DOI: 10.29252/ijca.1.2.31

Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) **Original Article**

Vol.1 No.2, Summer 2022

The effect of palliative-care education on quality of life of women with breast cancer

Hosseini S.H[1], Loripoor M[2*], Roueintan F[3]

1- Assistant Professor, Nursing Managment Department,School of Nursing and Midwifery; Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.
2- Assistant Professor, Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
3- Student Master of Science, School of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

Corresponding Author: Loripoor M, Assistant Professor, Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Geriatric Care Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran

Email: marzeyehloripoor@yahoo.com

Received: 14 February 2019 *Accepted: 3 July 2019*

Abstract

Introduction: To provide systematic and public palliative care in Iran, education this care for breast cancer patients can improve the quality of life of these patients, So the present study was conducted to determine “the effect of educating palliative cares on the quality of life in breast cancer patients”.

Method: In the present clinical trial 46 patients with breast cancer who referred to the oncology department of the Shahid Rajaei were selected and were allocated into two groups of control and intervention using simple randomization method. participants in the intervention group, received the 4-week designed intervention along with the routine cares. The Missoula quality of life index was completed by both groups before, right after and one month after the intervention.

Results: Mean score of quality of life of the patients in the intervention group had a significant difference before and after the intervention (P = 0.003); and its had no significant difference in the control group before and after the intervention (P = 0.67). there was a significant difference between the mean scores of the quality of life of the patients in the intervention and the control groups before, right after and one month after the intervention (P< 0.0001).

Conclusion: Comparing the mean scores of quality of life between the control and the intervention groups showed that educating palliative care could improve the quality of life in the patients. Therefore, paying attention to palliative care programs and educating them constantly and applicably in the nursing care programs is recommended.

Keywords: Quality of Life, Palliative Care, Breast Cancer, Educating the Patient.

Access this article online

Website: www.ijca.ir

DOI: 10.29252/ijca.1.2.31

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.31]

نشریه مراقبت سرطان | مقاله پژوهشی

دوره اول، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۱

تأثیر آموزش مراقبت های تسکینی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

سید حبیب الله حسینی[۱]، مرضیه لری پور[۲*]، فریبا رویین تن[۳]

۱- استادیار گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رفسنجان، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
۲- استادیار گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رفسنجان، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی رفسنجان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
نویسنده مسئول: مرضیه لری پور، استادیار گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رفسنجان، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.
ایمیل: marzeyehloripoor@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۵ *تاریخ پذیرش:* ۱۳۹۸/۴/۱۲

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بالای سرطان پستان در ایران و تأثیر آن بر کیفیت زندگی افراد مبتلا، مطالعه حاضر با هدف " تأثیر آموزش مراقبت های تسکینی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان" انجام شد.

روش: در این کارآزمایی بالینی ۴۶ نفر از مبتلایان به سرطان پستان به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه کنترل مراقبت روتین و گروه مداخله علاوه بر این مراقبت، آموزش ۴ هفته ای طراحی شده را دریافت کردند. پرسشنامه کیفیت زندگی میسولا قبل، بلافاصله بعد و یک ماه بعد از مداخله برای هر دو گروه تکمیل شد. آنالیز اطلاعات با استفاده از آزمون تی مستقل، کای دو، تی زوج با نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت.

یافته ها: میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله قبل و بعد از مداخله دارای اختلاف معنادار آماری (P = ۰/۰۰۳) و در گروه کنترل این تفاوت معنادار نبوده است (P = ۰/۶۷). همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران دو گروه مداخله و کنترل بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود داشت (P< ۰/۰۰۰۱).

نتیجه گیری: آموزش مراقبت های تسکینی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشد، لذا تا ارائه سیستماتیک و جامع این مراقبت ها می توان با آموزش آنها با تاکید بر محوریت نقش بیمار، به بهبود کیفیت زندگی این افراد کمک کرد.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، مراقبت تسکینی، سرطان پستان، آموزش.

