آیا نوتوانی در بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان مؤثر است؟

ملیحه پورکیانی: * مربی، گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
مریم حضرتی: مربی، گروه داخلی ـ جراحی، گروه دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
عباس عباس زاده: استادیار، گروه گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
پیمان جعفری: استادیار، گروه آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
محمد صادقی: دانشجوی دکتری تخصصی فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
طاهره دژبخش: مربی، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
محمد محمدیان پناه: استادیار، گروه سرطان شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فصلنامه پایش
سال نهم شماره اول زمستان ۱۳۸۸ صص ۶۸-۶۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۹/۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۶ اسفند ۱۳۸۸]

چکیده

با در نظر داشتن اثرات ناشی از سرطان پستان و درمان‌های آن به نظر می‌رسد روش‌های درمانی معمول به طور عمده بر کمیت زندگی مددجویان تمرکز داشته و توجه به آثار ناشی از عوارض درمان‌ها بر سایر ابعاد زندگی مددجویان به ویژه کیفیت زندگی آنها کم رنگ بوده است.

این مطالعه از نوع کار آزمایی بالینی تصادفی بوده و به منظور تعیین تأثیر نوتوانی بر کیفیت زندگی مددجویان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفته است. ۵۷ مددجوی مبتلا به سرطان پستان که تحت عمل جراحی رادیکال ماستکتومی اصلاح شده قرارگرفته، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی را به پایان رسانده بودند و تحت هورمون‌درمانی قرار داشتند، طبق معیارهای پذیرش، انتخاب و به صورت تصادفی، به دو گروه کنترل و تجربی تقسیم شدند.

مددجویان در گروه تجربی، علاوه بر مراقبت‌های پزشکی معمول، تحت فرایند نوتوانی قرار گرفتند. کیفیت زندگی عمومی تمامی مددجویان با استفاده از پرسشنامه EORTC QLQ - C30، قبل، یک هفته و سه ماه پس از اتمام مداخلات اندازه‌گیری و مقایسه شد. قبل از مداخله، گروه تجربی در حیطه‌های عملکرد جسمانی و ذهنی، کاهش آماری معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشت. یک هفته پس از مداخله در گروه تجربی، تمام مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی عمومی افزایش و مقیاس‌های علامتی کاهش یافتند که این تغییرات در ۶ حیطه معنی‌دار بودند. سه ماه پس از مداخله نیز گروه تجربی، در مقایسه با گروه کنترل، در تمام مقیاس‌های عملکردی افزایش و در مقیاس‌های علامتی کاهش داشت و این تغییرات، در ۱۱ مقیاس، معنی‌دار بودند. در این فاصله زمانی، تغییرات آماری معنی‌داری در کیفیت زندگی گروه کنترل پدید نیامدند. فرایند نوتوانی در ارتقای سطح کیفیت زندگی مددجویان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است.

شماره کارآزمایی بالینی: irct138806042350n1

کلیدواژه‌ها: سرطان پستان، نوتوانی، کیفیت زندگی

* نویسنده پاسخگو: کرمان، پردیزه دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی
تلفن ۰۳۴۱-۳۲۰۵۲۱۹ نمابر:۰۳۴۱-۳۲۰۵۲۱۸
E-mail: m_poorkiani@kmu.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.7.1]

مقدمه

رشد روزافزون سرطان در چند دهه اخیر و اثرات زیان بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی، سبب شده است که، علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آنها سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده قرن معرفی کنند[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 است[۲]. آخرین گزارش‌های انجمن سرطان ایران نیز نشان می‌دهند که ۲۵ درصد از کل سرطان‌ها را، در زنان ایرانی، سرطان پستان تشکیل می‌دهد[۳].

اگرچه پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان سرطان پستان موجب واکنش بهتر تومور به درمان‌ها و افزایش طول عمر این مددجویان گردیده است، اما اغلب این درمان‌ها با عوارض جانبی بسیاری چون ورم لنفاوی، ضعف، درد، بی حسی، محدودیت در حرکت مفصل شانه، احساس سنگینی در دست و اختلالات روانی ـ اجتماعی همراه بوده‌اند که خود موجب کاهش چشمگیر کیفیت زندگی مددجویان می‌شوند[۴].

