

بررسی تأثیر مشاوره با خانواده بر مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی

فاطمه سمیعی سیبینی: کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس
*منیره انوشه: دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس
فاطمه الحانی: دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

مقدمه: سرطان پستان از جمله بیماری‌های مزمن است که به‌واسطه علائم و عوارض جانبی ناشی از درمان‌های موضعی و سیستمیک از جمله جراحی و شیمی‌درمانی می‌تواند کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار دهد و از آنجایی که خانواده به‌عنوان اولین منبع مراقبتی و حمایتی برای عضو مبتلا به بیماری محسوب می‌شود، نوع نگرش خانواده نسبت به بیماری و علائم و عوارض ناشی از آن تأثیر ویژه‌ای در امر مراقبت از بیمار دارد، لذا یکی از سیاست‌های مهم مراقبتی این است که خانواده به‌عنوان یک مددجو نیاز به دانش و درک بیشتری نسبت به فرآیند بیماری و درمان دارد. لذا، لازم است برگزاری جلسات آموزشی و مشاوره‌ای جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران با حضور بیمار و اعضای خانواده و با در نظر گرفتن فاکتورهای تأثیرگذار بر خانواده صورت پذیرد. از این رو مطالعه حاضر برای تعیین تأثیر مشاوره با خانواده بر مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام گرفته است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی است که نمونه‌های این پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی در درمانگاه‌های واقع در شهر قزوین و زنجان بودند که در دو گروه آزمون و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. گروه آزمون تحت ۸ جلسه برنامه مشاوره با خانواده با حضور همسر و فرزند قرار گرفتند. به‌طوری که کیفیت زندگی بیماران هر دو گروه در ابعاد علامتی در ابتدا و انتهای کار اندازه‌گیری شد و داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که مشاوره با خانواده سبب کاهش عوارض عمومی ناشی از شیمی‌درمانی همچون خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنفس دردناک، اختلال خواب، بی‌اشتهایی، یبوست، اسهال، مشکلات اقتصادی و همچنین علائم و عوارض اختصاصی ناشی از سرطان پستان و شیمی‌درمانی همچون علائم پستان (درد، تورم، حساسیت و ضایعات پوستی در پستان) و بازو(درد و تورم در بازو و شانه) و نگرانی نسبت به ریزش مو گردیده است. ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر که نشان‌دهنده تأثیر مشاوره با خانواده در کاهش عوارض ناشی از بیماری و درمان بوده است، پیشنهاد می‌گردد جهت ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی توجه ویژه‌ای به نقش و جایگاه خانواده جهت مشارکت در فرایند مداخلات درمانی و بالینی و حمایت از بیمار صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، شیمی‌درمانی، کیفیت زندگی، مشاوره با خانواده

مقدمه

سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌های زنان می‌باشد به طوری که طبق آمار اعلام شده به طور متوسط در جهان از هر ۱۰ زن یک نفر به این بیماری مبتلا می‌گردد. دو عامل مهم یعنی شایع بودن بیماری و نیز جوان یا میانسال بودن اغلب مبتلایان به آن سبب شده است که مبحث سرطان پستان و راه‌های پیشگیری و درمان آن از جمله مباحث علمی روز دنیا باشد [۱]. به طوری که در کشورهای توسعه یافته ۱۲ درصد از زنان ۳۴-۲۰ ساله مبتلا به سرطان پستان می‌باشند [۲]. و این در حالی است که سرطان پستان بیش از ۲۵ درصد سرطان‌ها را در زنان ایرانی تشکیل می‌دهد [۳] و بیشترین میزان بروز این بیماری در سنین ۳۵ تا ۴۴ سالگی می‌باشد [۴].

سرطان پستان بیشترین علت نگرانی زنان محسوب می‌شود [۱] با بروز سرطان پستان، مسائل مربوط به بیماری به مشکلات جاری زندگی زنان اضافه می‌گردد [۵]. از جمله اقدامات درمانی برای این بیماران جراحی و شیمی‌درمانی می‌باشد. علی‌رغم اینکه میزان بقا را افزایش می‌دهد، اما عوارض جانبی زیادی در ابعاد جسمی، روحی- روانی و اجتماعی از خود به جای می‌گذارد [۶و۷] و همچنین می‌تواند معضلات اقتصادی و روانی- اجتماعی را نیز برای خانواده ایجاد نماید [۸].

از آنجایی که خانواده به عنوان اولین منبع مراقبتی و حمایتی برای عضو مبتلا به بیماری محسوب می‌شود، نوع نگرش خانواده نسبت به بیماری و اختلالات عاطفی ناشی از آن تأثیر ویژه‌ای در امر مراقبت از بیمار دارد، لذا یکی از سیاست‌های مهم مراقبتی، حمایت از خانواده به عنوان مراقبان بیماران می‌باشد [۹]. آگاهی درباره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی به پرستاران به عنوان گروه‌های بهداشتی کمک خواهد کرد تا مراقبت را در جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران سوق دهند. زنانی که متحمل عوارض شیمی‌درمانی می‌شوند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند. سطوح پایین کیفیت زندگی در بیماران با تعداد علائم و عوارض ایجاد شده ناشی از شیمی‌درمانی و سطوح پایین آموزشی بیمار و خانواده در این زمینه مرتبط می‌باشد [۱۰و۱۱]. اکثر بیماران و مراقبان آن‌ها در مورد عوارض جانبی شیمی‌درمانی و نحوه مراقبت از بیمار آگاهی محدودی

دارند و هر ساله هزینه هنگفتی صرف مراجعه‌های مکرر این بیماران به دلیل عوارض جانبی یا توقف درمان می‌شود [۱۲] در نتیجه حمایت از آن‌ها در طول دوره بیماری و درمان بسیار حائز اهمیت است زیرا سلامت جسمی مراقبت‌دهنده و اطلاعات و دانش وی اثر عمیقی بر نحوه مراقبت از بیمار به خصوص در منزل می‌گذارد [۱۳]. به همین دلیل علاوه بر بیماران، خانواده‌های آن‌ها نیز به دانش و درک بیشتری نسبت به متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگیشان نیاز دارند [۱۴]. به طوری که نتایج تحقیقات نشان داده است که در اولین شیمی‌درمانی نیاز به آموزش بیش از دوره‌های بعدی شیمی‌درمانی می‌باشد و توجه به نیازهای اطلاعاتی در مورد بیماری و درمان برای زنان متأهل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده است [۱۲و۱۴].

جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی لازم است اثرهای نامطلوب شیمی‌درمانی بررسی و کنترل شود و اطلاعات مورد نیاز بیماران در زمینه بیماری، درمان و عوارض مربوطه در اختیارشان قرار گیرد [۱۵] ولی توجه به این نکته ضروری است که بیماران مبتلا به سرطان علاوه بر مشکلات جسمی یا مسائل اقتصادی از جمله افزایش هزینه داروهای شیمی‌درمانی نیز درگیر می‌باشند [۱۴] همچنین مشکلات روانی، درمانی، اجتماعی و عاطفی در کنار مشکلات جسمی و اقتصادی حضور پرستاران را در کنار سایر گروه‌های حمایتی متشکل از روانشناسان، روانپزشکان و مددکاران اجتماعی جهت تأمین حمایت بیماران و خانواده‌ها در تصمیم‌گیری‌های درمانی و تخفیف عوارض و سازگاری با شرایط حاصل از بیماری و درمان ضروری می‌کند [۱۵و۱۶]. علی‌رغم اینکه در اکثر مطالعات انجام شده تأکید بر مشکلات بیماران بیشتر از خانواده‌ها بوده است و مدل‌های بررسی و مداخله نیز بیشتر متوجه بیماران بوده است، جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیمار و خانواده لازم است فاکتورهای تأثیرگذار بر روی خانواده نیز مد نظر قرار گیرند [۱۶]. لذا در این زمینه یکی از مناسب‌ترین مداخلات پرستاری افزایش آگاهی و حمایت از زنان و خانواده آن‌ها می‌باشد [۱۷]. استفاده پرستار از منابع اطلاعاتی می‌تواند به عنوان منبعی برای حمایت عاطفی بیماران محسوب شود، چون پرستاران به عنوان

شیمی‌درمانی (به‌صورت سرپایی) بعد از انجام ماستکتومی باشد، یک جلسه شیمی‌درمانی دریافت کرده باشند و از اعضای تیم بهداشتی نباشند، همچنین به بیماری روانی یا بیماری حاد و مزمن دیگری مبتلا نباشند و خودشان و خانواده‌شان (همسر و حداقل یکی از فرزندان ۱۵ ساله یا بیشتر) راضی به شرکت در این پژوهش باشند. بعد از کسب رضایت کتبی از هر دو گروه، در پژوهش شرکت داده شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها عبارت‌اند از: پرسشنامه اطلاعات مربوط به بیماری و درمان که بر اساس پرونده بیمار توسط پژوهشگر تکمیل شد و شامل ۷ سؤال (پستان درگیر، مرحله سرطان، مدت زمان سپری شده از سیکل ۱ شیمی‌درمانی و نوع رژیم درمانی و...) می‌باشد.

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بیمار و خانواده، شامل ۲۴ سؤال (سن، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت و ...) می‌باشد. پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به سرطان متعلق به سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان (European Organization for Research and Treatment of Cancer) دارای ۳۰ سؤال می‌باشد که ۱۳ سؤال اختصاص به بررسی ابعاد علامتی دارد و شامل ۳ مقیاس علامتی (خستگی، درد، تهوع و استفراغ) است که هر یک مجموعه‌ای از سؤالات را در بر می‌گیرند. همچنین تعدادی سؤال از علائم دیگری که بیماران دارند (تنفس دردناک، از دست دادن اشتها، اختلال در خواب، یبوست و اسهال و اثر وضع مالی موجود) بر روی بیماران و درمان آنان را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان (Iranian Version of the EORTC QLQ-BR23) شامل ۲۳ سؤال می‌باشد که ۱۵ سؤال اختصاص به بررسی ابعاد علامتی دارد و شامل ۳ مقیاس علامتی (علائم بازو، علائم پستان و عوارض جانبی درمان) می‌باشد. هر دو پرسشنامه کیفیت زندگی به‌صورت لیکرت طراحی شده و هر پرسش دارای ۴ گزینه (به هیچ وجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) است که از ۱ تا ۴ امتیاز بندی شده است و نمره کلی آن در محدوده ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد به طوری که امتیاز بالاتر در مقیاس‌های عملکردی نشان دهنده سطح بهتر عملکرد می‌باشد و در رابطه با مقیاس‌های علامتی، امتیاز پایین‌تر نشان دهنده کاهش علائم و عوارضی است

مراقبان حرفه‌ای، مراقبت از بیمار را بر پایه نیازهای بیماران و خانواده‌های آن‌ها به‌عهده می‌گیرند و با فراهم کردن اطلاعات لازم [۹ و ۱۷] و به‌کارگیری استراتژی‌های متنوع مراقبتی خانواده محور [۱۷]، موقعیت مناسبی را برای بیمار و خانواده ایجاد می‌کنند تا در فرآیند درمان شرکت آگاهانه داشته باشند [۱۷ و ۱۸] به‌نحوی که بیماران تشویق شوند تا در مورد مشکلاتشان فکر کنند و به درک عمیقی از علل آن‌ها دست یابند و خودشان برای حل مشکلاتشان اقدام [۱۹] و براساس درک مسئله به طور هدفمند در تصمیم‌گیری درمانی خویش شرکت نمایند [۹ و ۱۷] و با کسب رضایتمندی از درمان حاصله به سطح مطلوبی از خودکنترلی یعنی انجام فعالیت‌های مناسب جهت سازگاری با شرایط موجود برسند و کیفیت زندگی آنان بهبود یابد [۲۰ و ۲۱]. لذا با توجه به مطالب فوق پژوهشگران بر آن شدند تا به بررسی تأثیر مشاوره با خانواده بر مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی بپردازند.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی می‌باشد که بر روی ۷۰ زن مبتلا به سرطان پستان انجام گرفته است. در ابتدای کار، پژوهشگر با حضور در محیط‌های پژوهش و کسب اجازه از انکولوژیست در هر دو محیط پژوهش، ضمن شرح اهداف پژوهش با انتخاب جامعه پژوهش، نمونه‌گیری را با توجه به پرونده بیماران براساس ویژگی‌های نمونه پژوهش و به‌روش آسان انجام داد. سپس به‌طور تصادفی بیمارستان کوثر واقع در شهر قزوین در گروه آزمون و بیمارستان ولیعصر (عج) واقع در شهر زنجان در گروه شاهد قرار داده شدند (لازم به ذکر است که هر دو محیط پژوهش از لحاظ عملکرد سیستم پرستاری و فرآیند درمان همسان می‌باشند). نمونه‌های مورد پژوهش بر اساس مشخصات تعیین‌شده انتخاب شدند که شامل موارد زیر بوده است: زنان متأهل ۳۰ تا ۵۵ ساله که دارای حداقل یک فرزند ۱۵ ساله باشند، مبتلاء به سرطان پستان اولیه که برای انجام شیمی‌درمانی به مراکز فوق‌الذکر مراجعه کرده و دارای پرونده باشند، تمایل به حضور کامل در جلسات (هفته‌ای حداقل دوبر) داشته باشند، قادر به برقراری ارتباط کلامی با پژوهشگر باشند، تنها روش درمانی استفاده شده در طول مطالعه

