

تأثیر توانبخشی بر کیفیت زندگی زنان پس از جراحی برداشتن پستان

چکیده:

مقدمه و هدف: سرطان پستان با رشد سالانه ۲ درصد شایع‌ترین سرطان در بین زنان است که سلامت و کیفیت زندگی آنها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. توانبخشی به عنوان یک فرایند پویا و سلامت‌نگر مددجو را برای رسیدن به بالاترین سطح عملکرد جسمی، روانی، معنوی، اجتماعی و ارتقاء کیفیت زندگی کمک می‌کند. لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر توانبخشی بر کیفیت زندگی زنان پس از جراحی برداشتن پستان انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: در یک کارآزمایی بالینی ۵۷ بیمار مبتلا به سرطان پستان که تحت عمل جراحی رادیکال ماستکتومی اصلاح شده قرار گرفته و شیمی درمانی و پروتو درمانی را به اتمام رسانده و تحت هورمون درمانی قرار داشتند، انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه کنترل (۳۰ نفر) و تجربی (۲۷ نفر) تقسیم شدند. این بیماران به بخش شیمی درمانی بیمارستان نمازی شیراز در سال ۱۳۸۵ مراجعه کرده بودند. گروه کنترل تحت مراقبت‌های پزشکی و گروه تجربی در کنار مراقبت‌های پزشکی به مدت دو ماه تحت مداخلات توانبخشی (فیزیوتراپی، آموزش و مشاوره روانی فردی) قرار گرفتند. کیفیت زندگی در رابطه با سرطان پستان کلیه بیماران با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی در سرطان پستان قبل، یک هفته و سه ماه پس از مداخله اندازه‌گیری و مقایسه شد. داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر، تی مستقل و زوجی و آزمون تحلیل واریانس داده‌های مبتنی بر تکرار، آنالیز گردید.

یافته‌ها: قبل از مداخله گروه تجربی در حیطه‌های تصویر ذهنی از جسم و نگرش نسبت به آینده کاهش آماری معنی‌دار و در حیطه‌های رضایت از عملکرد جنسی و عوارض در دست مبتلا افزایش آماری معنی‌دار نسبت به گروه کنترل داشته و در سایر حیطه‌ها تغییرات معنی‌دار نبوده است. یک هفته پس از مداخله در گروه کنترل افزایش آماری معنی‌داری در حیطه عملکرد جنسی و رضایت از عملکرد جنسی نسبت به گروه تجربی مشاهده شد و در سایر حیطه‌ها تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. سه ماه بعد در گروه تجربی در حیطه‌های عملکرد جنسی و رضایت از آن نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته و در سایر حیطه‌های عملکردی، افزایش عملکردی و در حیطه‌های علامتی کاهش علائم، به طور چشمگیر نسبت به گروه کنترل داشته است. تغییرات معنی‌داری در کیفیت زندگی گروه کنترل در این فاصله زمانی ایجاد نشده و می‌توان گفت وضعیت این گروه تقریباً ثابت و یا بدتر شده است.

نتیجه‌گیری: فرایند توانبخشی شامل؛ برنامه‌های آموزش، مشاوره و فیزیوتراپی سبب ارتقا کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی برداشتن پستان می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود به عنوان بخشی از برنامه‌های درمانی این بیماران مدنظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: توانبخشی، کیفیت زندگی، سرطان پستان

مریم حضرتی *

ملیحه پورکیانی **

دکتر عباس عباس‌زاده ***

دکتر پیمان جعفری ****

* کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی،

گروه پرستاری

** کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه

علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی،

گروه پرستاری

*** دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی

کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری

**** دکترای آمار، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز،

دانشکده پزشکی، گروه آمار

تاریخ وصول: ۱۳۸۶/۹/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۶/۱۲/۸

مؤلف مسئول: مریم حضرتی

پست الکترونیک: maryamhashir@yahoo.com

مقدمه

در ایران و بسیاری از کشورهای جهان سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان است (۱). سالانه حدود یک میلیون بیمار مبتلا به سرطان پستان در جهان شناسایی می‌شوند و علت مرگ و میر ۳۷۰ هزار نفر از زنان مبتلا به سرطان، سرطان پستان می‌باشد (۲). در ایران نیز سرطان پستان بیش از ۲۵ درصد از کل سرطان‌ها را در زنان تشکیل می‌دهد (۳).

پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان سرطان پستان موجب افزایش طول عمر این بیماران گردیده است، اما متأسفانه اغلب این درمان‌ها با عوارض جانبی بسیاری همراه بوده و تأثیرات منفی فراوانی به دنبال دارند که موجب کاهش چشمگیر کیفیت زندگی بیماران می‌گردد (۴). ورم لنفاوی، ضعف، درد، محدودیت در حرکت مفصل شانه و احساس سنگینی در دست از مهمترین اختلالات ایجاد شده پس از درمان جراحی در سرطان پستان است (۵ و ۴). علاوه بر عوارض جسمی، این بیماران در معرض فشارهای روانی بسیاری نیز قرار دارند که می‌تواند اختلالات روانی و اجتماعی در زندگی آنها ایجاد کند (۱). علی‌رغم تأثیرات مختلف بیماری و درمان‌ها بر کیفیت زندگی بیماران بیشتر مبتلایان قادر به ادامه زندگی به طور فعال و با حداقل محدودیت‌ها خواهند بود (۶).

امروزه توانبخشی قسمتی از برنامه درمانی مبتلایان به سرطان است (۷). در توانبخشی بیماران مبتلا به سرطان پستان، کاهش عوارض به ویژه

عوارض جسمی و روحی هدف اصلی است. تحقیقات چو (۱) (۲۰۰۴) بهبود قابل ملاحظه عملکرد شانه و احساس خستگی را پس از ۱۰ هفته توانبخشی نشان داد (۸). در پژوهش ترنر و همکاران (۲) (۲۰۰۴) نیز متعاقب ۸ هفته ورزش درمانی بهبود قابل ملاحظه‌ای در احساس خستگی و کیفیت زندگی بیماران، ۶ هفته و ۳ ماه پس از مداخله ایجاد گردید، اما تغییر معنی‌داری در ورم لنفاوی ایجاد نشد (۹).

با در نظر داشتن اثرات حاصل از سرطان پستان و درمان‌های آن به نظر می‌رسد روش‌های درمانی معمول عمدتاً بر کمیت زندگی بیماران متمرکز بوده و توجه به آثار ناشی از عوارض درمان‌ها بر سایر ابعاد زندگی بیماران کمرنگ بوده است (۱۰). بنابراین امروزه علاوه بر ماهیت بیماری معالجه‌های مربوط به آن نیز از اهمیت به سزایی برخوردار است و بر خلاف گذشته که قضاوت در مورد تأثیر درمان‌ها صرفاً بر اساس ناتوانی، بهبود یا مرگ بیمار انجام می‌گرفت، امروزه کیفیت زندگی به عنوان یکی از پیامدهای مهم درمان بیماری‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد و به عنوان یکی از شاخص‌های تعیین کننده تأثیر درمان‌ها ارزیابی می‌شود (۱۱ و ۱۲). نتایج تحقیقات بیانگر اثر مثبت توانبخشی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان است، اما در کشور ما تحقیقی در این زمینه صورت نگرفته و به طور معمول برنامه‌های توانبخشی جزء برنامه‌های درمانی این

1-Cho

2-Turner et al

کنترل به علت متاستاز و شروع مجدد درمان‌ها و یک نفر از گروه تجربی به دلیل انصراف، از برنامه حذف گردیدند و در مجموع ۵۷ بیمار در دو گروه تجربی (۲۷ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) شرکت داشته‌اند.

جهت انجام پژوهش ابتدا کیفیت زندگی بیماران به روش مصاحبه اندازه‌گیری شد. سپس گروه تجربی در کنار مراقبت‌های پزشکی تحت برنامه‌های توانبخشی شامل: فیزیوتراپی، آموزش و مشاوره قرار گرفت. فیزیوتراپی شامل: الکتروتراپی، ورزش و ماساژ درمانی بوده و با هدف کاهش درد، افزایش دامنه حرکتی و کاهش ورم لنفاوی طی ۱۰ تا ۳۰ جلسه دو ساعته و سه بار در هفته انجام گرفت. آموزش در رابطه با مفهوم سرطان، سرطان پستان، تشخیص، درمان، پیشگیری از عوارض آن و نحوه مراقبت از خود و نیز به صورت فردی و چهره به چهره بر حسب نیازهای آموزشی بیماران طی ۲ تا ۴ جلسه ۴۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید و به سؤالات آنان پاسخ داده می‌شد. در پایان مطالب آموزش داده شده به صورت دفترچه آموزشی در اختیار بیماران قرار گرفت. مشاوره روانی نیز به وسیله روان پرستار مجرب در مشاوره به صورت فردی در ۱ تا ۳ جلسه ۳۰ الی ۶۰ دقیقه‌ای با استفاده از بهترین مدل ارایه شده جهت مقابله با استرس، مدل لازاروس و فولکمن^(۱) (۱۹۸۹)، انجام گرفت. در این مدل از چهار چوب خاصی جهت بحث و بیان آزاد احساسات

