دانشور

بزشكيي

بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهـی بـر مقیاسهای عملکـردی کیفیـت زنـدگی بیماران مبتلا بـه سـرطان پسـتان تحـت درمان با شیمیدرمانی

نویسندگان: مجیده هروی کریموی ٔ، مریم پوردهقان ٔ، دکتر سقراط فقیهزاده ٔ و دکتر علی منتظری ٔ

- ۱. مربی گروه پرستاری دانشگاه شاهد
 - ۲. کارشناس ارشد پرستاری
- ۳. استاد گروه آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
- ۴. دانشیار عضو هیأت علمی پژوهشکده بهداشت
 - * نویسنده مسئول:

Email: heravi@shahed.ac.ir

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، بخصـوص سـرطان پسـتان و تناقضات تحقیقات در مورد کمیّت و کیفیت تأثیر مشاوره بر روی ارتقای کیفیـت زنـدگی بیمـاران مبتلا به سرطان پستان و بهمنظور تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر مقیاسهای عملکـردی کیفیـت زندگی مبتلایان به این نوع سرطان که تحت شیمیدرمانی قرار میگیرند این تحقیـق در انسـتیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۲ انجام کرفت.

مواد و روشها: این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی شاهد دار تصادفی است. با مراجعه به انستیتو کانسر تهران تعداد ۱۶۴ زن 40-40 ساله مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی با سابقه ماستکتومی انتخاب شدند و در دو گروه (n-AT) مراقبت استاندارد و (n-AT) مراقبت استاندارد و مشاوره گروهی مورد بررسی قرار گرفتند. برای گروه تحت مشاوره P جلسه برنامه مشاوره گروهی طراحی گردید. کیفیت زندگی بیماران در هر دو گروه در ابتدا و انتهای کار توسط دو پرسشنامه استاندارد P (QLQ-C30, QLQ-Br23) اندازه گیری شد.

یافتهها: نتایج پژوهش نشان داد انجام مشاوره پرستاری سبب ارتقای مقیاسهای عملکردی کیفیت زندگی بیماران در گروه مورد شده است (۱۰۰/۰۰۱). مقیاسهای عملکردی عمومی(جسمانی، نقش، ذهنی، احساسی و اجتماعی) و مقیاسهای عملکردی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان پستان (تصویر بدنی و عملکرد جسنی و لذت جنسی) در گروه مورد نیز دراثر مشاوره بهبود یافته است (۱۰۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: با توجه به یافتههای پژوهش که نشاندهنده تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمیدرمانی است پیشـنهاد مـیگـردد برنامه طراحی شده مشاوره گروهی بهعنوان یک روش مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی این دسته از مددجویان در مراکز درمانی و مراقبتی –حمایتی مربوط به آنها بهکار گرفته شود.

واژههای کلیدی: کیفیت زندگی، مشاوره گروهی، شیمیدرمانی، سرطان پستان

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی است که در دانشگاه شاهد به تصویب رسیده است.

دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد سال سیزدهم - شماره ۶۲ اردیبهشت ۱۳۸۵

تاریخ وصول: ۸۳/۱۰/۳۰ تاریخ پذیرش: ۸۴/۶/۱۵

مقدمه

سرطان بعد از بیماری های قلبی - عروقی، دومین علت مرگ و میر در جوامع انسانی است [۱]. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت امروزه در سراسر دنیا ۱۰ میلیون مورد جدید سرطان در سال تشخیص داده می شود که بدون به کار گرفتن برنامه های مؤثر پیشگیری در ۱۷ سال آینده به ۲۰ میلیون مورد بالغ خواهـد شـد [۲]. تقریباً یک چهارم کل سرطانهای زنان را سرطان پستان تشکیل می دهد که دومین عامل مرگ ناشی از سرطانها است. تقريباً از هر ٨ زن يك نفر مبتلا به سرطان پستان است که در اغلب اوقات منجر به برداشت کامل بافت پستان، شیمی درمانی، رادیو تراپی و هورمون درمانی میگردد [۳]. براساس گزارش اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها در مورد وضعیت بـروز انواع سرطان در ایران در سال ۱۳۷۵، شایع ترین سرطان در زنان ایرانی، سرطان پستان بـا شـیوع ۱۸/۹ درصـد بوده و بیش ترین میزان بروز در سنین ۴۴_۳۵ سالگی است که تعداد آن در گروههای سنی بعد از ۴۴ سال مرتباً كاهش يافته است [۴].

در اغلب جوامع و فرهنگها، پستانها بهعنوان اندامی زنانه محسوب میشوند و از ایس رو از دست دادن پستانها در بسیاری از موارد به معنای از دست دادن هویت زنانه تعبیر می شود. ایس امر به همراه عوارض جانبی ناشی از شیمی درمانی، مشکلات متعددی را برای بانوان مبتلا به سرطان پستان ایجاد می کند. با وجود این که شیمی درمانی یک روش درمانی متعدد می گردد که بر سطح عملکرد جسمانی، روانی و متعدد می گردد که بر سطح عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی بیمار و عدم پذیرش وی جهت تکمیل دوره درمان تأثیر می گذارد [۵]. بنابراین شیمی درمانی به دنبال سرطان پستان می تواند عمده ترین تأثیر را بسر کیفیت زندگی بیماران داشته، سبب مختل شدن رفاه جسمی،

روانی، اجتماعی و معنسوی در آنسان و کساهش کیفیست زندگی این دسته از مددجویان گردد [۶].

