

## بررسی تأثیر آموزش کاهش عوارض شیمی درمانی بر ابعاد علامتی کیفیت زندگی مبتلایان سرطان پستان تحت شیمی درمانی

رحیم بقایی<sup>۱\*</sup>، معصومه شریفی<sup>۲</sup>، یوسف محمدپور<sup>۳</sup>، ناصر شیخی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت 1392/04/18 تاریخ پذیرش 1392/06/23

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** امروزه شاهد افزایش بازماندگان سرطان پستان به دلیل تشخیص زودرس و برنامه‌های غربالگری هستیم؛ بنابراین اندازه‌گیری کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. شیمی درمانی یکی از درمان‌های رایج به دنبال سرطان پستان است که عوارض جانبی متعددی را به همراه دارد. بیمارانی که شیمی درمانی سرپایی دریافت می‌کنند نیاز به اقداماتی فعال جهت کنترل عوارض ناشی از درمان دارند. جهت پذیرش نقش فعال در امر مراقبت از خود لازم است که افراد اطلاعات کافی دریافت کنند و آموزش به بیماران مبتلا به سرطان و خانواده آن‌ها جزء جدا نشدنی از مراقبت‌های پرستاری بیماران است. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر آموزش کاهش عوارض جانبی شیمی درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود که بر روی ۱۰۶ بیمار مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی انجام شد. بیماران به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. هر دو گروه یک بار در شروع شیمی درمانی و بار دیگر پس از گذشت ۴ سیکل شیمی درمانی پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سرطان (EROTC QLQ-23) و پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی سرطان پستان (QoL-Br 23) متعلق به سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان (EROTC) را تکمیل نمودند. گروه مداخله پس از طی ۲ سیکل شیمی درمانی کتابچه راهنمای کنترل عوارض شیمی درمانی را دریافت نمودند.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد بسته آموزشی کنترل عوارض شیمی درمانی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش ابعاد علامتی و بهبود کیفیت زندگی کلی گردید ( $p < 0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج مطالعه حاضر تدوین یک برنامه آموزشی منسجم توسط پرستاران انکولوژی تأثیر قابل توجهی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی خواهد داشت.  
**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، سرطان پستان، شیمی درمانی، آموزش

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره نهم، پی در پی 50، آذر 1392، ص 667-679

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۵۴۹۶۱

Email: rbaghaei2001@yahoo.com

### مقدمه

(۲). بر اساس آمار سازمان بهداشت امریکا، در جهان سالانه بیش از ۱/۱ میلیون مورد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می‌شود که این رقم معادل ۱۰ درصد از کل موارد جدید سرطان و ۲۳ درصد از کل سرطان‌های زنان می‌باشد (۱). در ایران سرطان پستان ۲۵/۰۶ درصد از موارد سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی می‌باشد (۳).

امروزه سرطان پستان مهم‌ترین عامل نگران‌کننده سلامتی زنان است، زیرا شایع‌ترین نوع سرطان، و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در میان زنان می‌باشد (۱). این بیماری به علت رقم بالای مرگ و میر آن در سنینی که زنان اوج مسئولیت‌های خانوادگی و شغلی را به عهده دارند، باعث نگرانی زیادی در بین مردم شده است

<sup>۱</sup> استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری تخصصی آموزش پزشکی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد آمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

سوی پرستاران سبب می‌شود اندکی از فشارهای روانی حاصل از فرایند تشخیص و درمان سرطان کاسته شود، پرستاران با ارائه آموزش لازم در مورد چگونگی کنترل عوارض ناشی از بیماری و درمان، می‌توانند نقش کلیدی در کنترل عوارض بیماری داشته باشند (۱۲).

امروزه کیفیت زندگی نیز به مثابه یکی از پیامدهای مهم درمان بیماری‌ها مورد توجه قرار گرفته و به منزله یکی از شاخص‌های تعیین کننده درمان‌ها ارزیابی می‌شود (۱۳). به رغم تأثیرات مختلف بیماری و درمان‌ها بر کیفیت زندگی مددجویان، بیشتر مبتلایان به سرطان پستان قادر به ادامه زندگی فعال و با حداقل محدودیت‌ها خواهند بود، به شرط آنکه با دریافت مداخله مناسب؛ به سطح مطلوبی از زندگی دست یابند. با توجه به اینکه بیشترین میزان شیوع این بیماری در سنینی است که زنان در اوج مسئولیت‌های خانوادگی، شغلی و اجتماعی هستند، بیماری بر کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده نیز به شدت تأثیر می‌گذارد و این مسئله خود لزوم توجه به این بیماران را نشان می‌دهد (۱۴).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق تعریف کرده است (۳،۱۵). ابتلا به سرطان پستان در زنان به دلیل تحت تأثیر قرار دادن ابعاد مختلف کیفیت زندگی از جمله سلامت جسمی، روحی و رفاه اجتماعی اهمیت خاص می‌یابد. (۱۶) امروزه کیفیت زندگی به عنوان بخشی از معیارهای ارزیابی درمان سرطان مطرح شده است (۱۷). در سال‌های اخیر ارزیابی جامع وضعیت مبتلایان به سرطان اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده و از بررسی سنتی پیامدهای زیست پزشکی فراتر رفته و بررسی تأثیرات بیماری بر کیفیت زندگی بیماران را نیز در بر گرفته است (۱۸).

بررسی کیفیت زندگی در مطالعات سلامتی از این لحاظ حایز اهمیت است که به ما در تعیین وضعیت کیفیت زندگی کمک می‌کند و می‌تواند نکات مبهم فراوانی را روشن سازد (۱۹). از دلایل افزایش توجه به مفهوم کیفیت زندگی در عصر جدید، تاکید بیشتر بر کیفیت زندگی در برابر کمیت زندگی و افزایش سرسام آور هزینه‌های مراقبت بهداشتی بیان شده است (۲۰). با توجه به اینکه بررسی کیفیت زندگی برای عملکرد بالینی مفید می‌باشد، لازم است که متخصصین در این زمینه اطلاعاتی داشته باشند. افرادی که از بیماری‌ها رنج می‌برند علاوه بر ناتوانی‌های جسمانی، دچار عوارض روانی این شرایط محدود کننده نیز می‌گردند. کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت جسمانی است و لازم است به عنوان یکی از پیامدهای مهم به صورت مستقل سنجیده شود (۲۱). کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان با عوامل زیادی از جمله نوع درمان ارتباط دارد و بنابر برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت (کنترل سرطان)، بررسی وسعت مشکلات سرطان پستان

