بررسی تاثیر آموزش در زمینه درمان و مراقبت‌های رایج سرطان پستان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به درمانگاه انکولوژی بیمارستان کوثر درسال ۹۱-۱۳۹۰

نضال آژ[1] : کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی قزوین
امیر جوادی: کارشناس ارشد آمار، عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی علوم پزشکی قزوین
منیره محمودبابویی: کارشناسان پرستاری، بیمارستان کوثر قزوین
فرانک رضایی: کارشناسان پرستاری، بیمارستان کوثر قزوین
افسانه هنردار: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد قزوین

چکیده

مقدمه: سرطان پستان دومین عامل مرگ ناشی از سرطان‌ها به شمار می‌رود. شیمی درمانی به دنبال سرطان پستان می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را بر کیفیت زندگی بیماران داشته، سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان و کاهش کیفیت زندگی این مددجویان شود. هدف از این تحقیق ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز انکولوژی کوثر قزوین می باشد.

روش کار: این تحقیق یک مطالعه کارازمایی بالینی در فیلد (بصورت قبل و بعد از مداخله) می باشداز اردیبهشت ۱۳۹۰ در مرکز شیمی درمانی بیمارستان کوثر قزوین انجام شد. حجم نمونه ۴۵مددجو که ماستکتومی شده و جهت شیمی- درمانی مراجعه کرده بودند با همراهان انان که تحت مشاوره و اموزش در زمینه درمان و مراقبت های رایج سرطان پستان پس از جراحی و شیمی- درمانی یا رادیوتراپی طی ۴ جلسه قرار گرفتند. ابزار جمع اوری پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران سرطان پستان (Eortc QLQBr- 23) و (Eortc QLQc-30) می باشد و پرسشنامه محقق ساخته ارزیابی اگاهی و نگرش همراهان مددجویان بود. از امار تحلیلی pair t test و سطح معنی داری p=0.05 در نظر گرفته شد.

نتایج: تعداد ۴۵ مورد جدید سرطان پستان در مدت ۹ ماه در این مرکز پذیرش و مورد مداوا قرار گرفتند. .میانگین سنی ۴۶.۱۳ با انحراف معیار ۹.۳۴ بود. (۲۰ نفر۶۰٪) بی‌سواد و ۱۱ نفر(۳۲٪) از نمونه ها از وجود سرطان در بدن خود اگاهی نداشتند. بقیه نمونه ها ازمفهوم متاستاز تصوری نداشتند علیرغم اینکه در مرحله سه یا چهار قرار داشتند. دربعد عملکردی پرسشنامه (Eortc QLQc-30) نمرات از ۲۴.۹۰± ۶۰.۷ به ۲۳.۷۳± ۶۳.۵۴ و در بعد ایتمهای علامتی از ۲۳.۵۴ ± ۵۸.۴۲ به ۲۵.۶۷ ± ۵۶.۸۹ و در بعد کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه (Eortc QLQBr- 23) از ۲۴.۰۲ ± ۶۵.۱۵ به ۲۳.۸۰ ± ۶۸.۴۴ در بعد ایتمهای علامتی اختصاصی سرطان پستان از ۱۵.۲۶± ۷۱.۷۰به ۲۲.۰۳ ± ۶۹.۲۶ ارتقا یافت لیکن با استفاده از امار تحلیلی pair t test و p=0.05مداخله ما تاثیر قابل ملاحظه ای بر کیفیت زندگی این زنان نداشته است.

نتیجه‌گیری نهایی: برای بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، ۴ جلسه اموزش به تنهایی کفایت نمی کند و نیاز به حمایت‌های اجتماعی بیشتری از سوی دست اندرکاران می باشد.

کلید واژه: پرسشنامهEortc QLQBr- 23 ، (Eortc QLQc-30)، کیفیت زندگی بیماران سرطانی، اموزش.

[1] nezal_ajh@yahoo.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]

مقدمه

سرطان بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی دومین علت مرگ و میر در جوامع انسانی است (۱). تقریباً یک چهارم کل سرطان‌های زنان را سرطان پستان تشکیل می‌دهد. سرطان پستان دومین عامل مرگ ناشی از سرطان‌ها به شمار می‌رود. تقریباً از هر ۸ زن یک نفر مبتلا به سرطان پستان می‌باشد که در اغلب اوقات منجر به برداشت کامل بافت پستان، شیمی‌درمانی، پرتو درمانی و هورمون‌درمانی می‌گردد(۲).

براساس گزارش اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها در مورد وضعیت بروز انواع سرطان در ایران در سال ۱۳۸۷، شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی، سرطان پستان با شیوع ۱۱.۳۱ درصد بیش‌ترین میزان بروز آن در سنین دهه چهارم و پنجم که ۱۰ سال از رنج جهانی کمتر است که میزان آن در گروه‌های سنی بعد از ۶۵ سال به تدریج کاهش یافته است (۳).

