

بررسی تاثیر مشاوره با خانواده بر ابعاد عملکردی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی

فاطمه سمیعی سبینی^۱، دکتر منیره انوشه^۲، دکتر فاطمه الحانی^۳، دکتر ابراهیم حاجی زاده^۴

۱. دانش آموزخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

۲. دانشیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۳. دانشیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان ابعاد عملکردی کیفیت زنان مبتلا را تحت تاثیر قرار می دهد، لذا آگاهی درباره کیفیت زندگی بیماران به پرستاران کمک خواهد کرد تا مراقبت را در جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران سوق دهند. در اکثر مطالعات انجام شده تاکید بر مشکلات بیماران بیشتر از خانواده ها بوده است، در حالی که جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیمار لازم است عوامل تاثیر گذار بر روی خانواده نیز مد نظر قرار گیرند. در مطالعه حاضر به منظور تعیین تاثیر مشاوره با خانواده بر ابعاد عملکردی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی انجام گرفت.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است. تعداد ۷۰ زن ۳۰ تا ۵۵ ساله متاهل، دارای حداقل یک فرزند ۱۵ ساله یا بالاتر مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی با سابقه ماستکتومی در درمانگاه های واقع در شهر قزوین و زنجان، در دو گروه آزمون و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. برای گروه تحت مشاوره ۸ جلسه برنامه مشاوره با خانواده با حضور بیمار، همسر و فرزند طراحی گردید. کیفیت زندگی بیماران هر دو گروه در ابتدا و انتهای کار اندازه گیری شد. کیفیت زندگی به وسیله پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به سرطان متعلق به سازمان اروپایی پژوهش و درمان سرطان (EORTC QLQ-C30) و پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان (EORTC QLQ-BR23) سنجیده شد. اعتبار و پایایی ابزارها در ابعاد مختلف تایید شد. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها با نرم افزار اس پی اس اس ۱۵ تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که مشاوره با خانواده سبب ارتقاء ابعاد عملکردی کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به سرطان (جسمانی، نقش، احساسی، ذهنی، اجتماعی) و همچنین ابعاد عملکردی کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان پستان (تصور ذهنی، عملکرد جنسی، لذت جنسی، دورنمای آینده) در گروه آزمون شده است ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش حاضر که نشان دهنده تاثیر مشاوره با خانواده بر ارتقاء سطح عملکردی کیفیت زندگی بیماران بوده است، خانواده می تواند جایگاه ویژه ای در حمایت از بیماران و ارتقاء کیفیت زندگی آنها داشته باشد. لذا پیشنهاد می گردد برنامه طراحی شده مشاوره با خانواده به عنوان یک روش موثر در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران به کار گرفته شود.

کلید واژه ها: سرطان پستان، شیمی درمانی، کیفیت زندگی، مشاوره، خانواده

مقدمه

تجربه پر تنش برای زنان محسوب می شود (Anderson & Jennings، ۲۰۰۳). از آنجایی که زنان به عنوان هسته اصلی خانواده نقش مهمی را ایفا می کنند، سلامت و بیماری آنها می تواند به طور مستقیم سلامت کل خانواده و جامعه را نیز تحت تاثیر قرار دهد (پرهیزگار، ۱۳۷۵). یکی از اقدامات درمانی برای این گونه بیماران شیمی درمانی است که می تواند میزان افراد بازمانده از بیماری سرطان را افزایش دهد، اما اثرات جانبی زیادی دارد (آقاباری و همکاران، ۱۳۸۵). از آنجایی که

سرطان پستان یک مشکل بزرگ سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می رود (اکبری و همکاران، ۱۳۸۵)، بطوری که بیش از ۲۵ درصد سرطان ها را در زنان ایرانی تشکیل داده است (پورکیانی و همکاران، ۱۳۸۶). ابتلا به سرطان پستان یک

خانواده به عنوان اولین منبع مراقبتی و حمایتی برای عضو مبتلا به بیماری محسوب می شود، نوع نگرش خانواده نسبت به بیماری و اختلالات عاطفی ناشی از آن تاثیر ویژه ای در امر مراقبت از بیمار دارد. لذا یکی از سیاست های مهم مراقبتی، حمایت از خانواده به عنوان مراقبین بیماران می باشد (Schulz & Sherwood, ۲۰۰۸).

شیمی درمانی در بیماران سرطانی کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد (Greimel و همکاران، ۲۰۰۲ و Duffy و همکاران، ۲۰۰۵). به طوری که نتایج مطالعات نشان داده که در اولین شیمی درمانی نیاز به آموزش بیش از دوره های بعدی شیمی درمانی می باشد و توجه به نیاز های اطلاعاتی در مورد بیماری و درمان برای زنان متاهل از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده است. این مسئله از طرفی به خاطر اثرات روانی-اجتماعی به دنبال عوارض ناشی از بیماری و درمان و از طرف دیگر به نقش فرد و مسئولیت وی در خانواده و جامعه مربوط می شود (Hopwood و همکاران، ۲۰۰۷). اختلال در شغل و مشکلات مربوط به ایفای نقش خانوادگی همگی مواردی است که زنان میانسال مبتلا به سرطان پستان را در معرض خطر قرار می دهد (Allen و همکاران، ۲۰۰۲). پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران مرتبط با تعدادی علائم و عوارض تجربه شده ناشی از شیمی درمانی آموزش ناکافی و بیمار و خانواده در این زمینه می باشد (Weitzner و همکاران، ۱۹۹۹).

