

## تأثیر برنامه آموزشی - حمایتی بر استرس زنان مبتلا به سرطان اندومتر

میترا مدرس گیلانی<sup>۳</sup>

آغا فاطمه حسینی<sup>۲</sup>  
\*سودابه نیرومند<sup>۴</sup>

لیلا نیسانی سامانی<sup>۱</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: سرطان اندومتر شایع‌ترین سرطان دستگاه تناسلی در زنان می‌باشد. اگرچه پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان سرطان موجب افزایش طول عمر این بیماران شده، اما تشخیص این بیماری و به دنبال آن روش‌های تهاجمی نظیر جراحی، رادیوتراپی و شیمی‌درمانی منجر به پیدایش عوارض ناخوشایندی در زندگی آنان می‌شود. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر برنامه آموزشی - حمایتی بر استرس زنان مبتلا به سرطان اندومتر می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه مداخله‌ای که در سال ۱۳۹۳ انجام شد، ۱۴۰ زن مبتلا به سرطان اندومتر مراجعه‌کننده به مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران با استفاده از روش تصادفی انتخاب شدند. مداخله شامل برنامه‌ای آموزشی - حمایتی بود که طی سه جلسه در گروه مداخله انجام شد. گروه کنترل مراقبت‌های روتین را دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استرس Hari گردآوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های تی تست، کای اسکور و واریانس با اندازه‌های مکرر با در نظر گرفتن حداکثر خطای نوع اول برابر با ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: در گروه مداخله میانگین نمره استرس بعد از برنامه آموزشی - حمایتی، یک ماه و دو ماه بعد به طور معنی‌داری کاهش یافته بود ( $P < 0/001$ ). نتیجه‌گیری کلی: نتایج نشان داد که برنامه آموزشی - حمایتی در کاهش استرس بیماران مبتلا به سرطان اندومتر مؤثر است. پیشنهاد می‌شود محتوای برنامه به صورت نوشتاری مثل پمفلت، کتابچه و یا از طریق اینترنت در اختیار بیماران مبتلا قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** برنامه آموزشی، استرس، سرطان اندومتر

تاریخ دریافت: ۹۶/۸/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۱۶

۱. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. مربی، دانشکده مدیریت و اطلاعات رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. استاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. (\*نویسنده مسئول)

## مقدمه

بر اساس گزارشی که توسط انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۱۴ منتشر شد، شایعترین سرطان دستگاه تناسلی زنان، سرطان اندومتر بود که در همین سال حدود ۵۲۶۳۰ مورد جدید گزارش شده است<sup>(۱)</sup>. در ایران نیز طی پژوهشی که در سال ۲۰۱۷ انجام شد، سرطان اندومتر از نظر میزان شیوع با آمار جهانی مطابقت داشت و به طرز چشمگیری میزان ابتلا به این بیماری، نسبت به سالهای قبل افزایش داشته است<sup>(۲)</sup>. سرطان اندومتر در ایران پنجمین سرطان شایع در بین زنان معرفی شده است<sup>(۳)</sup>. اگر چه پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان سرطان موجب واکنش بهتر تومور به روش‌های درمانی و همچنین افزایش طول عمر این بیماران گردیده، اما اغلب تشخیص این بیماری و به دنبال آن روش‌های تهاجمی نظیر جراحی، رادیوتراپی و شیمی درمانی منجر به پیدایش عوارض جانبی ناخوشایندی در زندگی آنان می‌شود<sup>(۴،۵)</sup>. مشکلات روانی همواره موجب افزایش حس ناخوشی و نیز کاهش مشارکت فعال فرد در فرایند بهبودی می‌شود. استرس موجب افزایش میزان افسردگی و سایر ناراحتی‌های روانی در بیمار مبتلا به سرطان می‌شود. استرس می‌تواند بر عملکرد سیستم ایمنی تأثیر بگذارد. بیشتر اختلالات بوجود آمده نه تنها روحیات فرد را متأثر می‌کنند بلکه سیستم‌های دفاعی و هورمونی را نیز از حالت فیزیولوژیک خود خارج می‌سازند<sup>(۶)</sup>. آموزش بهداشت در زمینه عوامل خطر قابل تعدیل، سبک زندگی، حمایت و نیز تغییر نگرش بیماران نسبت به وضعیت کنونی خود جهت بالا بردن سطح سلامتی فرد ضروری به نظر می‌رسد. این مسئله در بیماران مبتلا به سرطان هم دیده می‌شود. آموزش به بیمار به طرز چشمگیری می‌تواند سبب بهبود تمامی ابعاد کیفیت زندگی شود و موجب شود که فرد به درک اجتماعی و فردی بالاتری دست پیدا کند. با آموزش و حمایت، بیمار قادر خواهد بود که بیماری خود را کنترل نموده و کیفیت و سبک زندگی خود را بهبود بخشد<sup>(۷)</sup>.

