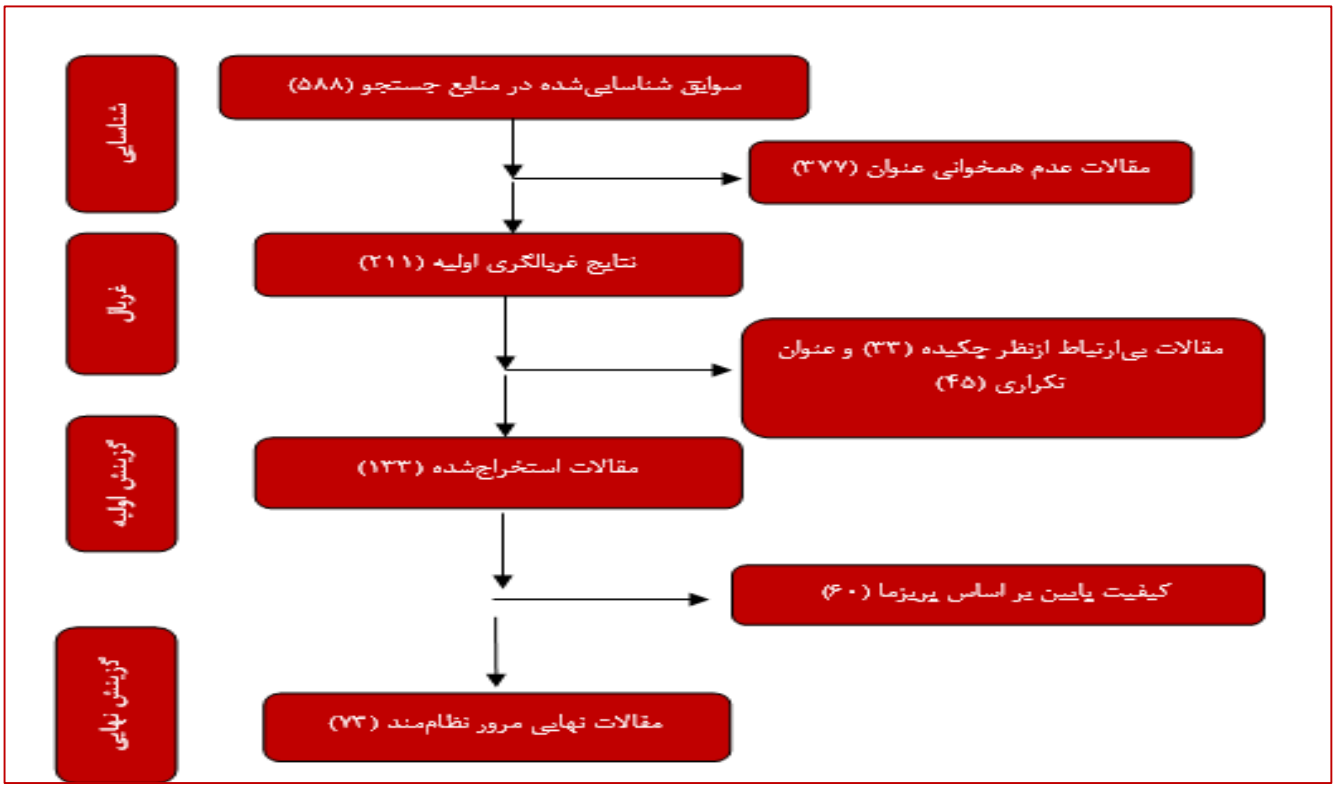
در این مطالعه از ۵۸۸ مقاله به‌دست‌آمده، ۳۷۷ مقاله که ازنظر عنوان باهدف پژوهش همخوان نبودند (معیار غربالگری در مطالعه) پس از غربال اولیه از مطالعه حذف و تعداد ۲۱۱ مطالعه وارد مرحله دوم غربالگری گردیدند. معیار غربالگری در مرحله دوم مقالات بی‌ارتباطی ازنظر چکیده، مقالات تکراری ازنظر عنوان و کیفیت پایین بر اساس چک‌لیست پریزما بود که در این مرحله تعداد ۳۳ مقاله ازنظر چکیده با موضوع موردمطالعه ناهمخوان بودند، تعداد ۴۵ مقاله ازنظر عنوان پژوهش تکراری و تعداد ۶۰ مطالعه نیز به علت عدم احراز حداقل معیارهای کیفی بر اساس چک‌لیست پریزما از مطالعه خارج و درنهایت تعداد ۷۳ مقاله که به‌صورت کیفی بودند وارد مطالعه مرور نظام‌مند شدند (شکل ۱).

بنابراین، پس از جستجو، غربالگری و ارزیابی کیفی مطالعات در طی مرور نظام‌مند، در پایان، بررسی بر روی ۷۳ مطالعه انجام گرفت. مقالات به‌کاررفته در مرور نظام‌مند شامل مطالعاتی بود که بر روی کیفیت زندگی، خستگی، راهبردهای مقابله‌ای، اضطراب و تنیدگی، عملکرد جنسی، افسردگی، تصویر بدنی، سلامت روان و ویژگی‌های روان‌شناختی انجام‌گرفته بودند که خلاصه نتایج اصلی مطالعات در جداول (۱ تا ۸) ارائه شده است. پس از تحلیل و ارزیابی مطالعات صورت گرفته، ۸ طبقه اصلی از پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در زنان شناسایی گردید. طبقات اصلی حاصل‌شده شامل موارد زیر هستند: ۱) کیفیت زندگی، ۲) اضطراب، استرس و تنیدگی، ۳) افسردگی، ۴) عملکرد جنسی، ۵) تصویر بدنی، ۶) راهبردهای مقابله‌ای، ۷) خستگی و ۸) کیفیت خواب.

بحث

هدف اصلی مرور نظام‌مند حاضر، شناسایی پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در زنان مبتنی بر مطالعات گذشته بود. به طورکلی، نتایج این مرور نظام‌مند نشان داد که ابعاد

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]



شکل۱ – فلوچارت مراحل ورود مطالعات به‌مرور نظام‌مند

جدول ۱– مطالعات مرتبط با پیامد کیفیت زندگی

پیامد	نتایج اصلی
کیفیت زندگی	ازنظر جسمی (کاهش توانایی بیمار در انجام فعالیت‌های روزانه موجب اختلال در سازگاری با بیماری) ازنظر عاطفی (با آگاهی از تشخیص بیماری علائم متنوعی مانند شوکت، ناباوری، افسردگی، اضطراب، اختلال در تصویر بدنی و سایر نگرانی‌های روانی-اجتماعی را تجربه می‌کنند) بعد اجتماعی (محدود کردن تعاملات اجتماعی به خاطر خجالت‌آور بودن و نگاه‌های سنگین)
کیفیت زندگی	کیفیت زندگی عملکردی بعد از مداخله در کلیه ابعاد افزایش یافت که بیشترین آن مربوط به بعد جسمانی و کمترین نیز مربوط به وضعیت سلامت عمومی بود. همچنین در ابعاد تصویر ذهنی و دورنمای آینده افزایش قابل‌توجهی مشاهده گردید.
کیفیت زندگی	۳۴/۵ درصد از بیماران دارای کیفیت زندگی ضعیف، ۴۱/۴ درصد متوسط و ۲۴/۱ درصد خوب؛ ۲۷/۶ درصد در حد قابل قبولی درمان را پیگیری؛ ۰/۷۶ درصد از بیماران کیفیت زندگی متوسط رو به پایین داشتند و درمان خود را منظم پیگیری نمی‌کردند.
کیفیت زندگی	از ۵۰ بیمار، ۳۱ بیمار (۶۲٪) با تشخیص افسردگی؛ میانگین نمره افسردگی بیماران در ابتدای مطالعه ۱۸ و در انتهای مطالعه ۶/۵ بود. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران در ابتدای مطالعه ۵۱/۶۸ و در پایان مطالعه ۶۸/۲۵ بود.
کیفیت زندگی	بر اساس نتایج مطالعه کیفیت زندگی اکثریت ۵۱ درصد واحدهای پژوهش متوسط بود. درزمینه سلامت روان، میانگین اختلال در عملکرد اجتماعی از سایر حیطه‌ها بالاتر بود؛ بنابراین سرطان پستان بیشترین اثر را بر عملکرد اجتماعی بیماران گذاشته است.
کیفیت زندگی	۳۱٪ مبتلایان به کانسر پستان دارای کیفیت زندگی مطلوب، ۱۸ درصد دارای کیفیت نسبتاً مطلوب و ۵۱٪ دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند. همچنین ۴۶٪ آزمودنی‌ها در عملکرد هیجانی، ۴۲٪ عملکرد جسمانی، ۳۶٪ در عملکرد شناختی، ۳۵٪ در عملکرد اجتماعی و ۲۹ درصد در عملکرد ایفای نقش دارای وضعیت نامطلوب بودند.
کیفیت زندگی	کیفیت زندگی ۷۵/۹۱ در از بیماران در سطح متوسط بود.
کیفیت زندگی	باوجود یکسان بودن نمرات کیفیت زندگی بیماران در شروع درمان در هر دو گروه، پس از ۴ ماه پیگیری، در پایان دوره شیمی‌درمانی، میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر دو گروه کاهش یافت.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