بیماران نمی‌باشد. لذا با توجه به جمعیت بالای مبتلایان به سرطان پستان و مشکلات عدیده‌ای که این گروه از بیماران با آن مواجه‌اند، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر توانبخشی بر کیفیت زندگی زنان پس از جراحی برداشتن پستان انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی در جامعه بیماران مبتلا به سرطان پستان که تحت جراحی رادیکال ماستکتومی اصلاح شده قرار گرفته و به بخش شیمی درمانی بیمارستان نمازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارجاع شده بودند در سال ۱۳۸۵، انجام شد. از این جمعیت تعداد ۵۷ بیمار واجد شرایط به طور تصادفی انتخاب شدند.

کلیه بیماران تجربه یکبار جراحی را داشته، شیمی درمانی و پرتو درمانی را به اتمام رسانده و تحت هورمون درمانی بودند. هیچ یک از بیماران به بیماری یا مشکلات جسمی که اقدامات توانبخشی را محدود کند مبتلا نبودند.

جهت تعیین حجم نمونه کافی از روش مطالعه مشابه استفاده گردید و حجم نمونه در هر گروه ۲۷ نفر به دست آمد. به منظور جلوگیری از ریزش نمونه‌ها با در نظر گرفتن ۲۰ درصد سایش، تعداد نمونه‌ها برای هر گروه ۳۳ نفر تعیین گردید. سپس بیماران واجد شرایط به طور تصادفی به صورت یک در میان در دو گروه کنترل و تجربی قرار گرفتند. طی مدت مداخله ۵ نفر از گروه تجربی و سه نفر از گروه

1-Lasaros & Folkman

بیماران مبتلا به سرطان استفاده می‌نمایند و تأکید بر مشکلات روانی و اجتماعی آنان است. بر اساس این چهار چوب عوامل عمده‌ای که در مکانیسم مقابله‌ای این بیماران دخالت دارند، مانند عوامل مربوط به شخص، بیماری، محیطی و مداخلات افراد حرفه‌ای خصوصاً در زمینه حمایت عاطفی و دادن اطلاعات معتبر در مورد بیماری بررسی و نیازهای بیمار تعیین می‌گردید (۱۳)، سپس کمک‌ها و مشاوره لازم را به بیمار ارائه داده تا به سازگاری و تطابق با شرایط خود برسند. این روش در حقیقت یک مدل از روش‌های شناختی - رفتاری^(۱) می‌باشد. کل مداخلات دو ماه به طول انجامید و در این مدت درمان‌های پزشکی معمول جهت گروه کنترل انجام می‌شد. یک هفته و سه ماه پس از اتمام مداخله، کیفیت زندگی بیماران گروه کنترل و تجربی مجدداً اندازه‌گیری و نتایج هر بار سنجش با هم مقایسه گردید. پس از آخرین مرحله جمع‌آوری اطلاعات آموزش‌های لازم و دفترچه آموزشی به گروه کنترل نیز ارائه شد و بیماران نیازمند به مشاوره و فیزیوتراپی به متخصصین مربوطه ارجاع شدند تا موازین اخلاقی در این زمینه رعایت شده باشد.

جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان^(۲) استفاده گردید. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۳ سؤال است و ۴ حیطه عملکردی (تصویر ذهنی از جسم، عملکرد جنسی، رضایت از عملکرد جنسی و

نگرش نسبت به آینده) و ۴ حیطه علامتی (عوارض جانبی ناشی از درمان‌های سیستمیک، عوارض در دست مبتلا، عوارض در پستان مبتلا و ناراحتی از ریزش مو) را مورد سنجش قرار می‌دهد. امتیازات اخذ شده هر مقیاس در محدوده ۱۰۰ - ۰ است. امتیاز بالاتر در مقیاس‌های عملکردی نشان دهنده سطح عملکرد بهتر و در مقیاس‌های علامتی نشانه شدیدتر بودن علائم است. این پرسشنامه استاندارد بوده و در مطالعات متعددی استفاده شده است. روایی و پایایی نسخه فارسی آن به وسیله منتظری و همکاران (۱۹۹۹) در ایران مورد بررسی قرار گرفته و به وسیله انجمن اروپایی تحقیق و درمان سرطان به عنوان ابزار روا و پایا معرفی شده است (۱۴ و ۱۵).

