ORIGINAL ARTICLE

Iranian Quarterly Journal of Breast Disease 2017; 10(1):61.

The Effect of Family-centered Empowerment Model on the Functional Scales Quality of Life in Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy

Shirvani H: Department of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Alhani F: Department of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Montazeri A: Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, Tehran, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Alhani, alhani_f@modares.ac.ir

Abstract

Introduction: Breast cancer is known as the most prevalent cancer among women. The cancer and its treatments including chemotherapy impose many symptoms and side effects and impress the patients' life quality and family members. Therefore, they need the knowledge, understanding and abilities rather than factors influencing the quality of their lives. This study has been accomplished to explore the effect of family-centered empowerment model on the functional scales quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy.

Methods: The present study is a clinical trial, a quasi-experimental study. The selection of 70 women with breast cancer undergoing chemotherapy in both intervention and control groups was done through purposive sampling. The research tools included demographic questionnaire, questionnaire information about the disease and treatment and quality of life are two standard questionnaires (QLQ-C30, QLQ-Br23). Family-centered empowerment model in the intervention group and post-test one month after the intervention examined.

Results: The results showed that the implementation of model improving the general functional scales (physical, role, cognitive, emotional and social) for patients in the intervention group ($P<0.05$). The specific function of scales in the two groups after the intervention in terms of body image, sexual performance and sexual pleasure, there was no significant difference ($P>0.05$) but after coming back attitude was improved in the intervention group.

Conclusion: The results showed that the implementation of the empowerment family-centered on the promotion of general and specific functional scale (with the exception of the aspects of body image, sexual function and sexual pleasure) quality of life for women with breast cancer undergoing chemotherapy was effective.

Keywords: Quality of life, Family-centered Empowerment, Breast Cancer, Chemotherapy.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال دهم، شماره اول، بهار ۱۳۹۶؛ (۷۲ - ۶۲)

تاریخ ارسال: ۹۵/۱۲/۲۲ | تاریخ پذیرش: ۹۶/۳/۸

تاثیر اجرای الگوی توانمند سازی خانواده محور برمقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی

هنگامه شیروانی: گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

فاطمه الحانی[*]: گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

علی منتظری: مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان است. سرطان و درمان‌های آن از جمله شیمی‌درمانی علایم و عوارض جانبی وسیعی بوجود می‌آورد و کیفیت زندگی بیمار و خانواده را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. لذا آنها نیاز به دانش، درک و توانمندی بیشتری نسبت به عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگیشان دارند. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر اجرای الگوی توانمند سازی خانواده- محور بر مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی از نوع کاربردی است که با انتخاب ۷۰ زن مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی در دو گروه مداخله و کنترل از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، اطلاعات مربوط به بیماری و درمان و کیفیت زندگی می‌باشد (QLQ-C30, QLQ-Br23). الگو در گروه مداخله اجرا و پس آزمون یک ماه بعد از اتمام مداخله انجام شد.

یافته‌ها: این الگو سبب ارتقای مقیاس‌های عملکردی عمومی (جسمانی، نقش، ذهنی، احساسی و اجتماعی) در گروه مداخله شد ($P<0.05$). در مقیاس‌های عملکردی اختصاصی در دو گروه بعد از مداخله در ابعاد تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسی تفاوت معنی‌داری دیده نشد ($P>0.05$) ولی در بعد نگرش به آینده در گروه مداخله بهبود حاصل شد.

نتیجه‌گیری: اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در ارتقا مقیاس‌های عملکردی (به غیر از ابعاد تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسی) کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، الگوی توانمندسازی خانواده محور، سرطان پستان، شیمی درمانی، زنان.

[*] نشانی نویسنده مسئول: تهران، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، فاطمه الحانی.

نشانی الکترونیک: alhani_f@modares.ac.ir

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

مقدمه

درکشورهای توسعه یافته و درحال توسعه شایع‌ترین سرطان در زنان، سرطان پستان است (۱). این سرطان در آسیا و از جمله در ایران از شایع‌ترین سرطان‌ها است؛ میزان بروز سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۲ در هر ۱۰۰ هزار نفر و میزان شیوع آن ۱۲۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد (۲).

یکی از درمان‌های اصلی سرطان، شیمی درمانی است (۳) که توام با عوارضی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی اثر منفی بگذارد (۴، ۵) به همین دلیل مهم‌ترین جنبه مراقبت از این بیماران توجه، ارزیابی و ارتقای کیفیت زندگی است (۶) کیفیت زندگی، درجه احساس اشخاص از توانایی‌های‌شان در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی است (۷).