در اغلب جوامع و فرهنگ‌ها، پستان‌ها به عنوان اندامی زنانه محسوب می‌شوند. از این رو از دست دادن پستان‌ها در بسیاری از موارد به معنای از دست دادن هویت زنانه تعبیر می‌شود.(۴).

شیمی درمانی به دنبال سرطان پستان می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را بر کیفیت زندگی بیماران داشته، سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان و کاهش کیفیت زندگی این مددجویان شود.(۵).

سرطان پستان به عملکرد جنسی و عزت نفس فرد آسیب می‌رساند و زنان جوان متحمل فشارهای روحی بیش‌تری نسبت به زنان مسن می‌شوند (۶) بر همین اساس درمان جراحی حفاظتی پستان با ایجاد یک تصویر ذهنی مثبت از بدن به طور غیرمستقیم روی فعالیت جنسی تأثیر مثبت می گذارد.(۷).

مطالعه یانگ (۱۹۹۶) نشان داد که زنانی که بر روی آن‌ها شیمی- درمانی صورت گرفته بود، ۵/۷ بار بیش‌تر از گروه دیگر، دچارخشکی واژن ۵/۵ بار میل جنسی کم‌تر و ۷/۱ مرتبه مشکل بیشتری در رسیدن به اوج لذت جنسی (orgasm) داشتند.(۸) سایر تحقیقات نیز نشان داده اند که شیمی- درمانی عمده‌ترین تأثیر را بر روی کیفیت زندگی بیماران داشته و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان می‌شود(۹). تحقیقات یو و چیو. در هنگ کنگ(۱۰) و رابین در برزیل (۱۱)نشان داد که شیمی درمانی سبب افزایش میزان افسردگی و اضطراب می گردد. افزایش فشارهای روانی، کاهش عملکردهای جسمی ، عاطفی و اجتماعی، اختلال در عملکرد جنسی و تغییر در تصویر ذهنی، می تواند تشخیص و درمان سرطان پستان، کیفیت زندگی فرد مبتلا و خانواده وی را متاثر می کند.(۱۲)

کیفیت زندگی یکی از مهمترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و به عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران مورد تأیید قرار گرفته و بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران از نظر روانی ، اجتماعی و خانوادگی ، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است.(۱۳)

ارزیابی کیفیت زندگی اطلاعات ذی قیمتی را در اختیار پرستاران قرار می‌دهد و موجب غنای مداخلات بهداشتی و درمانی و بهبود کیفیت خدمات خواهد شد. (۱۴). مطالعات نشان داده است که مداخلات و مشاوره تأثیر مثبت بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد.(۱۵)هرچند در برخی تحقیقات مشاوره کارائی لازم برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان نداشته است.(۱۶) ولی ارائه مداخلات مختلف و مشاوره، مقاومت فرد را در برابر پی‌آمدهای زیانبار و یا عوارض درمان‌های صورت گرفته بیماری افزایش می‌دهد.(۱۷).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]

تحقیقات وین- مارش- لینگ درپروژه مشترک بین کالیفرنیا و سئول نقش مذهب و معنویت را بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به کانسر پستان را پر رنگ تر نمود(۱۸) این نتیجه گیری در تحقیق آن برگر در امریکا(۱۹) نیز مستتر است وی خاطر نشان کرد که نوع دارو کمتر از وضعیت روحی بر روی احساس خستگی در بیماران سرطانی تاثیر دارد.

هروی و همکاران در سال ۱۳۸۳ در تهران (۲۰) و سمیعی و همکاران در زنجان و قزوین بر نقش مشاوره گروهی و خانواده درمانی برای ارتقای کیفیت زندگی تاکید نموده اند.(۲۱).

انچه در تحقیقات فوق به خصوص در ایران مورد تاکید قرار گرفته مشاوره در بعد روانی بوده است و کمتر در باره مشکلات اجتماعی و اقتصادی و نیز حمایتهایی که بعد از عمل جراحی ماستکتومی برای جلوگیری از بروز لنف ادم در بازوها بحث شده است. هم چنین توجه خاص بر ادامه درمان و پیشگیری از متاستاز به سایر اعضای بدن از جمله نگرانی های بود که محققین در محیط درمانگاه انکولوژی کوثر قزوین با آن روبرو بودند. بخصوص در شرایطی که مددجویان بدلیل وضعیت اجتماعی ، خانوادگی و سطح سواد حتی از بیماری خود خبر نداشتند و این موضوع در تحقیقات مشابه کمتر به چشم میخورد. با توجه به موارد فوق و از آن‌جا که امروزه بسیاری از دولت‌ها و تصمیم‌گیرندگان در سطح کلان جامعه ارتقاء کیفیت زندگی و متعاقب آن ارتقاء سلامت را جزء لاینفک توسعه اجتماعی و اقتصادی می‌دانند؛ بر آن شدیم تا به بررسی تاثیر مشاوره و اموزش در زمینه درمان و مراقبتهای رایج سرطان پستان پس از جراحی و همزمان با شیمی درمانی یا رادیوتراپی در مددجویان و همراهان انان بر کیفیت زندگی جنسی و روابط اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان در مرکز آموزشی درمانی کوثر بپردازیم