کیفیت زندگی	میانگین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ۴۸/۶۵، در بعد جسمی ۵۳/۸۶، روانی ۴۱/۰۵، اجتماعی ۵۵/۳۵ و محیط ۵۰/۲۶ بود. کیفیت زندگی در حیطه سلامت روانی از سایر حیطه‌ها پایین‌تر بود.
کیفیت زندگی	میانگین نمره کل کیفیت زندگی در سطح متوسط بود. بالاترین سطح کیفیت زندگی در بعد روانی ۱۰۳/۶۱ و پایین‌ترین آن مربوط به بعد اجتماعی ۳۶/۴۶ است.
کیفیت زندگی	کیفیت زندگی اکثریت شرکت‌کنندگان در حد متوسط بود (۵۳/۹۳٪). رابطه معنی‌داری بین کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان پستان با جلسات شیمی‌درمانی وجود دارد.
کیفیت زندگی	بین نمرات پیش و پس‌آزمون کیفیت زندگی گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به عبارتی، مدیریت استرس منجر به بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلابه سرطان پستان شده است.
کیفیت زندگی	گروه‌درمانی معنوی منجر به بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن (ابعاد روانی و اجتماعی) و همچنین بهزیستی معنوی (سلامت معنوی، مذهبی و وجودی) در زنان مبتلابه سرطان پستان شده است.
کیفیت زندگی	بیماران گروه توان‌بخشی کیفیت زندگی بهتری (سلامت کلی، عملکرد نقش، عملکرد هیجانی، شناختی و اجتماعی بالاتر؛ علائم خستگی، درد و بی‌خوابی پایین‌تر) را نسبت به گروه کنترل گزارش کردند.
کیفیت زندگی	زنان دارای جراحی حفظ پستان به‌طور معنی‌داری کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به زنان ماستکتومی شده داشتند.
کیفیت زندگی و میزان پیوستگی	نتایج نشان داد که گروه شرکت‌کننده در برنامه حمایت همسالان نسبت به گروه کنترل بهبود معنی‌داری در درد بدنی، نقش فیزیکی، نقش هیجانی، عملکرد اجتماعی و سلامت ذهنی نشان دادند.
بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی	شواهد نشان داد که بیماران مبتلابه سرطان پستان کیفیت زندگی پایینی را تجربه می‌کنند. همچنین رابطه معنی‌دار مثبتی به نمرات کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی در بیماران وجود دارد.
کیفیت زندگی	۵۳/۴٪ از بیماران کیفیت زندگی تا حدی مطلوب داشتند.
کیفیت زندگی	با توجه به نتایج به‌دست‌آمده بیماران مبتلابه سرطان پستان نسبت به افراد سالم از کیفیت زندگی ضعیف‌تری برخوردار بودند.

جدول ۲- مطالعات مرتبط با پیامد اضطراب

پیامد	نتایج اصلی
اضطراب	شیوع اضطراب متوسط یا شدید از ۱۶ تا ۶۵ درصد به‌عنوان شایع‌ترین عارضه در این بیماران مطرح است
اضطراب و افسردگی	نتایج نشان داد که میزان افسردگی و اضطراب در طول زمان بهبود پیدا می‌کند. اگرچه در طول ۱۸ ماه پیگیری ۳۸/۴ درصد و ۲۲/۲ درصد از بیماران اضطراب و افسردگی شدیدی را گزارش کردند. همچنین خستگی عامل خطر مهمی در رشد اضطراب و افسردگی در سه ماه پس از پیگیری بود.
اضطراب و افسردگی	در مرحله خط پایه ۲۹ درصد از بیماران اضطراب بالا و ۱۴ درصد نیز دارای افسردگی بالا تشخیص داده شدند. در مرحله پیگیری نیز مشاهده شد که تنها ۲ درصد از بیماران دارای اضطراب شدید بودند و اما در هیچ‌یک از بیماران افسردگی مشاهده نشد.
پریشانی هیجانی	با توجه به نتایج ۳۹ درصد از پریشانی روان‌شناختی شدید رنج می‌بردند. مراقبت از کودکان، ترس، اضطراب، مشکلاتی در حمام کردن و تعویض لباس، مشکلات خانوادگی، تب و خشکی بینی ازجمله رایج‌ترین مشکلات مرتبط با پریشانی روان‌شناختی بود.
تنیدگی تجربه‌شده	با توجه به نتایج به‌دست‌آمده زنان مبتلابه سرطان پستان تنیدگی بیشتری را نسبت به زنان سالم تجربه کرده و حوادث را بسیار تهدیدکننده‌تر می‌پندارند.
اضطراب	بر اساس امتیازات ۲۰٪ افراد اضطراب متوسط و ۷۰/۹ ٪ اضطراب خیلی پایین برخوردار بودند.
اضطراب	نتایج نشان داد که روش‌های تصویرسازی ذهنی و تن آرامی در کاهش اضطراب زنان بیمار مبتلابه سرطان سینه مؤثر بود.
اضطراب	میزان شیوع اضطراب در مبتلایان به سرطان پستان ۲۴٪ بود. اکثریت نمونه‌ها دارای اضطراب متوسط با شیوع ۶۶/۹٪ بودند.
اضطراب	بیماران مبتلابه سرطان پستان نسبت به سایر بیماران سرطانی (روده بزرگ، معده، مری، ریه و تیروئید) و نسبت به افراد سالم از شیوع بالاتری در متغیر اضطراب خفیف و بالینی برخوردارند.
استرس و اضطراب	میزان شیوع استرس، اضطراب در بیماران مبتلابه سرطان پستان ۶۶/۷٪ و ۷۷/۴٪، بود. بیماران مبتلا دارای سطح متوسط استرس و سطح بالایی از اضطراب بودند.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