با در نظر داشتن اثرات ناشی از سرطان پستان و درمان‌های آن به نظر می‌رسد روش‌های درمانی معمول به طور عمده بر کمیت زندگی مددجویان تمرکز داشته و توجه به آثار ناشی از عوارض درمان‌ها بر سایر ابعاد زندگی مددجویان کم رنگ بوده است. اما، در سال‌های اخیر، توجه به کیفیت زندگی مددجویان اهمیت روز افزونی یافته است[۵]. بنابراین، امروزه علاوه بر ماهیت بیماری، معالجه‌های مربوط به آن نیز از اهمیت بسزایی برخوردار است و برخلاف گذشته که قضاوت در مورد تأثیر درمان‌ها صرفاً براساس ناتوانی، بهبودی یا مرگ مددجو صورت می‌گرفت، کیفیت زندگی نیز به مثابه یکی از پیامدهای مهم درمان بیماری‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد و به منزله یکی از شاخص‌های تعیین کننده تأثیر درمان‌ها ارزیابی می‌شود[۶]. به رغم تأثیرات مختلف بیماری و درمان‌ها بر کیفیت زندگی مددجویان، بیشتر مبتلایان به سرطان پستان قادر به ادامه زندگی فعال و با حداقل محدودیت‌ها خواهند بود، به شرط آن که، با دریافت مداخله‌های مناسب، به سطح مطلوبی از زندگی دست یابند[۷]. از این رو، نوتوانی با هدف کلی ارتقای سطح کیفیت زندگی مددجویان، به عنوان یک فرایند پویا و سلامت نگر، به مددجو برای رسیدن به بالاترین سطح عملکرد جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی کمک می‌کند[۸].

با وجود این که تحقیقات اثر مثبت نوتوانی را در کاهش عوارض پس از درمان سرطان پستان نشان داده‌اند، در کشور ما، هنوز تحقیقی در این زمینه یافت نشده است و به طور معمول، برنامه‌های نوتوانی جزء برنامه‌های درمانی این مددجویان قلمداد نمی‌شوند. از این رو، با توجه به جمعیت زیاد مبتلایان به سرطان پستان و مشکلات عدیده‌ای که این گروه از مددجویان با آن مواجه هستند، پژوهشگران بر آن شدند که، با بکارگیری فرایند تیمی نوتوانی، گام مؤثری در جهت کاهش مشکلات مددجویان و ارتقای سطح کیفیت زندگی آنها بردارند.

مواد و روش کار

در این مطالعه کار آزمایی بالینی تصادفی، مددجویان 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، مورد بررسی قرار گرفتند. از این جمعیت، تعداد ۵۷ مددجو واجد شرایط انتخاب شدند. تمامی مددجویان تجربه یک بار جراحی داشته، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی را به اتمام رسانده و تحت هورمون‌درمانی بودند. هیچ یک از مددجویان به بیماری یا مشکلاتی جسمی که اقدامات نوتوانی را محدود کنند، مبتلا نبودند.

بیماران واجد شرایط به صورت تصادفی و برحسب اسامی موجود در فهرست انتظار به دو گروه کنترل و تجربی تقسیم شدند. برای بررسی کیفیت زندگی مددجویان، از پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی مددجویان مبتلا به سرطان EORTC QLQ C-30 استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال و دربرگیرنده ۲ مفهوم وضعیت عملکردی و علایم و نشانگان شایع ناشی از سرطان و درمان آن است. در هر حیطه، تعدادی سؤال به این ترتیب منظور شده است: کیفیت زندگی عمومی (سؤالات ۲۹ و ۳۰)، عملکرد جسمی (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴،۵)، ایفای نقش (سؤالات ۶ و ۷)، عملکرد هیجانی (سؤالات ۲۰ و ۲۵)، عملکرد شناختی (سؤالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴)، عملکرد اجتماعی (سؤالات ۲۶ و ۲۷)، خستگی (سؤالات ۱۰، ۱۲ و ۱۸)، تهوع و استفراغ (سؤالات ۱۴ و ۱۵)، درد (سؤالات ۹ و ۱۹)، تنگی نفس (سؤال ۸)، اختلال خواب (سؤال ۱۱)، کاهش اشتها (سؤال ۱۳)، یبوست (سؤال ۱۶)، اسهال (سؤال ۱۷) و وضعیت اقتصادی (سؤال ۲۸). امتیازات گرفته شده هر حیطه بر مبنای ۱۰۰-۰ بود. امتیاز بیشتر، در حیطه‌های عملکردی، نشان‌دهنده

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.7.1]

