

بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی‌درمانی

نویسندگان: مجیده هروی کریموی^۱، مریم پوردهقان^۲، دکتر سقراط فقیه‌زاده^۳ و دکتر علی منتظری^۴

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، بخصوص سرطان پستان و تناقضات تحقیقات در مورد کمیت و کیفیت تأثیر مشاوره بر روی ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان و به‌منظور تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی مبتلایان به این نوع سرطان که تحت شیمی‌درمانی قرار می‌گیرند این تحقیق در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی شاهد دار تصادفی است. با مراجعه به انستیتو کانسر تهران تعداد ۱۶۴ زن ۵۵-۲۵ ساله مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی با سابقه ماستکتومی انتخاب شدند و در دو گروه (n=۸۲) مراقبت استاندارد و (n=۸۲) مراقبت استاندارد و مشاوره گروهی مورد بررسی قرار گرفتند. برای گروه تحت مشاوره ۹ جلسه برنامه مشاوره طراحی گردید. کیفیت زندگی بیماران در هر دو گروه در ابتدا و انتهای کار توسط دو پرسشنامه استاندارد QLQ-C30، QLQ-Br23 اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد انجام مشاوره پرستاری سبب ارتقای مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی بیماران در گروه مورد شده است ($p < 0/001$). مقیاس‌های عملکردی عمومی (جسمانی، نقش، ذهنی، احساسی و اجتماعی) و مقیاس‌های عملکردی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان پستان (تصویر بدنی و عملکرد جنسی و لذت جنسی) در گروه مورد نیز در اثر مشاوره بهبود یافته است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش که نشان‌دهنده تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی است پیشنهاد می‌گردد 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 بیماری‌های 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 می‌شود که بدون به‌کارگرفتن برنامه‌های مؤثر پیشگیری در ۱۷ سال آینده به ۲۰ میلیون مورد بالغ خواهد شد [۲]. تقریباً یک چهارم کل سرطان‌های زنان را سرطان پستان تشکیل می‌دهد که دومین عامل مرگ ناشی از سرطان‌ها است. تقریباً از هر ۸ زن یک نفر مبتلا به سرطان پستان است که در اغلب اوقات منجر به برداشت کامل بافت پستان، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و هورمون‌درمانی می‌گردد [۳]. براساس 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 و بیش‌ترین میزان بروز در سنین ۳۵-۴۴ سالگی است که تعداد آن در گروه‌های سنی بعد از ۴۴ سال مرتباً کاهش یافته است [۴].

در اغلب جوامع و فرهنگ‌ها، پستان‌ها به‌عنوان اندامی زنانه محسوب می‌شوند و از این رو از دست دادن پستان‌ها در بسیاری از موارد به معنای از دست دادن هویت زنانه تعبیر می‌شود. این امر به همراه عوارض جانبی ناشی از شیمی‌درمانی، مشکلات متعددی را برای بانوان مبتلا به سرطان پستان ایجاد می‌کند. با وجود این‌که شیمی‌درمانی یک روش درمانی مهم در بیماران سرطانی است، باعث عوارض جانبی متعدد می‌گردد که بر سطح عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی بیمار و عدم‌پذیرش وی جهت تکمیل دوره درمان تأثیر می‌گذارد [۵]. بنابراین شیمی‌درمانی به‌دنبال 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 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 به‌عنوان گروه بهداشتی کمک خواهد کرد تا مراقبت را در جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران سوق دهند [۷].