به منظور انجام پژوهش اجازه‌نامه لازم از دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز اخذ و به مسئول بخش مربوطه ارائه گردید. پژوهشگر به کلیه نمونه‌ها اطمینان داد که پاسخ‌های آنها کاملاً محرمانه و صرفاً جهت انجام تحقیق است و رضایت‌نامه شرکت در پژوهش از کلیه واحدهای مورد پژوهش اخذ و در رابطه با اختیاری بودن شرکت در این طرح تحقیقاتی توضیحات داده شد در پایان مطالعه، آموزش لازم به گروه کنترل نیز ارائه گردید و افرادی

1-Cognitive - Behavioral Strategies
2-European Organization for Research and Treatment of Breast Quality of Life Questionnaire Cancer 23 (EORTC QLQ BR-23)

افزایش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشته است (جدول ۱).

مقایسه نتایج یک هفته پس از اتمام فرایند توانبخشی کاهش آماری معنی‌داری در دو حیطه عملکرد جنسی ($p = 0/01$) و رضایت از عملکرد جنسی ($p = 0/02$) در گروه تجربی نسبت به گروه کنترل نشان داده است و در سایر حیطه‌ها تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

سه ماه پس از انجام مداخلات، کیفیت زندگی در رابطه با سرطان پستان در حیطه‌های تصویر ذهنی از جسم ($p = 0/0001$)، نگرش نسبت به آینده ($p = 0/0001$)، عوارض ناشی از درمان‌های سیستمیک ($p = 0/0001$)، عوارض در پستان مبتلا ($p = 0/0001$) و عوارض در دست مبتلا ($p = 0/0001$) بهبود قابل ملاحظه‌ای در بیماران گروه تجربی نسبت به گروه کنترل نشان داده است، در حالی که در حیطه‌های عملکرد جنسی ($p = 0/0001$) و رضایت از عملکرد جنسی ($p = 0/01$) کاهش عملکرد مشاهده شد (جدول ۲).

مقایسه نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در رابطه با سرطان پستان در گروه تجربی قبل، یک هفته و ۳ ماه پس از مداخله با استفاده از آزمون تحلیل واریانس داده‌های مبتنی بر تکرار نشان داد در

که به مداخلاتی از قبیل؛ فیزیوتراپی و مشاوره نیاز داشتند به متخصصین مربوطه ارجاع شدند.

داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله نرم‌افزار SPSS^(۱) و آزمون‌های مجذور کای^(۲)، دقیق فیشر^(۳)، تی مستقل^(۴) و زوجی^(۵) و آزمون تحلیل واریانس داده‌های مبتنی بر تکرار^(۶)، آنالیز گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه تجربی ۴۰/۷ سال و در گروه کنترل ۳۶/۷ سال بود. بیشترین نمونه‌های پژوهش یعنی؛ ۲۴ نفر (۸۸/۹ درصد) در گروه تجربی و ۲۵ نفر (۸۳/۳ درصد) در گروه کنترل متأهل بوده، ۱۸ نفر (۶۶/۶ درصد) در گروه تجربی و ۲۶ نفر (۸۶/۷ درصد) در گروه کنترل تحصیلات زیر دیپلم داشتند و ۲۰ نفر (۷۴/۱ درصد) در گروه تجربی و ۱۴ نفر (۴۶/۷ درصد) در گروه کنترل در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۴ جراحی شده بودند. آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر اختلاف آماری معنی‌داری از نظر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و سال انجام جراحی بین دو گروه نشان نداد.

بررسی نتایج قبل از مداخلات با استفاده از آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که گروه تجربی در حیطه‌های تصویر ذهنی از جسم ($p = 0/0001$) و نگرش نسبت به آینده ($p = 0/0001$) کاهش آماری معنی‌دار و در حیطه رضایت از عملکرد جنسی ($p = 0/02$) و عوارض در دست مبتلا ($p = 0/0001$)

1-Statistical Package for Social Sciences
2-Chi-Square Test
3-Fisher Exact Test
4-Independent T- Test
5-Paired T- Test
6-Repeated Measurement Test

گروه تجربی در طی مدت مطالعه در تمامی مقیاس‌های عملکردی تغییرات آماری معنی‌داری داشته است و در مقیاس‌های علامتی نیز کلیه علائم بجز ناراحتی از ریزش مو کاهش آماری معنی‌داری داشته است، در حالی که در گروه کنترل در طی مدت مطالعه نه تنها تغییر چشمگیری نداشته بلکه در حیطه نگرش نسبت به آینده کاهش آماری معنی‌داری مشاهده گردید (جدول ۳).