جدول ۳- مطالعات مرتبط با پیامد افسردگی

پیامد	نتایج اصلی
افسردگی	شدت افسردگی ۴۸/۸٪ بیماران در سطح متوسط تا شدید بوده است.
افسردگی	نتایج این پژوهش نشان داد که از جمعیت موردمطالعه ۴۲/۳٪ از افسردگی متوسط تا شدید و ۵۷/۷٪ این جمعیت از میزان افسردگی خفیف برخوردار بودند.
افسردگی	درمجموع ۶۸ بیمار (۶۱/۳٪) افسرده محسوب می‌شدند. به‌طوری‌که ۲۳ بیمار (۳۳/۸) دارای افسردگی خفیف، ۲۶ بیمار (۳۸/۲٪) دارای افسردگی متوسط، ۱۶ بیمار (۲۳/۵٪) نیز دارای افسردگی شدید و ۳ بیمار (۴/۵٪) دارای افسردگی خیلی شدید بودند.
افسردگی	بر اساس امتیازات ۲۱/۸٪ کمی افسرده، ۵/۵٪ نیازمند مشورت، ۹٪ به نسبت افسرده، ۳/۶٪ افسردگی شدید و ۱/۸ افسردگی بیش‌ازحد داشتند.
افسردگی	نتایج نشان داد که روش‌های تصویرسازی ذهنی و تن آرامی در کاهش افسردگی زنان بیمار مبتلابه سرطان سینه مؤثر بود.
افسردگی	میزان شیوع افسردگی در مبتلایان به سرطان پستان ۳۴/۵٪ بود. اکثریت نمونه‌ها دارای افسردگی متوسط با شیوع ۳۳/۶ بودند.
افسردگی	به‌طورکلی در بیماران مبتلابه سرطان پستان حدود ۳۲ درصد اضطراب شدید و ۲۹ درصد افسردگی مشاهده گردید.
افسردگی	با توجه به نتایج زنان مبتلابه سرطان پستان دارای بیشتری میزان افسردگی (۷۶/۲ درصد) نسبت به سایر سرطان‌های معده، مری، لوسمی حاد، روده بزرگ و کبد و انواع ناشناخته متاستاز بودند.
افسردگی	بیماران مبتلابه سرطان پستان نسبت به سایر بیماران سرطانی (روده بزرگ، معده، مری، ریه و تیروئید) و نسبت به افراد سالم از شیوع بالاتری در متغیر افسردگی خفیف و بالینی برخوردارند.
افسردگی	استرس روان‌شناختی، افسردگی، ناامیدی، فقدان علاقه و لذت، نقش مهمی در تحول سرطان پستان ایفا می‌کند.
افسردگی	ازنظر ابعاد ۹ گانه سلامت روانی، بیشترین میانگین مربوط به اختلالات افسردگی بود.
افسردگی	میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان ۵۱/۲٪ بود. بیماران مبتلا دارای سطح متوسط افسردگی بودند.

جدول ۴- مطالعات مرتبط با پیامد عملکرد جنسی

پیامد	نتایج اصلی
عملکردی جنسی و سلامت روان	۶۲ درصد از زنان نابارور مبتلابه سرطان پستان به بدعملکردی جنسی مبتلا هستند و بیشتر افراد از اختلال ارگاسمی رنج می‌برند. بدعملکردی جنسی با سلامت روان رابطه منفی دارد.
عملکرد جنسی	۴ مضمون اصلی به‌دست‌آمده شامل دردناک بودن رابطه جنسی، ازسرگیری رابطه جنسی، افت کیفیت و کمیت رابطه جنسی و ملاحظه‌کاری جنسی. نتایج پژوهش نشان‌دهنده تغییر در عملکرد جنسی زنان پس از جراحی ماستکتومی است.
عملکرد جنسی	اختلال در عملکرد جنسی در ۶۰٪ از بیماران متوسط بوده و بیشترین اختلال به ترتیب در بعد تعاملات جنسی و تحریک یا برانگیختگی جنسی بوده است.
عملکرد جنسی	۸۵/۸٪ (۸۹ نفر) از بیماران دارای اختلال عملکرد جنسی بودند. بیشترین اختلال مربوط به درد هنگام مقاربت (۹۰٪) و کمترین آن مربوط به میل جنسی (۷۷٪) بود. اکثر افراد مبتلابه سرطان پستان از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برند.
عملکرد جنسی	در بیماران مبتلابه سرطان پستان و دستگاه ژنیتال تحت درمان با رادیوتراپی و شیمی‌درمانی اختلال عملکرد جنسی بیشتر است
عملکرد و رضایت جنسی	بین دو گروه زنان ماستکتومی شده و لامپکتومی ازنظر میانگین عملکرد جنسی اختلاف وجود داشت. میل جنسی، برانگیختگی، لغزنده شدن، رضایت جنسی و درد حین مقاربت تفاوت وجود داشت. رضایت جنسی نیز در دو گروه متفاوت بود.
زندگی جنسی پس از ماستکتومی	دوطبقه اصلی در بیماران شامل شکست در عملکرد جنسی و تلاش برای ترمیم عملکرد جنسی بود. طبقه اول شامل زیرمجموعه‌هایی شامل ادراک تغییرات فیزیکی و رفتارهای تغییریافته جنسی و عوامل مرتبط با تشدید شکست در عملکرد جنسی (انتظارات و مسائل اجتماعی) بود. همچنین زیرمجموعه‌های طبقه‌ترمیم جنسی شامل تلاش برای ترمیم فیزیکی و به دست آوردن حمایت بود. با توجه به بافت فرهنگی کشور، بیماران در کنار عوار فیزیکی بیماری از مشکلات عاطفی نیز رنج می‌برند.
عملکرد جنسی	به‌طورکلی مشاهده گردید که در حدود ۵۲ تا ۸۴ درصد از بیماران مبتلابه سرطان پستان به‌طور معنی‌داری تخریب و بدتر شدن عملکرد جنسی را گزارش کردند.
عملکرد جنسی	با توجه به نتایج به‌دست‌آمده بیماران مبتلابه سرطان پستان نسبت به افراد سالم از عملکرد جنسی ضعیف‌تری شامل میل جنسی پایین‌تر، برانگیختگی و روان‌سازی کمتر و همچنین ارگاسم و رضایت پایین‌تری برخوردار بودند.
عملکرد جنسی	نتایج نشان داد که ۷۱/۳ درصد از بیماران بدعملکردی جنسی (کاهش رضایت یا درد زیاد) را گزارش کردند؛ بنابراین سرطان بر عملکرد جنسی زنان مؤثر است و منجر به کاهش کیفیت زندگی گردد.
کیفیت زندگی جنسی	تفاوت معنی‌داری بین نمرات کیفیت زندگی جنسی دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد، بااین‌حال بین نمرات هر دو گروه پس از انجام مداخله تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. به‌طوری‌که مداخله مبتنی بر بازتوانی جنسی منجر به بهبود کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی گروه آزمایش گردید.
عملکرد جنسی	بین شرکت‌کنندگان دو گروه زنان با سرطان پستان و زنان عادی در متغیرهای تخیلات جنسی، برانگیختگی جنسی، زیر مقیاس‌های رضایت و درد جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
عملکرد جنسی	۷۰/۶ درصد از شرکت‌کنندگان مشکل در میل جنسی؛ و ۷۲ درصد نیز کاهش ارگاسم را گزارش کردند.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

جدول ۵- مطالعات مرتبط با پیامد تصویر بدنی

پیامد	نتایج اصلی
تصویر بدنی	نتایج به‌دست‌آمده تا حدودی نگرانی‌های زنان مبتلابه سرطان پستان را در مورد تصویر بدنی‌شان نشان می‌دهد. این نتایج انعکاسی از مطلوبیت اجتماعی باشد، به‌طوری‌که تعدادی از بیماران از حضور در جامعه خجالت می‌کشند و مشکلاتی را در پذیرش نگرانی‌هایشان در مورد ظاهر فیزیکی هنگام روبه‌رو شدن با یک بیماری مانند سرطان پستان دارند.
تن‌انگاره و درماندگی	تن‌انگاره با درماندگی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. زنان جوان مبتلابه سرطان پستان نسبت به زنان مسن، مشکلات بیشتری درزمینه تن‌انگاره و درماندگی روان‌شناختی دارند.
تصویر بدنی	بین شرکت‌کنندگان دو گروه زنان با سرطان پستان و زنان عادی در شاخص تصویر بدنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.
تصویر بدنی و نگرانی	نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون نگرانی تصویر بدنی پس از به‌کارگیری گروه‌درمانی شناختی رفتاری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌طوری‌که گروه‌درمانی شناختی رفتاری منجر به بهبود نمرات بیماران گروه آزمایش در شاخص نگرانی تصویر بدنی شده است.
عزت‌نفس بدنی	با توجه به نمرات افراد در مقیاس عزت‌نفس می‌توان مطرح کرد که بیماران از عزت‌نفس بدنی پایینی برخوردارند.
عزت‌نفس بدنی	با توجه به نتایج، اکثریت بیماران عزت‌نفس بدنی پایینی داشتند.
تصویر بدنی	عوامل بیولوژیکی مؤثر در تصویر بدنی شامل سن، جنسیت و تحصیلات؛ عوامل روان‌شناختی مؤثر بر تصویر بدنی شامل عوامل شخصی و بین شخصی شامل سلامت روانی، خستگی، اضطراب، کاهش اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس، نگرانی درباره افزایش وزن، افسردگی، احساس شرم و خجالت.
تصویر بدنی - ماستکتومی	در طول ۱ تا ۳ ماه پس از ماستکتومی، شاخص تصویر بدنی ۴۴/۴ درصد در حد متوسط؛ رابطه جنسی ۳۱/۱ درصد در حد نامطلوب، دیدگاه نسبت به دیگران ۳۴/۴ درصد در حد مطلوب و روابط خانوادگی ۴۰ درصد در حد متوسط بود.