سطح عملکرد بهتر و در حیطه‌های علامتی، نشانه شدیدتر بودن علایم بود. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه را قبلاً منتظری و همکاران (۱۹۹۹) در ایران بررسی کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ در حیطه‌های مختلف بین ۰/۵۱ تا ۰/۹۸ بوده، روایی پرسشنامه نیز با استفاده از دو روش همخوانی بین مقیاس‌ها (Inter Scale Correlation) و مقایسه گروه‌های شناخته شده بررسی شد و نتایج نشان داد که تقریباً تمامی مقیاس‌هایی که از نظر مفهومی با یکدیگر مرتبط هستند، از نظر آماری نیز در جهت مورد انتظار، همبستگی دارند. نسخه فارسی این پرسشنامه را انجمن اروپایی تحقیق و درمان سرطان (European Organization for Researchand Treatment of Cancer) به عنوان ابزار روا و پایا تأیید کرده است[۹]. به دلیل تأثیر گذار بودن عوامل زمینه‌ای و خصوصیات زیست شناختی بر کیفیت زندگی مددجویان، سؤالاتی مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و زمان انجام جراحی تدوین و به عنوان صفحه اول پرسشنامه، پیوست گردید. در اولین جلسه مصاحبه با مددجو، ضمن معرفی پژوهشگر و بیان اهداف کار، رضایت مددجو به طور شفاهی جلب و کیفیت زندگی وی و اطلاعات زیست شناختی سنجیده شد. سپس گروه تجربی، در کنار مراقبت‌های پزشکی، تحت برنامه‌های نوتوانی شامل فیزیوتراپی، آموزش و مشاوره قرار گرفت. فیزیوتراپی شامل الکتروتراپی، ورزش و ماساژ درمانی بود 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 شد. آموزش نیز به صورت فردی و چهره به چهره، بر حسب نیازهای آموزشی مددجویان، طی ۲ تا ۴ جلسه ۴۵ تا ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید و در پایان، مطالب آموزش داده شده به صورت دفترچه آموزشی در اختیار مددجویان قرار گرفتند. مشاوره نیز توسط روان پرستار مجرب در مشاوره، به صورت فردی، در ۱ تا ۳ جلسه ۳۰ الی ۶۰ دقیقه‌ای صورت گرفت. کل مداخله‌ها دو ماه به طول انجامید و در این مدت، اقدام نوتوانی خاصی برای گروه کنترل انجام نشد. یک هفته و سه ماه پس از اتمام مداخله، کیفیت زندگی مددجویان گروه کنترل و تجربی مجدداً اندازه‌گیری و نتایج هر بار سنجش با هم مقایسه گردید. برای تعیین حجم نمونه کافی، از روش مطالعه مشابهی که پارک (۲۰۰۶) انجام داد استفاده شد[۱۰] و حجم نمونه در هر گروه ۲۷ نفر به دست آمد. به منظور جلوگیری از ریزش نمونه‌ها، با در نظر گرفتن ۲۰ درصد سایش (Attrition) ، تعداد نمونه‌ها برای هر گروه ۳۳ نفر تعیین گردید. سپس مددجویان واجد شرایط، با روش تخصیص تصادفی (Random allocation)، 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 کنترل به علت متاستاز و شروع مجدد درمان‌ها و یک نفر از گروه تجربی، به دلیل انصراف، از برنامه حذف شدند. به تمامی مددجویان پیرامون اختیاری بودن شرکت در پژوهش، امکان خروج از طرح، بدون محدودیت و در هر مرحله‌ای از مداخله اطلاعاتی داده شد. برای اطمینان از ایمن بودن مداخلات و عدم وجود خطرات احتمالی، کلیه مداخلات قبل از اجرا مورد تأیید متخصصان مربوط قرار گرفت. پس از آخرین مرحله جمع آوری اطلاعات، آموزش‌های لازم و دفترچه آموزشی به گروه کنترل نیز داده شد و مددجویان نیازمند به مشاوره و فیزیوتراپی به متخصصان مربوط ارجاع داده شدند تا موازین اخلاقی در این زمینه رعایت شده باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو ، آزمون دقیق فیشر، تی زوجی، تی مستقل و آزمون‌های تحلیل واریانس داده‌های مبتنی بر تکرار صورت گرفت و P کمتر یا مساوی ۰/۰۵، از نظر آماری، معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش، مجموعاً ۵۷ مددجو در دو گروه تجربی (۲۷ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) شرکت داشتند. میانگین سنی در گروه تجربی ۴۰/۷ و در گروه کنترل ۳۶/۷ سال بود. بیشتر مددجویان (۸۸/۹ درصد در گروه تجربی و ۸۳/۳ درصد در گروه کنترل) متأهل بودند و ۶۶/۶ درصد در گروه تجربی و ۸۶/۷ درصد در گروه کنترل، تحصیلات زیر دیپلم داشتند و در سال ۲۰۰۶– ۲۰۰۵، ۷۴/۱ درصد در گروه تجربی و ۴۶/۷ درصد در گروه کنترل، جراحی شده بودند. آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر، اختلاف آماری معنی‌داری از نظر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و سال انجام جراحی بین دو گروه نشان نداد(جدول شماره ۱). بررسی نتایج قبل از مداخلات نشان داد که دو گروه، از نظر کیفیت زندگی عمومی، همگن بودند و از ۱۵ مقیاس عملکردی و علامتی مورد مطالعه، تنها در دو حیطه عملکرد جسمانی (P<۰/۰۰۰۱) و عملکرد هیجانی (P=۰/۰۲۰)، کاهش آماری معنی‌داری در گروه تجربی، نسبت به گروه کنترل، مشاهده شد(جدول شماره ۲). یک هفته پس از اتمام فرایند نوتوانی در گروه تجربی، نسبت به گروه کنترل، در تمامی مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی عمومی، افزایش و در مقیاس‌های علامتی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.7.1]