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 گروه بهداشتی کمک خواهد کرد تا مراقبت را در جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران سوق دهند [۷].

مشاوره پرستاری به بیمار مبتلا به سرطان می تواند سبب افزایش آگاهی، فعالیت، تأثیر در اتخاذ تصمیم، کاهش نگرانی و افزایش اعتماد به نفس گردد [۸]. هدف پرستار مشاوری که وظیفه کمک به مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان یستان را دارد ایجاد خدماتی در جهت حمایت عاطفی و عملی از بیمار است که به وی در دستیابی به توانمندی های لازم برای توان بخش جسمی و روانی کمک می کند. پرستار مشاور با درایت کافی و اندکی مهارت می تواند با بیمار رابطه برقرار کند و او را در ابراز تردیدها و ترسهای خود و یافتن راه حلهای ممکن برای مشکلاتش توانا کند [۹]. در پیشینه تحقیق، مطالعات نشان داده است که مشاوره تأثیر مثبت برکیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد [۱۲،۱۰و ۱۲] و البته در بعضی تحقیقات گزارش شده که مشاوره، تأثیری در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان ندارد [۱۳و۱۴]. با توجه به مطالب بیان شده و تناقضاتی که در یژوهشهای گذشته بود، یژوهشگران بر آن شدند تا به بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر مقیاس های عملکردی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی درمانی در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۲ بپردازند.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی شاهد دار تصادفی به شکل موازی و با اندازه ثابت است که بر روی ۱۶۴ بیمار مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. روش نمونه گیری به این صورت بود که پس از مراجعه به مرکز انستیتو کانسر، تعداد بیماران بستری شده با تشخیص سرطان پستان در آن روز مشخص می گردید و در صورت وجود شرایط (ابتلا به سرطان یستان اولیه، انجام جراحى ماستكتومى و شروع شيمي درماني حداقل در یک ماه گذشته و عدم مشارکت در برنامههای مشاورهای و آموزشی در گذشته) و کسب موافقت بیمار، آنان در پژوهش شـرکت داده مـیشـدند. ابتـدا بيماران واجد شرايط به لحاظ مرحله بيماري، دفعات شیمی درمانی، تحصیلات و سن، مشابه سازی و سیس به طور تصادفی به گروه های مورد و شاهد تقسیم شدند؛ بدین صورت که پژوهشگر در هر روز مراجعه به انستیتو کانسر، بیماران واجد شرایط نمونه گیری را انتخاب و سپس براساس زوج و فرد بـودن عـدد آخـر شماره پرونده آنها را در گروههای شاهد و مورد قرار می داد. آنگاه مقیاس های عملکردی کیفیت زندگی به وسیله ۲ پرسشنامه QLQ-C30,QLQ-Br23 در دو گروه مورد و شاهد اندازه گیری گردید. سپس شرکت کنندگان گروه مورد در زمان بستری براساس برنامه طراحی شده مشاوره گروهی درگروههای ۴ تــا ۵ نفــره در جلســات حضور مي يافتند. مشاوره به روش التقاطي كه تركيبي از روش مستقیم و غیرمستقیم است انجام می گرفت. بسته به برخورد مددجویان با مشکل در گروه، روش مشاوره انتخاب می گردید. تعیین وقت و زمان بندی جلسات با هماهنگی مددجویان مشخص می شد. این جلسات به صورت ۹ جلسه یک تا یک ساعت و سی دقیقه برگزار شد. در ابتدای جلسه اول به افراد گروه مورد، یک محتوای آموزشی جهت آشنایی بیش تر آنها با بیماری، روش های تشخیصی و درمانی، عوارض

جانبی شیمی درمانی، روشهای غیردارویسی مقابله با عوارض شیمی درمانی و منابع حمایتی در دسترس، داده شد. پس از اتمام جلسات مشاوره به بیماران توضیحات لازم در مورد ادامه پژوهش ارائه و سپس به مدت سه ماه به آنها فرصت داده می شد تا مهارتهای جدید را در زندگی روزمره به کار گیرند. در این مدت، پژوهشگر با گروه مورد از طریق تماس تلفنسی در ارتباط بود. همچنین یک شماره تلفن به افراد داده می شد تا در صورت نیاز تماس گرفته، مشکلاتشان را مطرح کنند. پساز مدت مذکور پرسشنامههای QLQ-C30,QLQ-Br23 بار دیگر توسط هر دو گروه (مورد و شاهد) تکمیل می گردید.

