

تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی

مژگان برنده^۱، زهرا مهدیزاده تورزنی^۲، محمد بابایی^۳، رؤیا شریفیان^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۱۲/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۲/۰۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان پستان و عوارض جانبی ناشی از شیمی‌درمانی عملکردهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی این بیماران را مختل کرده و تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی آنان دارد. آموزش خودمراقبتی می‌تواند کیفیت زندگی را در بیماران افزایش دهد. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی بود.

مواد و روش کار: این مطالعه نیمه تجربی روی ۶۴ بیمار مبتلا به سرطان پستان که به‌تازگی ماستکتومی شده و در جلسه اول شیمی‌درمانی بودند، انجام‌شده. نمونه‌ها به روش تصادفی در گروه آزمون (عدد زوج) و گروه کنترل (عدد فرد) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها دارای دو قسمت بود: (۱) مشخصات دموگرافیک (۲) پرسشنامه استاندارد بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان مربوط به مرکز پزشکی ملی و موسسه پژوهش بک من^۳. پرسش‌نامه‌ها یک‌بار در جلسه اول و سپس بعد از ۴ ماه، برای هر دو گروه آزمون و تکمیل گردید. در گروه آزمون آموزش خودمراقبتی به مدت ۶۰ دقیقه برای واحدهای موردپژوهش ارائه و کتابچه‌های آموزشی به آنان داده شد. آزمون‌های آماری کای دو، آزمون t، آزمون زوجی و آزمون دقیق فیشر برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، مورد استفاده قرار گرفت و سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در گروه آزمون تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین امتیازات کلی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله وجود داشت و کاهش یافته بود ($P < 0/05$). در گروه کنترل نیز این‌چنین بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد، آموزش موردنظر در جلسه اول شیمی‌درمانی، نمی‌تواند کیفیت زندگی را در زنان مبتلا به سرطان پستان افزایش دهد.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، آموزش، کیفیت زندگی، سرطان پستان، شیمی‌درمانی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۹۲، خرداد ۱۳۹۶، ص ۱۹۹-۲۰۷

آدرس مکاتبه: کرج، رجایی شهر، بلوار مؤذن، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، تلفن: ۰۹۱۲۶۳۶۴۰۷۱

Email: mbarandeh@yahoo.com

مقدمه

درمان‌های آن باعث ایجاد تغییر در مسیر زندگی شخصی، فعالیت‌های روزانه، شغل، ارتباطات و نقش‌های خانوادگی فرد مبتلا شده و از نظر روان‌شناختی همراه با استرس شدید می‌باشد (۴). در بین انواع سرطان‌ها، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان بوده و مسئول ۳۲ درصد از موارد سرطان در زنان می‌باشد و عامل اصلی مرگ زنان در بین سنین ۲۰ تا ۴۵ سال و دومین عامل مرگ‌ومیر زنان در همه سنین قلمداد می‌شود (۵). استفاده از داروهای شیمی‌درمانی نیز همچون سایر داروها با یک سری عوارض جانبی همراه می‌باشد که از جمله این عوارض می‌توان به التهاب

جامعه کنونی ما در مصاف با دشمنی شوم به نام بیماری‌های مزمن می‌باشد (۱). این قبیل بیماری‌ها افراد را در هر سن، فرهنگ، نژاد و طبقه اجتماعی و اقتصادی درگیر کرده و برخی از آن‌ها به دلیل ناتوانی‌هایی که ایجاد می‌کنند، تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی مبتلایان بر جای می‌گذارند (۲). سرطان هم چون سایر بیماری‌های مزمن به‌عنوان یک مسئله مراقبت سلامت عمده محسوب می‌گردد (۳). بیماری سرطان اثرات قابل‌توجهی بر زندگی افراد مبتلا و خانواده‌های آن‌ها دارد، به‌طوری‌که تشخیص و

^۱ مربی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ مربی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

^۳ استادیار گروه رادیوتراپی و آنکولوژی، انستیتو کانسر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ مربی و کارشناس امور پژوهشی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

بسیاری انجام گرفته است (۱۴، ۱۸). برنامه‌های اجرا شده در هر پژوهش اثرات معنی‌داری بر کنترل بیماری داشته است. خودمراقبتی، به‌عنوان یکی از رفتارهای مرتبط با سلامتی، تحت تأثیر فاکتورهای فرهنگی بسیاری قرار دارد، به‌گونه‌ای که دارای یک سری ارزش‌ها و آداب‌ورسوم خاصی است و می‌تواند تحت تأثیر آموزش‌های اجتماعی قرار گیرد (۱۹).

از آنجایی که این بیماری و عوارض ناشی از شیمی‌درمانی می‌تواند بر سلامت روان بیمار و در نتیجه پذیرش درمان و ادامه آن و نیز بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) افراد تأثیر بگذارد و تعداد بیمارانی که در منزل مراقبت می‌شوند نیز افزایش یافته است، لذا شرکت بیمار در امر مراقبت از خود الزامی به نظر می‌رسد. بنابراین این پژوهش باهدف تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام گرفت.