امروزه سرطان پستان مهم‌ترین عامل نگران کننده سلامتی زنان است، زیرا شایع‌ترین نوع سرطان، و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در میان زنان می‌باشد (۱). این بیماری به علت رقم بالای مرگ و میر آن در سنینی که زنان اوج مسئولیت‌های خانوادگی و شغلی را به عهده دارند، باعث نگرانی زیادی در بین مردم شده است (۲). بر اساس آمار سازمان بهداشت آمریکا، در جهان سالانه بیش از ۱/۱ میلیون مورد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می‌شود که این رقم معادل ۱۰ درصد از کل موارد جدید سرطان و ۲۳ درصد از کل سرطان‌های زنان می‌باشد (۱). در ایران سرطان پستان ۲۵/۰۶ درصد از موارد سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی می‌باشد (۳). سرطان پستان یکی از مشکلات مهم سلامتی زنان ایرانی است که در حال افزایش می‌باشد. میزان بروز خالص این بیماری تقریباً ۲۰ مورد جدید به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در سال تخمین زده شده است (۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد که مبتلایان به سرطان پستان در ایران ۱۰ سال جوان‌تر از مبتلایان به این بیماری در کشورهای غربی هستند (۵). بطوریکه در آمریکا تنها ۵ درصد زنان زیر ۴۰ سال در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان می‌باشند، اما در ایران برخلاف کشورهای غربی زنان در سنین پایین‌تر، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به این بیماری می‌باشند و این مسئله اهمیت بررسی، تشخیص و کنترل این بیماری را در کشور ایران نشان می‌دهد (۶). اگر چه جراحی، شیمی درمانی، پرتو درمانی و هورمون درمانی به عنوان رایج‌ترین روش‌های مورد استفاده در درمان سرطان پستان، میزان بقای این افراد را افزایش داده‌اند (۷،۸) اما این روش‌های درمانی به نوبه خود سبب بروز عوارض جانبی کوتاه و بلند مدت در این بیماران می‌شوند (۹). به طوری که بیماران مبتلا به سرطان پستان از طیف وسیعی از علائم و نشانه‌های جسمی، روحی روانی و اجتماعی طی فرایند تشخیص و درمان بیماری خود رنج می‌برند (۱۰). عدم کنترل مناسب این عوارض سبب تشدید اثرات منفی بر کیفیت زندگی بیماران شده و ممکن است هر نوع مزیتی از این افزایش بقاء را به دلیل افزایش هزینه‌های عوارض جانبی خنثی کند (۹). از این رو یک طرح آموزشی جامع که متناسب با نیازهای یادگیری مددجویان باشد، می‌تواند هزینه‌های مراقبت بهداشتی را کاهش دهد و در دستیابی به افزایش استقلال مددجویان کمک کند (۱۱). پرستاران به عنوان یکی از اعضای تیم درمان نقش مهمی در مراقبت از بیماران سرطانی دارند و از آنجا که پرستار وقت بیشتری را نسبت به دیگر اعضای تیم درمان با بیمار می‌گذرانند، شاید اولین شخصی باشد که بتواند نیاز بیمار و خانواده‌اش را تشخیص دهد و در جهت کنترل عوارض بیماری و درمان بیمار مؤثر باشد. ارائه حمایت‌های عاطفی و اجتماعی از

به رفتارهای مراقبت از خود<sup>۱</sup> نشوند ممکن است درمان را به تأخیر بیندازند و یا قبل از پایان درمان آن را خاتمه دهند. اکثر بیماران سرطانی در نتیجه تشخیص سرطان یا عوارض ناشی از شیمی درمانی اضطراب را تجربه می‌کنند و اضطراب می‌تواند باعث بروز افسردگی شود. محققین به شواهدی دست یافته‌اند که پیشنهاد می‌کند زنان افسرده کمتر قادر به انجام رفتارهای مراقبت از خود هستند. آموزش به بیماران که چگونه اضطراب خود را کاهش دهند ممکن است آن‌ها را قادر سازد تا عوارض جانبی بیماری و درمان‌ها را مدیریت کنند.

محققین رفتارهای مراقبت از خود برای اداره عوارض جانبی شایع مانند تهوع، استفراغ، خستگی، مشکلات خواب و اضطراب را شناسایی کرده‌اند. به علاوه آموزش درباره درمان، عوارض جانبی و رفتارهای مراقبت از خود می‌تواند عوارض شیمی درمانی را کاهش داده، نشانه‌ها را تقلیل دهد و کیفیت زندگی را بهبود بخشد. هر چند اهمیت آموزش برای این بیماران به خوبی شناخته شده است اما چندین عامل توانایی پرستاران را برای آموزش به این بیماران محدود می‌کند؛ به ویژه پروتکل شیمی درمانی که به طور فزاینده‌ای به صورت سر پایبی انجام می‌شود. اطلاع رسانی در زمینه درمان، عوارض جانبی و رفتارهای مراقبت از خود باید در یک بازه زمانی خاص و محدود انجام شود. این در حالی است که بسیاری از بیماران به دلیل خستگی و تهوع توجه و تمرکز کافی ندارند؛ بنابراین پرستاران باید به آموزش‌های مکتوب<sup>۲</sup> برای این بیماران (در مقابل سخنرانی) بیشتر اعتماد کنند. محققین بر این باورند که این مواد آموزشی باید در سطحی نوشته شود که برای همه سطوح (سواد) قابل درک باشد. بنا بر این نوشته‌های موجود در کلینیک‌های شیمی درمانی معمولاً در مواجهه با نیازهای اطلاعاتی بیماران غیر مؤثر هستند. در نتیجه پژوهشگران شروع به یافتن راه‌هایی برای آموزش بیماران تحت شیمی درمانی کرده‌اند. در این میان فیلم‌های حاوی اطلاعات در زمینه مدیریت عوارض شیمی درمانی می‌توانند میزان درک بیمار را بالا ببرند (۲۸). از این رو لازم است تیم درمان جهت ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران در ابعاد جسمی، روحی روانی و اجتماعی اقدام نمایند. در این میان بر نقش پرستاران تأکید می‌گردد، زیرا پرستاران نقش مهمی در مراقبت از مبتلایان به سرطان تحت درمان به عهده دارند و جهت آموزش به بیمار و خانواده و حمایت روحی آنان از موقعیت مناسبی برخوردارند (۲۹). یکی از وظایف کلیدی و مهم پرستاران انکولوژی پیشگیری، شناسایی و کنترل عوارض ناشی از سرطان و درمان آن می‌باشد که تأثیر مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران و تسریع سیر بهبودی آنان دارد (۳۰).

یکی از گام‌های اولیه است (۲۲). این بیماران به مراقبت‌های کامل و جامع جسمی، روانی و اجتماعی نیازمندند تا اینکه بتوانند از یک زندگی با کیفیت مناسب برخوردار شوند. با توجه به اینکه میزان بقای زنان مبتلا به سرطان پستان به دلیل پیشرفت در شیوه‌های تشخیصی و درمانی در حال افزایش است (۲۳، ۲۴). ضرورت اتخاذ تدابیری در زمینه کنترل عوارض بیماری، درمان و ارتقای کیفیت زندگی آنان به شدت احساس می‌شود، بطوریکه بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی باید به عنوان یکی از اهداف اولیه در درمان سرطان در نظر گرفته شود (۲۵). بهبود کیفیت زندگی زنان که از مهم‌ترین ارکان خانواده و جامعه می‌باشند؛ سبب افزایش کیفیت زندگی و انسجام بیشتر ساختار خانواده نیز می‌شود.

کادر درمانی باید از اثرات بیماری‌ها بر زندگی افراد آگاهی داشته باشند. کیفیت زندگی بیماران به عنوان نشانه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و به عنوان بخشی از برنامه‌های کنترل بیماری محسوب می‌گردد. با بررسی کیفیت زندگی بیماران و شناسایی اثرات بیماری بر ابعاد مختلف زندگی آنان می‌توان روش‌های درمانی مناسب را به کار برد و نتایج درمانی را در مدت زمان کوتاهی ارزشیابی کرد و با احاطه کافی بر وضعیت زندگی بیماران سرطانی در بهبود آن کوشید (۱۶). همچنین از نتایج حاصل از اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران می‌توان برای بررسی ناتوانی گروه‌ها و جمعیت‌های متفاوت بهبود یافته از سرطان، بررسی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده، مقایسه مزایا و معایب درمان‌ها، غربالگری افراد در معرض خطر مشکلات روحی، روانی، اجتماعی و پیگیری بهبود یافتگان و بازماندگان سرطان استفاده کرد. پرستاران با شناسایی ابعاد مختلف زندگی افراد مبتلا، نه تنها در جهت تعدیل این مشکلات می‌کوشند، بلکه با ارایه مشکلات به سازمان‌های ذی‌ربط اجتماعی و خانواده بیماران، می‌توانند همکاری لازم را در جهت بهبود کیفیت زندگی جلب نمایند (۲۶). شیمی درمانی به دنبال 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 مددجویان گردد (۲۷).