مشاوره پرستاری به بیمار مبتلا به سرطان می‌تواند سبب افزایش آگاهی، فعالیت، تأثیر در اتخاذ تصمیم، کاهش نگرانی و افزایش اعتماد به نفس گردد [۸]. هدف پرستار مشاوره‌ای که وظیفه کمک به مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان پستان را دارد ایجاد خدماتی در جهت حمایت عاطفی و عملی از بیمار است که به وی در دستیابی به توانمندی‌های لازم برای توان بخش جسمی و روانی کمک می‌کند. پرستار مشاور با درایت کافی و اندکی مهارت می‌تواند 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 بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد [۱۰، ۱۱ و ۱۲] و البته در بعضی تحقیقات گزارش شده که مشاوره، تأثیری در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان ندارد [۱۳ و ۱۴]. با توجه به مطالب بیان شده و تناقضاتی که در پژوهش‌های گذشته بود، پژوهشگران بر آن شدند تا به بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی‌درمانی 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 نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از مراجعه به مرکز انستیتو کانسر، تعداد بیماران بستری شده با تشخیص سرطان پستان در آن روز مشخص می‌گردید و در صورت وجود شرایط (ابتلا به سرطان پستان اولیه، انجام جراحی ماستکتومی و شروع شیمی‌درمانی حداقل در یک ماه گذشته و عدم مشارکت در برنامه‌های مشاوره‌ای و آموزشی در گذشته) و کسب موافقت بیمار، آنان در پژوهش شرکت داده می‌شدند. ابتدا بیماران واجد شرایط به لحاظ مرحله بیماری، دفعات شیمی‌درمانی، تحصیلات و سن، مشابه‌سازی و سپس به‌طور تصادفی به گروه‌های مورد و شاهد تقسیم شدند؛ بدین‌صورت که پژوهشگر در هر روز مراجعه به انستیتو کانسر، بیماران واجد شرایط نمونه‌گیری را انتخاب و سپس براساس زوج و فرد بودن عدد آخر شماره پرونده آن‌ها را در گروه‌های شاهد و مورد قرار می‌داد. آنگاه مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی به‌وسیله ۲ پرسشنامه QLQ-C30, QLQ-Br23 در دو گروه مورد و شاهد اندازه‌گیری گردید. سپس شرکت‌کنندگان گروه مورد در زمان بستری براساس برنامه طراحی شده مشاوره گروهی درگروه‌های 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 مددجویان مشخص می‌شد. این جلسات به‌صورت ۹ جلسه یک تا یک ساعت و سی دقیقه برگزار شد. در ابتدای جلسه اول به افراد گروه مورد، یک محتوای آموزشی جهت آشنایی پیش‌تر آن‌ها با بیماری، روش‌های تشخیصی و درمانی، عوارض

جانبی شیمی‌درمانی، روش‌های غیردارویی مقابله با عوارض شیمی‌درمانی 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 می‌شد تا مهارت‌های جدید را در زندگی روزمره به‌کار گیرند. در این مدت، پژوهشگر با گروه مورد از طریق تماس تلفنی در ارتباط بود. همچنین یک شماره تلفن به افراد داده می‌شد تا در صورت نیاز تماس گرفته، مشکلاتشان را مطرح کنند. پس از مدت مذکور پرسشنامه‌های QLQ-C30, QLQ-Br23 بار دیگر توسط هر دو گروه (مورد و شاهد) تکمیل می‌گردید.

لازم به ذکر است که در طی این مدت، افراد هر دو گروه تحت مراقبت‌های استاندارد (standard care) یعنی مراقبت‌های مربوط به شیمی‌درمانی ماهانه توسط پرسنل محترم انستیتو کانسر قرار داشتند. ابزار گردآوری اطلاعات در این 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 اندازه‌گیری مقیاس عملکردی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان متعلق به سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان EORTC QLQ-C30 که شامل پنج مقیاس عملکردی جسمانی، نقش، ذهنی، احساسی، و اجتماعی است که هر یک مجموعه‌ای از سؤالات را در بر می‌گیرند.

پرسشنامه EORTC QLQ-Br23 ویژه سرطان پستان که مقیاس عملکردی کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه ۳ مقیاس عملکردی تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسی را شامل می‌شود.

