

بررسی تأثیر مراقبت‌های حمایتی و آموزشی پرستاران بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده جهت رادیوتراپی به بیمارستان سیدالشهدای اصفهان در سال ۱۳۹۲

شایسته صالحی^۱، مینا تجویدی^۲، وحیده قاسمی^۱، زهرا راعی^{۳*}

^۱دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران؛ ^۲دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ ^۳دانشگاه آزاد اسلامی،

واحد اصفهان (خوراسگان)، باشگاه پژوهشگران جوان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۳۱ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۲۰

چکیده:

زمینه و هدف: در ایران و بسیاری از کشورهای جهان، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان است؛ اما در سال‌های اخیر میزان بقای مبتلایان به این بیماری طولانی‌تر گشته و در عین حال تأکید بیشتر بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد. به همین خاطر پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مراقبت‌های حمایتی و آموزشی پرستاران بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام گردید.

روش بررسی: در این پژوهش که یک مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد بود، ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به درمانگاه رادیوتراپی بیمارستان سیدالشهدا در سال ۱۳۹۲ شرکت کردند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و کیفیت زندگی وابسته به موسسه بک من بود که در دو مرحله قبل و بعد از اجرای جلسات آموزشی و حمایتی برای بیماران تکمیل گردید. در نهایت اطلاعات به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله $51/73 \pm 13/91$ و بعد از مداخله $60/46 \pm 13/80$ بود ($P < 0/001$)؛ همچنین در هر ۴ بعد کیفیت زندگی، میانگین امتیاز افراد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافت، اما این اختلاف تنها در دو بعد سلامت جسمی و روانی معنی‌دار ($P < 0/001$) شناخته شد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش تأثیر مثبت برنامه‌های آموزشی و حمایتی را در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تأیید نمود؛ لذا طراحی و اجرای چنین برنامه‌هایی به صورت گسترده‌تر و بر اساس نیازهای آموزشی و حمایتی بیماران پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌های حمایتی، آموزش، کیفیت زندگی، سرطان پستان، رادیوتراپی.

مقدمه:

انجام شده به طور میانگین در آمریکا از هر ۹ زن ۱ نفر در طول عمر خود به سرطان پستان مبتلا می‌شوند (۳). در ایران نیز بر طبق آمار مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، سرطان پستان از نظر بروز بین تمام سرطان‌ها در زنان، در رتبه اول قرار دارد و شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ با ۶۶۵ مورد ابتلا از تعداد ۲۲۵۱ مورد ابتلا به سرطان پستان مقام اول را در کشور به خود اختصاص داده است (۵،۴).

امروزه سرطان پستان مهم‌ترین عامل نگران‌کننده سلامتی زنان است، چراکه شایع‌ترین نوع سرطان و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در میان زنان محسوب می‌شود (۱). بر اساس آمارهای اعلام شده از سوی انجمن سرطان آمریکا، ۲۴۰ هزار مورد ابتلا به جدید سرطان پستان در سال ۲۰۱۳ در میان زنان ایالات متحده آمریکا شناسایی شده است (۲). طبق برآوردهای

*نویسنده مسئول: اصفهان- دانشگاه آزاد اسلامی- واحد اصفهان (خوراسگان)- باشگاه پژوهشگران جوان- تلفن: ۰۹۳۶۴۹۰۱۶۳۹،

E-mail: z.raee89@gmail.com

روش‌های مختلفی به منظور درمان سرطان پستان به کار گرفته می‌شود که براساس درجه و سختی بیماری متفاوت است. روش‌های درمان سرطان پستان شامل جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و هورمون‌درمانی است که خود می‌تواند به دنبال سرطان پستان، عمده‌ترین تأثیر را بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد (۶).

کیفیت زندگی مفهومی است که طی قرن‌های متمادی همواره موضوعی چالش‌برانگیز بوده است؛ اما در سال‌های اخیر درمورد بیماران مبتلا به سرطان در کنار میزان بقا و طول عمر آن‌ها، توجه ویژه‌ای را به خود جلب کرده است. از دلایل افزایش توجه به این مفهوم در عصر جدید و تأکید بیشتر بر کیفیت زندگی در برابر کمیت زندگی این است که امروزه تنها زنده ماندن مدنظر نیست و افراد خواهان یک زندگی با کیفیت مطلوب می‌باشند و برخلاف گذشته که ارزیابی تأثیر درمان بر اساس بهبودی، ناتوانی و مرگ بود، کیفیت زندگی به عنوان یکی از پیامدهای مهم و یکی از شاخص‌های تعیین‌کننده تأثیر درمان بیماری‌ها ارزیابی می‌گردد (۷، ۸).