شیمی درمانی بر خلاف پرتو درمانی و جراحی که درمان‌های موضعی به حساب می‌آیند یک روش سیستمیک است. زنان مبتلا به سرطان پستان که برای درمان؛ شیمی درمانی دریافت می‌کنند، عوارض جانبی جدی و متعددی را تجربه می‌کنند. خستگی، تهوع، استفراغ، مشکلات خواب، تغییرات عملکرد روده (اسهال یا یبوست) و تغییر در مزه غذا از مشکلات شایع هستند. این عوارض جانبی ممکن است نادیده گرفته شوند، اگر زنان موفق به دستیابی

<sup>1</sup> self-care behaviors

<sup>2</sup> written materials

در این پژوهش؛ پژوهشگر قصد دارد تأثیر آموزش راهکارهای پرستاری برای کنترل و کاهش عوارض شیمی درمانی را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان بسنجد.

### مواد و روش کار

این مطالعه نیمه تجربی در مدت ۸ ماه از تیر ماه ۱۳۹۱ الی دی ماه ۱۳۹۱ بر روی ۱۰۶ بیمار با تشخیص قطعی سرطان پستان و ماستکتومی که به درمانگاه انکولوژی مرکز آموزشی درمانی امام خمینی و بخش شیمی درمانی بیمارستان امید ارومیه مراجعه کرده بودند انجام شد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. روش کار بدین صورت بود که ابتدا پژوهشگر پس از تکمیل مطالعات کتابخانه‌ای و پس از تایید اعتبار و اعتماد علمی ابزارهای گردآوری اطلاعات و پس از بررسی و تأیید کمیته اخلاق، به محیط پژوهش مراجعه و پس از اخذ اجازه از مراکز درمانی، خود را به بیمار معرفی کرده، هدف از انجام تحقیق و چگونگی انجام کار را برای بیمار توضیح داده و رضایت آن‌ها را جهت شرکت در پژوهش جلب نمود. سپس از بین بیماران مبتلا به سرطان پستان کاندید شیمی درمانی بیمارانی که معیارهای ورود به مطالعه را نداشتند از مطالعه خارج شدند. سپس تعداد ۱۰۶ بیمار که دارای معیارهای ورود مانند محدوده سنی بین ۲۵-۷۵ سال، سرطان پستان در مرحله ۱، ۲ و ۳ توانایی برای خواندن، نوشتن و یا در صورت بی سواد بودن قادر به برقراری ارتباط بودند به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. قبل از شروع اولین دوره شیمی درمانی از هر دو گروه خواسته شد پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان و پرسشنامه کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان را تکمیل نمایند و پس از آن دوره‌های شیمی درمانی در هر دو گروه آغاز می‌شد که معمولاً به صورت ۴ تا ۶ دوره بود که به فاصله ۳ هفته‌ای هر دوره انجام می‌گرفت. پس از طی ۲ دوره شیمی درمانی (فاصله دوره‌ها معمولاً ۳ هفته بود و هر بیمار بسته به شدت بیماری و صلاحیت پزشکی معالجه به ۴ تا ۶ دوره شیمی درمانی نیاز دارد) به وسیله چک لیستی که قبلاً تهیه شده عوارض شیمی درمانی در هر دو گروه ارزیابی می‌شد. پس از آن آموزش کاهش عوارض شیمی درمانی در گروه مداخله صورت گرفت. آموزش کاهش عوارض جانبی بدین صورت بود: آموزش چهره به چهره توسط پژوهشگر، بحث گروهی بیماران با حضور پژوهشگر، کتابچه آموزشی و پیگیری آموزش‌ها از طریق تلفن توسط پژوهشگر. بعد از پشت سر گذاشتن دو دوره شیمی درمانی دوباره از هر دو گروه خواسته شد پرسشنامه کیفیت زندگی سرطان و سرطان پستان را تکمیل نمایند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بیمار که شامل ۹ سؤال (سن، وضعیت تأهل،

تعداد فرزند، وضعیت شغلی بیمار و همسر، سطح تحصیلات بیمار و همسر، سابقه بیماری خاص و سابقه درمان‌های خاص)، پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به سرطان متعلق به سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان و پرسشنامه اختصاصی سرطان پستان بود. پرسشنامه عمومی سرطان در بر دارنده ۳۰ سؤال است و از مقیاس چهار درجه‌ای (به هیچ وجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) برای سنجش پاسخ‌ها استفاده شده است، به جز در مورد سؤالات مربوط به وضعیت کلی سلامت و کیفیت زندگی که دارای مقیاس ۷ درجه‌ای هستند. به طوری که امتیاز بالاتر در مقیاس عملکردی نشان دهنده سطح بهتر عملکرد می‌باشد و در رابطه با مقیاس‌های علامتی، امتیاز پایین‌تر نشان دهنده کاهش علائم و عوارض است (۳۲ و ۳۱). پرسشنامه ویژه سرطان پستان که کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان اندازه‌گیری می‌کند شامل ۲۳ سؤال می‌باشد که ۱۵ سؤال اختصاص به بررسی مقیاس علامتی (علائم بازو، علائم پستان و عوارض جانبی درمان) می‌باشد. ۲ سؤال مربوط به عملکرد جنسی و یک سؤال مربوط به لذت جنسی، ۱ سؤال مربوط به تصور از آینده و ۴ سؤال دیگر مربوط به تصویر ذهنی از خود است. هر دو پرسشنامه کیفیت زندگی به صورت لیکرت طراحی شده و امتیازهای اخذشده در محدوده ۴-۱ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده وجود میزان بیشتری از علائم است.

شایان ذکر است که پرسشنامه‌های مذکور استاندارد و اختصاصی سرطان و سرطان پستان هستند که در مطالعات متعددی در خارج از کشور برای تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شده‌اند، لیکن صفایی و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان روایی و پایایی این پرسشنامه اختصاصی سرطان<sup>۱</sup> را بررسی کرده‌اند و نتیجه حاکی از آن بود که سومین نسخه فارسی پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان ابزاری پایا و معتبر است و می‌تواند در تحقیقات اپیدمیولوژیکی و بالینی سرطان مورد استفاده قرار گیرد. تعیین پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اختصاصی سرطان پستان نیز در ایران توسط منتظری و همکاران (۱۹۹۹ و ۲۰۰۰) انجام گرفته است (۳۳، ۳۱).

داده‌ها بر اساس جدول امتیاز بندی پرسش نامه مرتب شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، دامنه تغییرات) آزمون‌های آماری تی زوجی، تی مستقل، کای دو و ضریب همبستگی اسپیرمن تحلیل شدند. سطح معنی داری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که این

<sup>۱</sup> QLQ-c30

مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم می باشد  
 که فقط ابعاد علامتی کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بیماران  
 مبتلا به سرطان پستان قبل و بعد از شیمی درمانی گزارش شده و  
 ابعاد عملکردی آن گزارش نشده است.