جدول ۶- مطالعات مرتبط با پیامد راهبردهای مقابله و سازگاری

پیامد	نتایج اصلی
راهبردهای مقابله	بیماران مبتلابه سرطان پستان از راهبردهایی چون راهبرد مذهبی، نگرش مثبت و امیدواری و خوش‌بینی، پذیرش حقیقت بیماری، تلاش در جهت درمان، کنترل درونی، بازنگری مثبت، نگرانی، درخواست حمایت اجتماعی و فراموشی عمدی استفاده می‌کنند.
مقابله با سرطان پستان	موضوع‌های مهم به‌دست‌آمده شامل مواجهه با بیماری با به‌کارگیری رویکرد مذهبی (تسلیم به بیماری به‌عنوان یک تقدیر الهی، استمداد مذهبی)، نگرش نسبت به بیماری (مثبت اندیشی، امید به زندگی، تلقین مثبت، درمان‌پذیر بودن بیماری، فراموشی آگاهانه، تفکر منفی، ناامیدی، ترس، اختلال در تصویر بدنی)، پذیرش حقیقت بیماری (پذیرش فعال، مبارزه با بیماری، شکیبایی، پذیرش غیرفعال)، عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر رویارویی (واکنش‌های اجتماع نسبت به بیماری، وجود گروه همگن)
سازگاری با ماستکتومی	تجارب روند سازگاری ۲۳ مشارکت‌کننده در ۵ درون‌مایه شامل مواجهه با بحران (آگاهی از خطر، تصمیم‌گیری با ترس و امید، ترس از ترحم)، فراز و نشیب‌ها (مشکلات ناشی از جراحی، احساس مرگ و مردن)، از دست دادن هویت (از دست دادن هویت زنانه، گم‌گشتگی هویت اجتماعی)، حمایت همه‌جانبه (حمایت خانواده و دوستان، حمایت همسر، حمایت کادر درمان)، تلاش برای بازسازی زندگی (رهایی از انزوا، پیگیری درمان، توسل و دعا) و پیوند زندگی با ماستکتومی (بازسازی ظاهر، زندگی با دغدغه) است. تطابق مشارکت‌کنندگان با ماستکتومی از یک فرایند پیچیده تبعیت می‌کند.
مهارت‌های مقابله با استرس و پریشانی	تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس منجر به کاهش معنی‌دار سطح پریشانی روانی بیماران مبتلابه سرطان پستان نسبت به گروه کنترل شده است.
اختلالات روانی و راهبردهای مقابله‌ای	بین اضطراب، استرس و افسردگی با راهبرد مقابله‌ای اجتنابی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد و سطوح بالاتر اضطراب و افسردگی تحریک‌کننده راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی هستند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که افسردگی و استرس پیش‌بین مناسبی برای راهبرد مقابله اجتنابی هستند.
مقابله با سرطان پستان	تم اصلی راهبرد مقابله‌ای مورداستفاده منطبق بر رویکرد مذهبی بود (پذیرش بیماری به‌عنوان خواست الهی، مبارزه معنوی)، تفکر درباره اختلال (تفکر مثبت: شامل پیشنهادهای مثبت، امید، فراموشی عمدی و تفکر منفی: شامل ناامیدی، ترس، تصویر بدنی مختل شده)، پذیرش حقیقت اختلال (پذیرش فعال، پذیرش نافعال) و عوامل حمایتی اجتماعی و فرهنگی مرتبط با دیگران
سازگاری با سرطان پستان	جنبه‌های برجسته سازگاری در بیماران مبتلابه سرطان پستان شامل ادراک تهدید برای زندگی، جنبه‌های مذهبی، ابعاد حمایتی، درخواست ریکاوری، افزایش استقامت و بازداری و تسهیل تحمل بود.
راهبردهای مقابله‌ای	تقریباً همه بیماران معتقدند اضطراب، استرس، شخصیت حساس و تاریخچه رویدادهای استرس‌زای زندگی ازجمله علل اساسی در شروع این بیماری هستند، همچنین معنویت به‌عنوان اولین منبع حمایت روان‌شناختی در میان شرکت‌کنندگان مطرح است.
راهبردهای مقابله‌ای	سه موضوع اساسی که از مصاحبه با زنان با تشخیص سرطان پستان در خصوص مقابله با سرطان و تجربیات آنان به دست آمد شامل آشفتگی‌های هیجانی (رویارویی، جداسازی، تقدیرگرایی آشفتگی عاطفی، کاهش نقش، احساس گناه و سرزنش کردن دیگران)، اجتناب (خود حواس‌پرتی و امتناع) و تلاش‌های منطقی (پذیرش شناختی، تفکر مثبت، کنترل تهدید، جستجوی کمک معنوی، احتباس نقش و استفاده از حمایت) بود.
پاسخ‌های مقابله‌ای	بیشترین راهبردهای مقابله‌ای استخراج‌شده از تحقیقات انجام‌شده شامل موارد ذیل است:۱) جستجوی حمایت اجتماعی، ۲) اصلاح مثبت و رفتارهای ارزیابی مجدد به‌عنوان استراتژی متمرکز بر حل مسئله، ۳) تلاش‌های متمرکز بر مذهب و معنویت، ۴) بیان هیجانی به‌عنوان راهبرد متمرکز بر هیجان مثبت، ۵) اجتناب و حواس‌پرتی به‌عنوان استراتژی‌های اجتنابی.
فرایند مقابله با ماستکتومی	بیماران جهت سازگاری با ماستکتومی هفت مرحله واکنش به ماستکتومی، مجادله فقدان یا مرگ، بازسازی سیستم ارزیابی، رضایت برای اعمال ماستکتومی، واکنش‌ها و مشکلات پس از دست دادن، مقابله با از دست دادن و سلامت، سازمان‌دهی مجدد و سازگاری با تغییرات را پشت سر می‌گذارند.
مقابله مذهبی و کیفیت زندگی	تحلیل رگرسیون نشان داد که مقابله مذهبی مثبت و منفی قادر به پیش‌بینی معنی‌دار نمرات کیفیت زندگی بیماران هستند. به‌طوری‌که مقابله معنوی مثبت به‌صورت مثبت منجر به بهبود کیفیت زندگی و مقابله مذهبی منفی قادر به بدتر کردن وضعیت کیفیت زندگی در بیماران است.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

جدول ۷- مطالعات مرتبط با پیامد خستگی

پیامد	نتایج اصلی
خستگی	۳۲ درصد از بیماران درجات بالایی از اضطراب و ۱۶ درصد درجات بالایی از افسردگی؛ خستگی عاطفی با اضطراب و افسردگی و خستگی شناختی با اضطراب و درد ارتباط دارد.
خستگی	تفاوت معنی‌داری بین دو گروه خنده‌درمانی و کنترل در میزان خستگی وجود داشت، در گروه خنده‌درمانی، حضور خستگی خفیف به‌صورت تداخل با فعالیت‌های روزمره و در گروه کنترل، حضور خستگی شدید به‌صورت تداخل در ارتباط با دیگران و تداخل با لذت از زندگی بوده است.
خستگی	۷۴/۲٪ نیاز به استراحت، ۵۳٪ احساس ضعف و ۷۸٪ احساس خستگی را گزارش کردند. به‌طورکلی ۷۸٪ از بیماران علائم و نشانه‌های خستگی را به درجات مختلفی بیان نمودند
خستگی	میزان خستگی بین در گروه خنده‌درمانی در هفته اول ۰/۹۳ به ۳/۳۶ در هفته پنجم و در گروه کنترل نیز از ۱/۰۱ در هفته اول به ۷/۲۹ در هفته پنجم رسید. خنده‌درمانی در کاهش خستگی مؤثر است.
خستگی	اختلاف معنی‌داری در میزان خستگی پس از پایان مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل وجود دارد. به‌کارگیری استراتژی ذخیره انرژی در کاهش خستگی بیماران مبتلابه سرطان مؤثر است.