با توجه به عوارض داروهای ضد استرس و همچنین به وجود آمدن وابستگی دارویی به این دسته از داروها، لزوم ارائه روش‌های غیردارویی جهت کنترل استرس که کمترین عوارض را با بیشترین اثربخشی برای بیماران حاصل کند، احساس می‌شود. در این خصوص با توجه به اینکه استرس می‌تواند روی سبک و کیفیت زندگی و حتی عواقب بیماری تأثیر نامطلوب بگذارد، اجرای برنامه‌های ویژه کاهش استرس ضروری است. با این حال در کشور ما برنامه‌ای در زمینه کاهش استرس در زنان مبتلا به سرطان اندومتر اجرا نمی‌شود. به این منظور، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی-حمایتی بر استرس زنان مبتلا به سرطان اندومتر انجام گرفت.

## روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد. جامعه پژوهش در این مطالعه تمامی زنان ایرانی مبتلا به سرطان اندومتر در مراحل صفر، یک، دو و سه مراجعه کننده به درمانگاه انکولوژی و بخش جراحی زنان مجتمع بیمارستانی امام خمینی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران می‌باشد. برای انجام این مطالعه، مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره ۹۲/د/۱۳۰/۶۶۱ دریافت شد و مطالعه در مرکز ثبت کار آزمایی بالینی ایران نیز با کد IRCT2013120515668N1 به ثبت رسید. با استفاده از مقالات مرتبط مانند مطالعه Cameron و همکاران<sup>(۸)</sup> و با در نظر گرفتن میزان تغییر در میانگین نمره استرس، توان آزمون ۸۰ درصد و خطای نوع اول پنج درصد و اثر ۳/۵ درصد تغییر میانگین معین، حجم نمونه در هر گروه ۶۳ نفر تعیین شد که با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش نمونه ۷۰ نفر برای هر گروه و در مجموع ۱۴۰ نفر برآورد گردید. از گروه مداخله هفت نفر و از گروه کنترل شش نفر به دلیل تمایل نداشتن به ادامه همکاری، از مطالعه خارج شدند.

در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت مستمر انجام شد. نحوه قرار گرفتن در گروه مداخله و کنترل بر اساس تخصیص تصادفی بود. به این ترتیب که با استفاده از دو کارت که حروف A و B بر روی آن مشخص شده بود، اولین بیمار به عنوان کنترل و دومین بیمار در گروه مداخله جا گرفت و بعد از آن بیماران به ترتیب در گروه کنترل و مداخله قرار می‌گرفتند. از اولین بیمار در خواست شد یکی از حروف را به تصادف انتخاب کند. به این ترتیب ۷۰ بیمار برای گروه کنترل و ۷۰ بیمار برای گروه مداخله در نظر گرفته شد. علت انتخاب این روش نمونه‌گیری، مراجعه مستمر واحدهای مورد پژوهش به مرکز انکولوژی مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران بود. نمونه‌گیری از آذر ماه ۱۳۹۲ شروع و در خرداد ماه ۱۳۹۳ پایان یافت. معیارهای ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی، سن کمتر از ۶۵ سال، سواد خواندن و نوشتن، ابتلا به سرطان اندومتر در مرحله صفر، یک، دو و سه و تأیید شده با توجه به مدارک پزشکی بیمار، نداشتن بیماری روانی و معلولیت جسمانی شناخته شده، مصرف نکردن داروهای ضد افسردگی و داروهای مؤثر بر اضطراب و استرس، وقوع حوادث و تجربیات تنش‌زای غیرمرتبط با بیماری تا سه ماه قبل از مداخله، نداشتن سابقه شرکت در کلاسهای روان‌درمانی، مشاوره و آموزشی از زمان شروع بیماری تا کنون و ادامه درمان در همان بیمارستان بود. معیارهای خروج شامل وقوع حوادث و تجربیات تنش‌زای غیرمرتبط با بیماری در حین مطالعه، حضور نداشتن در یک جلسه یا بیشتر، حضور در سایر برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌ای مشابه با مطالعه حاضر بود.