مشاوره طراحی شده بود، صورت گرفت. تعیین وقت و زمان‌بندی جلسات و افراد حاضر در جلسه با هماهنگی مددجویان مشخص می‌شد و با توجه به اهداف برنامه و طراحی موضوعات احتمالی مورد بحث ۸ جلسه (یک ساعت و سی دقیقه دو بار در هفته) توسط پژوهشگر (دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گرایش بهداشت جامعه) در محیط پژوهش برگزار شد. کل جلسات مشاوره ۱۲۰ ساعت بوده است. این جلسات با هدف افزایش دانش و آگاهی بیمار و خانواده در رابطه با فرآیند بیماری و درمان (آشنایی با آناتومی و فیزیولوژی پستان، عوامل خطر سرطان پستان، روش‌های تشخیصی و روش‌های درمانی سرطان پستان به‌ویژه جراحی و شیمی‌درمانی، مراقبت‌های بعد از ماستکتومی و شیمی‌درمانی) و همچنین افزایش توانمندی بیمار و خانواده در مقابله با عوارض جسمی، روحی- روانی و خانوادگی- اجتماعی حاصل از بیماری و درمان با در نظر داشتن نقش‌ها و وظایفشان در خانواده اجرا شد. لازم به ذکر است زمان شروع جلسات مشاوره بعد از انجام سیکل ۲ شیمی‌درمانی بوده است و فواصل بین جلسات برای تمام بیماران یکسان بوده است.

بلافاصله بعد از اجرای برنامه مشاوره با خانواده، پرسشنامه‌های مربوط به کیفیت زندگی توسط بیماران هر دو گروه آزمون و شاهد قبل از شروع سیکل ۴ شیمی‌درمانی تکمیل شد و سپس به‌اندازه یک سیکل شیمی‌درمانی (۲۱ روز) هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت و مجدداً بعد از ۲۱ روز یعنی قبل از شروع سیکل ۵ شیمی‌درمانی، پرسشنامه‌ها توسط بیماران هر دو گروه آزمون و شاهد تکمیل شد. پس از استخراج اطلاعات از داده‌های اصلی، اطلاعات به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش، از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی استفاده شد. جهت کنترل دو گروه از نظر متغیرهای مستقل زمینه‌ای و همچنین مقایسه نتایج نهایی بین دو گروه (متغیرهای وابسته) با توجه به نوع داده‌های کمی و کیفی به ترتیب از آزمون‌های آماری تی مستقل و مجذور کای دو، من ویتنی استفاده شد و برای مقایسه نتایج قبل و بعد در هر گروه از آزمون‌های آماری پارامتریک و نان پارامتریک استفاده شد. لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق پژوهش یک

که بیمار دارد. لازم به ذکر است که این مقاله بخشی از یک مطالعه وسیع‌تر می‌باشد که فقط ابعاد علامتی کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان پستان قبل و بعد از مداخله گزارش شده و ابعاد عملکردی آن گزارش نشده است. شایان ذکر است که پرسشنامه‌های فوق استاندارد و اختصاصی سرطان و سرطان پستان هستند که در مطالعات متعدد در خارج از کشور جهت تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان به‌کار گرفته شده‌اند، لکن این پرسشنامه‌ها توسط منتظری و همکاران (۱۹۹۹ و ۲۰۰۰) جهت تعیین پایایی و روایی نسخه فارسی مورد استفاده قرار گرفته‌اند که در اندازه‌گیری پایایی ضریب آلفای کرونباخ در مورد مقیاس‌های چند گزینه‌ای در پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) از ۹۵-۴۸ درصد در پیگیری متغیر بود و در این مطالعه میزان آلفای کرونباخ در ابعاد مختلف بین ۹۳-۷۶ درصد بوده است. در پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان (QLQ-BR23) مقدار این ضریب در مورد مقیاس‌های چندگزینه‌ای بین ۰/۹۵-۰/۶۳ متغیر بود و میزان آلفای کرونباخ در ابعاد مختلف بین ۰/۹۵-۰/۷۱ بوده است. همچنین تحلیل روایی پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) با استفاده از روش همخوانی بین مقیاس‌ها (inter scale correlation) انجام گرفته است. تقریباً تمام مقیاس‌هایی که از نظر مفهومی با یکدیگر مرتبط بودند، از نظر آماری در جهت مورد انتظار، همبستگی داشتند [۲۲]. در ابتدای کار پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه آزمون و شاهد قبل از شروع سیکل ۲ شیمی‌درمانی تکمیل شد. سپس جهت نیازسنجی جلسات مشاوره برای گروه آزمون، پرسشنامه‌هایی در خصوص دانش و عملکرد خودمراقبتی و وضعیت جسمی بیماران و همچنین عملکرد خانوادگی- اجتماعی و روانی- عاطفی بیمار و خانواده در رابطه با فرآیند بیماری و درمان طراحی شد و در گروه آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها اولویت نیازهای مشاوره‌ای بیمار و خانواده وی در زمینه بیماری و درمان مشخص شد و برنامه مشاوره به روش التقاطی (ترکیبی از روش مشاور محور و مددجو محور) با بیمار و همسر وی و حداقل یکی از فرزندان آن‌ها (۱۵ ساله یا بیشتر) که طبق برنامه

هر دو گروه در محدوده سنی ۲۰-۱۵ سال قرار دارند و خانواده در مرحله پنجم (خانواده با نوجوان) رشد و تکامل خانواده قرار دارد و بیشترین درصد فرزندان در هر دو گروه دارای مدرک تحصیلی دبیرستان و اکثریت آنها در هر دو گروه محصل می‌باشند.

