

تأثیر برنامه مشاوره گروهی در مقیاس های علامتی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی درمانی

مجیده هروی کریموی*؛ مریم پوردهقان**؛ دکتر سقراط فقیه زاده***؛ دکتر علی منتظری****؛

مریم جدید میلانی*****

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به خصوص سرطان پستان و تناقضات تحقیقات در مورد کمیت و کیفیت تأثیر مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان و به منظور تعیین تأثیر مشاوره گروهی در مقیاس های علامتی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، این تحقیق در مؤسسه سرطان بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۳ انجام گرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی شاهددار تصادفی است که با مراجعه به مؤسسه سرطان تهران تعداد ۱۶۴ زن ۲۵-۵۵ ساله مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی با سابقه ماستکتومی در دو گروه تجربی ($n=82$) و شاهد ($n=82$) مورد بررسی قرار گرفتند. روش تخصیص افراد به دو گروه تجربی و شاهد به صورت تصادفی بر اساس رقم آخر شماره پرونده بیمار بود که زوج ها در گروه تجربی و فرد ها در گروه شاهد قرار گرفتند. برای گروه تحت مشاوره ۹ جلسه برنامه مشاوره گروهی به روش التقاطی طراحی گردید. کیفیت زندگی بیماران در هر دو گروه در ابتدا و انتهای کار توسط دو پرسشنامه استاندارد QLQ-C30 و QLQ-BR23 اندازه گیری شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که سن بیماران گروه شاهد $40/84 \pm 7/7$ و در گروه تجربی $41/72 \pm 8/4$ سال بود که هر دو گروه دارای دامنه سنی ۲۵-۵۵ سال بودند. تعداد دفعات شیمی درمانی در گروه شاهد $8/26 \pm 2/47$ و در گروه تجربی $8/3 \pm 2/66$ بود که در هر دو گروه دامنه ۱۲-۳ دفعه بود. همچنین انجام مشاوره پرستاری سبب ارتقای مقیاس های علامتی کیفیت زندگی بیماران در گروه مورد گردید ($p < 0/001$). مقیاس های علامتی عمومی (اختلال در خواب، درد، تهوع و استفراغ، تنفس دردناک، از دست دادن اشتها و بیوست و اسهال) و مقیاس های علامتی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان پستان (علائم بازویی، علائم پستانی، عوارض جانبی درمان و نگرانی به علت از دست دادن مو) نیز در گروه تجربی بر اثر مشاوره بهبود یافت ($p < 0/001$).

بحث: با توجه به یافته های پژوهش که نشان دهنده تأثیر برنامه مشاوره گروهی در ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی است، پیشنهاد می گردد برنامه طراحی شده مشاوره گروهی به عنوان یک روش مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی این دسته از مددجویان در مراکز درمانی و مراقبتی - حمایتی مربوط به آن ها به کار گرفته شود.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، سرطان پستان، مشاوره گروهی «دریافت: ۱۳۸۳/۱۲/۱۲ پذیرش: ۱۳۸۴/۱۰/۰۶»

Email: heravi@shahed.ac.ir

* مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه شاهد و دانشجوی Ph.D. پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

*** دانشیار و عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس

** کارشناس ارشد پرستاری

***** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه شاهد

**** دانشیار و عضو هیأت علمی پژوهشکده بهداشت جهاد دانشگاهی

* عهده دار مکاتبات: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه پرستاری، تلفاکس: ۰۲۱-۴۴۴۶۴۷۱۱

مقدمه

سرطان بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی دومین علت مرگ در جوامع انسانی است. براساس آخرین گزارش سازمان منطقه‌ای مدیترانه شرقی (EMRO)^۱ در سال ۱۹۹۵ هر ساله تقریباً ۹ میلیون نفر به سرطان مبتلا می‌شوند و ۵ میلیون نفر بر اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند. در کشور ما هر ساله بیش از ۳۰۰۰۰ نفر بر اثر سرطان دچار مرگ می‌شوند (۱).

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان خانم‌ها در قسمت‌های عمده‌ای از اروپا، آمریکای شمالی، آمریکای لاتین و استرالیا است و در بسیاری از جمعیت‌ها، علت اصلی مرگ در خانم‌های ۳۵ تا ۵۴ ساله به شمار می‌رود (۲). بر اساس گزارش اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها در مورد وضعیت بروز انواع سرطان در ایران در سال ۱۳۷۵، شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی، سرطان پستان با شیوع ۱۸/۹ درصد بوده است (۳).

سرطان پستان یکی از مهم‌ترین عواملی است که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زنان را به مخاطره انداخته است (۴). در سراسر دوره بیماری سرطان تغییرات جسمی ممکن است به وجود آید، به خصوص در دوره درمان به دلیل عوارض جانبی که ایجاد می‌شود. تغییرات ایجاد شده می‌تواند بر خودآگاهی، اعتماد به نفس و احساس ارزشمندی و مقبولیت بیمار اثر گذارد. تأثیرات گوناگون جسمی بیماری سرطان می‌تواند بر جنبه‌های روانی و اجتماعی زندگی بیماران نیز اثر گذارد (۵).

درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری،

کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌سازند (۶).

در اغلب جوامع و فرهنگ‌ها، حفظ پستان‌ها از نظر ظاهری بسیار حایز اهمیت است. از این رو، از دست دادن پستان‌ها در بسیاری از موارد به معنای ازدست دادن هویت زنانه تعبیر می‌شود. این امر به همراه عوارض جانبی ناشی از شیمی-درمانی مشکلات متعددی را برای بانوان مبتلا به سرطان پستان ایجاد می‌کند (۷). با وجود اینکه شیمی درمانی یک روش درمانی مهم در بیماران سرطانی است، باعث عوارض جانبی متعددی می‌گردد که بر سطح عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی بیمار و عدم پذیرش وی برای تکمیل دوره درمان تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین شیمی درمانی به دنبال سرطان پستان می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را در کیفیت زندگی بیماران داشته باشد و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان گردد و به عبارت دیگر، سبب کاهش کیفیت زندگی این دسته از مددجویان شود (۸). به همین دلایل مهم‌ترین جنبه مراقبت از این بیماران توجه، ارزیابی و ارتقای کیفیت زندگی است (۹).

امروزه از موضوعات قابل بحث در تحقیقات بالینی، ارزیابی کیفیت زندگی است که به اهمیت استفاده از آن در بررسی و شناخت بیمار در هر مرحله از درمان توجه خاص شده است. آگاهی درباره کیفیت زندگی بیماران به پرستاران به عنوان تیم بهداشتی کمک خواهد کرد تا مراقبت را در جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران سوق

روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از مراجعه به مرکز سرطان تعداد بیماران بستری شده با تشخیص سرطان پستان در آن روز مشخص می‌گردید و در صورت دارا بودن شرایط (ابتلای به سرطان پستان اولیه، انجام جراحی ماستکتومی، شروع شیمی درمانی حداقل در یک ماه گذشته و عدم مشارکت در برنامه‌های مشاوره‌ای و آموزشی در گذشته) و کسب موافقت بیمار در پژوهش شرکت داده می‌شدند. ابتدا بیماران واجد شرایطی که از لحاظ مرحله بیماری، دفعات شیمی‌درمانی، تحصیلات و سن همگن بودند، انتخاب گردیدند و سپس به طور تصادفی به گروه‌های مورد (۸۲ نفر) و شاهد (۸۲ نفر) تقسیم شدند. روش تخصیص افراد به دو گروه شاهد و مورد به صورت تصادفی بر اساس رقم آخر شماره پرونده بیمار بود که زوجها در گروه تجربی و فردا در گروه شاهد قرار گرفتند. سپس مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی به وسیله ۲ پرسشنامه QLQ-C30 و QLQ-BR23 در دو گروه تجربی و شاهد اندازه‌گیری گردید. در مرحله بعد، شرکت‌کنندگان گروه شاهد در زمان بستری مراقبت‌های استاندارد و گروه تجربی علاوه بر مراقبت‌های استاندارد، تحت مشاوره گروهی قرار گرفتند. گروه تجربی در زمان بستری بر اساس برنامه طراحی شده مشاوره گروهی در گروه‌های ۴ تا ۵ نفره در جلسات حضور می‌یافتند. مشاوره به روش التقاطی که ترکیبی از روش مستقیم و غیرمستقیم است، انجام می‌گرفت. بسته به برخورد مددجویان با مشکل در گروه روش مشاوره انتخاب می‌گردید. تعیین وقت و زمان‌بندی جلسات با هماهنگی با مددجویان مشخص می‌شد. این جلسات به صورت ۹ جلسه یک تا یک ساعت و سی دقیقه‌ای برگزار

دهند (۱۰). همچنین عواملی نظیر ارتقای اطلاعات و آگاهی درخصوص جنبه‌های جسمی و روانی، افزایش انگیزش، حمایت و مشاوره باعث بهبود وضعیت جسمانی، کاهش اضطراب، تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی، کاهش اختلالات خلق‌وخو، بهبود سازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران می‌شود که خود می‌تواند سبب ارتقای کیفیت زندگی شود (۱۱). مشاوره پرستاری به بیمار مبتلا به سرطان می‌تواند سبب افزایش آگاهی، فعالیت، تأثیر در اتخاذ تصمیم، کاهش نگرانی و افزایش اعتماد به نفس گردد (۶). در پیشینه تحقیق، مطالعات نشان داده است که مشاوره تأثیر مثبت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد (۱۴-۱۲) و در بعضی تحقیقات گزارش شده که مشاوره تأثیری در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان ندارد (۱۵). با توجه به مطالب بیان شده و تناقضاتی که در پژوهش‌های گذشته وجود دارد، پژوهشگران بر آن شدند تا به بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی در مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی‌درمانی در مؤسسه سرطان بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۳ بپردازند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی شاهددار تصادفی به شکل موازی و با اندازه ثابت می‌باشد که بروی ۱۶۴ بیمار مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. برای تعیین حجم نمونه مطالعه مقدماتی انجام گرفت و بر اساس نتایج آن با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای مقایسه میانگین دو جامعه ($\alpha=0/05$, $\beta=0/1$) تعداد حداقل ۸۲ نفر در هر گروه محاسبه گردید.

منظور از رژیم درمانی، نوع داروهای شیمی درمانی مورد استفاده برای بیماران بوده است.

