

# تأثیر برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی درمانی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

اردشیر افراسیابی فر<sup>۱\*</sup>، شکوفه حمزه ئی کیا<sup>۲</sup>، نازآفرین حسینی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، <sup>۲</sup> کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۱۱/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۵

شماره ثبت در مرکز کارآزمایی های بالینی ایران: IRCT2016042921425N2

## چکیده

**زمینه و هدف:** تشخیص و درمان سرطان پستان می تواند اثر مخربی بر کیفیت زندگی زنان داشته باشد. برنامه خود مراقبتی جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنان ضروری به نظر می رسد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان با شیمی درمانی انجام گرفت.

**روش بررسی:** در این کارآزمایی بالینی ۸۰ زن مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به مراکز انکولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز شرکت نمودند. روش نمونه گیری به صورت نمونه های در دسترس بود، اما نمونه ها بین دو گروه آزمون و شاهد به صورت تصادفی تخصیص یافتند. برنامه خودمراقبتی به صورت فردی و گروهی در طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای به بیماران گروه مداخله آموزش داده شد. از پرسشنامه QLQ-C30 و پرسشنامه اختصاصی سرطان پستان QLQ-BR23 جهت جمع آوری داده ها قبل از مداخله و دو هفته پس از آخرین جلسه مداخله استفاده شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمون آمارهای توصیفی و استنباطی با در نظر گرفتن سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته ها:** تفاوت معنی دار آماری در زیر مقیاس های کیفیت زندگی، وضعیت کلی سلامت، کارکرد جسمی، کارکرد عاطفی، کارکرد نقش، کارکرد اجتماعی، تصویر ذهنی و آینده نگری بین دو گروه بعد از مداخله گزارش شده است. آزمون میانه، تفاوت معنی داری را بر اساس تعداد بیماران گروه آزمون که در زیر مقیاس های فوق الذکر دارای نمره ای بیشتر از میانه کل (بهبودی ابعاد کیفیت زندگی) بودند در مقایسه با تعداد بیماران گروه کنترل نشان داده است ( $p < 0/05$ ). همچنین نتایج مطالعه در خصوص علایم مرتبط با کیفیت زندگی، تفاوت معنی دار آماری را بر اساس تعداد بیماران گروه آزمون که در علایم خستگی، تهوع و استفراغ، بی خوابی، بی اشتها، بیبوست، عوارض جانبی درمان سیستمیک، علایم اندام فوقانی، علایم پستان و نگرانی ناشی از ریزش مو دارای نمره ای مساوی و یا کمتر از میانه کل (بهبودی علایم) بوده اند در مقایسه با بیماران گروه کنترل نشان داده است ( $p < 0/05$ )، اما تفاوت معنی داری در سایر زیر مقیاس های کارکرد شناختی، کارکرد جنسی و لذت جنسی و نیز علایم درد، تنگی نفس، اسهال و مشکلات مالی بین دو گروه آزمون و شاهد گزارش نشد.

**نتیجه گیری:** برنامه خود مراقبتی اورم توانسته است با بهبودی معنی دار بعضی از علایم مرتبط با بیماری و درمان، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را ارتقاء بخشد.

**واژه های کلیدی:** خود مراقبتی، الگوی خود مراقبتی اورم، سرطان پستان، کیفیت زندگی، شیمی درمانی

\* نویسنده مسئول: اردشیر افراسیابی فر، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری.

Email: afrasiabifar.ardashir@yums.ac.ir

## مقدمه

سرطان پستان بیشترین علت مرگ ناشی از سرطان در بین زنان سراسر جهان می‌باشد. در ایران، حدوداً ۲۲ درصد از موارد سرطان‌های زنان را سرطان پستان تشکیل می‌دهد. به عبارت دیگر، شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی است و سن ابتلا به این بیماری در ایران ۱۰ سال کم تر از سن ابتلا در کشورهای غربی است (۱-۳). علاوه بر تهدید بالقوه زندگی ناشی از تشخیص سرطان سینه، درمان‌های آن مانند شیمی‌درمانی خود می‌تواند اثرات سویی بر ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی بیماران داشته باشد (۴). بر اساس نتایج مطالعه‌های موجود، علی‌رغم اثرات سودمند شیمی‌درمانی در افزایش بقاء بیماران، ترس از عود بیماری، نگرانی از عوارض جانبی درمان، ترس از ناتوانایی در بازگشت به زندگی قبل از بیماری از جمله دغدغه‌های زنان مبتلا به سرطان پستان می‌باشند (۵، ۶).

امروزه کیفیت زندگی به عنوان شاخص مهمی در ارزیابی مراقبت‌ها در نظر گرفته می‌شود. 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 می‌باشد (۷). به عبارت دیگر، کیفیت زندگی منعکس کننده ادراک بیمار از تأثیر سرطان و درمان آن بر زندگی روزانه خود است (۸). امروزه کیفیت زندگی در

تعیین اثربخشی مراقبت‌های پزشکی (۹) نیز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد که خود نیز نیازمند شناسایی عوامل مهم تأثیرگذار مانند خود مراقبتی و ادراک بیماران از مدیریت و مراقبت در سرطان پستان می‌باشد (۱۰-۱۳).

