

بررسی تاثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در بیمارستان امام خمینی تهران

مجیده هروی کریموی*(M.Sc.)
فرشته آیین(M.Sc.)***
مریم پوردهقان(M.Sc.)**
مریم جدید میلانی(M.Sc.)***

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت کیفیت زندگی جنسی بیماران مبتلا به سرطان بخصوص سرطان پستان و نتایج مختلف تحقیقات در مورد کمیت و کیفیت تاثیر مشاوره بر روی ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان و به منظور تعیین تاثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی جنسی مبتلایان به سرطان پستان که تحت شیمی درمانی قرار دارند، این تحقیق در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۳ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی شاهد دار تصادفی است که با مراجعه به انستیتو کانسر تهران ۱۱۴ زن ۵۵-۲۵ ساله مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی با سابقه برداشته شدن پستان (mastectomy) در دو گروه (n=۶۳) مراقبت رایج و (n=۵۱) مراقبت رایج و مشاوره گروهی مورد بررسی قرار گرفتند. برای گروه تحت مشاوره ۵ جلسه برنامه مشاوره گروهی طراحی گردید. کیفیت زندگی بیماران در هر دو گروه در ابتدا و انتهای کار توسط پرسشنامه استاندارد QLQ-Br23 اندازه گیری شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد، انجام مشاوره گروهی سبب ارتقاء مقیاس‌های تصویر بدنی و عملکرد جنسی و لذت جنسی می‌گردد، و کیفیت زندگی جنسی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در اثر مشاوره گروهی بهبود می‌یابد ($p < 0/001$).

استنتاج: با توجه به یافته‌های پژوهش که نشان دهنده تاثیر برنامه مشاوره گروهی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی است، پیشنهاد می‌گردد برنامه طراحی شده مشاوره گروهی به عنوان یک روش موثر در ارتقاء کیفیت زندگی جنسی این دسته از مددجویان در مراکز درمانی و مراقبتی-حمایتی مربوط به آنها به کار گرفته شود.

واژه های کلیدی: مشاوره گروهی، کیفیت زندگی جنسی، سرطان پستان

* دانشجوی Ph.D. پرستاری، عضو هیئت علمی(مری) دانشگاه شاهد + تهران: دانشگاه تربیت مدرس-دانشکده پزشکی-گروه پرستاری

** کارشناس ارشد پرستاری *** مری عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

**** استادیار عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد **** مری عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد- دانشجوی Ph.D. پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

تاریخ دریافت: ۸۴/۴/۲۲ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۴/۷/۲ تاریخ تصویب: ۸۵/۴/۱۴

مقدمه

تقریباً یک چهارم کل سرطان‌های زنان را سرطان پستان تشکیل می‌دهد. سرطان پستان دومین عامل مرگ ناشی از سرطان‌ها به شمار می‌رود. تقریباً از هر ۸ زن یک نفر مبتلا به سرطان پستان می‌باشد که در اغلب اوقات منجر به برداشت کامل بافت پستان، شیمی درمانی، پرتو درمانی و هورمون درمانی می‌گردد (۱). بر اساس گزارش اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها در مورد وضعیت بروز انواع سرطان در ایران در سال ۱۳۷۵، شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی، سرطان پستان با شیوع ۱۸/۹ درصد و بیش‌ترین میزان بروز آن در سنین ۴۴-۳۵ سالگی بوده است که تعداد آن در گروه‌های سنی بعد از ۴۴ سال به تدریج کاهش یافته است (۲).

در اغلب جوامع و فرهنگ‌ها، پستان‌ها به عنوان اندامی زنانه محسوب می‌شوند. از این رو از دست دادن پستان‌ها در بسیاری از موارد به معنای از دست دادن هویت زنانه تعبیر می‌شود. این امر به همراه عوارض جانبی ناشی از شیمی درمانی مشکلات متعددی را برای بانوان مبتلا به سرطان پستان ایجاد می‌کند. با وجود این که شیمی درمانی یک روش درمانی مهم در بیماران سرطانی است، عوارض جانبی آن بر روی سطح عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی بیمار و عدم پذیرش وی جهت تکمیل دوره درمان تأثیر می‌گذارد (۳).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان پستان در معرض فشارهای روحی می‌باشند که می‌تواند در زندگی آنان اختلالات روانی و اجتماعی ایجاد کند. آنها در زندگی خانوادگی خود احساس ازهم گسیختگی می‌نمایند. درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت

روانی بیمار مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌سازند (۴). سرطان پستان به عملکرد جنسی و عزت نفس فرد آسیب می‌رساند و زنان جوان متحمل فشارهای روحی بیش‌تری نسبت به زنان مسن می‌شوند. همچنین مطالعات نشان داده است که درمان جراحی حفاظتی پستان در مقایسه با برداشته شدن پستان، تأثیر مستقیم روی فعالیت جنسی ندارد، اما یک تصویر ذهنی مثبت از بدن ایجاد می‌کند که می‌تواند به طور غیرمستقیم روی فعالیت جنسی تأثیر مثبت بگذارد (۵).

اخیراً مطالعات بر این نکته تأکید می‌کند که بیش‌ترین اختلال در فعالیت جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان در نتیجه عوارض شیمی درمانی می‌باشد (۶). مطالعه یانگ (۱۹۹۶) نشانگر آن بود که زنانی که در آنها شیمی درمانی صورت گرفته بود، ۵/۷ بار بیش‌تر از گروه دیگر، خشکی واژن داشتند و همین طور ۵/۵ بار میل جنسی کم‌تر و ۷/۱ مرتبه مشکل بیش‌تری در رسیدن به اوج لذت جنسی (Orgasm) داشتند. این مطالعه در زنانی که ۱ تا ۵ سال از درمانشان می‌گذشت صورت گرفته بود و در کل نشانگر تأثیر منفی شیمی درمانی بر میل جنسی این زنان بود (۷). بنابراین شیمی درمانی در سرطان پستان می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را بر روی کیفیت زندگی بیماران داشته و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان می‌شود (۸).

ارزیابی کیفیت زندگی اطلاعات ذی‌قیمتی را در اختیار پرستاران قرار می‌دهد و موجب غنای مداخلات بهداشتی- درمانی و بهبود کیفیت خدمات خواهد شد. از طرفی بهبود کیفیت خدمات براساس نظر و درخواست بیماران سبب ایجاد نگرش و رویکرد مثبت و همچنین مشارکت موثر در انجام مداخلات بهداشتی- درمانی می‌گردد. این موضوع به صورت چرخه‌ای منتج به

دار تصادفی به شکل موازی و با اندازه ثابت می‌باشد که بر روی ۱۱۴ بیمار مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. جهت تعیین حجم نمونه، مطالعه مقدماتی انجام گرفت و بر اساس نتایج آن حجم نمونه محاسبه گردید.

روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از مراجعه به مرکز انستیتو کانسر تعداد بیماران بستری شده با تشخیص سرطان پستان در آن روز مشخص می‌گردید و در صورت دارا بودن شرایط (ابتلاء به سرطان پستان اولیه، انجام جراحی جهت برداشتن پستان و شروع شیمی درمانی حداقل در یک ماه گذشته و عدم مشارکت در برنامه‌های مشاوره‌ای و آموزشی در گذشته) و کسب موافقت بیمار در پژوهش شرکت داده می‌شدند. ابتدا بیماران واجد شرایط به لحاظ مرحله بیماری، دفعات شیمی درمانی، تحصیلات و سن، مشابه‌سازی و سپس به طور تصادفی به گروه‌های مورد و شاهد تقسیم شدند. سپس مقیاس‌های جنسی کیفیت زندگی به وسیله QLQ-BT23، در دو گروه مورد و شاهد اندازه‌گیری گردید. سپس شرکت‌کنندگان گروه مورد در زمان بستری بر اساس برنامه طراحی شده مشاوره گروهی در گروه‌های ۴ تا ۵ نفره در جلسات حضوری یافتند. مشاوره توسط کارشناس ارشد پرستاری به روش التقاطی (که ترکیبی از روش مستقیم و غیر مستقیم است) انجام می‌گرفت و بسته به برخورد مددجویان با مشکل در گروه، روش مشاوره انتخاب می‌گردید. تعیین وقت و زمان‌بندی جلسات با هماهنگی با مددجویان مشخص می‌شد. این جلسات به صورت ۵ جلسه یک تا یک ساعت و سی دقیقه برگزار شد. در ابتدای جلسه اول به افراد گروه مورد، مطالب آموزشی جهت آشنایی بیشتر آنها با بیماری، عوارض جانبی شیمی درمانی، تاثیر شیمی درمانی در اندام‌های جنسی و عواطف بیمار و ایجاد خود یاری در برقراری روابط زناشویی داده شد. پس از اتمام جلسات مشاوره به بیماران توضیحات لازم در مورد ادامه