شایان ذکر است که پرسشنامه‌های فوق‌الذکر، استاندارد و اختصاصی سرطان و سرطان پستان هستند که در مطالعات متعدد در خارج از کشور جهت تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شده‌اند، لکن این پرسشنامه‌ها در ایران توسط منتظری و همکاران او (۱۹۹۹ و ۲۰۰۰) جهت تعیین پایایی و روایی نسخه فارسی مورد استفاده قرار گرفته است. در اندازه‌گیری پایایی مقدار ضریب آلفای کرونباخ در مورد مقیاس‌های چندگزینه‌ای در پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) از ۴۸-۹۵ درصد در پیگیری متغیر بود. در پرسشنامه تکمیلی ویژه سرطان پستان (QLQ-BR23) مقدار این ضریب در مورد مقیاس‌های چندگزینه‌ای بین ۰/۶۳-۰/۹۵ 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 تمام 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 ۱۵].

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 شیمی‌درمانی و تعداد فرزند با هم مشابه بوده، اختلاف آن‌ها به لحاظ

آماري معنادار نیست. اما دو گروه شاهد و مورد از لحاظ وضع اقتصادی متفاوت بوده، آماره کای دو با $p < 0/05$ 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 مقیاس‌های عملکردی در گروه مورد (عملکرد جسمانی، نقش، ذهنی، احساسی، اجتماعی، کیفیت زندگی، تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسی) بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله ارتقای یافته و آماره ویلکاکسون این اختلاف را به لحاظ آماری با $0/001 < p < 0/002$ معنادار نشان داده است. اما میانه امتیاز مقیاس‌های 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 ($0/005 < p < 0/001$). آماره من یویتی نیز با $0/001 < p < 0/001$ نشان داده که اختلاف معناداری بین میانگین امتیازات گروه شاهد و مورد بعد از مداخله وجود دارد؛ یعنی مشاوره تأثیری مثبت در ارتقای مقیاس‌های عملکردی گروه مورد داشته است.

بحث

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

حسب آماره ویلکاکسون با $0/001 < p < 0/001$ عملکرد جسمی بیماران گروه مورد بعد از مداخله، بهبود قابل