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس‌های عملکردی و علامتی کیفیت زندگی در رابطه با سرطان پستان در دو گروه کنترل و تجربی قبل از انجام مداخله

سطح معنی‌داری	کنترل انحراف معیار ± میانگین	تجربی انحراف معیار ± میانگین	گروه مقیاس‌های عملکردی و علامتی
			عملکردها
۰/۰۰۱	۵۹/۱۶ ± ۲۸/۸۹	۱۹/۴۴ ± ۱۹/۴۷	تصویر ذهنی از جسم
NS*	۴۶/۶۶ ± ۲۳/۷۲	۷۵/۰۰ ± ۵۳/۲۵	عملکرد جنسی
۰/۰۲۵	۵۷/۱۴ ± ۲۸/۱۷	۶۶/۶۶ ± ۲۵/۵۶	رضایت از عملکرد جنسی
۰/۰۰۱	۵۸/۸۸ ± ۲۹/۹۲	۳۰/۸۶ ± ۲۷/۶۲	نگرش نسبت به آینده
			علائم
NS*	۲۱/۴۲ ± ۱۵/۹۵	۲۰/۲۸ ± ۱۲/۷۰	عوارض ناشی از درمان‌های سیستمیک
NS*	۲۴/۱۶ ± ۱۸/۸۷	۳۶/۱۱ ± ۲۵/۹۵	عوارض در پستان مبتلا
۰/۰۰۰۱	۴۵/۹۲ ± ۲۹/۸۶	۷۶/۹۵ ± ۱۹/۹۵	عوارض در دست مبتلا
NS*	۲۹/۱۶ ± ۳۷/۵۳	۳۰/۰۰ ± ۳۳/۱۴	ناراحتی از ریزش مو

*NS: Not Significant

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس‌های عملکردی و علامتی کیفیت زندگی در رابطه با سرطان پستان در دو گروه کنترل و تجربی سه ماه بعد از انجام مداخله

سطح معنی‌داری	کنترل انحراف معیار ± میانگین	تجربی انحراف معیار ± میانگین	گروه مقیاس‌های عملکردی و علامتی
			عملکردها
۰/۰۰۰۱	۴۲/۳۳ ± ۳۵/۳۱	۷۱/۶۰ ± ۱۰/۹۰	تصویر ذهنی از جسم
۰/۰۰۱	۶۰/۰۰ ± ۱۹/۲۴	۴۰/۹۷ ± ۱۷/۰۱	عملکرد جنسی
۰/۰۱۱	۵۶/۰۶ ± ۲۳/۸۷	۴۰/۵۷ ± ۱۴/۰۵	رضایت از عملکرد جنسی
۰/۰۰۰۱	۳۸/۸۸ ± ۳۲/۸۵	۶۹/۱۳ ± ۱۸/۳۱	نگرش نسبت به آینده
			علائم
۰/۰۰۱	۲۱/۱۱ ± ۱۶/۱۹	۸/۸۱ ± ۷/۰۷	عوارض ناشی از درمان‌های سیستمیک
۰/۰۰۰۱	۳۰/۲۷ ± ۲۱/۷۱	۱۱/۴۱ ± ۱۳/۳۰	عوارض در پستان مبتلا
۰/۰۰۰۱	۶۰/۰۰ ± ۲۲/۳۳	۲۸/۸۰ ± ۱۲/۰۳	عوارض در دست مبتلا
NS*	۴۵/۸۳ ± ۳۵/۳۵	۲۲/۲۲ ± ۱۹/۲۴	ناراحتی از ریزش مو

*NS: Not Significant

جدول ۳: تعیین میانگین انحراف معیار نمرات مقیاس‌های عملکردی و علامتی کیفیت زندگی در رابطه با سرطان پستان در گروه تجربی قبل، یک هفته و سه ماه پس از انجام مداخله