جدول ۸- مطالعات مرتبط با پیامد کیفیت خواب

پیامد	نتایج اصلی
کیفیت خواب	نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین نمرات کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان دو گروه قبل و پس از مداخله وجود دارد ولی بین نمرات کیفیت خواب دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.
کیفیت خواب	۵۰٪ از بیماران وضعیت نامطلوب خواب داشتند. بیشترین مشکل مربوط به بیدار شدن شبانه، تأخیر در به خواب رفتن و استفاده از داروهای خواب‌آور بود. کیفیت خواب زنان با کانسر پستان نامطلوب بود.

پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در زنان در ۸ طبقه کیفیت زندگی، اضطراب، استرس و تنیدگی، افسردگی، عملکرد جنسی، تصویر بدنی، راهبردهای مقابله‌ای، خستگی و کیفیت خواب جای می‌گیرند.

در خصوص پژوهش‌های مربوط به کیفیت زندگی، از ۲۱ مطالعه بررسی‌شده، نتایج ۱۳ مطالعه حاکی از این بود که زنان مبتلابه سرطان پستان نسبت به زنان عادی از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردارند (۲۳، ۲۴، ۲۵). مطالعه حسینی و خالدی فر (۲۰۱۴) نشان داد که ۷۶ درصد از بیماران مبتلابه سرطان پستان کیفیت زندگی متوسط رو به پایین داشتند (۲۴). Xiao و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای اشاره کردند که افزایش شاخص توده بدنی (BMI) و افزایش استرس ادراک‌شده عامل خطر مهمی برای کاهش کیفیت زندگی محسوب می‌شوند، به‌طوری‌که افزایش شاخص توده بدنی در بیماران با کاهش مؤلفه‌های فیزیکی کیفیت زندگی و همچنین استرس ادراک‌شده بالا با کاهش مؤلفه‌های ذهنی کیفیت زندگی در بیماران مرتبط است (۲۶). همچنین، ماندگاری اثرات فیزیکی درمان همچون خستگی، ریزش موها، ورم لنفاوی، از دست دادن ارتباطات اجتماعی معمول به علت درمان‌های پزشکی و فقدان حمایت از سوی خانواده و دوستان به علت عدم درک مسائل فیزیکی و روان‌شناختی مرتبط با سرطان ازجمله مهم‌ترین دلایل کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان هستند (۲۷). تشخیص و درمان سرطان پستان تجربه‌ای همراه با فشار روانی است. درمان‌های طولانی، توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی و لذت بردن از زندگی مورد تهدید قرار داده و به همراه سطح بالای استرس و اضطراب، تأثیر نامطلوبی بر خودباوری زنان داشته و درنهایت می‌تواند منجر به کاهش سطح کیفیت زندگی این بیماران گردد.

نتایج پژوهش‌های به‌دست‌آمده در خصوص اضطراب و تنیدگی زنان مبتلابه سرطان در طی ۱۶ مطالعه بیانگر آن بود که شیوع اضطراب متوسط یا شدید از ۱۶ تا ۶۵ درصد به‌عنوان شایع‌ترین عارضه در این بیماران مطرح است (۲۸، ۲۹). مهربانی و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی اشاره کردند که میزان شیوع استرس، اضطراب در بیماران مبتلابه سرطان پستان ۶۶/۷٪ و ۷۷/۴٪، بود.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

بیماران مبتلا دارای سطح متوسط استرس و سطح بالایی از اضطراب بودند (۳۰). نیک بخش و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه‌ای مطرح ساختند که بیماران مبتلابه سرطان پستان نسبت به سایر بیماران سرطانی (روده بزرگ، معده، مری، ریه و تیروئید) و نسبت به افراد سالم از شیوع بالاتری در متغیر اضطراب خفیف و بالینی برخوردارند (۳۱). موسی رضایی و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی خاطرنشان ساختند که نگرش‌های ناکارآمد بیماران یکی از عوامل اصلی بروز استرس و اضطراب ناشی از سرطان پستان بوده و پایین بودن نمره نگرش‌های ناکارآمد نیز به‌عنوان یک فاکتور مهم محافظت‌کننده محسوب می‌گردد (۳۲). Hill و همکاران (۲۰۱۱) نیز در پژوهشی با بررسی پیش‌بین‌های اضطراب و افسردگی پس از تشخیص سرطان پستان خاطرنشان ساختند که حمایت اجتماعی پایین، خود سرزنشگری و شرم به‌طور نیرومندی با افسردگی و اختلالات اضطرابی در زنان مبتلابه سرطان پستان مرتبط است (۳۳).

نتایج مطالعات در خصوص افسردگی زنان مبتلابه سرطان پستان در طی ۱۲ مطالعه بیانگر آن بود که افسردگی، ناامیدی، فقدان علاقه و لذت، نقش مهمی در تحول سرطان پستان ایفا می‌کند (۲۰، ۳۴، ۳۵). مطالعات انجام‌شده شیوع افسردگی در زنان مبتلابه سرطان پستان را در دامنه‌ای از ۴۵ تا ۸۰ درصد گزارش نمودند (۳۶، ۳۷). به‌طوری‌که در مطالعه مشهدی و همکاران زنان مبتلابه سرطان پستان دارای بیشتری میزان افسردگی (۷۶/۲ درصد) نسبت به سایر سرطان‌های معده، مری، لوسمی حاد، روده بزرگ و کبد و انواع ناشناخته متاستاز بودند (۳۸). Burgess و همکاران (۲۰۰۵) با بررسی عوامل خطر اضطراب و افسردگی در زنان مبتلابه سرطان پستان اشاره کردند که عواملی همچون سن پایین، مشکلات روان‌شناختی قبلی، مشکلات غیر مرتبط با سرطان، فقدان حمایت اجتماعی و فقدان روابط صمیمی مورد اعتماد در افزایش اضطراب و افسردگی زنان مبتلابه سرطان پستان نقش دارند (۳۹). در این راستا، می‌توان اشاره کرد که ماهیت سرطان پستان به‌گونه‌ای است که بیمار به دلیل شرایط سخت بیماری و حتی شرایط دشوار درمان و عوارض جانبی آن با ابهام‌های زیادی مواجه است و نمی‌داند که آیا بیماری به درمان جواب خواهد داد یا اینکه نه‌تنها بهبود نمی‌یابد، بلکه به سایر نقاط بدن نیز سرایت می‌کند و افکار دیگری ازاین‌دست. به‌این‌ترتیب وجود این‌گونه ابهامات و واکنشی که فرد به آن نشان می‌دهد، می‌تواند منجر به سطح بالایی از عدم تحمل ابهام در این بیماران شده و حالت‌های خلق منفی و اضطرابی را در چرخه معیوب شناختی فعال نگه دارد.