در دو دهه اخیر تعداد خانواده‌هایی که مراقبت از بیماران مزمن را بر عهده دارند، رو به رشد بوده است (۸) بیماری یک عضو خانواده، سبک زندگی کل خانواده را تغییر می‌دهد و تعادل خانواده را به هم می‌ریزد (۹). خانواده‌ها با ارزش‌ترین و آسیب پذیرترین منبع برای بیماران مزمن می‌باشند، آنها نقش اساسی در حمایت از بیمار خود، به عهده دارند (۱۰). در نتیجه هدف اصلی، ارتقا کیفیت زندگی بیمار و خانواده در ابعاد مختلف جسمی، روانی- عاطفی، خانوادگی و اجتماعی می‌باشدکه پرستاران و سایرکارکنان کادر بهداشتی در تامین مراقبت‌های حمایتی برای بیمار و خانواده جهت بهبود کیفیت زندگی آنها نقش اساسی را به عهده دارند (۱۱). این بیماران برای بازگشت به زندگی معمولی خود نیازمند کمک برای سازگاری و برآورده شدن نیازهای مختل شده خویش هستند (۱۲). بدون مشارکت خانواده، ارایه مراقبت هر چند در سطح مهارت تخصصی بالا، می‌تواند در برخی حیطه‌ها اثرات مثبت ولی در حیطه‌های دیگر اثرات منفی داشته باشد (۱۳) از این رو، آموزش دهندگان بهداشت روی تدابیر توانمندسازی به عنوان یک راه کار عملی اصلی در ارتقای سطح سلامت بیماران و خانوادهایشان تاکید دارند. توانمندسازی، درگیرکردن مددجویان و خانواده آنها در تصمیم‌گیری برای سلامتی و رفاه تعریف می‌شود (۱۴). یکی از الگوهایی که بر توانمندسازی بیمار و خانواده تاکید دارد الگوی توانمندسازی خانواده محور است که الحانی در سال۱۳۸۱ برای پیشگیری از آنمی فقرآهن در دختران نوجوان ارایه داده است (۱۵). در این الگو منظور از توانمندسازی خانواده کمک به خانواده است به نحوی که بتواند به توان تغییر برسد. شیوه‌های کمک به افراد و خانواده‌ها برای کسب نقش فعال در مراقبت بهداشتی باید بیشتر بر توانمندسازی تاکید داشته باشد. تدابیر پرستاری برای توانمندسازی، باید در راستای ایجاد مشارکت پرستار و خانواده با تأکید بر کاهش عوامل خطرزا و ارتقا بهداشت باشد. پرستار باید روی ظرفیت‌های خانواده بیشتر از مشکلات و کمبودها تأکید داشته باشد. هدف اصلی این الگو توانمند شدن سیستم خانواده به منظور ارتقا بهداشت می‌باشد که با تاکید بر مؤثر بودن نقش خانواده در سه بعد انگیزشی، روان شناختی و عملکردی طراحی شده است و مراحل اصلی آن شامل درک تهدید، خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی می‌باشد. اجرای یک برنامه توانمندسازی با اهداف ارتقا تهدید درک شده، خودباوری و خودکار آمدی به خودکنترلی و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه و نهایتا ارتقا بهداشت و کیفیت زندگی منجر می‌شود (۱۵) با توجه به افزایش شیوع سرطان پستان و تاثیر این بیماری و درمان آن بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا و خانواده آنان پژوهشگر بر آن شد تا تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر ارتقا مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی این بیماران تبیین نماید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی[1] از نوع کاربردی[2] است. جامعه پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان دارای پرونده بهداشتی در مرکز شیمی درمانی بیمارستان هاجر شهرکرد بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف با تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل انتخاب شدند. با استفاده از فرمول پوکا ک و جدول گیگی (۱۱) و نتایج مقاله مشابه (۱۲) تعداد نمونه‌ها با اطمینان ۹۸٪ و توان آزمون ۸۰٪ برای هر گروه ۳۰ نفر و با احتساب ۱۰٪ ریزش برای هر گروه ۳۵ نفر و در مجموع ۷۰ نفر بررسی شد.

معیارهای ورود شامل: ثبت سرطان پستان در پرونده بهداشتی، زن متاهل ۳۵ تا ۵۵ ساله (دارای همسر یا حداقل یک فرزند بزرگتر از ۱۵ سال)، قادر به برقراری

[1] Quasi-Experimental
[2] Applied Research

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]
DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

ارتباط کلامی و همکاری با پژوهشگر، دریافت حداقل یک جلسه شیمی درمانی بعد از انجام ماستکتومی، عدم ابتلا به بیماری روانی یا سایر بیماری‌های حاد و مزمن.
معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل بیمار و یا عضو کلیدی خانواده وی به ادامه همکاری، تایید تشخیص متاستاز ثانویه، انجام روش درمانی دیگر مثل رادیوتراپی و هورمون درمانی.

ابزارهای مطالعه

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی بیمار (۲۲ سوال).
۲. پرسشنامه اطلاعات مربوط به بیماری و درمان بر اساس پرونده (۳ سوال).
۳. پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان[3] (EORTC QLQ -C30).
۴. پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان[4](EORTC QLQ-BR23).

پرسشنامه EORTC QLQ -C30 با ۳۰ آیتم، شامل سه زیر گروه (کیفیت زندگی کلی[5]، مقیاس عملکردی[6] و مقیاس علامتی[7]) است. امتیازبندی ۲ آیتم مربوط به کیفیت زندگی کلی بر مبنای درجه بندی لیکرت از ۱ تا ۷ است ولی بقیه سؤالات از ۱ تا ۴ متغیر است. مقیاس عملکردی شامل ۵ زیر گروه (جسمانی[8]، ایفای نقش[9]، احساسی[10]، شناختی[11] و اجتماعی[12]) و مقیاس علامتی شامل آیتم‌های مربوط به خستگی[13]، تهوع و استفراغ[14]، درد[15]، تنگی نفس[16]، بی‌خوابی[17]، بی‌اشتهایی[18]، یبوست[19]، اسهال[20] و مشکلات مالی[21] است. امتیازات هر حیطه بر مبنای ۰-۱۰۰ است امتیاز بیشتر، در حیطه‌های عملکردی، نشان دهنده سطح عملکرد بهتر و در حیطه‌های علامتی، نشانه شدیدتر بودن علایم است (۱۸). این پرسشنامه مورد تایید سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان است و روایی وپایایی آن در مطالعات اسپانیا و آمریکا مناسب تشخیص داده شد. (۱۹). در ایران نیز منتظری و همکاران، آن را ابزار مناسبی جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران سرطانی تشخیص داده‌اند (۲۰) در این مطالعه میزان الفای کرونباخ در ابعاد مختلف بین ۰/۸۷-۰/۹۵ بود.