لازم به ذکر است که در طی این مدت، افراد هر دو گروه تحت مراقبتهای استاندارد (standard care) یعنی مراقبتهای مربوط به شیمی درمانی ماهانه توسط پرسنل محترم انستیو کانسر قرار داشتند.

ابزار گردآوری اطلاعات دراین پژوهش، پرسشنامه است که ۳ قسمت دارد:

پرسشنامه مشخصات فردی که شامل سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، مرحله بیماری، دسترسی به خدمات بهداشتی و منابع حمایتی است.

پرسشنامه اندازه گیری مقیاس عملکردی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان متعلق به سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان CORTC QLQ -C30 که شامل پنج مقیاس عملکردی جسمانی، نقش، ذهنی، احساسی، و اجتماعی است که هر یک مجموعهای از سؤالات را در بر می گیرند.

پرسشنامه EORTC QLQ-Br23 ویژه سـرطان پسـتان که مقیاس عملکردی کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان اندازه گیری می کند. ایـن پرسشـنامه ۳ مقیاس عملکردی تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لـذت جنسی را شامل می شود.

شایان ذکر است که پرسشنامه های فوق الذکر، استاندارد و اختصاصی سرطان و سرطان پستان هستند که در مطالعات متعدد در خارج از کشور جهت تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان یستان به کار گرفته شدهاند، لكن اين پرسشنامه ها در ايران توسط منتظری و همکاران او (۱۹۹۹و ۲۰۰۰) جهت تعیین پایایی و روایی نسخه فارسی مورد استفاده قرار گرفته است. در اندازه گیری پایایی مقدار ضریب آلفای کرونباخ در مورد مقیاسهای چندگزینه ای در پرسشنامه اندازه گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) از ۹۵-۹۵ درصد در پیگیری متغیر بود. در يرسشنامه تكميلي ويره سرطان يستان (QLQ-BR23) مقدار این ضریب در مورد مقیاس های چند گزینهای بین ۰/۹۵ - ۰/۶۳ متغیر بود. تحلیل روایسی پرسشنامه اندازه گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) با استفاده از روش همخوانی بین مقیاس هــا (inter scale correlation) انجام شد. تقریباً تمام مقیاس هایی 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 پرسشامه به کار برده شد (known group comparison). نتایج نشان داد که هـر دو پرسشنامه قادر به افتراق بین زیرگروه های متفاوت بیماران از نظر وضعیت بالینی و عملکردی هستند [16 و 18].

یافتههای پژوهش

خصوصیات نمونههای مورد بررسی بر حسب مشخصات دموگرافیک و به تفکیک گروههای مورد و شاهد در جدول ۱ ارائه گردیده است. گروهها به لحاظ سن، مرحله بیماری، وضعیت تأهل، رژیم درمانی، تحصیلات، شغل، منابع حمایتی، دفعات شیمی درمانی و تعداد فرزند با هم مشابه بوده، اختلاف آنها به لحاظ

آماری معنادار نیست. اما دو گروه شاهد و مورد از لحاظ وضع اقتصادی متفاوت بوده، آماره کای دو با p<٠/٠۵ این اختلاف را به لحاظ آماری معنادار نشان داده است.

توزیع نمونههای پژوهش بر حسب شاخصهای عملکردی کیفیت زندگی به تفکیک گروه شاهد و مورد در طی مراحل مداخله در سال ۱۳۸۳ در جدول ۲ ارائه گردیده است. میانه امتیاز مقیاس های عملکردی در گروه مورد (عملکرد جسمانی، نقش، ذهنی،احساسی، اجتماعی، کیفیت زندگی، تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسى) بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله ارتقای یافته و آماره ویلکاکسون این اختلاف را به لحاظ آماری با p<٠/٠٠١-٠٠٠٢ معنادار نشان داده است. اما میانه امتیاز مقیاس های عملکردی عمومی گروه شاهد (عملکرد جسمانی، نقش، ذهنی، احساسی، اجتماعی و کیفیت زندگی) بعد از زمان مداخله نسبت به قبل کاهش یافته، بجز موارد عملکرد و لذت جنسی که تغییری نکرده است. آماره ویلکاکسون نیز این اختلاف را به لحاظ آماری معنادار نشان داده است (p<٠/٠٠١-٠/٠٠۵). آماره من يوويتني نيز بـا p<٠/٠٠١ نشان داده که اختلاف معناداری بین میانگین امتیازات گروه شاهد و مورد بعد از مداخله وجود دارد؛ یعنی مشاوره تأثیری مثبت در ارتقای مقیاس های عملکردی گروه مورد داشته است.

