

بررسی مراقبت‌های حمایتی پرستاران از دیدگاه زنان مبتلا به سرطان پستان و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران

سامره اقتدار^۱، سیما مقدسیان^۲، دکتر حسین ابراهیمی^۳، شیوا حیدری^{۴*}

۱- کارشناس ارشد پرستاری، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه ارومیه ایران

۲- کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز تبریز ایران

۳- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۴- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

چکیده

مقدمه: تشخیص سرطان پستان حادثه‌ای بسیار استرس‌زا است که تأثیری عمیق بر جنبه‌های مختلف زندگی روزانه داشته و نیاز به حمایت را افزایش می‌دهد. این پژوهش با هدف بررسی مراقبت‌های حمایتی پرستاران و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد. مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۱۰۰ زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به درمانگاه انکولوژی مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. داده‌ها، با پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش مشخصات فردی-اجتماعی و بالینی، کیفیت زندگی و مراقبت‌های حمایتی پرستاران جمع‌آوری گردید. اعتبار ابزار از طریق روایی محتوا و پایایی آن با استفاده از ضریب کرونباخ تعیین شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۴ و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی (کای‌دو، فیشر و آزمون مستقل تی) تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش $45/78 \pm 8/99$ بود و فراوان‌ترین گروه سنی با ۲۱ درصد مربوط به گروه سنی ۳۹-۳۵ سال بود. طول مدت بیماری ۵۰ درصد بیماران ۱-۴ سال و میانگین طول مدت ابتلا به سرطان پستان $2/08 \pm 1/46$ بود. یافته‌ها نشان داد که ۶۳/۶ درصد از بیماران از مراقبت‌های حمایتی متوسطی برخوردار بودند. کیفیت زندگی کلی در ۵۲/۵ درصد زنان نامطلوب بود. براساس یافته‌های این پژوهش، مراقبت‌های حمایتی پرستاران با کیفیت زندگی همبستگی مستقیم و معنی‌داری داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: از آنجا که سرطان و درمان آن کلیت فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد اطلاعات به دست آمده از این بررسی می‌تواند پرستاران را در ارائه مراقبت‌های حمایتی یاری نماید. پرستاران می‌توانند با ارتقا مراقبت‌های حمایتی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان شوند. واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، کیفیت زندگی، مراقبت‌های حمایتی

مقدمه

سرطان پستان به علت میزان بالای مرگ و میر آن در سنینی که زنان اوج مسئولیت‌های خانوادگی و شغلی را به عهده دارند، سبب نگرانی‌های زیادی در بین مردم شده است (اکبری، ۱۳۷۸). این بیماری شایع‌ترین، پرتلفات‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تاثرانگیزترین سرطان در بین زنان ایرانی است (رمضانی، ۱۳۷۹).

براساس گزارش سازمانی جهانی بهداشت (۲۰۰۷)، در جهان سالانه بیش از ۱/۱ میلیون مورد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می‌شود که این رقم

معادل ۱۰ درصد کل سرطان‌های زنان می‌باشد. تخمین زده می‌شود که در حال حاضر حدود ۴/۴ میلیون زن در جهان زندگی می‌کنند که طی ۵ سال گذشته سرطان پستان در آنها تشخیص داده شده است. در ایران سرطان پستان ۲۲/۲۶ درصد از کل سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی است (گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی، ۱۳۸۳). بررسی‌ها نشان می‌دهد که مبتلایان به سرطان پستان در ایران ۱۰ سال جوانتر از مبتلایان به این بیماری در کشورهای غربی هستند (Mousavi, 2007). به طوری که در آمریکا تنها ۵ درصد از زنان زیر ۴۰ سال در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان می‌باشند، اما در ایران برخلاف کشورهای غربی زنان در سنین پائین‌تر در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به این بیماری می‌باشند (ابراهیمی، ۲۰۰۲).