افزایش کیفیت زندگی بیمار می‌گردد. همچنین عواملی نظیر ارتقاء اطلاعات و آگاهی پیرامون جنبه‌های جسمی و روانی، افزایش انگیزش، حمایت و مشاوره باعث بهبود وضعیت جسمانی، کاهش اضطراب، تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی، کاهش اختلالات خلق و خو، بهبود سازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران می‌شود که خود می‌تواند سبب ارتقاء کیفیت زندگی گردد (۱۰،۹).

کمک‌های مشاوره روانی به افرادی که دچار مشکلات روانی - اجتماعی و خانوادگی شده‌اند یکی از اهداف بهداشت روانی است، زیرا مشاوره مقاومت فرد را در برابر پی‌آمدهای زیانبار و یا عوارض درمان‌های صورت گرفته بیماری افزایش می‌دهد. برآیند حاصل از مشاوره با بیماران باعث کاهش تنش‌های روانی آنان شده؛ به طوری که راهنمایی و یاری دیگران را برای سازگاری با هیجانات خود لازم دانسته‌اند (۴). با توجه به نیاز حمایت‌های مشاوره‌ای زنان مبتلا به سرطان پستان و ارتقاء کیفیت زندگی خصوصاً در جهت ارتقاء سلامت جسمی و روانی آنان و از آنجا که امروزه بسیاری از دولت‌ها و تصمیم‌گیرندگان در سطح کلان جامعه ارتقاء کیفیت زندگی و متعاقب آن ارتقاء سلامت را جزء لاینفک توسعه اجتماعی و اقتصادی می‌دانند و با توجه به این مهم که پرستاران دارای اطلاعات در سطح بالا در ارتباط با سرطان پستان، شیمی درمانی و عوارض و عواقب آن و همچنین برخورداری از امتیاز توانایی برقراری ارتباط نزدیک با این قبیل بیماران می‌باشند، پژوهشگران بر آن شدند تا به بررسی تاثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در انستیتو کانسر تهران در سال ۱۳۸۳ بپردازند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی شاهد

توسط منتظری و همکاران (۱۹۹۹ و ۲۰۰۰) به منظور تعیین پایایی و روایی نسخه فارسی مورد استفاده قرار گرفته است. در اندازه‌گیری پایایی مقدار ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's alpha) در پرسشنامه تکمیلی ویژه سرطان پستان (QLQ-BR23) مقدار این ضریب در مورد مقیاس‌های چند گزینه‌ای از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ متغیر بود. همچنین روش مقایسه گروه‌های شناخته شده برای تحلیل روایی در پرسشنامه به کار برده شد (Known group comparison). نتایج نشان داد که پرسشنامه قادر به افتراق بین زیرگروه‌های متفاوت بیماران از نظر وضعیت بالینی و عملکردی می‌باشد (۱۲،۱۱). با استناد به این که این تحقیق دارای متغیر مستقل برنامه مشاوره، متغیر وابسته مقیاس‌های عملکردی تصویربندی، عملکرد جنسی و لذت جنسی می‌باشد، از روش‌های توصیفی و آمار استنباطی (با توجه به نوع داده‌ها) استفاده گردید. جهت تعیین اختلاف مشخصات فردی بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون آماری کای دو و آزمون آماری تی استفاده شد. همچنین جهت تعیین اختلاف مقیاس‌های کیفیت زندگی جنسی در طی مراحل مداخله از آماره ویلکاکسون و بین گروه‌های مورد مطالعه از آماره من یوویتنی استفاده گردید.