روش کار: این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی در فیلد بصورت قبل و بعد بود که برروی زنان مبتلا به سرطان پستان و همراهان انان، مراجعه کننده به بخش شیمی درمانی مرکز آموزشی - درمانی کوثرکه تنهامرکز شیمی درمانی استان قزوین می باشد، انجام شد. . روش نمونه گیری بصورت سرشماری در مدت ۹ ماه(مهر ۱۳۹۰ لغایت خرداد ۱۳۹۱) انجام شد. حجم نمونه ۴۵ بیمار بود که ۳۴ زن شرایط نمونه گیری داشتند. کلیه نمونه ها به همراه یکی از بستگان یا اشنایان در اولین جلسه شیمی درمانی وارد مطالعه شدند. قبل از ورود به مطالعه در مورد طرح پژوهشی و اهداف ان اطلاعات لازم داده شد و در صورت تمایل و کسب رضایت، پرسشنامه ها را تکمیل می نمودند و سپس شماره تماس انان یادداشت و اطلاعات کلی در مورد روند درمان با توجه به دستورات پزشک مربوطه و نیز برنامه های اموزشی مربوط به طرح به انها داده شد. این برنامه ها در پایان هر هفته و به صورت گروهی (حداکثر ۵ مددجو با همراه) برگزار می شد. اطلاعات درمانی و مراقبتی براساس پروتکلی که محتوای ان به تایید پزشک مسئول شیمی درمانی بیمارستان کوثر رسیده بود و توسط کارشناس ارشد مامایی، کارشناس پرستاری مرکز و کارشناس ارشد روانشناسی ارائه شد. تعداد جلسات مشاوره ۴ جلسه یک تا دو ساعته بود و معمولا در اخرین جلسه از یکی از مددجویان که دوره درمانش خاتمه یافته بود دعوت میشد تا به سوالات مددجویان پاسخ دهد. در این جلسات درزمینه آناتومی و سرطان پستان، روش‌های درمان(انواع شیمی درمانی یا رادیوتراپی) ، مراقبتهای تکمیلی مانند تغذیه، مراقبت از دستها و بازوها بالا نگه داشتن دستها ، استفاده از بازوبند های الاستیکی و نیز حرکات ورزشی برای پیشگیری از لنف ادم یا فیبروز عضلات اندامهای فوقانی و سینه بصورت عملی و با استفاده از وسایل اولیه مانند یک روسری، توپ های کوچک یا موم و.... اموزش داده میشد .

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]

در طی جلسات از روش پرسش و پاسخ واسلایدها استفاده شد. در پایان جلسات نیز پمفلت های آموزشی به همراه شماره تماس روانشناس گروه داده شد. تکمیل مجدد پرسشنامه، حدود ۳ ماه بعد از آخرین جلسه (معمولا همزمان با تکمیل دوره درمان شیمی درمانی) صورت گرفت .

در این مطالعه سه پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت پرسشنامه (Eortc QLQc-30) متعلق به سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان بصورت عام است و دارای ۳۰ سوال می باشد . ۱۳ سوال به بررسی ابعاد عوارض سرطان و شیمی درمانی در۹ مقیاس (خستگی درد، تهوع و استفراغ، تنفس دردناک ، از دست دادن اشتها، اختلال در خواب، یبوست، اسهال، وضعیت اقتصادی) می پردازد و ۱۷ بعدی سوال در ارتباط با وضعیت عملکردی و اجتماعی است که ۶ مقیاس جسمانی، ایفای نقش، احساسی، ذهنی، اجتماعی، وضعیت سلامت عمومی را ارزیابی می کند(۲۲) پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران سرطان پستان Eortc) (QLQBr- 23)می باشد و شامل ۲۳ سوال و در دو مقیاس عملکردی و علامتی بوده و با رویکرد خاص به سرطان پستان تدوین شده است. هردوی این پرسشنامه ها در ایران مورد استفاده قرار گرفته و توسط دکتر نجات و علی مننظری در مرکز جهاد دانشگاهی تهران اعتبار سنجی شده است و از نظر محتوایی با جامعه ما استاندارد سازی شده است.(الفا کرونباخ در ابعاد مختلف بین ۴۸-۹۵ متغیر بوده است). هر دو پرسشنامه بصورت لیکرت چهار گزینه ای طراحی شده و نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ می باشد در بخش عملکردی نمرات بالاتر نشانه عملکرد بهتر و در بخش علامتی نمره کمتر نشانه وضعیت بهتری می باشد.(۱۵و۲۲) جهت تعیین اگاهی و نگرش همراهان پرسشنامه محققین ساخته تهیه وتوسط همکاران مورد تایید قرار گرفت.این پرسشنامه ۲۰ سوال داشت که دارای ۱۰ سوال در مورد اگاهی و ۱۰ سوال برای ارزیابی نگرش همراهان نسبت به بیماری طراحی شده و سوالات اگاهی ۴ گزینه ای و نگرش ۵ گزینه ای بودند. نمره برای اگاهی حداکثر ۳۰ و برای نگرش ۴۰ بود که بصورت قبل و بعد از مطالعه تکمیل شد.