بحث

پژوهش در مورد کیفیت زندگی ۱۶۴ بیمار مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، شامل ۸۲ نفر گروه شاهد که مراقبت استاندارد و ۸۲ نفر که مراقبت استاندارد به همراه مشاور گروهی را دریافت می کردند نشان داد:

حسب آماره ویلکاکسون با p<۰/۰۰۱، عملکرد جسمی بیماران گروه مورد بعد از مداخله، بهبود قابل

دوماهنامه علمي - پژوهشي دانشور پزشكي / دانشگاه شاهد //رديبهشت ۸۵ / سال سيزدهم / شماره ۶۲

جدول ۱ توزیع بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی بر حسب مشخصات دموگرافیک و به تفکیک گروههای مورد و شاهد در سال ۱۳۸۳

نتيجه آزمون	کل بیماران (n =۱۶٤)		+ مشاوره گروهی = n)	مراقبتاستاندارد (۸۲		مراقبت اه (۸۲)	مشخصات دموگرافیک		
	درصد	تعدادبيماران	درصد	تعداد بيماران	درصد	تعداد بيماران			
							†مرحله بیماری		
p<•/۵۶۴	•	•	•	•	•	•	I/Π		
	44	۶۴	44	44	44	44	Ш		
	۶۱	1	۶۱	٥٠	۶۱	۵۰	IV		
	1	184	1	۸۲	1	۸۲	جمع		
p<•/\ \ *\$							جمع †تأهل		
	۸/۵	14	17/7	1.	4/9	۴	مجرد		
	٧٠/١	110	8 4 /4	۵۲	٧ ۶/Λ	۶۳	متأهل		
p<1/11/	٧/٩	14	11	٩	4/9	۴	مطلقه		
	14/4	77	14/4	11	14/4	11	بيوه		
	1	184	1	۸۲	1	۸۲	جمع		
							†رژیم درمانی		
	1/A	٣	۲/۴	7 1/7		V	CMF		
	9/1	10	۶/۱	٥	17/7	1.	CAF		
p<•/Y1•	1V/V	79	Y•/V	1٧	14/9	17	CA		
P - 711	YY/8	***	17/1	14	YA	74	Mito, vrlbe, Adria		
	¥Λ/Λ	۸۰	Δ ۳ /V	**	44/9	779	Taxol, Adria		
	1///	184	1	AY	1	۸۲	•		
	,	1,, 1	,	<i>**</i>	,	~ ,	جمع †تحصيلات		
	44/4	VY	40/1	۴V	44/8	٣۵	<u> </u>		
	YA/Y	V1 V9	ΥΛ/V	4.	4V/9	70	زير ديپلم		
p<•/679							ديبلم		
	V/ 9	14	۶/۱	۵	٩/٨	۸	دانشگاهی		
	1	154	1	۸۲	1	۸۲	جمع †شغل		
p<•/٣١•				4					
	۵۸/۵	98	۵۴/۹	40	۶۲/۲	۵۱	خانه دار		
	YV/F	40	TA	74	Y 8/A	77	كارمند		
	11	1/4	17/1	14	4/9	۴	کار گر		
	٣	۵		•	۶/۱	۵	بازنشسته		
	1	194	1	۸۲	1	۸۲	جمع		
			1				†وضع اقتصادی		
	٩/١	10	7/4	۲	10/9	۵	مرفه		
p<•/•۵*	۵۴/۳	۸۹	۶۸/۳	۵۶	4./4	41	نسبتاً مرفه		
	4 8/8	۶۰	79/4	74	44/4	٣۶	غير مرفه		
	1	184	1	۸۲	1	۸۲	جمع		
p<•/ * \							†منابع حمايتي		
	41/0	۶۸	44/4	**	۵۰	*1	همسر –فرزندانووالدين		
	19/0	77	Y•/V	١٧	17/7	1.	خواهر یا برادر		
	*/9	١	1/٢	١	•	•	دوستان		
	Y . *	•	•	•	•	•	فامیل و اقوام		
	1/A	٣	٠	•	٣/٧	٣	همسایگان		
	٣9 /8	۶۵	40/1	**	44/1	7.4	همه موارد		
	1	154	1	٨٢	1	۸۲			
				1	1		جمع + سن		
p<•/191	★1/YA ± A		41/V1 ± A/4		4 • / A 4 ± V/V		Md±SD		
	Y0-00		Y0-00		Y0-00		دامنه		
	, , , , , ,		1ω-ωω		10-00		راسه [†] دفعاتشیمی درمانی		
p<•/٩•	ለ/ ۲۹ ± ۲ /۵۶		۸/ ۳ ± ۲ /۶۶		۸/۲۶ ± ۲/۴۷		دفعات شیمی درمانی Md±SD		
	7/14± 1/07 7-17		7/1 ± 1/77 ۳−1 Y			1/17	Md±SD دامنه		
	1-11		r-	11	τ-	11			
n././//	\$6/ 1 \$6 .1.1 / .1/		¥C, ^.	1 / · A	4C , FLI 1	1.4.7.4	⁺ تعداد فرزندان		
p<•/V/	* /\ * ±\/• V			- 1/•۵		£1/•A	Md±SD		
	·-\$		·-	-9	•-	- 9	دامنه		

[†] جهت تعیین اختلاف بین گروههای مورد مطالعه از آزمون آماری کای دو استفاده شد. + جهت تعیین اختلاف بین گروههای مورد مطالعه از آزمون آماری «تی» استفاده شد.