امروزه کیفیت زندگی گاه‌به‌گاه سلامت‌ی در مطالعات مختلف استفاده می‌گردد؛ اما کیفیت زندگی نسبت به وضعیت سلامت ابعاد بیشتری را دربرمی‌گیرد و تحت تأثیر عوامل بیشتری قرار می‌گیرد (۹). به طوری که حیطه‌های اصلی آن شامل سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌باشد که با وجودی که می‌توان این حیطه‌ها را از هم جدا نمود و هر یک را به صورت جداگانه بررسی کرد، اما در بین آن‌ها تعامل وجود دارد و اختلال در هر کدام از ابعاد نامبرده شده دارای تأثیر مستقیم و قابل ملاحظه‌ای بر سایر ابعاد می‌باشد (۱۰).

به کمک غربالگری و تشخیص به موقع سرطان و درمان‌های به کار گرفته شده نیز مورتالیتی ناشی از سرطان پستان، ۲۰ تا ۳۰٪ کاهش یافته است (۱۱). برای مثال رادیوتراپی به طور شاخص، عود تومور را که همراه با افزایش ناتوانی و مرگ‌ومیر می‌باشد را کاهش داده و از ۲۶٪ به ۷٪ رسانده است (۱۲). در چنین موقعیتی

وظیفه تیم درمان انجام اقدامات مربوط به پیشگیری ثالثیه می‌باشد، چرا که در سطح سوم به پیشگیری و کاهش عوارض بیماری بعد از این که بیماری از نظر بالینی آشکار شد، پرداخته می‌شود. یکی از مهم‌ترین اقدامات در این سطح، مراقبت‌های حمایتی، آموزشی و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی افرادی است که سرطان دارند (۱۳)؛ اما متأسفانه به این مسئله توجه کافی نمی‌شود. مثلاً نتایج مطالعه اقتدار و همکاران نشان داد که اکثریت (۶۳/۶٪) بیماران مبتلا به سرطان پستان، مراقبت‌های حمایتی متوسطی از پرستاران دریافت کرده‌اند (۷). Moursy و Ead نیز در پژوهش خود درخصوص خود مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان به این نتیجه رسیدند که شیوه‌های مراقبت از خود که توسط افراد مورد مطالعه انجام شده‌اند، ناکافی بوده است. به اعتقاد آن‌ها پرستاران به دلیل تماس طولانی‌تر و مستقیم‌تری که با بیمار دارند، نقش مهم و مؤثری در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران سرطانی به وسیله تشویق و ترویج مناسب مراقبت از خود دارند و به این ترتیب، بیماران می‌توانند به زندگی عادی خود و به جامعه بازگردند. تنوری اورم در این زمینه و برای دستیابی به این اهداف می‌تواند کمک‌کننده باشد (۱۴).

طبق تعریف اورم، مراقبت از خود، رفتارهای آموخته شده‌ای هستند که شخص برای حفظ یا ارتقای زندگی، سلامتی، خوب بودن، پیشگیری و درمان بیماری انجام می‌دهد (۱۵). با توجه به این الگو نیاز است که خود بیمار در امر مراقبت از خود همکاری داشته باشد و روشن است که فرد برای پذیرش چنین مسئولیتی نیاز به آگاهی دارد. پرستاران محوری‌ترین عضو گروه بهداشتی در مرتفع ساختن این نیاز موجود می‌باشند که لازم است، در کنار آموزش با بهبود مهارت‌های رفتاری در بیماران و ایجاد احساس مسئولیت و خودکفایی در انجام مراقبت از خود، به بیماران کمک کنند تا تلاش بیشتری جهت کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی خود انجام دهند (۱۶). بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر

مراقبت‌های حمایتی و آموزشی پرستاران بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده جهت رادیوتراپی به بیمارستان سیدالشهدای اصفهان انجام گردید.

روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد بود که در آن ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به درمانگاه رادیوتراپی بیمارستان سیدالشهداء، در سال ۱۳۹۲ شرکت داشتند. نمونه‌گیری به صورت دردسترس انجام شد و طبق مطالعات اخیری که در مورد کیفیت زندگی صورت گرفته بود (نارویی و همکاران بر روی ۳۵ نفر از بیماران همودیالیزی و زندگی و همکاران بر روی ۴۴ نفر از بیماران سیروز کبدی ۴۵ نفر از بیماران مراجعه‌کننده که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند (۱۷، ۱۸). معیارهای ورود شامل دارا بودن سن ۶۵-۱۸ سال، مرحله یک تا سه سرطان پستان براساس یافته‌های بالینی، پاتولوژی و تشخیص پزشکی، وجود حداقل سه هفته فاصله بین اتمام کموتراپی و شروع رادیوتراپی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توان جسمی و روانی و تمایل برای شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز نداشتن تمایل برای ادامه شرکت در مطالعه و عدم دسترسی به شرکت‌کننده‌ها در طول مطالعه به هر علتی (از جمله مرگ) در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری از اواسط اردیبهشت ۱۳۹۲ تا اواخر مرداد به طول انجامید و از سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، بررسی وضعیت سلامت اورم و کیفیت زندگی استفاده گردید.