مواد و روش کار

این مطالعه نیمه تجربی در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴، بر روی ۶۴ خانم مبتلا به سرطان پستان که برای اولین جلسه شیمی‌درمانی مراجعه کرده بودند، انجام گرفت.

در این پژوهش نمونه‌ها به روش مستمر انتخاب شدند و سپس با گمارش تصادفی در دو گروه آزمون (عدد زوج) و شاهد (عدد فرد)، قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود:

بیماران به‌تازگی تحت عمل ماستکتومی قرار گرفته بودند، سن ۷۰-۳۰ سال، سرطان مرحله ۲ یا ۳، اولین جلسه شیمی‌درمانی، نوع شیمی‌درمانی یکسان، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم دریافت آموزش رسمی مراقبت از خود قبل از ورود به مطالعه، نداشتن بیماری‌های زمین‌های در هنگام مراجعه، نبودن بیماران جزو گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی.

معیارهای خروج:

بیماران دچار متاستاز و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه به هر دلیلی.

در جلسه اول شیمی‌درمانی، اطلاعات واحدهای موردپژوهش با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک و ابزار استاندارد بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان مربوط به مرکز پزشکی ملی و موسسه پژوهش بک من، برای هر دو گروه آزمون و کنترل، جمع‌آوری شد. این ابزار، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را در چهار بعد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی موردبررسی قرار می‌دهد و شامل ۴۴ مورد است که نمره دهی به هر

مخاط دهان، ریزش موهای سر، تضعیف مغز استخوان، تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی و اسهال اشاره نمود (۶). این قبیل عوارض جانبی باعث تشدید استرس‌های عاطفی افراد تحت این روش درمانی شده و عملکردهای جسمی، اجتماعی و نقشی آن‌ها را مختل می‌کند و تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای را بر کیفیت زندگی این افراد بر جای می‌گذارد (۷). با توجه به اینکه درمان‌های سرطان تهاجمی‌تر شده و با عوارض جانبی بیشتر همراه است و از طرف دیگر درمان با داروهای جدید بقاء بیماران را به‌طور قابل‌توجهی افزایش داده است، شدیداً این نیاز احساس می‌شود که کیفیت زندگی این بیماران نیز از دیدگاه پرستار و بیمار مورد ارزیابی قرار گیرد و فقط عوارض و مرگ‌ومیر ناشی از بیماری را مدنظر قرار ندهیم (۸). بنابراین اگرچه موفقیت در درمان برای طولانی نمودن عمر بیماران پسندیده می‌باشد ولی بالا بردن بقاء بیماران کافی نیست، چراکه بیماران صرفاً نمی‌خواهند زنده بمانند بلکه می‌خواهند زندگی کنند (۹) و در این راستا، خدمات مراقبتی سلامت که به افراد مبتلا به سرطان ارائه می‌گردد، به‌طور روزافزون به این سمت سوق پیدا می‌کند که در کنار توسعه مداخلاتی که به‌منظور افزایش طول عمر بیماران سرطانی انجام می‌گردد، مداخلاتی نیز در راستای بهبود کیفیت زندگی آن‌ها پدید آید (۱۰). در رابطه با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، پرواضح است که عوارض سرطان و درمان‌های مختلف آن اثرات منفی قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی آن‌ها بر جای می‌گذارد (۱۱). با توجه به این موارد مراقبین سلامت می‌توانند با انجام بررسی‌های دقیق و ارائه مداخلات مناسب، تحمل افراد را نسبت به درمان و کیفیت زندگی، بهبود بخشند. به‌علاوه افراد شاغل در حرف مراقبت سلامت می‌توانند با ارائه یک سری مداخلات مراقبتی، از قبیل مهیا نمودن شرایط مناسب محیطی، آموزش و ارائه خدمات مراقبت سلامت تکمیلی، بسیار کمک‌کننده باشند. به‌منظور کاهش عوارض جسمی، عملکردی و عاطفی در بیماران تحت شیمی‌درمانی و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها، مداخلات گوناگونی در برنامه‌های بازتوانی این بیماران گنجانده شده است (۱۲). از جمله این مداخلات خودمراقبتی می‌باشد.

ارائه اطلاعات در مورد تشخیص، درمان و راه‌های کاهش عوارض، به بیماران، وسیله‌ای است که بیماران سرطانی به کمک آن بهتر می‌توانند در فرایند تصمیم‌گیری مشارکت نمایند و نهایتاً باعث بهبود کیفیت زندگی آنان می‌گردد (۱۳).