خود مراقبتی در افراد مبتلا به بیماری‌های پیشرفته نه تنها در کنترل علائم، بلکه به سازگاری عاطفی، روانی و اجتماعی کمک می‌نماید (۱۴). خود مراقبتی فرایندی است که به موجب آن بر افراد به عنوان بازیگر اصلی مراقبت از خود تأکید می‌کند تا از این طریق سلامتی خود را حفظ و ارتقاء دهند. اورم، نظریه پرداز خود مراقبتی در پرستاری، خود مراقبتی را اعمال داوطلبانه و هدفمند به وسیله فرد و یا فرد مراقب جهت بهبود عملکرد، حفظ زندگی، ارتقاء سلامتی و پاسخگویی به نیازهای فردی تعریف کرده است (۱۵). از یک سو بر اساس شواهد موجود، کمبود خود مراقبتی یا نقص در خودمراقبتی در هنگام ابتلا به بیماری ممکن است به دلیل فقدان انگیزه، دانش و مهارت بروز نماید (۱۶)، اما در مقابل، نتایج مطالعه‌ها نشان می‌دهند که توانمندسازی بیماران در زمینه خود مراقبتی به ارتقاء سلامتی و درک بهتر بیماران از بیماری (۱۷)، مدیریت بهتر عوارض جانبی درمان، کنترل علائم و بهبود کیفیت زندگی (۱۹ و ۱۸، ۱۶) کمک می‌نماید. همچنین مطالعه لیو و همکاران نشان داده است مداخلات پرستاری افزایش دهنده خودکارآمدی باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش دیسترس‌های علائم و نشانه‌ها در زنانی که سرطان پستان آنها

کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به ماهیت بیماری سرطان با سایر بیماری‌های مزمن غیر سرطانی، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه خود مراقبتی اورم بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی صورت گرفته است.

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی دارای گروه کنترل می‌باشد، که در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. جامعه پژوهش این مطالعه شامل زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی و مراجعه کننده به مراکز انکولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ می‌باشد. تعداد ۸۰ زن مبتلا به سرطان پستان به صورت نمونه‌های در دسترس انتخاب شدند، اما نمونه‌های انتخابی به صورت تصادفی بلوکه بین دو گروه آزمون و شاهد تخصیص یافتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سنین ۱۸ تا ۵۵ سال، گذراندن حداقل یک دوره شیمی‌درمانی، عدم ابتلا به اختلالات روانی مشخص نظیر افسردگی اساسی، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن، سابقه بدخیمی‌های دیگر، عدم ابتلا به اختلالات بینایی و شنوایی بوده‌اند. سن بالاتر از ۵۵ سال، عدم تمایل به ادامه همکاری، مرگ و یا مهاجرت به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شده‌اند. ابتدا به شرکت کنندگان در مورد

جدیداً تشخیص داده شده است می‌گردد (۲۰). در مطالعه دیگری، افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به پرفشاری خون بر اساس الگوی مراقبتی واتسون نیز گزارش شده است (۲۱). مطالعه دیگری، الگوی خود مراقبتی اورم را علی‌رغم دشواری در زبان و سازه‌های الگو، الگوی جامع و کل نگر در مراقبت از بیماران قلبی در بخش مراقبت‌های کرونر معرفی کرده است (۲۲).

افزایش شیوع سرطان پستان به خصوص کاهش سن ابتلا به این بیماری در زنان ایرانی از یک سو، سیر طولانی مدت بیماری و درمان، واکنش‌های عاطفی، تغییر در تصویر ذهنی ناشی از تغییر فیزیکی بدن و کاهش کیفیت زندگی از سوی دیگر، اهمیت فعالیت‌های خود مراقبتی را بیش از پیش نمایان می‌سازد. علاوه بر این با توجه به نقش زنان به عنوان ارکان مهم خانواده، اختلال در کیفیت زندگی آنها، آسیب پذیری کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده را در پی خواهد داشت. پرستاران می‌توانند با الگوگیری از مدل‌های خود مراقبتی از جمله الگوی خود مراقبتی اورم، تشویق بیماران جهت مشارکت فعال در فرایند درمان، مراقبت و بازتوانی، در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان با وجود اعمال محدودیت‌های ناشی از بیماری و درمان آن گام بردارند. اگرچه الگوی خودمراقبتی اورم در سایر بیماران مبتلا به بیمارهای مزمن مورد توجه پرستاران بالینی و پژوهشگران قرار گرفته است، اما در بیماران مبتلا به سرطان از جمله سرطان پستان

اهداف مطالعه توضیح داده شد. بر مشارکت اختیاری در مطالعه و خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه و نیز بر محرمانه بودن اطلاعات جمع‌آوری شده تأکید گردید. بعد از اتمام مداخله و جمع‌آوری داده‌ها، به بیماران گروه شاهد کتابچه آموزشی تحویل داده شد. این مطالعه دارای تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی یاسوج می‌باشد.

مطالعه پس از کسب مجوز رسمی از دانشگاه علوم پزشکی شیراز و مراکز انکولوژی بیمارستان‌های شیراز (بیمارستان نمازی، درمانگاه مطهری) و اخذ تأیید به کمیته اخلاق شروع گردید. پس از تخصیص تصادفی، بیان اهداف و کسب رضایت بیماران، ابتدا نیازهای خودمراقبتی بیماران بر اساس فرم‌های بررسی و شناخت اورم مشخص شد. بعد از تعیین نیازهای بیماران، برنامه خود مراقبتی تدوین گردید که به صورت فردی و گروهی در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به شرح زیر از طریق بحث و گفتگو برای بیماران گروه آزمون برگزار شد. علاوه بر این، محتوای برنامه در قالب یک کتابچه‌های آموزشی کامل در اختیار بیماران گروه آزمون قرار گرفت تا بر اساس آن خودمراقبتی را در منزل به کار گیرند. برای اطمینان از انجام خودمراقبتی، در ابتدای هر جلسه سؤالاتی در مورد مطالب جلسه قبل مطرح گردید. جلسه اول: شامل آشنا سازی بیماران با ماهیت بیماری سرطان پستان، تشخیص، نشانه‌ها، درمان، عوارض درمان خصوصاً شیمی‌درمانی. جلسه دوم:

خودمراقبتی پیرامون اهمیت تغذیه و رژیم غذایی. جلسه سوم: شامل مراقبت‌های درد و عوامل دردزا، کنترل ادم اندام فوقانی، جلسه چهارم: مراقبت از پوست و مو، بهداشت دهان و دندان. جلسه پنجم: بی‌اشتهایی، تغییرات حس چشایی، تعادل مایعات و الکترولیتها، اسهال و یبوست (دفع)، جلسه ششم: خودمراقبتی پیرامون کنترل تهوع و استفراغ، پیشگیری از عفونت، جلسه هفتم: خودمراقبتی‌های پیرامون خواب و استراحت، فعالیت فیزیکی و پیشگیری از خستگی، جلسه هشتم: مراقبت سایکولوژیک و راهبردهای مقابله‌ای.