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک به وسیله محقق براساس پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته و با توجه به نظر اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان تنظیم گردید و شامل متغیرهای سن بیمار، سن هنگام تشخیص بیماری، طول مدت ابتلا به بیماری، سن اولین حاملگی، سن اولین شیردهی، سابقه وجود بیماری دیگر، سابقه وجود

بیماری سرطان پستان در بستگان و میزان تحصیلات بیمار بود.

بررسی کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان نیز در این پژوهش با استفاده از ابزار استاندارد بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان سینه، مربوط به مرکز پزشکی ملی و مؤسسه پژوهش بک من انجام شد. این ابزار، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را در ۴ بعد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد بررسی قرار می‌دهد و شامل ۴۴ مورد می‌باشد که نمره‌دهی به هر مورد براساس ۰ تا ۱۰ صورت می‌گیرد. بدین صورت که نمره صفر به بدترین حالت و نمره ۱۰ به بهترین حالت اختصاص می‌یابد. نمره‌دهی در چندین مورد موجود در این ابزار (۷-۹، ۱۰، ۲۹-۳۱، ۳۱، ۳۷-۳۳، ۴۱) نسبت به بقیه موارد معکوس می‌باشد؛ همچنین موارد ۱ تا ۸ این پرسشنامه که در مجموع ۸۰ نمره می‌شود، به بعد جسمی، موارد ۹ تا ۳۰ که در مجموع ۲۲۰ نمره می‌شود، به بعد روانی، موارد ۳۱ تا ۳۷ که در مجموع ۷۰ نمره می‌شود، به بعد اجتماعی و در نهایت موارد ۳۸ تا ۴۴ که در مجموع ۷۰ نمره می‌شود، به بعد معنوی اختصاص می‌یابد. بالاترین نمونه‌ای که واحد مورد پژوهش می‌تواند پس از تکمیل این ابزار کسب نماید، ۴۴۰ و پایین‌ترین نمره صفر می‌باشد.

در این پژوهش به دلیل متفاوت بودن تعداد سوالات هر حیطه نسبت به یکدیگر، به منظور قابل مقایسه بودن میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی، نمرات به دست آمده در هر بعد، ابتدا در عدد ۱۰۰ ضرب و سپس بر حداکثر امتیاز آن بعد تقسیم شد، در نتیجه دامنه کلیه نمرات به دست آمده از ۰ تا ۱۰۰ به دست آمد. در خصوص روایی این ابزار نیز، از روش اعتبار صوری و محتوایی و با نظرخواهی از ۱۴ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان و آنکولوژیست و رادیوتراپ در بیمارستان سیدالشهدا استفاده شد؛ همچنین از دو شاخص نسبت روایی محتوا (Content Validity Ratio= CVR) و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index= CVI)

استفاده شد که تمامی مقادیر CVR، بیش از ۰/۵۱ (حداقل ارزش تعیین شده لاواشه برای ۱۴ متخصص) و CVI بیش از ۰/۷۹ به دست آمد. برای پایایی ابزار مورد نظر نیز از روش همسانی درونی استفاده شد؛ به این شکل که ضریب آلفا کرونباخ پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط افراد شرکت‌کننده در پژوهش محاسبه گردید که ضریب اعتبار ۰/۸ به دست آمد. به طور مشابهی طالبقانی و همکاران نیز از همین پرسشنامه در پژوهش خود استفاده کرده و ضریب اعتبار ۰/۸ به دست آمده بود که مؤید روایی و پایایی قابل قبول این ابزار می‌باشد (۶).

جهت اجرای مداخله نیز ابتدا پژوهشگر تمام مراحل کار را برای هر کدام از بیماران به زبان ساده تشریح نمود و به آن‌ها فرصت داده شد تا جهت شرکت در مطالعه تصمیم‌گیری نمایند و سپس اقدام به گرفتن رضایت آگاهانه کتبی و تکمیل پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، بررسی وضعیت سلامت اورم و کیفیت زندگی قبل از مداخله می‌نمود و از بیماران دعوت می‌شد، در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای که در روز چهارشنبه هر هفته در سالن رادیوتراپی بیمارستان برگزار می‌گردید، شرکت نمایند.