خودمراقبتی راهبردی است برای تطابق با رویدادها و تنش‌های زندگی، که باعث ارتقاء سلامت و عدم وابستگی می‌شود و شامل فعالیت‌های ویژه‌ای است که اگر به کار بسته شود، علائم بیماری تخفیف می‌یابد (۱۴). در زمینه تأثیر آموزش خودمراقبتی در ارتباط با بیماری‌های مختلف، مطالعات خارجی (۱۵، ۱۶، ۱۷) و داخلی

اطلاعات از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۷) و تست‌های آماری آزمون t، آزمون t زوجی، آزمون دقیق فیشر و کای دو استفاده گردید.

یافته‌ها

در مدت پژوهش از ۷۲ نمونه، ۱ نفر به علت متاستاز مغزی و ۷ نفر به علت عدم تمایل به ادامه همکاری در پر کردن پرسشنامه نوبت دوم (به علت بی‌حوصلگی در پاسخ دادن) از مطالعه خارج شدند و درنهایت ۶۴ نمونه (۸۹٪)، یعنی ۳۲ نمونه در گروه آزمون و ۳۲ نمونه در گروه کنترل قرار گرفتند. مقایسه مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در مطالعه، اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد.

میانگین‌های نمره کلی کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در گروه‌های آزمون و کنترل، قبل و بعد از مداخله در جداول شماره ۲ و ۳ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه آزمون و کنترل پس از مداخله با $p=0/992$ اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. کیفیت زندگی در هر دو گروه کاهش یافته و تفاوت چندانی باهم ندارند.

میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با $p<0/001$ اختلاف معنی‌داری داشت. در گروه کنترل نیز اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/002$) ولی در هر دو گروه، کیفیت زندگی کاهش یافته بود که در گروه کنترل مطابق انتظار و در گروه آزمون خلاف انتظار بود.

مطابق جدول شماره ۳، میانگین‌های بعد جسمی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله با $p<0/001$ اختلاف معنی‌داری را نشان داد و کاهش یافته است. در گروه کنترل نیز این‌چنین بود ($p<0/001$). همان‌طور که مشاهده می‌شود، میزان کاهش در گروه کنترل بیشتر بوده است. میانگین‌های نمره بعد روانی کیفیت زندگی در گروه‌های آزمون و کنترل پس از مداخله اختلاف معنی‌داری را نشان نداد ($p=0/781$). در هر دو گروه آزمون و کنترل بین میانگین‌های بعد روانی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری در جهت کاهش دیده شد (آزمون $p=0/032$ ، کنترل $p=0/012$).

میانگین‌های نمره بعد اجتماعی در گروه آزمون قبل و پس از مداخله با $p=0/08$ اختلاف معنی‌داری را نشان نداد و در گروه کنترل نیز این‌چنین بود ($p=0/1$). یعنی کاهش کیفیت زندگی در بعد اجتماعی مانند ابعاد دیگر در حدی نبوده که این اختلاف را از نظر آماری معنی‌دار کند.

میانگین‌های نمره بعد معنوی در گروه آزمون قبل و پس از مداخله نشان می‌دهد، بعد از مداخله کمی کاهش وجود داشته، ولی

مورد بر اساس معیار ۱۰-۰ صورت می‌گیرد. بدین‌صورت که نمره صفر به بدترین حالت و نمره ۱۰ به بهترین حالت اختصاص می‌یابد. نمره دهی در چندین مورد موجود در این ابزار نسبت به بقیه موارد، معکوس می‌باشد (۷-۱، ۹، ۱۰، ۲۹-۱۷، ۳۱، ۳۷-۳۳، ۴۱). به‌منظور کدگذاری در این‌گونه موارد، لازم است تا عددی را که واحد موردپژوهش تعیین نموده، از ۱۰ کم کرد و حاصل آن، مورداستفاده قرار گیرد. موارد ۱ تا ۸ این پرسشنامه که در مجموع واجد ۸۰ نمره می‌شود، به بعد جسمی، موارد ۹ تا ۳۰ که در مجموع واجد ۲۲۰ نمره می‌شود، به بعد روانی، موارد ۳۱ تا ۳۷ که در مجموع واجد ۷۰ نمره می‌شود، به بعد اجتماعی و درنهایت موارد ۳۸ تا ۴۴، به بعد معنوی اختصاص دارد. بالاترین نمره‌ای که واحد موردپژوهش می‌تواند پس از تکمیل این ابزار کسب نماید، ۴۴۰ و پایین‌ترین نمره صفر می‌باشد. روایی و پایایی ابزار گردآوری داده‌ها در مطالعه خواجه امینیان و همکاران (۱۳۸۶) در شهر اصفهان مورد تأیید قرار گرفته است (۲۰). روایی ابزار از طریق اعتبار محتوا و پایایی آن پس از انجام تست آزمون مجدد به‌صورت پایایی کلی ۰/۸۹ محاسبه شده و پایایی حاصل از هر یک از ابعاد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۸، ۰/۸۱ و ۰/۹ به دست آمد.