تشخیص سرطان پستان برای بسیاری از زنان واقعه‌ای ترسناک و مصیبت‌بار می‌باشد (Kolden, ۲۰۰۲). احساس اندوه، اضطراب، گیجی، عصبانیت، افسردگی، ترس از مرگ، عدم آگاهی از درمان و عوارض آن، عدم اطمینان از بازگشت به وضعیت سلامتی (Servaes, ۲۰۰۲) و نیز بروز و تشدید طیف وسیعی از علائم جسمی و روحی در طول شیمی‌درمانی و پرتو درمانی نظیر تهوع، استفراغ، زخم دهان، ریزش مو، مشکلات پوستی، بی‌اشتهایی، اسهال، یبوست، تضعیف مغز استخوان، کم‌خونی، عفونت، خونریزی (Otto, ۲۰۰۱)، اختلالات خواب، درد، اختلالات شناختی، خستگی مزمن، علائم حاصل از یانگی (Tchen, ۲۰۰۳)، اختلال در عملکرد فیزیکی، روانی جنسی (Curt, ۲۰۰۰, Smeltzer, ۲۰۰۴)، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویش به دنبال تغییرات ساختاری احتمالی ناشی از روش‌های درمانی (جراحی ماستکتومی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی)، کاهش اعتماد به نفس و احتمال به وجود آمدن مسائل و مشکلات خانوادگی، عاطفی و اقتصادی در خانواده، از مهمترین عوارض ناشی از تشخیص و درمان سرطان پستان به شمار می‌روند که به شدت کیفیت زندگی بیمار و خانواده‌اش را متاثر می‌سازد (آقابراری، ۱۳۸۵).

تلاش جهت ارتقاء کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان به عنوان یکی از نتایج مهم درمانی در انکولوژی سبب شده تا طی سال‌های اخیر توجه بیشتری از سوی تیم درمان به شناسایی ابعاد مختلف کیفیت زندگی و

جستجوی راه‌های موثر در ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران شود (Watson, ۲۰۰۴). در این میان بر نقش پرستاران تاکید می‌گردد، زیرا پرستاران به عنوان یکی از اعضاء تیم درمان نقش مهمی در تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران سرطانی دارند و از آنجائی که پرستار زمان بیشتری را نسبت به سایر اعضاء تیم درمان با بیمار می‌گذرانند، شاید اولین کسی باشد که بتواند نیاز بیمار و خانواده‌اش را تشخیص داده و در جهت کنترل عوارض بیماری و درمان و ارتقاء کیفیت زندگی بیمار موثر باشد (Phipps, ۲۰۰۳). ارائه حمایت‌های عاطفی و اجتماعی از سوی اعضاء تیم درمان به خصوص پرستاران سبب می‌شود اندکی از فشارهای روانی حاصل از فرآیند تشخیص و درمان سرطان پستان در مبتلایان کاسته شود. پرستاران با ارائه حمایت‌های اطلاعاتی و ارائه آموزش در مورد چگونگی کنترل عوارض ناشی از بیماری و درمان آن، آموزش روش‌های تن‌آرامی، تکنیک‌های حفظ انرژی و فعالیت‌های جسمی مناسب، روش‌های تعدیل رژیم غذایی، برقراری الگوی خواب مناسب، استفاده از تکنیک‌های روانشناختی و حمایت روانی- اجتماعی (مشاوره‌های فردی، گروه‌های حمایتی، آرام‌سازی و کنترل استرس، بهبود مهارت‌های انطباقی و...) و از همه مهمتر برقراری ارتباطی توأم با درک متقابل و احترام به بیمار می‌توانند نقش کلیدی در کنترل عوارض بیماری و درمان و به تبع آن ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران داشته باشند (Ahlberg, ۲۰۰۳, Visovsky, ۲۰۰۳, Tavio, ۲۰۰۲, Sevaes, ۲۰۰۲).