دوماهنامه علمی – پژوهشی دانشور پزشکی / دانشگاه شاهد //ردیبهشت ۱۸۵ / سال سیزدهم / شماره ۶۲

جـدول ۲ توزیع بیماران مبتلا به سرطان پستان بر حسب شاخصهای عملکردی کیفیت زندگی به تفکیک گروه شــاهد و مــورد در طی مراحل مداخله در سال ۱۳۸۳

. آزمون یومنویتنی	(ناوره گروهی (مورد	مراقبت استاندارد (شاهد)					مداخله مرحله شاخت داد			
	آزمون ویلکاکسون	بعد از مداخله		قبل از مداخله		آزمون	بعد از مداخله		قبل از مداخله		شاخصهای آماری
		Mean ±Sd	Med	Mean ±Sd	Med	ويلكاكسون	Mean ±Sd	Med	Mean ±Sd	Med	مقیاسهای عم <i>لکر</i> دی
p<-/\	p<-/1	٧۴/٠ ۶ ±٧/٧۶	٧٤/٠۶	۵۶/۷۴±۱۸/۸۰	08/VF	p<./۴	۴ Λ/1Λ ±Λ/Λδ	۵۳/۳۳	٧٣/٨ <u>٨</u> ±٨/٩٠	٧٣/٣٣	جسماني
p<-/\	p<-/1	V0/Y·±Y·/AY	۲۰/۷۵	47/95±19/49	47/95	p<-/à	۳٩/۸٣±۱۶/۳۰	**/**	91/9A±14/9V	۵۰	نقش
p<./١	p<-/\	۵۰/V·±۱۴/۲۹	۵۰/۷۰	YV/94±10/01	44/94	p<./٣	17/9·±1·/4A	۸/۳۳	۵۸/۲۱±۲۶/۰۵	۵۸/۳۳	ذهني
p<-/1	p<-/	٧٨/٨٥±١٨/٣۴	۷۸/۸۵	97/49±11/09	8Y/49	p<-/	49/09±11/V.	۵	99/91±74/V9	99/99	احساسي
p<./۲	p<./۲	49/09±7·/40	49/09	40/1/±11/99	۳۵/۹۷	p<-/à	て・/97生19/97	19/99	9-/19±19/V1	٥٠	اجتماعي
p<./٣	p<-/1	VA/Y#±1·/9#	VA/YF	۵۴/۳9±19/10	۵۴/۳۶	p<-/۴	4A/VF ±A/A9	٥.	V·/6V±19/·٣	99/99	کیفیت زندگی
p<./١	p<-/\	۵۵/۱۷±۱۰/۹۲	۵۵/۱۷	۳۰/۱۷±۱۱/۶۸	۳۰/۱۷	p<-//	14/07±14/A·	۸/۳۳	41/19±11/14	41/99	تصوير بدنى
p<./١	p<./1	Y6/19±11/VA	70/19	Y/•W±A/44	۲/۰۳	NS	1/04#11/kV		9/69±1V/98	٠	عملکرد جنسی
p<-/\	p<./	17/19±19/10	17/19		• (NS		٠	V/VY±F/1F	٠	لذت جنسي

+ امتيازها در محدوده ١٠٠- • هستند امتياز بالاتر نشان دهنده سطح بهتر عملكرد است.

NS: Non Significant

آماره ویلکاکسون با ۲۰۰۱ / p<۰ نشان داد اختلاف معناداری در عملکرد نقش بیماران گروه مورد قبل و بعد از مداخله وجود دارد؛ یعنی عملکرد نقش بیماران گروه مورد در اثر مشاوره گروهی ارتقا یافته است. این آماره با p<٠/٠٠۵ نشان داد اختلاف معناداری در عملکرد نقش بیماران گروه شاهد وجود دارد؛ یعنی عدم ارائه مشاوره گروهی به این گروه سبب کاهش عملكرد نقش آنها شده است. أمار من يـوويتني نيـز نشان داد مشاوره گروهی در گروه مورد سبب ارتقای عملکرد نقش بیماران نسبت به گروه شاهد، شده است (p<٠/٠٠١). بوردلو و همکاران او (۲۰۰۳) در یـژوهش خود نشان دادند، حمایت روانی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان یستان، تأثیری بر عملکرد نقش آن ها ندارد [۱۳]. با توجه به اهمیت عملکرد نقش بیماران در ثبات و یویایی خانواده بیماران مستلا به سرطان یستان و تحقیقات اندک در زمینه عملکرد نقش، توصیه می شود پژوهشهای جامع تر و اختصاصی در زمینه تأثیر

توجهی نسبت به قبل از مداخله داشته، در حالی که با p<1/۱۱۴ عملکرد جسمی بیماران گروه شاهد که مشاور گروهی را دریافت نکرده بودند، کاهش یافته است. آماره من یوویتنی با ۱۰۰/ p < نشان داد عملکرد جسمی بیماران گروه مورد بعد از مداخله نسبت به گروه شاهد دارای اختلاف معناداری است، یعنی عملکرد جسمی گروه مورد در اثر مشاوره گروهی نسبت به گروه شاهد ارتقای یافته است. هلگسون (Helgeson) و همكاران او (۲۰۰۰) در مطالعه خود نشان دادند، مشاوره گروهی بر عملکرد جسمی زنان بیمار تأثير مثبتي دارد [١٧]. مولنار (Molenaar) و همكارانش (۲۰۰۱) نیز در پژوهش خود نشان دادنــد آمـوزش بــا استفاده از لوح فشرده بر عملکرد جسمی بیماران با p<٠/٠١ تأثير مثبت دارد [١٢]؛ اما بوردلو (Bordeleau) و همکاران او (۲۰۰۳) در پژوهش خود، نشان دادند حمایت روانی اجتماعی تأثیری در ارتقای عملکرد جسمی بیماران مبتلا به سرطان پستان ندارد [۱۳].