۲- پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان متعلق به سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان EORTC QLQ - C30 که شامل مقیاس‌های عملکردی و علامتی است که در این تحقیق مقیاس‌های علامتی شامل اختلال در خواب، درد، تهوع و استفراغ، تنفس دردناک، ازدست‌دادن اشتها و یبوست و اسهال است که هر یک مجموعه‌ای از سؤالات را دربر می‌گیرند. امتیازهای اخذشده در محدوده ۰-۱۰۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود میزان بیشتری از علائم است.

۳- پرسشنامه EORTC QLQ-Br23 ویژه سرطان پستان که کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه شامل مقیاس‌های عملکردی و مقیاس‌های علامتی است که در این تحقیق مقیاس‌های علامتی علائم بازویی، علائم پستانی، عوارض جانبی درمان و نگرانی به علت از دست دادن مو را شامل می‌شود که هر یک مجموعه‌ای از سؤالات را در بر می‌گرفت. امتیازهای اخذشده در محدوده ۰-۱۰۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود میزان بیشتری از علائم است. شایان ذکر است که پرسشنامه‌های مذکور استاندارد و اختصاصی سرطان و سرطان پستان است که در مطالعات متعددی در خارج از کشور برای تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شده است، لیکن این پرسشنامه‌ها در ایران توسط منتظری و همکاران (۱۹۹۹ و ۲۰۰۰) برای تعیین پایایی و روایی نسخه فارسی مورد استفاده قرار گرفته است،

می‌شد. در ابتدای جلسه اول به افراد گروه تجربی محتوای آموزشی به منظور آشنایی بیشتر آن‌ها با بیماری، روش‌های تشخیصی و درمانی، عوارض جانبی شیمی درمانی، روش‌های غیردارویی مقابله با عوارض شیمی‌درمانی و منابع حمایتی در دسترس داده می‌شد. پس از اتمام جلسات مشاوره به بیماران توضیحات لازم در مورد ادامه پژوهش ارائه می‌گردید و سپس به مدت سه ماه به آن‌ها فرصت داده می‌شد تا مهارت‌های جدید را در زندگی روزمره به کار گیرند و در این مدت پژوهشگر با گروه تجربی از طریق تماس تلفنی در ارتباط بود. همچنین یک شماره تلفن به افراد داده می‌شد تا در صورت نیاز تماس بگیرند و مشکلاتشان را مطرح نمایند. پس از مدت مذکور مجدداً پرسشنامه‌های QLQ-C30 و QLQ-Br23 توسط هر دو گروه (مورد و شاهد) تکمیل می‌گردید.

ذکر این نکته لازم است که در طول این مدت افراد هر دو گروه تحت مراقبت‌های استاندارد، یعنی مراقبت‌های مربوط به شیمی‌درمانی ماهانه توسط کارکنان مؤسسه سرطان قرار داشتند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه‌ای بود که دارای ۳ قسمت است:

۱- پرسشنامه مشخصات فردی که شامل سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، مرحله بیماری، دسترسی به منابع حمایتی، تعداد دفعات شیمی‌درمانی، وضعیت اقتصادی و رژیم‌درمانی بود. به منظور سنجش وضعیت اقتصادی، دیدگاه بیماران نسبت به وضعیت اقتصادی خود به صورت سه سطح مرفه، نسبتاً مرفه و غیرمرفه سنجیده شد. شایان ذکر است که

یافته‌ها

سن گروه شاهد $40/84 \pm 7/7$ و گروه تجربی $41/72 \pm 8/4$ سال بود که دامنه در هر دو گروه ۵۵-۲۵ سال بود. دفعات شیمی‌درمانی در گروه شاهد $8/26 \pm 2/47$ و در گروه تجربی $8/3 \pm 2/66$ بود که دامنه در هر دو گروه ۱۲-۳ بار بود. تعداد فرزندان در گروه شاهد $4/21 \pm 1/08$ و در گروه تجربی $4/06 \pm 1/05$ بود که در هر دو گروه دامنه ۶-۰ بود (جدول ۱). گروه‌ها به لحاظ سن، مرحله بیماری، وضعیت تأهل، رژیم درمانی، تحصیلات، شغل، منابع حمایتی، دفعات شیمی‌درمانی و تعداد فرزندان با هم مشابه بودند و اختلاف آن‌ها به لحاظ آماری معنادار نبود؛ اما دو گروه شاهد و مورد از لحاظ وضع اقتصادی متفاوت بودند ($p < 0/05$) که گروه شاهد وضعیت بهتری داشته است. با عنایت به اینکه وضع اقتصادی از دیدگاه خود نمونه‌های تحقیق سنجیده شده و همچنین ارتباط معناداری بین وضعیت اقتصادی و مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی مشاهده نشده است، نتیجه مذکور خللی در نتایج تحقیق ایجاد نمی‌نماید.