پس از جمع اوری داده ها با استفاده از نرم افزارspss ، یافته ها در قالب جداول اماری ، نمودار و شاخص های عددی ارائه گردید. برای مقایسه نمره کیفیت زندگی قبل و پس از مداخله از ازمون Pair T-test و برای بررسی ارتباط بین صفات کیفی از آزمون مجذور کای دو و تست دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی داری ۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته ها

تعداد ۴۵ مورد جدید سرطان پستان در مدت ۹ ماه در این مرکز پذیرش و مورد مداوا قرار گرفتند. از این تعداد ۳۴ نفر واجد شرایط مطالعه و تمایل به همکاری نشان دادند. میانگین سنی ۴۶.۱۳ با انحراف معیار ۹.۳۴ بود. بر اساس پرونده مددجو یان اغلب کانسر انان در مرحله ۲ و ۳ تشخیص داده شده بود. . کلیه نمونه ها قبلا از شروع مطالعه و شروع شیمی درمانی، ماستکتومی یکطرفه یا دو طرفه شده بودند و یک مورد پس از ۵ سال از ماستکتومی یکطرفه بدون شیمی درمانی با درگیری پستان دیگر و متاستاز ریه مراجعه کرده بود. اغلب انان (۳۱ نفر۹۱٪) دارای تحصیلات ابتدایی یا بیسواد و۱۱ نفر(۳۲٪) از نمونه ها از وجود سرطان در بدن خود اگاهی نداشتند و معتقد بودند که دارای یک توده خوش خیم بوده که با جراحی برداشته شده است. و متاسفانه برای اولین بار در این جلسات با این واژه اشنا میشدند. بقیه نمونه ها ازمفهوم متاستاز تصوری نداشتند علیرغم اینکه در مرحله سه یا چهار قرار داشتند. ۸مورد(۲۳٪) دارای درگیری مغز استخوان و ریه یا کبد بودند (جدول شماره ۱).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]

جدول شماره ۱ اطلاعات دموگرافیک نمونه ها

سن*	۴۵.۷۷ ± ۷.۰۴
بیسواد	۲۰ نفر (۵۸.۸٪)
تحصیلات ابتدایی	۱۱ نفر(۳۲.۲٪)
تحصیلات متوسطه و بالاتر	۳ نفر(۹٪)
مراحل سرطان	
مرحله دوم	۷ (۲۰٪)
مرحله سوم	۱۹(۵۶٪)
مرحله چهارم	۸(۲۴٪)
اگاهی از وجود سرطان	۱۱(۳۲٪)
اگاهی از مفهوم متاستاز	۲۳(۶۷٪)
جمع	۳۴

کیفیت زندگی عملکردی بعد از مداخله با پرسشنامه QLQ-BR ۳۰ در کلیه ابعاد افزایش یافت که بیشترین آن مربوط به بعد جسمانی(۷۲.۱۶± ۱۷.۹۲) و کمترین مربوط به وضعیت سلامت عمومی(۵۱.۰۷± ۲۲.۲۷) بود. در بعد علامتی نیز در برخی ابعاد شاهد بهبود وضعیت بودیم که در مورد اختلال در خواب((۵۸.۹۷ ± ۲۷.۱۷)) و اختلال در اشتها(۶۵.۳۸ ± ۲۹.۰۳) از همه بیشتر بود. لازم به ذکر است که تغییر در بعد علامتی به اندازه تغییر در بعد عملکردی و روانی نبود(جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ کیفیت زندگی عملکردی و علامتی قبل و بعد از مداخله با پرسشنامه QLQ-BR ۳۰

ابعاد عملکردی	قبل از مداخله		بعد از مداخله		P value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
جسمانی	۶۶.۲۳	۲۲.۲۷	۷۲.۱۶	۱۷.۹۲	0.22
ایفای نقش	۷۳.۰۷	۲۶.۲۷	۷۱.۷۹	۲۵.۲۸	0.82
احساسی	۵۲.۹۸	۲۷.۱۵	۵۷.۰۹	۲۲.۴۹	0.42
ذهنی	۵۸.۳۱	۲۴.۳۸	۶۰.۰۴	۲۰.۳۲	0.52
اجتماعی	۶۱.۷۲	۲۴.۸۱	۶۹.۱۳	۲۸.۰۰	0.28