در این پژوهش نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی که قبل از مداخله توسط بیماران تکمیل شده بود، به عنوان پیش‌آزمون ثبت گردید. براساس پرسشنامه بررسی وضعیت سلامت اورم نیز نیازهای خودمراقبتی بیماران مشخص گردید، سپس جلسات آموزشی به صورت گروهی و براساس نیازهای مشخص شده بیماران برطبق مدل مراقبت از خود اورم، در رابطه با «آشنایی با سرطان پستان و چگونگی سازش با این بیماری، راه‌های درمان و عوارض رادیوتراپی، نوع تغذیه، سلامت معنوی، سلامت روانی، فیزیوتراپی اندام‌ها و ...» برگزار گردید (۱۹). در هر جلسه درخصوص یکی از موارد توضیحات لازم داده می‌شد و در طی جلسات به سوالات و اشکالات بیماران پاسخ داده شده؛ همچنین در جهت حمایت بیماران مواردی همچون

ارجاع انفرادی به روانشناس، مددکار، طب تسکینی، متخصص تغذیه، ملاقات با نجات یافتگان و استفاده از پروتز انجام گرفت و در نهایت پمفلت و CDهای آموزشی به منظور درک بهتر موضوع و یادآوری نکات مهم در اختیار بیماران قرار داده شد. در آخرین جلسه نیز طبق قرار قبلی آزمون کلی از مطالب آموخته شده، گرفته شد و موارد نیازمند آموزش مجدد مشخص گردید و در یک جلسه ۶ ساعته در غالب یک آموزش یک روزه به صورت فشرده همه مطالب مورد نیاز مرور گردید.

در نهایت وضعیت کیفیت زندگی ۴۵ بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده جهت رادیوتراپی بعد از مداخله با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سنجیده شد و تمام اطلاعات به دست آمده جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز به کمک نرم‌افزار آماري SPSS و با استفاده از شاخص‌های توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (تی زوجی) در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ صورت گرفت.

یافته‌ها:

در این پژوهش میانگین سن بیماران $44/68 \pm 8/43$ و $68/9$ ٪ آنان سن بین ۴۰-۵۹ سال داشتند. میانگین سن آنان هنگام تشخیص بیماری $43/77 \pm 8/34$ بود. تحصیلات $62/2$ ٪ زیر دیپلم و طول مدت ابتلا 80 ٪ نمونه‌ها کمتر از یک سال بود. در $91/1$ ٪ افراد سابقه وجود این بیماری در بستگان مشاهده نشد. میانگین سن اولین حاملگی و شیردهی به ترتیب $19/14 \pm 2/69$ و $19/87 \pm 2/70$ گزارش گردید.

نتایج آزمون تی زوج، امتیاز افراد در ۴ بعد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله و اختلاف این دورا که در جدول شماره ۱ آمده است، نشان می‌دهد. در هر ۴ بعد کیفیت زندگی میانگین امتیاز افراد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته؛ اما این اختلاف تنها در ۲ بعد سلامت جسمی و روانی ($P < 0/001$) معنی‌دار شناخته شده است؛ همچنین درخصوص بعد کلی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله مشاهده شد که

پیش‌آزمون به طور متوسط $۸/۷۳ \pm ۱۳/۷۷$ واحد افزایش یافته و تأثیر مراقبت‌های حمایتی و آموزشی پرستاران بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان معنی‌دار شناخته شده است ($P < ۰/۰۰۱$).

قبل از مداخله میانگین امتیاز افراد نمونه از کیفیت زندگی $۵۱/۷۳ \pm ۱۳/۹۱$ و بعد از مداخله این امتیاز به $۶۰/۴۶ \pm ۱۳/۸۰$ افزایش پیدا کرده است و بر این اساس امتیاز افراد از کیفیت زندگی در پس‌آزمون نسبت به

جدول شماره ۱: مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده در پژوهش قبل و بعد از مداخله

P	میانگین \pm انحراف معیار		ابعاد کیفیت زندگی
	اختلاف امتیاز قبل و بعد از مداخله	بعد از مداخله	
۰/۰۰۱*	$۱۴/۹۱ \pm ۱۷/۱۲$	$۶۸/۷۵ \pm ۱۵/۵۵$	سلامت جسمی
۰/۰۰۱*	$۹/۸۳ \pm ۱۸/۱۱$	$۵۵/۴۶ \pm ۱۸/۳۶$	سلامت روانی
۰/۰۸۵	$۴/۳۸ \pm ۱۶/۶۸$	$۴۹/۶۵ \pm ۱۸/۵۰$	سلامت اجتماعی
۰/۱۰۹	$۲/۵۷ \pm ۱۰/۵۴$	$۷۷/۵۵ \pm ۱۱/۱۲$	سلامت معنوی
۰/۰۰۱*	$۸/۷۳ \pm ۱۳/۷۷$	$۶۰/۴۶ \pm ۱۳/۸۰$	میانگین نمره کلی

*: براساس نتایج به‌دست‌آمده در سطح خطای ۵٪ ($P < ۰/۰۰۵$) امتیاز افراد در بعدهای سلامت جسمی، روانی و کیفیت کلی زندگی معنی‌دار شناخته شده است.