میان امتیاز خستگی بیماران مبتلا به سرطان پستان در گروه تجربی قبل از مداخله $63/67$ و بعد از مداخله $44/44$ بوده است (جدول ۲). این اختلاف به لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/001$)؛ یعنی خستگی بیماران گروه تجربی بعد از مداخله کاهش یافته است و خستگی در بیماران گروه شاهد قبل از مداخله دارای میان $44/44$ و بعد از مداخله $66/66$ بود. این اختلاف به لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($p < 0/003$)؛ یعنی میزان خستگی بیماران گروه شاهد افزایش یافته است. همچنین نتایج نشان داد به لحاظ آماری میزان خستگی در گروه تجربی نسبت به

در اندازه‌گیری پایایی مقدار ضریب آلفای کرونباخ در مورد مقیاس‌های چندگزینه‌ای در پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) از $0/48-0/95$ در پی‌گیری متغیر بود. در پرسشنامه تکمیلی ویژه سرطان پستان (QLQ-BR23) مقدار این ضریب در مورد مقیاس‌های چندگزینه‌ای از $0/63-0/95$ متغیر بود. تحلیل روایی پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) با استفاده از روش هم‌خوانی بین مقیاس‌ها (Inter Scale Correlation) انجام شد. تقریباً تمامی مقیاس‌هایی که از نظر مفهومی با یکدیگر مرتبط بودند، از نظر آماری در جهت مورد انتظار همبستگی داشتند. همچنین روش مقایسه گروه‌های شناخته شده برای تحلیل روایی در هر دو پرسشنامه به کار برده شد (Known group comparison). نتایج نشان داد که هر دو پرسشنامه قادر به افتراق بین زیرگروه‌های متفاوت بیماران از نظر وضعیت بالینی و عملکردی هستند (۱۶ و ۱۷). با استناد به اینکه این تحقیق دارای متغیر مستقل برنامه مشاوره، متغیر وابسته مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی و مجموعه‌ای از متغیرهای مداخله‌گر می‌باشد، از روش‌های توصیفی و آمار استنباطی (با توجه به نوع داده‌ها) استفاده گردید. برای تعیین اختلاف مشخصات فردی بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون آماری کای دو و آزمون آماری تی استفاده شد. همچنین برای تعیین اختلاف مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی در طول مراحل مداخله از آزمون ویلکاکسون و بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون من‌ویتنی استفاده گردید.

جدول ۱- توزیع بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی برحسب مشخصات دموگرافیک و به تفکیک گروه‌های تجربی و شاهد در موسسه

سرطان در سال ۱۳۸۳*

Pvalue	مراقبت استاندارد+مشاوره گروهی		مراقبت استاندارد		مشخصات دموگرافیک	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
P<۰/۵۶۴	۰	۰	۰	۰	I/II	مرحله
	۳۹	۳۲	۳۹	۳۲	III	بیماری
	۶۱	۵۰	۶۱	۵۰	IV	
P<۰/۱۳۶	۱۲/۲	۱۰	۴/۹	۴	مجرد	وضعیت
	۶۳/۴	۵۲	۷۶/۸	۶۳	متاهل	تاهل
	۱۱	۹	۴/۹	۴	مطلقه	
	۱۳/۴	۱۱	۱۳/۴	۱۱	بیوه	
P<۰/۲۱۰	۲/۴	۲	۱/۲	۱	CMF	رژیم
	۶/۱	۵	۱۲/۲	۱۰	CAF	درمانی
	۲۰/۷	۱۷	۱۴/۶	۱۲	CA	
	۱۷/۱	۱۴	۲۸	۲۳	Mito, vrlbe, Adria	
	۵۳/۷	۴۴	۴۳/۹	۳۶	Taxol, Adria	
P<۰/۵۲۶	۴۵/۱	۳۷	۴۲/۶	۳۵	زیر دیپلم	تحصیلات
	۴۸/۷	۴۰	۴۷/۶	۳۹	دیپلم	
	۶/۱	۵	۹/۸	۸	دانشگاهی	
P<۰/۳۱۰	۵۴/۹	۴۵	۶۲/۲	۵۱	خانه‌دار	شغل
	۲۸	۲۳	۲۶/۸	۲۲	کارمند	
	۱۷/۱	۱۴	۴/۹	۴	کارگر	
	۰	۰	۶/۱	۵	بازنشسته	
P<۰/۱۰۵	۲/۴	۲	۱۵/۹	۵	مرفه	وضع
	۶۸/۳	۵۶	۴۰/۲	۴۱	نسبتاً مرفه	اقتصادی
	۲۹/۳	۲۴	۴۳/۹	۳۶	غیر مرفه	
P<۰/۴۱	۳۲/۹	۲۷	۵۰	۴۱	همسر- فرزندان و والدین	منابع
	۲۰/۷	۱۷	۱۲/۲	۱۰	خواهر یا برادر	حمایتی
	۱/۲	۱	۰	۰	دوستان	
	۰	۰	۰	۰	فامیل و اقوام	
	۰	۰	۳/۷	۳	همسایگان	
	۴۵/۱	۳۷	۳۴/۱	۲۸	همه موارد	
	--	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	جمع	

جدول ۲- توزیع بیماران مبتلا به سرطان پستان بر حسب شاخص های علامتی کیفیت زندگی به تفکیک گروه شاهد و تجربی در طی مراحل مداخله