ابزار گرد آوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه تعدیل شده استرس Hari (Hari's Stress Inventory) بود. پرسشنامه دموگرافیک در برگزیده هفت سؤال مشخصات فردی بیمار شامل سن، سطح تحصیلات زن، سطح تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، وضعیت اشتغال همسر، وضعیت

اقتصادی و وضعیت بیمه، هشت سؤال مشخصات باروری (سن اولین قاعدگی، وضعیت تأهل، سن اولین ازدواج، سابقه ناباروری، تعداد بارداری، تعداد سقط، تعداد فرزند زنده و روش پیشگیری) و هشت سؤال مشخصات طبی بیمار (شامل سابقه بیماری زمینه‌ای، داروهای در حال مصرف، مرحله سرطان اندومتر، مدت زمان ابتلا به بیماری، اقدامات انجام شده برای درمان بیماری، اقدامات تسکینی حین درمان بیماری، سابقه ابتلای خانوادگی به سرطان‌های مختص زنان و درمان‌های انجام شده تا کنون) بود.

پرسشنامه استرس توسط Hari در سال ۲۰۰۵ برای سنجش فشار روانی در موقعیت‌های مختلف زندگی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۶۶ عبارت است که توسط Hari تعدیل شده و به فرم ۵۴ سؤالی درآمد که با در نظر گرفتن شرایط و فرهنگ موجود در ایران به ۵۱ سؤال تعدیل شد. همچنین جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه استرس Hari، از روش اعتبار صوری و محتوا نیز استفاده شد و توسط ۱۰ تن از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس نظرات اصلاحی آنها پرسشنامه نهایی تنظیم شد. برای سؤال‌های این پرسشنامه، میانگین شاخص CVR، ۰/۷۸ و میانگین شاخص CVI، ۰/۸۷ به دست آمد که هر دو در سطح مطلوب هستند<sup>(۸)</sup>. برای هر عبارت پنج گزینه برای انتخاب وجود دارد. شیوه امتیازبندی پاسخ‌ها به صورت بسیار درست، کاملاً موافقم (۱)، درست، موافقم (۲)، نمی‌توانم بگویم (۳) درست نیست، مخالفم (۴) و اصلاً درست نیست و کاملاً مخالفم (۵) است. در طبقه بندی استرس بر اساس پرسشنامه تعدیل شده Hari، نمره کمتر از ۹۳ مبین فقدان استرس، نمره ۹۳-۱۵۳ استرس خفیف و متوسط (نیاز به تغییر شرایط زندگی)، نمره بیشتر از ۱۵۳ استرس شدید (نیاز به مداخله حرفه‌ای) طبقه بندی شد. نتایج حاصل از فرمول اسپیرمن براون برای محاسبه ثبات درونی ۰/۷۴ و برای بررسی

گذاشته شد تا در صورت نیاز تماس بگیرد. گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین را دریافت کردند. از هر دو گروه خواسته شد که بلافاصله بعد از اتمام جلسات، پس از یک ماه و دو ماه بعد جهت پر کردن مجدد پرسشنامه مراجعه کنند. جهت تنظیم جدول‌ها و توصیف عددی نتایج از روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های تحلیلی کای اسکوئر و تحلیل واریانس با تکرار استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با در نظر گرفتن حداکثر خطای نوع اول پنج درصد صورت گرفت.

### یافته‌ها

آزمون کای اسکوئر نشان داد که قبل از انجام مداخله، شرکت کنندگان در دو گروه مطالعه از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، سن ازدواج، سابقه ناباروری، تعداد زایمان، مرحله سرطان، مدت زمان تشخیص بیماری، جراحی، جلسات شیمی درمانی و پرتودرمانی و سابقه خانوادگی سرطان‌های زنان همگن بودند (جدول شماره ۱).