بحث:

درخصوص ابعاد مختلف کیفیت زندگی در این پژوهش مشاهده شد، بعد سلامت جسمی بیماران بیشترین افزایش را داشته است و این افزایش معنی‌دار شناخته شد که همسو با مطالعه آژ و همکاران می‌باشد. به طوری که آن‌ها در پژوهش خود با هدف بررسی تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان به این نتیجه رسیدند که بعد از مشاوره و آموزش در زمینه درمان و مراقبت‌های رایج سرطان پستان، کیفیت زندگی بیماران در کلیه ابعاد افزایش یافته است؛ اما بیشترین افزایش مربوط به بعد جسمانی بوده است (۲۲). نارویی و همکاران و رستمی و همکاران نیز در بررسی‌های خود به ترتیب، درخصوص کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و سالمندان به همین نتیجه رسیدند و مشخص شد که میانگین نمرات افراد در بعد سلامت جسمی پس از آموزش به طور قابل توجهی بالاتر بوده است (۲۳، ۱۷). چرا که یکی از مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی که با سرطان مختل می‌شود بعد

نتایج پژوهش حاضر با هدف "بررسی تأثیر مراقبت‌های حمایتی و آموزشی پرستاران بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده جهت رادیوتراپی" نشان داد که کیفیت زندگی بیماران بعد از اجرای مراقبت‌های حمایتی و آموزشی پرستاران بهبود یافته است که همسو با مطالعه رحیمی و همکاران در سال ۱۳۹۱ می‌باشد؛ به طوری که در مطالعه آن‌ها نیز کیفیت زندگی پس از به‌کارگیری الگوی خودمراقبتی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد به طور معنی‌داری بهبود یافته بود. به اعتقاد آن‌ها در برنامه خودمراقبتی فرد فعالیت‌هایی را می‌آموزد که به تبع آن مسئولیت سلامتی خویش را برعهده می‌گیرد؛ همچنین توانایی برقراری ارتباط با محیط اطرافش، انجام اعمال و رفتارهای سازگارانه و در نتیجه کیفیت زندگی خویش را ارتقا می‌بخشد (۲۰). به طور مشابهی نتایج مطالعه خزایی پول نیز در زمینه اجرای برنامه آموزش خودمراقبتی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران با سرطان مری با یافته‌های تحقیق حاضر همخوانی دارد (۲۱).

جسمی است و کمک گرفتن از متخصص و آشنایی با راهکارهای مقابله با مشکلاتی همچون خستگی مفرط، درد، مشکل دهان و دندان، تغییرات سیستم عصبی (نوروپاتی)، مشکل کنترل روده و مثانه و موارد بسیار دیگری که همگی مربوط به وضعیت عملکرد فرد است. به طور به‌سزایی، در انجام فعالیت‌های روزمره و در نتیجه کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر مثبت دارد (۲۴).

سلامت روانی بیماران مراجعه‌کننده جهت رادیوتراپی یکی دیگر از ابعاد کیفیت زندگی است که در این مطالعه با اجرای مراقبت‌های حمایتی و آموزشی پرستاران به طور معنی‌داری نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته است. در واقع درمان سرطان با فشارهای روانی متعددی همراه است که برخی از آن‌ها کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند و به اضطراب یا افسردگی منجر می‌شوند. به طوری که در مطالعه‌ای که توسط Malamous با هدف بررسی افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت، نشان داده شد که میزان افسردگی و اضطراب در گروه بیمار در مقایسه با گروه سالم به طور قابل‌توجهی بیشتر بوده است (۲۵). در پژوهش پدram و همکاران نیز بیماران عوارض جانبی روانی درمان مانند خشم، اضطراب یا نگرانی را شدیدتر از عوارض جانبی جسمی مانند ریزش مو و حالت تهوع درجه‌بندی کردند و برخی از آنان، شیمی‌درمانی را به‌خاطر مشکلات و بحران‌های ناشی از بیماری و درمان ترک کرده بودند (۲۶)؛ اما برنامه خودمراقبتی و ارتقاء اطلاعات و آگاهی پیرامون بیماری می‌تواند منجر به کاهش اضطراب، تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی، کاهش اختلالات خلق و خو، بهبود سازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران شود که خود می‌تواند سبب ارتقاء کیفیت زندگی گردد (۲۷) که این امر مشابه پژوهش Coleman و همکاران می‌باشد، به طوری که آن‌ها تأثیر برنامه خودمراقبتی را بر کیفیت زندگی ۷۰ بیمار لوسمی حاد تحت شیمی‌درمانی مورد بررسی قرار دادند و دریافتند