با توجه به این که ارتباط مراقبت‌های حمایتی پرستاری با کیفیت زندگی این بیماران مشخص نمی‌باشد، این پژوهش با هدف تعیین مراقبت‌های حمایتی پرستاران از دیدگاه زنان مبتلا به سرطان پستان و ارتباط آن با کیفیت زندگی آنان انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی- همبستگی، تعداد ۱۰۰ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به درمانگاه انکولوژی مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۸۷ مورد بررسی قرار گرفت. واحدهای مورد پژوهش به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با داشتن معیارهای زیر انتخاب شدند: بودن در محدوده سنی بین ۶۵-۱۸ سال، قراگیری در مرحله ۱، ۲، ۳ سرطان پستان، توانایی خواندن، نوشتن یا در صورت بی‌سواد بودن توانایی برقراری ارتباط کلامی، عدم وجود سابقه اختلالات شدید روانی و ابتلا به سایر بدخیمی‌ها، گذشت حداقل ۳ ماه از تشخیص بیماری و عدم وجود درد شدید در حین مصاحبه.

اطلاعات مورد نیاز برای این مطالعه با استفاده از پرسشنامه‌ای متشکل از سه بخش مشخصات فردی و بالینی، کیفیت زندگی و مراقبت‌های حمایتی به صورت خودگزارش‌دهی جمع‌آوری گردید.

پرسشنامه اطلاعات فردی و بالینی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان درآمد، سطح تحصیلات خود بیمار و همسرش، میزان ورزش، ابتلا

به سایر بیماری‌های دیگر و سن بیمار در هنگام تشخیص سرطان پستان بود.

پرسشنامه‌هایی که در مورد کیفیت زندگی وجود دارند بسیار متنوع هستند و جنبه‌های عمومی کیفیت زندگی یا جنبه‌های اختصاصی مربوط به بیماری را بررسی می‌کنند. در این تحقیق به جای استفاده از پرسشنامه اختصاصی سرطان یا پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی، اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی با استفاده از ابزار تلفیقی، متشکل از سه ابزار SF36 (Form Health Survey 36) ابزار کیفیت زندگی سوئدی (ShorHealth Related Sweden) و کیفیت زندگی (Quality of Life) جسمی، روانی، اجتماعی و کیفیت زندگی کلی زنان مبتلا به سرطان پستان را مورد ارزیابی می‌داد، جمع‌آوری شد. این قسمت شامل ۵۲ سوال بود و بر اساس میانگین امتیازات، ≥ 148 نامطلوب و امتیاز < 148 به صورت مطلوب گزارش شد.

داده‌های مربوط به حمایت نیز با استفاده از ابزار محقق ساخته جمع‌آوری شد. این قسمت از پرسشنامه شامل ۳۴ سوال بود که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از گزینه‌های کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم رتبه‌بندی و دربرگیرنده سه بعد از مراقبت‌های حمایت عاطفی، اطلاعاتی و فیزیکی بود. گزینه‌ها از یک تا ۵ نمره‌گذاری شده بودند به این ترتیب که کاملاً موافقم نمره ۵ و کاملاً مخالفم نمره ۱ را به خود اختصاص داده و در نهایت امتیازات با هم جمع زده شدند. مراقبت‌های حمایتی به صورت خوب (۱۷۰-۱۲۶)، متوسط (۱۲۵-۸۰) و ضعیف (۷۹-۳۴) گزارش شد.

جهت تعیین روایی ابزار از روش روایی محتوا استفاده شد، به این نحو که ابزارهای مربوطه جهت بررسی از لحاظ روایی محتوا و صوری به ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز داده شد و پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم انجام گرفت و پرسشنامه نهایی جهت تعیین پایایی مورد بررسی قرار گرفت.

پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ محاسبه گردید به این نحو که، پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه با ۱۰ نفر از بیماران تکمیل گردید. پایایی کیفیت زندگی کلی ۰/۹۱ و مراقبت‌های حمایتی پرستاران ۰/۹۰ تعیین شد. لازم به ذکر است که این ۱۰ نفر از تعداد نمونه‌های اصلی حذف شدند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، محقق پس از دریافت معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، به مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز مراجعه و با بررسی پرونده‌های افراد مراجعه کننده، نمونه‌های واجد شرایط را انتخاب کرده و پس از کسب رضایت آگاهانه از بیمار، پرسشنامه در یک مرحله توسط پژوهشگر و با همکاری بیمار از طریق مصاحبه تکمیل گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۴ و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی (کای دو، فیشر و آزمون مستقل تی) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۰ بیمار زن با میانگین سنی $45/78 \pm 8/99$ شرکت داشتند. میانگین سنی افراد در هنگام تشخیص بیماری $43/58 \pm 9/14$ بود. فراوان‌ترین گروه سنی با ۲۱ درصد مربوط به گروه سنی ۳۹-۳۵ سال بود و ۸۱ درصد شرکت‌کنندگان متاهل بودند. اکثر افراد شرکت کننده در مطالعه (۳۳ درصد) بیسواد بودند.

طول مدت بیماری ۵۰ درصد بیماران ۴-۱ سال بود و میانگین و انحراف معیار طول مدت ابتلا به بیماری $46 \pm 1/208$ بود. ۶۳ درصد بیماران سابقه بیماری دیگری غیر از بیماری فعلی را ذکر نکرده بودند. ۱۰۰ درصد بیماران درمان جراحی بر روی پستان داشتند و ۹۸ درصد بیماران شیمی‌درمانی را تجربه کرده بودند. از این تعداد فقط ۵۲ درصد قبلاً رادیوتراپی داشتند. جدول شماره ۱ سایر مشخصات فردی اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان را نشان می‌دهد.

همانطور که داده‌های جدول ۲ نشان می‌دهد ۵۲/۵ درصد از شرکت کننده‌های پژوهش دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند. در مورد ابعاد کیفیت زندگی، ۵۲/۵ درصد در بعد جسمانی و ۶۴/۶ درصد در بعد روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند، در مقابل ۵۲ درصد افراد شرکت کننده در این پژوهش در بعد اجتماعی دارای کیفیت زندگی مطلوب بودند (جدول ۲).

جدول ۳ مراقبت‌های حمایتی پرستاران و ابعاد آن را نشان می‌دهد. بر این اساس، یافته‌ها نشانگر آن است که ۶۳/۶ درصد بیماران مراقبت‌های حمایتی پرستاران را متوسط گزارش کرده‌اند. حمایت فیزیکی در ۵۱/۲ درصد و حمایت اطلاعاتی در ۵۸/۶ درصد موارد از دیدگاه بیماران متوسط ارزیابی شده بود، حال آن که حمایت عاطفی از دیدگاه ۱/۶ درصد ۵۶ بیماران در حد مطلوب بود.

یافته‌های این پژوهش همبستگی مستقیم و معنی‌داری را بین مراقبت‌های حمایتی پرستاران و کیفیت زندگی بیماران نشان داد (۰/۰۲).