یافته‌ها

خصوصیات نمونه‌های مورد بررسی بر حسب مشخصات دموگرافیک و به تفکیک گروه‌های مورد و شاهد در جدول شماره ۱ ارائه گردیده است. گروه‌ها به لحاظ سن، مرحله بیماری، رژیم درمانی، تحصیلات، شغل، منابع حمایتی، دفعات شیمی درمانی، وضع اقتصادی و تعداد فرزند با هم مشابه بوده و اختلاف آنها به لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

پژوهش ارائه می‌شد و سپس به مدت سه ماه به آنها فرصت داده می‌شد تا مهارت‌های جدید را در زندگی روزمره به کار گیرند و در این مدت پژوهشگر با گروه مورد از طریق تماس تلفنی در ارتباط بود. همچنین یک شماره تلفن به افراد داده می‌شد تا در صورت نیاز تماس گرفته و مشکلاتشان را مطرح نمایند. پس از مدت مذکور مجدداً پرسشنامه‌های QLQ-Br23 توسط هر دو گروه (مورد و شاهد) تکمیل می‌گردید.

لازم به ذکر است که در طی این مدت افراد هر دو گروه تحت مراقبت‌های رایج یعنی مراقبت‌های مربوط به شیمی درمانی ماهانه توسط کارکنان انستیتو کانسر قرار داشتند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه بود که از ۲ قسمت تشکیل شده بود:

۱) پرسشنامه مشخصات فردی که شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، مرحله بیماری، رژیم درمانی، دفعات شیمی درمانی، دسترسی به خدمات بهداشتی، وضع اقتصادی و منابع حمایتی بود.

۲) پرسشنامه EORTC QLQ-Br23 که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه شامل مقیاس‌های عملکردی و مقیاس‌های علامتی است که در این تحقیق مقیاس‌های عملکردی تصویربندی، عملکرد جنسی و لذت جنسی مورد بررسی قرار گرفت. هر یک از مقیاس‌های فوق مجموعه‌ای از سئوال‌ات را دربرمی‌گیرند. امتیازهای اخذ شده در محدوده ۰-۱۰۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده سطح بهتر عملکرد است. شایان ذکر است که پرسشنامه فوق‌الذکر استاندارد بوده و اختصاصی و سرطان پستان است که در مطالعات متعددی در خارج از کشور جهت تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شده است. همچنین این پرسشنامه در ایران

جدول شماره ۱: توزیع بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی بر حسب مشخصات دموگرافیک و تفکیک گروه‌های مورد شاهد در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	مراقبت رایج + مشاوره گروهی (n = 51)		مراقبت رایج (n = 63)		مشخصات دموگرافیک
	درصد	تعداد بیماران	درصد	تعداد بیماران	
P < 0.001	35/3	18	36/5	23	آمرحله بیماری III
	64/7	33	63/5	40	IV
	100	51	100	63	جمع
P < 0.001	3/9	2	4/8	3	آنزیم درمانی CAF
	17/6	9	17/5	11	CA
	27/5	14	27	17	Mito, vrlbe, Adria
P < 0.001	51	26	50/8	32	Taxol, Adria
	100	51	100	63	جمع
	37/3	19	36/5	23	تخصیلات زیر دیپلم
P < 0.001	54/9	28	55/6	35	دیپلم
	7/8	4	7/9	5	دانشگاهی
	100	51	100	63	جمع
P < 0.001	68/9	35	66/7	42	اشتغال خانه دار
	29/4	15	30/2	19	کارمند
	2	1	1/6	1	کارگر
	0	0	1/6	1	بازنشسته
	100	51	100	63	جمع
P < 0.001	58/8	30	58/7	37	منابع حمایتی همسر - فرزندان و والدین
	9/8	5	9/5	6	خواهر یا برادر
	0	0	0	0	دوستان
	0	0	3/2	2	فامیل و اقوام
	31/4	16	28/6	18	همه موارد
100	51	100	63	جمع	
P < 0.001	41/72 ± 8/4		40/84 ± 7/7		سن Md±SD
	25-55		25-55		دامنه
P < 0.001	8/3 ± 2/66		8/26 ± 2/47		دفعات شیمی درمانی Md±SD
	3-12		3-12		دامنه

† جهت تعیین اختلاف بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون آماری کای دو استفاده شد.