کاهش مشاهده شد که این تغییرات، در مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی عمومی (P<۰/۰۰۰۱)، ایفای نقش (P=۰/۰۰۵)، عملکرد هیجانی (P=۰/۰۰۳) و عملکرد شناختی (P=۰/۰۱۶) و مقیاس‌های علامتی خستگی (P=۰/۰۰۳) و درد (P=۰/۰۵۰) از نظر آماری معنی‌دار بوده است(جدول شماره ۳). سه ماه پس از انجام مداخلات در گروه تجربی، تمام مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی عمومی افزایش عملکرد معناداری را در مقایسه با گروه کنترل، داشته‌اند. در مقیاس‌های علامتی نیز همه علایم در گروه تجربی در قیاس با گروه کنترل، کاهش یافته است. این کاهش در حیطه‌های خستگی (P<۰/۰۰۰۱)، درد (P<۰/۰۰۰۱)، تنگی نفس (P<۰/۰۰۰۱)، کاهش اشتها (P=۰/۰۱۸) و یبوست (P=۰/۰۳۱) معنی‌دار بود. در مجموع، دو گروه در ۱۱ حیطه تفاوت آماری معنی‌داری داشته‌اند و گروه تجربی، بهبودی قابل ملاحظه‌ای را نشان داده است(جدول شماره ۴). نتایج تحلیل داده‌های مبتنی بر تکرار (Repeated measurement) نشان می‌دهند که روند تغییرات در گروه تجربی بیانگر افزایش عملکردها و کاهش علایم بوده است. بررسی روند تغییرات در گروه کنترل نشان می‌دهد که اگرچه اغلب نتایج در این گروه نمایانگر کاهش عملکردها و افزایش علایم هستند، اما تنها در حیطه تنگی نفس، افزایش معنادار (P<۰/۰۰۰۱) سه ماه پس از مداخله ایجاد شده است.

جدول شماره ۱- خصوصیات جمعیتی و بالینی مددجویان مورد مطالعه

	گروه تجربی		گروه کنترل		P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
گروه سنی (سال)					**۰/۸**
۳۰-۳۹	۶	۲۲/۲	۹	۳۰	
۴۰-۴۹	۱۱	۴۰/۷	۱۱	۳۶/۷	
۵۰-۶۰	۱۰	۳۷	۱۰	۳۳/۳	
سطح تحصیلات					**۰/۲**
زیر دیپلم	۱۸	۶۶/۶	۲۶	۸۶/۷	
دیپلم	۶	۲۲/۳	۳	۱۰	
دانشگاهی	۳	۱۱/۱	۱	۳/۳	
وضعیت تأهل					**۰/۵**
متأهل	۲۴	۸۸/۹	۲۵	۸۳/۳	
مجرد	۰	۰	۲	۶/۷	
بیوه / مطلقه	۳	۱۱/۱	۳	۱۰	

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس‌های عملکردی و علامتی کیفیت زندگی عمومی در دو گروه کنترل و تجربی قبل از انجام مداخله