## یافته‌ها

جدول شماره (۱): مشخصات فردی اجتماعی بیماران

متغیر	گروه		آزمون کای دو
	گروه کنترل	گروه مداخله	
	فراوانی مطلق (درصد)	فراوانی مطلق (درصد)	
سن بیماران (به سال)			
	۸(۱۵)	۷(۱۳/۲)	۲۵-۳۵
	۱۷(۳۲)	۱۵(۲۸/۳)	۳۶-۴۵
	۱۷(۳۲)	۱۹(۳۵/۹)	۴۶-۵۵
	۷(۱۳/۳)	۹(۱۶/۹)	۵۶-۶۵
	۴(۷/۷)	۳(۵/۷)	۶۶-۷۵
			$X^2=۱۳/۱۳۳$
			df=۳۱
			p=۰/۹۹۸
وضعیت تأهل			
	۱(۱/۹)	۱(۱/۹)	مجرد
	۴۴(۸۳)	۴۳(۸۱/۱)	متأهل
	۳(۵/۷)	۳(۵/۷)	طلاق گرفته
	۵(۹/۴)	۶(۱۱/۳)	بیوه
			$X^2=۰/۱۰۲$
			df=۳
			p=۰/۹۹۲
تعداد فرزند			
	۲(۵/۳)	۳(۵/۷)	بدون فرزند
	۱۹(۳۵/۵)	۲۰(۳۷/۸)	۱-۲
	۲۰(۳۷/۹)	۱۹(۳۵/۸)	۳-۴
	۹(۱۵/۶)	۸(۱۵)	۵-۶
	۳(۵/۷)	۳(۵/۷)	۶
			$X^2=۰/۱۰۵$
			df=۳
			p=۰/۹۹۸
وضعیت شغلی بیمار			
	۴۴(۸۳)	۴۳(۸۱/۱)	خانه دار
	۸(۱۵/۱)	۷(۱۳/۲)	کارمند
	۱(۱/۹)	۳(۵/۷)	آزاد
			$X^2=۰/۵۴۵$
			df=۳
			p=۰/۹۰۹
سطح تحصیلات بیمار			
	۲۳(۴۳/۴)	۲۴(۴۵/۳)	بی سواد
	۲۳(۴۳/۴)	۲۲(۴۱/۵)	زیر دیپلم و دیپلم
	۷(۱۳/۳)	۱۰(۱۳/۲)	دانشگاهی
			$X^2=۰/۸۴۱$
			df=۶
			p=۰/۹۹۱
شغل همسر			
	۱۶(۳۰/۲)	۱۹(۳۵/۹)	کارمند
	۲۸(۵۲/۸)	۲۱(۳۹/۶)	آزاد
	۹(۱۷)	۱۳(۲۴/۵)	بیکار
			$X^2=۲/۲۰۰$
			df=۴
			p=۰/۶۹۹
تحصیلات همسر			
	۱۳(۲۴/۵)	۱۳(۲۴/۵)	بی سواد
	۲۹(۵۴/۸)	۲۷(۵۰/۹)	زیر دیپلم و دیپلم
	۱۱(۲۰/۷)	۱۳(۲۴/۶)	دانشگاهی
			$X^2=۳/۵۷۶$
			df=۷
			p=۰/۸۲۷

آماره آماری کای دو در سطح معنی داری ۰/۰۵ p در دو گروه کنترل و مداخله از لحاظ مشخصات دموگرافیک اختلاف آماری معنی داری نشان نداد (p > ۰/۰۵)

جدول شماره (۲): ابعاد علامتی کیفیت زندگی ۱

آزمون تی مستقل	گروه مداخله				گروه کنترل				ابعاد علامتی کیفیت زندگی		
	آزمون تی زوجی	قبل از مداخله		بعد از مداخله		آزمون تی زوجی	قبل از مداخله			بعد از مداخله	
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
p=۰/۰۰۰۱	p=۰/۲۴۱	۰/۵۲	۱/۷۲	۰/۸۱	۱/۸۴	p=۰/۰۰۱	۰/۶۶	۲/۴۷	۰/۴۹	۱/۵۴	خستگی
p=۰/۸۰۵	p=۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۸	۰/۲۵	۱/۹۹	p=۰/۰۰۰۱	۱/۱۰	۲/۴۳	۰/۴۹	۱/۱۰	تهوع و استفراغ
p=۰/۰۰۰۱	p=۰/۰۳۸	۰/۵۲	۱/۵۵	۰/۷۸	۱/۷۰	p=۰/۰۰۰۱	۰/۸۲	۲/۱۶	۰/۵۸	۱/۴۶	درد
p=۰/۶۱۶	p=۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱/۴۵	۰/۳۷	۱/۱۶	p=۰/۰۰۰۱	۰/۷۴	۱/۵۸	۰/۳۹	۱/۱۳	تنفس دردناک
p=۰/۳۸۱	p=۰/۰۱۷	۰/۶۹	۱/۵۸	۰/۷۸	۱/۸۱	p=۰/۰۰۱	۱/۳	۲/۴۹	۰/۷۷	۱/۴۵	اختلال خواب
p=۰/۰۰۱	p=۰/۰۰۰۱	۰/۰۷۹	۱/۵۰	۰/۱۴۶	۲/۵۰	p=۰/۰۰۳	۰/۰۸۲	۱/۳۹	۰/۷۶	۱/۱۳۲	بی اشتها
p=۰/۰۳۱	p=۰/۰۰۵	۰/۹۱۵	۱/۳۱	۰/۵۰۳	۱/۶۸	p=۰/۴۹۷	۰/۴۰۹	۱/۳۰	۰/۵۰۳	۱/۲۰۷	یبوست
p=۰/۰۰۵	p=۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۳	۱/۶۴	۰/۳۹۵	۱/۱۸۸	p=۰/۰۰۰۱	۱/۰۷	۱/۷۴	۰/۲۵۹	۱/۰۹	اسهال
p=۰/۰۲۸	p=۰/۱۳۲	۹/۴	۳/۲۷	۱/۰۰۳	۳/۴۳	p=۰/۵۳۷	۱/۵۲	۳/۰۲	۱/۱۶	۲/۹۶	مشکلات اقتصادی

معنی‌دار نبود. ( $p=۰/۵۳۷$ ). در گروه مداخله بعد از انجام مداخله؛ تهوع و استفراغ، خستگی، درد، اختلال خواب، بی اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات اقتصادی کاهش داشت ( $p=۰/۰۰۰۱$ ). البته این کاهش در خستگی و مشکلات اقتصادی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $p=۰/۲۴۱$ ) و تنفس دردناک افزایش داشت ( $p=۰/۰۰۰۱$ ).