آگاهی درباره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی به پرستاران به عنوان گروه های بهداشتی کمک خواهد کرد تا مراقبت را در جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران سوق دهند (Sitzia & Wood, ۱۹۹۸). اکثر بیماران و مراقبین آنها در مورد اثرات جانبی شیمی درمانی و نحوه مراقبت از بیمار، آگاهی محدود داشته و هر ساله هزینه زیادی صرف مراجعات مکرر این بیماران به دلیل اثرات جانبی یا توقف درمان می شود (فراهانی و همکاران، ۱۳۸۳). به همین دلیل علاوه بر بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، خانواده های آنها نیز نیاز به دانش و درک بیشتری نسبت به متغیر های تاثیر گذار روی کیفیت زندگیشان دارند (Sarenmal & Olden, ۲۰۰۷). در این رابطه پرستاران می توانند از مشاوره به عنوان کارآمدترین روش های آموزش بهداشت استفاده نمایند (World Health Organization, ۱۹۹۳). چراکه مشاوره جریان یاری رساندن به مددجو است تا بتواند آگاهانه و داوطلبانه و با در نظر گرفتن همه جوانب تصمیم بگیرد. ولی اجرای تدابیر مشاوره ای برای بیمار و خانواده نیازمند مشخص کردن نیاز های آنها و بحث در رابطه

با شرایط بیمار و خانواده در زمینه های جسمی، روانی و اجتماعی و تنظیم برنامه مراقبتی مناسب برای بیمار و خانواده می باشد (نجفی و همکاران، ۱۳۸۱، Williams & Schreier, ۲۰۰۵). در اکثر مطالعات انجام شده تاکید بر مشکلات بیماران بیشتر از خانواده ها بوده و الگوهای بررسی و مداخله نیز بیشتر متوجه بیماران بوده است. لذا توجه به این نکته ضروری است که جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیمار و خانواده لازم است عوامل تاثیر گذار بر روی خانواده نیز مد نظر قرار گیرند (Grabiak & Bender, ۲۰۰۷). با توجه به مطالب فوق پژوهشگران بر آن شدند تا تاثیر مشاوره با خانواده بر ابعاد عملکردی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی را مورد مطالعه قرار دهند.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی می باشد که بر روی ۷۰ زن مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. روش نمونه گیری به این صورت بود که بعد از مراجعه به درمانگاه شیمی درمانی بیمارستان کوثر شهر قزوین و بیمارستان ولیعصر شهر زنجان، نمونه های مورد پژوهش بر اساس مشخصات تعیین شده (زنان متاهل ۳۰ تا ۵۵ ساله دارای حداقل یک فرزند ۱۵ ساله، مبتلا به سرطان پستان اولیه و برای انجام شیمی درمانی به مراکز فوق الذکر مراجعه و دارای پرونده باشند، متمایل به حضور کامل در جلسات (هفته ای حداقل دوبار)، قادر به برقراری ارتباط کلامی با پژوهشگر و در طول مطالعه تنها روش درمانی آنها شیمی درمانی (به صورت سرپایی) بعد از انجام ماستکتومی باشد، یک جلسه شیمی درمانی دریافت کرده و از اعضای تیم بهداشتی نباشند. همچنین مبتلا به بیماری روانی یا بیماری حاد و مزمن دیگری نباشند، خودشان و خانواده شان (همسر و حداقل یکی از فرزندان ۱۵ ساله یا بیشتر) راضی به شرکت در این پژوهش باشند) انتخاب و بعد از کسب رضایت کتبی از آنها در پژوهش شرکت داده شدند و سپس به طور تصادفی بیمارستان کوثر در گروه آزمون و بیمارستان ولیعصر در گروه شاهد قرار گرفتند.

ابزارهای گردآوری داده ها عبارتند از پرسشنامه اطلاعات مربوط به بیماری و درمان که بر اساس پرونده بیمار توسط پژوهشگر تکمیل و شامل ۷ سوال (پستان درگیر، مرحله سرطان، مدت زمان سپری شده از سیکل ۱ شیمی درمانی و نوع رژیم درمانی و...) می باشد. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی بیمار و خانواده، شامل ۲۴ سوال (سن، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت و...)، می باشد. پرسشنامه

(correlation) انجام گرفته است. تقریباً تمام مقیاس هایی که از نظر مفهومی با یکدیگر مرتبط بودند، از نظر آماری در جهت مورد انتظار همبستگی داشتند. (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۵).

در ابتدای کار پرسشنامه ها توسط هر دو گروه آزمون و شاهد تکمیل شد. سپس جهت نیازسنجی جلسات مشاوره برای گروه آزمون، پرسشنامه هایی در خصوص دانش و عملکرد خود مراقبتی و وضعیت جسمی بیماران و همچنین عملکرد خانوادگی اجتماعی و روانی عاطفی بیمار و خانواده در رابطه با فرایند بیماری و درمان طراحی و مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از تجزیه و تحلیل داده ها برنامه مشاوره با خانواده برحسب نیازهای مشاوره ای بیمار و خانواده برای گروه آزمون در ۸ جلسه که هر جلسه یک الی یک ساعت و نیم به طول می انجامید باحضور بیمار و اعضای خانواده (همسر و فرزند) تدوین و توسط پژوهشگر (دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گرایش بهداشت جامعه) اجرا شد. آموزش در محیط پژوهش با هدف افزایش دانش و آگاهی بیمار و خانواده در رابطه با فرایند بیماری و درمان (آشنایی با آناتومی و فیزیولوژی پستان، عوامل خطر سرطان پستان، روش های تشخیصی و روش های درمانی سرطان پستان به ویژه جراحی و شیمی درمانی، مراقبت های بعد از ماستکتومی و شیمی درمانی) و همچنین افزایش توانمندی بیمار و خانواده در مقابله با عوارض جسمی، روانی و خانوادگی اجتماعی حاصل از بیماری و درمان با در نظر داشتن نقش ها و وظایفشان در خانواده اجرا شد. بلافاصله بعد از اجرای برنامه مشاوره با خانواده، پرسشنامه های مربوط به کیفیت زندگی توسط بیماران هر دو گروه آزمون و شاهد تکمیل شد و سپس به اندازه یک دوره شیمی درمانی (۲۱ روز) هیچ گونه مداخله ای صورت نگرفت و مجدداً بعد از ۲۱ روز پرسشنامه ها توسط بیماران هر دو گروه آزمون و شاهد تکمیل شده اطلاعات به کمک نرم افزار اس پی اس اس ۱۵ مورد تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهش، از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی استفاده شد. جهت کنترل دو گروه از نظر متغیرهای مستقل زمینه ای و همچنین مقایسه نتایج نهایی بین دو گروه (متغیرهای وابسته) با توجه به نوع داده های کمی و کیفی به ترتیب از آزمون های آماری تی مستقل و مجذور کای دو، من ویتنی استفاده شد و به منظور مقایسه نتایج قبل و بعد در هر گروه از آزمون های آماری پارامتریک و نان پارامتریک استفاده شد.

کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به سرطان متعلق به سازمان اروپایی پژوهش و درمان سرطان

(EORTC QLQ-C30)

(European Organization For Research And Treatment Of Cancer Quality Of Life Questionnaire)

دارای ۳۰ سوال و شامل ۵ مقیاس عملکردی (جسمانی، نقش، شناختی، احساسی و اجتماعی) است و هریک مجموعه ای از سوالات را در بر می گیرند و پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان متعلق به سازمان اروپایی پژوهش و درمان سرطان

(EORTC QLQ-BR23)

(European Organization For Research And Treatment Of Cancer Quality Of Life Questionnaire)

که شامل ۲۳ سوال و ۴ زیر مقیاس عملکردی (تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسی و نگرش نسبت به آینده) بود شد. هر دو پرسشنامه کیفیت زندگی به صورت لیکرت طراحی شده و هر پرسش دارای ۴ گزینه (به هیچ وجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) است که از ۱ تا ۴ امتیاز بندی شده است و نمره کلی آن در محدوده ۰ تا ۱۰۰ می باشد، بطوریکه امتیاز بالاتر نشان دهنده سطح بهتر عملکرد می باشد. لازم به ذکر است که این مقاله بخشی از یک مطالعه وسیعتری می باشد که فقط ابعاد عملکردی کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان پستان قبل و بعد از مداخله گزارش شده و ابعاد علامتی آن گزارش نشده است. شایان ذکر است که پرسشنامه های فوق اختصاصی سرطان و سرطان پستان هستند که در مطالعات متعدد در خارج از کشور جهت تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شده اند. پرسشنامه ها توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۰) ترجمه و اعتبار و پایایی آن سنجیده شده است که در اندازه گیری پایایی ضریب آلفای کرونباخ در مورد مقیاس های چند گزینه ای در پرسشنامه اندازه گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) در ابعاد مختلف بین ۰/۹۵-۰/۴۸ بود. در مطالعه حاضر میزان آلفای کرونباخ در ابعاد مختلف بین ۰/۹۳-۰/۷۶ بوده است. در پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی اختصاصی مبتلایان به سرطان پستان (QLQ-BR23) مقدار آلفای کرونباخ در مورد مقیاس های چند گزینه ای بین ۰/۹۵-۰/۶۳ متغیر بود (منتظری و همکاران، ۲۰۰۰). در مطالعه حاضر میزان آلفای کرونباخ در ابعاد مختلف بین ۰/۹۵-۰/۷۱ بوده است. همچنین اعتبار پرسشنامه اندازه گیری کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) با استفاده از روش همخوانی بین مقیاس ها (inter scale)

یافته ها

خصوصیات نمونه های مورد بررسی برحسب اطلاعات موجود در پرونده در جدول ۱ و مشخصات جمعیت شناسی به تفکیک گروه های آزمون و شاهد در جدول ۲ ارائه گردیده است. گروه ها به لحاظ تمام مشخصات با هم مشابه بوده و آماره تی و کای دو اختلاف معنی داری را بین گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله نشان نمی دهد.

نتایج اطلاعات مربوط به بیماری و درمان نشان داد که بیشترین درصد بیماران در گروه شاهد و آزمون، پستان چپ آنها درگیر بوده و بیماریشان در مرحله دوم می باشد ۲۱-۱۴ روز از شیمی درمانی سیکل (۱) آنها گذشته است و بیشترین درصد بیماران در گروه شاهد و آزمون، از رژیم درمانی CMF (سیکلو فسفامید + متوتروکسات + ۵ فلوئوراسیل) و EPI (اپی روبیسین) برخوردار بوده اند. همچنین یافته های حاصل از اطلاعات جمعیت شناسی نشان داد که میانگین سن ابتلا به

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد فراوانی زنان مبتلا به سرطان پستان بر حسب اطلاعات زمینه ای ثبت شده در پرونده در گروه آزمون و شاهد

گروه شاهد					گروه آزمون					آزمون کای دو		مشخصات پرونده	
تعداد		درصد		تعداد		درصد		تعداد		درصد			
												پستان مبتلا	
۱۶		۴۵/۷		۱۷		۴۸/۵		P=۰/۸۱		راست			
۱۹		۵۴/۳		۱۸		۵۱/۴۳				چپ			
۷		۲۰		۴		۱۱ / ۴		P=۰/۵۸		مرحله سرطان		مرحله ۱	
۲۰		۵۷ / ۱		۲۱		۶۰						مرحله ۲	
۸		۲۲ / ۹		۱۰		۲۸ / ۶						مرحله ۳	
												مدت زمان سپری شده از شیمی درمانی سیکل ۱	
۱۷		۴۸ / ۶		۱۵		۴۲ / ۹		P=۰/۶۳				۷-۱۴	
۱۸		۵۱ / ۴		۲۰		۵۷ / ۱						۱۴-۲۱	
												رژیم درمانی	
۱۸		۵۱ / ۴		۱۶		۴۵ / ۷						CMF,Epi	
۱۰		۲۸ / ۶		۱۱		۳۱ / ۴						Endoxan,Adria,Taxol	
۵		۱۴ / ۳		۵		۱۴ / ۳						CAF	
۲		۵ / ۷		۳		۸ / ۶		P=۰/۹				Epi,Taxol	
۱۸		۵۱ / ۴		۱۶		۴۵ / ۷						CMF,Epi	
۱۰		۲۸ / ۶		۱۱		۳۱ / ۴						Endoxan,Adria,Taxol	

سرطان پستان در گروه شاهد (۴۶/۲) و آزمون (۴۳/۷) می باشد. همچنین بیشترین در صد بیماران مورد پژوهش در هر دو گروه دارای مدرک تحصیلی ابتدایی و خانه دار می باشند و دارای وضعیت اقتصادی متوسط هستند. بیشترین در صد فرزندان بیماران مورد پژوهش در هر دو گروه در محدوده سنی ۱۵-۲۰ سال قرار داشته و خانواده در مرحله پنجم (خانواده با نوجوان) رشد و تکامل خانواده قرار داشته و بیشترین در صد فرزندان در هر دو گروه دارای مدرک تحصیلی دبیرستان بوده و اکثریت آنها در هر دو گروه محصل می باشند. همچنین بیشترین در صد همسران بیماران مورد پژوهش در هر دو گروه دارای مدرک تحصیلی ابتدایی بوده و اکثریت آنها در هر دو گروه کارگر می باشند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی و درصد فراوانی زنان مبتلا به سرطان پستان بر حسب برخی مشخصات جمعیت شناسی در گروه آزمون و شاهد