ثبات زمان پرسشنامه ضریب همبستگی ۰/۷۹ به دست آمد. برنامه آموزشی- حمایتی حاضر شامل سه جلسه آموزشی بود که در گروه مداخله انجام شد. جلسات هر یک به مدت ۴۵-۶۰ دقیقه به صورت انفرادی برگزار شد. از واحدهای پژوهش رضایت‌نامه آگاهانه کتبی گرفته شد و نحوه چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها به آنها توضیح داده شد. در جلسه اول پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار می‌گرفت. در این جلسات در خصوص بیماری سرطان، مراحل درمان، عوارض درمان به خصوص شیمی درمانی و نحوه کنترل و تعدیل عوارض، استرس، کنترل و مدیریت استرس، تغذیه در دوران درمان و همچنین روش‌های آرام‌سازی شامل تصویرسازی خلاق، تکرار جملات مثبت، مراقبه، تکنیک‌های تنفسی و تن آرامی آموزش داده شد. این برنامه در بخش انکولوژی زنان، سه جلسه در سه هفته پیاپی به صورت انفرادی برای هر یک از شرکت کنندگان برگزار شد. حمایت از نوع حمایت اطلاعاتی می‌باشد و طی این مدت نیز شماره تماس پژوهشگر در اختیار فرد

جدول شماره ۱: متغیرهای دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش (n=۱۴۰).

متغیرها	گروه مداخله (n=۷۰) تعداد (درصد)	گروه کنترل (n=۷۰) تعداد (درصد)
سن (سال)		
۳۵ و کمتر	۶ (۸/۶)	۳ (۴/۳)
۳۶-۴۵	۶ (۸/۶)	۱۱ (۱۵/۷)
۴۶-۵۵	۲۵ (۳۵/۷)	۲۰ (۲۸/۶)
۵۶-۶۵	۳۳ (۴۷/۱)	۳۶ (۵۱/۴)
سطح تحصیلات		
دیپلم و قبل از آن	۶۳ (۹۰)	۶۷ (۹۵/۷)
دانشگاهی	۷ (۱۰)	۳ (۴/۳)
وضعیت اشتغال		
خانه‌دار	۶۴ (۹۱/۴)	۶۷ (۹۵/۷)
شاغل	۶ (۸/۶)	۳ (۴/۳)
وضعیت تأهل		
متأهل	۵۴ (۷۷/۱)	۴۸ (۶۹/۶)
مطلقه/بیوه/مجرد	۱۶ (۲۲/۹)	۲۱ (۳۰/۴)

سن ازدواج		
زیر ۲۰	۵۱ (۷۲/۹)	۵۸ (۸۴/۱)
۲۰ تا ۳۵	۱۶ (۲۲/۹)	۱۰ (۱۴/۵)
۳۵ و بالاتر	۳ (۴/۳)	۱ (۱/۴)
سابقه ناباروری		
بله	۱۲ (۱۷/۱)	۸ (۱۱/۶)
خیر	۵۸ (۸۲/۹)	۶۱ (۸۸/۴)
تعداد زایمان		
نخست زا	۱۴ (۲۰)	۸ (۱۱/۶)
چند زا	۵۶ (۸۰)	۶۱ (۸۸/۴)
مرحله سرطان		
مرحله ۰	۴ (۵/۷)	۱۱ (۱۵/۷)
مرحله ۱	۳۵ (۵۰)	۲۵ (۳۵/۷)
مرحله ۲	۲۶ (۳۷/۱)	۲۸ (۴۰)
مرحله ۳	۵ (۷/۱)	۶ (۸/۶)
مدت زمان تشخیص بیماری (ماه)		
کمتر از ۶	۲۷ (۳۸/۶)	۲۶ (۳۷/۱)
۶ تا ۱۲	۱۶ (۲۲/۹)	۲۰ (۲۸/۶)
۱۲ تا ۱۸	۴ (۵/۷)	۵ (۷/۱)
بیشتر از ۱۸	۲۳ (۳۲/۹)	۱۹ (۲۷/۱)
جراحی		
خیر	۹ (۱۲/۹)	۲۱ (۳۰)
هیستریکتومی کامل شکمی و سالپینژوآوو فورکتومی دوطرفه	۵۱ (۷۲/۹)	۴۶ (۶۵/۷)
سایر موارد	۱۰ (۱۴/۳)	۳ (۴/۳)
شیمی درمانی		
بله	۲۵ (۳۵/۸)	۲۲ (۳۱/۴)
خیر	۴۵ (۶۴/۳)	۴۸ (۶۸/۶)
پرتودرمانی		
بله	۲۲ (۳۱/۴)	۲۲ (۳۱/۵)
خیر	۴۸ (۶۸/۶)	۴۸ (۶۸/۶)
سابقه خانوادگی سرطانهای مخصوص زنان		
بله	۷ (۱۰)	۹ (۱۲/۹)
خیر	۶۳ (۹۰)	۶۱ (۸۷/۱)