$$R=0/2, P=$$

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان

درصد	مشخصات فردی اجتماعی		درصد	مشخصات فردی اجتماعی	
	میزان	مشخصات فردی اجتماعی		سن	میزان
۲۵	بیسواد	میزان	۱۶	۲۷-۳۴	سن
۲۴	ابتدایی	تحصیلات	۲۳	۳۵-۳۹	بیماران
۱۳	راهنمایی	همسر	۱۹	۴۰-۴۴	در زمان
۲۳	متوسطه و دیپلم		۱۲	۴۵-۴۹	تشخیص بیماری
۴	فوق دیپلم		۱۴	۵۰-۵۴	
۵	کارشناس		۱۰	۵۵-۵۹	
۲	ارشد و دکترا		۴	۶۰-۶۵	
۴	بی پاسخ		۲	بی پاسخ	
۱۰۰	کل		۹۸	کل	
۱۴	هر روز	میزان ورزش	۵۸	کمتر از ۲۰۰۰۰۰۰ تومان	میزان درآمد
۱۵	۲ بار در هفته		۳۷	-۵۰۰۰۰۰ ۲۰۰۰۰۰۰ تومان	
۱۱	۱ بار در هفته		۴	۵۰۰۰۰۰۰ تا ۱ میلیون تومان	
۱۹	کمتر از ۱ بار در هفته		۱	بیش از ۱ میلیون تومان	
۳۹	هرگز		۱۰۰	کل	
۲	بی پاسخ		۱۰۰	کل	
۱۰۰	کل				
۳۶	بله	وضعیت تاهل	۴	مجرد	وضعیت تاهل
۶۳	خیر		۸۱	متاهل	
۱	بی پاسخ		۱۵	بیوه	
			۱۰۰	کل	

جدول ۲. کیفیت زندگی و و ابعاد آن در زنان مبتلا به سرطان پستان

متغیر	وضعیت	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی کلی	نامطلوب ≥ 148	۵۲	۵۲/۵	۱۳۱/۲۵	۱۴/۴۱
	مطلوب < 148	۴۷	۴۷/۵	۱۶۶/۰۲	۱۳/۹۸
	کل	۹۹	۱۰۰	۱۴۸/۱۱	۲۲/۴۶
بعد جسمی	نامطلوب ≥ 78	۵۲	۵۲/۵	۷۳/۶۱	۱۱/۷۷
	مطلوب < 78	۴۷	۴۷/۵	۸۶/۴۲	۱۰/۳۴
	کل	۹۹	۱۰۰	۷۸/۱۰	۱۲/۷۸
بعد روانی	نامطلوب ≥ 29	۶۴	۶۴/۶	۲۴/۰۶	۳/۸۴
	مطلوب < 29	۳۵	۳۵/۴	۳۷/۹۴	۵/۴۶
	کل	۹۹	۱۰۰	۲۸/۶۸	۸/۴۸
بعد اجتماعی	نامطلوب ≥ 41	۴۸	۴۸	۲۶/۷۸	۶/۳۷
	مطلوب < 41	۵۲	۵۲	۴۲/۷۴	۴/۵۷
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۴۱/۳۰	۶/۵۸

جدول ۳. مراقبت‌های حمایتی پرستاران و ابعاد آن در زنان مبتلا به سرطان پستان

متغیر	وضعیت	تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار	ماکزیمم	مینیمم
حمایت اطلاعاتی	ضعیف (۱۴-۳۲)	۲۸ (۲۷/۳)	۴/۴۴ \pm ۲۵/۸۹	۳۲	۱۴
	متوسط (۳۳-۵۱)	۵۸ (۵۸/۶)	۵/۲۸ \pm ۴۰/۴۷	۵۱	۳۳
	خوب (۵۲-۷۰)	۱۳ (۱۳/۱)	۳/۹۶ \pm ۵۷/۶۹	۶۵	۵۲
	کل	۹۹ (۱۰۰)	۱۱/۵۶ \pm ۳۸/۲۲	۶۵	۱۴
حمایت عاطفی	ضعیف (۱۴-۳۲)	۷ (۷/۱)	۷/۴۹ \pm ۲۴/۸۶	۳۱	۱۴
	متوسط (۳۳-۵۱)	۳۶ (۳۶/۴)	۴/۷ \pm ۴۵/۰۲	۵۱	۳۵
	خوب (۵۲-۷۰)	۵۶ (۵۶/۶)	۵/۰۸ \pm ۶۰/۴۵	۷۰	۵۲
	کل	۹۹ (۱۰۰)	۱۲/۷۷ \pm ۵۱/۸۰	۷۰	۱۴
حمایت فیزیکی	ضعیف (۶-۱۳)	۳۵ (۳۵/۴)	۲/۱۶ \pm ۱۰/۴۳	۱۳	۶
	متوسط (۱۴-۲۲)	۵۱ (۵۱/۲)	۲/۵۰ \pm ۱۷/۶۹	۲۲	۱۴
	خوب (۲۳-۳۰)	۱۳ (۱۳/۱)	۱/۹۹ \pm ۲۴/۸۵	۲۸	۲۳
	کل	۹۹ (۱۰۰)	۵/۵۲ \pm ۱۵/۹۰	۲۸	۶
حمایت کلی	ضعیف (۳۴-۷۹)	۱۴ (۱۴/۱)	۱۴/۰۴ \pm ۶۴/۷۱	۷۸	۳۴
	متوسط (۸۰-۱۲۵)	۶۳ (۶۳/۶)	۱۳/۳۵ \pm ۱۰۴/۵۵	۱۲۵	۸۰
	خوب (۱۲۶-۱۷۰)	۲۲ (۲۲/۲)	۹/۸۹ \pm ۱۴۰/۸۶	۱۶۲	۱۲۷
	کل	۹۹ (۱۰۰)	۲۸ \pm ۱۰۵/۹۲	۱۶۲	۳۴