مداخلات آموزشی و مشاورهای بر روی عملکرد نقش بیماران سرطانی بخصوص مبتلایان به سرطان پستان انجام گیرد.

آماره ویلکاکسون با ۱۰۰۱-۱۰۰۹ نشان داد عملکرد ذهنی بیماران گروه مورد با انجام مشاوره گروهی ارتقا یافته، اما عملکرد ذهنی بیماران گروه شاهد کاهش یافته است (۲۰۰۳-۱۰). آماره من یوویتنی با ۲۰٬۰۰۱ بین امتیازات عملکرد ذهنی نشان داد اختلاف معناداری بین امتیازات عملکرد ذهنی بیماران در گروه شاهد و مورد به لحاظ آماری وجود دارد؛ یعنی عملکرد ذهنی بیماران گروه مورد بعد از انجام مشاوره نسبت به گروه شاهد که مشاوره را دریافت نکرده بودند ارتقا یافته است. بوردلو و همکاران او (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان دادند، حمایت روانی اجتماعی از بیماران مبتلا به سرطان بستان، تأثیری بر عملکرد ذهنی آنها ندارد [۱۳]. متأسفانه در پیشینه تحقیق، پژوهشی که عملکرد ذهنی بیماران را مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد یا حداقل در دسترس پژوهشگران قرار نگرفت.

آماره ویلکاکسون با ۲۰٬۰۰۱ به لحاظ آماری نشان داد، عملکرد احساسی بیماران گروه مورد در اثر مشاوره گروهی ارتقا یافته و همچنین با ۲۰٬۰۰۳ به لحاظ آماری، عدم ارائه مشاوره به بیماران گروه شاهد سبب کاهش عملکرد احساسی بیماران می گردد. آماره من یوویتنی با ۲۰٬۰۰۱ به لحاظ آماری نشان داد، انجام مشاوره گروهی در گروه مورد سبب ارتقای عملکرد احساسی بیماران نسبت به گروه شاهد عملکرد احساسی بیماران نسبت به گروه شاهد نشان دادند، حمایت روانی اجتماعی از بیماران مبتلا به سرطان پستان، تأثیری در عملکرد احساسی بیماران نداشته است [۱۳]. رستمی و همکاران او (۱۳۸۲) در پژوهش خود نشان دادند، آموزش گروهی به زنان یائسه باعث ارتقای عملکرد احساسی آنها می گردد ایماران مبتلا به پژوهش خود نشان دادند، آموزش گروهی به زنان

سرطان پستان می تواند در تمام ابعاد کیفیت زندگی بیمار تأثیر بگذارد لازم است مراکز درمانی و حمایت کننده بیماران سرطانی، به ارتقای عملکرد احساسی بیماران، توجه خاص مبذول دارند.

آماره ویلکاکسون به لحاظ آماری (p<٠/٠٠٢) نشان داد، مشاوره گروهی در گروه مورد، سبب ارتقای عملکرد اجتماعی بیماران می گردد. این آماره با p<٠/٠٠۵ به لحاظ آماری نشان داد در گروه شاهد، عدم ارائه مشاوره گروهی به بیماران سبب کاهش عملکرد اجتماعی بیماران می گردد. آماره من پوویتنی با p<٠/٠٠٢ به لحاظ آماری نشان داد، عدم ارائه مشاوره گروهی به گروه شاهد سبب کاهش عملکرد اجتماعی بیماران نسبت به گروه مورد شده است. پژوهش هلگسون و همکاران او (۲۰۰۲) نشان داد، آموزش و بحث گروهی بر ارتقای عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد [۱۷]. جلالی و همکارانش (۱۳۸۰) در کرمانشاه، و اسمیت (Smith) و همکاران او (۲۰۰۲) در انگلستان در پژوهشهای مشابه نشان دادند، مشاوره پرستاری بر عملکرد اجتماعی بیماران تأثیر دارد [۱۹ و ۲۰]. رسستمی و همکساران او (۱۳۸۲) در پژوهشی نشان دادند، آموزش گروهی به زنان یائسه باعث ارتقای عملکرد اجتماعی آنها می گردد [۱۸]، اما بوردلو و همكاران او (۲۰۰۳) و بويني (Boini) و همکارانش (۲۰۰۴) در پرژوهش خود نشان دادند، حمایت روانی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان یستان بر عملكرد اجتماعي آنها تأثيري ندارد [١٣و١٣]. عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان یستان در كاهش علائم احساسي و رواني مؤثر است و بـهـعــلاوه سبب پیشگیری از انزواطلبی بیمار می شود و می تواند در نهایت سبب بهبود کیفیت زندگی بیمار گردد.