سیس بیماران گروه آزمون به‌صورت تک‌نفره، به مدت ۶۰ دقیقه تحت آموزش انفرادی، به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ، قرار گرفتند. در پایان چهار کتابچه آموزشی و دو پمفلت و روش مطالعه آن‌ها، به بیماران آموزش داده شد. این کتابچه‌ها دارای محتوای آموزشی در مورد آشنایی با سرطان پستان، شیمی‌درمانی و عوارض آن، نوع تغذیه در دوره درمان و پشتیبانی روانی از افراد مبتلا به سرطان و پمفلت‌ها نیز حاوی آموزش نحوه صحیح معاینه پستان و بررسی‌های ژنتیکی در سرطان پستان بود. در آموزش از زبان ساده استفاده شد و از به کار بردن اصطلاحات پزشکی خودداری گردید. لازم به ذکر است، به علت هم‌زمان نبودن مراجعه بیماران جهت شیمی‌درمانی، هیچ‌گونه ملاقات یا تبادل اطلاعات بین واحدهای موردپژوهش در گروه‌های آزمون و کنترل صورت نگرفت.

بیماران گروه آزمون هم‌راه به‌صورت تلفنی پیگیری شدند. در جلسه ۶ یا ۷ شیمی‌درمانی (حدود ۴ ماه بعد) پرسش‌نامه بررسی کیفیت زندگی برای هر دو گروه مجدداً تکمیل گردید و در پایان میزان کیفیت زندگی در دو گروه، قبل و پس از مطالعه سنجیده شد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی نیز در نظر گرفته شد. از جمله ارائه معرفی‌نامه کتبی به انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران، گرفتن رضایت شفاهی از واحدهای پژوهش برای شرکت در پژوهش، دادن اطمینان به واحدهای پژوهش از محرمانه ماندن اطلاعات گرفته‌شده از آن‌ها و در اختیار قرار دادن جزوهای آموزشی و پمفلت‌ها به گروه کنترل، پس از پایان مطالعه. برای تجزیه و تحلیل

معنی‌دار نبود ($p=0/219$). در گروه کنترل نیز میانگین‌های نمره میزان ناچیزی کاهش یافته بود ($p=0/791$) و مانند بعد اجتماعی بعد معنوی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری نداشت ولی به به حدی نبود که اختلاف معنی‌دار مشاهده شود.

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی در دو گروه آزمون و کنترل

مقدار P	گروه		متغیر تحت بررسی
	کنترل	آزمون	
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
۰/۷۴	۴۶/۰۶ ± ۸/۸	۴۵/۳۴ ± ۸/۹	سن
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
۰/۰۹۱	(/۳/۱)۱	(/۹/۴)۳	مجرد
	(/۸۷/۵)۲۸	(/۸۷/۵)۲۸	متأهل
	(/۰)۰	(/۳/۱)۱	مطلفه
	(/۹/۴)۳	(/۰)۰	بیوه
۰/۴۱	(/۴۶/۹)۱۵	(/۲۸/۱)۹	ابتدایی
	(/۱۵/۶)۵	(/۲۵) ۸	سیکل
	(/۲۱/۹)۷	(/۳۷/۵)۱۲	دیپلم
	(/۱۵/۶)۵	(/۹/۴)۳	لیسانس و بالاتر
۰/۶۹	(/۶۸) ۲۲	(/۷۵)۲۴	خانه‌دار
	(/۶/۳)۲	(/۶/۳)۲	شاغل در خانه
	(/۲۱/۹)۷	(/۱۲/۵)۴	شاغل خارج از خانه
	(/۳/۱)۱	(/۶/۳)۲	بازنشسته
۰/۸۱	(/۴۶/۹)۱۵	(/۵۰)۱۵	راضی
	(/۵۳/۱)۱۵	(/۵۰)۱۵	ناراضی
۰/۶۵	(/۱۵/۶)۵	(/۱۸/۸)۶	صفر
	(/۵۹/۴)۱۹	(/۵۰)۱۶	۱-۳
	(/۱۸/۸)۶	(/۱۸/۸)۶	۳-۵
	(/۳۳/۳)۲	(/۶۶/۷)۴	>۵
۰/۸۸	(/۱۹/۲)۵	(/۲۰/۸)۵	۱ سال <
	(/۸۰/۸)۲۱	(/۷۹/۲)۱۹	۱ سال >
۰/۹	(/۱۶/۱)۵	(/۱۷/۲)۵	بله
	(/۸۳/۹) ۲۶	(/۸۲/۸)۲۴	خیر
۰/۵۹	(/۳۶)۱۰	(/۳۶)۹	< ۱۸ سال
	(/۵۵/۶)۱۵	(/۴۸)۱۲	۱۸-۳۰ سال
	(/۷/۴)۲	(/۱۶)۴	> ۳۰ سال