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

نتیجه آزمون	کل بیماران (n=۱۶۴)		مراقبت استاندارد + مشاوره گروهی (n=۸۲)		مراقبت استاندارد (n=۸۲)		مشخصات دموگرافیک
	درصد	تعداد بیماران	درصد	تعداد بیماران	درصد	تعداد بیماران	
p<۰/۵۶۴							آمرحله بیماری
							I/II
	۳۹	۶۴	۳۹	۳۲	۳۹	۳۲	III
	۶۱	۱۰۰	۶۱	۵۰	۶۱	۵۰	IV
	۱۰۰	۱۶۴	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	۸۲	جمع
p<۰/۱۳۶							آتاهل
	۸/۵	۱۴	۱۲/۲	۱۰	۴/۹	۴	مجرد
	۷۰/۱	۱۱۵	۶۳/۴	۵۲	۷۶/۸	۶۳	متاهل
	۷/۹	۱۳	۱۱	۹	۴/۹	۴	مطلقه
	۱۳/۴	۲۲	۱۳/۴	۱۱	۱۳/۴	۱۱	بیوه
۱۰۰	۱۶۴	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	۸۲	جمع	
p<۰/۲۱۰							آرژیم درمانی
	۱/۸	۳	۲/۴	۲	۱/۲	۱	CMF
	۹/۱	۱۵	۶/۱	۵	۱۲/۲	۱۰	CAF
	۱۷/۷	۲۹	۲۰/۷	۱۷	۱۴/۶	۱۲	CA
	۲۲/۶	۳۷	۱۷/۱	۱۴	۲۸	۲۳	Mito, vrlbe, Adria
	۴۸/۸	۸۰	۵۳/۷	۴۴	۴۳/۹	۳۶	Taxol, Adria
	۱۰۰	۱۶۴	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	۸۲	جمع
p<۰/۵۲۶							آتحصیلات
	۴۳/۹	۷۲	۴۵/۱	۳۷	۴۲/۶	۳۵	زیر دیپلم
	۴۸/۲	۷۹	۴۸/۷	۴۰	۴۷/۶	۳۹	دیپلم
	۷/۹	۱۳	۶/۱	۵	۹/۸	۸	دانشگاهی
	۱۰۰	۱۶۴	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	۸۲	جمع
p<۰/۳۱۰							آشغل
	۵۸/۵	۹۶	۵۴/۹	۴۵	۶۲/۲	۵۱	خانه دار
	۲۷/۴	۴۵	۲۸	۲۳	۲۶/۸	۲۲	کارمند
	۱۱	۱۸	۱۷/۱	۱۴	۴/۹	۴	کارگر
	۳	۵	۰	۰	۶/۱	۵	بازنشسته
۱۰۰	۱۶۴	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	۸۲	جمع	
p<۰/۰۵*							آوضع اقتصادی
	۹/۱	۱۵	۲/۴	۲	۱۵/۹	۵	مرفه
	۵۴/۳	۸۹	۶۸/۳	۵۶	۴۰/۲	۴۱	نسبتاً مرفه
	۳۶/۶	۶۰	۲۹/۳	۲۴	۴۳/۹	۳۶	غیر مرفه
	۱۰۰	۱۶۴	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	۸۲	جمع
p<۰/۴۱							آمنابع حمایتی
	۴۱/۵	۶۸	۳۲/۹	۲۷	۵۰	۴۱	همسر-فرزندان و والدین
	۱۶/۵	۲۷	۲۰/۷	۱۷	۱۲/۲	۱۰	خواهر یا برادر
	۰/۶	۱	۱/۲	۱	۰	۰	دوستان
	۰	۰	۰	۰	۰	۰	فامیل و اقوام
	۱/۸	۳	۰	۰	۳/۷	۳	همسایگان
	۳۹/۶	۶۵	۴۵/۱	۳۷	۳۴/۱	۲۸	همه موارد
۱۰۰	۱۶۴	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	۸۲	جمع	
p<۰/۱۹۱							سن ⁺
	۴۱/۲۸ ± ۸		۴۱/۷۲ ± ۸/۴		۴۰/۸۴ ± ۷/۷		Md±SD
	۲۵-۵۵		۲۵-۵۵		۲۵-۵۵		دامنه
p<۰/۹۰							دفعات شیمی‌درمانی ⁺
	۸/۲۹ ± ۲/۵۶		۸/۳ ± ۲/۶۶		۸/۲۶ ± ۲/۴۷		Md±SD
	۳-۱۲		۳-۱۲		۳-۱۲		دامنه
p<۰/۷۸۲							تعداد فرزندان ⁺
	۴/۱۴ ± ۱/۰۷		۴/۰۶ ± ۱/۰۵		۴/۲۱ ± ۱/۰۸		Md±SD
	۰-۶		۰-۶		۰-۶		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.

جدول ۲ توزیع بیماران مبتلا به سرطان پستان بر حسب شاخص‌های عملکردی کیفیت زندگی به تفکیک گروه شاهد و مورد در طی مراحل مداخله در سال ۱۳۸۳