در مؤسسه سرطان در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون من ویتنی	گروه شاهد			گروه تجربی			شاخص های علامتی
	V	مرحله دوم	مرحله اول	P	مرحله دوم	مرحله اول	
$p < 0/001$	$p < 0/003$	۷۶/۱۴ ± ۱۱/۸۵	۴۵/۳۸ ± ۱۳/۴۳	$p < 0/001$	۴۴/۴۴ ± ۹/۵۶	۶۳/۶۷ ± ۱۴/۳۹	خستگی
$p < 0/001$	$p < 0/005$	۵۲/۲۳ ± ۲۰/۹۱	۴۰/۶۴ ± ۱۹/۹۳	$p < 0/001$	۲۲/۹۶ ± ۱۴/۲۵	۳۹/۲۲ ± ۲۱/۹۷	تهوع و استفراغ
$p < 0/002$	$p < 0/003$	۵۴/۳۷ ± ۱۹/۷۹	۳۰/۲۸ ± ۱۹/۲۶	$p < 0/001$	۲۶/۸۲ ± ۱۲/۴۹	۵۴/۶۶ ± ۱۰۳/۹۷	درد
$p < 0/001$	$p < 0/001$	۶۲/۷۴ ± ۲۰/۷۹	۲۵/۰۷ ± ۲۲/۵۴	$p < 0/001$	۳۳/۳۳ ± ۱۶/۵۶	۵۴/۰۵ ± ۱۶/۲۶	تنفس دردناک
$p < 0/001$	$p < 0/001$	۵۹/۹۰ ± ۲۲/۵۲	۲۵/۲۰ ± ۲۱/۹۴	$p < 0/001$	۲۹/۶۷ ± ۲۶/۱۹	۴۵/۹۳ ± ۲۸/۵۱	اختلال خواب
$p < 0/001$	$p < 0/001$	۷۸/۸۵ ± ۱۶/۱۵	۴۱/۰۵ ± ۲۷/۸۶	$p < 0/001$	۴۹/۹۹ ± ۲۳/۳۰	۶۶/۶۶ ± ۱۶/۵۶	از دست دادن اشتها
$p < 0/002$	$p < 0/001$	۴۱/۲۰ ± ۲۲/۷۷	۱۷/۴۷ ± ۲۴/۱۲	$p < 0/001$	۲۵/۲۰ ± ۲۷/۹۸	۲۹/۲۶ ± ۲۶/۳۹	بیوست
$p < 0/001$	$P < 0/05$	۱۲/۵۹ ± ۲۳/۷۹	۱۹/۱۰ ± ۲۴/۰۱	$p < 0/001$	۱۷/۰۷ ± ۲۴/۱۳	۲۵/۲۰ ± ۳۲/۵۲	اسهال
$p < 0/001$	$p < 0/001$	۵۵ ± ۸/۷۱	۳۳/۳۴ ± ۳۷/۱۰	$p < 0/001$	۳۹/۰۲ ± ۱۳/۶۶	۵۸/۳۹ ± ۱۵/۳۹	علائم بازویی
$p < 0/001$	$p < 0/001$	۴۳/۴۵ ± ۹/۹۵	۲۳/۶۵ ± ۱۳/۴۷	$p < 0/001$	۲۲/۵۵ ± ۱۲/۴۵	۴۷/۳۷ ± ۱۶/۵۶	علائم پستان
$p < 0/001$	$p < 0/001$	۵۶/۵۴ ± ۷/۲۰	۳۳/۱۵ ± ۲۷/۲۳	$p < 0/001$	۲۹/۳۱ ± ۱۲/۴۸	۴۶/۵۰ ± ۱۴/۳۹	عوارض جانبی درمان عمومی
$p < 0/001$	$p < 0/001$	۸۹/۸۳ ± ۱۵/۴۴	۴۱/۸۶ ± ۳۶/۹۵	$p < 0/001$	۳۸/۶۱ ± ۱۲/۲۴	۷۰/۷۲ ± ۱۰/۹۷	نگرانی به علت ریزش موها

آماري معنادار بود ($p < 0/001$)؛ در خصوص اختلال خواب، میانه امتیاز اختلال خواب در گروه تجربی قبل از مداخله ۴۵/۹۳ و بعد از مداخله ۲۹/۶۷ بود. این اختلاف به لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/001$)؛ یعنی وضعیت خواب بیماران گروه تجربی بعد از مشاوره گروهی بهبود یافته است. در گروه شاهد قبل از مداخله میانه امتیاز اختلال خواب ۳۳/۳۳ و بعد از مداخله ۶۶/۶۶ بود. این اختلاف به لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/001$)؛ یعنی وضعیت خواب آن‌ها اختلال پیدا کرده است. همچنین نتایج نشان داد اختلاف معناداری بین امتیازات اختلال خواب گروه شاهد و مورد وجود دارد ($p < 0/001$). در

گروه شاهد بعد از مداخله کاهش یافته است ($p < 0/001$). میانه امتیاز میزان درد بیماران در گروه تجربی قبل از مداخله ۵۴/۶۶ و بعد از مداخله ۲۶/۸۲ بود که این اختلاف به لحاظ آماری معنادار بود ($p < 0/001$)؛ یعنی میزان درد بیماران در اثر مشاوره گروهی و ارائه راهنمایی کاهش یافته است، اما در گروه شاهد میانه امتیاز میزان درد قبل از مداخله ۳۳/۳۳ و بعد از مداخله ۶۶/۶۶ بود که این اختلاف نیز به لحاظ آماری با $p < 0/003$ معنادار بود؛ یعنی میزان درد بیماران افزایش یافته است. همچنین نتایج نشان داد که درد بیماران در گروه تجربی بعد از مداخله کاهش یافته است که این اختلاف به لحاظ