مقیاس‌های عملکردی و علامتی	زمان	قبل از مداخله انحراف معیار ± میانگین	یک هفته پس از مداخله انحراف معیار ± میانگین	سه ماه پس از مداخله انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری
عملکردها					
تصویر ذهنی از جسم		۱۹/۴۴ ± ۱۹/۴۷	۴۵/۹۸ ± ۱۶/۴۰	۷۱/۶۰ ± ۱۰/۹۰	۰/۰۰۰۱
عملکرد جنسی		۷۵/۰۰ ± ۵۳/۲۵	۴۸/۶۱ ± ۱۸/۹۸	۴۰/۹۷ ± ۱۷/۰۱	۰/۰۰۰۱
رضایت از عملکرد جنسی		۶۶/۶۶ ± ۲۵/۵۶	۴۷/۲۲ ± ۱۶/۷۸	۴۰/۵۷ ± ۱۴/۰۵	۰/۰۰۰۱
نگرش نسبت به آینده		۳۰/۸۶ ± ۲۷/۶۲	۵۴/۳۲ ± ۱۸/۸۲	۶۹/۱۳ ± ۱۸/۳۱	۰/۰۰۰۱
علائم					
عوارض ناشی از درمان‌های سیستمیک		۲۰/۱۸ ± ۱۲/۷۰	۱۳/۹۳ ± ۹/۱۴	۸/۸۱ ± ۷/۰۷	۰/۰۰۰۱
عوارض در پستان مبتلا		۲۶/۱۱ ± ۲۵/۹۵	۲۲/۲۲ ± ۲۰/۹۲	۱۱/۴۱ ± ۱۳/۳۰	۰/۰۰۰۱
عوارض در دست مبتلا		۷۶/۹۵ ± ۱۹/۹۵	۴۶/۹۱ ± ۱۶/۶۹	۲۸/۸۰ ± ۱۲/۰۳	۰/۰۰۰۱
ناراحتی از ریزش مو		۳۰/۰۰ ± ۳۳/۱۴	۲۳/۸۰ ± ۲۵/۱۹	۲۲/۲۲ ± ۱۹/۲۴	NS*

*NS: Not Significant

بحث و نتیجه‌گیری

سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان است (۱) که به دلیل فرآیند بیماری، درمان‌ها و عوارض آن به شدت کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا ارایه برنامه‌ها و الگوهای مراقبتی و درمانی مناسب برای کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی یکی از ارکان اساسی مداخلات در این بیماران محسوب می‌شود (۱۰). این پژوهش با هدف تعیین تأثیر توانبخشی بر کیفیت زندگی پس از جراحی برداشتن پستان در زنان مراجعه کننده به بخش شیمی درمانی انجام گرفته است.

نتایج نشان داده است که روند کیفیت زندگی در رابطه با سرطان پستان در فاصله زمانی قبل تا سه ماه پس از اتمام مداخلات نشان دهنده مؤثر بودن فرایند توانبخشی بر کیفیت زندگی بیماران گروه

تجربی است. تغییرات معنی‌داری در کیفیت زندگی گروه کنترل در این فاصله زمانی ایجاد نشده و می‌توان گفت وضعیت این گروه تقریباً ثابت و یا در برخی حیطه‌ها مانند نگرش نسبت به آینده بدتر شده است. روند افزایش میانگین‌ها در حیطه‌های عملکردی در طول مدت مطالعه در گروه تجربی نشان می‌دهد که در بررسی اثر مداخلات توانبخشی بر کیفیت زندگی زمان یک عامل کلیدی است. نتایج مطالعه استروس و همکاران^(۱) (۲۰۰۶) نشان داد که ۶ ماه پس از مداخله مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی عمومی مبتلایان به سرطان پستان افزایش و مقیاس‌های علامتی به خصوص درد کاهش یافته بود (۱۶). نتایج مطالعه پارک^(۲) (۲۰۰۶) در کره نیز نشان دهنده افزایش

1-Strauss et al
2-Park

معنی‌دار میانگین کیفیت زندگی گروه تجربی ۱۰ هفته پس از توانبخشی بوده، در حالی که در این فاصله زمانی تغییرات معنی‌داری در کیفیت زندگی بیماران گروه کنترل ایجاد نشده است. نتایج ۲۲ هفته پس از توانبخشی نیز افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی گروه تجربی و کاهش معنی‌دار آن در گروه کنترل را نشان می‌دهد (۱۷).