	گروه تجربی	گروه کنترل	P
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
عملکردها *			
کیفیت زندگی کلی	۱۴/۴۹ ± ۴۰/۷۴	۴۳/۱۵ ± ۴۶/۱۱	۰/۱۸۳
عملکرد جسمانی	۱۶/۰۱ ± ۵۲/۰۹	۱۷/۳۹ ± ۷۰/۲۲	*<۰/۰۰۰۱
ایفای نقش	۲۶/۶۸ ± ۵۹/۲۵	۱۸/۴ ± ۷۰/۵۵	۰/۰۶
عملکرد هیجانی	۲۱/۸۴ ± ۳۷/۳۴	۲۸/۶۷ ± ۵۳/۶۱	*۰/۰۲۰
عملکرد شناختی	۲۷/۷۴ ± ۶۳/۵۸	۲۷/۹۳ ± ۶۴/۴۴	۰/۹۰۷
عملکرد اجتماعی	۳۴/۶۰ ± ۵۳/۰۸	۲۵/۰۴ ± ۶۸/۸۸	۰/۰۵۲
علایم **			
خستگی	۲۵/۵۸ ± ۴۳/۶۲	۲۶/۸۹ ± ۳۴/۰۷	۰/۱۷۶
تهوع و استفراغ	۶۲/۹ ± ۳/۷	۱۲/۱۳ ± ۳/۸۸	۰/۹۵۰
درد	۳۱/۲۵ ± ۵۲/۴۶	۳۰/۴۷ ± ۳۹/۴۴	۰/۱۱۷
تنگی نفس	۲۳/۲۶ ± ۱۴/۸۱	۲۸/۱۳ ± ۲۲/۲۲	۰/۲۸۷
اختلال در خواب	۲۸/۴۶ ± ۳۴/۵۶	۳۰/۸۲ ± ۲۶/۶۶	۰/۳۲۱
کاهش اشتها	۱۳/۱۹ ± ۶/۱۷	۲۱/۷۰ ± ۱۰/۰۰	۰/۴۳۱
یبوست	۱۰/۶۷ ± ۳/۷	۱۹/۴۴ ± ۸/۸۸	۰/۲۲۵
اسهال	۱۶/۸۷ ± ۷/۴	۱۱/۵۲ ± ۴/۴۴	۰/۴۳۸
وضعیت اقتصادی	۳۱/۹۲ ± ۳۰/۸۶	۳۳/۱۶ ± ۳۰/۰۰	۰/۹۲۱

* نمره بیشتر نشانه وضعیت بهتر است.

** نمره بیشتر نشانه وضعیت بدتر است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.7.1]

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس‌های عملکردی و علامتی کیفیت زندگی عمومی در دو گروه کنترل و تجربی یک هفته پس از انجام مداخله

	گروه تجربی	گروه کنترل	P
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
عملکردها *			
کیفیت زندگی کلی	۵۷/۴ ± ۱۴/۸۵	۴۰/۲۷ ± ۸/۴۹	<۰/۰۰۰۱
عملکرد جسمانی	۶۵/۱۸ ± ۴۵/۹	۶۵/۳۳ ± ۱۲/۷۹	۰/۹۸۷
ایفای نقش	۷۸/۳۹ ± ۱۵/۸۸	۶۴/۴۴ ± ۱۹/۴۴	۰/۰۰۵
عملکرد هیجانی	۶۰/۴۹ ± ۱۸/۷۱	۴۵/۰۰ ± ۱۹/۲۷	۰/۰۰۳
عملکرد شناختی	۷۵/۳ ± ۲۱/۳۶	۶۰/۵۵ ± ۲۳/۳۵	۰/۰۱۶
عملکرد اجتماعی	۶۸/۵۱ ± ۲۳/۷۲	۵۸/۸۸ ± ۲۳/۴۶	۰/۱۲۹
علایم **			
خستگی	۲۶/۳۳ ± ۱۵/۴۵	۴۲/۲۲ ± ۲۱/۱۰	۰/۰۰۳
تهوع و استفراغ	۲/۴۶ ± ۷/۶	۳/۸۸ ± ۱۲/۱۳	۰/۶۰۳
درد	۳۲/۷۱ ± ۲۰/۴	۴۵ ± ۲۵/۲۰	۰/۰۵۰
تنگی نفس	۸/۶۴ ± ۱۴/۸۸	۱۷/۷۷ ± ۲۵/۸۶	۰/۱۱۳
اختلال در خواب	۲۲/۲۲ ± ۱۸/۴۹	۲۶/۶۶ ± ۳۰/۸۲	۰/۵۱۸
کاهش اشتها	۴/۹۳ ± ۱۲/۰۶	۱۲/۲۲ ± ۲۳/۹۴	۰/۱۶۰
یبوست	۴/۹۳ ± ۱۵/۲	۱۰/۰۰ ± ۲۱/۷۰	۰/۳۱۷
اسهال	۲/۴۶ ± ۸/۸۹	۴/۴۴ ± ۱۱/۵۲	۰/۴۷۶
وضعیت اقتصادی	۲۷/۱۶ ± ۲۷/۷۹	۲۷/۷۷ ± ۳۰/۴۲	۰/۹۳۷

جدول شماره ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس‌های عملکردی و علامتی کیفیت زندگی عمومی در دو گروه کنترل و تجربی سه ماه بعد از انجام مداخله