نتایج پژوهش‌های به‌دست‌آمده در خصوص عملکرد جنسی زنان مبتلابه سرطان پستان در طی ۱۲ مطالعه بیانگر آن بود که درصد بسیار بالایی از بیماران مبتلابه سرطان پستان از بدعملکردی های جنسی رنج می‌برند (۴۰، ۴۱). همچنین، نتایج ۱۲ مطالعه دیگر نیز بیانگر آن بود که زنان مبتلابه سرطان پستان تا حدودی نگرانی‌هایی در مورد تصویر بدنی و عزت‌نفس بدنی خود دارند (۴۲، ۴۳، ۴۴). به‌طوری‌که در مطالعه شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید (۲۰۱۱) ۶۲ درصد از زنان نابارور مبتلابه سرطان پستان به بدعملکردی جنسی مبتلا هستند و بیشتر افراد از اختلال ارگاسمی رنج می‌برند (۴۵). این بیماران مشکلاتی را نیز در پذیرش نگرانی‌هایشان در مورد ظاهر فیزیکی هنگام روبه‌رو شدن با یک بیماری مانند سرطان پستان دارند (۴۲). دوطبقه اصلی شناسایی‌شده در این بیماران شامل شکست در عملکرد جنسی و تلاش برای ترمیم عملکرد جنسی بود. طبقه اول شامل زیرمجموعه‌هایی شامل ادراک تغییرات فیزیکی و رفتارهای تغییریافته جنسی و عوامل مرتبط با تشدید شکست در عملکرد جنسی (انتظارات و مسائل اجتماعی) بود و زیرمجموعه‌های طبقه‌ترمیم جنسی شامل تلاش برای ترمیم فیزیکی و به دست آوردن حمایت بود (۴۶). در مطالعات صورت گرفته علل کاهش عملکرد جنسی و تصویر بدنی در زنان تاکنون مشخص نشده است، بااین‌حال، Baucom و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند که سرطان پستان و درمان‌های مربوط به آن می‌تواند تصویر بدنی و سلامت جنسی زنان را به علت تغییرات آناتومیکی و کاهش عملکرد و زیبایی تحت تأثیر قرار دهد. این پژوهشگران وارد شدن فشارهای اجتماعی برزنان جوان به علت جذابیت فیزیکی و جنسی را از دلایل اصلی تصویر بدنی مختل و کاهش عملکرد جنسی مطرح می‌کنند (۴۷). با توجه به اینکه سرطان پستان هویت و شخصیت زنانه مبتلایان را در فرایندی از ارزش‌گذاری منفی و درک شخص از جسم و بدن خویش به خطر می‌اندازد، می‌تواند منجر به نارضایتی از بدن و احساس جذاب نبودن و درنهایت مشغولیت فکری نسبت به وضعیت قسمتی از بدن و بروز مشکلات تصویر بدنی در بیماران گردد.

نتایج پژوهش‌های به‌دست‌آمده در خصوص راهبردهای مقابله‌ای زنان مبتلابه سرطان در طی ۱۱ مطالعه صورت گرفته بیانگر آن بود که زنان مبتلابه سرطان پستان در مواجهه با

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

بیماری روند مقابله‌ای منحصربه‌فردی را در طول زمان سپری می‌کنند که از فراز و نشیب‌های روان‌شناختی متفاوت شروع و به بازسازی زندگی منتهی می‌شود و در این روند رویکردهای مقابله مبتنی بر مذهب و معنویت نقش مهم و بااهمیتی را ایفا می‌کنند (۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱). به‌طوری‌که نتایج مطالعه الهی و همکاران (۲۰۱۵) حاکی از این بود که تجارب روند سازگاری بیماران مبتلابه سرطان پستان در ۵ درون‌مایه شامل مواجهه با بحران، فراز و نشیب‌ها، از دست دادن هویت، حمایت همه‌جانبه، تلاش برای بازسازی زندگی و پیوند زندگی با ماستکتومی است (۵۰). همچنین، بیشترین راهبردهای مقابله‌ای استخراج‌شده از تحقیقات انجام‌شده در مطالعه مهرابی و همکاران شامل موارد ذیل بود: ۱) جستجوی حمایت اجتماعی، ۲) اصلاح مثبت و رفتارهای ارزیابی مجدد به‌عنوان استراتژی متمرکز بر حل مسئله، ۳) تلاش‌های متمرکز بر مذهب و معنویت، ۴) بیان هیجانی به‌عنوان راهبرد متمرکز بر هیجان مثبت، ۵) اجتناب و حواس‌پرتی به‌عنوان استراتژی‌های اجتنابی (۵۱). Hilgard بیان می‌کند که نیندیشیدن موقتی به مسئله یا فراموشی عمدی، از روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار است. همچنین کسانی که شیوه نشخوار گری و نگرانی فکری را پیشه می‌کنند کمتر در پی تدابیر فعال حل مسئله می‌روند. بیماران مبتلابه سرطان پستان که به‌طور موفقیت‌آمیزی با مسائل ناشی از بیماری مقابله کرده‌اند، کسانی بودند که ارتباطات فامیلی نزدیک داشته و از منبع حمایتی چندگانه برخوردار بوده‌اند و ازنظر مشکلات عاطفی نیز در معرض خطر کمتری قرار داشته‌اند (۴۸).

نتایج پژوهش‌های به‌دست‌آمده در خصوص خستگی زنان مبتلابه سرطان پستان در طی ۶ مطالعه بیانگر آن بود که زنان مبتلابه سرطان پستان نسبت به زنان عادی از میزان خستگی بالاتری برخوردارند (۵۳، ۵۴). به‌طوری‌که نتایج مطالعه صفائی و همکاران (۲۰۱۰) که بر روی ۱۱۹ بیمار مبتلابه سرطان پستان صورت گرفته حاکی از آن بود که ۷۸٪ از بیماران علائم و نشانه‌های خستگی را به درجات مختلفی بیان نمودند (۵۴). مطالعات صورت گرفته در کشور نشان دادند که خستگی عامل خطر مهمی در رشد اضطراب و افسردگی در سه ماه پس از پیگیری بوده (۲۷) و همچنین، خستگی عاطفی با اضطراب و افسردگی و خستگی شناختی با اضطراب و درد مرتبط است (۵۵). صفائی و همکاران (۲۰۱۰) در توجیه خستگی بیماران مبتلابه سرطان پستان خاطرنشان کردند که عواملی همچون درد، کاهش اشتها، تصویر بدنی و نوع درمان از مهم‌ترین علل ایجاد و تداوم خستگی محسوب می‌شوند (۵۴). خستگی در بیماران سرطانی یک فرایند پیچیده است که سه دسته عوامل در ایجاد آن دخیل هستند: ۱) تجارب فردی شامل: اختلال جسمانی و فشارهای روانی؛ ۲) مراحل درمان سرطان: شامل محدودیت‌های اجتماعی و اثرات آن بر کیفیت زندگی؛ ۳) میزان تطابق با بیماری (۵۶).

نتایج پژوهش‌های به‌دست‌آمده در خصوص کیفیت خواب زنان مبتلابه سرطان پستان بیانگر آن بود که ۵۰٪ از بیماران وضعیت خواب نامطلوبی داشتند (۵۷). بیشترین مشکل گزارش‌شده مربوط به بیدار شدن شبانه، تأخیر در به خواب رفتن و استفاده از داروهای خواب‌آور بود (۵۸). جلالی و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی شیوع کلی کیفیت خواب نامطلوب را در بیماران سرطانی ۵۱/۴ درصد و عواملی همچون سابقه درمان قبلی جراحی، وجود خستگی، شدت درد و بستری شدن در بیمارستان را از علل اصلی کیفیت خواب نامطلوب در این بیماران عنوان کردند (۵۹). Spielman برای توجیه رشد مشکلات خواب مزمن در بیماران مبتلابه سرطان پستان مدل سه عاملی بی‌خوابی شامل عوامل مستعد کننده (هیجان‌زدگی و کاهش میل به خواب)، عوامل پیش‌رونده (استرس حاد مرتبط با تشخیص سرطان پستان، عوارض جانبی درمان سرطان پستان و درد جراحی) و عوامل تداوم‌بخش (کنترل ضعیف محرک‌های مرتبط با تخت خواب، بهداشت ضعیف خواب، افکار ناکارآمد، شرطی‌سازی روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب) را ارائه کرده است که این سه عامل در کنار هم می‌توانند نقش مهمی در بروز و تداوم اختلالات خواب بیماران مبتلابه سرطان ایفا نمایند (۶۰).