‡ جهت تعیین اختلاف بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون آماری t استفاده شد.

بحث

پژوهش بر روی کیفیت زندگی ۱۱۴ بیمار مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی شامل ۶۳ نفر گروه شاهد که مراقبت رایج (مراقبت‌های مربوط به شیمی درمانی ماهانه توسط کارکنان انستیتو سرطان) و ۵۱ نفر که مراقبت رایج به همراه مشاور گروهی را دریافت می‌کردند نشان داد:

به لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری بین میان‌میان‌های امتیازات قبل و بعد از مداخله وجود دارد؛ یعنی تصویر بدنی بیماران با مشاوره گروهی بهبود یافته است. همچنین نتایج نشان داد تصویر بدنی بیماران گروه شاهد کاهش یافته است یعنی روند پیشرفت سرطان و شیمی درمانی سبب کاهش تصویر بدنی در بیماران گروه شاهد گردیده است. اختلاف معنی‌داری بین گروه شاهد و مورد در زمینه تصویر ذهنی دارد؛ یعنی بیماران گروه مورد بعد از مداخله تصویر بدنی بهتری نسبت به گروه شاهد داشتند. نتایج پژوهش اسمعیلی (۱۳۸۲) نشان داد، ۴۴/۴ درصد زنان در ۱-۳ ماه پس از برداشتن پستان دارای تصویر ذهنی مطلوبی بودند (۱۳). از آنجایی که در اغلب جوامع و فرهنگ‌ها پستان‌ها به عنوان اندامی زنانه محسوب می‌شوند، از دست دادن آن‌ها در بسیاری از موارد به معنای از دست دادن هویت زنانه محسوب می‌گردد. این امر به همراه شیمی درمانی که عوارض جانبی متعددی

توزیع نمونه‌های پژوهش بر حسب شاخص‌های کیفیت زندگی جنسی به تفکیک گروه شاهد و مورد در طی مراحل مداخله در سال ۱۳۸۳ در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است. میان‌میان‌های تصویر بدنی مورد قبل از مداخله ۳۰/۱۷ و بعد از مداخله ۵۵/۱۷ بود آماره ویلکاکسون به لحاظ آماری نشان داد اختلاف معنی‌داری بین میان‌میان‌های امتیازات قبل و بعد از مداخله وجود دارد ($P < 0/001$). در گروه شاهد، میان‌میان‌های امتیازات قبل از مداخله ۴۱/۶۶ و بعد از مداخله ۸/۳۳ بود و آماره ویلکاکسون نیز به لحاظ آماری با $P < 0/001$ نشان داد تصویر بدنی بیماران گروه شاهد کاهش یافته است. آماره من یوویتنی نیز با $P < 0/001$ نشان داد بیماران گروه مورد بعد از مداخله، تصویر بدنی بهتری نسبت به گروه شاهد داشتند. در گروه مورد، میان‌میان‌های عملکرد جنسی قبل از مداخله ۲/۰۳ و بعد از مداخله ۲۵/۱۹ بود و میان‌میان‌های لذت جنسی از صفر قبل از مداخله به ۱۲/۱۹ بعد از مداخله رسید، آماره ویلکاکسون با $P < 0/001$ به لحاظ آماری نشان داد، میزان عملکرد جنسی و لذت جنسی در گروه شاهد در طول مراقبت استاندارد تغییری نکرده بود. آماره من یوویتنی نیز با $P < 0/001$ نشان داد عملکرد و لذت جنسی بیماران گروه مورد در اثر مشاوره نسبت به گروه شاهد افزایش یافته بود.