علایم پستانی قبل از مداخله ۲۵ و بعد از مداخله ۵۰ بود. همچنین عوارض جانبی درمان از ۲۸/۵۷ قبل از مداخله به ۵۷/۱۴ بعد از مداخله و نگرانی به علت ریزش موها از ۴۹/۹۹ قبل از مداخله به ۱۰۰ بعد از مداخله رسیده بود که اختلاف معناداری به لحاظ آماری بین میانه امتیازات مقیاس‌های مذکور وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). مقیاس‌های علامتی (علایم بازویی و پستان، عوارض جانبی درمان عمومی و نگرانی به علت ریزش مو) بیماران گروه مورد در طول مداخله نسبت به گروه شاهد ارتقا یافته است ($p < ۰/۰۰۱$).

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانه شاخص خستگی بیماران مبتلا به سرطان پستان در گروه تجربی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته است، ولی در بیماران گروه شاهد میانه شاخص خستگی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته است. در پژوهشی با موضوع تأثیر ورزش در کیفیت زندگی مشخص گردید ورزش باعث کاهش خستگی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود (۱۸). در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شد حمایت روانی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان، در میزان خستگی آن‌ها، تأثیری ندارد (۱۵). میانه امتیاز میزان درد بیماران در گروه تجربی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته، یعنی میزان درد بیماران بر اثر مشاوره گروهی و ارایه راهنمایی کاهش یافته است، اما در گروه شاهد میانه امتیاز میزان درد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته، یعنی میزان درد بیماران افزایش یافته است. در پژوهشی که به منظور تعیین تأثیر حمایت گروهی در کیفیت زندگی

گروه تجربی مقیاس‌های علامتی، تهوع و استفراغ، تنفس دردناک، ازدست دادن اشتها و یبوست بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته بود که آزمون‌های آماری نشان داد اختلاف معناداری بین امتیازات میانه قبل و بعد از مداخله وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$)، اما در گروه شاهد این مقیاس‌ها، تهوع و استفراغ، تنفس دردناک، ازدست دادن اشتها و یبوست بعد از زمان مداخله افزایش یافته بود؛ یعنی اختلاف معناداری به لحاظ آماری بین امتیازات میانه قبل و بعد از مداخله در مقیاس‌های علامتی ذکر شده گروه شاهد وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). در گروه تجربی قبل از مداخله میانه امتیاز اسهال ۲۵/۲۰ و بعد از مداخله ۱۷/۰۷ بود. اختلاف معناداری به لحاظ آماری بین امتیازات گروه شاهد و مورد بعد از مداخله وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$)، اما تغییری در میانه امتیاز اسهال قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد ایجاد نشده بود و امتیاز علامت اسهال بین دو گروه شاهد و مورد به لحاظ آماری معنادار نبود.

در گروه تجربی میانه امتیاز علایم بازویی قبل از مداخله ۵۸/۳۹ و بعد از مداخله ۳۹/۰۲ و علایم پستانی قبل از مداخله ۴۷/۳۷ و بعد از مداخله ۲۲/۵۵ بود. همچنین عوارض جانبی درمان از ۴۶/۵۰ قبل از مداخله به ۲۹/۳۱ بعد از مداخله و نگرانی به علت ریزش موها از ۷۰/۷۲ قبل از مداخله به ۳۸/۶۱ بعد از مداخله رسیده بود. به لحاظ آماری اختلاف معناداری بین میانه امتیازات مقیاس‌های علامتی (علایم بازویی و پستان، عوارض جانبی درمان عمومی و نگرانی به علت ریزش مو) وجود داشت ($p < ۰/۰۰۱$). اما در گروه شاهد میانه امتیاز علایم بازویی قبل از مداخله ۲۲/۲۲ و بعد از آن ۵۵/۵۵ و

یافته بود. در گروه تجربی میانه امتیاز اسهال بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته بود، اما تغییری در میانه امتیاز اسهال قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد ایجاد نشده بود؛ یعنی این علائم بعد از مداخله در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد بهبود یافته بود. در پژوهشی میزان تهوع و استفراغ، تنگی نفس، کاهش اشتها قبل و بعد از مداخله در زنان مبتلا به سرطان پستان، تغییری به وجود نیامده بود (۱۵).

در گروه تجربی میانه امتیاز علائم بازویی، علائم پستانی، عوارض جانبی درمان و نگرانی به علت ریزش موها بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته بود؛ به عبارت دیگر مقیاس های علامتی بر اثر مشاوره گروهی بهبود یافته بود، اما در گروه شاهد میانه امتیاز علائم بازویی، علائم پستانی، عوارض جانبی درمان و نگرانی به علت ریزش موها بعد از زمان مداخله افزایش یافته بود؛ یعنی این مقیاس های علامتی در گروه شاهد افزایش یافته است. در پیشینه تحقیق پژوهشی که بیانگر مقیاس های علامتی بیماران مبتلا به سرطان پستان باشد، یافت نشد یا حداقل در دسترس پژوهشگران قرار نگرفت. از طریق فرایند مشاوره می توان به بیماران مبتلا به سرطان آموخت که چگونه با بیماری خود زندگی کنند. مشاوره به عنوان یک فرایند پویای حل مشکل می تواند باعث بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی شود و به طور چشمگیری باعث کاهش اضطراب، افزایش دانش، معلومات و تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی می شود و رفتارهای تطابقی توانایی سازگاری بیمار را بهبود می بخشد و از صرف هزینه های سنگین درمان نیز جلوگیری بعمل می آورد. نقش پرستار مشاور در این

بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت، مشخص گردید میزان درد در گروه تجربی که مشاوره و آموزش گروهی را دریافت کرده بودند، کاهش یافته است (۱۹). در پژوهشی دیگر نیز میزان درد بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از آموزش توسط CD-Rom کاهش یافته بود (۱۴). همچنین در پژوهشی نیز مشخص شد که آموزش فردی بر کاهش میزان درد بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است (۲۰). بار دیگر در پژوهشی نشان داده شد که حمایت روانی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان، در میزان درد آنها، تأثیری ندارد (۱۵).

در خصوص اختلال خواب، میانه امتیاز اختلال خواب در گروه تجربی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته، یعنی وضعیت خواب بیماران گروه تجربی بعد از مشاوره گروهی بهبود یافته است. در گروه شاهد بعد از مداخله میانه امتیاز اختلال خواب نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته، یعنی وضعیت خواب آنها اختلال پیدا کرده است. همچنین مشاوره گروهی در کاهش اختلال خواب بیماران گروه تجربی تأثیر داشته است. در مطالعه ای نشان داده شد، زنان مبتلا به سرطان پستان تحت رادیوتراپی و شیمی درمانی دارای کیفیت خواب پایین می باشند و در نتیجه از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند (۲۱). در پژوهشی دیگر نشان داده شد که حمایت روانی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان، در میزان خستگی آنها تأثیری ندارد (۱۵).

در گروه تجربی مقیاس های علامتی تهوع و استفراغ، تنفس دردناک، ازدست دادن اشتها و یبوست بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته بود، اما در گروه شاهد این مقیاس ها بعد از زمان مداخله افزایش

زندگی این دسته از مددجویان گردد. به همین دلایل مهم‌ترین جنبه مراقبت از این بیماران توجه، ارزیابی و ارتقای کیفیت زندگی است. از طریق فرایند مشاوره می‌توان به بیماران مبتلا به سرطان آموخت که چگونه با بیماری خود زندگی کنند. مشاوره به عنوان یک فرایند پویای حل مشکل می‌تواند باعث بهبودبخشیدن به کیفیت زندگی شود. برنامه مشاوره گروهی طراحی شده در این پژوهش در ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی تأثیر داشت؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد برنامه مذکور به عنوان یک روش مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی این دسته از مددجویان در مراکز درمانی و مراقبتی-حمایتی مربوط به آن‌ها به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی:

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه شاهد و همچنین بیماران محترم پرسنل گرامی مرکز انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی که همکاری لازم را با پژوهشگران نمودند تشکر گردد.

خصوص به‌عنوان یک درمانگر حمایت‌کننده تردیدناپذیر است و همچنین مشاوره می‌تواند به عنوان یک برنامه نوتوانی برای این بیماران انجام شود تا نیروی تطابق آن‌ها را تقویت کند (۲۲). با توجه به نتایج پژوهش حاضر که تأثیر مثبت مشاوره پرستاری را در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده است، می‌توان بیان کرد که گرچه نمی‌توان از مشکلات جسمی، اقتصادی و اجتماعی بیماری سرطان پستان پیشگیری نمود، ولی با انجام دادن مشاوره و ارایه آموزش برای رویارویی با این مشکلات می‌توان نیروی تطابق بیمار را تقویت کرد و از پیشرفت یا تجدید مشکلات آن‌ها پیشگیری نمود.

نتیجه‌گیری

شیمی‌درمانی به دنبال سرطان پستان می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را در کیفیت زندگی بیماران داشته باشد و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان می‌شود و به عبارت دیگر، سبب کاهش کیفیت

Abstract:***The Effects of Group Counseling on Symptom Scales of Life Quality in Patients with Breast Cancer Treated by Chemotherapy***

Karimoi, H.M.¹; Pourdehghan, M.²; Faghihzadeh, S.³; Montazeri, A.⁴; Milani, J.M.⁵

1. Ph.D. Student in Nursing, Tarbiat Modarres University.

2. MSc in Nursing, Tarbiat Modarress University.

3. Associate Professor in Biostatistics, Tarbiat Modarres University.

4. Associate Professor in Epidemiologist, Jahade Daneshghahi Research Center.

5. MSc in Nursing, Shaded University.

Introduction: With regard to the importance of Life Quality (LQ) in patients with cancer, especially breast cancer, and research conflicts about quality and quantity of the effect of counseling on LQ promotion in such patients and for determining the effect of group counseling on symptom scales of LQ in patients with breast cancer treated by chemotherapy, this study was carried out at the at the Cancer Institute of Imam Khomeini Hospital in 2005 in Tehran.