مشخصات جمعیت شناسی	تعداد	درصد	گروه آزمون		آزمون کای دو
			P=۰/۷۲	درصد	
تحصیلات بیمار	بیسواد	۴	۱۱/۴	۶	۱۷/۱
	ابتدایی	۲۱	۶۰	۱۸	۵۱/۵
	راهنمایی	۲	۵/۷	۶	۱۷/۱
	دبیرستان و بالاتر	۸	۲۲/۹	۵	۱۴/۳
	جمع	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰
شغل بیمار	خانه دار	۳۳	۹۴/۲	۳۴	۹۷/۱
	شاغل	۲	۵/۸	۱	۲/۹
	جمع	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰
تحصیلات همسر	بیسواد	۳	۸/۶	۴	۱۱/۴
	ابتدایی	۱۵	۴۲/۹	۱۳	۳۷/۱
	راهنمایی	۷	۲۰	۵	۱۴/۳
	دبیرستان	۷	۲۰	۱۲	۳۴/۳
	دانشگاهی	۳	۸/۶	۲	۵/۸
شغل همسر	کارگر	۱۶	۴۵/۷	۱۱	۳۱/۴
	کارمند	۶	۱۷/۱	۴	۱۱/۴
	شغل آزاد	۴	۱۱/۴	۱۰	۲۸/۶
	بازنشسته	۴	۱۱/۴	۴	۱۱/۴
	بیکار	۰	۰	۲	۵/۷
تحصیلات فرزند	سایر مشاغل	۵	۱۴/۳	۴	۱۱/۴
	ابتدایی	۱	۲/۹	۴	۱۱/۴
	راهنمایی	۸	۲۲/۹	۸	۲۲/۹
	دبیرستان	۱۶	۴۵/۷	۱۸	۵۱/۴
	دانشگاهی	۱۰	۲۸/۶	۵	۱۴/۳
شغل فرزند	خانه دار/ بیکار	۱۵	۴۲/۹	۱۳	۳۷/۲
	شاغل	۵	۱۴/۲	۴	۱۴/۳
	محصل و شاغل	۱۵	۴۲/۹	۱۷	۴۸/۶
	جمع	۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰
	خانه دار/ بیکار	۱۵	۴۲/۹	۱۳	۳۷/۲

توزیع فراوانی نمونه های پژوهش بر حسب شاخص های عملکردی کیفیت زندگی به تفکیک گروه های آزمون و شاهد در طی مرحله مداخله در جدول ۳ ارائه گردیده است. میانگین ابعاد عملکردی قبل از مداخله در گروه آزمون در ابعاد جسمانی (۶۱/۸)، نقش (۶۰/۱۵)، شناختی (۶۹/۸۰)، احساسی (۳۹/۳۴)، اجتماعی (۴۳/۲۶)، تصویر بدنی (۵۷/۱۶)، عملکرد جنسی (۲۲/۰۲) و لذت جنسی (۲۵/۰۵) و نگرش نسبت به آینده (۲۱/۱۷)، متوسط تا خوب بوده که بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله ارتقاء یافته و آماره تی زوجی این اختلاف را به لحاظ آماری با $P<۰/۰۵$ معنادار نشان داده است. همچنین میانگین ابعاد عملکردی در گروه شاهد در ابعاد جسمانی

(۶۷/۳۷)، نقش (۶۴/۸۸)، شناختی (۶۹/۳۷)، احساسی (۴۴/۶۸)، اجتماعی (۵۵/۲۲)، تصویر بدنی (۶۳/۱۰)، عملکرد جنسی (۳۵) و لذت جنسی (۳۷/۴) و نگرش نسبت به آینده (۲۴/۰۲) نیز متوسط تا خوب بوده و قابل ذکر است که بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته و آماره تی زوجی این اختلاف را به لحاظ آماری با $P<۰/۰۵$ معنا دار نشان داده است. همچنین آماره تی مستقل نیز اختلاف معنی داری را بین میانگین امتیازات گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله نشان داد ($P<۰/۰۵$).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد عملکردی کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد پژوهش قبل و بلافاصله بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد

گروه آزمون	گروه شاهد				گروه آزمون	گروه شاهد				گروه آزمون	گروه شاهد			
	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله		قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله		قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
جسمانی	۶۱/۸۰	۲۵/۵۲	۷۸/۶۵	۱۲/۷۷	۶۷/۳۷	۲۳/۱۰	۶۰/۴۲	۲۲/۰۲	۲۲/۰۲	۶۱/۸۰	۲۵/۵۲	۷۸/۶۵	۱۲/۷۷	۶۷/۳۷
نقش	۶۰/۱۵	۳۱/۲۴	۶۸/۵۷	۲۳/۴۶	۶۴/۸۸	۳۰/۲۷	۵۶/۵۴	۲۴/۸۴	۲۴/۸۴	۶۰/۱۵	۳۱/۲۴	۶۸/۵۷	۲۳/۴۶	۶۴/۸۸
احساسی	۳۹/۳۴	۲۹/۶۵	۵۰/۴۵	۳۱/۵۲	۴۴/۶۸	۳۱/۸۳	۳۵/۸۲	۲۹/۰۲	۲۹/۰۲	۳۹/۳۴	۲۹/۶۵	۵۰/۴۵	۳۱/۵۲	۴۴/۶۸
ذهنی	۶۹/۸۰	۲۷/۵۶	۷۷/۴۲	۲۱/۷۵	۶۹/۳۷	۲۵/۲۷	۶۵/۵۴	۲۵/۰۱	۲۵/۰۱	۶۹/۸۰	۲۷/۵۶	۷۷/۴۲	۲۱/۷۵	۶۹/۳۷
اجتماعی	۴۳/۲۶	۳۱/۶۳	۵۳/۷۶	۲۶/۵۷	۵۵/۲۲	۳۲/۸۴	۳۵/۱۷	۲۴/۳۸	۲۴/۳۸	۴۳/۲۶	۳۱/۶۳	۵۳/۷۶	۲۶/۵۷	۵۵/۲۲
کیفیت زندگی	۴۱/۴۰	۲۰/۱۵	۵۱/۱۶	۲۳/۲۳	۴۸/۲۹	۲۱/۸۴	۳۹/۵۰	۲۳/۴۳	۲۳/۴۳	۴۱/۴۰	۲۰/۱۵	۵۱/۱۶	۲۳/۲۳	۴۸/۲۹
تصویر ذهنی	۵۷/۱۶	۲۸/۰۱	۶۶/۸۰	۲۴/۸	۶۳/۱۰	۲۵/۱۵	۵۴/۹۶	۲۷/۴	۲۷/۴	۵۷/۱۶	۲۸/۰۱	۶۶/۸۰	۲۴/۸	۶۳/۱۰
عملکرد جنسی	۲۲/۰۲	۲۴/۷۸	۳۲/۹۱	۲۱/۳	۳۵	۳۱/۶۵	۲۲/۱۴	۱۹/۳	۱۹/۳	۲۲/۰۲	۲۴/۷۸	۳۲/۹۱	۲۱/۳	۳۵
لذت جنسی	۲۵/۰۵	۲۷/۳۸	۳۴/۲۲	۲۴/۳	۳۷/۴	۳۵/۰۸	۲۲/۸۵۲	۲۱/۶	۲۱/۶	۲۵/۰۵	۲۷/۳۸	۳۴/۲۲	۲۴/۳	۳۷/۴
دورنمای آینده	۲۱/۱۷	۲۸/۲۶	۳۲/۷۱	۲۸/۶	۲۴/۰۲	۳۲	۱۴/۸۸	۲۸/۵	۲۸/۵	۲۱/۱۷	۲۸/۲۶	۳۲/۷۱	۲۸/۶	۲۴/۰۲