که اجرای این برنامه موجب بهبود معنی‌داری در کیفیت زندگی و به‌خصوص بعد روانی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد گردیده است (۲۸). البته Walker و همکاران مطالعه‌ای را بر روی ۲۰۰ نفر از افراد مبتلا به سرطان ریه انجام دادند و پرستاران از طریق تماس تلفنی مراقبت‌های موثر در جلوگیری از افسردگی را طی ۶ تا ۸ جلسه در هر ماه به شرکت‌کنندگان ارائه دادند؛ اما اثربخشی مثبت نتایج بسیار دیر و بعد از ۳۲ ماه مشخص شد که در همین رابطه Kravitz و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نتایج کوتاه‌مدت‌تری از طریق مراقبت و حمایت‌های معمول پرستاری و آموزش چهره‌به‌چهره نسبت به آموزش و حمایت از طریق تلفن حاصل می‌شود (۲۹، ۳۰).

درخصوص دو بعد سلامت اجتماعی و سلامت معنوی نیز در این مطالعه مشخص شد که میانگین امتیاز افراد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته؛ اما این اختلاف معنی‌دار نبود. در مورد بعد سلامت اجتماعی می‌توان این طور عنوان کرد که بیماری سرطان، فعالیت‌های اجتماعی افراد را محدودتر کرده و روی روابط و دسترسی آنان به منابع بین فردی تأثیر می‌گذارد؛ در نتیجه احتمال کاهش ارتباطات با دیگران و منزوی شدن آن‌ها را در جامعه افزایش می‌دهد (۳۱). در پژوهش‌های بسیاری نیز شاهد این موضوع هستیم که در اواخر درمان، سلامت اجتماعی مبتلایان به سرطان کمتر از اوایل دوره درمان بوده است. بر همین اساس، تغییر بسیار اندک و یا حتی ثابت ماندن نمره کیفیت زندگی و به‌خصوص سلامت اجتماعی بیماران برای محققین به‌منزله یک موفقیت محسوب می‌شود (۲۲، ۳۲). درخصوص بعد سلامت معنوی نیز نتایج به‌دست آمده، همسو با مطالعه گلچین و همکاران می‌باشد؛ به طوری که در پژوهش آن‌ها نیز با هدف بررسی تأثیر برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران لوسمی تحت شیمی‌درمانی مشاهده گردید که اگرچه در اکثر

نتیجه‌گیری:

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخلات آموزشی حمایتی بیماران مبتلا به سرطان پستان، تأثیری مثبت بر کیفیت زندگی آنان دارد؛ چراکه در این بیماران احساس توانایی غلبه بر مشکلات مرتبط با بیماری شکل می‌گیرند و به آن‌ها در فائق آمدن بر بیماری خود کمک می‌نماید.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

از آنجا که پرستاران وقت بیشتری را نسبت به دیگر اعضای تیم درمان با بیمار می‌گذرانند، شایسته است که با به‌کاربردن چنین استراتژی‌هایی اثرات مخرب سرطان را بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی این بیماران کاهش دهند.

تشکر و قدردانی:

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به شماره ۲۳۸۱۰۴۰۳۹۱۲۰۰۲ می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از اعضای شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و مسئولین بیمارستان سیدالشهدای اصفهان و تمامی بیماران محترم که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، ابراز می‌دارند.

موارد کیفیت زندگی مددجویان بهبود پیدا کرده است؛ اما تفاوت ایجاد شده درخصوص بعد معنوی قبل و بعد از مداخله معنی‌دار نبوده است (۳۳). البته این در حالی است که نتایج پژوهش Symonds و همکاران نشان داد که سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد و برای بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است، حتی از سلامت جسمی و روانی مهم‌تر باشد که لزوم توجه ویژه در این زمینه و شناسایی عوامل موثر و انجام مداخله مناسب جهت ارتقاء سلامت معنوی را یادآور می‌شود (۳۴).

درخاتمه قابل‌ذکر است که روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در این تحقیق، تعمیم یافته‌ها را با دشواری روبرو نموده است؛ لذا در این رابطه، رعایت احتیاط لازم است؛ همچنین باتوجه به نتایج این مطالعه در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد، به بررسی اختصاصی‌تر نقش مراقبت‌های حمایتی و آموزشی بر ابعاد سلامت اجتماعی و معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته شود. از سویی دیگر به نظر می‌رسد استمرار مراقبت‌های حمایتی و آموزشی پرستاران در مراحل مختلف تشخیص و درمان این بیماری و در نتیجه وجود مراکز دایمی جهت این امر یک ضرورت محسوب شده که نیازمند توجه جدی مسئولین در این زمینه می‌باشد.