جدول شماره ۲: توزیع بیماران مبتلا به سرطان پستان بر حسب شاخص‌های عملکردی کیفیت زندگی به تفکیک گروه شاهد و مورد در طی مراحل

مداخله در سال ۱۳۸۳

آزمون یومن ویتنی*	مراقبت رایج + مشاوره گروهی (مورد)				مراقبت رایج (شاهد)				مداخله مرحله شاخص‌های آماری مقیاس‌های عملکردی		
	بعد از مداخله		قبل از مداخله		بعد از مداخله		قبل از مداخله				
	Mean ± Sd	Med	Mean ± Sd	Med	Mean ± Sd	Med	Mean ± Sd	Med			
$p < 0/001$	$p < 0/001$	۵۵/۱۷±۱۰/۹۲	۵۵/۱۷	۳۰/۱۷±۱۱/۶۸	۳۰/۱۷	$p < 0/001$	۱۴/۵۲±۱۴/۸۰	۸/۳۳	۴۸/۲۶±۱۸/۷۳	۴۱/۶۶	تصویر بدنی
$p < 0/001$	$p < 0/001$	۲۵/۱۹±۱۱/۷۸	۲۵/۱۹	۲/۰۳±۸/۴۴	۲/۰۳	NS	۸/۵۳±۱۱/۴۸	۰	۹/۵۹±۱۷/۹۳	۰	عملکرد جنسی
$p < 0/001$	$p < 0/001$	۱۲/۱۹±۱۶/۱۵	۱۲/۱۹	۰	۰	NS	۰	۷/۷۲±۴/۱۴	۰	۰	لذت جنسی

NS : Non Significant

* آزمون آماری ویلکاکسون مرحله قبل و بعد را در هر گروه به صورت مجزا مقایسه می‌نماید در حالی که از آزمون من یوویتنی برای مقایسه گروه مورد و شاهد در هر مرحله استفاده شده است.

طور چشمگیری باعث کاهش اضطراب، افزایش دانش، معلومات و تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی شده و رفتارهای تطابقی توانایی سازگاری بیمار را بهبود بخشید. نقش پرستار مشاور در این زمینه به عنوان یک درمانگر حمایت کننده غیر قابل تردید است و همچنین مشاوره می تواند به عنوان یک برنامه نوتوانی جهت این بیماران انجام شود تا نیروی تطابق آنها را تقویت کند (۱۹). با توجه به نتایج پژوهش حاضر که تاثیر مثبت مشاوره پرستاری را در ارتقاء کیفیت زندگی جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده است، می توان بیان کرد گرچه نمی توان از مشکلات جسمی و اقتصادی بیماری سرطان پستان پیشگیری نمود، با انجام مشاوره و ارائه آموزش جهت رویارویی با این مشکلات می توان نیروی تطابق بیمار را تقویت نموده و از پیشرفت یا تجدید مشکلات آنها پیشگیری نمود.

امید است این پژوهش بتواند گامی در جهت توسعه پژوهش ها در زمینه کیفیت زندگی و عوامل تاثیر گذار بر آن در سرطانها برداشته و در کاربرد و استفاده از شاخص کیفیت زندگی به عنوان یک معیار اساسی در ارزیابی طرحها و برنامه ریزی های درمانی کشور موثر باشد.

سپاسگزاری

از معاون محترم پژوهشی دانشگاه شاهد و کارکنان محترم مرکز انستیتو سرطان بیمارستان امام خمینی و بیماران عزیزی که همکاری لازم را با پژوهشگران نمودند، قدردانی می شود.

دارد می تواند سبب کاهش تصویر بدنی فرد گردد (۱۴). به لحاظ آماری مشخص گردید، میزان عملکرد جنسی و لذت جنسی در اثر مشاوره گروهی در بیماران ارتقاء یافته است اما میزان عملکرد جنسی و لذت جنسی در گروه شاهد در طول مراقبت استاندارد تغییری نکرده بود. همچنین نتایج نشان داد عملکرد و لذت جنسی بیماران گروه مورد در اثر مشاوره نسبت به گروه شاهد افزایش یافته بود. پژوهش هولزرن^۱ و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد، بیماران مبتلا به سرطان پستان، دارای اختلال عملکرد جنسی بودند (۱۵). عملکرد جنسی یکی از مهم ترین اجزاء کیفیت زندگی این بیماران می باشد و اعضاء تیم بهداشتی از جمله پرستاران باید آموزش های لازم را به بیماران ارائه دهند (۱۶). سرطان پستان و درمان های معمول آن سبب ایجاد اختلال در عملکرد جنسی می شود. این دسته از بیماران به یائسگی زودرس مبتلا می گردند که در نتیجه کاهش استروژن سبب کاهش حجم واژن و کاهش حجم سبب کاهش میل و تحریک جنسی می گردد (۱۷). برنامه های مشاوره می تواند شامل تاثیر سرطان و نوع درمان بر عملکرد جنسی، بهبود ارتباط صمیمی با شریک جنسی، راهنمایی جهت کاهش اثرات فیزیکی بیماری و درمان مثل از دست دادن مو، و استراتژی های کمک به خود جهت غلبه بر مشکلات جنسی مثل درد هنگام مقاربت یا از دست دادن میل جنسی باشد (۱۸).