جدول شماره ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد عملکردی کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد پژوهش در مقایسه بین بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و شاهد

گروه آزمون	گروه شاهد				گروه آزمون	گروه شاهد				گروه آزمون	گروه شاهد			
	بلافاصله بعد از مداخله	۲۱ روز بعد از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۲۱ روز بعد از مداخله		بلافاصله بعد از مداخله	۲۱ روز بعد از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۲۱ روز بعد از مداخله		بلافاصله بعد از مداخله	۲۱ روز بعد از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	۲۱ روز بعد از مداخله
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
جسمانی	۷۸/۶۵	۱۲/۷۷	۷۸/۸۵	۱۲/۹۶	۶۰/۴۲	۲۲/۰۲	۵۹/۲۰	۲۳/۶۶	۲۳/۶۶	۷۸/۶۵	۱۲/۷۷	۷۸/۸۵	۱۲/۹۶	۶۰/۴۲
نقش	۶۸/۵۷	۲۳/۴۶	۶۹	۲۴/۳۰	۵۶/۵۴	۲۴/۸۴	۵۴/۶۲	۲۲/۸۳	۲۲/۸۳	۶۸/۵۷	۲۳/۴۶	۶۹	۲۴/۳۰	۵۶/۵۴
احساسی	۵۰/۴۵	۳۱/۵۲	۵۰/۹۱	۳۰/۴۲	۳۵/۸۲	۲۹/۰۲	۳۴/۶۸	۲۷/۲	۲۷/۲	۵۰/۴۵	۳۱/۵۲	۵۰/۹۱	۳۰/۴۲	۳۵/۸۲
ذهنی	۷۷/۴۲	۲۱/۷۵	۷۸/۸۳	۲۱/۵۴	۶۵/۵۴	۲۵/۰۱	۶۶/۵۱	۲۳/۷۳	۲۳/۷۳	۷۷/۴۲	۲۱/۷۵	۷۸/۸۳	۲۱/۵۴	۶۵/۵۴
اجتماعی	۵۳/۷۶	۲۶/۵۷	۵۸/۴۳	۲۶/۲۴	۳۵/۱۷	۲۴/۳۸	۳۴/۰۸	۲۴/۰۸	۲۴/۰۸	۵۳/۷۶	۲۶/۵۷	۵۸/۴۳	۲۶/۲۴	۳۵/۱۷
کیفیت زندگی	۵۱/۱۶	۲۳/۲۳	۵۹/۲۶	۲۳/۲۳	۳۹/۵۰	۲۳/۴۳	۳۸/۰۷	۲۳/۵۹	۲۳/۵۹	۵۱/۱۶	۲۳/۲۳	۵۹/۲۶	۲۳/۲۳	۳۹/۵۰
تصویر ذهنی	۶۶/۸۰	۲۴/۸	۶۸/۶۳	۲۵/۸	۵۴/۹۶	۲۷/۴	۳۳/۹۴	۲۷/۴	۲۷/۴	۶۶/۸۰	۲۴/۸	۶۸/۶۳	۲۵/۸	۵۴/۹۶
عملکرد جنسی	۳۲/۹۱	۲۱/۳	۳۴/۶	۴۲/۲	۲۲/۱۴	۱۹/۳	۱۸/۷۴	۲۲/۵	۲۲/۵	۳۲/۹۱	۲۱/۳	۳۴/۶	۴۲/۲	۲۲/۱۴
لذت جنسی	۳۴/۲۲	۲۴/۳	۴۰/۰۲	۲۶/۲	۲۲/۸۵۲	۲۱/۶	۲۳/۸۵	۲۳/۹	۲۳/۹	۳۴/۲۲	۲۴/۳	۴۰/۰۲	۲۶/۲	۲۲/۸۵۲
دورنمای آینده	۳۲/۷۱	۲۸/۶	۴۰/۸	۲۹/۹	۱۴/۸۸	۲۸/۵	۱۲/۴۸	۲۵/۱	۲۵/۱	۳۲/۷۱	۲۸/۶	۴۰/۸	۲۹/۹	۱۴/۸۸

امتیاز میانگین ها در محدوده ۱۰۰-۰ هستند. امتیاز بالاتر نشان دهنده سطح بهتر عملکرد است

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بیماران در ابعاد عملکردی به عنوان یکی از شاخص های تعیین کننده تاثیر مشاوره مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج نشان داد که در خصوص ابعاد عملکردی کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به سرطان (عملکرد جسمی، نقش، احساسی، ذهنی، اجتماعی و کیفیت زندگی) و اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان پستان (تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسی و نگرش نسبت به آینده) در دو گروه آزمون و شاهد قبل از اجرای برنامه مشاوره با خانواده اختلاف معنی داری مشاهده نشد ولی بعد از مداخله، کیفیت زندگی در ابعاد فوق و همچنین کیفیت

زندگی کل در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد اختلاف معنی داری داشت. یعنی کیفیت زندگی در ابعاد فوق در گروه آزمون در اثر مشاوره با خانواده نسبت به گروه شاهد ارتقاء یافته است.