علاوه بر اطلاعات دموگرافیک از پرسشنامه استاندارد ۳۰ آیتمی کیفیت زندگی (QLQ-C30) بیماران مبتلا به سرطان و پرسشنامه اختصاصی ۲۳ آیتمی کیفیت زندگی (EORTC QLQ-BR23) زنان مبتلا به سرطان پستان جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. پرسشنامه استاندارد ۳۰ آیتمی کیفیت زندگی به وسیله سازمان تحقیقات و درمان سرطان در اروپا طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال در مقیاس کارکردی، ایتیم علایم و نشانه‌ها و وضعیت کلی سلامت می‌باشد. پرسشنامه استاندارد ۲۳ آیتمی به صورت اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان طراحی شده است. این پرسشنامه نیز شامل ۲۳ سوال که ۸ سوال آن مربوط به مقیاس کارکردی و ۱۵ سوال دیگر مربوط به مقیاس علایم است. این پرسشنامه حتماً باید به همراه پرسشنامه استاندارد ۳۰ آیتمی کیفیت زندگی تکمیل گردد. هر دو پرسشنامه

نظر شغل، ۷۳/۸ درصد از شرکت کنندگان خانه دار بوده اند. میانگین کلی تعداد جلسه شیمی درمانی  $2/2 \pm 2/1$ ، گزارش شده است که از نظر متغیر فوق الذکر تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. اگرچه اکثریت نمونه های پژوهش دارای سرطان پستان در مرحله گسترش یافته بوده اند، اما از نظر مرحله بیماری و سایر متغیرهای جمعیت شناختی، تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه آزمون و کنترل گزارش نشده است (جدول ۱).

یافته های اصلی مطالعه نشان داد بعد از مداخله، از نظر تعداد بیماران گروه آزمون که در زیر مقیاس سلامت کلی و زیر مقیاس های کارکرد جسمی، کارکرد عاطفی، کارکرد نقش، کارکرد اجتماعی، تصویر ذهنی و آینده نگری دارای نمره بیشتر از میانه کل (بهبودی) بوده اند در مقایسه با بیماران گروه کنترل تفاوت معنی دار آماری وجود داشته است ( $p < 0/05$ ). به عبارت دیگر آزمون میانه تفاوت معنی داری را از نظر میانه زیر مقیاس های فوق الذکر بین دو گروه نشان می دهد (جدول ۲). مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی بعد از مداخله نیز نشان داده است که بیماران گروه آزمون در زیر مقیاس های سلامت کلی، کارکرد جسمی، کارکرد عاطفی، کارکرد نقش، کارکرد اجتماعی، تصویر ذهنی و آینده نگری نمرات آنها افزایش (بهبودی) بیشتری نسبت به بیماران گروه کنترل داشته اند.

همچنین یافته های دیگر مطالعه نشان می دهد بعد از مداخله، از نظر تعداد بیماران گروه آزمون که در علایم خستگی، تهوع و استفراغ، بی خوابی، بی

کیفیت زندگی به صورت لیکرت دارای ۴ گزینه (به هیچ وجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) می باشد که از ۱-۴ امتیازبندی شده است. امتیازات هر حیطه بر مبنای ۰ تا ۱۰۰ بود. امتیاز بالاتر در مقیاس های کارکردی به منزله سطح کارکرد بهتر، به عبارت دیگر کیفیت زندگی بهتر و برعکس در مقیاس های علامتی مبین تشدید علایم، به عبارت دیگر کیفیت زندگی بدتر، می باشد. پایایی و روایی این پرسشنامه ها به زبان فارسی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳). داده ها قبل از مداخله و دو هفته پس از آخرین جلسه مداخله جمع آوری گردید.

داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون آمار توصیفی و استنباطی با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از شاخص های متمایل به مرکز و شاخص های پراکندگی جهت آمارهای توصیفی استفاده شده است. ابتدا وضعیت توزیع متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن از طریق آزمون کولموگراف اسمیرنوف بررسی گردید. به دلیل عدم برخورداری از توزیع نرمال نتایج آزمون غیر پارامتری تست میانه گزارش شده است. آزمون های تی مستقل (جهت متغیرهای کمی)، مربع کای و دقیق فیشر جهت متغیرهای اسمی استفاده شده اند.

## یافته ها

در مطالعه حاضر ۸۰ زن در دو گروه آزمون (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) با میانگین کلی سن  $44/2 \pm 10/4$  سال (دامنه: ۵۵ - ۲۵) شرکت داشتند. از

اشتهایی، یبوست، عوارض جانبی درمان سیستمیک، علائم اندام فوقانی، علایم پستان و نگرانی ناشی از ریزش مو، دارای نمره مساوی و یا کمتر از میانه کل (بهبودی علایم) بوده‌اند در مقایسه با نسبت به بیماران گروه کنترل تفاوت معنی‌دار گزارش شده است ( $p < 0.05$ ) (جدول ۳). مقایسه میانگین نمرات علایم مرتبط با کیفیت زندگی بعد از مداخله نیز نشان داد که بیماران گروه آزمون در علایم فوق‌الذکر، کاهش (بهبودی) بیشتری نسبت به بیماران گروه کنترل داشته‌اند.