شد. یافته‌های حاصل از پرسشنامه استرس Hari نشان داد که گروه مداخله دارای میانگین قبل از مداخله (۱۴۲/۸۹)، بلافاصله بعد از مداخله (۱۴۴/۴۴)، یک ماه بعد از مداخله (۱۰۸/۳۵) و دو ماه بعد از مداخله (۱۰۶/۳۳) می‌باشد که به طور معنی‌داری کاهش داشته

قبل از انجام تحلیل‌ها مفروضه کرویت با استفاده از آزمون Mauchly بررسی شد. مقدار شاخص این آزمون ۰/۰۷ به دست آمد که در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار بود و لذا مفروضه برقرار نبود. بر همین اساس در تحلیل‌های درون گروهی از شاخص Greenhouse-Geisser استفاده

از مداخله (۱۵۵/۲۰) می‌باشد که افزایش نمره استرس در گروه کنترل طی دو ماه پیگیری قابل مشاهده است (جدول شماره ۲).

است ( $P < 0/001$ ) که نشان از سطح استرس پایین‌تر نسبت به زمان قبل از مداخله است. در حالیکه در گروه کنترل میانگین قبل از مداخله (۱۵۲/۲۹)، سه هفته بعد (۱۵۴/۵۲)، یک ماه بعد از مداخله (۱۵۵/۲) و دو ماه بعد

جدول شماره ۲: اطلاعات توصیفی استرس قبل، بلافاصله بعد، یک ماه و دو ماه بعد از مداخله

استرس	قبل	بلافاصله بعد		۱ ماه بعد		۲ ماه بعد	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
مداخله	۲۱۴/۳۳	۱۹/۹۶	۱۱۴/۴۴	۲۰/۷۶	۱۰۸/۳۵	۲۲/۸۶	۱۰۶/۳۳
کنترل	۱۵۰/۸	۲۴/۶۸	۱۵۴/۵۲	۲۴/۲۱	۱۵۵/۲۰	۲۴/۴۶	۱۵۵/۲۰

با  $3067/95$  و اندازه اثر  $0/53$  در سطح خطای کمتر از  $0/001$  معنی‌دار هستند. با توجه به معنی‌داری اثر درون گروهی تکلیف و وجود بیش از دو سطح برای آن از آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده شد.

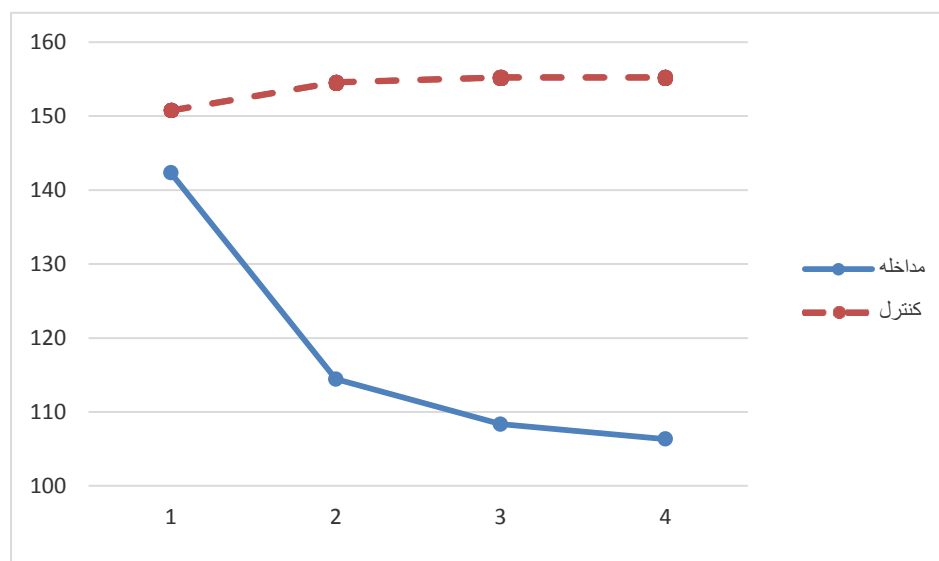
بر اساس نتایج گزارش شده برای شاخص Greenhouse-Geisser در جدول شماره ۳ اثر آموزش و زمان بر استرس با مقدار  $F$  برابر  $24046/73$  و اندازه اثر  $0/46$ ، اثر آموزش اصلاحی با مقدار  $F$  برابر با  $170709/03$  و اندازه اثر  $0/41$  اثر تعاملی با مقدار  $F$  برابر