از طریق فرایند مشاوره می توان به بیماران مبتلا به سرطان آموخت که چگونه با بیماری خود زندگی کنند. مشاوره به عنوان یک فرایند پویای حل مشکل می تواند باعث بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی جنسی شود و به

فهرست منابع

1. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: recommendations and rationale. *American Family Physician*, 2002; 65: 2537.

. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها. وضعیت بروز سرطان در ایران سال ۱۳۷۵. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، دیماه ۱۳۷۸.

1. Holzner

3. Tolley K, Routledge NR. Evaluation the Cost- Effectiveness of Counselling in Health Care. *BMJ* 1996; 312-320.
- رمضانی طاهره. میزان افسردگی و نیاز به مشاوره در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز شیمی درمانی شهر کرمان. *مجله اندیشه و رفتار* ۱۳۸۰، سال ششم، شماره ۴: ص ۷۷ - ۷۰.
- نعمت الهی. آذر. بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران. *پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی*، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.
6. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life After Breast Cancer: Understanding Women's Health-Related Quality of Life and Sexual Function. *J Clin Oncol* 1998; 16: 501-514.
7. Young-Mc Caughan S. Sexual Functioning in Women with Breast Cancer After Treatment with Adjuvant Therapy. *Cancer Nurs* 1996; 19: 308-319.
8. Chie WC, Huang CS, Chen Jh, Chang KJ. Measurement of the Quality of Life During Different Clinical Phases of Breast Cancer. *J-Formos-Med-Assos* 1999; 98(4): 245-60.
9. Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *J-Adv-Nur.* 1999; 29(2): 490-98.
10. Brunner L sh et al. *Textbook of Medical Surgical Nursing*. 9th ed. Lippincott: 2000.
11. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, Hajimahmoodi M. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QOL Questionnoun (EORTC QLQ-C30): Translation and Validation study of the Iranian Version. *Support Care Cancer* 1999 Nov; 7(60): 400-6.
12. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, Hajimahmoodi M. The EORTC Breast Cancer-Specific QOL Questionnaire (EORTC QLQ-Br 23): Translation and Validation Study of the Iranian Version. *Qual Life Res* 2000 Mar; 9(2): 177-84.
- اسمعیلی ر. بررسی تصویر ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستانهای امام خمینی و امام حسین شهر تهران ۱۳۸۱. *پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری*، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۲.
- رستمی الف، عمران پورف، رمضان زاده ف و همکاران. تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی نگرش و کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی، *مجله دانشور* ۱۳۸۲؛ سال یازدهم، شماره ۴۹: صفحات ۲۳-۱۹.
15. Holzner B et al. Quality Of Life in Breast Cancer Patients -not Enough Attention For Long Term Survivors. *Psy Chromatics.* 2001; 42: 117-123.
16. Gallosilver L. The Sexual Rehabilitation of Persons with Cancer. *Cancer-Pract* 2000; 8(1): 10-15.

17. Schorver L. R Sexuality and Body Image in Younger Women with Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst Managr.* 1994; (16): 177-82.
18. Schorver L.R. Counseling Cancer Patients about Changers in Sexual Function, *Oncology.* 1999; 13(11): 1585-91.
19. Phipps W, Monahan FD, Sand JK, Marek JF, Neighbors M. *Medical Surgical Nursing, Concept and Clinical Practice.* 7th ed. Mosby: 2003.

Archive of SID