بخشی اساسی در مراقبت پرستاری محسوب می شود و توسعه ارتباط مناسب بین پرستار و بیمار عامل مهمی در ارتقای مراقبت های حمایتی پرستاری به شمار می رود. همچنین بیان می کند که در روابط بین پرستار و بیمار، برقراری ارتباط مناسب و موثر، چیزی فراتر از انتقال اطلاعات است. در این ارتباط بایستی پرستار به شناخت احساسات بیمار بپردازد و نیز بتواند به مددجوی اطمینان خاطر دهد که قادر به درک احساسات او هست. بیماران بیان کرده اند زمانی که ارتباط بین پرستار و بیمار بر پایه صداقت باشد آن ها قادر خواهند بود که مشکلاتشان را به راحتی با پرستاران در میان گذاشته و چنین ارتباطی حتی در سیر بهبودی آن ها تاثیر مثبتی دارد.

در مطالعه حاضر مراقبت های حمایتی اطلاعاتی در ۵۸/۶ درصد از بیماران متوسط ارزیابی شده است و برخلاف نتایج پژوهش های قبلی می باشد. نتایج تحقیق خوشخو نشان داد که ۶۷/۷ درصد از بیماران، مراقبت های اطلاعاتی ارائه شده توسط پرستاران را نامطلوب می دانند.

Raupach & Hiller (۲۰۰۲) نیز نشان دادند که ۹۴ درصد از بیماران درباره شانس درمان و احتمال ابتلای اعضای خانواده به اطلاعات بیشتری نیاز دارند در حالی که فقط ۳۲ درصد بیماران چنین اطلاعاتی را دریافت داشته اند.

در مطالعه حیدرزاده (۱۳۸۵) اکثریت بیماران (۷۸/۸ درصد) حمایت های فیزیکی را نامطلوب ارزیابی کرده بودند. خوشخو (۱۳۸۴) نیز در اکثریت بیماران (۶۷/۷ درصد) مراقبت فیزیکی را نامطلوب گزارش کرده است. این مورد برخلاف یافته های پژوهش حاضر می باشد چرا که حمایت فیزیکی در اکثریت بیماران (۵۱/۲ درصد) متوسط ارزیابی شده است.