#### بحث

این مطالعه به منظور تعیین تأثیر برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان و تحت درمان با شیمی‌درمانی طراحی شده است. یافته‌های اصلی این پژوهش نشان داد برنامه خود مراقبتی اورم باعث بهبودی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی شده است. در راستای یافته اصلی مطالعه حاضر، مرور متون موجود نشان می‌دهند که رویکردهایی که به افزایش توان خود مراقبتی و خودمدیریتی بیماران کمک می‌نماید از نظر بیماران تأثیر مثبتی در ابعاد مختلف کیفیت زندگی داشته‌اند. به عنوان مثال، بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن (۲۴)، بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال (۲۵)، بیماران مبتلا به گواتر با کم‌کاری تیروئید (۲۶) و بهبود علایم مانند خستگی در بیماران مبتلا به اسکروز متعدد (۲۷) پس از مراقبت‌های

مبتنی بر الگوی اورم به وسیله مطالعه‌ها گزارش شده‌اند.

در توجیه یافته فوق‌الذکر مطالعه حاضر می‌توان گفت اگر بیماران در هنگام مواجهه با بیماری به وسیله پرستاران توانمند گردند، یاد می‌گیرند که با وجود بیماری بالقوه چگونه زندگی‌ای داشته باشند. بنابراین می‌توانند عوامل کاهش دهنده کیفیت زندگی خود را به نحو مطلوب‌تری تعدیل نمایند (۲۸). از سوی دیگر در توجیه اثربخشی الگوی خودمراقبتی اورم، می‌توان گفت خودمراقبتی امری اکتسابی است که از طریق آموزش، تجربه و ارتباط متقابل انسان‌ها با هم و یا انسان با محیط به دست می‌آید. چنانچه فرد دارای توان خودمراقبتی، انگیزه و تمایل به خود مراقبتی داشته باشد کارکردهای جسمی، روحی، معنوی، اجتماعی را در پی خواهد داشت، لذا اقدامات پرستاری باید در راستای فعال‌سازی توان خودمراقبتی بیمار از حالت بالقوه به بالفعل باشد که اورم این نوع سیستم پرستاری را سیستم حمایتی آموزشی نامید. در این سیستم، بیمار توانایی خودمراقبتی را دارد، اما بدون دریافت اطلاعات مورد نیاز از جانب پرستار یا سایر کارکنان درمانی قادر به انجام آن نخواهد بود. در واقع پرستاران با کنترل رفتارها، ارایه اطلاعات و بهبود مهارت‌ها در ایفای نقش اصلی بیمار در امر خودمراقبتی به آنها کمک می‌نمایند. برای حصول به این مهم، با انواع رویکردهای صحیح ابتدا خودمراقبتی را به بیمار می‌آموزد تا بیمار باکسب مهارت‌های لازم از عهده خود مراقبتی برآید (۱۵).

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی بیماران دو گروه مورد مطالعه

| متغیر                          | گروه                        | آزمون           | کنترل           | سطح معنی داری |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|---------------|
| سن: انحراف معیار $\pm$ میانگین |                             | ۴۳/۸ $\pm$ ۱۰/۲ | ۴۴/۶ $\pm$ ۱۰/۶ | ۰/۷           |
| تاهل: (درصد) تعداد             | مجرد                        | ۷ (۱۷/۵)        | ۵ (۱۲/۵)        | ۰/۸           |
|                                | متاهل / مطلقه / بیوه        | ۳۳ (۸۲/۵)       | ۳۵ (۸۷/۵)       |               |
|                                | بیسواد                      | ۱۰ (۲۵)         | ۷ (۱۷/۵)        |               |
| تحصیلات: (درصد) تعداد          | ابتدایی                     | ۶ (۱۵)          | ۸ (۲۰)          | ۰/۶           |
|                                | راهنمایی - دبیرستان         | ۲۲ (۳۰)         | ۱۴ (۳۵)         |               |
|                                | دیپلم و بالاتر              | ۱۲ (۳۰)         | ۱۱ (۲۷/۵)       |               |
| شغل: (درصد) تعداد              | شاغل                        | ۱۲ (۳۰)         | ۹ (۲۲/۵)        | ۰/۶           |
|                                | خانه دار                    | ۲۸ (۷۰)         | ۳۱ (۷۷/۵)       |               |
|                                | خیر                         | ۳ (۷/۵)         | ۳ (۷/۵)         |               |
| پستان: (درصد) تعداد            | برداشتن قسمتی از بافت پستان | ۵ (۱۲/۵)        | ۳ (۲۲/۵)        | ۰/۵           |
|                                | برداشتن کامل بافت پستان     | ۳۲ (۸۰)         | ۲۸ (۷۰)         |               |
| مرحله بیماری:                  | موضعی                       | ۴ (۱۰)          | ۸ (۲۰)          |               |
| (درصد) تعداد                   | ناحیه ای                    | ۱۷ (۴۲/۵)       | ۱۷ (۴۲/۵)       | ۰/۴           |
|                                | گسترش یافته                 | ۱۹ (۴۷/۵)       | ۱۵ (۳۷/۵)       |               |
| محل سکونت:                     | شهر                         | ۳۰ (۷۵)         | ۲۸ (۷۰)         | ۰/۸           |
| (درصد) تعداد                   | روستا                       | ۱۰ (۲۵)         | ۱۲ (۳۰)         |               |