عدم تفکیک مرحله بیماری در پژوهش‌های انجام‌شده به‌منظور شفاف‌سازی بیشتر پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان ازجمله محدودیت‌های مطالعه بود. با توجه به همبودی بالای اختلال‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلابه سرطان پستان ضرورت طراحی پروتکل‌های درمانی مناسب که بتواند برای اختلال‌های گوناگون کاربرد داشته باشد، احساس می‌شود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه تلاش بر این بود که با انجام مرور نظام‌مند بر روی مطالعات صورت گرفته پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در زنان شناسایی گردد. با توجه به ماهیت پژوهش‌های

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

کیفی که اطلاعات دقیقی را ارائه می‌دهند، مرور جامع آنان، درک جامع‌تر و عمیق‌تری نسبت به پدیده‌ها می‌رساند. به عبارتی، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، پیامدهای روان‌شناختی سرطان پستان در مطالعات گذشته مبتنی بر مرور نظام‌مند شامل ۸ طبقه کیفیت زندگی، استرس، اضطراب و تنیدگی، افسردگی، عملکرد جنسی، تصویر بدنی، راهبردهای مقابله‌ای، خستگی و کیفیت خواب می‌باشند. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان مطرح کرد که شناسایی مهم‌ترین پیامدهای روان‌شناختی ناشی از سرطان پستان در این مطالعه، می‌تواند زمینه را برای اجرای مداخلات روان‌شناختی مؤثرتر در مطالعات آتی فراهم سازد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از نویسندگان مطالعات مورداستفاده در این پژوهش اعلام می‌دارند. کد پایان‌نامه به شماره ۴۴۲۵۹ است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده اند.

References

1. Silva S, Bettencourt D, Moreira H, & Canavarro MC. Quality of life of women with breast cancer at different phases of the disease: the role of sociodemographic, clinical variables and coping strategies as factors of risk/protection. Revista de Saúde Pública. 2011; 29 (1): 64–76.
2. Fazeli Z, Najafian Zade M, Eshtati B, Almasi Hashiani A. Five-Year Evaluation of Epidemiological, Geographical Distribution and Survival Analysis of Breast Cancer in Markazi Province, 2007-2011. AMUJ. 2014; 16 (11):73-80. [in persian]
3. Moghni M, Mokhtariyan K. Correlations of estrogen or progesterone receptors with grade of invasive ductal carcinomas of the breast in women referred to pathology center in Chaharmahal va Bakhtiari province Iran. J Shahrekord Univ Med Sci. 2009; 11 (3):40-45. [in persian]
4. Alizadeh Otaghvar HR, Mirmalek A, Hoseini M, Hajilou M, Mohamadzadehm N, Zahedi T, Raesi Dehkordi K.The Baseline Causes of Inflammatory Breast Cancer. Iranian journal of surgery. 2013; 21 (4):1-10. [in persian]
5. Akbari ME, Sayad S, Sayad S, Khayamzadeh M, Shojaee L, Shormeji Z, & Amiri M. Breast Cancer Status in Iran: Statistical Analysis of 3010 Cases between 1998 and 2014. International Journal of Breast Cancer. 2017; 10: doi:10.1155/2017/2481021
6. Sadoughi M, Mehrzad V, Mohammad Salehi Z. The Relationship between Anxiety, Depression, and Quality of Life among Breast Cancer Patients in Seyedoshohada Hospital in Isfahan in 2016: The Mediating Role of Resilience. JRUMS. 2017; 16 (5):395-408. [in persian]
7. Brandão T, Schulz SM, Mena Matos P. Psychological intervention with couples coping with breast cancer: A systematic review. Psychology & Health. 2013; 29 (5): 491-516.
8. Silva SM, Crespo C, & Canavarro MC. Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. Psychology & Health. 2012; 27(11): 1323-1341.
9. Barsotti Santos D, Ford NJ, dos Santos MA, & Vieira EM. Breast cancer and sexuality: the impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women in Brazil. Culture, Health & Sexuality. 2014; 16(3): 246-257.
10. Olamijulo AF, Andrew TO, Adebayo RE, Omolara AF, Olubunmi AA & Joseph DA. Anxiety disorders in breast cancer: Prevalence, types, and determinants, Journal of Psychosocial Oncology. 2016; 34 (5): 432-447.
11. Zou Z, Hu J, & McCoy TP. Quality of life among women with breast cancer living in wuhan, china. International journal of nursing sciences. 2014; 1(1): 79-88.
12. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Jamshidian N, Saberi H, Shams J, & Haghparast A. Prediction of Quality of life by Self-Efficacy, Pain Intensity and Pain Duration in Patient with Pain Disorders. Basic and Clinical Neuroscience. 2013; 4(2): 117–124.
13. Yazdi-Ravandi S, Taslimi Z, Haghparast A, Ghaleiha A. Quality of life in patients with chronic pain disorders: Determinnation the role of intensity and duration of pain. Koomesh. 2016; 17 (4):836-843. [in persian]
14. Rahman RU, Nisar A, Hussain N, Chaudhary I. Depressive disorder among the breast cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. European Psychiatry. 2011; 26 (1): 677-685.
15. Kahrazei F, Danesh E, Hydarzadegan A. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Reduction of Psychological Symptoms among Patients with Cancer. ZJRMS. 2012; 14 (2):112-116. [in persian]
16. İzci F, İlgün AS, Fındıklı E, & Özmen V. Psychiatric Symptoms and Psychosocial Problems in Patients with Breast Cancer. The Journal of Breast Health. 2016; 12(3): 94–101.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

17. Greer J, Pril WF, Park ER, Lynch TJ, Temel JS. Behavioral and psychological predictors of chemotherapy adherence in patients with advanced non-small cell lung cancer. Jou of Psychoso Res. 2008; 23(1): 1-4.
18. Qizilbash S, Ghorbani A, Shakouri Moghaddam R, Alizadeh H. The study of depression and psychological disorder prevalence in breast cancer patients. 8th International Congress on Breast Cancer. 2012; Shaheed Beheshti University of Medical Sciences.
19. Tejeda S, Stolley MR, Vijayasiri G, et al. Negative psychological consequences of breast cancer among recently diagnosed ethnically diverse women. Psycho-Oncology. 2017; 26 (12): 2245–2252.
20. Shakeri J, Abdoli N, Payandeh M, Charegar G. Frequency of depression in patients with breast cancer referred to chemotherapy centers of Kermanshah educational centers (2007-2008). Journal of Medical Council of Iran. 2009; 27 (2): 328-324. [in persian]
21.Turkman, M. Comparison of the effectiveness of optimism group therapy and group supportive psychotherapy on depression, anxiety, and quality of life of women with breast cancer [dissertation]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2012. [in persian]
22. Rezaee N, Salsali M, Jahantigh M. Identification of women's health dimensions: a review on qualitative studies. Iranian Journal of Nursing Research. 2015; 10 (3): 119-130.
23. Fasihi Harandy T, Anoosheh M, Ghofranipour F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohammadi E, Niknami SH. Health-related quality of life in iranian breast cancer survivors: a qualitative study. Journal of payesh. 2011; 11 (1): 73-81. [in persian]
24. Hosseini SM, khaledifar b. Quality of life, pain and treatment acceptance in women with breast cancer in Chaharamahal and Bakhtiari. Iranian Journal of Breast Diseases. 2014; 6 (4): 52-59. [in persian]
25. Kiaei M, Ferdosi M, Moradi R, Chelongar Q, Ahmadzadeh M, Bahmanziari N. Association between self-efficacy and quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2016; 20 (2): 65-58. [in persian]
26. Xiao C, Miller AH, Felger J, Mister D, Liu T, & Torres MA. A prospective study of quality of life in breast cancer patients undergoing radiation therapy. Advances in Radiation Oncology. 2016; 1(1): 10-16.
27. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, & Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. BMC Cancer. 2008; 8(1): 330.
28. Vahdaninia M, Omidvari S, & Montazeri A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010; 45(3): 355-361.
29. Montazeri A, Jarvandi S, Haghighat S, Vahdani M, Sajadian A, Ebrahimi M, & Haji-Mahmoodi M. Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. Patient Educ Couns. 2001; 45(3): 195-198.
30. Mehrabani F, Barati F, Ramezanzade Tabriz E, Bakaeian M, Gholami Chaboki B. Unpleasant Emotions (Stress, Anxiety and Depression) and it is Relationship with Parental Bonding and Disease and Demographic Characteristics in Patients with Breast Cancer. Iranian Journal of Breast Diseases. 2016; 9 (3): 42-52. [in persian]
31. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, & Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. Caspian Journal of Internal Medicine. 2014; 5(3): 167–170.
32. Musarezaie A, Khaledi F, Kabbazi-fard M, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, Khodaee M. Investigation the Dysfunctional attitudes and its' relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. J Health Syst Res 2015; 11(1):68-76. [in persian]
33. Hill J, Holcombe C, Clark L, Boothby M, Hincks A, Fisher J, Salmon P. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. Psychological Medicine. 2011; 41(7): 1429-1436.
34. Montazeri A, Sajadian A, Ebrahimi M, & Akbari ME. Depression and the use of complementary medicine among breast cancer patients. Support Care Cancer. 2005; 13(5): 339-342.
35. Heydari A, Asgari P, Darvishi H. Comparison of anxiety, depression and hope in terms of pharmacotherapy, pharmacotherapy with mental imaging and relaxation of women with breast cancer in Golestan hospital of Ahvaz. Journal of Women and Culture. 2009; 1 (1): 109-96. [in persian]
36. 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. 2014; 10 (1): 39-48. [in persian]
37. Heydarheydari S, Khalili M, Sadeghi S. The relationship between anxiety and depression with breast cancer screening in women referring to the mammography clinics in Kermanshah, 2013-2014. Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences. 2015; 4 (3): 231- 237. [in persian]
38. Mashhadi MA, Shakiba M, & Zakeri Z. Evaluation of depression in patients with cancer in South of iran (zahedan). Iran J Cancer Prev. 2013; 6(1): 12-16.
39. Burgess C, Cornelius V, Love Sh, Graham J, Richards M, Ramirez A, & et al. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. BMJ. 2005; 330 (7493): 702-706.
40. Khajehaminian F, Ebrahimi M, Kamali M, Dolatshahi B, Younesi SJ. Sexual functioning after mastectomy surgery- A qualitative study. Iranian Journal of Breast Diseases. 2014; 7 (3): 50-58. [in persian]
41. Shayan A, Khalili A, Rahnavardi M, Masoumi SZ. The relationship between sexual function and mental health of women with breast cancer. Scientific Journal of