از دیگر نتایج مطالعه این است که بیشترین درصد همسران بیماران مورد پژوهش در هر دو گروه دارای مدرک تحصیلی ابتدایی و اکثریت آنها در هر دو گروه کارگر می‌باشند. نتایج اطلاعات مربوط به بیماری و درمان نشان داد که در بیشترین درصد بیماران گروه‌های شاهد و آزمون، پستان چپ آنها درگیر و بیماریشان در مرحله دوم بود و ۲۱-۱۴ روز از شیمی‌درمانی سیکل ۱ آنها گذشته بود و بیشترین درصد بیماران در گروه شاهد و آزمون، از رژیم درمانی CMF (سیکلو فسفاماید + متوتروکسات + ۵ فلویوراسیل) و EPI (اپی روبیسین) برخوردار بوده‌اند.

جلسه آموزشی برای بیماران گروه شاهد و خانواده آنها برگزار شد و مطالب آموزشی به صورت جزوه آموزشی در اختیار آنها قرار گرفت.

یافته‌ها

خصوصیات نمونه‌های مورد بررسی برحسب اطلاعات موجود در پرونده در جدول ۱ و مشخصات دموگرافیک به تفکیک گروه‌های آزمون و شاهد در جدول ۲ ارائه گردیده است. گروه‌ها از لحاظ تمام مشخصات با هم مشابه بوده و آماره تی و کای دو اختلاف معنی‌داری را بین گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله نشان نمی‌دهد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین سن ابتلاء به سرطان پستان در گروه شاهد ۴۶/۲ و آزمون ۴۳/۷ می‌باشد. همچنین بیشترین درصد بیماران مورد پژوهش در هر دو گروه دارای مدرک تحصیلی ابتدایی و خانه‌دار می‌باشند و دارای وضعیت اقتصادی متوسط هستند. بیشترین درصد فرزندان بیماران مورد پژوهش در

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد فراوانی زنان مبتلا به سرطان پستان برحسب اطلاعات زمینه‌ای ثبت شده در پرونده در گروه آزمون و شاهد

آزمون کای دو	گروه آزمون		گروه شاهد		مشخصات پرونده
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P=۰/۸۱					پستان درگیر
					راست
	۴۸/۵	۱۷	۴۵/۷	۱۶	چپ
P=۰/۵۸					مرحله سرطان
					مرحله ۱
	۱۱/۴	۴	۲۰	۷	مرحله ۲
P=۰/۶۳					مرحله ۳
					مدت زمان سپری شده از شیمی‌درمانی سیکل ۱
	۴۲/۹	۱۵	۴۸/۶	۱۷	۷-۱۴
P=۰/۹					۱۴-۲۱
					رژیم درمانی
					CMF, Epi
					Endoxan, Adria, Taxol
					CAF
					Epi, Taxol
					CMF, Epi
				Endoxan, Adria, Taxol	

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد فراوانی زنان مبتلا به سرطان پستان بر حسب برخی مشخصات دموگرافیک در گروه آزمون و شاهد

آزمون کای دو	گروه آزمون		گروه شاهد		مشخصات دموگرافیک	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
P=۰/۷۲	۱۷/۱	۶	۱۱/۴	۴	بی سواد	تحصیلات بیمار
	۵۱/۵	۱۸	۶۰	۲۱	ابتدایی	
	۱۷/۱	۶	۵/۷	۲	راهنمایی	
	۱۴/۳	۵	۲۲/۹	۸	دبیرستان و بالاتر	
	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	جمع	
P=۰/۵۵	۹۷/۱	۳۴	۹۴/۲	۳۳	خانه دار	شغل بیمار
	۲/۹	۱	۵/۸	۲	شاغل	
	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	جمع	
P=۰/۶۳	۱۱/۴	۴	۸/۶	۳	بی سواد	تحصیلات همسر
	۳۷/۱	۱۳	۴۲/۹	۱۵	ابتدایی	
	۱۴/۳	۵	۲۰	۷	راهنمایی	
	۳۴/۳	۱۲	۲۰	۷	دبیرستان	
	۵/۸	۲	۸/۶	۳	دانشگاهی	
P=۰/۴۳	۳۱/۴	۱۱	۴۵/۷	۱۶	کارگر	شغل همسر
	۱۱/۴	۴	۱۷/۱	۶	کارمند	
	۲۸/۶	۱۰	۱۱/۴	۴	شغل آزاد	
	۱۱/۴	۴	۱۱/۴	۴	بازنشسته	
	۵/۷	۲	۰	۰	بی کار	
	۱۱/۴	۴	۱۴/۳	۵	سایر مشاغل	
P=۰/۱۴	۱۱/۴	۴	۲/۹	۱	ابتدایی	تحصیلات فرزند
	۲۲/۹	۸	۲۲/۹	۸	راهنمایی	
	۵۱/۴	۱۸	۴۵/۷	۱۶	دبیرستان	
	۱۴/۳	۵	۲۸/۶	۱۰	دانشگاهی	
P=۰/۹۶	۳۷/۲	۱۳	۴۲/۹	۱۵	خانه دار/ بی کار	شغل فرزند
	۱۴/۳	۴	۱۴/۲	۵	شاغل	
	۴۸/۶	۱۷	۴۲/۹	۱۵	محصل و شاغل	
	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	جمع	

مداخله افزایش یافته و آماره تی زوجی این اختلاف را از لحاظ آماری با $P < 0/05$ در جهت افزایش معنی دار نشان داده است. همچنین آماره تی مستقل نیز اختلاف معنی داری را بین میانگین امتیازهای گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله نشان داد ($P < 0/05$). یعنی مشاوره با خانواده تأثیر مثبتی در کاهش علائم و عوارض ناشی از بیماری و درمان داشته و باعث ارتقاء کیفیت زندگی گروه آزمون شده است.