جدول شماره ۳: تحلیل اثر آموزش و زمان بر استرس زنان مبتلا به سرطان آندومتر

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
زمان	$24046/73$	$1/416$	$16979/768$	$109/899$	$P < 0/001$	$0/468$
آموزش	$170709/030$	$1$	$170709/030$	$88/689$	$P < 0/001$	$0/415$
اثر تعاملی آموزش با زمان	$3067/950$	$1/416$	$21796/337$	$141/074$	$P < 0/001$	$0/530$

نقطه زمانی باهم متفاوت بوده است (جدول شماره ۳). نمودار شماره ۱ روند تغییرات استرس را به تفکیک دو گروه نشان می‌دهد.

نتیجه این آزمون تعقیبی همه مقایسه‌های دو به دو را معنی‌دار نشان داد. به این ترتیب نتیجه گرفته می‌شود میانگین استرس زنان شرکت کننده در نمونه در چهار



نمودار شماره ۱: روند تغییرات استرس در دو گروه مداخله و کنترل قبل، بلافاصله بعد، یک ماه و دو ماه بعد از مداخله

### بحث و نتیجه گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد برنامه آموزشی حمایتی به طور معنی‌داری در کنترل استرس بیماران مبتلا به سرطان اندومتر مؤثر می‌باشد. این در حالی است که گروه کنترل طی انجام مراحل درمانی با افزایش استرس مواجه شده بودند. این یافته نشان داد مراحل درمانی سرطان، باعث افزایش استرس در فرد مبتلا می‌شود. با برگزاری برنامه‌های آموزشی و حمایتی می‌توان استرس ناشی از سرطان و عوارض بوجود آمده در طی مراحل درمان را تعدیل کرد. به طور مشابه نتایج مطالعه عاقبتی و همکاران نشان داد که روش‌های آرام‌سازی موجب کاهش اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (۶). از آنجایی که ما نیز در مطالعه خود از روش‌های تن آرامی استفاده کرده‌ایم، این مطالعه با پژوهش ما همخوانی دارد. بر اساس مطالعه ما، استفاده از آموزش فرد به فرد به طور معنی‌داری در کنترل استرس مؤثر واقع شد. شاید بتوان گفت زمانی که به بیمار اختصاص داده می‌شود که بتواند به طور خصوصی و با آرامش سؤالات و مشکلات خود را مطرح نماید باعث موفقیت این روش در کاهش استرس بیماران می‌شود.

به طور مشابه مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۲ توسط محققان در آمریکا بر روی بیماران مبتلا به سرطان اندومتر انجام شد نیز از درمان غیردارویی حمایت می‌کند. به طوری که بیمارانی که در برنامه‌های آموزشی و تمرینات ورزشی مناسب شرکت داشتند عوارض جسمی و روانی کمتری را تجربه کرده بودند<sup>(۱۱)</sup>. همچنین مطالعه‌ای بین سالهای ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶ که بر روی بیماران مبتلا به موارد تازه تشخیص داده شده سرطان انجام شد، نشان داد که استفاده از برنامه‌ی اینترنتی مدیریت استرس می‌تواند استرس ناشی از بیماری را کاهش دهد<sup>(۱۲)</sup>. همچنین در مطالعه‌ای دیگر استفاده از روش‌های مراقبه و تمرینات یوگا به طرز معنی‌داری خستگی، اختلالات خواب، استرس و افسردگی ناشی از بیماری سرطان را کاهش داد<sup>(۱۴)</sup>.

برخی مطالعات با پیگیری طولانی مدت بیمارانی که از روش‌های مدیریت استرس استفاده کرده بودند، مؤثر بودن برنامه‌های آموزشی روانشناسی را بر کاهش علائم افسردگی و بالا بردن کیفیت زندگی بیماران، حتی تا ۱۵ سال بعد نیز بیان می‌کنند<sup>(۱۵)</sup>. هر چند در مطالعه‌ی ما به علت محدود بودن زمان انجام آن، پیگیری به مدت دو ماه بعد از مداخله انجام شد، با این وجود برنامه تأثیر خوبی در کنترل استرس افراد داشته است.