	گروه تجربی	گروه کنترل	P
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
عملکردها *			<۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی کلی	۶۹/۱۳ ± ۱۲/۴۰	۴۳/۰۵ ± ۱۶/۵۳	<۰/۰۰۰۱
عملکرد جسمانی	۸۵/۱۸ ± ۹/۳	۶۴/۲۲ ± ۱۹/۲۱	<۰/۰۰۰۱
ایفای نقش	۸۸/۸۸ ± ۱۴/۶۱	۶۳/۳۳ ± ۲۱/۶۲	<۰/۰۰۰۱
عملکرد هیجانی	۸۱/۴۸ ± ۱۴/۱۲	۳۸/۰۵ ± ۳۲/۷۳	<۰/۰۰۰۱
عملکرد شناختی	۸۷/۶۵ ± ۱۵/۰۴	۵۷/۷۷ ± ۲۹/۲۷	<۰/۰۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۸۵/۸۰ ± ۱۵/۸۱	۵۵/۰۰ ± ۲۳/۶۳	<۰/۰۰۰۱
علایم **			
خستگی	۹/۰۵ ± ۱۰/۶۹	۴۸/۱۴ ± ۲۳/۵۸	<۰/۰۰۰۱
تهوع و استفراغ	۰/۰۰ ± ۰/۰۰	۵/۰۰ ± ۱۵/۸۷	۰/۱۰۸
درد	۱۱/۷۲ ± ۱۴/۴۸	۴۷/۷۷ ± ۲۷/۹۳	<۰/۰۰۰۱
تنگی نفس	۷/۴ ± ۱۴/۱۲	۵۳/۳۳ ± ۲۵/۶۷	<۰/۰۰۰۱
اختلال در خواب	۱۳/۵۸ ± ۱۹/۰۷	۲۵/۵۵ ± ۲۹/۹۲	۰/۰۸۱
کاهش اشتها	۰/۰۰ ± ۰/۰۰	۱۱/۱۱ ± ۲۳/۷۰	۰/۰۱۸
یبوست	۰/۰۰ ± ۰/۰۰	۱۰/۰۰ ± ۲۳/۴۰	۰/۰۳۱
اسهال	۱/۲۳ ± ۶/۴۱	۵/۵۵ ± ۱۵/۳۷	۰/۱۸۰
وضعیت اقتصادی	۲۸/۳۹ ± ۳۸/۸۹	۳۰/۰۰ ± ۳۵/۳۹	۰/۸۷۱

* نمره بیشتر نشانه وضعیت بهتر است.

** نمره بیشتر نشانه وضعیت بدتر است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.7.1]

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی، روند تغییرات کیفیت زندگی عمومی در فاصله زمانی قبل تا سه ماه پس از اتمام مداخلات، نشان‌دهنده مؤثر بودن فرایند نوتوانی بر کیفیت زندگی مددجویان گروه تجربی است. با توجه به این که دو گروه، از نظر متغیرهای زیست شناختی، اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند، با اطمینان بیشتری می‌توان گفت که تغییرات کیفیت زندگی عمومی مددجویان گروه تجربی ناشی از مداخله انجام شده است.

میانگین سنی نشان می‌دهد که سن مددجویان یک تا دو دهه کم‌تر از کشورهای توسعه یافته است. بختیاری و همکاران (۱۳۸۵) نیز بیشترین درصد مبتلایان را در گروه سنی ۴۹-۳۵ گزارش کردند[۱۱]. در مطالعه ویلیامز (Williams) و همکاران (۲۰۰۲)، میانگین سنی مددجویان مبتلا به سرطان پستان ۲/۱ ± ۵۹/۷ سال گزارش گردیده است[۱۲]. بختیاری (۱۳۸۵) جوان بودن جمعیت کشور و عدم مراجعه بسیاری از مددجویان پیر برای درمان و تحمل بیماری تا آخر عمر را از علل احتمالی کم بودن سن مبتلایان در ایران مطرح می‌کند. با توجه به این که بیشترین میزان شیوع این بیماری در سنینی است که زنان در اوج مسئولیت‌های خانوادگی، شغلی و اجتماعی هستند، بیماری بر کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده نیز به شدت تأثیر می‌گذارد و این مسئله خود اهمیت و لزوم توجه به مددجویان آن را نشان می‌دهد[۱۱].