توزیع فراوانی نمونه‌های پژوهش بر حسب شاخص‌های علامتی کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌های آزمون و شاهد در طی مرحله مداخله در جدول ۳ و ۴ ارائه گردیده است. میانگین امتیاز مقیاس‌های علامتی در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته و آماره تی زوجی این اختلاف را از لحاظ آماری با $P < 0/05$ در جهت افزایش معنی دار نشان داده است. اما، میانگین مقیاس‌های علامتی در گروه شاهد بعد از مداخله نسبت به قبل از

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد علامتی کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد پژوهش قبل و بلافاصله بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد

آزمون تی مستقل	گروه شاهد					گروه آزمون					ابعاد کیفیت زندگی
	آزمون تی زوجی	بلافاصله بعد از مداخله		قبل از مداخله		آزمون تی زوجی	بلافاصله بعد از مداخله		قبل از مداخله		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p=0/043$	$P=0/001$	۲۶/۵۳	۵۸/۰۴	۲۶/۵۸	۴۴/۷۲	$P=0/008$	۲۳	۴۸/۸	۲۴/۸	۵۲/۹۴	خستگی
$p=0/03$	$P=0/002$	۲۵/۰۴	۴۸/۵۳	۳۱/۵۶	۳۳/۳۰	$P=0/002$	۲۵	۳۶/۱۶	۳۱/۳	۴۶/۱۶	تهوع و استفراغ
$p=0/03$	$P=0/002$	۲۹/۳۶	۴۶/۶۳	۲۹/۷۱	۳۷/۱۱	$P=0/002$	۲۲/۴	۳۳/۳۰	۲۸/۳	۴۱/۸۷	درد
$p=0/02$	$P=0/01$	۲۳/۳۹	۱۷/۱۳	۲۲/۷۹	۱۱/۴۲	$P=0/001$	۱۲/۷	۵/۷۰	۲۸/۴	۱۶/۱۷	تنفس دردناک
$p<0/0001$	$P=0/04$	۳۱/۷۰	۶۳/۷۷	۳۶/۴۵	۵۱/۴۰	$P=0/028$	۵۷/۶	۳۵/۲۱	۳۷/۲	۵۳/۳۰	اختلال خواب
$p=0/03$	$P<0/0001$	۳۳/۸۱	۶۵/۷۰	۳۵/۴۲	۴۶/۶۴	$P=0/037$	۳۱/۶	۵۱/۴۰	۳۲/۱	۵۹/۹۸	بی اشتهایی
$p=0/001$	$P=0/02$	۳۱/۶۵	۴۱/۸۷	۳۱/۶۸	۳۰/۴۵	$P=0/012$	۲۳/۳	۱۸/۰۷	۳۰/۱	۳۱/۴۰	یبوست
$p=0/001$	$P=0/05$	۲۳/۳۶	۱۶/۱۷	۱۹/۴۰	۱۰/۴۶	$P=0/042$	۷/۸	۱/۹۰	۱۲/۷	۵/۷۰	اسهال
$p=0/019$	$P=0/002$	۳۵/۵۸	۶۹/۵۰	۳۸/۸۳	۲۴/۲۶	$P=0/046$	۲۶/۹	۵۴/۲۴	۳۶/۱	۶۴/۷۴	مشکلات اقتصادی
$p<0/0001$	$p=0/001$	۲۳/۱	۶۲/۶۸	۱۸/۸	۵۳/۷۰	$P=0/003$	۲۸/۲	۳۳/۹۴	۱۶/۶	۴۷/۹۴	عوارض جانبی درمان
$p=0/042$	$p=0/031$	۱۹/۲	۱۶/۵۶	۱۴/۲	۱۰/۶۸	$P=0/003$	۱۳/۵	۸/۳۱	۱۴/۱	۱۲/۱۱	علایم پستان
$p=0/008$	$p=0/031$	۲۷/۱	۳۸/۳۸	۲۳/۷	۳۲/۰۳	$P=0/002$	۱۸/۲	۲۲/۱۶	۲۲/۷	۳۴/۸۸	علایم بازویی
$p<0/0001$	$p=0/025$	۲۵/۸	۷۹/۹۷	۲۶/۵	۷۰/۴۴	$P=0/007$	۳۰/۰	۴۸/۵۴	۳۵/۶	۶۷/۶	نگرانی نسبت به ریزش مو

امتیاز میانگین‌ها در محدوده ۱۰۰-۰ هستند. امتیاز پایین‌تر نشان‌دهنده سطح بهتر کیفیت زندگی است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد علامتی کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی زنان مبتلا به سرطان پستان
مورد پژوهش ۲۱ روز بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد

آزمون تی مستقل	گروه شاهد						گروه آزمون					
	آزمون تی زوجی	بلافاصله بعد از مداخله		قبل از مداخله		آزمون تی زوجی	بلافاصله بعد از مداخله		قبل از مداخله			
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
p=۰/۰۰۳	P= ۰/۳۱	۲۷/۵۱	۶۰/۹۰	۲۶/۵۳	۵۸/۰۴	P= ۰/۰۷	۲۲/۵	۴۱/۵۳	۲۳/۰	۴۸/۸۰	خستگی	
p=۰/۰۱۱	P= ۰/۹۹	۲۵/۳۶	۴۸/۵۳	۲۵/۰۴	۴۸/۵۳	P= ۰/۲۲	۲۲/۱	۳۳/۳۰	۲۵/۰	۳۶/۱۶	تهوع و استفراغ	
p=۰/۰۱۹	P= ۰/۹۹	۲۷/۶۴	۴۶/۶۴	۲۹/۳۶	۴۶/۶۳	P= ۰/۵۷	۲۲/۹	۳۱/۸۸	۲۲/۴	۳۳/۳۰	درد	
p=۰/۰۲	P= ۰/۷۵	۲۴/۶۸	۱۸/۰۷	۲۳/۳۹	۱۷/۱۳	P= ۰/۳۲	۱۳/۵	۶/۶۶	۱۲/۷	۵/۷۰	تنفس دردناک	
p<۰/۰۰۰۱	P= ۰/۲۵	۳۲/۸۳	۶۷/۵۹	۳۱/۷۰	۶۳/۷۷	P= ۰/۱۵	۲۴/۳	۲۰/۹۳	۵۷/۶	۳۵/۲۱	اختلال خواب	
p=۰/۰۲	P= ۰/۷۶	۲۹/۱۵	۶۶/۶۵	۳۳/۸۱	۶۵/۷۰	P= ۰/۷۶	۲۸/۴	۵۰/۴۵	۳۱/۶	۵۱/۴۰	بی‌اشتهایی	
p<۰/۰۰۰۱	P= ۰/۸۲	۳۱/۳۸	۴۰/۹۲	۳۱/۶۵	۴۱/۸۷	P= ۰/۴۹	۲۰/۳	۱۵/۲۲	۲۳/۳	۱۸/۰۷	یبوست	
p=۰/۰۰۲	P= ۰/۳۲	۲۱/۷۹	۱۴/۲۷	۲۳/۳۶	۱۶/۱۷	P= ۰/۳۲	۷/۸	۱/۰۹	۷/۸۴	۱/۹۰	اسهال	
p=۰/۰۰۶	P= ۰/۷۴	۳۵/۹۵	۷۰/۴۵	۳۵/۵۸	۶۹/۵۰	P= ۰/۱۵	۲۴/۶	۵۲/۳۳	۲۶/۹	۵۴/۲۴	مشکلات اقتصادی	
p<۰/۰۰۰۱	p=۰/۰۲۵	۱۹/۴	۶۹/۳۹	۲۳/۹	۶۲/۶۸	p = ۰/۲۲	۲۲/۱	۲۹/۱۱	۲۸/۲	۳۳/۹۴	عوارض جانبی درمان	
p=۰/۰۴	p= ۰/۴۴	۱۹/۰	۱۴/۶۶	۱۹/۲	۱۶/۵۶	p= ۰/۲۶	۱۰/۴	۵/۹۴	۱۳/۵	۸/۳۱	علایم پستان	
p<۰/۰۰۰۱	p= ۰/۸۰	۲۵/۰	۳۹/۳۳	۲۷/۱	۳۸/۳۸	p= ۰/۲۲	۱۴/۶	۱۹/۲۱	۱۸/۲	۲۲/۱۶	علایم بازویی	
p<۰/۰۰۰۱	p= ۰/۷۴	۲۶/۹	۷۹/۰۲	۲۵/۸	۷۹/۹۷	p= ۰/۰۶	۲۶/۹	۴۲/۳۵	۳۰/۰	۴۸/۵۴	نگرانی نسبت به ریزش مو	
p<۰/۰۰۰۱	p=۰/۰۲۵	۱۹/۴	۶۹/۳۹	۲۳/۹	۶۲/۶۸	p=۰/۲۲	۲۲/۱	۲۹/۱۱	۲۸/۲	۳۳/۹۴	عوارض جانبی درمان	