مقدمه

سرطان پستان شایع ترین و از نظر روانی تاثیر گذارترین سرطان در بین زنان است (۱-۳). بروز آن در جهان و به ویژه در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است (۴). بروز سالانه سرطان پستان در ایران ۳۳/۲ مورد در هر ۱۰۰هزار نفر است (۵). میزان بقاء ۱ و ۵ ساله سرطان پستان در زنان ایرانی در حد مطلوب می باشد (۶). میانگین سنی ابتلا به سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران بیش از یک دهه کمتر از کشورهای توسعه یافته می باشد (۷). سن پایین تر بروز از جهت درگیر نمودن زنی جوان تر که هنوز از لحاظ فعالیت اجتماعی و فردی زمان طولانی تری را در پیش دارد بسیار مهم است (۸). زیرا سرطان پستان علاوه بر تهدید بالقوه زندگی، می تواند اثرات سویی بر ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی و در مجموع کیفیت زندگی بیماران داشته باشد (۹).

امروزه کیفیت زندگی یکی از اندازه های مهم برآیند مراقبت در بیماران مبتلا به سرطان است (۱۰). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که علاوه بر ارزیابی فردی از ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی، بهزیستی زندگی، در برگیرنده تأثیر تشخیص، درمان و پیشرفت بیماری بر زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان نیز می باشد (۱۱). سازمان بهداشت جهانی مراقبت تسکینی را به عنوان راهکاری برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای صعب العلاج و خانواده آنها معرفی کرده است. این مراقبت ها با تشخیص بیماری شروع می شود، و در طول بیماری ادامه می یابد (۱۲). هدف آن تسکین رنج از طریق، تعیین، ارزیابی و تسکین

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.31]

درد و سایر مشکلات جسمی، روانی- اجتماعی و معنوی است (۱۳). نظام سلامت ایران با آمار فزاینده بیماران مزمن، کمبود نیروی انسانی و تخت های مراقبت ویژه درمراکز سلامت خود مواجه است (۱۴) و از این نظر موضوع مراقبت های تسکینی اهمیت ویژه تری می یابد زیرا باعث کاهش هزینه های نظام سلامت، کوتاه شدن طول مدت بستری، کاهش عوارض بستری و پیشگیری از بستری مجدد بیماران می شود (۱۵-۱۷). اما گزارش ها حاکی از آن است که بسیاری از کشورهای دنیا برنامه های مراقبت تسکینی را در ساختار نظام سلامت خود ندارند (۱۸) و بیماران برای دریافت این خدمات و کاهش درد و رنج ناشی از بیماری خود، سرگردان هستند و در اکثر مواقع خدمات مناسب و به موقع به این بیماران داده نمی شود (۱۹).

شواهد نشان می دهدکه مراقبت تسکینی در ایران به صورت جزیره ای و در مراکز محدودی ارایه می شود و اکثر بیماران از این شیوه مراقبتی محروم هستند (۲۰). فراهم کردن مراقبت برای این بیماران مسئولیت اعضای خانواده است، اگر چه بیمارستان این بیماران را پذیرش کرده و به انها خدمت ارائه می دهد اما سرویس های ویژه این بیماران بسیار محدود هستند (۲۱).

در عین حال در سالهای اخیر مراقبت های تسکینی در ایران از طریق تلاش های شبکه تحقیقات سرطان و مراکز وابسته و حمایت وزارت بهداشت مورد توجه بیشتری قرار گرفته است و با توجه به افزایش تعداد فعالیت ها و برنامه های اجرا شده در ایران برای توسعه این مراقبت ها بویژه در مورد بیماران مبتلا به سرطان به نظر می رسد توسعه و پیشرفت این برنامه ها دور نباشد اما تا رسیدن به وضعیت مطلوب که نیازمند تلاش و حمایت جمعی وچندمنظوره است راه زیادی باقی است (۲۰). از این رو با توجه به وضعیت کنونی ارائه این خدمات در کشور، این سوال مطرح شد که تا ارائه جامع و سیستماتیک مراقبت های تسکینی، آیا آموزش اجزای این مراقبت ها به بیمار با تاکید بر بخش هایی که نقش وی در آنها پررنگ تر است می تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تاثیرگذار باشد. مطالعاتی مبتنی بر آموزش خودمراقبتی به مبتلایان به سرطان پستان و مطالعات مشابه بعضا انجام شده و نتایج متفاوتی نیز داشته است (۲۲-۲۵)، اما مطالعه ای که به آموزش بیماران مبتلا به سرطان پستان برگرفته از مراقبت های تسکینی و با این محوریت انجام شده باشد و بتواند پاسخگوی سوال مطرح شده باشد یافت نشد، از این رو این پژوهش با هدف تاثیرآموزش مراقبت های تسکینی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، انجام شد.