قبل از مداخله، گروه تجربی، نسبت به گروه کنترل، کاهش معنی‌داری در ۲ حیطه کیفیت زندگی عمومی داشته است؛ یک هفته پس از مداخله در ۶ حیطه و سه ماه بعد در ۱۱ حیطه، بهبودی معنی‌داری در این گروه نسبت به گروه کنترل ایجاد شده، که این خود نمایانگر مؤثر بودن فرایند نوتوانی است. روند افزایش میانگین‌ها در گروه تجربی نشان می‌دهد که در بررسی نتایج، زمان یک عامل کلیدی بوده و تأثیر نوتوانی بر کیفیت زندگی مستلزم گذشت زمان است. در مطالعه استروس (Strauss) و همکاران (۲۰۰۵) نیز، دو هفته و ۶ ماه پس از مداخله‌های نوتوانی، در کیفیت زندگی عمومی مددجویان به ویژه در حیطه‌های عملکرد هیجانی، کیفیت زندگی عمومی و ایفای نقش، بهبودی ایجاد شد که نتایج پس از ۶ ماه، از نظر آماری، معنی‌دار بوده‌اند[۱۳]. کارلسون (Carlson) و همکاران (۲۰۰۴)، در پژوهش مشابهی، کیفیت زندگی مددجویان مبتلا به سرطان پستان را چهار هفته، سه ماه، شش ماه و یک سال پس از اتمام درمان‌ها بررسی کردند. در آن بررسی، مقایسه تغییرات میانگین کیفیت زندگی، ۴ هفته و یک سال پس از اتمام درمان‌ها از نظر آماری، معنی‌دار بود[۱۴].

به طور کلی، تأثیر نوتوانی بر مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی عمومی مددجویان در فاصله زمانی کوتاهی حاصل شد؛ به همین دلیل، اثرات مثبت نوتوانی، یک هفته پس از اتمام مداخله‌ها، مشهود بوده و این روند بهبودی با سرعت یکنواختی تا سه ماه پس از اتمام مداخله نیز ادامه یافته است. نتایج مطالعه پارک (۲۰۰۶) در کره نیز نشان‌دهنده افزایش معنی‌دار میانگین کیفیت زندگی گروه تجربی، ۱۰ هفته پس از نوتوانی بودند، در حالی که در این فاصله زمانی، تغییرات معنی‌داری در کیفیت زندگی مددجویان گروه کنترل پدید نیامد، نتایج ۲۲ هفته پس از نوتوانی نیز افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی گروه تجربی و کاهش معنی‌دار آن در گروه کنترل را نشان می‌دهند[۱۰]. نتایج همچنین بیانگر کاهش کلیه مقیاس‌های علامتی در گروه تجربی هستند. با توجه به این که درد، خستگی و کاهش اشتها از جمله عوارض مزمن سرطان پستان و به ویژه، درمان‌های آن هستند و بسیاری از مددجویان این عوارض را تا مدت زمان طولانی تجربه می‌کنند[۱۵]، مداخلات نوتوانی بر کاهش بخشی از مشکلات مزمن و شایع مددجویان گروه تجربی تأثیرگذار بوده‌اند. نتایج پژوهش کیلبرث (Kilbreath) و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که درد (۶۰ درصد)، ضعف و خستگی (۵۰ درصد) و ورم لنفاوی (۳۰ درصد) مهم‌ترین عوارضی هستند که مددجویان مبتلا به سرطان پستان با آنها دست و پنجه نرم می‌کنند و این عوارض در بیشتر مددجویان بیش از دو سال تداوم می‌یابد، در این پژوهش نیز پس از ورزش درمانی، بهبودی معنی‌داری در ایفای نقش، عملکرد هیجانی و تصویر ذهنی از جسم در گروه تجربی ایجاد شد[۴]. اگرچه، در مقیاس‌های علامتی تهوع و استفراغ، اختلال در خواب و اسهال، نتایج آماری معنی‌داری مشاهده نشده، ولی این مقیاس‌ها نیز در گروه تجربی کاهش یافته‌اند. با توجه به این که مددجویان تحت هورمون درمانی بوده‌اند، احتمالاً این درمان موجب شده است که پاسخ به فرایند نوتوانی در این حیطه‌ها چندان مطلوب نباشد. در این فاصله زمانی، تغییرات معنی‌داری در کیفیت زندگی گروه کنترل ایجاد نشده و می‌توان گفت وضعیت این گروه تقریباً ثابت و یا در برخی حیطه‌ها، مانند تنگی نفس، بدتر شده است.

با توجه به طولانی بودن مدت زمان انجام مطالعه، بسیاری از مددجویان غیربومی از شرکت در این مطالعه خودداری کردند که

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.7.1]