عملکرد جسمانی میزان تحمل بیمار را در انجام اموری چون پیاده روی، حمل وسایل و انجام امور روزمره زندگی مورد بررسی قرار می دهد و ایفای نقش بیمار مربوط به انجام وظایف روزانه و پرداختن به امور مورد علاقه بیمار بدون ایجاد محدودیت برای بیمار می باشد. در بعد احساسی نیز مواردی چون احساس تنش، نگرانی، اضطراب و بی حوصلگی و در بعد ذهنی تمرکز حواس و یاد آوری مسائل و در بعد اجتماعی نیز

حالی که عملکرد نقش بیماران گروه شاهد که مشاوره با خانواده را دریافت نکرده بودند، کاهش یافته است،

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد نقش گروه آزمون در اثر مشاوره با خانواده نسبت به گروه شاهد ارتقاء یافته است. نتایج مطالعه هروی کریموی (۱۳۸۵) نیز نشان داد که مشاوره گروهی باعث بهبود عملکرد نقش بیماران گروه آزمون شده است. مطالعه Reavely و همکاران (۲۰۰۹) در استرالیا نتایج مشابه مطالعه حاضر را نشان داد و بیانگر این بوده است که تدابیر روانی و اجتماعی از جمله تدابیر حمایت اجتماعی و تفکر مثبت، موجب بهبود کیفیت زندگی شده است. در بعد عملکرد احساسی و ذهنی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد احساسی و ذهنی بیماران در گروه آزمون بعد از مداخله، بهبود قابل توجهی نسبت به قبل از مداخله داشته، در حالی که در گروه شاهد، عملکرد احساسی بیماران کاهش یافته است، ولی تغییر معنی داری در عملکرد احساسی مشاهده نشده است.

همچنین نتایج مطالعه حاضر بیانگر آن است که عملکرد احساسی و ذهنی گروه آزمون در اثر مشاوره با خانواده نسبت به گروه شاهد ارتقاء یافته است. نتایج مطالعه هروی کریموی (۱۳۸۵) نیز نشان داد که مشاوره گروهی باعث بهبود عملکرد احساسی و ذهنی بیماران گروه آزمون شده است. نتایج مطالعه Badger و همکاران، (۲۰۰۵) در آمریکا نشان داد که مشاوره تلفنی به مدت ۶ هفته تاثیر مثبتی بر تمام ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته است. در حالی که Borneman و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان دادند، حمایت روانی اجتماعی از بیماران مبتلا به سرطان پستان، تاثیری بر عملکرد احساسی و ذهنی آنها نداشته است (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۵)، ولی مطالعات انجام شده در رابطه با سرطان پستان در زنان نشان داده اند که زنان مبتلا به سرطان پستان و به ویژه بیمارانی که نگرش منفی نسبت به بیماری و پیش آگهی درمان دارند از کیفیت زندگی پایین تری به ویژه در بعد احساسی برخوردارند و نیاز به حمایت بیشتری جهت مشارکت در تصمیم گیری های درمانی شان دارند (Reavely و همکاران، ۲۰۰۹ و Stricjer، ۲۰۰۷) و سبک سازگاری با بیماری در این بیماران مرتبط با سازگاری روانی زنان با مراحل بیماری و درمانشان می باشد. (فتوکیان و همکاران، ۱۳۸۳ و Faul و همکاران، ۲۰۱۰).

از جمله مواردی که در سازگاری روانی و رویارویی با سرطان پستان و مقابله موثر با بیماری تاثیر بسزایی دارد الهام از مبانی مذهبی می باشد که در این رابطه توجه به نقش همسر به

خلل ناشی از فرایند بیماری و درمان در امور خانوادگی اجتماعی همچنین اختلال در تصویر ذهنی بیمار از جسم خویش، اختلال در عملکرد جنسی و لذت جنسی و همچنین نگرش بیمار نسبت به آینده با توجه به عوارض ناشی از بیماری و درمان مورد بررسی قرار گرفت که یکی از اهداف برگزاری جلسات مشاوره با خانواده افزایش توانمندی بیمار در پرداختن به امور فوق با در نظر داشتن نقش ها و وظایف سایر اعضای خانواده از جمله همسر و فرزندان بوده است.

در رابطه با بعد جسمی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد جسمی بیماران گروه آزمون بعد از مداخله، بهبود قابل توجهی نسبت به قبل از مداخله داشته، در حالی که عملکرد جسمی بیماران گروه شاهد که مشاوره با خانواده را دریافت نکرده بودند، کاهش یافته است، همچنین نتایج این مطالعه بیانگر این می باشد که عملکرد جسمی گروه در اثر مشاوره با خانواده نسبت به گروه شاهد ارتقاء یافته است. نتایج مطالعه هروی کریموی (۱۳۸۵) نیز نشان داد که مشاوره گروهی باعث بهبود وضعیت جسمی بیماران گروه آزمون شده است (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۵). در همین رابطه نتایج مطالعه Miller (۲۰۰۷) در انگلستان نشان داد که تدوین و اجرای برنامه های خود مراقبتی باعث ارتقاء عملکرد جسمی گروه آزمون نسبت به گروه شاهد شده است (Miller و همکاران، ۲۰۰۷) و نتایج مطالعه Rehwaldt و همکاران، (۲۰۰۹) نیز در شیکاگو نشان داد که آموزش و مشاوره با بیماران در رابطه با راهکارهای خود مراقبتی تاثیر بسزایی در بهبود وضعیت جسمی بیماران داشته است (Rehwaldt و همکاران، ۲۰۰۹). از آنجایی که زنان به عنوان هسته اصلی خانواده نقش مهمی را ایفا می کنند، لذا سلامت و بیماری آنها می تواند به طور مستقیم سلامت کل خانواده و جامعه را نیز تحت تاثیر قرار دهد (طالقانی و همکاران، ۱۳۸۵)، لذا پرستاران نیاز به بررسی کمیت و کیفیت شبکه های اجتماعی از جمله انجمن های اجتماعی در طی درمان بیماران دارند و باید زنان با حمایت اجتماعی پایین تر را به خدمات حمایتی و مشاوره ای ارجاع دهند (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۵). عملکرد نقش بیماران در ثبات و پویایی خانواده بسیار حائز اهمیت می باشد (هروی کریموی و همکاران، ۱۳۸۵). مشارکت اعضای خانواده از جمله همسر و فرزندان در برنامه های درمانی تاثیر بسزایی در بهبود عملکرد نقش بیماران دارد. در رابطه با عملکرد نقش، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد نقش بیماران گروه آزمون بعد از مداخله، بهبود قابل توجهی نسبت به قبل از مداخله داشته، در