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]

وضعیت سلامت عمومی	۴۸.۷۱	۲۴.۵۷	۵۱.۰۷	۲۲.۲۷	0.32
میانگین	۶۰.۷	۲۴.۹۰	63.54	۲۲.۷۳	۰.۴۱
	ایتمهای علامتی				
خستگی	۵۶.۳۷	۲۴.۲۵	۵۵.۵۵	۱۸.۹۹	۰.۸۶
تهوع و استفراغ	۷۵.۹۲	۲۲.۳۲	۷۵.۹۲	۲۲.۸۰	۱
درد	۵۹.۲۵	۲۷.۰۹	۵۸.۰۲	۲۶.۲۸	۰.۷۹
تنفس دردناک	۸۳.۳۳	۱۹.۶۵	۸۱.۹۴	۲۱.۹۳	۰.۷۱
اختلال در خواب	۵۸.۹۷	۲۷.۱۷	۵۲.۵۶	۳۰.۰۷	۰.۳۸
از دست دادن اشتها	۶۵.۳۸	۲۹.۰۳	۵۶.۴۱	۲۹.۴۶	۰.۱۲
یبوست	۷۴.۳۰	۲۱.۸۶	۷۴.۰۷	۲۵.۰۳	۰.۸۱
اسهال	۷۷.۷۷	۲۴.۴۵	۷۶.۵۴	۲۲.۲۹	۰.۸۲
مشکلات اقتصادی	۳۳	۱۶.۰۴	۳۸.۳۷	۳۴.۲۲	۰.۲۹
میانگین	۵۸.۴۲	۲۳.۵۴	۵۶.۸۹	۲۵.۶۷	۰.۶۵

نمرات کیفیت زندگی بر اساس ایتمهای پرسشنامه QLQBr- 23 که مخصوص سرطان پستان می باشد در بعد عملکردی تصویر ذهنی و دورنمای اینده بعد از مداخله افزایش قابل توجهی داشتند (قبل از مداخله ۵۴.۱۶و۵۶.۴۱، بعد از مداخله ۵۸.۵۴، ۶۵.۳۸)و در ایتمهای علامتی مهمترین ایتم، علائم بازوئی بود که از ۶۵.۰۲ ، به ۵۵.۲۳ کاهش یافت.(جدول شماره ۳)

جدول شماره ۳: نمرات کیفیت زندگی بر اساس ایتمهای پرسشنامه QLQBr- 23

ایتمهای عملکردی در سرطان پستان	قبل از مداخله		بعد از مداخله		P value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تصویر ذهنی	۵۴.۱۶	۲۲.۸۸	۵۸.۵۴	۱۹.۳۲	۰.۳۱
عملکرد جنسی	۷۵	۲۲.۳۲	۷۵.۹۲	۲۱.۸۶	۱
لذت جنسی	۷۵.۳۰	۲۱.۸۶	۷۴.۰۷	۲۵.۰۳	۰.۸۱
دورنمای اینده	۵۶.۴۱	۲۹.۰۲	۶۵.۳۸	۲۹.۰۲	۰.۱۲
میانگین	۶۵.۱۵	۲۴.۰۲	۶۸.۴۴	۲۳.۸۰	۰.۳۶
ایتمهای علامتی در سرطان پستان					

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]

عوارض جانبی درمان عمومی	۷۰.۸۳	۱۶.۰۱	۶۵.۸۷	۲۲.۰۳	۰.۲۹
علائم پستان	۵۸.۲۳	۲۱.۰۶	۵۷.۴۰	۲۵.۵۶	۰.۸۷
علائم بازوئی	۶۵.۰۲	۲۰.۶۰	62.75	۲۱.۵۶	۰.۵۶
نگرانی به علت ریزش موها	۹۳.۵۸	۱۳.۳۹	۹۱.۰۲	۲۰.۱۲	۰.۴۰
میانگین	۷۱.۷۰	۱۵.۲۶	۶۹.۲۶	۲۲.۰۳	۰.۴۲

آگاهی و نگرش همراهان نسبت به مشکل مددجویان تغیر قابل ملاحظه داشته که در عملکرد انان بصورت پیگیری و ادامه درمان بیمارانشان قابل مشاهده بود. قبل از مداخله اگاهی و نگرش ۲۷.۴۶ و ۲۱.۲۶ بود که بعد از مداخله به ۳۴.۲۶ و ۲۴.۲۳، ارتقا یافت (جدول شماره ۴) در این دوره از ۳۴ بیمار کلیه مددجویان دوره درمان خود را تکمیل نمودند .