قبل از مداخله و مقایسه آن با بعد از مداخله نشان داد که برنامه آموزشی-حمایتی در بیماری‌های صعب‌العلاجی مانند سرطان مفید است و بر سلامت روانی تأثیر بسیار دارد.

با توجه به اینکه افزایش استرس در روند درمان معمولاً ناشی از کمبود آگاهی و حمایت است، پیشنهاد می‌شود محتوای برنامه به صورت نوشتاری مثل پمفلت، کتابچه و یا از طریق وبسایت‌های اینترنتی در اختیار بیماران مبتلا قرار گیرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به پیگیری کوتاه مدت بیماران به علت محدود بودن زمان مطالعه اشاره کرد. توصیه می‌گردد مطالعات بعدی تأثیر این برنامه را بر بیماران مبتلا به سرطان اندومتر در مدت طولانی‌تری بررسی کنند.

**تعارض منافع:** هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است

### تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از حسن همکاری مدیریت و پرسنل محترم درمانگاه انکولوژی و بخش جراحی زنان مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران و تمامی بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی نمائیم. شایان ذکر است که مطالعه حاضر بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مامایی می‌باشد.

با وجود تأثیر مثبت این مداخلات بر استرس بیماران، با این حال هیچ یک از این مطالعات، به طور اختصاصی به نیازهای بیماران مبتلا به سرطان اندومتر نپرداخته‌اند و در نتیجه ضرورت طراحی برنامه‌ای جامع بر اساس نیازهای بیماران مبتلا به سرطان اندومتر ضروری است.

به طور متناقض در مطالعه‌ای دیگر استفاده از مداخلات روان درمانی و آموزشی، مشکلات روانی بیماران مبتلا به سرطان را به میزان کمی برطرف کرده است<sup>(۱۳)</sup>. می‌توان گفت که واقعه تنش‌زا به یک اندازه افراد را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد و عواملی مثل نوع بیماری مراحل بیماری، سن، انتظارات بیمار از جلسات، نیازها، فرهنگ و نگرش‌های مذهبی بر پاسخ شناختی و روانی وی به سرطان مؤثرند. همچنین روش کار و ابزار مورد استفاده نیز در نتایج بدست آمده اهمیت دارند. در این مطالعه از جلسات گروهی برای بیماران استفاده شده بود در صورتی که در پژوهش حاضر جلسات به صورت انفرادی انجام شد. استفاده از روش آموزش چهره به چهره با ایجاد محیطی خصوصی و آرام برای بیمار، موجبات آرامش وی را فراهم کرده و ارتباطی قوی‌تر بین بیمار و درمانگر شکل می‌گیرد.

به طور کلی سرطان اندومتر یکی از شایع‌ترین سرطان‌های زنان است که باعث افزایش افسردگی و اضطراب و استرس روانی در بیمار و خانواده او می‌شود. پژوهش حاضر نشان داد که اجرای چنین برنامه آموزشی و حمایتی با تأکید بر حمایت اطلاعاتی موجب کاهش استرس بیمار بلافاصله بعد از مداخله، یک ماه و دو ماه بعد از مداخله می‌شود. نتایج حاصل از نمرات استرس

### فهرست منابع

1. www.cancer.org, Last Revised: 2/3/2014, date of acquisition: 12/8/2014.
2. Rezaianzadeh A, Dehghani SL, Mousavi M, Rezaeianzadeh R. [The Incidence of Uterus Cancer in Iran: A Systematic Review]. *Women's Health Bulletin*. 2017;4(1). Persian
3. Radmard AR. [Five common cancers in Iran]. *Arch Iran Med*. 2010;13(2):143. Persian
4. Pourkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh A, Jafari P, Sadeghi M, Dezh Bt, et al. [Does a rehabilitation program improve quality of life in breast cancer patients?]. *Payesh Health Monitor Journal of the Iranian Institute for health sciences Research*. 2009;9(1): 61-8. Persian
5. Valdivieso M, Kujawa AM, Jones T, Baker LH. Cancer survivors in the United States: a review of the literature and a call to action. *Int J Med Sci*. 2012;9(2):163-73.