پرسشنامه EORTC QLQ-Br23 ویژه سنجش کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان است. این پرسشنامه شامل ۴ مقیاس عملکردی[22] (عملکرد جنسی[23]، لذت جنسی[24]، تصویر بدنی[25] و دور نمای آینده[26]) و۴ مقیاس علامتی[27] (علایم بازو[28]، علایم پستان[29]، ناراحتی ناشی از ریزش مو[30] و عوارض جانبی درمان[31]) است که 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. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران بررسی و تایید شده است (۳۱) و در این مطالعه میزان الفای کرونباخ در ابعاد مختلف بین ۰/۷۳-۰/۹۳بود.

مرحله اول (قبل از مداخله): پس از تجزیه و تحلیل داده‌های پیش آزمون که منجر به شناسایی منابع، محدودیت‌ها، نیازها و نقاط ضعف بیمار در زمینه‌های مختلف گردید، محتوای برنامه توانمندسازی و متون آموزشی به صورت کارت‌های آموزشی تهیه و سپس مداخله برای گروه آزمون انجام شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

[3] European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 30 (EORTC QLQ-C30)
[4] European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Breast Cancer 23 (EORTC QLQ-BR23)
[5] Global QoL
[6] Functional Scales
[7] Symptom scales
[8] Physical function
[9] Role function
[10] Emotional function
[11] Cognitive function
[12] Social function
[13] Fatigue
[14] Nausea and vomiting
[15] Pain
[16] Dyspnea
[17] Insomnia
[18] Appetite loss
[19] Constipation
[20] Diarrhea
[21] Financial difficulties
[22] Functional Scales
[23] Sexual functioning
[24] Sexual enjoyment
[25] Body image
[26] Future perspective
[27] Symptom Scales
[28] Arm Symptoms
[29] Breast Symptoms
[30] Upset by Hair Loss
[31] Systemic therapy side effects

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

مرحله دوم (مداخله): این مرحله طی چهار گام انجام شد؛

گام اول (درک تهدید[۳۲]): افزایش تهدید درک شده (شامل شدت[۳۳] و حساسیت درک شده[۳۴]) از طریق برگزاری جلسات بحث گروهی برای بیماران انجام شد. بیماران به گروه‌های ۵ تا ۷ نفره تقسیم شدند و طی ۱ تا ۲ جلسه در مورد آناتومی و فیزیولوژی پستان و بیماری، لزوم درمان آن، پیش آگهی، علایم، عوارض و ذکر مثال‌های عینی از علایم خودشان، بحث شد. در این جلسات محقق نقش حمایتی، هدایتی و مشارکت آموزشی داشت. زمان هر جلسه بسته به تمایل بیماران ۴۰ تا ۶۰ دقیقه بود. در پایان هر جلسه جمع‌بندی و به سوالات پاسخ داده شد و کارت آموزشی حاوی مطالب جلسه به آنان ارایه شد تا به عضو فعال خانواده خود تحویل دهند. عضو فعال خانواده یکی از اعضای خانواده است که دارای قدرت تصمیم‌گیری و علاقمند به امور بیمار است و بیمار او را تایید می‌کند.

گام دوم (ارتقا خودکارآمدی): ۴-۵ جلسه یک ساعته به روش حل مساله یا مشکل گشایی گروهی برگزار شد. به طوری که مشکلات آنان شناسایی، تعریف و راه حل‌ها توسط خودشان ارایه و بحث و اولویت‌بندی شد، سپس راه حل‌های مهارتی به روش نمایش علمی عملا آموزش داده می‌شد. بیماران با ذکر مشکلات خود مثلا مشکلات و مسایل روان‌شناختی (کاهش اضطراب و افسردگی)، عوارض شیمی درمانی (پیشگیری و کاهش تهوع و استفراغ، آسیب‌های پوست و مو، خستگی) به بحث پرداختند و در پیشنهاد و انتخاب راه حل‌ها عملاً مشارکت کردند. در این جلسات در خصوص افزایش مهارت تنظیم الگوی خواب شبانه، شیوه‌های ارتقا نشاط معنوی[۳۵]، تنظیم برنامه مکتوب یادآوری زمان مصرف داروها و اصول صحیح پیاده روی نیز بحث شد و تکنیک‌های آرام‌سازی عضلانی و حرکات ورزشی دست و بازو به صورت عملی نمایش داده شد. سپس از بیماران خواسته شد تا با تمرین و تکرار در آن رفتار و مهارت خودکارآمد شوند به حدی که بدون حضور پژوهشگر، خود قادر به انجام آن باشند. احساس یادگرفتن، احساس توانستن و دریافت تشویق از طرف خودش و از طرف پژوهشگر سبب افزایش خود کارآمدی و در نتیجه عزت نفس بیمار می‌شود. همچنین در حین مداخله خود کارآمدی و عزت نفس و میزان اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه، توسط پژوهشگر در هر جلسه سنجش شد به این ترتیب که در رابطه با جلسه قبل سئوالاتی در مورد بکارگیری رفتار صحیح یا حذف رفتار غلط پرسیده شد.