وضعیت یائسگی	بله	(/۱۶/۱)۵	(/۳۱/۱)۱۰	۰/۱۵
	خیر	(/۸۳/۹)۲۶	(/۶۸/۸)۲۲	
سابقه سرطان پستان در خانواده	بله	(/۳۸/۷)۱۲	(/۳۴/۴)۱۱	۰/۷۲
	خیر	(/۶۳/۳)۱۹	(/۶۵/۶)۲۱	
سن منارک	۱۲-۱۷ سالگی <	(/۲۹)۹	(/۳۱/۳)۱۰	۰/۵
	۱۷ سالگی >	(/۶۴/۵)۲۰	(/۶۸/۸)۲۲	
مدت مصرف قرص ضدبارداری	۲ سال <	(/۲۶/۷)۴	(/۶)۶	۰/۸۶
	۲-۵ سال >	(/۲۶/۶)۴	(/۱۵)۳	
		(/۴۶/۷)۷	(/۵۵)۱۱	

جدول (۲): مقایسه میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در گروه‌های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

مقدار P	میانگین و انحراف معیار	بعد از مداخله	میانگین و انحراف معیار	قبل از مداخله
۰/۰۰۰	۲۳۰/۵۳ ± ۴۸/۳۴	آزمون	۲۵۹/۵۹ ± ۵۳/۵۸	آزمون
۰/۰۰۲	۲۳۰/۶۸ ± ۷۱/۴۳	کنترل	۲۶۲/۲۵ ± ۵۹/۷۸	کنترل
	P= ۰/۹۹۲		P= ۰/۸۵۲	

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره‌های ابعاد کیفیت زندگی در گروه‌های آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

مقدار P	میانگین و انحراف معیار	بعد از مداخله	میانگین و انحراف معیار	قبل از مداخله	
۰/۰۰۰	۴۴/۶۸ ± ۱۲/۲	آزمون	۵۴/۲۵ ± ۱۲/۳۶	آزمون	نمره بعد جسمی
۰/۰۰۰	۴۵/۴۳ ± ۱۶/۳۱	کنترل	۵۷/۷۵ ± ۱۵/۸۷	کنترل	
	p=۰/۸۳۶		p=۰/۳۲۹		
۰/۰۳۲	۱۰۵/۶۵ ± ۳۲/۹۸	آزمون	۱۱۹/۴ ± ۳۸/۳۴	آزمون	نمره بعد روانی
۰/۰۱۲	۱۰۲/۹۶ ± ۴۳/۳۳	کنترل	۱۱۷/۶۸ ± ۴/۶۶	کنترل	
	p=۰/۷۸۱		p=۰/۸۶۴		
۰/۰۸	۳۲/۲۸ ± ۱۰/۵	آزمون	۳۶/۵۲ ± ۹/۲۷	آزمون	نمره بعد اجتماعی
۰/۱۰۲	۳۴/۶۵ ± ۱۶/۸۷	کنترل	۳۸/۶۸ ± ۱۱/۰۲	کنترل	
	p=۰/۶۹۷		p=۰/۴		
۰/۲۱۹	۴۶/۹ ± ۹/۲۹	آزمون	۴۹/۶۵ ± ۱۱/۷۲	آزمون	نمره بعد معنوی
۰/۷۹۱	۴۷/۶۲ ± ۱۱/۳۴	کنترل	۴۸/۱۲ ± ۱۱/۴۶	کنترل	
	p=۰/۷۸۳		p=۰/۵۹۹		

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این تحقیق تعیین تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی بوده است.

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین مشخصات دموگرافیک در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله وجود نداشته، پس همسان بودند. طبق نتایج این تحقیق، بین میانگین‌های نمره کل کیفیت زندگی در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشته و پس از مداخله هم تفاوت معنی‌دار دیده نمی‌شود. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده مشاهده می‌گردد که کیفیت کلی زندگی در هر دو گروه پس از چهار ماه کاهش یافته، اما میزان کاهش در گروه کنترل بیشتر بوده است. شاید تأثیر اندک آموزش در گروه آزمون علت این تفاوت باشد.

داوودی و همکاران (۱۳۸۶) نشان دادند، بیمارانی که تحت عمل جراحی از وفاژکتومی ناشی از سرطان مری قرار می‌گیرند به علت موقعیت بحرانی، کیفیت زندگی پایینی نسبت به قبل از عمل دارند. اما در گروهی که قبل از عمل جراحی آموزش‌های لازم خود مراقبتی را دریافت کرده بودند، نسبت به گروه کنترل، تنزل کیفیت زندگی، کم‌تر بوده است (۲۱). در مطالعه ما نیز در هر دو گروه آزمون و کنترل پس از مداخله تنزل کیفیت زندگی دیده‌شده اما میزان تنزل در گروه آزمون که تحت آموزش قرار گرفته‌اند، کم‌تر است.