روش مطالعه

این کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده شاهددار بر روی ۴۶ بیمار مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجایی شهر یاسوج انجام شد. شرکت کنندگان از طریق نمونه گیری آسان و از بین واجدین شرایط ورود به مطالعه انتخاب شدند. در این مطالعه حجم نمونه با توجه به برآورد ضریب همبستگی مطالعات قبلی (۲۶) و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، محاسبه گردید. پس از گرفتن رضایت نامه آگاهانه، افراد به طور تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه ۲۳ نفره تخصیص یافتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بالای ۱۸ سال، ابتلا به سرطان پستان ثابت شده، فقدان بیماری روحی و روانی شناخته شده، تمایل به شرکت داوطلبانه در مطالعه، عدم شرکت در برنامه های آموزشی مرتبط دیگر، عدم بروز حادثه خاص قبل از مطالعه، عدم مصرف مخدر، فقدان بیماری جسمی دیگرغیر از سرطان پستان، فقدان اختلالات حسی از قبیل مشکل بینایی یا شنوایی موثر بر یادگیری و معیارهای خروج از مطالعه عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش و بروز حادثه مؤثر بر کیفیت زندگی در طی مطالعه بود.

داده های مطالعه در طی سه مرحله شروع مطالعه، پایان مداخله (پایان هفته چهارم) و پایان دوره پیگیری (یک ماه بعد) جمع آوری گردید. ابزار پژوهش شامل چک لیست مشخصات دموگرافیک و بالینی محقق ساخته و پرسشنامه کیفیت زندگی میسولا بود. پرسشنامه کیفیت زندگی میسولا برای اندازه گیری کیفیت زندگی در بیماری های پیشرفته با پایایی ۰/۸۳ (۲۷) در مطالعات متعدد مورد استفاده قرار گرفته است. تحلیل عاملی در زمینه بررسی روایی ابزار در مطالعه زکی ۲۰۰۸، نسبت KMO را برای شاخص کیفیت زندگی برابر ۰/۶۹۶ و ضریب آزمون بارتلت را برابر با ۱۱۳/۴۸ نشان داد. ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی میزان پایایی ابزار پژوهش با ۲۵ ماده و۲۰۰ آزمودنی، ۰/۷۴۴ محاسبه شد (۲۸). این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال ۵ گزینه ای با مقیاس لیکرت و ۲ سئوال

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.31]

خود گزارشی کیفیت زندگی و علائم است. نمره نهایی کیفیت زندگی واحدهای پژوهش براساس جواب های پرسشنامه به صورت زیر محاسبه می شود:

(مجموع نمرات وزنی هر بعد / ۱۰) + ۱۵ = نمره کل کیفیت زندگی

داده های خام این پرسشنامه با استفاده از صفحه گسترده میکروسافت اکسل سازماندهی و تجزیه و تحلیل گردید(ماژول اختصاصی تجزیه و تحلیل کیفیت زندگی میسولا – ویتا ۲). این صفحه گسترده توسط تیم ایجاد کننده پرسشنامه عرضه شده است و محاسبه نمرات کیفیت زندگی به صورت خودکار انجام می شود (۲۹).

گروه مداخله پروتکل آموزشی و مراقبت های روتین و گروه کنترل فقط مراقبت های روتین را دریافت کردند. پروتکل آموزشی مطالعه شامل یک برنامه آموزش چهار هفته ای بود که به صورت جلسات آموزش یک ساعته، دو بار در هفته در کلینیک و در روزهای مراجعه بیماران، توسط محققین اجرا گردید. محتوای ۸ جلسه با بررسی مطالعات نیازسنجی این بیماران و پروتکل های مراقبت تسکینی و مشاوره با متخصصین مربوطه تدوین شده و به شرح ذیل بود:

۱– راهکارهای پذیرش سرطان پستان، درمان ها، عوارض بیماری و درمان ها، برخورداری از حق دریافت آگاهی در مورد درمانها وحق انتخاب و مشارکت در تصمیم گیری درمانی.