گام سوم (ارتقا عزت نفس): در این گام از روش مشارکت آموزشی[۳۶] استفاده شد. از بیماران خواسته شد به عضو فعال خانواده در زمینه مسایل مرتبط با سرطان پستان و شیمی درمانی آموزش دهند و آنان را برای کمک به خودشان ترغیب کنند. به این صورت که بیماران کارت‌های آموزشی را به عضو فعال خانواده خود تحویل دهند تا آن را مطالعه کنند. به‌عبارتی بیمار مطالب و مهارت‌های یادگرفته را به عضو فعال خانواده خود منتقل می‌کند. بعد از مطالعه کارت، بیمار از عضو فعال خانواده می‌خواهد، سوالاتی که در این زمینه برایشان مطرح است را پشت کارت‌ها بنویسند تا بیمار در جلسه آینده به پژوهشگر تحویل دهد. در جلسه بعدی همه کارت‌های آموزشی دریافت و کیفیت برگزاری جلسات آموزشی بیمار برای عضو فعال خانواده بررسی می‌شد. با توجه به احتمال توانمند نشدن عضو فعال خانواده از طریق آموزش بیماران و مطالعه کارت آموزشی، همه اعضای فعال خانواده‌ها دعوت شدند تا طی ۲ جلسه مطالبی که بیماران به آنها آموزش داده و آنچه که از کارت آموزشی یاد گرفتند را با هم تحت نظر پژوهشگر بحث نمایند. در این جلسات مطالب توسط عضو فعال خانواده بیان شد و پژوهشگر نقش محوری داشت. بر اساس بحث گروهی عضو فعال خانوادها، پژوهشگر متوجه شد؛ ۱- بیماران در انتقال مطالب آموزشی تا چه حد موفق بوده‌اند. ۲- نکاتی که بیماران به عضو فعال خانواده انتقال نداده‌اند، بحث شد. ۳- به سؤالات عضو فعال خانوادها پاسخ داده شد. در این مرحله بیماران و خانواده از نظر ذهنی و عملی به این باور رسیدند که قادرند با خود کنترلی و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه از عوارض ناشی از شیمی درمانی و پیامدهای آن پیشگیری کنند.

[32] Perceived threat
[33] Perceived severity
[34] Perceived susceptibility
[35] Spiritual vitality
[36] Educational participation

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]
DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

گام چهارم ارزشیابی: ارزشیابی شامل ۲ مرحله می‌باشد. ۱- ارزشیابی فرایند. ۲- ارزشیابی نهایی.

ارزشیابی فرآیند طی جلسات توانمندسازی و ارزشیابی نهایی یک هفته پس از پایان جلسات انجام شد. تهدید درک شده، با پرسش سؤالاتی از مطالب جلسات قبل ارزشیابی شد. خودکارآمدی با انجام مهارت‌های آموزش داده شده (مثل تکنیک‌های آرام‌سازی عضلانی، حرکات ورزشی و...) ارزشیابی شد. عزت نفس از طریق بررسی میزان همکاری و علاقه‌مندی بیمار در مشارکت آموزشی ارزشیابی شد.

مرحله سوم (پس از مداخله):

یک ماه پس از پایان اجرای الگوی توانمندسازی پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مجدداً توسط گروه‌های مداخله و کنترل تکمیل و اثر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران سنجش شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم‌افزار آماری SPSS v ۱۶ با استفاده از آمارهای توصیفی و تحلیلی، تی زوجی، تی مستقل در سطح معنی‌داری $p<0/05$ انجام شد. همچنین جهت رعایت اخلاق پژوهش، دو جلسه آموزشی برای بیماران گروه کنترل و خانواده آنها برگزار شد و مطالب آموزشی بصورت کارت‌های توانمندسازی در اختیار آنها قرار گرفت و به پرسش‌های آنان نیز پاسخ داده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی نمونه‌ها در جدول شماره ۱ و اطلاعات پرونده در جدول شماره ۲ ارایه شده است. قبل از مداخله آماره تی مستقل و کای دو اختلاف معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل از لحاظ سن، مرحله بیماری، تحصیلات بیمار و همسر و بیمه نشان نداد.

میانگین سنی بیماران درگروه کنترل (۵/۱۲±۴۶/۷۴) و درگروه مداخله (۵/۰۹±۴۵/۶۴) است. (۹۷/۱٪) بیماران در گروه کنترل و (۱۰۰٪) گروه مداخله، خانه دارند و اکثریت تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی و دارای وضعیت اقتصادی مشابه هستند.

میانگین تعداد اعضای خانواده درگروه کنترل (۰/۹۲±۴/۴۵۷۱) و درگروه مداخله (۱/۱۴±۴/۴۲۸۶) می‌باشد و میانگین سنی عضو فعال خانواده در گروه مداخله (۸/۵±۲۶/۷) و در گروه کنترل (۷/۵±۲۵/۲) می‌باشد. در دو گروه اختلاف معنی‌داری از نظر تعداد اعضای خانواده، تحصیلات و شغل عضو فعال خانواده مشاهده نمی‌شود.

نتایج اطلاعات مربوط به بیماری و درمان نشان داد که بیشترین درصد بیماران در دو گروه در مرحله دوم بیماری هستند و اکثریت آنها ۱۵-۲۱ روز از سیکل شیمی‌درمانی اول آنها می‌گذرد و بیشترین آنها در هر دو گروه رژیم درمانی CMF (سیکلوفسفامایدـ متوتوکسات+ ۵ فلویوراسیل) دریافت می‌کنند. نتایج نشان داد در گروه مداخله قبل از مداخله بیشترین نمره مربوط به حیطه لذت جنسی با میانگین ۱۰/۷۶±۹۶/۱۹۰۵ و کمترین نمره مربوط به حیطه نگرش به آینده با میانگین ۲۷/۲۶±۵۰/۴۷۶۲ بود. در گروه کنترل نیز بیشترین و کمترین نمره مربوط به همین دو حیطه و به ترتیب ۱۰/۷۵±۹۶/۱۹۰۶ و ۲۸/۵۶±۶۰/۹۵۲۴ بود و اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($P>0/05$). نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۱۰/۸±۷۰/۳۰۱۶ و ۱۱/۰۱±۷۱/۴۳۷۹ بود که تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد ($P= 0/665$).