منابع:

1. Taques Pessoa da Silveira J, Sanches Maziero EC, Loewen Wall M, Rossi Kissula Souza SR, Forlin DC, de Moraes Chaves AC. Application of theories in studies on breast cancer: Integrative review. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2014; 8(5): 1357-63.
2. American Cancer Society. Breast cancer facts and figures 2013-2014. Atlanta, American Cancer Society; 2013; Available from: <http://www.cancer.org>.
3. Mahoney MC, Bevers T, Linos E, Willett WC. Opportunities and strategies for breast cancer prevention through risk reduction. *Cancer Journal for Clinicians*. 2008; 58(6): 347-71.
4. Roohparvarzade N, Ghadery M, Parsa A, Allahyary A. Prevalence of risk factors for breast cancer in women (20 to 69 years old) in Isfahan 2012-2013. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2014; 7(1): 52-6. [Persian]

5. Mosavi M, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z, Rahmanibasir S, Jalal R, et al. Guideline: National Cancer Registry. Second edu. Tehran: Ministry of Health and Medical Education. Center for Disease Control and Prevention. Cancerr Office. 2012. [Persian]
6. Taleghani F, Khajehaminian MR, Khalifezadeh A, Karimian J, Hajahmadian H. The effect of exercise on physical aspect of quality of life in breast cancer patients undergoing chemotherapy. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2009; 14(3). [Persian]
7. Eghtedar S, Moghadasyan S, Ebrahimi H, Haydari S. Assessment of quality of life and supportive care in women with. Journal of Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery. 2012; 21(75); 33-40.
8. Mikaili P. Evaluation of the effect of chemotherapy on functional scales of quality of life of patient with breast cancer. Iranian Journal of Breast Disease. 2014; 6(4): 26-34.
9. Kakhki A, Saeedi J, Delavar A. Tools for measurement of health status and quality of life of elderly people. Pejouhesh dar Pezeshki. 2009; 33(3): Pe156-Pe61, en5. [Persian]
10. Baloochestani Asl. Effect of method invocation on quality of life of cancer patients admitted to Medical Center Seyed Al Shohada Isfahan in 1388 [Thesis]. Isfahan University of Medical Sciences; 2009. [Persian]
11. Kasper DL, Harrison TR. Oncology (Harrison's principles of internal medicine). Translated to Persian by: Radmehr B. Tehran: Hayan; 2006.
12. Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans V, et al. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. Lancet. 2005; 366(9503): 2087-106.
13. Andreoli TE, Cecil RLF. Blood diseases and cancer. Translated to persian by: Jafari M. Edited by Ayati Firoz-Abadi M. Tehran: Andisheh Rafi; 2007. [Persian]
14. Moursy AME-S, Ead AYS. Self care practices of chemotherapy patients. Life Science Journal. 2014; 11(4): 212-22.
15. Meleis IA. Theoretical nursing: Developmental and progress. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 2007: 807.
16. Abedi H, Salimi S, Feizi A, Safari Vaghasloo S. Assessment of relationship between self-efficacy and self-care in COPD Patients. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 10(1): 68-74. [Persian]
17. Naji A, Naroie S, Abdeyazdan G, Dadkani E. Effect of applying self-care orem model on quality of life in the patient under hemodialysis. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2012; 14(1): 8-12.
18. Zandi M, Adib-Hajbagheri M, Memarian R, Nejjad AK, Alavian SM. Effects of a self-care program on quality of life of cirrhotic patients referring to Tehran Hepatitis Center. Health and Quality of Life Outcomes. 2005; 3(1): 1-8.
19. George JB. Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice, 6/e: Pearson Education India; 1990.
20. Rahimi A, Salehi S, Afrasiabifar A. The effect of Orem's Self-Care Model on quality of life of patients with hypothyroid goiter. Armaghane Danesh. 2012; 17(5): 398-406 [Persian].
21. Pool MK, Nadrian H, Pasha N. Effects of a self-care education program on quality of life after surgery in patients with esophageal cancer. Gastroenterology Nursing. 2012; 35(5): 332-40.
22. Ajh N, Javadi A, Rezaei F, Honardar L. The effect of education on health care and quality of life of breast cancer patients are common Kosar hospital oncology clinic with breast cancer in 2012. Iranian Journal of Breast Disease. 2012; 5(3): 60-70.
23. Baraz S, Rostami M, Farzianpor F, Rasekh A. Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008. Arak Medical University Journal. 2009; 12(2): 51-9. [Persian]
24. Abedi H, Yasaman-Alipour M, Abdeyazdan G. Quality of life in heart failure patients referred to the Kerman outpatient centers, 2010. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2011; 13(5): 55-63. [Persian]