آزمون	مراقبت استاندارد + مشاوره گروهی (مورد)					مراقبت استاندارد (شاهد)					مداخله مرحله شاخص‌های آماری مقیاس‌های عملکردی	
	یومن ویتنی	آزمون ویلکاکسون	بعد از مداخله		قبل از مداخله		آزمون ویلکاکسون	بعد از مداخله		قبل از مداخله		
			Mean ±Sd	Med	Mean ±Sd	Med		Mean ±Sd	Med	Mean ±Sd		Med
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۷۴/۰۶±۷/۷۶	۷۴/۰۶	۵۶/۷۴±۱۸/۸۰	۵۶/۷۴	p<۰/۰۰۴	۴۸/۱۸±۸/۸۵	۵۳/۳۳	۷۳/۸۸±۸/۹۰	۷۳/۳۳	جسمانی
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۷۵/۲۰±۲۰/۸۲	۲۰/۷۵	۴۷/۹۶±۱۹/۴۹	۴۷/۹۶	p<۰/۰۰۵	۳۹/۸۳±۱۶/۳۰	۳۳/۳۳	۶۱/۹۸±۱۳/۶۷	۵۰	نقش
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۵۰/۷۰±۱۴/۲۹	۵۰/۷۰	۲۷/۹۴±۱۵/۵۱	۲۷/۹۴	p<۰/۰۰۳	۱۲/۹۰±۱۰/۴۸	۸/۳۳	۵۸/۲۱±۲۶/۰۵	۵۸/۳۳	ذهنی
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۷۸/۸۵±۱۸/۳۴	۷۸/۸۵	۶۲/۳۹±۲۱/۵۶	۶۲/۳۹	p<۰/۰۰۳	۴۹/۵۹±۱۱/۷۰	۵۰	۶۹/۹۱±۲۴/۷۶	۶۶/۶۶	احساسی
	p<۰/۰۰۲	p<۰/۰۰۲	۴۹/۵۵±۲۰/۴۵	۴۹/۵۹	۳۵/۹۷±۱۷/۶۶	۳۵/۹۷	p<۰/۰۰۵	۲۰/۹۳±۱۶/۹۳	۱۶/۶۶	۶۰/۱۶±۱۶/۷۱	۵۰	اجتماعی
	p<۰/۰۰۳	p<۰/۰۰۱	۷۸/۲۴±۱۰/۹۳	۷۸/۲۴	۵۴/۳۶±۱۶/۱۵	۵۴/۳۶	p<۰/۰۰۴	۴۸/۷۴±۸/۸۹	۵۰	۷۰/۵۷±۱۶/۰۳	۶۶/۶۶	کیفیت زندگی
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۵۵/۱۷±۱۰/۹۲	۵۵/۱۷	۳۰/۱۷±۱۱/۶۸	۳۰/۱۷	p<۰/۰۰۱	۱۴/۵۲±۱۴/۸۰	۸/۳۳	۴۸/۲۶±۱۸/۷۳	۴۱/۶۶	تصور بدنی
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۲۵/۱۹±۱۱/۷۸	۲۵/۱۹	۲/۰۳±۸/۴۴	۲/۰۳	NS	۸/۵۳±۱۱/۴۸	۰	۹/۵۹±۱۷/۹۳	۰	عملکرد جنسی
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	۱۲/۱۹±۱۶/۱۵	۱۲/۱۹	۰	۰	NS	۰	۰	۷/۷۲±۴/۱۴	۰	لدت جنسی

+ امتیازها در محدوده ۱۰۰-۰ هستند امتیاز بالاتر نشان دهنده سطح بهتر عملکرد است.

NS: Non Significant

آماره ویلکاکسون با $p < 0/001$ 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 $p < 0/005$ نشان داد اختلاف معناداری در عملکرد نقش بیماران گروه شاهد وجود دارد؛ یعنی عدم ارائه مشاوره گروهی به این گروه سبب کاهش عملکرد نقش آن‌ها شده است. آمار من یوویتنی نیز نشان داد مشاوره گروهی در گروه مورد سبب ارتقای عملکرد نقش بیماران نسبت به گروه شاهد شده است (p<0/001). بوردلو و همکاران او (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان دادند، حمایت روانی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان، تأثیری بر عملکرد نقش آن‌ها ندارد [۱۳]. با توجه به اهمیت عملکرد نقش بیماران در ثبات و پویایی خانواده بیماران مبتلا به سرطان پستان و تحقیقات اندک در زمینه عملکرد نقش، توصیه می‌شود پژوهش‌های جامع‌تر و اختصاصی در زمینه تأثیر

توجهی نسبت به قبل از مداخله داشته، در حالی که با $p < 0/004$ ، عملکرد جسمی بیماران گروه شاهد که مشاوره گروهی را دریافت نکرده بودند، کاهش یافته است. آماره من یوویتنی با $p < 0/001$ 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 همکاران او (۲۰۰۰) در مطالعه خود نشان دادند، مشاوره گروهی بر عملکرد جسمی زنان بیمار تأثیر مثبتی دارد [۱۷]. مولنار (Molenaar) و همکارانش (۲۰۰۱) نیز در پژوهش خود نشان دادند آموزش با استفاده از لوح فشرده بر عملکرد جسمی بیماران با $p < 0/01$ تأثیر مثبت دارد [۱۲]؛ 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].