بعد از مداخله، در دو گروه برخی نمره‌های حیطه عملکردی افزایش یافت، درگروه کنترل تفاوت نمرات بین قبل و بعد از مداخله معنادار نبود ($P>0/05$) و در گروه مداخله افزایش چشمگیری در برخی از نمرات ایجاد شد و با قبل از مداخله اختلاف معناداری پیدا کرد.

بیشترین نمرات به ترتیب مربوط به نگرش به آینده (۲۱/۶۰±۷۱/۴۲۸۶)، حیطه عملکرد احساسی (۱۵/۲۷±۷۶/۱۹۰۵) و حیطه عملکرد شناختی (۱۱/۳۶±۸۱/۲۶۹۸) بود. در گروه مداخله، قبل و بعد از بکارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور در تمامی حیطه‌ها بجز عملکرد جنسی و لذت جنسی اختلاف معنادار بود. بین عملکرد جنسی و لذت جنسی بیماران قبل و بعد از به‌کارگیری الگوی توانمندسازی تفاوتی وجود نداشت ($P>0/05$) به عبارت دیگر به‌کارگیری الگوی توانمندسازی بر روی "عملکرد جنسی" و "لذت جنسی" بیماران بی‌تاثیر بوده است.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد فراوانی نمونه‌ها طبق برخی مشخصات جمعیت شناختی

مشخصات جمعیت شناختی		گروه کنترل		گروه مداخله		آزمون کای دو
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تحصیلات بیمار	بی‌سواد	۷	۲۰	۸	۲۲/۹	P = ۰/۹۵۷
	ابتدایی	۲۳	۶۵/۷	۲۲	۶۲/۹	
	راهنمایی	۳	۸/۶	۲	۵/۷	
	دبیرستان	۱	۲/۹	۲	۵/۷	
	دانشگاهی	۱	۲/۹	۱	۲/۹	
تحصیلات همسر	بی‌سواد	۵	۱۴/۳	۷	۲۰	P = ۰/۱۹۴
	ابتدایی	۱۶	۴۵/۷	۸	۲۲/۹	
	راهنمایی	۹	۲۵/۷	۱۰	۲۸/۶	
	دبیرستان	۲	۵/۷	۸	۲۲/۹	
	دانشگاهی	۳	۸/۶	۲	۵/۷	
شغل همسر	کارگر	۳	۸/۶	4	۱۱/۴	
	کارمند	۲	۵/۷	۴	۱۱/۴	
	آزاد	۲۷	۷۷/۱	۲۲	۶۲/۹	P = ۰/۷۶۳
	بازنشسته	۱	۲/۹	۲	۵/۷	
	بیکار	۲	۵/۷	۳	۸/۶	
تحصیلات عضو فعال خانواده	ابتدایی	۱	۲/۹	۰	۰	P = ۰/۲۳۱
	راهنمایی	۷	۲۰	۴	۱۱/۴	
	دبیرستان	۱۳	۳۷/۱	۱۲	۳۴/۳	
	دانشگاهی	۱۴	۴۰	۱۹	۵۴/۳	
شغل عضو فعال خانواده	شاغل	۱۰	۲۸/۶	۱۲	۳۴/۳	P = ۰/۸۴
	خانه‌دار / بیکار	۱۳	۳۷/۱	۱۱	۳۱/۴	
	محصل / دانشجو	۱۲	۳۴/۳	۱۲	۳۴/۳	

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد فراوانی نمونه‌ها طبق اطلاعات ثبت شده در پرونده

مشخصات پرونده		گروه کنترل		گروه مداخله		آزمون کای دو
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مرحله سرطان	مرحله ۱	۳	۸/۶	۴	۱۱/۴	P = ۰/۷۹۴
	مرحله ۲	۲۲	۶۲/۹	۲۰	۵۷/۱	
	مرحله ۳	۱۰	۲۸/۶	۱۱	۳۱/۴	
روزهای سپری شده از سیکل شیمی درمانی	۱۴-۷	۱۷	۴۸/۶	۱۴	۴۰	P = ۰/۴۷
	۲۱-۱۵	۱۸	۵۱/۴	۲۱	۶۰	
رژیم درمانی	CMF[۳۷],Epi[۳۸]	۱۵	۴۲/۹	۱۶	۴۵/۷	P = ۰/۹۱۵
	Endoxan,Adria[۳۹],Taxol	۱۰	۲۸/۶	۱۰	۲۸/۶	
	CAF[۴۰]	۸	۲۲/۹	۶	۱۷/۱	
	Epi,Taxol	۲	۵/۷	۳	۸/۶	

[37] Cyclophosphamide, Methotrexate,5- Fluorouracil
[38] Epirubicin
[39] Adriamycin
[40] Cyclophosphamide, Adriamycin, 5- Fluorouracil

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]
DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد عملکردی کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی زنان تحت پژوهش قبل و بعد از مداخله در دو گروه