امتیاز میانگین‌ها در محدوده ۴-۱ است. امتیاز پایین‌تر نشان دهنده سطح بهتر کیفیت زندگی است. در گروه کنترل بعد از طی ۴ دوره شیمی درمانی خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنفس دردناک، اختلال خواب، بی اشتها و اسهال افزایش چشمگیری داشت ( $p=۰/۰۰۰۱$ ). یبوست نیز افزایش داشت اما این افزایش به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $p=۰/۴۹۷$ ) افزایش مشکلات اقتصادی نیز از لحاظ آماری

جدول شماره (۳): ابعاد علامتی کیفیت زندگی ۲ (عوارض جانبی درمان)

آزمون تی مستقل	گروه مداخله				گروه کنترل				ابعاد علامتی کیفیت زندگی		
	آزمون تی زوجی	قبل از مداخله		بعد از مداخله		آزمون تی زوجی	قبل از مداخله			بعد از مداخله	
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
p=۰/۴۹۹	p=۰/۰۰۰۱	۰/۳۲۵	۱/۳۱	۰/۱۹۷	۱/۹۸	p=۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۲/۴۹	۰/۲۹۴	۱/۲۵	عوارض جانبی درمان
p=۰/۴۱۱	p=۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۱	۱/۲۸	۰/۴۴۶	۱/۵۸	p=۰/۳۶۴	۰/۴۸۲	۱/۵۰	۰/۵۲۲	۱/۵۳	علائم پستان
p=۰/۶۳۶	p=۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۳	۱/۵۵	۰/۷۵۱	۱/۸۸	p=۰/۰۰۰۱	۰/۶	۱/۶۶	۰/۸۶۴	۱/۹۸	علائم بازویی
p=۰/۷۰۵	p=۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۸	۱/۶۹	۰/۴۶۶	۱/۱۱	p=۰/۰۰۰۱	۱/۰۹	۳/۰۴	۰/۴۹۱	۱/۰۹	نگرانی نسبت به ریزش مو

کاهش یافت ( $p=۰/۰۰۰۱$ ). در گروه مداخله بعد از انجام مداخله و طی ۴ دوره شیمی درمانی عوارض جانبی درمان علائم بازویی و علائم پستان کاهش یافت. عوارض جانبی درمان و نگرانی نسبت به ریزش مو افزایش داشت هر چند افزایش در این علائم به اندازه افزایش در گروه کنترل نبود. به طور مثال میانگین نگرانی نسبت به ریزش مو در گروه کنترل قبل از مداخله ۱/۰۹ بود و بعد از مداخله به ۳/۰۴ رسید در حالی که در گروه مداخله میانگین نگرانی نسبت به ریزش مو از ۱/۱۱ به ۱/۶۹ رسید.

امتیاز میانگین‌ها در محدوده ۴-۱ است. امتیاز پایین‌تر نشان دهنده سطح بهتر کیفیت زندگی است. در گروه کنترل بعد گذشت زمان مداخله (طی ۴ دوره شیمی درمانی) عوارض جانبی درمان (خشکی دهان، ریزش مو، تغییر در مزه غذا، آبریزش و حساسیت چشم‌ها) و نگرانی نسبت به ریزش مو به شدت افزایش یافت ( $p=۰/۰۰۰۱$ ). علائم پستان (درد، تورم، حساسیت بیش از حد) کاهش داشت که این کاهش به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ( $p=۰/۳۶۴$ ). علائم بازویی (درد، تورم)

## بحث و نتیجه گیری

خستگی یکی از شایع‌ترین علائم ناتوان کننده در بیماران سرطانی است. خستگی مرتبط با سرطان مفهومی چند بعدی است که از جنبه‌های جسمانی، روان شناختی و اجتماعی قابل بررسی می‌باشند. شواهدی وجود دارد که بیانگر این موضوع می‌باشد که خستگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان ممکن است ماه‌ها و حتی سال‌ها بعد از درمان باقی بماند این شرایط به خصوص در افرادی که تحت درمان با شیمی درمانی قرار گرفته‌اند مشاهده می‌شود هر چند مکانیسم آن به درستی آشکار نشده است. خستگی ممکن است به وسیله خود بیماری، درمان‌های مرتبط با آن یا سایر علائم فیزیکی و یا شرایط منتج از بیماری ناشی شود. صفایی و همکاران در پژوهشی گزارش می‌کنند که داشتن تصویر مثبت از بدن و هم چنین نگرش خوب به آینده تأثیری مثبت در کاهش خستگی در مبتلایان دارد. در نقطه مقابل علایم بیماری و عوارض ناشی از درمان از جمله درد، تنگی نفس، کاهش اشتها، بی‌خوابی موجب افزایش خستگی و ضعف در بیماران می‌گشتند. مطالعات نشان داد که افزایش عملکرد جسمانی با کاهش میانگین نمره خستگی همراه است. بنابراین انجام مداخلاتی به منظور افزایش عملکرد جسمانی بیماران می‌تواند در رفع و بهبود خستگی در آنان و در نتیجه ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران داشته باشد (۳۴). بر اساس مطالعه‌های متعدد بین خستگی و کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. تأثیر خستگی بر بیمار سرطانی شامل کاهش عملکرد شغلی و اجتماعی، برهم ریختگی روابط بین فردی، نارسایی در انجام نقش‌های خانوادگی و اجتماعی، برهم ریختگی وضعیت عاطفی، اشتها و غیره است (۳۵). اسپیگر<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه‌ای بیشترین عوارض در بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی را خستگی گزارش می‌کنند. در مطالعه مذکور همبستگی مثبتی بین افسردگی و خستگی گزارش نموده‌اند (۳۶). نتایج مطالعات دیگر حاکی از این بوده است که تدابیر آموزشی و حمایتی از بیماران در زمینه خود مدیریتی جهت مدیریت خستگی تأثیر بسزایی در کاهش علایم خستگی و بهبود احساس خوب بودن عاطفی و بهبود وضعیت کلی سلامت و بهبود قدرت تطابق و سازگاری و نشان دادن رفتارهای تطابقی داشته است. همچنین در مطالعه ویلیامز<sup>۲</sup> و شرایر<sup>۳</sup> معلوم شد تعداد زنانی که مشکلات خواب داشتند در گروه مداخله سه ماه بعد از مداخله به نصف این تعداد در یک ماه بعد از مداخله رسیده بود در حالی که در گروه کنترل این مشکل رو به افزایش بود و همچنین تعداد و اثر رفتارهای مراقبت از خود در

گروه مداخله افزایش داشت (۲۸). بهبودی در علائم به خصوص در تهوع و استفراغ، خستگی و بی‌خوابی دیده شد که این نتایج با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

پورکیانی و همکاران یک مطالعه از نوع کار آزمایشی بالینی تصادفی بر روی مبتلایان سرطان پستان انجام دادند و اثرات نوتوانی یک هفته پس از اتمام مداخله‌ها، مشهود بوده و این روند بهبودی با سرعت یکنواختی تا سه ماه پس از اتمام مداخله نیز ادامه یافت (۱۴). در پژوهش سمیعی و همکاران بعد از اجرای برنامه مشاوره با خانواده در گروه مداخله، علایم گوارشی (تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، بی‌بوست و اسهال، خشکی دهان، تغییرات چشایی) بیماران کاهش یافته ولی در گروه کنترل علایم گوارشی به استثناء اسهال تشدید یافته بود. (۳۷) یعنی مشاوره با خانواده تأثیر مثبتی در کاهش علائم و عوارض ناشی از بیماری و درمان داشته که از این لحاظ با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد با این تفاوت که در مطالعه حاضر در گروه کنترل اسهال نیز تشدید یافته بود.

نتایج مطالعه هروی کریموی در تهران نشان داد که آموزش گروهی باعث بهبود ابعاد علامتی کیفیت زندگی در مواردی چون تهوع و استفراغ، از دست دادن اشتها، بی‌بوست، اسهال، خشکی دهان و تغییرات چشایی در بیماران گروه مداخله شده است (۲۷). در همین رابطه نتایج مطالعات انجام شده مبنی بر تأثیر تدابیر آموزشی در کاهش علایم گوارشی مرتبط با شیمی درمانی بوده است (۳۸). در همین رابطه نتایج مطالعه پاتلا در ایتالیا نشان داد که تدابیر تغذیه‌ای و ارائه موارد آموزشی مربوط به بی‌اشتهایی و مشکلات گوارشی به دنبال شیمی درمانی به بیماران و خانواده آن‌ها باعث بهبود احساس خوب بودن جسمی و روانی بیماران می‌شود (۳۹). پژوهش بخشی و همکاران نشان داد استفاده از آموزش و تکنیک آرام سازی باعث کاهش دوز مصرفی داروی متوکلوپرامید و آنتی اسید می‌شود (۴۰). نتایج مطالعات فوق مبنی بر کاهش ابعاد علامتی کیفیت زندگی با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارند.