لورنزو و همکاران (۲۰۰۴) با بررسی بیماران سرطانی تازه تشخیص داده شده بعد از دریافت اولین دوره شیمی‌درمانی نشان دادند که استفاده از روش‌های سخنرانی، بسته‌های نوشتاری مانند کتابچه و نیز استفاده از فیلم‌های ویدئویی باعث افزایش کیفیت زندگی این بیماران نسبت به گروه کنترل قبل از شروع شیمی‌درمانی دوره بعدی گردیده است (۲۲)، که با مطالعه ما هم‌خوانی ندارد. در پژوهش حاضر، فاصله آموزش تا بررسی بعدی حدود چهار ماه بود، که شاید این مدت طولانی باعث شده، آموزش‌های داده شده در جلسه اول شیمی‌درمانی، در ذهن بیمار کم‌رنگ‌تر گردیده و از تأثیر آموزش کاسته شود. ظاهر شدن عوارض شیمی‌درمانی و اثرات منفی آن در زندگی بیماران پس از این مدت نیز، شاید عامل دیگری است که تأثیر آموزش را کاهش داده است.

در مطالعه‌ای که گلچین و همکاران (۱۳۸۷) با عنوان "کیفیت زندگی در بیماران لوسمی حاد تحت شیمی‌درمانی" انجام داده است، کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بعد از مداخله در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل از میانگین امتیاز بهتری برخوردار است و در نتیجه بیماران مشکلات کم‌تری را نسبت به گروه کنترل تجربه نموده‌اند. اما در بعد معنوی اختلاف معنی‌داری بین دو گروه قبل و بعد از آموزش دیده نشد (۲۳). در مطالعه حاضر، مقایسه

میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد جسمی، روانی و اجتماعی در گروه آزمون و کنترل، بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشته و نشان‌دهنده این است که آموزش انجام شده در گروه آزمون نتوانسته کیفیت زندگی را در بعد جسمی، روانی و اجتماعی افزایش دهد، که با مطالعه گلچین هم‌خوانی ندارد. مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد معنوی در گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری ندارد و این نشان می‌دهد آموزش نتوانسته است به‌طور مؤثر کیفیت زندگی را در بعد معنوی در گروه آزمون افزایش دهد که با مطالعه گلچین هم‌خوانی دارد.

در مطالعه حاضر، بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از آن اختلاف معنی‌داری داشته و کاهش یافته است و در گروه کنترل نیز چنین بوده است، اما با توجه به میانگین‌های بین گروهی میزان کاهش کیفیت زندگی در بعد جسمی و روانی در گروه کنترل بیشتر بوده که شاید تأثیر اندک آموزش را نشان می‌دهد و همچنین، کیفیت زندگی در دو بعد اجتماعی و معنوی در گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از آن کاهش یافته است، اما معنی‌دار نیست و در گروه کنترل نیز همین‌طور می‌باشد. یعنی کاهش کیفیت زندگی در ابعاد اجتماعی و معنوی مانند ابعاد جسمی و روانی به حدی نبوده که این اختلاف از نظر اماراتی معنی‌دار باشد. میزان کاهش در بعد اجتماعی در گروه کنترل بیشتر است که می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر اندک آموزش در گروه آزمون باشد.

مطالعه‌ای که تباری و همکاران (۱۳۸۵) تحت عنوان "بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده" انجام داده، نشان داد که کیفیت زندگی این بیماران در ابعاد جسمی، اجتماعی، اقتصادی و روانی در جامعه ما مطلوب می‌باشد (۲۴). از طرف دیگر، زندی و همکاران (۱۳۸۳) در مطالعه خود بیان کردند، همچنان که بیماری کبدی پیشرفت می‌کند، علائم و عوارض ناشی از بیماری و محدودیت‌های ایجاد شده به دنبال آن ممکن است باعث تغییرات عاطفی و خلقی در بیماران گردد (۲۵). این دو تحقیق تأیید کننده نتایج مطالعه ما می‌باشند، به این معنی که در مطالعه ما نیز قبل از مداخله (مراحل اولیه بیماری) میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتر بود ولی پس از چهار ماه به علت پیشرفت علائم بیماری و ظاهر شدن عوارض شیمی‌درمانی، کاهش یافت.

در مطالعه‌ای که توسط بختیاری و همکاران (۱۳۹۰) تحت عنوان "بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان کاندید شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۹۰" انجام شده بود، نشان داد بین میانگین امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف سلامت روان واحدهای موردپژوهش قبل و بعد از آموزش اختلاف

شروع گردد و به‌صورت ممتد در طول درمان ادامه یابد تا بتوان به سؤالات پیش آمده برای بیماران نیز پاسخ داد.