ابعاد عملکردی	گروه مداخله					گروه کنترل					آزمون تی مستقل بعد از مداخله
	قبل ازمداخله		بعد از مداخله		آزمون تی زوجی	قبل ازمداخله		بعد از مداخله		آزمون تی زوجی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
جسمانی	۸۳/۸۰۹۵	۱۵/۳۶	۹۳/۳۳۳۳	۷/۲۳	P=۰/۰۰۰	۸۴	۱۵/۰۱	۸۶/۲۸۵۷	۱۱/۸۷	P=۰/۱۰۳	P=۰/۰۰۴
نقش	۸۲/۳۸۱۰	۱۲/۰۸	۹۳/۸۰۹۵	۹/۹۷	P=۰/۰۰۰	۸۳/۳۳۳۳	۱۲/۷۸	۸۶/۱۹۰۵	۱۳/۶۹	P=۰/۳۱	P=۰/۰۱
شناختی	۶۳/۶۵۰۸	۱۸/۳۹	۸۱/۲۶۹۸	۱۱/۳۶	P=۰/۰۰۰	۶۵/۰۷۹۴	۱۹/۴۱	۶۸/۷۳۰۲	۲۰/۴۳	P=۰/۰۹۷	P=۰/۰۰۳
احساسی	۵۶/۱۹۰۵	۲۳/۱۶	۷۶/۱۹۰۵	۱۵/۲۷	P=۰/۰۰۰	۵۵/۹۵۲۴	۲۳/۹۶	۶۰/۹۵۲۶	۲۴/۴۰	P=۰/۰۷۷	P= ۰/۰۰۳
اجتماعی	۷۵/۷۱۴۳	۲۴/۰۳	۸۸/۰۹۵۲	۱۶/۴۵	P=۰/۰۰۰	۷۸/۵۷۱۴	۲۴/۴۴	۸۴/۷۶۱۹	۲۴/۷۱	P=۰/۰۵۱	P=۰/۵۰۹
کیفیت زندگی	۷۰/۳۰۱۶	۱۰/۸	۸۵/۷۶۷۲	۶	P<۰/۰۰۰۱	۷۱/۴۳۷۹	۱۱/۰۱	۷۴/۰۱۸۴	۱۱/۷	P=۰/۰۹۳	P<۰/۰۰۰۱
تصویربدنی	۷۸/۵۷۱۴	۱۴/۸۹	۸۷/۶۱۹۰	۸/۴۲	P=۰/۰۰۰	۸۵/۹۵۲۴	۱۳/۶۷	۸۶/۶۶۶۷	۱۱/۹۹	P=۰/۶۸۶	P=۰/۷۰۲
عملکرد جنسی	۸۸/۵۷۱۴	۱۷/۰۴	۸۶/۱۹۰۵	۱۷/۸۴	P=۰/۱۶۹	۹۲/۸۵۷۱	۱۴/۷۳	۹۴/۷۶۱۹	۱۱/۹۷	P=۰/۲۱۱	P=۰/۰۲۲
لذت جنسی	۹۶/۱۹۰۵	۱۰/۷۶	۹۴/۲۸۵۷	۱۷/۱۲	P= ۰/۱۶	۹۶/۱۹۰۶	۱۰/۷۵	۹۷/۱۴۲۹	۹/۴۶	P=۰/۶۶۱	P=۰/۱۷۶
نگرش به آینده	۵۰/۴۷۶۲	۲۷/۲۶	۷۱/۴۲۸۶	۲۱/۶۰	P=۰/۰۰۱	۶۰/۹۵۲۴	۲۸/۵۶	۶۰/۹۵۲۴	۲۹/۶۸	P=۱/۰۰	P=۰/۰۹۶

بحث

کیفیت زندگی یکی از مهمترین پارامترهای تعیین کننده موفقیت در درمان سرطان است (۱۹). در مطالعه حاضر نیز کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بیماران در ابعاد عملکردی به عنوان یکی از شاخص‌های تعیین کننده تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد بیشترین درصد بیماران در گروه کنترل در محدوده سنی ۴۵-۴۹ سال و در گروه مداخله در محدوده سنی ۴۰-۴۴ سال قرار دارند و میانگین سنی بیماران در گروه کنترل (۵/۱۲±۴۶/۷۴) و در گروه مداخله (۵/۰۹±۴۵/۶۴) می‌باشد که از نظر سن ابتلا به سرطان پستان در دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که بیشترین شیوع سرطان پستان در زنان ایرانی، بین سنین ۴۰-۴۹ سالگی است (۲۰). بیشترین درصد بیماران مورد پژوهش در دو گروه دارای مدرک تحصیلی ابتدایی می‌باشند. تحصیلات با انجام خودآزمایی پستان رابطه دارد یعنی با بالا رفتن سطح تحصیلات انجام آزمون خودآزمایی پستان افزایش می‌یابد (۲۱، ۲۲). در واقع بیماران با سطح تحصیلات پایین‌تر در مراحل پیشرفته‌تر بیماری مراجعه می‌کنند (۲۳). بیشترین درصد بیماران در هر دو گروه خانه‌دار هستند بطوری‌که در گروه شاهد ۱ نفر کارمند و در گروه آزمون همه ۳۵ نفر خانه دارند. بین وضعیت اشتغال زنان با انجام خودآزمایی پستان رابطه معنی‌داری وجود دارد، بدین صورت که میزان خودآزمایی پستان در زنان شاغل بیشتر است (۲۴). بیشترین درصد همسران بیماران در گروه کنترل دارای مدرک تحصیلی ابتدایی و در گروه مداخله دارای مدرک تحصیلی راهنمایی هستند و اکثریت آنها در هر دو گروه دارای شغل آزاد می‌باشند در مطالعه حاضر مشاهده شد تحصیلات و شغل همسر در میزان مشارکت و پیگیری جلسات توانمندی بیمار موثر است. همسر یکی از منابع بسیار مهم مقابله زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان می‌باشد و نقش بسیار مهمی در حمایت عاطفی از همسران بیمار خود دارند (۲۵).