در زمینه ارتباط بین مراقبت های حمایتی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان مشخص گردید که مراقبت های حمایتی پرستاران با کیفیت زندگی همبستگی مستقیم و معنی داری دارد. بر طبق این یافته ها، کسانی که حمایت بیشتری دریافت کرده بودند کیفیت زندگی بهتری داشتند. این یافته با نتایج تحقیق **Batchelor (۲۰۰۱)** همسو می باشد. **Callaghan &**

Morrissery (۱۹۹۳) معتقد هستند کسانی که حمایت دریافت می دارند آسان تر با عوامل تنش زای زندگی تطابق می یابند و افرادی که از حمایت بالایی برخوردار هستند بهتر قادر خواهند بود با رخدادهای استرس زای زندگی سازگاری کنند؛ در مقابل آن هایی که از حمایت ضعیفی برخوردارند بیشتر آسیب پذیر خواهند بود. شواهدی که از مطالعات مختلف به دست آمده است نشان دهنده آن است که حمایت، نقش مهمی در حفظ سلامت افراد دارد و در کاهش آثار منفی استرس ها سودمند است. حمایت اجتماعی از طریق تغییر ارزشیابی افراد از حوادث تنش زای زندگی مثل بیماری سرطان، کاهش پاسخ روانی منفی به این عوامل تنش زا بر رفتارهای بهداشتی، نتایج بیماری و درمان ها اثر می گذارد (**Chan CW, ۲۰۰۴**). حمایت اجتماعی بر سلامتی فیزیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی اثرات مثبت داشته، باعث بهبودی کیفیت زندگی بیماران، ایجاد احساس خوب نسبت به زندگی، ارزیابی عمومی بهتر از زندگی و مقابله بهتر با بیماری می شود (**Compbel HS, ۲۰۰۶**). حمایت اجتماعی، همچنین نقش مهمی در تسکین اثرات منفی بیماری بر بعد روانی بیماران دارد و با

بحث و نتیجه گیری

تشخیص سرطان پستان حادثه های بسیار استرس زا است که تاثیری عمیق بر جنبه های مختلف زندگی روزانه دارد (**Weilu S, et al, ۲۰۰۷**). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی اکثر واحدهای مورد پژوهش نامطلوب بود. در مطالعه نعمت الهی (۱۳۸۲) با عنوان بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه نیز مشخص گردید که کیفیت زندگی اکثریت زنان مبتلا به سرطان سینه تحت درمان متوسط بود. در مقابل **Sammarco (۲۰۰۱)** در مطالعه خود، میانگین کیفیت زندگی زنان جوان زیر ۵۰ سال مبتلا به سرطان پستان را خوب گزارش کرد. این تفاوت در یافته ها را می توان به وجود تفاوت در زمینه های مختلفی مانند تفاوت در ابزار مورد استفاده و ناهمگون بودن واحدهای مورد پژوهش از نظر مرحله و نوع درمان مربوط دانست. **Schaffer (۲۰۰۴)** معتقد است که واقعه تنش زا به یک اندازه افراد را تحت تاثیر قرار نمی دهد و این اثرات به ویژگی های شخصیتی و ارزیابی فرد از عوامل تنش زا بستگی دارد. عواملی مانند مراحل تکاملی، سن، عملکرد روانی قبلی بیماران به هنگام سازگاری اجتماعی با مشکلات، نگرش های فرهنگی و مذهبی، حمایت اجتماعی، شخصیت و اعتماد به نفس بیمار بر پاسخ شناختی بیماران نسبت به سرطان تاثیر می گذارد. افرادی که از عوامل تسهیل کننده بیشتری مانند حمایت اجتماعی و روحیه معنوی برخوردارند بسیار سریعتر با بیماری خود سازگار می شوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آنها تاثیر می گذارد.

یافته ها در زمینه مراقبت های حمایتی نشان گر آن است که اکثریت بیماران مراقبت های حمایتی پرستاران را متوسط گزارش کرده اند. مراقبت های حمایتی دارای سه زیر مجموعه حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی و حمایت فیزیکی است. حمایت فیزیکی در ۵۱/۲ درصد و حمایت اطلاعاتی در ۵۸/۶ درصد موارد از دیدگاه بیماران متوسط ارزیابی شده است. حال آن که حمایت عاطفی از دیدگاه اکثریت بیماران (۵۶/۶ درصد) مطلوب ارزیابی شده است.