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

آماره ویلکاکسون به لحاظ آماری ($p < 0/002$) نشان داد، مشاوره گروهی در گروه مورد، سبب ارتقای عملکرد اجتماعی بیماران می‌گردد. این آماره با $p < 0/005$ به لحاظ آماری نشان داد در گروه شاهد، عدم ارائه مشاوره گروهی به بیماران سبب کاهش عملکرد اجتماعی بیماران می‌گردد. آماره من یوویتنی با $p < 0/002$ 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]. رستمی و همکاران او (۱۳۸۲) در پژوهشی نشان دادند، آموزش گروهی به زنان یائسه باعث ارتقای عملکرد اجتماعی آنها می‌گردد [۱۸]، اما بوردلو و همکاران او (۲۰۰۳) و بوی‌نی (Boini) و همکارانش (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند، حمایت روانی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان بر عملکرد اجتماعی آنها تأثیری ندارد [۱۳ و ۱۴]. عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان در کاهش علائم احساسی و روانی مؤثر است و به‌علاوه سبب پیشگیری از انزوای بیمار می‌شود و می‌تواند 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 ($p < 0/001$)؛ یعنی تصویر بدنی بیماران گروه مورد

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

آماره ویلکاکسون با $p < 0/001$ نشان داد عملکرد ذهنی بیماران گروه مورد با انجام مشاوره گروهی ارتقا یافته، اما عملکرد ذهنی بیماران گروه شاهد کاهش یافته است ($p < 0/003$). آماره من یوویتنی با $p < 0/001$ 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 پستان، 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 $p < 0/001$ به لحاظ آماری نشان داد، عملکرد احساسی بیماران گروه مورد در اثر مشاوره گروهی ارتقا یافته و همچنین با $p < 0/003$ به لحاظ آماری، عدم ارائه مشاوره به بیماران گروه شاهد سبب کاهش عملکرد احساسی بیماران می‌گردد. آماره من یوویتنی با $p < 0/001$ به لحاظ آماری نشان داد، انجام مشاوره گروهی در گروه مورد سبب ارتقای عملکرد احساسی بیماران نسبت به گروه شاهد می‌گردد. بوردلو و همکارانش (۲۰۰۳) در مطالعه خود 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 می‌گردد [۱۸]. از آنجا که عملکرد احساسی بیماران مبتلا به

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 می‌توان به بیماران مبتلا به سرطان آموخت که چگونه با بیماری خود زندگی کنند. مشاوره به‌عنوان یک فرایند پویای حل مشکل می‌تواند باعث بهبود بخشیدن کیفیت زندگی 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 به‌عمل آورد. نقش پرستار مشاور در این زمینه به‌عنوان یک درمانگر حمایت‌کننده غیرقابل تردید است. به‌علاوه مشاوره می‌تواند به‌عنوان یک برنامه نوتوانی جهت این بیماران انجام شود تا نیروی تطابق آن‌ها را تقویت کند [۲۶]. با توجه به نتایج پژوهش حاضر که تأثیر مثبت مشاوره پرستاری را در ارتقای مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده، می‌توان گفت گرچه نمی‌توان از مشکلات جسمی، اقتصادی و اجتماعی بیماری سرطان پستان پیشگیری کرد، ولی با انجام مشاوره و ارائه آموزش جهت رویارویی با این مشکلات می‌توان نیروی تطابق بیماران را تقویت کرده، از پیشرفت یا تجدید مشکلات آن‌ها پیشگیری کرد.

قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد که در تصویب این طرح مساعدت کرده‌اند تشکر و سپاسگزاری می‌کنند.