عنوان یک عامل مهم در رویارویی مثبت و موثر با بیماری حائز اهمیت است (طالقانی و همکاران، ۱۳۸۵). تشخیص سرطان شدیداً روی مسائل جنسی بیماران تاثیر می‌گذارد. در نتیجه آگاهی مراقبین حرفه ای و مهارت های بالینی آنها جهت بررسی مشکلات جنسی بیماران مبتلا به سرطان بسیار حائز اهمیت می باشد (Stricker, ۲۰۰۷). از جمله عواملی که منجر به اختلالات جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان می شود مشکلات مربوط به جراحی، روانشناسی، ارتباط با همسر، تصویر منفی از جسم خویش می باشد، تعیین مشکلات توسط پزشکان و مراقبین بیماران امکان تعامل با بیمار را برقرار کرده و با ارائه تدابیر سریع می توان از عوارض بعدی پیشگیری کرد (Schag و همکاران، ۱۹۹۳؛ Joly و همکاران، ۲۰۰۰). در رابطه با عملکرد جنسی و لذت جنسی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عملکرد جنسی و لذت جنسی بیماران گروه آزمون بعد از مداخله، بهبود قابل توجهی نسبت به قبل از مداخله داشته، در حالیکه عملکرد جنسی و لذت جنسی بیماران گروه شاهد نتایج مطالعه هروی کریموی (۱۳۸۵) نیز نشان داد که مشاوره گروهی باعث بهبود عملکرد جنسی و لذت جنسی بیماران گروه آزمون شده است. نتایج مطالعه (Takahashi&Kai, ۲۰۰۵) نیز در توجیه نشان داد که عوارض جسمی و روانی بعد از درمان و ترس از طرد شدن از جانب همسر بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر می گذارد. در نتیجه در حیطه های عملکرد جنسی و رضایت از عملکرد جنسی، همسر بیمار مستقیماً در کاهش یا افزایش عملکرد نقش دارد، احتمالاً بهبود وضعیت بیمار و ارتقاء کیفیت زندگی وی سبب افزایش تمایلات جنسی و کاهش بی تفاوتی او می شود، اما این احساس نیاز ممکن است با عدم توجه کافی شریک جنسی وی همراه باشد (پورکیانی و همکاران، ۱۳۸۶). لذا مشارکت همسر زنان مبتلا به سرطان پستان در تدوین برنامه های مراقبتی ضروری می باشد و یکی از علل انتخاب برنامه مشاوره با خانواده در مطالعه حاضر نیز همین مطلب می باشد.

علاوه بر عملکرد جنسی و لذت جنسی عوامل دیگر از جمله تصویر ذهنی، یک عامل مهم تاثیر گذار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به ویژه زنان مبتلا به سرطان پستان می باشد به طوری که مطالعات نشان داده که سرطان پستان

و درمان های مربوطه تاثیر منفی در تصویر ذهنی زنان مبتلا داشته و باعث کاهش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان و ایجاد اختلالات در ابعاد خانوادگی اجتماعی شده است. Hopwood و همکاران، ۲۰۰۷؛ McGrath, ۲۰۰۳). نتایج مطالعه حاضر بیانگر تاثیر مشاوره با خانواده در بهبود تصویر ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان گروه آزمون بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله بوده است، در حالی که تصویر ذهنی بیماران گروه شاهد که مشاوره با خانواده را دریافت نکرده بودند، کاهش یافته است، نتایج مطالعه هروی کریموی (۱۳۸۵) نیز نشان داد که مشاوره گروهی باعث بهبود تصویر ذهنی بیماران گروه آزمون شده است. مطالعه Frith و همکاران (۲۰۰۷) نیز در انگلستان نشان داد که بکارگیری راهکارهای مدیریت عوارض ناشی از بیماری و درمان، منجر به بهبود تصویر ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است. اعضای تیم بهداشتی از جمله پرستاران نقش بسزایی در مشاوره با این بیماران و خانواده آنها جهت کاهش اضطراب، افزایش دانش بیمار و خانواده و تقویت رفتارهای تطابقی و سازگاری آنها با شرایط موجود دارند. با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تاثیر مشاوره با خانواده در ارتقاء ابعاد عملکردی عمومی و اختصاصی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی، پیشنهاد می شود که اجرای مشاوره مناسب و ملزم نمودن خانواده بیمار برای شرکت در این برنامه ها، جهت افزایش سازگاری با بیماری عضو بیمار صورت گیرد به طوری که طی برنامه مشاوره با خانواده مواردی چون، آموزش نحوه مراقبت جسمی و روانی به بیمار و کسب سازگاری دیگر اعضای خانواده و همچنین نحوه برخورد با بیمار و به ویژه با تغییر نقش های عضو بیمار در خانواده و مراقبت آن توسط سایر اعضای خانواده، جهت افزایش مسئولیت پذیری فردی، خانوادگی، اجتماعی بیمار و سایر افراد خانواده مورد توجه قرار گیرد، که این امر با همکاری پرستاران انکولوژی و سایر اعضای تیم مراقبت میسر می شود.

تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از همکاری کارکنان پرستاری مراکز درمانی ذکر شده و بیماران و اعضای خانواده شرکت کننده در پژوهش سپاسگزاری می شود.