جدول ۲: مقایسه شاخص میانه نمرات ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

| گروه                          |            | کنترل          |                          | آزمون      |                |                          | آزمون میانه |       |               |  |
|-------------------------------|------------|----------------|--------------------------|------------|----------------|--------------------------|-------------|-------|---------------|--|
| ابعاد کیفیت زندگی/زمان مداخله | میانه گروه | بیشتر از میانه | مساوی و یا کمتر از میانه | میانه گروه | بیشتر از میانه | مساوی و یا کمتر از میانه | میانه کل    | آماره | سطح معنی داری |  |
| سلامت کلی                     | قبل ۸۳/۳۳  | ۲۳             | ۱۷                       | ۳۶/۵       | ۱۵             | ۲۵                       | ۳۶/۶۷       | ۳/۲   | ۰/۰۷          |  |
|                               | بعد ۳۶/۶۷  | ۶              | ۳۴                       | ۴۵         | ۱۹             | ۲۱                       | ۴۵          | ۹/۳   | ۰/۰۰۴         |  |
| کارکرد جسمی                   | قبل ۴۶/۶۷  | ۱۲             | ۲۸                       | ۵۰         | ۱۹             | ۲۱                       | ۵۰          | ۲/۵   | ۰/۱           |  |
|                               | بعد ۴۶/۶۷  | ۹              | ۳۱                       | ۶۰         | ۲۹             | ۱۱                       | ۵۳/۳۳       | ۲۰/۱  | ۰/۰۰۱         |  |
| کارکرد نقش                    | قبل ۴۶/۶۷  | ۱۶             | ۲۴                       | ۴۶/۶۷      | ۱۸             | ۲۲                       | ۴۶/۶۷       | ۰/۲   | ۰/۲           |  |
|                               | بعد ۴۶/۶۷  | ۱۳             | ۲۷                       | ۴۶/۶۷      | ۲۳             | ۱۷                       | ۴۶/۶۷       | ۵     | ۰/۰۲          |  |
| کارکرد عاطفی                  | قبل ۴۵     | ۱۵             | ۲۵                       | ۴۳/۳۳      | ۱۰             | ۳۰                       | ۴۵          | ۱/۴   | ۰/۲           |  |
|                               | بعد ۴۶     | ۱۳             | ۲۷                       | ۵۰         | ۲۶             | ۱۴                       | ۴۶/۶۷       | ۸/۴   | ۰/۰۰۴         |  |
| کارکرد شناختی                 | قبل ۵۳/۳۳  | ۱۵             | ۲۵                       | ۵۳/۳۳      | ۱۹             | ۲۱                       | ۵۳/۳۳       | ۰/۸   | ۰/۳           |  |
|                               | بعد ۵۶/۶۷  | ۱۵             | ۲۵                       | ۵۶/۶۷      | ۱۳             | ۲۷                       | ۵۶/۷        | ۰/۵   | ۰/۶           |  |
| کارکرد اجتماعی                | قبل ۵۳/۳۳  | ۱۲             | ۲۸                       | ۵۳/۳۳      | ۱۳             | ۲۷                       | ۵۳/۳        | ۰/۰۶  | ۰/۸           |  |
|                               | بعد ۵۳/۳۳  | ۱۱             | ۲۹                       | ۵۶/۶۷      | ۲۶             | ۱۴                       | ۵۳/۳        | ۱۱/۳  | ۰/۰۰۱         |  |
| کارکرد جنسی                   | قبل ۴۵     | ۱۸             | ۱۹                       | ۴۵         | ۱۹             | ۲۴                       | ۴۵          | ۰/۵   | ۰/۸           |  |
|                               | بعد ۴۶/۶۷  | ۱۵             | ۲۵                       | ۵۰         | ۲۱             | ۱۶                       | ۴۶/۶۷       | ۴     | ۰/۰۵          |  |
| لذت جنسی                      | قبل ۳۵     | ۲۰             | ۱۹                       | ۳۳/۳۳      | ۱۸             | ۲۲                       | ۳۳/۳۳       | ۰/۲   | ۰/۶           |  |
|                               | بعد ۴۳/۳۳  | ۲۰             | ۲۱                       | ۴۵         | ۲۱             | ۱۹                       | ۴۴/۱۲       | ۰/۲   | ۰/۶           |  |
| تصویر ذهنی                    | قبل ۴۱/۶۶  | ۵              | ۳۵                       | ۴۱/۶۶      | ۶              | ۳۴                       | ۴۱/۶۶       | ۰/۱   | ۰/۷           |  |
|                               | بعد ۴۱/۶۶  | ۱۱             | ۲۹                       | ۴۵         | ۲۲             | ۱۸                       | ۴۱/۶۶       | ۶/۲   | ۰/۰۱          |  |
| آینده نگری                    | قبل ۳۳/۳۳  | ۱۵             | ۲۵                       | ۳۳/۳۳      | ۱۷             | ۲۳                       | ۳۳/۳۳       | ۰/۲   | ۰/۶           |  |
|                               | بعد ۳۳/۳۳  | ۱۳             | ۲۷                       | ۴۵         | ۲۵             | ۱۵                       | ۳۶/۶۶       | ۰/۷   | ۰/۰۰۷         |  |