Materials and Methods: This is a randomized clinical trial in which 164 women aged between 25-55 years undergoing chemotherapy due to breast cancer and with mastectomy history. Subjects were divided into control (n= 82) and experimental (n=82) groups. The sample allocated method was employed randomly according to the latest number of patient cases in which odds located in control groups and evens in experimental group. Session of counseling was arranged for the experimental group. LQ of the patients were measured at the beginning and end of the study by two standard questionnaires (QLQ_Br23 , QLQ-C30).

Results: Results showed that the mean age of the two groups were 40.84 ± 7.7 and 41.72 ± 8.4 in the control and experimental groups respectively. The mean of chemotherapy sessions in control group was 8.26 ± 2.47 and in the experimental group was 8.3 ± 2.66 with a range of 3-12. Nursing counseling cause LQ symptom scales promotion in the experimental group ($P < 0.001$). General symptom scales such as insomnia, pain, nausea, vomiting, dyspnea, appetite loss, constipation and diarrhea and special symptom scales (arm symptoms, breast symptoms, systemic therapy side effect) were improved in the experimental group by means of counseling ($P < 0.001$).

Conclusion: According to the above results it is concluded that applying group counseling is an effective method in LQ promotion for such patients in their medical supportive centers.

KeyWords: Breast Cancer, Group Counseling , Life Quality.

منابع

۱. هدی صبا، علی نیا علی، شکیبا مریم، عودی منا، قاسمی پور مریم و پور رسولی زهرا. بررسی فراوانی ارگان‌های مبتلا به سرطان در استان گیلان. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، سال ۱۳۸۲؛ سال دوازدهم، شماره ۴۶؛ ص ۸۴-۹۲
۲. صلواتی البرز. آمار سرطان در جهان تا سال ۲۰۲۰ دو برابر خواهد شد. هفته‌نامه نوین پزشکی، سال ۱۳۸۲، سال پنجم، دوره ۱۳، شماره ۲۰۱، ص ۴۱
۳. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها. وضعیت بروز سرطان در ایران سال ۱۳۷۵. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دی‌ماه ۱۳۷۸
4. Otto ShE. Oncology nursing. 4th ed. ST louis: Mosby, inc. 2001, PP.113
5. Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M. Cancer nursing: principles and practice. 6th ed, Jones & Bartlett Publishers; 2005: 4: 184-185
۶. رضوانی طاهره. میزان افسردگی و نیاز به مشاوره در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز شیمی‌درمانی شهر کرمان. مجله اندیشه و رفتار، سال ۱۳۸۰، سال ششم، شماره ۴: ص ۷۷ - ۷۰
۷. منتظری علی، وحدانی نیا مریم‌السادات، پایایی وروایی نسخه فارسی پرسشنامه‌های اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان به‌طور اعم و بیماران مبتلا به سرطان پستان به‌طور خاص، گزارش طرح تحقیقاتی جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، سال ۱۳۷۹
8. Chie WC, Huang CS, Chen JH, Chang KJ. Measurement of the quality of life during different clinical phases of breast cancer. J Formos Med Assos 1999; 98(4):245-60
9. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life after breast cancer: understanding women's health related quality of life and sexual function. J Clin Oncol 1998; 16:501-514
۱۰. مختاری نسرين، نصیری محبوبه، مشعوف طاهره و کاظم نژاد احسان. مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز از دیدگاه پرستاران و بیماران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، سال ۱۳۸۲، سال دوازدهم، شماره ۴۷؛ صفحات: ۲۳ - ۱۶
11. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. J Adv Nur 1999; 29(2):490-98
۱۲. بخشی رویا. بررسی تأثیر مشاوره پرستاری در کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با رادیوتراپی در انستیتو کانسر شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری مامایی ایران، سال ۱۳۷۸

13. Sandgren AK, McCaul KD, King B, O'Donnell S, Foreman G. Telephone therapy for patients with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27(4) : 683-8
14. Molenaar S. Decision for patients with early stage breast cancer: effects of an interactive breast cancer CDROM on treatment decision satisfaction and QOL. *J Clin Oncol* 2001; 19(6):1676-1687
15. Bordeleau L, Szalai JP, Ennis M, Leszcz M, Speca M, Sela R, et al. Quality of life in a randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer: overall effects of the intervention and an exploration of missing data. *J Clin Oncol* 2003; 21(10):1944-51
16. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The european organization for research and treatment of cancer QOL questionnour (EORTC QLQ-C30): translation and validation study of the Iranian version. *Support Care Cancer* 1999; 7(60):400-6
17. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The EORTC breast cancer specific QOL questionnaire (EORTC QLQ-Br 23): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2000; 9(2):177-84
18. Turner J, Hayes S, Reul Hirche P. Improving the physical status and quality of life of women treated for breast cancer. *J Surg Oncol* 2004; 86(3): 141-6
19. Helgeson VS, Cohen S. Adjustment to breast cancer. 2000. Available at: <http://www.Cancer.Gov/CancerControlResearch>
20. Oliver JW, Kravitz RL, Kaplan SH, Meyers FG. Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol* 2001; 19(8):2206-12
21. Stein KD, Jacobsen PB, Hann DM, Greenberg H, Lyman G. Impact of hot flashes on quality of life among postmenopausal women being treated for breast cancer. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19(6):436-45
22. Phipps W, Monahan FD, Sand JK, Marek JF, Neighbors M. Medical surgical nursing concept and clinical practice. 6th ed. St Louis: Mosby; 1999, PP.315-316