نتایج نشان داد قبل از اجرای الگو ابعاد عملکردی کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به سرطان (عملکرد جسمی، نقش، احساسی، ذهنی، اجتماعی) و کیفیت زندگی کل بیماران دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ولی بعد از مداخله، کیفیت زندگی در ابعاد فوق در گروه مداخله ارتقا یافت. نتایج مطالعه سمیعی (۱۳۸۹) نیز نشان داد ابعاد عملکردی در حیطه‌های فوق در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی با درگیر کردن خانواده‌ها در امر مراقبت ارتقا یافت (۱۷). Chen و همکاران نیز معتقدند اگر کیفیت زندگی و کارآمدی مراقب خانوادگی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

ارتقا یابد، میزان اثربخشی مراقب خانوادگی در مراقبت از مددجو نیز ارتقا خواهد یافت (۲۶). از آنجایی که اعضای خانواده عناصر کلیدی در مراقبت‌های خانگی هستند، اگر فشارها و مشکلات سخت داشته باشند مراقبت و حمایت‌های خانوادگی به طور جدی با مشکل مواجه می‌شود (۲۷). بنابراین برای ایجاد سازگاری در خانواده، آشنایی با بیماری موجب تطابق بیشتر، کاهش ترس ناشی از عود بیماری و ناشناخته بودن بیماری، همچنین افزایش تحمل بار ناشی از بیماری می‌شود (۲۸).

مطالعه حاضر نشان داد در گروه مداخله، بین عملکرد جنسی، لذت جنسی و تصویر بدنی قبل و بعد از اجرای الگو تفاوتی وجود ندارد (P>۰/۰۵). به عبارتی الگو بر روی سه بعد فوق بی‌تاثیر بوده است که از دلایل این بی‌تاثیری، انجام ماستکتومی، نبود برنامه توانمندی، عدم بحث و حل مسئله گروهی و آموزش در زمینه‌های تصویر بدنی، عملکرد و لذت جنسی است. در اغلب فرهنگ‌ها پستان به عنوان اندامی زنانه است و از دست دادن آنها به معنای از دست دادن هویت زنانه محسوب می‌گردد. این امر به همراه عوارض جانبی شیمی درمانی سبب کاهش تصویر بدنی فرد می‌شود (۲۹). نقش زنان به عنوان همسر در بین خانواده‌های ایرانی بسیار قابل توجه می‌باشد و زمانی که احساس کنند از نظر جنسی برای همسران خود فعال نیستند، ممکن است به فعالیت‌های جنسی خود پایان دهند (۳۰). فوبیر[41] (۲۰۰۶) معتقد است زنان آسیایی خواهان صحبت در مورد مسایل جنسی خود نیستند و صحبت در مورد مسایل جنسی را شرمگینانه و غیرمنطقی می‌دانند و هم‌چنین فوبیر پیشنهاد می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان از صحبت با یکدیگر راجع به مسایل جنسی سود می‌برند (۳۱).

قبل از به‌کارگیری الگو، بعد نگرش به آینده تفاوت معنی‌داری در دو گروه نداشت (P>۰/۰۵) ولی بعد از مداخله، در بعد نگرش به آینده تفاوت معنی‌داری بین قبل از مداخله و بعد آن وجود داشت که نشان‌دهنده ارتقا کیفیت زندگی در بعد فوق در گروه آزمون می‌باشد ولیکن بین دو گروه بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد که علت آن بزرگی مقادیر واریانس این بعد در دو گروه است. در گروه کنترل در دو زمان تفاوت چشمگیری نداشت.

نتایج مطالعه حارث آبادی و همکاران نشان داد که اجرای این الگو بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس منجر به بهبودی کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (۳۲) شود. تاثیر این الگو بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت (۳۳) و بیماران همودیالیزی نیز است گزارش شده است (۳۴). توانمندکردن خانواده بیماران ضمن تقویت توانمندی آنان در امر مراقبت، کیفیت زندگی بیماران را نیز ارتقا می‌دهد و همچنین در حوزه درمانی و مراقبتی توانمندکردن خانواد بخصوص در بیماری‌های مزمن امری اجتناب ناپذیر است و با توجه به روند افزاینده بیمارهای مزمن و کمبود فضای فیزیکی در حوزه درمانی توجه به الگوی توانمندسازی با محوریت خانواده رکن اساسی در حوزه آموزش پزشکی و پرستاری است (۳۵).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور در ارتقا مقیاس‌های عملکردی عمومی و اختصاصی (به غیر از ابعاد تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسی) کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، می‌توان بیان کرد توانمندی خانواده‌ها منجر به خودکارامدی و خودباوری بیماران و خانواده‌هایشان می‌گردد. در واقع رویکرد خانواده محور، دخیل کردن خانواده در تصمیم‌گیری، همکاری و ارتباط دو جانبه (خانواده و درمانگر)، احترام متقابل، پذیرش انتخاب خانواده‌ها، حمایت از خانواده‌ها، سهیم کردن خانواده‌ها در اطلاعات، اختصاصی و منعطف بودن سرویس ارایه شده و تلاش در جهت توانمند کردن خانواده‌ها است (۳۶).

نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج نشان داد اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در بهبود مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی درمانی موثر بوده است. لذا پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌های درمانی مداخلات غیر دارویی در کنار مداخلات طبی قرار گیرد و کیفیت زندگی بیمار و خانواده هر دو مهم تلقی شوند. امید است این الگو با تمرکز بیشتر در عملکرد و

[41] Fobair, et al

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

لذت جنسی برای سایر بیماران سرطانی با تعداد بیشتر نمونه و مدت زمان طولانی‌تری اجرا شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخش از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مصوب با کد ۵۲/۵۳۶۹ در دانشگاه تربیت مدرس می‌باشد.

بدین وسیله از همکاری تمامی بیماران، معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس، مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و همکاران بخش شیمی‌درمانی بیمارستان هاجر و تمامی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و سپاسگزاری می‌نماییم.