از دیگر علایم ناراحت کننده سرطان، درد ناشی از بیماری می‌باشد. درد سرطان تنها یک تجربه حسی جسمی نیست، بلکه دارای ابعاد عاطفی، شناختی، رفتاری و اجتماعی-فرهنگی نیز می‌باشد. بعد شناختی درد به شیوه اندیشه و تفکر بیمار درباره درد و نیز به معنایی اطلاق می‌شود که درد به همراه بیماری است (۴۱،۴۲). در مطالعه منتظری و همکاران؛ خستگی، درد و تنگی نفس سه ماه و ۱۸ ماه پس از تشخیص بیماری نسبت به قبل از تشخیص افزایش یافته بود؛ که نتایج بدست آمده با نتایج تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد (۱۵) مطالعه‌ای که توسط عاقبتی و همکاران گزارش می‌کنند که بیمارانی که ۵ روز پیاپی به مدت نیم ساعت

<sup>1</sup> Spichigera

<sup>2</sup> Williams

<sup>3</sup> Schreier

مشکلات اقتصادی حتی پس از خاتمه درمان نیز همچنان آثاری منفی بر کیفیت زندگی بازماندگان سرطان پستان و خانواده‌های آن‌ها دارد (۴۵).

در زمینه تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بیماران بر کیفیت زندگی، نتایج مطالعه سمیعی سبینی مبنی بر تأثیر برنامه آموزشی در کاهش مشکلات اقتصادی می‌باشد. با توجه به هزینه‌های هنگفتی که جراحی و شیمی درمانی دارد بیماران را دچار مشکلات اقتصادی می‌کند که در این رابطه بیماران تحت پوشش بیمه کمتر با مشکل مواجه هستند ولی به هر حال بار اقتصادی زیادی برای بیماران و خانواده به همراه دارد و گاهی نیز منجر به قطع روند درمان می‌شود آنچه که مهم است توانمندسازی و خودکفایی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌باشد تا ضمن حفظ استقلال خود، توانمندی لازم را جهت برطرف کردن مشکلات اقتصادی داشته باشند که این امر نیازمند برنامه ریزی و زمان بیشتری جهت تحقق اهداف مربوطه می‌باشد.

نتایج مطالعه هروی کریموی نیز در تهران نشان داد که آموزش گروهی باعث کاهش میزان مشکلات اقتصادی در بیماران گروه مداخله شده است (۲۷). نتایج مطالعه کیم<sup>۱</sup> نشان داد حمایت‌های اجتماعی از بیماران مبتلا به سرطان تأثیر ویژه‌ای در کاهش بار اقتصادی ناشی از فرآیند بیماری و درمان و بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته است (۴۶). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه سمیعی سبینی مبنی بر تأثیر مشاوره با خانواده در بهبود علامتی علائمی چون خشکی دهان و تغییرات چشایی در بیماران گروه مداخله هم‌خوانی دارد (۳۷).

ادم لنفاوی اندام تحتانی یکی از وخیم‌ترین عوارض طولانی مدت جراحی سرطان پستان و رادیوتراپی است. نگرانی جوامع غربی از ادم لنفاوی به دلیل دامنه وسیعی از ناراحتی تا ناتوانی عضو مبتلا است که می‌تواند ابعاد جسمی، اجتماعی، روحی روانی و مالی کیفیت زندگی این دسته از بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. ارزیابی علائم بازویی و اثر آن بر کیفیت زندگی به عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان در تحقیقات روی بازماندگان سرطان پستان می‌باشد. یک مطالعه مورد-شاهدی در چین نشان داد که هر چه ادم لنفاوی اندام فوقانی بیشتر باشد؛ بیماران کیفیت زندگی نامطلوب تری و علائم بازویی بیشتری را گزارش می‌کنند (۴۷). در مطالعه حاضر، بعد از اجرای برنامه در گروه مداخله، علائم بازویی چون درد شانه و بازو، تورم در بازو و در رابطه با علائم پستان (درد، تورم و حساسیت در پستان) همگی کاهش معنی‌داری نشان داده ولی همین علائم در گروه کنترل در خصوص علائم بازویی جزئی کاهش ولی در سایر موارد افزایش داشته است ( $p < 0.01$ ). نتایج

تحت ماساژ درمانی قرار گرفتند نسبت به گروه کنترل و پلاسبو درد و خستگی کمتری را گزارش نمودند (۴۳). نتایج مطالعه عاقبتی و همکاران در کاهش خستگی و درد بیماران سرطانی با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. هر چند نمونه‌های مورد پژوهش در مطالعه عاقبتی و همکاران مبتلا به هر یک از انواع سرطان‌ها هستند اما در پژوهش حاضر فقط بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد تحقیق قرار گرفته‌اند.

در مطالعه حاضر، بعد از اجرای برنامه در گروه مداخله، میزان درد بیماران کاهش یافته ( $p < 0.01$ ) ولی در گروه کنترل تمامی علائم مربوط به میزان درد تشدید یافته است ( $p < 0.01$ ). نتایج مطالعه سمیعی سبینی مبنی بر تأثیر برنامه آموزشی در کاهش میزان درد و تنفس دردناک می‌باشد که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. نتایج مطالعه هروی کریموی نیز در تهران نشان داد که آموزش گروهی باعث کاهش میزان علائم فوق در بیماران گروه مداخله شده است (۲۷). نتایج مطالعات انجام شده در ایران و جهان حاکی از مؤثر بودن تدابیر غیر دارویی بر کاهش شدت درد ناشی از سرطان می‌باشد؛ تدابیر غیر دارویی از جمله آرا مسازی عضلانی، ماساژ، کیسه آب گرم و آب سرد... که با همکاری اعضای خانواده در پژوهش سمیعی سبینی که برای نمونه‌های مورد پژوهش در گروه مداخله به اجرا درآمد نه تنها منجر به تخفیف درد بیمار شد، بلکه به دلیل مشارکت خانواده در این امر، باعث شد تا بیمار حمایت‌های روانی-عاطفی را نیز از سوی خانواده دریافت کند و همچنین در تخفیف سایر عوارض از جمله خستگی ناشی از شیمی درمانی بسیار مؤثر واقع شد و بر میزان مشارکت خانواده‌ها نیز در امر مراقبت از بیمار افزود و منجر به کاهش میزان مشکلات خانواده در امر مراقبت از بیمار گردید (۳۷).