جدول شماره ۴: میانگین نمرات اگاهی و نگرش همراهان مددجو قبل و بعد از مداخله

	قبل از مداخله	بعد از مداخله	P value
اگاهی	۲۷.۴۶ ±۷.۳۶	۳۴.۲۶ ±۳.۴۶	۰.۰۰۱
نگرش	۲۱.۲۶ ۴.۲۹±	۲۴.۲۳ ±۴.۲۶	۰.۰۱

امتیاز میانگین ها در محدوده ۰-۱۰۰ هستند برای ابعاد عملکردی امتیاز بالاتر و برای ابعاد علامتی امتیاز پایین تر نشانه سطح بهتر کیفیت زندگی است. با توجه به ازمون تی زوجی و سطح معنی داری ۰.۰۵ از نظر اماری قبل و بعد از مداخله معنی دار نبود.

امتیاز میانگین ها در محدوده ۰-۱۰۰ هستند برای ابعاد عملکردی امتیاز بالاتر و برای ابعاد علامتی امتیاز پایین تر نشانه سطح بهتر کیفیت زندگی است. با توجه به ازمون تی زوجی و سطح معنی داری ۰.۰۵ از نظر اماری قبل و بعد از مداخله معنی دار نبود.

محدوده میانگین برای اگاهی نمره ۰-۳۰ و برای نگرش نمره ۰-۴۰ می باشد نمره بالاتر نشانه وضعیت بهتر می باشد با استفاده ازمون تی زوجی اختلاف معنی دار بود.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]

بحث و نتیجه گیری

این تحقیق با هدف ارائه خدمات اموزشی و حمایتی به مبتلایان و همراهان انان برای مراقبت از خود در مراجعین به مرکز شیمی درمانی کوثر واقع در شهر قزوین انجام شد. قبل از بحث در باره نتایج این تحقیق لازم به ذکر است که در این مرکز،حدود ۶ دوره شیمی درمانی برای سرطان پستان استفاده میشود و معمولا بین دوره ها یک استراحت ۲ تا ۳ هفته وجود دارد . در اوایل درمان(قبل از مداخله) توان جسمی و روحی بیشتر از اواخر دوره درمان(بعد از مداخله) بوده و این همان موضوعی است که در تحقیق تحقیقات وین، مارش، لینگ درپروژه مشترک بین کالیفرنیا و سئول (۱۸) آن برگر در امریکا (۱۹) و یانگ در چین (۸) نیز تاکید شده است . این تحقیقات نشان دادند شیمی درمانی بر روی میل و لذت جنسی، عوارض جسمانی ،اضطراب و افسردگی، خستگی و... تاثیر گذاشته و بصورت یک سیکل منفی بر طول مدت و نوع درمان تاثیر خواهد گذاشت. بر همین اساس تغییر بسیار اندک و یا حتی ثابت ماندن نمره کیفیت زندگی برای محققین به منزله یک موفقیت محسوب شد. زیرا در مطالعه حاضر پرسشنامه های پس ازماه سوم مداخله و همزمان با مراحل اخر درمان و در اوج عوارض تکمیل شده است .

همانطور که در یافته ها عنوان شد در اکثر ابعاد کیفیت زندگی عملکردی از جمله تصویر ذهنی از خود، لذت و میل جنسی و دور نمای اینده ، ابعاد جسمانی، ایفای نقش، اجتماعی.... افزایشی دیده میشود که هرچندآزمون آماری تی زوجی و سطح معنی داری ۰.۰۵ تغییر قابل ملاحظه مشاهده نشد . لیکن دربعد مشکلات اقتصادی بدلیل افزایش هزینه تهیه داروها با توجه به جو حاکم وضعیت بدتر شد.

در مطالعه بوردلو در سال ۲۰۰۳ که مشاوره و تمرینات ارام سازی گروهی را برای ارتقای کیفیت زندگی به کار بسته بودند، تفاوت قابل ملاحظه در کیفیت زندگی قبل و بعد از مطالعه یافت نشد(۲۳). در مطالعه شریعتی و همکاران در اهواز هم که استفاده از ارام سازی بنسون را طی چند مرحله برای بهبود علائم و عوارض شیمی درمانی در مبتلایان به سرطان پستان بکار برده بودند هرچند در بعضی مراحل در کیفیت زندگی مددجویان تغییر ایجاد شده بود ولی در کل این تغییر محسوس نبوده و بر لزوم تکرار و تداوم مداخلات برای افزایش کیفیت زندگی تاکید شده بود(۲۴). مطالعه کنونی ما هر چند از حیث روش مداخله با تحقیقات فوق تفاوت داشت ولی به نتایج مشابهی رسید.