امتیاز میانگین‌ها در محدوده ۱۰۰-۰ هستند. امتیاز پایین‌تر نشان‌دهنده سطح بهتر کیفیت زندگی است.

بحث و نتیجه‌گیری

مفهوم کیفیت زندگی در طی دهه اخیر در تحقیقات پرستاری بسیار مورد توجه قرار گرفته است. با در نظر داشتن اثرهای حاصل از سرطان پستان و درمان‌های آن به نظر می‌رسد روش‌های درمانی معمول عمدتاً بر کمیت زندگی بیماران متمرکز بوده و توجه به آثار ناشی از عوارض درمان‌ها بر سایر ابعاد زندگی بیماران کمرنگ بوده است درحالی که امروزه کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از پیامدهای مهم درمان بیماری‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد و به‌عنوان یکی از شاخص‌های تعیین‌کننده تأثیر درمان‌ها ارزیابی می‌شود [۳]. در مطالعه حاضر نیز کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بیماران در ابعاد علامتی به‌عنوان یکی از شاخص‌های تعیین‌کننده تأثیر مشاوره مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشان داد که بعد از اجرای برنامه مشاوره با خانواده در گروه آزمون، علایم گوارشی (تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، یبوست و اسهال، خشکی دهان، تغییرات چشایی) بیماران کاهش یافته ولی در گروه شاهد علایم گوارشی به استثناء اسهال تشدید یافته است. یکی از دلایل توجیه‌کننده آن، این است که بیماران در صورت تشدید اسهال نسبت به تشدید سایر عوارض شیمی‌درمانی بیشتر پیگیر درمان‌های مربوطه هستند.

نتایج مطالعه هروی کریموی (۱۳۸۵) نیز در تهران نشان داد که مشاوره گروهی باعث بهبود ابعاد علامتی کیفیت زندگی در مواردی چون تهوع و استفراغ، ازدست دادن اشتها، یبوست، اسهال، خشکی دهان و تغییرات چشایی در بیماران گروه آزمون شده است [۲۲] در همین رابطه نتایج مطالعات انجام‌شده مبنی بر تأثیر تدابیر آموزشی و حمایتی خانواده‌محور در کاهش علایم گوارشی مرتبط با شیمی‌درمانی بوده است [۲۳]. در همین رابطه که از جمله آن‌ها نتایج مطالعه پاتلا (Patella) (۲۰۰۹) در ایتالیا می‌باشد که نشان داده شده است تدابیر تغذیه‌ای و ارائه موارد آموزشی مربوط به بی‌اشتهایی و مشکلات گوارشی به‌دنبال شیمی‌درمانی به بیماران و خانواده آن‌ها باعث بهبود احساس خوب بودن جسمی و روانی بیماران می‌شود [۲۴].

همچنین نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر برنامه مشاوره با خانواده در کاهش میزان خستگی، احساس کسالت، گرگرفتگی و اختلالات خواب می‌باشد. نتایج

مطالعه هروی کریموی (۱۳۸۵) نیز در تهران نشان داد که مشاوره گروهی باعث کاهش میزان خستگی و اختلالات خواب در بیماران گروه آزمون شده است [۲۲]. در رابطه با مشکلاتی که یائسگی زودرس به‌دنبال شیمی‌درمانی برای زنان مبتلا به سرطان پستان ایجاد می‌کند، نتایج تحقیقات برگر (Berger) (۲۰۰۹) در اوماها نشان داد که گرگرفتگی به علت یائسگی زودرس منجر به اختلالات خواب در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی شده است [۲۵].

نتایج مطالعات دیگر حاکی از این بوده است که تدابیر آموزشی و حمایتی از بیماران در زمینه خودمدیریتی جهت مدیریت خستگی که شامل برنامه‌هایی از جمله ورزش، برقراری تعادل بین فعالیت و استراحت، به‌کارگیری تکنیک‌هایی چون انحراف فکر، رژیم غذایی مناسب و بهبود وضعیت خواب بوده است که علاوه بر آموزش، تشویق بیماران به برخوردارگی از عملکرد خودمراقبتی با تأمین حمایت عاطفی بیماران نیز صورت گرفته و تأثیر به‌سزایی در کاهش علایم خستگی و بهبود احساس خوب بودن عاطفی و بهبود وضعیت کلی سلامت و بهبود قدرت تطابق و سازگاری و نشان دادن رفتارهای تطابقی داشته است [۲۶ و ۲۷].

نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر برنامه مشاوره با خانواده در کاهش میزان درد و تنفس دردناک، همچنین علایم بازویی چون درد شانه و بازو، تورم در بازو و در رابطه با علایم پستان، درد، تورم و حساسیت در پستان می‌باشد. نتایج مطالعه هروی کریموی (۱۳۸۵) نیز در تهران نشان داد که مشاوره گروهی باعث کاهش میزان علایم فوق در بیماران گروه آزمون شده است [۲۲]. نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران و جهان حاکی از مؤثر بودن تدابیر غیر دارویی بر کاهش شدت درد ناشی از سرطان می‌باشد [۲۴ و ۲۸]. تدابیر غیر دارویی از جمله آرام‌سازی عضلانی، ماساژ، کیسه آب گرم و آب سرد و ... که با همکاری اعضای خانواده در این پژوهش که برای نمونه‌های مورد پژوهش در گروه آزمون به اجرا درآمد نه تنها منجر به تخفیف درد بیمار شد، بلکه به دلیل مشارکت خانواده در این امر، باعث شد تا بیمار حمایت‌های روانی-عاطفی را نیز از سوی خانواده دریافت کند و همچنین در تخفیف سایر عوارض از جمله خستگی

ناشی از شیمی‌درمانی بسیار مؤثر واقع شد و بر میزان مشارکت خانواده‌ها نیز در امر مراقبت از بیمار افزود و منجر به کاهش میزان مشکلات خانواده در امر مراقبت از بیمار گردید.

همچنین در زمینه تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بیماران بر کیفیت زندگی، نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر برنامه مشاوره با خانواده در کاهش مشکلات اقتصادی می‌باشد. با توجه به هزینه‌های هنگفتی که جراحی و شیمی‌درمانی دارد بیماران را دچار مشکلات اقتصادی می‌کند که در این رابطه بیماران تحت پوشش بیمه کمتر با مشکل مواجه هستند ولی به‌رحال بار اقتصادی زیادی برای بیماران و خانواده به همراه دارد و گاهی نیز منجر به قطع روند درمان می‌شود لذا، با توجه به اینکه بیماران مورد پژوهش در این مطالعه از سطح اقتصادی متوسطی برخوردار بودند، تدابیری با همکاری مددکاری اجتماعی بیمارستان جهت کاهش فشار اقتصادی اجرا شد به طوری که در صورت لزوم بیمارانی که از سطح اقتصادی خیلی ضعیف برخوردار بودند از طرف مددکار اجتماعی بیمارستان تحت حمایت مالی قرار می‌گرفتند. ولی آنچه که مهم است توانمندسازی و خودکفایی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌باشد تا ضمن حفظ استقلال خود، توانمندی لازم را جهت برطرف کردن مشکلات اقتصادی داشته باشند که این امر نیازمند برنامه‌ریزی و زمان بیشتری جهت تحقق اهداف مربوطه می‌باشد. با این حال در طی جلسات مشاوره سعی بر این بوده است که مشاوره‌های لازم درخصوص مهارت‌های مدیریت درخصوص اقتصاد خانواده جهت افزایش توانمندی بیمار و اعضای خانواده در فعالیتهای زندگی و توسعه فرآیند اقتصادی-اجتماعی صورت پذیرد که ضمن آشنایی بیمار و اعضای خانواده وی با مفاهیم اقتصاد خانواده، مهارت به‌کارگیری آن‌ها در زندگی خانوادگی نیز افزایش یابد.

نتایج مطالعه هروی کریموی (۱۳۸۵) نیز در تهران نشان داد که مشاوره گروهی باعث کاهش میزان مشکلات اقتصادی در بیماران گروه آزمون شده است [۲۲].

نتایج مطالعه کیم (Kim) (۲۰۱۰) نشان داد که حمایت‌های اجتماعی از بیماران مبتلا به سرطان تأثیر ویژه‌ای در کاهش بار اقتصادی ناشی از فرآیند بیماری و درمان و بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته است [۲۹].

درخصوص دیگر ابعاد علامتی کیفیت زندگی اختصاصی از جمله ریزش مو بعد از شیمی‌درمانی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که قبل از اجرای برنامه مشاوره با خانواده اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمون و شاهد مشاهده نشد ولی بعد از مداخله، کیفیت زندگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد اختلاف معنی‌داری داشت، یعنی؛ کیفیت زندگی در گروه آزمون در اثر مشاوره با خانواده نسبت به گروه شاهد ارتقاء یافته است.

نتایج مطالعه هروی کریموی (۱۳۸۵) نیز در تهران نشان داد که مشاوره گروهی باعث کاهش میزان نگرانی در اثر ریزش مو در بیماران گروه آزمون شده است [۲۲].

نتایج مطالعه فریس (Frith) (۲۰۰۷) در انگلستان نشان داد که به‌کارگیری استراتژی مدیریت آلویسی شامل ۴ مرحله شناسایی انتظاراتهای بیمار از ریزش مو، وارد شدن به مرحله‌ای که ریزش مو حتمی است و آماده شدن و داشتن کنترل بر این عارضه، باعث شد که زنان حس کنترل بیشتری بر ریزش مو داشته باشند [۳۰].

از دیگر علایم ناراحت‌کننده سرطان، درد ناشی از بیماری می‌باشد. درد سرطان تنها یک تجربه حسی جسمی نیست، بلکه دارای ابعاد عاطفی، شناختی، رفتاری و اجتماعی- فرهنگی نیز می‌باشد. بعد شناختی درد به شیوه اندیشه و تفکر بیمار درباره درد و نیز به معنایی اطلاق می‌شود که درد به همراه بیماری است [۲۸ و ۳۱]. با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر مشاوره با خانواده در ارتقاء مقیاس‌های علامتی عمومی و اختصاصی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی و کاهش علایم و عوارض ناشی از بیماری و درمان پیشنهاد می‌شود که اجرای مشاوره مناسب و ملزم نمودن خانواده بیمار برای شرکت در این برنامه‌ها، جهت افزایش سازگاری با بیماری عضو بیمار صورت گیرد به طوری که طی برنامه مشاوره با خانواده مواردی چون آموزش نحوه مراقبت جسمی، روحی- روانی بیمار و کسب سازگاری دیگر اعضای خانواده و همچنین نحوه برخورد با بیمار و به‌ویژه با تغییر نقش‌های عضو بیمار در خانواده و مراقبت آن توسط سایر اعضای خانواده جهت افزایش مسئولیت‌پذیری فردی، خانوادگی، اجتماعی بیمار و سایر افراد خانواده مورد توجه قرار گیرد که این امر با همکاری پرستاران انکولوژی و سایر اعضای تیم مراقبت میسر می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری پرسنل پرستاری مراکز درمانی ذکر شده و بیماران و اعضای خانواده شرکت‌کننده در پژوهش حاضر سپاسگزاری می‌شود.