همچنین در زمینه تأثیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی بیماران بر کیفیت زندگی، نتایج مطالعه ما در گروه مداخله نشان داد که آموزش باعث کاهش میانگین مشکلات اقتصادی بیماران در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شده اگرچه این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. یعنی با این میزان آموزش مشکلات اقتصادی تفاوت چندانی نکرده است. البته این نتیجه را می‌توان به افزایش سرسام امور قیمت داروهای شیمی درمانی در میانه امسال نسبت به اوایل سال جاری نسبت داد که تلاش‌های ما در کاهش این معضل را بی‌حاصل گذاشته است و به دلیل محدودیت‌های این پژوهش قادر به کمک مالی به بیماران کم درآمد نبودیم. در همین رابطه منتظری نیز افزایش مشکلات اقتصادی این دسته از بیماران را ۳ ماه و ۱۸ ماه پس از شروع درمان نسبت به قبل از درمان گزارش می‌کند که حاکی از هزینه سنگین درمان سرطان می‌باشد (۱۵). در پژوهشی دیگری؛ از نظر علائم بیماری بیشترین شکایت بیماران از مشکلات اقتصادی مربوط به بیماری بود (۴۴)

<sup>1</sup> Kim



خصوص نگرانی نسبت به ریزش مو؛ نتایج مطالعه حاضر با نتایج سمیعی سبینی و هروی کریموی مطابقت ندارد. در مطالعه حاضر نگرانی نسبت به ریزش مو در هر دو گروه مداخله و کنترل افزایش داشت در حالی که در مطالعه سمیعی سبینی و هروی کریموی نگرانی نسبت به ریزش مو در گروه کنترل افزایش و در گروه مداخله کاهش داشت که این نتایج متناقض می‌تواند به علت نوع مداخله و یا تفاوت فرهنگی، سطح سواد و یا سطح آگاهی عمومی نمونه‌های مورد پژوهش باشد (۳۷، ۲۷). نتایج مطالعه فریس در انگلستان نشان داد که به‌کارگیری استراتژی مدیریت آلپوسی، باعث شد که زنان حس کنترل بیشتری بر ریزش مو داشته باشند (۴۹).

### تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایا نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم می‌باشد و بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به منظور تصویب طرح به شماره (۹۱-۰۳-۳۳-۸۱۶) و حمایت مالی توسط آن معاونت محترم جهت انجام این طرح پژوهشی، سپاسگزاریم. ضمناً مراتب سپاس خود را از بیماران و اساتید محترمی که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، اعلام می‌داریم.

مطالعه سمیعی سبینی مبنی بر تأثیر برنامه آموزشی در علائم بازویی چون درد شانه و بازو، تورم در بازو و در رابطه با علائم پستان، درد، تورم و حساسیت در پستان با نتایج پژوهش ما هم‌خوانی دارد (۳۷). نتایج مطالعه هروی کریموی در تهران نیز نشان داد که مشاوره گروهی باعث کاهش میزان علائم فوق در بیماران گروه مداخله شده است (۲۷).

بچلر در یک مطالعه مروری با عنوان مو و شیمی در مانی بیان می‌کند که پرستاران باید از خطرات ریزش موها در بیماران دریافت‌کننده شیمی درمانی آگاه بوده و به آن‌ها آمادگی لازم را بدهند. حمایت عاطفی در این بیماران منجر به بهبود کیفیت زندگی می‌شود و پرستاران نقش مهمی در کمک به این بیماران برای سازگاری با آلپوسی دارند (۴۸) نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد در گروه کنترل که هیچ آموزشی درباره ریزش مو و نحوه سازگاری با آن را دریافت نکرده‌اند نگرانی نسبت به ریزش مو به شدت افزایش نموده است، این درحالیست که در گروه مداخله که آموزش‌هایی مبنی بر اثر داروهای شیمی درمانی بر روی موها و اطلاع رسانی از ریزش موها، و آمادگی برای ریزش مو؛ نگرانی کمتری نسبت به گروه کنترل، مشاهده نمودیم. در مطالعه‌ای منتظری و همکاران، ۳ ماه و ۱۸ ماه پس از تشخیص؛ نگرانی نسبت به ریزش مو به شدت افزایش داشت (۱۵) که این نتیجه با نتایج در گروه کنترل مطالعه حاضر کاملاً هم‌خوانی دارد.

### References:

1. Aghabarari M, Ahmadi F, Mohammadi A, Hajizadeh A. Physical, psychological and social scales of quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Nurs Res J* 2006; 3(1): 55-65 (Persian)
2. Akbari Nassaji N. Evaluation of Breast self-examination health beliefs of nurses in hospitals in Urmia. (Dissertation). Urmia: Urmia University of Medical Sciences; 1999.P.3.(Persian)
3. Reported cancer cases registered in 2006. Ministry of Health and Medical Education. Department of Health, Center for Disease Control, Assistance Non-Communicable Diseases, Department of Cancer 2007;55-6.
4. Montazeri A, Ebrahimi M, mehrdad N, Ansari M, Sajadian A. Delayed Presentation In Breast Cancer. *BMC Women's Health* 2003;3:4.
5. Harrirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, jarvandi S, Montazeri A. Breast cancer in Iran. A review of 903 case records. *Publish health* 2000;114(2): 143-5.
6. Bakhtiar M, Islami M, Fesharaki M, Kusha S. The effect of education on mental health women's with breast cancer undergoing chemotherapy. *Quarterly J Breast Disease* 2011. 4(1&2): 42-7.
7. Maleki D. Evaluation of Demographic and clinical characteristics of patients with breast cancer in Urmia Which could be a good screening method? *Urmia Med J* 2010; 21(3): 273-7. (Persian)
8. Ream E, Richrdson A, dann CA. Facilitating patients , s coping with fatigue during chemotherapy-pilot outcomes. *Cancer Nurs* 2002;25(4): 300-8.
9. Broeckel JA, Jacobsen PB, Horton J, Balducci L, Lyman GH. Characteristics and correlates of

- fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J clinical oncology* 1998;16(5): 1689-96.
10. Jong ND, Courtens AM, Abu-Saad HH, Schouten HC. Fatigue in patients with Breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: A review of the literature. *Cancer Nursing* 2002;25(4): 283-97.
  11. Slemi S. *Fundamental of Nursing*(Perry& Potter). Tehran: salemi; 2007.
  12. Aghabarari M, Mohammadi E, Hajezadeh A, Ahmadi F. Dimension of physical & mental and social of quality of life in women with Breast cancer undergoing chemotherapy. *Res Nurs* 2006;1(3): 55-65.
  13. Knobf M. The influence of endocrine effect of adjuvant therapy on quality of life outcomes in breast cancer patient. *Cancer Nurs* 2005;28: 390-7.
  14. Pourkiani M, Hazrati M, Abbaszadeh E, Jafari P, Sadeghi M, Dezhbakhsh T, et al. Whether rehabilitation is effective in improving the quality of life in breast cancer patients? *Payesh J* 2009;9(1): 61-8.
  15. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvand S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 2008; 8: 330.
  16. Bagheri H, Mashayekhi Y, Bakuei S. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease referred to Imam Hussain (AS) Shahroud. *Quality of life J* 2004; 2(2): 1-11.
  17. Lee SJ, Earle CC, Weeks JC. Outcomes research in oncology: history, conceptual framework, and trends in the literature. *J National Cancer Institute* 2000; 92(3): 195-204.
  18. McLachlan SA, Devins GM, Goodwin PJ. Validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) as a measure of psychosocial function in breast cancer patients. *Eur J Cancer* 1998; 34(4): 510-7.
  19. Rahimi A. Adolescents quality of life. *Quality of life J* 2004;2(2): 20-3.
  20. Darvishpour E. Quality of Life World Health Organization Quality of Life instrument for measuring quality of life. *Quality of life J* 2004;2(2): 24-9.
  21. Nejat s. Quality of life in patients with multiple sclerosis compared with healthy population of Tehran. *Iran J Epidemiol* 2006; 1(4): 19-24
  22. Mosavi S, Asri M. Knowledge of the educational needs of the care of cancer patients undergoing chemotherapy and radiation therapy. *J Babol Univ of Med sci* 2002;5(1): 17-20.
  23. Aghabarari M, Ahmadi F, Agha alinezhad H, Mohammadi E, Hajezadeh A. Effects of exercise program on stress, anxiety and depression in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *J Shahrekord Univ of Med Sci* 2007; 9(4): 26-35.
  24. Van der Steeg AFW, De Vries J, Roukema JA. The value of quality of life and health status measurements in the evaluation of the well-being of breast cancer survivors. *Eur J Surg Oncol* 2008;34(11):1225–30.
  25. Hartl K, Jaani W, Kastner R, Sommer H, Stroble B, Stauber M. Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Anal of Oncology* 14(7): 1064-71.
  26. Hasan pourdehkordi A, Shaban M. The relationship between cancer and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy referred to Selected-Oncology Clinic Tehran University of Medical Sciences. *Tehran Univ Med J* 2004 6(4): 63-71.
  27. Heravi karimvi M, Pour dehghan M, Faghizadeh S, Montazeri A. The effect of group counseling on functional measures of quality of life in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Shahed Univ j*; 2006,13(62): 69-79.