پژوهش حاضر با تحقیقاتی که مشاوره گروهی و خانوادگی را بعنوان مداخله برگزیده بودند، مانند هروی و همکاران در سال ۱۳۸۳ در تهران(۲۰) و سمیعی و همکاران در زنجان و قزوین.(۲۱) و رابین و همکاران (۱۱) مغایرت دارد. مطالعه سمیعی و همکاران در سال ۱۳۸۸ کارازمایی قبل و بعد شاهد دار بود و اساس کار بر مشاوره با خانواده مددجویان قرار داشت. بلافاصله بعد از مداخله علائم در گروه مورد در همه ابعاد کاهش یافته بود، لیکن پس از ۲۱ روز علائم از نظر اماری در مقایسه با ابتدای پژوهش معنی دار نبود. بطور کلی علائم پس از مداخله در برخی ابعاد مانند اختلال در خواب(۵۷.۴)، بی اشتهایی(۵۰.۴۵)، خستگی(۴۸.۸۰) تقریبا مشابه با تحقیق کنونی(جداول ۲ و ۳) بوده است .تصویر بدنی در مطالعه هروی بعد از مداخله به ۵۵.۱۷ ارتقا یافته بود که با تحقیق کنونی مشابه است(جداول ۲ و ۳).محققین در مطالعه کنونی اگاهی و نگرش همراهان که اغلب خواهر یا فرزند بیماران بودند قبل و بعد از مداخله مورد سنجش قرار دادند. با این تصور که تغییر نگرش نسبت به بیماری می تواند سبب احساس مسئولیت بیشتری برای ادامه درمان بیماران انها بشود و در عمل تعداد بیماران بیشتری مراحل درمان را بطور کامل پشت سر بگذارند، نتایج در این حیطه نشان داد که نگرش همراهان نسبت به بیماری تغییر محسوس یافته و با تشویق و همراهی بیماران برای تکمیل پروتکل درمان خود موثر واقع شده بود. دربررسی اولیه که قبل از انجام تحقیق فعلی صورت گرفته بود از حدود ۵۸

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]

نفری که طی ۶ ماه اول ۱۳۸۹ تحت شیمی درمانی قرار گرفته بودند ۳۵ نفر (۶۰٪) دوره درمان را به اخر رسانده بودند(اطلاعات منتشر نشده مرکز) که در این پژوهش کلیه مددجویان دوره کامل درمان را دریافت نمودند .

نتیجه گیری

این تحقیق نشان داد ارائه اموزش در زمینه درمان و مراقبتهای رایج ضروری سرطان پستان پس از جراحی و شیمی درمانی یا رادیوتراپی به زبان ساده به تنهای هر چند کافی نیست ولی می تواند در کاهش علائم و عوارض شیمی درمانی و نیز پیگیری و ادامه روند درمان موثر باشد و به این ترتیب این باور که سرطان پستان قابل درمان است را عملی خواهد نمود.

در این تحقیق ما با مشکلات مختلف مددجویان اشنا شدیم. مشکلات اقتصادی برای تهیه داروها با توجه به تحریم اقتصادی و تورم مالی جامعه ، نبود دارو در سطح شهر، رها کردن کار یا بیکار شدن همسر بیماران به خاطر تهیه دارو که سبب رنجش خاطر مددجویان شده بود که بصورت "اگر بمیریم به نفع همه است" نمود پیدا میکرد . اغلب مددجویان از اطراف قزوین به این مرکز مراجعه میکردند سرمای زمستان و دوری راه در کنار فقر اقتصادی سبب شد که برای ارائه خدمات به این قشر بدون توجه به زمان بندی قبلی ما گاهی کلاس را تنها برای یک نفر برگزار کنیم و گاهی برعکس نمونه ها برای استفاده از کلاس بعد از دریافت دارو در حالیکه با عوارض ان دست به گریبان بودند به کلاس وارد میشدند. و همه این موارد باید در برنامه ریزی برای طرحهای بعدی در نظر گرفته شود. کم بودن جامعه پژوهش و غیر اخلاقی دانستن محرومیت بیماران از شرکت در کلاسها باعث شد گروه کنترل را از مطالعه حذف نماییم.

پیشنهادات

مشکلات جسمی موجود در طول دوره های تزریق به همراه دوری راه و مشکلات اقتصادی و هزینه بالای داروها از تمرکز وتوجه مددجویان می کاهد ونیازمند استمرار آموزش ومشاوره در طول درمان است لذا وجود مرکز مشاوره دائمی در این مرکز جهت حمایت، مشاوره وتشویق این بیماران برای پیگیری وادامه درمان و پیشگیری از موربیدیتی و مورتالیتی بعدی یک ضرورت است.

Reference

1- Hoda S. Alinia A.Shakiba M etal, assessment of organs frequency in cancer patient in Gilan, Gilan medical sciences journal. 1382.12(46) p:84-92

2. U.S. Preventive Services Task Force.Screening for breast cancer:recommendations and rationale. American Family Physician,2002; 65: 2537.