۲– مفهوم مراقبت های تسکینی، مراقبت های تسکینی در دنیا وایران، نقش بیمار در این مراقبت ها، چگونگی بهره گیری حداکثری از مراقبت ها با توجه به وضعیت ارائه در ایران، معرفی سیستم ها و شبکه های حمایتی و مراقبتی.

۳– راهکارهای دارویی و غیردارویی مدیریت درد و خستگی

۴– راهکارهای دارویی و غیردارویی مدیریت اضطراب، استرس، افسردگی و اختلالات خواب.

۵– مراقبت های دارویی، تغذیه ای و سبک زندگی سالم در سرطان پستان.

۶– راهکارهای دارویی و غیردارویی مدیریت اختلالات جنسی

۷– تصویر بدنی، عوامل موثربر تصویر بدنی، پذیرش و احترام به خود، مدیریت روابط.

۸– راهکارهای بهسازی معنوی و روانی.

پس از محاسبه نمرات کیفیت زندگی واحدهای پژوهش توسط ماژول اختصاصی تجزیه و تحلیل کیفیت زندگی میسولا–ویتا، داده ها وارد نرم‌افزار SPSS ۲۳ گردید ه و بوسیله آزمون های آماری کای اسکوئر، تی مستقل و آنالیز واریانس با اندازه های تکراری تحلیل شدند.

یافته ها

هر ۴۶ بیمار شرکت کننده، در تمام جلسات آموزشی شرکت و مطالعه را به پایان رساندند. تجزیه و تحلیل داده های جمعیت شناختی نشان داد که دو گروه مداخله وکنترل از نظر متغیرهای سن (p=۰/۹۶)، وضعیت تاهل (p=۰/۸۵)، شغل (p=۰/۴۶)، تحصیلات (p=۰/۷)، محل سکونت (p=۰/۵۳)، وضعیت سکونت (p=۰/۳۸)، تعداد فرزندان (p=۰/۸۳)، تعداد جلسات درمان (p=۰/۹۴)، مدت درمان (p=۰/۸۸)، نوع درمان (p= ۰/۳۴)، منبع اطلاعاتی (p=۰/۸۸)، منبع حمایتی(p=۰/۸۹)، نوع بیمه (p= ۰/۱۵)، موضع ابتلا (p=۰/۳۵)، مرحله بیماری (p=۰/۱۸)، بیماری جدید یا عود (p=۰/۴۴) تفاوت معنادار آماری نداشته و با هم همسان بودند.

اکثریت واحدهای پژوهش بین ۴۵ – ۳۶ ساله (۴۲,۹۸ ± ۱,۵۷۲)، متاهل (۷۴٪)، خانه دار (۵۹٪)، شهرنشین (۶۵٪)، دارای ۴ – ۲ فرزند (۵۵٪)، ساکن در منزل شخصی (۸۷٪) و دارای تحصیلات دیپلم (۳۳٪) بودند. بیشتر دچار بیماری اولیه، بین ۱۳ تا ۱۸ ماه تحت درمان، بیشترین درمان شیمی درمانی، مهمترین منبع اطلاعاتی پرستاران، دارای بیمه خدمات درمانی و مهمترین حامی خانواده بود. در بیشتر موارد درگیری پستان چپ دیده شد.

نتایج این مطالعه در زمینه مقایسه نمره کیفیت زندگی در سه مقطع زمانی نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود داشته است (P=۰/۰۰۰۱)، همچنین بین نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون در دوره پیگیری و قبل از مداخله؛ و دوره پیگیری و پس از مداخله از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود داشته است (P = ۰/۰۰۰۱). علاوه بر این نتایج مطالعه نشان داد که بین نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه کنترل قبل و بعد از مداخله؛ و دوره پیگیری و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود نداشته است (P = ۰/۰۵) اما در دوره پیگیری و قبل از مداخله از لحاظ آماری تفاوت معناداری وجود داشته است (P = ۰/۰۰۰۱). (جدول ۱).