25. Fafouti M, Paparrigopoulos T, Zervas Y, Rabavilas A, Malamos N, Liappas I, et al. Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. *In Vivo*. 2010; 24(5): 803-10.
26. Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, Aeinparast N. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer. *Journal of Woman and Society*. 2011; 1(4): 61-76.
27. Heravi Karimovi M, Pourdehqan M, Jadid Milani M, Foroutan S, Aieen F. Study of the effects of group counseling on quality of sexual life of patients with breast cancer under chemotherapy at Imam Khomeini Hospital. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2006; 16(54): 43-51. [Persian]
28. Coleman S, Briffa K, Conroy H, Prince R, Carroll G, McQuade J. Short and medium-term effects of an education self-management program for individuals with osteoarthritis of the knee, designed and delivered by health professionals: a quality assurance study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2009; 9(1): 117.
29. Walker J, Cassidy J, Sharpe M, Trialists SMO-. The third symptom management research trial in oncology (SMaRT oncology-3): A randomised trial to determine the efficacy of adding a complex intervention for major depressive disorder (depression care for people with lung cancer) to usual care, compared to usual care alone in patients with lung cancer. *Trials*. 2009; 10: 92.
30. Kravitz RL, Tancredi DJ, Grennan T, Kalauokalani D, Street RL, Jr., Slee CK, et al. Cancer Health Empowerment for Living without Pain (Ca-HELP): Effects of a tailored education and coaching intervention on pain and impairment. *Pain*. 2011; 152(7): 1572-82.
31. Heydari S. Assessing size of social network and emotional support sources and related factors among cancer patients. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2009; 4(13): 91-101.
32. Williams NS, Johnston D. The quality of life after rectal excision for low rectal cancer. *The British Journal of Surgery*. 1983; 70(8): 460-2.
33. Golchin M, Shabanloei R, Asvadi I, Eivazi Ziaei J, Nikanfar A, Dolatkah R. Effects of self care program on quality of life in patients with acute leukemia receiving chemotherapy. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2008; 10(3): 175-82.
34. Symonds LL, Yang L, Mande MM, Mande LA, Blow AJ, Osuch JR, et al. Using pictures to evoke spiritual feelings in breast cancer patients: development of a new paradigm for neuroimaging studies. *Journal of Religion and Health*. 2011; 50(2): 437-46.

Investigating the effect of nurses' supportive and educative care on the quality of life in breast cancer patients referred for radiotherapy in Seyedoshohada hospitals in Isfahan, 2013

Salehi Sh¹, Tajvidi M², Ghasemi V¹, Raei Z^{3*}

¹Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, I.R. Iran; ²Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran. ³Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Young Researchers and Elite Club, Isfahan, I.R. Iran

Received: 21/Jun/2015 Accepted: 10/Jan/2016

Background and aims: breast cancer is the most common cancer among women in Iran and many countries; but in recent years, survival rate was longer in patients and yet there is a greater emphasis on their quality of life. Therefore, this study was aimed to evaluate the effect of nurses' supportive and educative care on the quality of life in breast cancer patients.

Methods: This is a quasi-experimental, pre- and post- study. 45 patients with breast cancer referred to radiotherapy clinic of Seyedoshohada hospital were studied in 2013. The instruments used in this study were demographic and quality of life questionnaires from Backman institute completed before and after the training and support for patients. Questionnaires were completed and finally the obtained data were analyzed using SPSS software and statistical tests.

Results: Based on the results obtained on the overall quality of life, it was observed that the average score for the quality of life in the sample was 51.73 ± 13.91 before the intervention and 60.46 ± 13.80 after the intervention ($P < 0.001$). Also, the average scores in all four domains of quality of life after the intervention has increased, but the difference was significant only in two dimensions, physical and mental health ($P < 0.001$).

Conclusion: The results confirm the positive effect of nurses' supportive and educative programs on the promotion of quality of life in patients with breast cancer. Therefore, planning and implementation of such programs on a broader basis and based on the educational and supportive patients' needs is recommended.

Keywords: Supportive care, Education, Quality of life, Breast cancer, Radiotherapy.

Cite this article as: Salehi Sh, Tajvidi M, Ghasemi V, Raei Z. Investigating the effect of nurses' supportive and educative care on the quality of life in breast cancer patients referred for radiotherapy in Seyedoshohada hospitals in Isfahan in 2013. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5(2): 9-18.

***Corresponding author:**

Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Young Researchers and Elite Club, Isfahan, I.R. Iran. Tel: 00989364901639, E-mail: z.raee89@gmail.com