با مشاوره گروهی بهبود یافته است؛ اما در گروه شاهد، آماره ویلکاکسون نیز به لحاظ آماری با $p < 0/001$ نشان داد تصویر بدنی بیماران گروه شاهد کاهش یافته است. آماره من یوویتنی نیز با $p < 0/001$ نشان داد بیماران گروه مورد بعد از مداخله تصویر بدنی بهتری نسبت به گروه شاهد داشتند. نتایج پژوهش اسمعیلی (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 به‌عنوان اندامی زنانه محسوب می‌شوند از این‌رو از دست دادن آن‌ها در بسیاری از موارد به معنای از دست دادن هویت زنانه تعبیر می‌شود. این امر به همراه شیمی‌درمانی که عوارض جانبی متعددی دارد می‌تواند سبب کاهش تصویر بدنی فرد گردد [۱۸]. در گروه مورد، آماره ویلکاکسون با $p < 0/001$ به لحاظ آماری نشان داد، میزان عملکرد جنسی و لذت جنسی در اثر مشاوره گروهی در بیماران ارتقا یافته، اما میزان عملکرد جنسی و لذت جنسی در گروه شاهد در طول مراقبت استاندارد تغییری نکرده بود. آماره من یوویتنی نیز با $p < 0/001$ نشان داد عملکرد و لذت جنسی بیماران گروه مورد در اثر مشاوره نسبت به گروه شاهد افزایش یافته بود. پژوهش هولزتر (Holzner) و همکاران او (۲۰۰۱) نشان داد، بیماران دارای سرطان پستان، دارای اختلال عملکرد جنسی هستند [۲۲]. عملکرد جنسی از مهم‌ترین اجزای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان 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 می‌شود. این دسته از بیماران به منوپوز زودرس مبتلا می‌گردند که در نتیجه، کاهش استروژن، سبب آتروفی واژن و کاهش آندروژن، سبب کاهش میل و تحریک جنسی می‌گردد [۲۴]. برنامه‌های مشاوره می‌تواند شامل تأثیر سرطان و نوع درمان بر

منابع

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 Interactive 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, Specia 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 Questionnaire (EORTC QLQ-C30): Translation and Validation study of the Iranian Version. Support Care Cancer 1999; Nov;7 (60): 400-6.
16. 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>.
18. 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.
19. جلالی امیر. تعیین تأثیر آموزش به روش بحث گروهی بر کیفیت زندگی بیماران پس از پیوند کلیه. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۰.
20. Smith et al. Impact of a Nurse – Led Counselling Service 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. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۲.
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. ۱۳۸۲ سال دوازدهم، شماره ۴۶: ص ۹۲-۸۴.
۲. صلواتی البرز. آمار سرطان در جهان تا سال ۲۰۲۰ دو برابر خواهد شد. هفته نامه نوین پزشکی، دوره ۱۳، شماره ۱، ص ۴۱.
3. B J. 3- Perry CW, Phillips quick Review: Breast Cancer. The Internt Journal of Oncology 2002; 1(2).
۴. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها. وضعیت بروز سرطان در ایران سال ۱۳۷۵. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دی ماه ۱۳۷۸.
5. Tolley K, Routledge NR. Evaluation the Cost-Effectiveness of Counselling in Health Care. BMJ 1996; 312-320.
6. 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.
۷. مختاری نسری، نصیری محبوبه، مشعوف طاهره و کاظم نژاد احسان. مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت هومودیالیز از دیدگاه پرستاران و بیماران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۱۳۸۲، سال دوازدهم، شماره ۴۷: ۲۳-۱۶.
۸. رضمانی 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 ۷۷-۷۰.
۹. 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 رادیوتراپی در انستیتو کانسر شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری مامایی ایران، ۱۳۷۸.

25. Schorver LR. Counseling Cancer Patients about Changes in Sexual Function, *Oncology*.1999;13(11): 1585-91.
26. 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 Rehabilitation 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.

Archive of SID