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.31]

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از آموزش در گروه آزمون و کنترل

			آزمون t زوجی		
	پیش آزمون	پس آزمون			
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	T	Df	P
گروه آزمون	۱۴/۷۱ ± ۰/۹۱	۱۵/۶۲ ±۱/۰۲	-۱۰/۹۵	۲۲	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری			
	۱۴/۷۱ ± ۰/۹۱	۱۶/۲۲ ±۰/۹۲	-۱۴/۱۲	۲۲	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری			
	۱۵/۶۲ ± ۰/۹۱	۱۶/۲۲ ±۰/۹۲	-۸/۱۱	۲۲	۰/۰۰۰۱
گروه کنترل	پیش آزمون	پس آزمون			
	۱۴/۵۲ ± ۰/۶۳	۱۴/۵۹ ±۰/۶۷	-۲/۰۴	۲۲	۰/۰۵
	پیش آزمون	پیگیری			
	۱۴/۶۷ ±۰/۵۸	۱۴/۵۲ ± ۰/۶۳	-۶/۰۴	۲۲	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری			
	۱۴/۵۹ ± ۰/۶۷	۱۴/۶۷ ±۰/۵۸	-۱/۷۸	۲۲	۰/۰۸

همچنین نتایج مطالعه در خصوص مقایسه نمرات کیفیت زندگی در بین دو گروه نشان داد که بین بیماران دو گروه آزمون و کنترل بر حسب میانگین نمره پیش آزمون قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود نداشته است (P= ۰/۰۷) اما بین نمرات کیفیت زندگی بیماران دو گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود داشته است (P= ۰/۰۰۰۱) به طوری که نمره کیفیت زندگی گروه آزمون در پیگیری بعد از مداخله از گروه آزمون بهتر بوده است. همچنین میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران بین دو گروه در دوره پیگیری و پس از مداخله تفاوت آماری معناداری وجود داشته است (P = ۰/۰۰۰۱). (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از آموزش در گروه آزمون با کنترل

	گروه آزمون	گروه کنترل	آزمون T-test		
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	P	Df	T
پیش آزمون	۱۴/۵۲ ±۰/۶۳	۱۴/۷۱ ± ۰/۹۱	۰/۰۷	۴۴	۰/۸۰
پس آزمون	۱۴/۵۹ ±۰/۶۷	۱۵/۶۲ ± ۱/۰۲	۰/۰۰۰۱	۴۴	۴/۰۲
پیگیری	۱۴/۶۷ ±۰/۵۸	۱۶/۲۲ ± ۰/۹۲	۰/۰۰۰۱	۴۴	۶/۷۶

بحث

این کارآزمایی تصادفی بالینی تصادفی سازی شده شاهددار با هدف تاثیرآموزش مراقبت های تسکینی به مبتلایان به سرطان پستان بر کیفیت زندگی این بیماران انجام شد. در واقع این تحقیق به دنبال یافتن راهکاری برای خلاء عدم ارائه مراقبت های تسکینی در ایران به صورت متمرکز و جامع و اینکه آیا اموزش این مراقبتها به بیمار با تاکید بر بخش هایی که وی نقش کلیدی در آنها دارد می تواند بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تاثیرگذار باشد، بود. همانطور که بیان شد تاکنون مطالعه ای به شکل تحقیق حاضر انجام نشده است و از این رو این تحقیق از این نظر بدیع می باشد.

حضور هر ۴۶ شرکت کننده در تمام جلسات آموزشی و همکاری برای ادامه مطالعه می تواند خود دلیل نیاز این بیماران به چنین آموزش هایی باشد.

یافته ها نشان داد که خانواده به عنوان بیشترین منبع حمایتی بیماران بود و در درجات بعدی نیز دوستان، و همسایه ها قرارداشتند، این یافته در سایر مطالعات نیز در ایران تایید شده است (۳۰،۳۱) که می تواند نشان از کمبود حمایت اجتماعی و در واقع نقصان مراقبت های تسکینی باشد و بخشی ازمداخله آموزشی این تحقیق معرفی منابع حمایتی موجود مانند گروههای همتا و NGO های مربوطه برای پرساختن این خلاء بود.