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

Hamadan Nursing & Midwifery Faculty. 2016; 24 (4): 221-228. [in persian]
42. Rajabi G, Kaveh Farsani Z, Fadaei Dehcheshmeh H, Jelodari A. Psychometric Properties of the Persian version Scale of Body Image among Patients with Breast Cancer. Iranian Journal of Breast Diseases. 2015; 8 (2): 66-74. [in persian]
43. Rezaei M, Elyasi F, Janbabai G, Moosazadeh M, & Hamzehgardeshi Z. Factors Influencing Body Image in Women with Breast Cancer: A Comprehensive Literature Review. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2016; 18(10): e39465.
44. Esmaili R, Saiidi JA, Majd HA, & Esmaieli M. A survey of the body image of mastectomies women referring to imam khomeini and imam hussein hospitals in tehran, iran. Indian J Psychol Med. 2010; 32(1): 34-37.
45. Shoa'a Kazemi M, Mehrvar Momeni J. The prevalence of sexual dysfunction And mental health status in infertile women with breast cancer in Tehran. Iranian Journal of Breast Diseases. 2011; 4 (1): 56-48. [in persian]
46. Fouladi N, Pourfarzi F, Dolattorkpour N, Alimohammadi S, & Mehrara E. Sexual life after mastectomy in breast cancer survivors: A qualitative study. Psychooncology. 2017; 1 (8): 434-441.
47. Kinamore C. Assessing and supporting body image and sexual concerns for young women with breast cancer: A literature review. Journal of Radiotherapy in Practice. 2008; 7(3): 159-171.
48. Zamanian H, Eftekhar-Ardebili H, Eftekhar-Ardebili M, Shojaeizadeh D, Nedjat S, Taheri-Kharameh Z, & Daryaafzoon M. Religious Coping and Quality of Life in Women with Breast Cancer. Asian Pac J Cancer Prev. 2015; 16(17): 7721-7725.
49. Hayati F, Mahmoudi M. Coping strategies for stress in women with breast cancer referring to hospitals affiliated to Tehran Medical Sciences Universities. Iranian Journal of Breast Diseases. 2008; 1 (2): 43-39. [in persian]
50. Elahi N, Kaardani M, Alhani F, Salehi Tali S. Transplantation living with mastectomy: explaining the experiences adaptation with mastectomy of young women undergoing chemotherapy. Journal of nursing and midwifery faculty. 2015; 12 (10): 908-918. [in persian]
51. Mousavi SA, Shahbazin S, & Azami S. Exploring Relationship between Mental Disorders and Coping Strategies in Patients with Breast Cancer. Practice in Clinical Psychology. 2015; 3(1): 1-8.
52. Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshyari M, & Zayeri F. Coping response following a diagnosis of breast cancer: A systematic review. Electron Physician. 2015; 7(8): 1575-1583.
53. Rad M, Borzoee F, Mohebbi M. The Effect of Humor Therapy on Fatigue Severity and Quality of Life in Breast Cancer Patients Undergoing External Radiation Therapy. Zumsj. 2016; 24 (103): 102-114 [in persian]
54. Safaee A, Tabatabaee SH, Moghimi-Dehkordi B, Zeighami B. Cancer-related fatigue in breast cancer patients under chemotherapy. Journal of Semnan University of Medical Sciences. 2010; 11 (4): 317-322. [in persian]
55. Haghighat S, Montazeri A, Akbari ME, Holakouei K, Rahimi A. Factors predicting fatigue in breast cancer patients. Iranian journal of breast diseases. 2008;1 (1): 17-24. [in persian]
56. Aghayousefi A, Dehestani M, Sharifi Saki SH. Effectiveness of cognitive– behavioral education in reduction of exhaustion of cancer of women suffering from breast cancer. Iranian journal of health psychology. 2016; 5 (3): 5-17. [in persian]
57. Kashani F, & Kashani P. The effect of massage therapy on the quality of sleep in breast cancer patients. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2014; 19(2): 113–118.
58. Khorami Rad A, Noroozi M, Ahmari Tehran H, Rahmani A. Quality of sleep and related factors in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy in Qom. Iranian Journal of Breast Diseases. 2011; 4 (4): 51-60. [in persian]
59. Jalali R, Rezaei M, Khaledi Paveh B, Aznab M, AmiriFard N, Mohammadi E. Sleep Disorder and its Correlates in Patients Undergoing Chemotherapy. IJN. 2016; 29 (99 and 100): 76-85. [in persian]
60. Fiorentino L, & Ancoli-Israel S. Insomnia and its Treatment in Women with Breast Cancer. Sleep Medicine Reviews. 2006; 10(6): 419–429.

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]

Review Article

Psychological Consequences of Breast Cancer in Iran: A Systematic review

Refaee Saeedi N, Aghamohammadian sharbaf H*, Asghari Ebrahim Abad MJ, Kareshki H

Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Received: 09 May 2018 Accepted: 04 Aug 2018

Abstract

Background & Objective: Diagnosis of breast cancer and related therapies are emotional experiences for women. The present study aimed to identify the psychological consequences of breast cancer in previous studies based on systematic review.

Materials & Methods: The present study is a descriptive survey and, according to the method of implementation, is a systematic review study. A literature search was conducted by using following electronic databases including scientific information databases (SID), Magiran, Medlib, Sciencedirect, PubMed, Google Scholar, Web Of Science, Scopus, cinahl and medline from 1991 through 2017 regarding the psychological consequences associated with breast cancer in Iran Using cancer keywords, mood disorder, anxiety disorder, mental disorder, life quality, sexual dysfunction, sleep disorder, mental hygiene, insomnia, anxiety, body image, behavioral symptom, psychological distress, coping behaviors, traumatic stress disorder and breast cancer. The content of all articles, after extraction from the bases, was evaluated by the prisma checklist and the Content analysis was used to examine data.

Results: After the search and evaluation of the studies, the final analysis was carried out on 73 articles. The findings of this study showed that the psychological consequences of breast cancer in 8 categories are quality of life, anxiety, stress and distress, depression, sexual function, body image, coping strategies, fatigue and quality of sleep.

Conclusions: Based on the results, drawing on the areas identified in the field of psychological outcomes of breast cancer can be used as a conceptual map for more coherent studies and the design of extensive interventions.

Keywords: Psychological Consequences, Breast Neoplasms, Systematic Review

***Corresponding Author: Aghamohammadian sharbaf Hamidreza,** Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
Email: aghamohammadian@um.ac.ir
https://orcid.org/0000-0002-4926-5347

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2019.8.4.15.1]