آماره ویلکاکسون به لحاظ آماری نشان داد اختلاف معناداری بین میانه امتیازات قبل و بعد از مداخله وجود دارد (۱۰۰۱)؛ یعنی تصویر بدنی بیماران گروه مورد

با مشاوره گروهی بهبود یافته است؛ اما در گروه شاهد، آماره ویلکاکسون نیز به لحاظ آماری با p<٠/٠٠١ نشان داد تصویر بدنی بیماران گروه شاهد کاهش یافته است. آماره من یوویتنی نیز با p<٠/٠٠١ نشان داد بیماران گروه مورد بعد از مداخله تصویر بدنی بهتری نسبت به گروه شاهد داشتند. نتایج پــژوهش اســمعیلی (۱۳۸۲) نشان داد ۴۴/۴ درصد زنان در ۳-۱ ماه پس از ماستکتومی دارای تصویر ذهنی مطلوب بودهاند [۲۱]. در اغلب جوامع و فرهنگها، پستانها به عنوان اندامی زنانه محسوب می شوند از این رو از دست دادن آن ها در بسیاری از موارد به معنای از دست دادن هویت زنانه تعبیر می شود. این امر به همراه شیمی درمانی که عوارض جانبی متعددی دارد می تواند سبب کاهش تصویر بدنی فرد گردد [۱۸]. در گروه مورد، آماره ویلکاکسون با p<٠/٠٠١ به لحاظ آماری نشان داد، میزان عملکرد جنسی و لذت جنسـی در اثــر مشــاوره گروهی در بیماران ارتقا یافته، اما میزان عملکرد جنسی و لـذت جنسي در گـروه شـاهد در طـول مراقبـت استاندارد تغییری نکرده بود. آماره من یوویتنی نیز با p<1/۰۱۱ نشان داد عملکرد و لذت جنسی بیماران گروه مورد در اثر مشاوره نسبت به گروه شاهد افزایش یافته بود. یژوهش هـولزنر (Holzner) و همکاران او (۲۰۰۱) نشان داد، بیماران دارای سرطان پستان، دارای اختلال عملكرد جنسى هستند [٢٢]. عملكرد جنسى از مهم ترين اجزای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان یستان است و اعضای گروه بهداشتی از جمله پرستاران باید آموزشهای لازم را در این مورد به بیماران ارائه دهند [۲۳]. سرطان پستان و درمانهای معمول آن سبب ایجاد اختلال در عملکرد جنسی می شود. این دسته از بیماران به منویوز زودرس مبتلا می گردند که در نتیجه، کاهش استروژن، سبب آتروفی واژن و کاهش آندروژن، سبب کاهش میل و تحریک جنسی می گردد [۲۴]. برنامههای مشاوره می تواند شامل تأثیر سرطان و نوع درمان بر

عملکرد جنسی، بهبود ارتباط صمیمی با شریک جنسی، راهنمایی جهت کاهش آثار فیزیکی بیماری و درمان مثل از دست دادن مو، و استراتژیهای کمک به خود جهت غلبه بر مشکلات جنسی مثل درد هنگام مقاربت یا از دست دادن میل جنسی باشد [۲۵].

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 بخشيدن كيفيت زندگي شده، بهطور چشمگیر کاهش اضطراب، افزایش دانش، معلومات و تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی را باعث گردد و رفتارهای تطابقی توانایی سازگاری بیمار را بهبود بخشد و همچنین از صرف هزینههای سنگین درمان نیز جلوگیری به عمل آورد. نقش پرستار مشاور در این زمنیه به عنوان یک درمانگر حمایت کننده غیرقابل تردید است. به علاوه مشاوره مي تواند به عنوان يك برنامه نوتوانی جهت این بیماران انجام شود تا نیروی تطابق آنها را تقویت کند [۲۶]. با توجه به نتایج پـــژوهش حاضر که تأثیر مثبت مشاوره پرستاری را در ارتقای مقیاس های عملکردی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده، مي توان گفت گرچه نمي توان از مشكلات جسمى، اقتصادى و اجتماعى بيمارى سرطان پستان پیشگیری کرد، ولی با انجام مشاوره و ارائه آموزش جهت رویارویی با این مشکلات می تـوان نیروی تطابق بیماران را تقویت کرده، از پیشرفت یا تجدید مشکلات آنها پیشگیری کرد.

قدرداني

بدینوسیله نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد که در تصویب این طرح مساعدت کردهاند تشکر و سیاسگزاری می کنند.