یافته ها نشان داد که آموزش مراقبت تسکینی می تواند کیفیت

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.31]

بیماران مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشد. در مورد تاثیر مراقبت های تسکینی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان تناقضاتی وجود دارد. شاید بتوان گفت که دلیل تناقض در یافته ها با عواملی مثل طول مدت بیماری، طول مدت دریافت خدمات تسکینی و حمایتی و همچمین تنوع و کیفیت این خدمات ارتباط دارد. مطالعه میرزایی و همکاران ۲۰۱۷ نشان داد خدمات تسکینی و حمایتی تأثیر معناداری در ارتقای کیفیت کلی زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان ندارد، اگرچه بر برخی ابعاد دارای تاثیرات مثبتی است (۳۲). دلیل اختلاف یافته های مطالعه میرزایی و همکاران با مطالعه حاضر می تواند متاثر از عوامل نامبرده باشد، به طوری که Prigerson و همکاران ۲۰۱۵ نیز تاثیر مراقبت های تسکینی بر کیفیت زندگی را محدود به بیمارانی گزارش کردند که از عملکرد خوبی برخوردار بودند و کیفیت زندگی بیماران با عملکرد متوسط وضعیف تغییری نکرده بود (۳۳).

نتایج مطالعه Molenaar 2001 و اسفندیاری دولابی ۲۰۱۵ تاثیر مراقبتهای تسکینی و حمایتی در بیماران سرطانی دریافت کننده این نوع خدمات را بر بهبود و ارتقای کیفیت زندگی آنها و نیز وضعیت کلی سلامت بیماران تایید می کند. که با مطالعه حاضر همسو می باشد (۳۴, ۳۵).

شهسواری و همکاران (۲۰۱۵) تاثیر آموزش بیمار توسط پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان را بررسی کرده و نشان دادند آموزش خود مراقبتی می تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را افزایش دهد که با یافته های این مطالعه هماهنگی دارد (۳۶). آموزش های مطالعه حاضر اگر چه به خودمراقبتی محدود نمی شد اما پاره ای اموزش ها از طریق خودمراقبتی عملی می شدند و دلیل تشابه نتایج با مطالعه شهسواری و همکاران می تواند این موضوع باشد.

در مطالعه برنده و همکاران ۱۳۹۶ با عنوان تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی درمانی ، طبق نتایج بین میانگین های نمره کل کیفیت زندگی در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت معنی داری وجود نداشته و پس از مداخله هم تفاوت معنی دار دیده نشد (۲۴). نتایج تحقیق برنده و همکاران با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. تفاوت در ابزار جمع آوری اطلاعات، زمان مداخله، مدت زمان مداخله ونوع محتوای آموزشی می تواند توجیه کننده این ناهمخوانی باشد. ضمن اینکه محتوای آموزشی مطالعه حاضربرخلاف مطالعه برنده و همکاران صرفا محدو به خودمراقبتی نبوده است.

کواچیک و کواچیک (۲۰۱۱) در بررسی تاثیر کوتاه مدت و بلند مدت آموزش ریلکسیشن و یوگا بر دیسترس روانی ۳۲ بیمار مبتلا به سرطان پستان مشاهده کردند تعلیم ریلکسیشن طبق اصول یوگا می تواند یک مداخله فیزیوتراپی مفید برای بیماران سرطان پستان مبتلا به دیسترس روانی باشد (۳۷). در مطالعه حاضر آموزش تن آرامی به صورت جزئی از یک برنامه کلی و تحت عنوان مراقبت تسکینی به بیمار آموزش داده شد و مشخص گردید که آموزش بیماران موجب بهبود کیفیت زندگی آنها می گردد این یافته ها با نتایج مطالعه برواملی و همکاران (۳۸) و معدل و همکاران (۳۹) نیز همخوانی دارد.