بررسی نتایج یک هفته تا سه ماه پس از مداخله بیانگر کاهش عملکرد جنسی و رضایت از عملکرد جنسی گروه تجربی نسبت به گروه کنترل بوده است. با توجه به این که گروه کنترل تغییرات چشمگیری در این حیطه‌ها قبل، یک هفته و سه ماه پس از مداخله نداشته، تفاوت معنی‌دار دو گروه به دلیل کاهش عملکرد گروه تجربی بوده است. اگر چه بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند پاسخ‌های بیماران به سئوالات مربوط به مسایل جنسی چندان قابل اعتماد نبوده و اغلب نمی‌توان بر اساس این پاسخ‌ها قضاوت نمود (۱۸)، شاید بتوان این مسئله را چنین توجیه نمود که با توجه به این که تمامی مقیاس‌های کیفیت زندگی فردی و صرفاً مربوط به بیمار است و تنها در حیطه‌های عملکرد جنسی و رضایت از عملکرد جنسی همسر بیمار نیز مستقیماً در کاهش یا افزایش عملکرد نقش دارد، احتمالاً بهبود وضعیت بیمار و ارتقاء کیفیت زندگی وی سبب افزایش تمایلات جنسی و کاهش بی‌تفاوتی او می‌شود، اما این احساس نیاز با عدم

توجه کافی شریک جنسی وی همراه بوده و این پاسخ نامناسب سبب ایجاد نتایج معکوس می‌شود. بنابراین با مشاوره جنسی مناسب و ملزم نمودن همسر بیمار برای شرکت در این برنامه‌ها و ایجاد زمان بیشتر برای تطابق بیمار و همسر وی با این مساله می‌توان قدرت عاطفی، احساسی و جسمی مددجو را تقویت نمود. نتایج پژوهش زحمتکشان و همکاران (۱۳۸۳) نیز نشان داده که در فاصله زمانی یک و سه ماه پس از توانبخشی تغییرات آماری معنی‌داری در عملکرد جنسی گروه تجربی ایجاد نشده است (۱۹). یعنی این که در توانبخشی در رابطه با اختلالات جنسی نیاز به زمان بیشتری برای تطابق بیمار وجود دارد. هروری کریموی (۱۳۸۵) تأثیر برنامه مشاوره گروهی را بر سلامت جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار داده است. در این پژوهش مشاوره گروهی سبب افزایش عملکرد جنسی بیماران شده است (۱). نتایج متناقض پژوهش‌ها لزوم بررسی بیشتر و دقیق‌تر در این زمینه را نشان می‌دهد.

به طور کلی می‌توان از نتایج این پژوهش نتیجه گرفت که اثرات منفی سرطان پستان و درمان‌های آن بر کیفیت زندگی بیمار بسیار مشهود بود، لذا کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان که تحت برنامه‌های توانبخشی شامل؛ فیزیوتراپی، آموزش خود مراقبتی و پیشگیری از عوارض و مشاوره روانی فردی بوده‌اند، به طور قابل توجهی

بالا تر از کیفیت زندگی بیمارانی است که در این برنامه‌ها شرکت نکرده‌اند. بنابراین توصیه می‌شود اقدامات توانبخشی به عنوان بخشی از برنامه‌های درمانی بیماران و با هدف کاهش عوارض ناشی از سرطان و درمان‌های آن مدنظر قرار گیرد .

تقدیر و تشکر

از همکاری صمیمانه محمد صادقی مربی دانشکده توانبخشی شیراز، طاهره دژبخش عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و دکتر محمد محمدیان استادیار بخش سرطان دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کلیه پرسنل محترم بخش شیمی درمانی بیمارستان نمازی شیراز کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

The Effect of Rehabilitation in Quality of Life in Women after Mastectomy

Hazrati M^{*},
Poor Keiani M^{**},
Abaszade A^{***},
Jaafari P^{****}.

^{*}MSc in Nursing, Department of Nursing, College of Nursing & Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

^{**}MSc in Nursing, Department of Nursing, College of Nursing & Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

^{***}Assistant Professor of Nursing, College of Nursing & Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

^{****}Assistant Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

KEYWORDS:
Rehabilitation,
Quality of Life,
Breast Cancer

Received: 20/9/1386

Accepted: 8/12/1386

Corresponding Author: Hazrati M
Email: maryamhashir@yahoo.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective: Breast cancer is one of the most prevalent cancers among the women with annual growth of 2 percent. It affects grossly the patient's quality of life. Rehabilitation can be so effective on physiopsychosocial health and finally increases their quality of life recovery. This study was designed to determine the effects of rehabilitation on quality of life in women after mastectomy.

Materials & Methods: In a clinical trial, 57 cancerous women who underwent modified radical mastectomy, had finished chemotherapy and radiotherapy and received hormone therapy were selected and randomly placed in two case and control groups. Control group was under medical care and the case group in addition to medical care received rehabilitation (physiotherapy, education, individual counseling) for 2 months. The quality of life, with regard to breast cancer, was measured by EORTC QLQ-BR 23, before intervention, 1 week and 3 months after rehabilitation in both groups. Data analysis was done by chi square, fisher exact test, t- and paired t-tests and repeated measurement test.