- 11. Sandgren AK, McCaul KD, King B, O'Donnell S, Foreman G. Telephone Therapy for Patients with Breast Cancer. ONS online 2000:27(4).
- 12. Molenaar S. Decision for Patients with Early Stage Breast Cancer: Effects of an Interative Breast Cancer CDROM on Treatment Decision, Satisfaction, and QOL.J-clinical oncology 2001: 19(6): 1676-1687.
- 13. Bordeleau L, Szalai JP, Ennis M, Leszcz M, Speca M, Sela R, Doll 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.. Journal Of Clinical Oncology. 2003: 21(10) 1944-51.
- 14. Boini D et al. Impact of Cancer Occurrence on Health-Related Quality of Life.Health and Quality of Life Outcomes.2004: 2(1)
- 15. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M and Hajimahmoodi M.The European Organization for Research and Treatment of Cancer QOL Questionnoun (EORTC QLQ-C30): Translation and Validation study of the Iranian Version.Support Care Cancer 1999: Nov:7 (60): 400-6.
- Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M and Hajimahmoodi M.The EORTC Breast Cancer-Specific QOL Questionnaire (EORTC QLQ-Br 23): Translation and Validation Study of the Iranian Version. Qual Life Res 2000 Mar;9(2): 177-84.
- 17. Helgeson VS and Cohen S. Adjustment to Breast Cancer.[Online]2000. http://www.Cancer. Gov/Cancer Control Research.
- ۱۸. رستمی الف، عمران پورف، رمضان زاده ف و همکاران. تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی نگرش و کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی، مجله دانشور ۱۳۸۲؛ سال یازدهم، شماره ۴۹: صفحات ۲۳-۱۹.
- ۱۹. جلالی امیر. تعیین تأثیر آموزش به روش بحث گروهسی بسر کیفیت زندگی بیماران پس از پیوند کلیه. پایاننامه کارشناسی ارشدیر ستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۰.
- Smith etal.Impact of a Nurse Led Counselling Serrice on QOL in Patients with Inflammatory Bowel Disease. J-Adv- Nurs 2002: Apr 38:156-160.
- ۲۱. اسمعیلی ر. بررسی تصویر ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستانهای امام خمینی و امام حسین شهر تهران ۱۳۸۱.پایاننامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۲.

منابع

- هدی صبا، علی نیا علی، شکیبا مریم، عودی منا، قاسمی پور مریم و پور رسولی زهرا. بررسی فراوانی ارگانهای مبتلا بـه سرطان در استان گیلان.مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم یزشکی گیلان.۱۳۸۲ سال دوازدهم، شماره ۴۶: ص ۹۲-۸۴
- ملواتی البرز. آمار سرطان در جهان تا سال ۲۰۲۰ دو برابر خواهد شد. هفته نامه نوین پزشکی،دوره ۱۳، شـماره ۱، ص
- 3. B J. 3- Perry CW, Phillips quick Review: Breast Cancer. The Internt Journal of Oncology 2002: 1(2).
- اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها. وضعیت بروز سرطان در ایران سال ۱۳۷۵. وزارت بهداشت و درمان و اَموزش پزشکی، دی ماه ۱۳۷۸.
- 5. Tolley K, Routledge NR. Evaluation the Cost-Effectiveness of Counselling in Health Care. BMJ 1996: 312-320.
- Chie WC and 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.
- مختاری نسری، نصیری محبوبه، مشعوف طاهره و کاظمنـراد احسان. مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحـت همودیـالیز از دیدگاه پرستاران و بیماران. مجله دانشکده پزشـکی دانشگاه علـوم پزشـکی گـیلان ۱۳۸۲، سـال دوازدهـم، شـماره ۴۷: ۱۲_۹۲.
- ۸ رمضانی طاهره. میزان افسردگی و نیاز به مشاوره در زنان
 مبتلا به سرطان پستان در مراکز شیمی درمانی شهر کرمان.
 مجله اندیشه و رفتار ۱۳۸۰، سال ششم، شماره ۴: ص ۷۷_۷.
- باوم مایکل و همکاران.پیشگیری و درمان تومورهای پستان.
 ترجمه یاسایی رضا. انتشارات ققنوس، تهران، ۱۳۷۷، ص ۱۵۳ – ۱۴۵.
- ۱۰. بخشی رویا. بررسی تأثیر مشاوره پرستاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با رادیـوتراپی در انستیتو کانسر شهر تهران، پایاننامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری مامایی ایران، ۱۳۷۸.

- Schorver LR. Counseling Cancer Patients about Changers in Sexual Function, Oncology.1999:13(11): 1585-91.
- Phipps W, Monahan FD, Sand JK, Marek JF and Neighbors M. Medical Surgical Nursing, Concept and Clinical Practice. 7th ed.Mosby:2003.
- 22. Holzner B et al. Quality Of Life in Breast Cancer Patients -not Enough Attention For Long Term Survivors. Psy Chromatics. 2001: 42: 117-123.
- 23. Gallosilver L. The Sexual Rehabititation of Persons with Cancer.Cancer Pract 2000:8(1): 10-15.
- 24. Schorver LR Sexuality and Body Image in Younger Women with Breast Cancer. J Natl Cancer Inst Managr. 1994: (16): 177-82.