جدول ۳: مقایسه شاخص میانه علائم مرتبط با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

| علائم مرتبط با کیفیت زندگی/زمان | گروه | میانه | بیشتر از | کنترل | آزمون | آزمون میانه |
|---------------------------------|------|-------|----------|-------|-------|-------------|
| علائم مرتبط با کیفیت زندگی/زمان | گروه | میانه | بیشتر از | کنترل | آزمون | آزمون میانه |
| خستگی                           | قبل  | ۵۲/۷۷ | ۱۷       | ۲۳    | ۵۵/۵  | ۱۶          |
|                                 | بعد  | ۵۸/۳۳ | ۲۱       | ۱۹    | ۲۵/۵  | ۱۱          |
| تهوع و استفراغ                  | قبل  | ۵۰    | ۱۹       | ۲۱    | ۵۰    | ۱۶          |
|                                 | بعد  | ۵۳/۳۳ | ۲۱       | ۱۹    | ۴۶/۶  | ۱۲          |
| درد                             | قبل  | ۵۰    | ۱۵       | ۲۵    | ۵۰    | ۱۱          |
|                                 | بعد  | ۵۰    | ۱۹       | ۲۱    | ۴۶/۶  | ۱۵          |
| تنگی نفس                        | قبل  | ۲۵    | ۱۸       | ۲۲    | ۲۵    | ۱۵          |
|                                 | بعد  | ۲۵    | ۱۹       | ۲۱    | ۲۰    | ۱۳          |
| بی خوابی                        | قبل  | ۱۶/۴۴ | ۲۰       | ۲۰    | ۳۸/۳  | ۱۸          |
|                                 | بعد  | ۱۶/۴۴ | ۲۴       | ۱۶    | ۳۳/۳  | ۱۳          |
| بی اشتها                        | قبل  | ۴۵    | ۱۷       | ۲۳    | ۴۵    | ۱۹          |
|                                 | بعد  | ۴۶/۶۷ | ۲۱       | ۱۹    | ۴۰    | ۱۰          |
| یبوست                           | قبل  | ۳۳/۳۳ | ۱۹       | ۲۱    | ۳۳/۳  | ۲۰          |
|                                 | بعد  | ۳۷/۵  | ۲۲       | ۱۸    | ۲۵    | ۱۲          |
| اسهال                           | قبل  | ۱۵    | ۱۷       | ۲۳    | ۱۲/۵  | ۱۶          |
|                                 | بعد  | ۱۲/۵  | ۲۰       | ۲۰    | ۱۰    | ۱۸          |
| مشکلات مالی                     | قبل  | ۴۰    | ۲۱       | ۱۹    | ۳۵    | ۱۷          |
|                                 | بعد  | ۳۷/۵  | ۲۰       | ۲۰    | ۳۵    | ۱۸          |
| عوارض جانبی درمان               | قبل  | ۳۳/۳۳ | ۱۸       | ۲۲    | ۳۷/۵  | ۲۲          |
|                                 | بعد  | ۴۵    | ۲۸       | ۱۲    | ۲۹/۲  | ۱۰          |
| علائم پستان                     | قبل  | ۴۱/۶۶ | ۲۱       | ۱۹    | ۴۰    | ۱۹          |
|                                 | بعد  | ۴۱/۶۶ | ۲۵       | ۱۵    | ۲۶/۶  | ۱۳          |
| علائم اندام فوقانی              | قبل  | ۳۳/۳۳ | ۱۶       | ۲۴    | ۳۳/۳  | ۱۸          |
|                                 | بعد  | ۳۳/۳۸ | ۲۳       | ۱۷    | ۲۹/۱  | ۱۱          |
| نگرانی ناشی از ریزش مو          | قبل  | ۲۵    | ۲۱       | ۱۹    | ۳۳/۳  | ۱۸          |
|                                 | بعد  | ۴۳    | ۲۳       | ۱۷    | ۳۳/۳  | ۱۱          |

در مواجه با بیماری ترسناک و ناامید کننده‌ای مانند سرطان که نوعی بحران خانوادگی محسوب می‌شود در بهبود کیفیت زندگی می‌تواند کمک نماید. به عنوان مثال، ویتک جان یوسک و همکاران جهت بهبود کیفیت زندگی و رفتارهای مقابله در زنان مبتلا به سرطان پستان رویکرد ذهنی و شناختی را به کار گرفته‌اند.

یافته‌های دیگر مطالعه در زمینه علایم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی از جمله علایم روان شناختی مانند آینده‌نگری و تصویر ذهنی نشان داد که خودمراقبتی اورم باعث بهبود علایم کاهش دهنده کیفیت زندگی آنها شده است. توجه به رویکردهای روان شناختی و رفتاری توأم به مراقبت‌های جسمی

نتایج مطالعه آنها نشان داد چنین روش‌هایی نه تنها باعث کاهش سطح کورتیزول می‌گردد، بلکه کیفیت زندگی و راه‌های مقابله و سازگاری را بهبود می‌بخشد. علاوه بر این، این رویکردها به زنان مبتلا به سرطان پستان اجازه می‌دهد فعالانه با تشخیص بیماری تهدید کننده زندگی خود روبرو شوند (۲۹). همچنین نتیجه مطالعاتی دیگر نشان داده‌اند که اثرات منفی ناشی از تشخیص سرطان مانند کاهش کیفیت زندگی و اختلالات شناختی ناشی از شیمی درمانی، یا روش‌هایی مانند یوگا (۳۰) قابل تعدیل هستند.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت ابتلا به بیماری خصوصاً بیمارهای صعب‌العلاج مانند سرطان باعث انحراف از سلامتی در فرد می‌گردد. این موضوع در الگوی خود مراقبتی اورم تحت عنوان نیازهای انحراف از سلامت شناخته شده‌اند که نشان دهنده تغییر در ساختار بدنی، عملکرد جسمانی و یا رفتاری فرد خواهند بود (۱۵). نیازهای انحراف از سلامت از فردی به فرد دیگر متفاوت خواهند بود. به دلیل وجود این نیازها، فرد بیمار در پی درمان و مراقبت، آگاهی از عوارض بیماری، پیروی از برنامه درمانی، پذیرش بیماری و سازگاری هرچه بهتر با محدودیت‌های بیماری و به تبع آن ارتقاء کیفیت زندگی علی‌رغم تمامی محدودیت‌های ناشی از بیماری می‌شود. این موضوع نقش فعالانه بیمار در امر خود مراقبتی را بیش از پیش نمایان می‌سازد. به همین دلیل پرستاران باید در جهت تأمین نیازهای افراد در هنگام

انحراف از سلامت و نیز ارتقاء رفاه و بهزیستی و در نتیجه کیفیت زندگی بیش‌تر حساس شوند.