REFERENCES

- Aghabarari M Ahmadi F Mohamadi I Hajizadeh E Varvani Farahani A (2007). [Physical emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy]. Iranian Journal Of Nursing Research.1(3) 55-65. (Persian).
- Akbari M Mirzaei H Soury H (2006). [5 Year survival of breast cancer in Shohada-e-Tajrish and Jorjani hospitals]. Hakim. 9 (2) 39-44. (Persian).

- Allen S Shah AC Nezu AM et al (2002). A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: A randomized control trial. *cancer*. 94 (12) 3089-3100.
- Badger T Segrin C Meek P Lopez A. Bonham E (2005). Telephone interpersonal counseling with women with breast cancer: symptom management and quality of life. *Oncology Nursing*. 32(2) 273-279.
- 168.
- Borneman T Chun D Wagman L (2003). Concerns of family caregivers of patients with cancer facing palliative surgery for advanced malignancies. *Oncology Nursing*. 30(6): 997-1005.
- Duffy C Allen S Clark M (2005). Discussions regarding reproductive health of young women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*. 23(4) 766-773.
- Faul L Jim H Williams C (2010). Relation ship of stress management skill to psychological distress and quality of adults with cancer. *Psycho-Oncology*. 19(1) 102-109.
- Fotoukian Z AAlikhani M Salman Yazdi N Jamshidi R (2004). [Quality of life primary relatives providing care for their cancer patients]. *Iran Journal of Nursing*. 17 (38) 48-56. (Persian).
- Farahani B Safavian M Salehi SH (2005). [Evaluating the effect of instructing patient care on knowldege, attitude and performance of the attentions of cancer patients under chemotherapy referring to the university hospitals of tehran university of medical sciences]. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University*. 14 (2) 99-103. (Persian).
- Frith H Harcourt D Fussell A (2007). Anticipating an altered appearance: Women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *European Journal Of Oncology Nursing*. 11(5) 385-391.
- Greimel E Thiel I Peintinger F (2002). Prospective assessment of quality of life of female cancer patient. *Gynecologyc Oncology*. 85 (1) 140-147.
- Grabiak B Bender C (2007). The impact of paternal cancer on the adolescent: Analysis of the literature. *Pshycho oncology*. 16 (2) 127-137.
- Heravi Karimavi M Pourdehghan M Faghihzadeh S Montazeri A (2006). [The study of the effect of group counseling on functional scales of patient with breast cancer treated with chemotherapy]. *Daneshvar Medicine*. 13 (62) 69-78. (Persian).
- Hopwood P Haviland J Mills J (2007). The empact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK start trial (Standardization of breast Radiotherapy Trial). *The Breast*. 16 (3) 241-251.
- Jennings A Anderson E (2003). Older women with breast cancer: Perception effectiveness of nurse case management *Nursing Outlook*. 5 (3) 108-114.
- Joly F Espie M Marty M (2000). Lang-term quality of life in pre menopausal women with node-negative localized breast cancer treatment with or without adjuvant chemotherapy. *British Journal of Cancer*. 83(5) 577-582.
- McGrath K (2003). An earlier age of breast cancer diagnosis related to more frequent use of antiper spirants/ deodorants and underarm shaving. *European Journal Cancer Prevention*. 12 (6) 479-85.
- Miller M Taylor A Kearney N (2007). Evaluation of the feasibility and acceptability of an oral care diary by patients airing chemotherapy. *International Journal of Nursing Studies*. 44 (5) 693-701.
- Montazeri A Harirchi I Vahdani M et al (2000). The EORTC breast cancer-specific quality of life questionnaire (EORTC QLQ-BR23): Translation and validation study of the Iranian version. *Iranian Centre for Breast Cancer*. 9(2) 177-84.
- Najafi F Ghofranipour F Rakhshani F Kazemnejad A (2003). [Effects of groups counseling program with women on knowledge, attitude and practice (KAP) of their husbands regarding family planning in zahedan health centers.] *Faslnameh Barvari Va Nabarvari*. 1 (1) 47-54. (Persian).
- Parhizkar A (1997). [The survey of the effects of home visit on the control of endemic goiter women in "Sannandage" -Kordestan-in 1375.] A thesis presented for the master of science degree. Tehran: Tarbiat Modarres University. (Persian).
- Pourkiani M Hazrati M Abbaszadeh A Jafari P Sadeghi M Dezhbakhsh T Mohamadian Panah M (2010). [Dose behabilitation program improve quality of life in breast cancer patients. *Payesh*]. 9 (1) 61-68. (Persian).
- Reavley N Pallant J MBBS A (2009). Evaluation of the Effects of a psychosocial intervention on Mood, coping, and Quality of life in cancer patients. *SAGE Journals Online*. 8 (1) 47-55.
- Rehwaltdt M Wickham R Purl S (2009). Self care strategies to cope with taste change after chemo therapy. *Journal of Clinical Oncology*. 36(2) 1-14.

- Sarenmal E Olden J (2007). Coping with recurrent breast cancer: Predictors of distressing symptoms and health related quality of life. *Journal of Pain and Symptom Management*. 34 (1) 24-37.
- Schag C Ganz P Polinsky M (1993). Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *Journal Cancer Nursing*. 11(4) 783-793.
- Schulz R Sherwood P (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Educatio*. 108 (9) 23-27.
- Sitzia J Wood N (1998). Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: A review of literature. *Journal of Nursing Studies*. 35 (1-2) 1-12.
- Stricjer G (2007). Endocrine effects of breast cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing*. 23 (1) 55-70.
- Taleghani F Parsayekta A Nikbakht Nasrabadi A (2006). [Coping with breast cancer in newly diagnosed women: A qualitative study.] *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 12 3(46) 282-288. (Persian).
- Takahashi M Kai I (2005). Sexuality after breast cancer treatment: Changes and coping strategies among Japan-se survivors. *Social Science and Medicine*. 61(6) 1278-1290.
- Weitzner M Mcmillan S Jacobsen P (1999). Family caregiver quality of life differences between curative and palliative cancer treatment setting. *Journal Pain Symptom Management*. 17 (6) 714-728.
- Williams S Schreier A (2005). The role of education in managing Fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Applied Nursing Research*. 18 (3) 138-147.
- World Health Organization (1993). [Education for Health]. translation by Parsinia S Hekmat S 1st edition, Tehran. Sherkat Sahami Chehr. (Persian).