Results: There was a statistically significant decrease in body image and future perspective and meaningful increase in sexual enjoyment and arm symptom in case group compared to control group before intervention, while no significant difference was seen in other scales before intervention. One week after the interference, differences of both group in two scales of sex function and sex enjoyment were meaningful and the function of case group was more undesirable than that of the control group. Three months after completing the process there was a meaningful decrease in sex function and sex enjoyment in case group in comparison with the control group but there was a significant recovery in the case group in other performance scales. Systemic therapy side effects were significantly decreased in case group 3 months after intervention whereas the quality of life in control group decreased or did not change significantly after 3 months.

Conclusion: Performing rehabilitation process including education, individual counseling and physiotherapy can promote the Q.O.L of patients with mastectomy; therefore rehabilitation can be recommended as an effective care program.

REFERENCES:

۱. هروی کریموی مجیده، پوردهقان مریم، جدید میلانی مریم، فروتن سید کاظم، آیین فاطمه. بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر سلامت جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۸۴؛ دوره ۱۱، شماره ۴: ۶-۲۰۱.
2. Guarneri V , Conte P. The curability of breast cancer and the treatment of advanced disease. J O Nuclear Medicine and Molecular Imaging 2004; 31(1): 149-56.
3. Taleghani F, Parsa Yekta Z, Nikbakht Nasrabidi A. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women . J O Advanced Nursing 2006; 54(3):265-73.
4. Kilbreth SH, Refshauge K. Resistance and stretching shoulder exercise early following auxiliary surgery for breast cancer. Rehabilitation Oncology 2006; 24(2): 9-14.
5. Schachter H. Many quality measurement but few quality measures assessing the quality of breast cancer care .BMC Cancer 2006; 6(291):1-11.
۶. کشتکاران زهرا. بررسی تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به استئوآرتریت ران و زانو مراجعه کننده به مراکز توانبخشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد. شیراز: دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه(س) دانشگاه علوم پزشکی، ۱۳۸۲.
7. Strauss G, Ekmekcioglu C , Hladschick C, Marktl W. Combined inpatient rehabilitation and spa therapy for breast cancer patient. Cancer Nursing 2005; 5(28) : 390-7.
8. Cho OH. Effect of comprehensive rehabilitation program for mastectomy patient. Taehan Kanko 2004; 34(5):809-19.
9. Turner J, Hayes S, Hirche H. Improving the physical status and quality of life in women treated for breast cancer. J O Surgical Oncology 2004; 84:141-6.
۱۰. وحدانی‌نیا مریم‌السادات، صدیقی ژیلا، منتظری علی. ارزش پیشگویی کیفیت زندگی بر میزان بقای ۵ ساله در بانوان مبتلا به سرطان پستان ۱۳۸۳؛ فصلنامه پایش ۱۳۸۴؛ سال چهارم، شماره اول: ۳۵-۴۵.
11. Tomas J. Cancer statistics. Cancer Statistics 2002; 23: 45-52.
12. Knobf M. The influence of endocrine effect of adjuvant therapy on quality of life outcomes in younger breast cancer survivors. The Oncologist 2006; 11: 96-110.
13. Lazarus R, Folkman S. Stress appraisal and coping. 1st ed. New York: Springer;1989;193.
14. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani I, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire. Support Care Cancer 1999; 7:400-6.
15. Montazeri A , Harirchi I , Vahdani I , Khaleghi F , Jarvandi S , Ebrahimi M. The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire. Quality of Life Research 2000; 9:177-84.
16. Strauss G, Ekmekcioglu C , Hladschick C , Marktl W. Combined inpatient rehabilitation and spa therapy for breast cancer patient. Cancer Nursing 2005; 5 (28) : 390-7.
17. Park H. The effect of rehabilitation program on physical health, psychological indicator and quality of life in breast cancer patient. Taehan Kanko Chi 2006; 36(2): 310-20.
18. Joly F, Espie M, Heron JF. Long term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without chemotherapy . British Journal of Cancer 2000; 83(5): 557-82.
۱۹. زحمتکشان نسرين، حضرتی مریم. بررسی تأثیر فرایند نوتوانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به درمانگاه‌های مغز و اعصاب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد. شیراز : دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی، ۱۳۸۳.