6. Aghebati N, Mohammadi E, Esmail ZP. [The effect of relaxation on anxiety and stress of patients with cancer during hospitalization]. *Iran Journal of Nursing*. 2010;23(65):15-22. Persian
7. Nikpoor S. [The effect of group discussion empowerment on empowerment and lifestyle for patients with hypertension in health centers]. Reported in MA thesis on community health education; Tehran University of Medical Sciences, 2011. Persian
8. Cameron LD, Booth RJ, Schlatter M, Ziginskas D, Harman JE, Benson SR. Cognitive and affective determinants of decisions to attend a group psychosocial support program for women with breast cancer. *Psychosom Med*. 2005;67(4):584-9.
9. Mousavi S, Sabzevari S, Abbaszade A, Hosseinnakhaie F. [The effect of preparatory face to face education to reduce depression and anxiety in open heart surgery adult patient in Shafa hospital in Kerman, 2008]. *Journal of nursing research*. 2011; 6: 29-38. Persian
10. Meneses K, McNeas P, Azuero A, Loerzel VW, Su X, Hassey LA. Preliminary evaluation of psychoeducational support interventions on quality of life in rural breast cancer survivors post-primary treatment. *Cancer Nurs*. 2009;32(5):385-97.
11. Modesitt SC, Geffel DL, Via J, Weltman AL. Morbidly obese women with and without endometrial cancer: are there differences in measured physical fitness, body composition, or hormones? *Gynecol Oncol*. 2012;124(3):431-6.
12. Urech C, Grossert A, Alder J, Scherer S, Handschin B, Kasenda B, et al. Web-Based Stress Management for Newly Diagnosed Patients With Cancer (STREAM): A Randomized, Wait-List Controlled Intervention Study. *J Clin Oncol*. 2018;JCO. 2017.74. 8491.
13. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol*. 2013;31(6):782-93.
14. Johns SA, Brown LF, Beck-Coon K, Monahan PO, Tong Y, Kroenke K. Randomized controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for persistently fatigued cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2015;24(8):885-93.
15. Stagl JM, Bouchard LC, Lechner SC, Blomberg BB, Gudenkauf LM, Jutagir DR, et al. Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015;121(11):1873-81.
16. Charlson ME, Loizzo J, Moadel A, Neale M, Newman C, Olivo E, et al. Contemplative self healing in women breast cancer survivors: a pilot study in underserved minority women shows improvement in quality of life and reduced stress. *BMC Complement Altern Med*. 2014;14(1):349.

## Effect of a Supportive Educational Program on Stress in Women with Endometrial Cancer

Neisani Samani L. Ms<sup>1</sup>

Hoseini A. F. Ms<sup>2</sup>

Modares Gilani M. MD<sup>3</sup>

\*Niroomand S. Ms<sup>4</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** Endometrial cancer is the most common cancer of the female reproductive organs. Although widespread advances in the treatment of cancer has led to an increase in patients' longevity, the cancer diagnosis and subsequently invasive procedures such as surgery, radiation therapy and chemotherapy often result in unpleasant complications in their life. The aim of this study is to determine the effect of a supportive educational program on stress in women with endometrial cancer.

**Material & Methods:** In this interventional study which has been done in 2014, 140 women with endometrial cancer were randomly selected from Imam Khomeini Hospital Complex in Tehran. The intervention was a supportive educational program conducted in 3 sessions in the intervention group. The control group received routine care. Data were collected by the demographic form and the Hari's stress Inventory. The SPSS software version 16 and the t test, Chi-square and repeated measure analysis of variance were used to analyze the data. The level of significance was considered 0.05.

**Results:** The stress mean score after the intervention, one month and two months later was significantly less than before the intervention ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** The study demonstrated that the supportive educational program was effective in reducing stress in women with endometrial cancer. It is suggested that the content of the program be provided to the patients in writing, such as pamphlets, bulletins, or via the Internet.

**Key words:** Educational program, Stress, Endometrial cancer

Received: 6 Nov 2017

Accepted: 5 Feb 2018

<sup>1</sup>. Instructor, school of nursing and midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>. Instructor, school of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>. Professor, school of medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>4</sup>. Instructor, school of nursing and midwifery, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran.  
(\*Corresponding Author) Tel: 09383575172 Email: s.niroomand.1984@gmail.com