به هر حال نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر و مقایسه آن با مطالعات ذکر شده نشان می‌دهد که آموزش در جلسه اول شیمی‌درمانی و به مدت یک ساعت و صرفاً دادن کتابچه‌های آموزشی به آنان نمی‌تواند کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان افزایش دهد. اینطور به نظر می‌رسد که در جلسه اول شیمی‌درمانی بیمار هنوز عوارض ناشی از شیمی‌درمانی را تجربه نکرده و یا به علت نگرانی و ترس از شیمی‌درمانی، انگیزه زیادی برای فراگیری موارد آموزشی ندارد. از علل دیگر متفاوت بودن یافته‌های مطالعه حاضر با دیگر مطالعات، می‌توان به نوع فرهنگ و طبقه اجتماعی پایین افراد مراجعه‌کننده به این مرکز اشاره نمود، که مانع از آموزش مؤثر بوده است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج تأمین‌کننده منبع مالی این تحقیق، معاونت محترم پژوهشی بخش رادیوتراپی و انکولوژی بیمارستان امام خمینی تهران و مسئولین و پرستاران دلسوز انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران که ما را در به ثمررساندن این طرح همراهی کردند، تشکر می‌نماییم. این طرح دارای شماره مجوز "۱/۸۱۱۱۸ مورخ ۹۲/۶/۱۶" و کد اخلاق "پ ۵۲-۹۲/۶/۱۷-۰۰۵۲" می‌باشد.

معنی‌داری وجود دارد و افزایش یافته است (۲۶)، ولی نتایج مطالعه حاضر با این مطالعه هم‌خوانی ندارد.

محدودیت‌های مطالعه ما شامل موارد زیر بود:

تفاوت‌های فردی، شرایط جسمی و حالات روحی و روانی افراد در زمان پاسخ‌گویی به سؤالات، میزان پذیرش بیماری و شیمی‌درمانی در جلسه اول، متفاوت بودن میزان نگرانی افراد از عوارض شیمی‌درمانی، درک مطلب و بهره‌هوشی و تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی که می‌تواند بر میزان یادگیری مؤثر باشد و غیر قابل کنترل است.

در این مطالعه با وجود این که ۴ کتابچه آموزشی و ۲ پمفلت و آموزش روش مطالعه آن‌ها و نیز آموزش انفرادی به مدت ۶۰ دقیقه به بیماران داده شد، کیفیت زندگی پس از ۴ ماه افزایش نیافته بود. در بیشتر بیمارستان‌ها یا مراکز شیمی‌درمانی آموزش صرفاً، به‌صورت ارائه کتابچه‌های آموزشی به بیماران انجام می‌شود. با توجه به این مطالعه پیشنهاد می‌گردد که علاوه بر ارائه کتابچه آموزشی، آموزش حضوری به‌صورت سؤال و جواب و به‌صورت گسترده‌تر و با امکانات بیشتر و مکان‌هایی مناسب‌تر برای بیماران انجام شود و همان‌طور که برای انجام شیمی‌درمانی از کادر پرستاری مجرب استفاده می‌گردد، برای آموزش‌های لازم نیز طبق برنامه‌ای مدون از پرستاران استفاده بهینه به عمل آید.

تصور می‌شود در جلسه اول شیمی‌درمانی به علت نگرانی بیمار از شیمی‌درمانی که تا به حالان را تجربه نکرده، از مؤثر بودن آموزش می‌کاهد. پیشنهاد می‌گردد این آموزش‌ها قبل از شیمی‌درمانی

References:

- Piepoil MF. Exercise Rehabilitation in Heart Disease: The "Real Polypill" For Primary and Secondary Prevention. *Monaldi Arch Chest Dis* 2005; 64(2): 88-93.
- Burns N, Grove SK. *The Practice of Nursing Research, Conduct, Critique and Utilization*. 5th edition. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. P.147.
- Lewis SC, Heitkemper MM, Dirksen SR, O'Brien PG, Giddens JF, Bucher L. *Medical Surgical Nursing, Assessment and Management of Clinical Problems*. 6th ed. Mosby; 2004. P.290.
- Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez PD, Juando C. Integrative Literature Reviews and Meta-Analysis, Nursing and Cancer Support Groups. *J Adv Nurs* 2004; 51(4): 369-81.
- Yarbro Ch, Frogge MH, Goodman M. Groenwold SL. *Cancer Nursing Principle and Practice*. 6th ed. Jones and Bartlett; 2005. P.1023.
- Yarbro Ch, Frogge MH, Goodman M. Groenwold SL. *Cancer Nursing Principle and Practice*. 6th ed. Jones and Bartlett; 2005. P.445.
- Jacobsen PB, Meade CD, Stein KD, Chirikos TN, Small BJ, Ruckdeschel JC. Efficacy and Costs of Two Forms of Stress Management Training for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *J Clin Oncol* 2002; 20(12): 2851-62.
- King CR, Hind PS. *Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives*. 2nd ed. Jones and Bartlett; 2003. P. 29.