نتیجه گیری

مسئولیت اصلی فراهم کردن مراقبت برای بیماران صعب العلاج از جمله سرطان در ایران به عهده اعضای خانواده است، اگرچه بیمارستان این بیماران را پذیرش کرده و به انها خدمت ارائه می دهد اما سرویس های ویژه این بیماران بسیار محدود هستند (۲۱). مراقبت تسکینی در ایران به صورت جزیره ای و در مراکز محدودی ارایه می شود و اکثر بیماران از این شیوه مراقبتی محروم هستند (۲۰). از این رو یافتن جایگزین هایی برای مرتفع ساختن این خلاء مراقبتی تا اجرایی شدن مراقبت ها و رسیدن به وضع مطلوب، می تواند مفید باشد. با توجه به نتایج، آموزش این مراقبت ها در قالب یک برنامه آموزشی متناسب با امکانات و منابع موجود می تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری داخلی جراحی می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و با شماره کمیته اخلاق IR.RUMS.REC .1395.123 به ثبت رسید. پژوهشگران برخود لازم می دانند از همکاری معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان جهت همکاری، مسئولین و پرسنل بیمارستان شهید رجایی یاسوج جهت کمک در نمونه گیری و فراهم نمودن امکان استفاده از امکانات مراکز و کلیه شرکت کنندگان در طرح، که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی کنند.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.31]

References

1. Mehrinejad S, Shariati S, Shapouri M. Stress in women with breast cancer compared to the healthy ones. 2010. (Persian).
2. Sajadi Hm, Salehi B, Moshfeghi K. Comparison effect of drug therapy and drug-cognitive therapy on decreasing depression in women with breast cancer. 2008. (Persian).
3. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. The Cancer Journal. 2006; 12 (5): 388-97.
4. W.H.O. WHO Definition of Palliative Care 2016.
5. Mahdavifar N, Pakzad R, Ghoncheh M, Pakzad I, Moudi A, Salehiniya H. Spatial analysis of breast cancer incidence in Iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2016; 17 (3): 59-64.
6. Karimi A, Moradi Z, Sayehmiri K, Delpisheh A, Sayehmiri F. Investigation of 1 to 10-year survival of breast cancer in Iranian women: a systematic review and meta-analysis. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016; 19 (22): 17-25. (Persian).
7. Neinavaie M, Soltani HR, Soltani N. The relationship between breast self-examination (BSE) awareness and demographic factors in women health management. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2017; 20 (1): 15-22. (Persian).
8. Women with disabilities and breast cancer screening. National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities DoHDaD.
9. Albert U-S, Koller M, Wagner U, Schulz K-D. Survival chances and psychological aspects of quality of life in patients with localized early stage breast cancer. Inflammation Research. 2004; 53 (2): S136-S41.
10. Safaee A, Moghimi-Dehkordi B, Zeighami B, Tabatabaee H, Pourhoseingholi M. Predictors of quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. Indian Journal of Cancer. 2008;45 (3):107.
11. Movsas B, editor Quality of life in oncology trials: a clinical guide. Seminars in radiation oncology; 2003: Elsevier.
12. Who. WHO definition of palliative care. Available at:. 2018; 24 (2): 91-6.
13. McAteer R, Wellbery C. Palliative care: benefits, barriers, and best practices. Am Fam Physician. 2013; 88 (12): 807-13.
14. Heydari H. Home-based palliative care: a strategy for keeping intensive care unit beds vacant. International journal of community based nursing and midwifery. 2016; 4 (2): 186-7.
15. Gans D, Hadler MW, Chen X, Wu S-H, Dimand R, Abramson JM, et al. Cost analysis and policy implications of a pediatric palliative care program. Journal of pain and symptom management. 2016; 52 (3): 329-35.
16. Lustbader D, Mudra M, Romano C, Lukoski E, Chang A, Mittelberger J, et al. The impact of a home-based palliative care program in an accountable care organization. Journal of palliative medicine. 2017; 20 (1): 23-8.
17. Kerr CW, Donohue KA, Tangeman JC, Serehali AM, Knodel SM, Grant PC, et al. Cost savings and enhanced hospice enrollment with a home-based palliative care program implemented as a hospice–private payer partnership. Journal of palliative medicine. 2014; 17 (12):1328 - 35.
18. Coordination of palliative care in community settings. Summary report. 2018.
19. Asadi-Lari M, Madjd Z, Akbari ME. The need for palliative care services in Iran; an introductory commentary. Iranian Journal of Cancer Prevention. 2008; 1 (1): 1-4.
20. Rassouli M, Sajjadi M. Palliative care in Iran: Moving toward the development of palliative care for cancer. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 2016; 33 (3): 240-4.
21. Abedi M. Palliative Care within the Iranian Context: re-defining palliative care, deploying spirituality as a support measure and need for cultural sensitivity. Spirituality: New Reflections on Theory, Praxis and Pedagogy. 2012: 249-58.
22. Rezaei Ardani A, Farid Hoseini F, Borhani Moghani M, Seyfi H. Cognitive behavioral stress management effects on quality of life and negative emotions in women with breast cancer. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015;18 (154): 8-18. (Persian).
23. Abolghasemi A, Akbari M, Raziee H, Narimani M. Study of Effectiveness of Stress Inoculation Training on Dysfunction Attitudes and Social Problem-Solving Skills in Patients with Breast Cancer. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012; 15 (19): 10-8. (Persian).