اگرچه یافته‌ها مطالعه حاضر نشانگر آن است که الگوی خود مراقبتی اورم در زنان مبتلا به سرطان پستان، به عنوان یک الگوی خودمراقبتی ارایه شده به وسیله پرستاران توانسته است اثرات مطلوب بر کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه داشته باشد و بسیاری از علایم مرتبط با بیماری و یا درمان را که بر کیفیت زندگی آنها تأثیر داشته باشد را به نحو چشمگیری کاهش دهد، اما این مطالعه محدودیت‌های هم داشته است که در تعمیم نتایج باید به آنها دقت شود. یکی از محدودیت‌های مطالعه مدت زمان مداخله بوده است از آنجایی که خود مراقبتی موفقیت‌آمیز نیازمند زمان طولانی تری است تا بتوان با دقت بیشتری در رابطه با آن قضاوت کرد، بنابراین پیشنهاد می‌شود تأثیر چنین مداخلاتی طی یک بازه زمانی حداقل ۶ ماهه مورد بررسی قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های دیگر مطالعه، مفهوم مورد مطالعه می‌باشد. کیفیت زندگی اولاً مفهومی ذهنی می‌باشد که متأثر از عوامل مختلف فردی اجتماعی اقتصادی و فرهنگی می‌باشد که بر پاسخگویی افراد می‌توانند تأثیر داشته باشند، ثانیاً کیفیت زندگی مفهوم چند بعدی است. اگرچه از پرسشنامه‌های استاندارد که پایایی و روایی آنها به زبان فارسی مورد تأیید قرار گرفته بودند استفاده شد، ولی به دلیل این که این گونه ابزارهای حالت خودگزارش دهی دارد، بنابراین عوامل ذهنی و شناختی بیماران بر نحوه پاسخ دهی آنها به سئوالات

تأثیر دارد، لذا پیشنهاد می‌گردد تأثیر چنین مداخلاتی را علاوه بر ابزارهای کاغذ مدادی از طریق ابزارهای عینی تر مانند شاخص های فیزیولوژیکی مورد بررسی قرار گیرند. از محدودیت های دیگر مطالعه این بوده است که در این مطالعه بیشتر بیمارانی شرکت کرده اند که بیشتر نیازمند سیستم پرستاری آموزشی- حمایتی بوده اند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد تأثیر الگوی خود مراقبتی اورم را در زنان مبتلا به سرطان پستان که نیازمند سیستم پرستاری جبرانی نسبی و یا پرستاری جبرانی کامل هستند در مطالعه دیگری مورد بررسی قرار گیرد.

### نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش حاضر الگوی خود مراقبتی اورم توانسته است بعضی از ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را ارتقاء دهد. همچنین این الگوی با بهبود علایمی مانند؛ خستگی، تهوع و استفراغ، بی خوابی، بی اشتها، بیوست، عوارض جانبی درمان سیستمیک، علایم پستان و نگرانی ناشی از ریزش مو که می‌توانند کیفیت زندگی بیماران را کاهش دهند تأثیر داشته است. بنابراین نقش پرستاران بر اساس نقش های تعریف شده در الگوی خود مراقبتی اورم می‌تواند به کیفیت زندگی این بیماران کمک نماید خصوصاً زمانی که بیماران اطلاعات و دانش کمی از خود مراقبتی داشته باشند و الگوی خودمراقبتی اورم به دلیل یادگیری آسان، مورد استقبال و پذیرش آنها قرار گرفته باشد.

### تقدیر و تشکر

نویسندگان از کلیه بیماران و خانواده های آنان، کارکنان مراکز انکولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در انجام این مطالعه ما را یاری کردند کمال تشکر را دارند. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج می‌باشد که بدین وسیله نیز از حمایت های مادی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج تقدیر به عمل می‌آید.