این مسئله تعمیم نتایج را محدود می‌کند. محدودیت‌های مالی این پژوهش مانع از اقدامی خاص در زمینه بهبود وضعیت اقتصادی مددجویان گردید، نتایج پژوهش نیز نمایانگر عدم تغییرات مطلوب در این زمینه هستند. با توجه به طولانی بودن مراحل درمان (تشخیص، جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و برنامه‌های پی‌گیری)، ممکن است تعدادی از بیماران گروه کنترل و تجربی در طی این مراحل با یکدیگر آشنا شده و از این طریق از برنامه‌های پژوهش، اطلاع کسب کرده باشند و این مسئله بر نتایج پژوهش تأثیر گذارده باشد؛ اما کنترل این عامل مداخله‌گر از توان پژوهشگران خارج بوده است. با توجه به این که، علاوه بر مددجو، خانواده نیز تحت تأثیر بیماری و پیامدهای آن قرار می‌گیرد، به نظر می‌رسد با شرکت دادن خانواده مددجو در فرایند نوتوانی، بتوان به نتایج مطلوب‌تری دست یافت. بر اساس نتایج جدول شماره ۱، به نظر می‌رسد که نیاز به حجم نمونه بیشتر برای ایجاد دو گروه کاملاً همسان بوده است، ولی، با توجه به هزینه‌های زیاد این طرح پژوهشی، امکان اجرای مداخله‌ها برای تعداد بیشتری از بیماران مقدور نشد، به همین خاطر، پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های بعدی، این مسئله مدنظر قرار گیرد.

نتایج این پژوهش، پرستاران را با عمده‌ترین مشکلات مددجویان مبتلا به سرطان پستان آشنا می‌سازند؛ از این رو، پرستاران می‌توانند، با بکارگیری نتایج این مطالعه، کیفیت مراقبت‌های پرستاری را که مهم‌ترین اصل مراقبت از مددجویان است، ارتقا دهند.

پزشکان و سایر اعضای تیم درمانی نیز می‌توانند، با استفاده از نتایج، فرایند نوتوانی را جزئی از برنامه‌های درمانی این مددجویان قرار دهند و در رفع بسیاری از مشکلات جسمی و روحی که مددجویان را درگیر خود می‌سازند و کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهند، نقش مؤثری ایفا کنند.

سهم نویسندگان

ملیحه پورکیانی: مسئول پژوهش و هماهنگ کننده تیم توانبخشی
مریم حضرتی: مسئول مشاوره روانی بیماران
عباس عباس زاده: مشاور طرح پژوهشی
پیمان جعفری: تحلیل داده‌ها
محمد صادقی: مسئول اقدامات توان بخشی بیماران
طاهره دژبخش: مسئول مشاوره روانی بیماران
محمد محمدیان پناه: معرفی بیماران

تشکر و قدردانی

در پایان لازم می‌دانیم از بیماران و کارکنان محترم بخش شیمی‌درمانی بیمارستان نمازی شیراز که از همکاری لازم با پژوهشگران دریغ ننمودند، سپاسگزاری کنیم.

منابع

۱- بقایی مژگان. *پرستاری سرطان، مفاهیم، مراقبت، درمان*. چاپ اول، مبین، تهران ۱۳۷۹

2- Guarneri V, Conte P. The curability of breast cancer and the treatment of advancer disease. *Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging* 2004; 31: 149-56

3- Taleghani F, Parsa Yekta Z, Nikbakht Nasrabidi A. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54: 265-73

4- Kilbreth SH, Refshauge K. Resistance and stretching shoulder exercise early following axillary's surgery for breast cancer. *Rehabilitation Oncology* 2006; 24: 9-14

۵- وحدانی نیا مریم‌السادات، صدیقی ژیلا، منتظری علی. ارزش پیشگویی کیفیت زندگی بر میزان بقای ۵ ساله در بانوان مبتلا به سرطان پستان. *پایش* ۱۳۸۳، ۴، ۴۵-۳۵

6- 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

۷- کشتکاران زهرا. *بررسی تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به استئوارتریت ران و زانو مراجعه کننده به مراکز توانبخشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۸۲

۸- *برنامه و خلاصه مقالات دومین کنگره سراسری پرستاری توانبخشی*، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۱

9- 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: 400-406

10- 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: 310-20

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.7.1]

۱۱- بختیاری افسانه، حاج احمدی محمود. ارزیابی پنج ساله سرطان پستان در بیمارستان شهید رجایی بابلسر. *زنان، مامایی و نازایی* ۱۳۸۵، ۹، ۵۲-۴۷

12- Williams G, Kolden T, Sanborn L. A pilot study of group exercise training for women with primary breast cancer. *Psycho-Oncology* 2002; 11: 447-56

13- Strauss G, Ekmekcioglu C, Hladschik C, Marktl W. Combined inpatient rehabilitation and spa therapy for breast cancer patient. *Cancer Nursing* 2005; 28: 390-97

14- Carlson M, Armand M, Bachman M, Flatters U. Evaluation of quality of life in women with breast cancer in complementary and conventional care. *Acta Oncologica* 2004; 43: 27-34

15- Legeby M, Segerdahi K, Sandelin K. Immediate reconstruction in breast cancer surgery requires intensive post operative pain treatment. *The Breast* 2004; 11: 156-62

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.7.1]