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.31]

24. Barandeh M, Babaei M, Mehdizadeh Toorzani Z, Sharifiyan R. Effect Of Self-Care On Quality Of Life In Women With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2017; 15 (3): 199-207.
25. Afrasiabifar A, Hamzhiekia S, Hosseini N. The effect of Self-Care Program Using Orem's Self-Care Model on the Life Quality of Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy: A Randomized Controlled Trial. Armaghane danesh. 2018; 23 (1): 1-13.
26. Sakpal T. Sample size estimation in clinical trial. Perspectives in clinical research. 2010;1 (2):67-.
27. Namisango E, Katabira E, Karamagi C, Baguma P. Validation of the Missoula-Vitas Quality-of-Life Index among patients with advanced AIDS in urban Kampala, Uganda. Journal of pain and symptom management. 2007;33 (2): 189-202.
28. Zaki MA. Quality of life and its relationship with self-esteem in male and female students of Isfahan University. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology. 2008; 13 (4): 416-9.
29. Byock I. Missoula-Vitas Quality of Life Index (MVQOLI) Version-25s. Missoula, MT: Vitas Health; 1995.
30. Heydari S, Salahshourian-fard A, Rafii F, Hoseini F. Correlation of perceived social support from different supportive sources and the size of social network with quality of life in cancer patients. Iran Journal of Nursing. 2009; 22 (61): 8-18.
31. Mardanian-Dehkordi L, Kahangi L. The relationship between perception of social support and fatigue in patients with cancer. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2018; 23(4):261.
32. Mirzaei H, Mostafaei D, Estebsari F, Sattarzadeh M, Estebsari K. The Quality of Life of Breast Cancer Patients Receiving Palliative and Supportive Care. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2017; 3 (2): 19-26.
33. Prigerson HG, Bao Y, Shah MA, Paulk ME, LeBlanc TW, Schneider BJ, et al. Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. JAMA oncology. 2015; 1 (6):778-84.
34. Molenaar S, Sprangers M, Rutgers E, Luiten E, Mulder J, Bossuyt P. Decisionn support for patients with early stagee breast cancer: Effects of an interactive breastt cancer Cd-Rom on treatment decision, satisfactionn and quality of life. 2001.
35. Esfandiari Dolabi Z, Joulaei A, Asli Azad M. Comparison of marital satisfaction and general health among breast cancer patients with breast evacuation, breast keeping and cancer free women in Tehran. IJRR. 2015;1 (4): 39-48.
36. Shahsavari H, Matory P, Zare Z, Taleghani F, Kaji MA. Effect of self-care education on the quality of life in patients with breast cancer. Journal of education and health promotion. 2015;4.
37. Kovačič T, Kovačič M. Impact of relaxation training according to Yoga In Daily Life® system on perceived stress after breast cancer surgery. Integrative Cancer Therapies. 2011;10 (1):16-26.
38. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. Journal of the American Geriatrics Society. 2007;55 (7): 993-1000.
39. Moadel AB, Shah C, Wylie-Rosett J, Harris MS, Patel SR, Hall CB, et al. Randomized controlled trial of yoga among a multiethnic sample of breast cancer patients: effects on quality of life. Journal of Clinical Oncology. 2007; 25 (28): 4387-95.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/ijca.1.2.31]