9. Lehto US, Ojanen M, Lehtinen PK. Predictors of Quality of Life in Newly Diagnosed Melanoma and Breast Cancer Patients. *Ann Oncol* 2005; 16: 805-16.
10. McNeely ML, Campbell KL, Rowe BH, Klassen TP, Mackey JR, Courneya KS. Effects of Exercise on Breast Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-analysis. *CMAJ* 2006; 175(1): 34-41.
11. Courneya K.S, Friedenreich C.M. A Randomized Trial of Exercise and Quality of Life in Colorectal Cancer Survivors. *Euro J Cancer Care* 2003; 12: 347-35.
12. Hee Cho, Yoo YS, Kim NC. Efficacy of Comprehensive Group Rehabilitation for Women with Early Breast Cancer in South Korea. *Nurs Health Sci* 2006; 8: 140-6.
13. Evers GC, Vanrenterghem Y, Ricka R. Adequate self-care of dialyzed patient: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(3): 329-39.
14. Nadrian H, Morovati Sharifabad MA, Mirzaei A, Bahmanpur K, Moradzadeh R. Relationship between quality of life, health status and self-care behaviors in patients with rheumatoid arthritis in Yazd. *J Ilam Univ Med Sci* 2011; 19 (2): 15-25. (Persian)
15. Chen SY, Wang HH. The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self-care behavior in patients with rheumatoid arthritis. *J Nurs Res* 2007; 15(3): 183-92.
16. Clark M, Hampson SE, Avery L, Simpson R. Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with type 2 diabetes. *Br J Health Psychol* 2004; 9 (Pt 3): 365-79.
17. Glasgow RE, Hampson SE, Strycker LA, Ruggiero L. Personal-model beliefs and social environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care* 1997; 20(4): 556-61.
18. Alavi N. Planning and implementing of self-control model in diabetes patients. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modares University; 2005. (Persian).
19. Davis b, Bull R, Roscoe J, Roscoe D. Physical Education and the Study of Sport. 4th ed. Mosby: Edinburgh; 2000. P.492.
20. Khajeh Aminiyani M. The effect of Exercise on women with Breast Cancer undergoing chemotherapy referred to Seyed-al-shohada Hospital in Isfahan. (Dissertation). Tehran. Faculty of Nursing and Midwifery of Tehran University of Medical Sciences; 2007. (Persian)
21. Davodi A, Anoosheh M, Memarian R. The effect of Self-care education on quality of life in patients with esophageal cancer following esophagectomy. *J Zanjan Univ Med Sci* 2007; 14(58): 57-65. (Persian)
22. De Lorenzo F, Ballatori E, Di Costanzo F. Improving information to Italian cancer patients: results of randomized study. *Ann Oncol* 2004; 15(5): 721-5.
23. Golchin M, Shabanloei R, Asvadi I, Nikanfar A. The effect of Self-care Program on quality of life in patient with acute leukemia receiving. *J Tabib sharge* 2008; 10(3): 175-82. (Persian)
24. Tabari F, Zakerimoqadam M, Bohrani N, Monjamed Z. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. *J Hayat* 2007; (13): 5-12. (Persian)
25. Zandi M, Alavian S.M, Memarian R, Kazemnejad A. Assessment of the Effect of Self Care Program on Quality of Life in Patient with Cirrhosis referred to Tehran Hepatitis Center in 2003. *J Iran Univ Med Sci* 2004; (41): 411-22. (Persian).
26. Bakhtiari M, Eslami M, Fesharaki M, Koosha S. The effect of self-care education on mental health of women with Breast Cancer undergoing chemotherapy referred to Cancer Institute of Imam Khomani Hospital in 2003. *J Iran Breast Diseases* 2011; 4(1, 2): 42-7. (Persian)

EFFECT OF SELF-CARE ON QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Mozhgan Barandeh^{1*}, Zahra Mehdizadeh Toorzani², Mohammad Babaei³, Roya Sharifiyan⁴

Received: 24 Feb, 2017; Accepted: 26 Apr, 2017

Abstract

Background & Aims: Breast cancer and adverse effects of chemotherapy disorder physical, psychosocial, social and spiritual proceeds and reduce the quality of life in patients. So, Self-care education should be improved to sense of well-being in patients. The aim of this study was to determine the effects of self-care education on quality of life (QOL) in women with breast cancer, undergoing chemotherapy.

Materials & Methods: A quasi-experimental study was conducted on 64 women with breast cancer, undergoing recently mastectomy and were in the first session chemotherapy program. The patients were randomly divided in two groups of case and control. The questionnaire has two parts: 1) demographic characteristics, 2) the quality of life, standard questionnaire of National Medical Center and Beckman Research Institute related to breast cancer. In the first session of chemotherapy program the questionnaires were completed for two groups and the self-care was educated to study group for 60 minutes and booklets were given them to study. Again, after four months the questionnaires were completed and compared for two groups. Chi-square test, t-test and fisher test was used for analysis of data.

Results: There was no significant difference between quality of life mean scores of study group, before and after intervention ($P>0/05$).

Conclusion: This research shows that aforementioned education in the first session of chemotherapy program did not improve quality of life of women with breast cancer.

Key words: self-care, education, quality of life, breast cancer, chemotherapy.

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Azad Islamic University, Branch of Karaj, Karaj, Iran

Tel: +989126364071

Email: mbarandeh@yahoo.com

¹ Lecturer, Faculty of Nursing & Midwifery, Azad Islamic University, Karaj Branch, Karaj, Iran (Corresponding Author)

² Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

³ Assistant Professor of Radiotherapy & Oncology, Cancer Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Lecturer, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.