3- Aghajani H et al .Iranian report of cancer book. Iranian ministry of health . caner office. 1390. Tandis. P: 444-46.120.346-350

4. Tolley K, Routledge NR. Evaluation the Cost- Effectiveness of Counselling inHealth Care. BMJ 1996: 312-320.

5- Ramazani T, Depresion and need to consuling among breast cancer patient in kermam, thinking &behaviore journal. 6(4). P: 70-77

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]

6-Neamatalahi A, Assessment of quality of life among breast cancer patient in Tehran, Tehran university library. 1382.

7. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K,Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life AfterBreast Cancer: Understanding Women'sHealth-Related Quality of Life andSexual Function. J Clin Oncol 1998; 16:

501-514.

8. Young-Mc Caughan S. SexualFunctioning in Women with BreastCancer After Treatment with AdjuvantTherapy. Cancer Nurs 1996; 19: 308-319.

9. Rustoen T, Moum T, Wiklund I,Hanestad BR. Quality of Life in NewlyDiagnosed Cancer Patients. J-Adv-Nur.1999; 29(2): 490-98.

10-Yau tik,Choi CW, szeh IS, lee AW. Should young age be a contra – indication to breast conservation treatment in Chinese? Twelve- year experience from a public center in HonKong. Hongkong Med J. 2009 apr. 15(2): 49-9

11- ElianeG.Rabin,RN,MSc,Elizeth Heldt,RN,PhD, VaniaN.Hirakata,MSc Ana C.Bittelbrunn,MD, MSc, EduardoChachamvich,MD ,MSc,and Marcelo P.A Fleck ,MD,PhD Ana C . Bittalbrunn, MD, MSc, Eduardo Chachamovich ,MD,MSc, and Marcelo P.A.Fleck ,MD,PhD . Depression and Perceptions of Quality of life of Breast Canser Survivors and Their Male Partner , Oncology Nursing Forum.Vol.36,No. 3 , May 2009

12- Holzner B et al. Quality Of Life in BreastCancer Patients -not Enough AttentionFor Long Term Survivors.Psy Chromatics.2001; 42: 117-123.

13- RostamiA. OmranporF. RamazanzadehF etal, effect of health on knowledge & attitude& quality of life of menopauses women, Danshvar journal.1382.11(49).p:23

14- Brunner L sh et al. Textbook of MedicalSurgical Nursing. 9th ed. Lippincott: 2000

15- Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M,Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M,Hajimahmoodi M. The EORTC BreastCancer–Specific QOL Questionnaire(EORTC QLQ-Br 23): Translation andValidation Study of the Iranian Version.Qual Life Res 2000 Mar; 9(2): 177-84.

16- EsmaeliR. Assessment of body images among breast cancer patient after mastectomy in Emam center. Nursing faculty Shahid behshti library. 1381

17- Gallosilver L. The Sexual Rehabititationof Persons with Cancer. Cancer-Pract2000; 8(1): 10-15

18- Winnie K W So,Gene Marsh ,W M Ling ,F Y Leung ,et al , the symptom cluster of Fatigue ,pain. Anexiety,andDepresion and the Effect on the Quality of women Receiving Treatment for Breast canser: A multicenter Study ,Oncology Nursing Forum .Pittsburgh :jul 2009 .Vol.36 , Iss.4 ;pg.E205,11

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]

19- Ann M Berger ,Kari Lockhart, Sangeeta Agrawal, variability of patterns of fatigue and quality of Life Ove Time Bassed on Different Breast canser Adjuvant chemotherapy Regimens.Oncology Nursing Forum .Pittsburgh :Sep2009.Vol.36,iss.5 ;pg563-8.

20- Haravi CarimvyM. PordehghaM. etalAssessment of effects of group consulting on quality of life in breast cancer patient in Emam hospital. Mazandaran medical sciences journal. 1385.16(54)p:43-51

21-SamieeF,AnoshehM.AlhaniF. etalAssessment of effects of family consulting on quality of life in breast cancer patient .Iranian journal of breast disease.1389.3(1,2)p:28-39

22- Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M,Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M,Hajimahmoodi M. The EuropeanOrganization for Research and Treatmentof Cancer QOL Questionnoun (EORTCQLQ-C30): Translation and Validationstudy of the Iranian Version. SupportCare Cancer 1999 Nov; 7(60): 400-6

23- bordeleau L, Szalai J.P, Ennis M etal.Quality of life in randomized trail of group psychological support in metastatic breast cancer.JCO2003:21(10): 1944-51

24-ShriatiA. SalehiM. AnsariM, Assessment of benson relaxation on functional scale of quality of life among breast cancer patient. Gondishapor of medical sciences journal. 1389.6(9)p: 625-631

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1391.5.2.6.2]