References

1. Breast cancer burden: World Health Organization; 2013. Available from: http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html.
2. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. The Breast Journal. 2007; 13(4): 383-91.
3. HeraviKarimovi M, Pourdehqan M, JadidMilani M, Foroutan S, Aieen F. Study of the effects of group counseling on quality of sexual life of patients with breast cancer under chemotherapy at Imam Khomeini Hospital. J Mazandaran Univ Med Sci 2006; 16 (54): 43-51.
4. Roffle S, Ernst E. A Systematic Review Of Guided Imagery As Adjuvant Cancer Therapy, psychooncology 2005; 14(8): 607-17.
5. Perry K, Chang Ch. Quality of life assessment in women with breast cancer. Health and Quality of life outcomes 2007; 5(24): 1-14.
6. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. J Clin Oncol 1998; 16(2):501-14.
7. 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.
8. Larsen Ls. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services 1998; 36(8): 26-32.
9. Glozman JM. Quality of life of caregivers. Neuropsychology Review 2004; 14(4): 183-96.
10. Masoodi R, Alhani F, Rabiei L, Majdinasab N, Moghaddasi J, Esmaeili SA, Noorian C. The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self efficacy of multiple sclerosis patients family care givers. Iranian Journal of Nursing Research 2013; 7(27):43-32.
11. Mellon S, Northouse LL, Weiss LK. A population- based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. Cancer Nurs 2006; 29(2): 120-31.
12. Montazeri A, Sajadian A. A project Survivors' point of view after breast cancer. ACECR Academic center for Education, culture and research, ICBC 1384.
13. Dunst C, Trivette C. Empowerment, effective help-giving practices and family-centered care. Pediatric Nursing 1996; 22(4): 334-7.
14. Won CW, Fitts SS, Favaro S, Olsen P, Phelan EA. Community-based "powerful tools" intervention enhances health of caregivers. Arch Gerontol Geriatr 2008; 46(1): 89-100.
15. Alhani F. Design and evaluation of family centered empowerment model to prevent iron deficiency anemia. Ph.D Thesis, Tehran, Tarbiat modarest University.2003.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

16. Pourkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh E, Jafari P, Sadeghi M, Dezhbakhsh T. Whether rehabilitation is effective in improving the quality of life in breast cancer patients?. Payesh J 2009; 9(1): 61-8.

17. Kahrazei F, Danesh E, Azadfallah P.Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on improving quality of life of cancer patients. Journal of Applied Psychology 2011; 5(2): 7-23.

18. Samii F, Anoosheh M, Alhani F, Hajizadeh A. The effect of family counseling on performance scales of quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy. Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2011; 20(71):19-28.

19. Dehghani Nayeri N, Adib Haj Bagheri M. The effectiveness of relaxation on stress and quality of life in students living in dormitory. Feiz Quarterly 2006; 4: 50-7.

20. Ghourchaei A, Charkazi A, Razzaq Nejad. Knowledge, Practice and Perceived Threat toward Breast Cancer in the Women living in Gorgan, Iran. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery 2013; 10(1):25-32.

21. Baneian Boroujeni SH, Kazemian A, Kheiri S. The study of knowledge, attitude and performance of women referring to health centers in boroujen toward breast cancer screening methods and factors affecting it. J ShahreKord Univ Med Sci. 2006; 7(4): 28-34.

22. SalimiPormehr S, Kariman N, Sheykhan Z, AlaviMajd H. Investigation of Breast Cancer Screening Tests Performance and Affecting Factors in Women Referred to Ardebil's Health and Medical Centers, 2009. J Ardabil Univ Med Sci. 2010; 10(4): 310-8.

23. Polikandrioti M, Evaggelou E, Zervas S. Evaluation of depression in patients Undergoing chemotherapy. J Health Sci 2006; 162-72.

24. Quaglia A, Lillini R, Casella C, Giachero G, Izzotti A, Vercelli M. The combined effect of age and socioeconomic status on breast cancer survival. Crit Rev Oncol Hematol 2011; 77(3): 210-20.

25. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. J Adv Nurs 2006; 54(3): 265-72.

26. Chen PY, Chang HC. The coping process of patients with cancer. European Journal of Oncology Nursing 2012; 16(1):10-16.

27. Bradley CJ, Dahman B. Time away from work: employed husbands of women treated for breast cancer. J Cancer Survive 2013; 7(2): 227-36.

28. sajadian A, Hydary L, Mokhtari Hesari P. Common Breast Cancer Family Care Giving Problems. Iranian Journal of Breast Diseases 2015; 8(2):7-14.

29. RostamiA, Ghofranipour F, Ramazanzadeh F, Kazemnejad A. The effect of health education program on quality of womens life in menopause.Daneshvar 2004;11(49):19-24.

30. Joulaee A, Joolaee S, Kadivar M, Hajibabaee F. Living with breast cancer: Iranian women's lived experiences. International Nursing Review 2012; 59: 362–8.

31. Fobair P, Stewart S, Chang S. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. Psycho-oncology 2006; 15:579-94.

32. KarimiMonaghi H, Haresabadi M, Froghipor M, Zarifnegad GH, Mazlom SR, Alhany F. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of Patientwith Multiple Sclerosis. J Mashhad School Nurs Midw 2009; 9(3): 174-83 (Persian).

33. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. Iranian Journal of Pediatrics 2007; 17(1): 8794.

34. Salehi SH, Javanbakhtyan R, Hasheminia MA, Habibzadeh H. Effect of family centered empowerment model on quality of life of patients on dialysis center. Journal of Nursing anm Midwifery

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]

Urmia University of Medical Science 2012; 10(1): 62-7 (Persian).

35. Noori R, Alami A, Delshad Noghabi A. Effect of Family-centered Empowerment Model on Quality of Life in Patients with Hypertension. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015; 25(127) :100-7.

36. Dunst CJ. Family-centered practices birth through high school. The Journal of Special Education 2002;36(3):141-149.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1396.10.1.6.5]