References

- Perry SH, Kowalski Th, Chang CH. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *hqlo* 2007; 2(1): 1-8.
- Hickey M, Peate M, Saunders CM. Breast cancer in young women and its impact on reproductive function. *J Gerontol A Biolsci Med Sci* 2009; 15(3): 323-39.
- Pourkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh A, Jafari P, Sadeghi M, Dezhbakhsh T, MohamadianPanah M. Dose rehabilitation program improve quality of life in breast cancer patients. *Payesh* 2010; 9 (1): 61-8.
- Taleghani F, Parsayekta A, Nikbakht Nasrabadi A. Coping with breast cancer in newly diagnosed women: A qualitative study. *Iranian Journal Of Psychiatry And Clinical Psychology* 2006; 123(46): 282-8.
- Singh U, Verma N. psychopathology among female breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* 2007; 33(1): 61-71.
- HasanpourDehkordi A, Shaaban M. Relationship between cancer characteristics and quality of life in the cancer patients under chemotherapy referred to selected clinic of tehran university of medical sciences. *Shahrekord university of medical sciences journal winter* 2005; 6(4): 63-71.
- Vazquez-Calatayud M, Carrascosa-Gil R, Vivar CG. The transitional survivorship in breast cancer: a narrative review. *Rev Enferm* 2010; 33(10): 30-9.
- Lee ES, Lee MK, Kim SH, Ro JS, Kang HS, Kim SW, Lee KS, Yun YH. Health-related quality of life in survivors with breast cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a prospective cohort study. *Ann Surg* 2011; 253(1): 101-8.
- Friðriksdóttir N, Saevarsdóttir T, Halfdánardóttir SÍ, Jónsdóttir A, Magnúsdóttir H, Olafsdóttir KL, Guðmundsdóttir G, Gunnarsdóttir S. Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncol* 2011; 50(2): 252-8.
- Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Bittelbrunn AC, Chachamovich E, Fleck MP. Depression and perceptions of quality of life of breast cancer survivors and their male partners. *Oncol Nurs Forum* 2009; 36(3): 153-8.
- Niemelä M, Väisänen L, Marshall C, Hakko H, Räsänen S. The experiences of mental health professionals using structured family-centered interventions to support children of cancer patients. *Cancer Nurs*. 2010; 33(6): E18-27.
- Farahani B, Safavian M, Salehi SH. Evaluating the effect of instructing patient care on knowledge, attitude and performance of the attentions of cancer patients under chemotherapy referring to the university hospitals of tehran university of medical sciences. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University* 2005; 14(2): 99-103.
- Fotoukian Z, A Alikhani M, Salman Yazdi N, Jamshidi R. Quality of life primary relatives providing care for their cancer patients. *Iran Journal of Nursing* 2004; 17(38): 48-56.
- Northouse L, Kershaw T, Mood D. Effect of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Pon* 2009; 14(6): 478-91.
- Lemieux J, Goodwin PJ, Bordeleau LJ, Lauzier S, Théberge V. Quality of Life Measurement in Randomized Clinical Trials in Breast Cancer: An Updated Systematic Review (2001-2009). *J Natl Cancer Inst* 2011; 103(3): 178-231.
- Gregg G. psycho social Issues Facing African and African-American women Diagnosed with Breast cancer. *J.Socscimed* 2009; 24(1,2): 100-16.
- Vanaki Z, ParsaYekta Z, Kazemnejad A, Haidarian A. Interpretation of Support for Cancer Patient under Chemotherapy: A Qualitative Research, *Andishe Va Raftar* 2003; 9(1(33)): 53-61.

18. So WK, Choi KC, Chan CW, Chair SY. Age-related differences in the quality of life of chinese women undergoing adjuvant therapy for breast cancer. *Res Gerontol Nurs* 2011; 4(1): 19-26.
19. SoltaniKhabisi A, AzizzadehFrouzi M, Haghdst A.A, Mohammadalizadeh S. Nurses Performance in Training Patients from the Point of View of Patients Discharging from Medical-Surgical Warose of Hospitals Affiliated to Kerman University of Medical Science, Markaz Motaleat Va Toseae Amozesh Pezeshki 2006; 3(1): 51-7.
20. Northouse L, Kershaw T, Mood D. Effect of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Pon* 2009; 14(6): 478-91.
21. Eyigor S, Karapolat H, Yesil H, Uslu R, Durmaz B. Effects of pilates exercises on functional capacity, flexibility, fatigue, depression and quality of life in female breast cancer patients: a randomized controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2010; 46(4): 481-7.
22. HeraviKarimavi M, Pourdehghan M, Faghihzadeh S, Montazeri A. The study of the effect of group counseling on functional scales of patient with breast cancer treated with chemotherapy. *Daneshvar Medicine* 2006; 13(62): 69-78.
23. AmyJ H, Alexander VE, Audrey G. Testing a theoretical model of perceived self-efficacy for cancer-related fatigue self-management and optimal physical functional status. *Nurse Res* 2009; 58(1): 32-41.
24. Patella MN, Goldin D, Aggujaro M. Nutritional concerns of cancer patients and the families. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 1(3): 171-9.
25. Berger AM, Treat Marunda HA, Agrawal S. Influence of Menopausal status on sleep and Hot flashes throughout Breast cancer Adjuvant chemotherapy. *Oncol Nurs Forum* 2009; 38(3): 353-66.
26. Merriman JD, Dodd M, Lee K, Paul SM, Cooper BA, Aouizerat BE, Swift PS, Wara W, Dunn L, Miaskowski C. Differences in Self-reported Attentional Fatigue Between Patients With Breast and Prostate Cancer at the Initiation of Radiation Therapy. *Cancer Nurs* 2011.
27. Miaskowski C, Lee K, Dunn L, Dodd M, Aouizerat BE, West C, Paul SM, Cooper B, Wara W, Swift P. Sleep-Wake Circadian Activity Rhythm Parameters and Fatigue in Oncology Patients Before the Initiation of Radiation Therapy. *Cancer Nurs* 2011.
28. Meeker MA, Finnell D, Othman AK. Family caregivers and cancer pain management: a review. *J Fam Nurs* 2011 17(1): 29-60.
29. Kim YJ, Lee KJ. Relationship of social support and meaning of life to suicidal thoughts in cancer patients. *J Korean Acad Nurs* 2010; 40(4): 524-32.
30. Frith H, Harcourt D, Fussell A. Anticipating an altered appearance : Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2007; 11: 385-91.
31. Borneman T, Koczywas M, Sun V, Piper BF, Smith-Idell C, Laroya B, Uman G, Ferrell B. Effectiveness of a clinical intervention to eliminate barriers to pain and fatigue management in oncology. *J Palliat Med* 2011; 14(2): 197-205.