28. Williams SA, Schreier AM. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2004;31(1):E16–23.
29. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Sudarth, Text Book of Medical Surgical Nursing. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2004.P.1445-70.
30. Mock V, Olsen M. Current management of fatigue and anemia in patients with cancer. *Semin Oncol Nurs* 2003;19(4 Suppl 2):36–41.
31. Safaee A, Moghimi Dhkordi B, Tabatabaei S. Validity and reliability of the assessment of the quality of life in breast cancer patients. *Armagh Danesh J*; 2007, 12(2): 79-87.
32. Fayers P, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomeley A. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed. Brussels: EORTC; 2001.
33. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23) translation and validation study of the Iranian version. *Support Care Cancer* 1999; 7(60): 400-6.
34. Safaee A, Tabatabaee S, Moghimi-Dehkordi B, Zeighami B. Cancer-related fatigue in breast cancer patients under chemotherapy. *koomesh* 2010; 11 (4): 317-22.
35. Ghaffari F, Fotokian Z, Karimi M, Keihanian SH, Karimi H. The relationship between anemia-related fatigue and quality of life in canceric patients. *JQUMS* 2009; 13(1): 34-41.
36. Spichiger E, Müller-Fröhlich C, Denhaerynck K, Stoll H, Hantikainen V, Dodd M. Prevalence of symptoms, with a focus on fatigue, and changes of symptoms over three months in outpatients receiving cancer chemotherapy. *Swiss Med Wkly* 2011;141:w13303.
37. Samiei F, Anusheh M, Alhani F. The effect of family counseling on measures of quality of life for women with cancer undergoing Chemotherapy. *Iran J Breast Disease*; 2010,3(1 & 2): 28-39.
38. AmyJ H, Alexander VE, Audrey G. Testing a theoretical model of perceived selfefficacy for cancer-related fatigue elfmanagement and optimal physical functional status. *Nurse Res* 2009; 58(1): 32-41.
39. Patella MN, Goldin D, Aggujaro M. Nutritional concerns of cancer patients and the families. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 1(3): 171-9.
40. Bakhshi M, Memarian R, Azad Fallah P. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on the Dosage of Antiemetic Drugs in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *The Horizon of Medical Sciences*. 2009; 15 (3): 5-12.
41. Meeker MA, Finnell D, Othman AK. Family caregivers and cancer pain management: a review. *J Fam Nurs* 2011 17(1): 29-60.
42. Borneman T, Koczywas M, Sun V, Piper BF, Smith-Idell C, Laroya B, Uman G, Ferrell B. Effectiveness of a linical intervention to eliminate barriers to pain and fatigue management in oncology. *J Palliat Med* 2011; 14(2): 197-205.
43. Aghabati N , Mohammadi E, Pour Esmaiel Z. The Effect of Therapeutic Touch on Pain and Fatigue of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *eCAM* 2010;7(3)375–81.
44. Quality of life in patients with esophageal cancer referred to Tehran Imam Khomeini hospital. ? *Payesh J* 2009;8(4)371-8.
45. Meneses K, Azuero A, Hassey L, McNees P, Pisu M. Does economic burden influence quality of life in breast cancer survivors? *Gynecologic Oncology* 124 (2012) 437–43.
46. Kim YJ, Lee KJ. Relationship of social support and meaning of life to suicidal thoughts in cancer patients. *J Korean cad Nurs* 2010; 40(4): 524-32.
47. Maka SS, Mob KF, Suen JJS, Chan SL, Maa WL, Yeoc W. Lymphedema and quality of life in Chinese women after treatment for breast cancer *Eur J Oncol Nurs* 13 (2009) 110–5.

48. Batchelor D. Hair and cancer chemotherapy: Consequences and Nursing Care. Eur J Cancer Care 2011; 10: 147-63.
49. Frith H, Harcourt D, Fussell A. Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. Eur J Oncol Nurs 2007; 11: 385-91.

## EVALUATION OF THE EFFECTS OF EDUCATIONAL PACKAGE ON CONTROLLING THE COMPLICATIONS OF CHEMOTHERAPEUTIC AGENTS ON SYMPTOM SCALES OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH BREAST CANCER UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Baghaei R<sup>1\*</sup>, Sharifi M<sup>2</sup>, Mohammadpour Y<sup>3</sup>, Sheykhi N<sup>4</sup>

Received: 9 Jul , 2013; Accepted: 14 Sep , 2013

### Abstract

**Background & Aims:** Today breast cancer is the most common malignancy among women, hence measuring the quality of life of patients with breast cancer is of great important. Chemotherapy is one of the common treatment procedures that cause several side effects. Patient who received outpatient chemotherapy need active measurements to control these side effects. It is necessary to get enough information from the patients and their family's education. The aim of this study is the evaluation of the effects of educational package on controlling the complications of chemotherapeutic agents on symptom scales of quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy

**Materials & Methods:** This is a quasi-experimental study. Patients were 106 women with breast cancer candidate to chemotherapy referred to ward of Oncology in Omid and Imam Khomeini hospitals. Eligible patient selected as available sampling. They were randomly divided into intervention and control groups. Questionnaire measured the quality of life using the European Organization for Research and treatment of cancer Quality of life Questionnaire (EROTC QLQ\_C30) and its breast cancer supplementary measure (QLQ-BR 23) at two points in time; baseline (pre-chemotherapy), 12 weeks after chemotherapy (within four cycle of chemotherapy). After two chemotherapy cycle intervention group received the educational package for control of chemotherapy side effects.

**Results:** The results showed that educational package for controlling the side effects of chemotherapy in intervention group reduced the symptom scales of quality of life and increased the global quality of life ( $p < 0.005$ ), in comparison with the control group.

**Conclusion:** According to the results, codification of an integrated educational program by oncology nurses will have significant positive impact on the promoting quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy.

**Key words:** Breast cancer, Chemotherapy, Quality of life, Education.

**Address:** Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** (+98) 441 2754961

**Email:** rbaghaei2001@yahoo.com

<sup>1</sup> Assistant professor, Faculty Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences. (Corresponding Author)

<sup>2</sup> MSc Student in Nursing, Faculty Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

<sup>3</sup> Medical Education PhD Student, Instructor, Faculty Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

<sup>4</sup> MSc in statistics, Urmia University of Medical Sciences