## REFERENCES:

1. Agarwal G, Pradeep P, Aggarwal V, Yip C-H, Cheung PS. Spectrum of breast cancer in Asian women. *World Journal of Surgery* 2007; 31(5): 1031-40.
2. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2011; 61(2): 69-90.
3. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *The Breast Journal* 2007; 13(4): 383-91.
4. Albert US, 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: S136-S41.
5. Engel J, Schlesinger-Raab A, Emeny R, Hölzel D, Schubert-Fritschle G. Quality of life in women with localised breast cancer or malignant melanoma 2 years after initial treatment: a comparison. *International Journal of Behavioral Medicine* 2014; 21(3): 478-86.
6. Lian K, Davey C, Wake M, Cashell A. The effects of post-radiation education pamphlet on self-efficacy in cancer patients. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* 2011; 42(2): 59-65.
7. Movsas B. Quality of life in oncology trials: a clinical guide. *Seminars in Radiation Oncology* 2003; 13(3): 235-47.
8. Arndt V, Merx H, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. Age-specific detriments to quality of life among breast cancer patients one year after diagnosis. *European Journal of Cancer* 2004; 40(5): 673-80.
9. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94(1): 39-49.
10. Ediebah D, Coens C, Zikos E, Quinten C, Ringash J, King M, et al. Does change in health-related quality of life score predict survival? Analysis of EORTC 08975 lung cancer trial. *British Journal of Cancer* 2014; 110(10): 2427-33.
11. Quinten C, Martinelli F, Coens C, Sprangers MA, Ringash J, Gotay C, et al. A global analysis of multitrial data investigating quality of life and symptoms as prognostic factors for survival in different tumor sites. *Cancer* 2014; 120(2): 302-11.
12. Sharma A, Walker LG, Monson JR. Baseline quality of life factors predict long term survival after elective resection for colorectal cancer. *International Journal of Surgical Oncology* 2013; 2013:doi.org/10.1155/2013/269510.
13. Yan B, Yang L-M, Hao L-P, Yang C, Quan L, Wang L-H, et al. Determinants of quality of life for breast cancer patients in Shanghai, China. *PloS one* 2016; 11(4): e0153714.
14. Schou I, Ekeberg Ø, Sandvik L, Hjermsstad MJ, Ruland CM. Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Quality of Life Research* 2005;14(8):1813-23.
15. Alligood MR. *Nursing Theory: Utilization & Application*: Elsevier Health Sciences; 2013.
16. Johnston B, McGill M, Milligan S, McElroy D, Foster C, Kearney N. Self care and end of life care in advanced cancer: literature review. *European Journal of Oncology Nursing* 2009; 13(5): 386-98.
17. Sampaio FAA, Aquino PdS, Araújo TLd, Galvão MTG. Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. *Acta Paulista de Enfermagem* 2008; 21(1): 94-100.
18. John LD. Self-care strategies used by patients with lung cancer to promote quality of life. *Oncology Nursing Forum* 2010; 37(3): 339-47.
19. Piamjariyakul U, Williams PD, Prapakorn S, Kim M, Park L, Rojjanasirirat W, et al. Cancer therapy-related symptoms and self-care in Thailand. *European Journal of Oncology Nursing* 2010; 14(5): 387-94.
20. Lev EL, Daley KM, Conner NE, Reith M, Fernandez C, Owen SV. An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Research and Theory for Nursing Practice* 2001; 15(3): 277-94.
21. Erci B, Sayan A, Tortumluoğlu G, Kiliç D, Şahin O, Güngörmüş Z. The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(2): 130-9.
22. Timmins F, Horan P. A critical analysis of the potential contribution of Orem's (2001) self-care deficit nursing theory to contemporary coronary care nursing practice. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 6(1): 32-9.

23. 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. *Quality of Life Research* 2000; 9(2): 177-84.
24. Omatreza S, Moshtagh Eshgh Z, Eshagh M, Hekmatafshar M, Naieni MK. Effect of educational program based on "Orem Self Care Model" on quality of life in patients with migraine. *Journal of Health Promotion Management* 2014; 3(1): 7-13.
25. Karimi S, Vanaki Z, Bashiri H, Hassani SA. The effects of Orem's self-care model on the nutrition status and fatigue of colorectal cancer patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2016; 3(3): 1-10.
26. Afrasiabifar A, Mehri Z, Sadat SJ, Shirazi HRG. The Effect of Orem's Self-Care Model on Fatigue in Patients With Multiple Sclerosis: A Single Blind Randomized Clinical Trial Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2016; 18(8): e31955.
27. 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.
28. Saeid Pour J, Jafari M, Asgar MG, Dardashti HD, Teymoorzadeh E. The impact of self-care education on life quality of diabetic patients. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2013; 16(52): 26-6.
29. Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews HL. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity* 2008; 22(6): 969-81.
30. Galantino ML, Greene L, Daniels L, Dooley B, Muscatello L, O'donnell L. Longitudinal impact of yoga on chemotherapy-related cognitive impairment and quality of life in women with early stage breast cancer: a case series. *Explore: The Journal of Science and Healing* 2012; 8(2): 127-35.

# 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

Afrasiabifar A<sup>1\*</sup>, Hamzhiakia SH<sup>2</sup>, Hosseini NA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>School of Nursing, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, <sup>2</sup>Student Research Committee, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 28 Jan 2018

Accepted: 24 Mar 2018

## Abstract

**Background & Aim:** Diagnosis and treatment of breast cancer can have a detrimental effect on the quality of life of women. Self-care program seems necessary to improve their quality of life. The aim of this study was to examine the effect of Orem self-care model on the quality of life of women with breast cancer.

**Methods:** In this clinical trial, eighty women with breast cancer who who referred to oncology centers affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. The sampling method was as convenience method but selected samples were randomly assigned between the control and intervention groups. Orem's self-care model was taught to patients of intervention group during an eight sessions about forty-five minutes. The QLQ-C30 and QLQ-BR23 questionnaires were used to collect data before intervention and two weeks after the last intervention session. Data were analyzed by SPSS software version 21 through descriptive and inferential statistics, taking into account the significance level.

**Results:** Significant statistical differences were reported among the sub-scales of quality of life namely global health status, physical functioning, emotional functioning, and role functioning, social functioning, body image and future perspective between the two groups after intervention. The median test has shown a significant difference ( $p < 0.05$ ) by the number of patients in the test group who had a higher scores than the overall median, i.e., improvement in the quality of life, compared to the number of patients in the control group. Also, the results of the study about symptoms scales/items showed that the number of patients in the test group who had equal to or less than the total median score of fatigue, nausea and vomiting, insomnia, anorexia, constipation, systemic therapy side effects, arm symptoms, breast symptoms, and upset by hair loss, i.e., improvement in the quality of life, had a significant difference compared to those in the control group ( $p < 0.05$ ). However, no significant difference was observed by subscales of cognitive functioning, sexual functioning and sexual enjoyment, as well as symptoms such as pain, dyspnea, diarrhea and financial difficulties between the two groups of test and control ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** Orem's self-care model has been able to improve the quality of life of women with breast cancer by reducing some of the symptoms associated with their illness and treatment.

**Key words:** Self-care, Orem's self-care model, Breast cancer, Quality of life, Chemotherapy

**\*Corresponding author:** Afrasiabifar A, School of Nursing, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.  
**Email:** afrasiabifar.ardashir@yums.ac.ir

## Please cite this article as follows:

Afrasiabifar A, Hamzhiakia SH, Hosseini NA. 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.