لازم به ذکر است که مراقبت عاطفی بر مواردی همچون ارتباطات بین پرستار و بیمار، ارتباطات کلامی و غیرکلامی، برقراری ارتباطات صمیمانه با بیمار، احترام به بیمار و برخوردهای محترمانه تاکید دارد. در مطالعه خوشخو در سال ۱۳۸۴ انجام مراقبت های پرستاری در بعد ارتباطی-عاطفی از دیدگاه بیماران در ۵۳/۱ درصد موارد نامطلوب گزارش شده است که برخلاف یافته های پژوهش حاضر می باشد. در مطالعه مذکور بیماران از ارتباطات پرستاران و بیماران رضایت داشتند. پژوهش حاضر نیز موید یافته های تحقیق وی می باشد، بدین معنا که بیماران مبتلا به سرطان پستان نیز مراقبت های حمایتی پرستاران را در بعد عاطفی، مطلوب گزارش کرده اند.

McCabe (۲۰۰۴) می نویسد که بیماران اظهار داشته اند که پرستاران صرفاً جهت انجام وظایف خود با بیماران ارتباط برقرار می کنند و به بیماران به عنوان انسانی که نیازمند برقراری ارتباط اجتماعی با اطرافیان است، توجهی نمی کنند. او معتقد است که ارتباط،

مراقبت‌ها ارتقاء داده و در نتیجه مراقبت و حمایت مناسب‌تری از بیماران سرطانی به عمل آورند. این یافته‌ها برای متخصصین انکولوژی نیز مفید خواهد بود زیرا می‌توانند مداخلات خود را به شکل بهتری طراحی نمایند و بیماران را بطور مناسب‌تری برای روند بهبودی آماده سازند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از مسئولین محترم مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، بیماران شرکت کننده در پژوهش و پرسنل محترم درمانگاه هماتولوژی و انکولوژی بیمارستان شهید قاضی طباطبائی تبریز که گروه تحقیق را در اجرای این طرح یاری نمودند؛ صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند. حمایت مالی این پروژه به عهده مرکز تحقیقات هماتولوژی و انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بوده است که در تاریخ ۸۷/۲/۱۱ و بر اساس مقررات مربوطه به عنوان طرح تحقیقاتی به تصویب این مرکز رسیده است.

تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، بهبود اعتماد به نفس، کاهش اثرات حوادث منفی روی زندگی و بهبود کیفیت زندگی همراه می‌باشد (Compbel HS 1996).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که مراقبت‌های حمایتی ارائه شده از سوی پرستاران در حد مطلوب نیست. لذا مسئولان و برنامه‌ریزان پرستاری بایستی راهکارهای مناسب‌تری جهت ارتقا مراقبت‌ها ارائه دهند. همچنین می‌توانند با برگزاری دوره‌های آموزشی برای پرسنل پرستاری، آن‌ها را برای ارائه مراقبت‌ها و حمایت‌های ویژه بیماران سرطانی آماده نمایند. با توجه به یافته‌های پژوهش، لازمه بهبود وضعیت موجود، آموزش می‌باشد. لذا مسئولین آموزش پرستاری با استفاده از نتایج می‌توانند اهمیت ارائه مراقبت‌های حمایتی در ابعاد عاطفی، اطلاعاتی و فیزیکی را در سر فصل دروس پرستاری جای دهند تا بتوانند مهارت پرستاران را در امر مراقبت از بیماران سرطانی ارتقاء بخشند. همچنین نتایج این تحقیق می‌تواند پرستاران را یاری نماید تا نارسایی‌های موجود در ارائه مراقبت‌های حمایتی را مرتفع سازند. پرستاران با تکیه بر یافته‌های این پژوهش و با شرکت در برنامه‌های آموزشی و مطالعات بیشتر می‌توانند آگاهی‌های خود را در زمینه

Reference

- Akbari Nassaji N (1999). [Surveying the health beliefs of nurses toward breast self-examination in health centers in Tabriz] MSc thesis, Faculty of Nursing, Tabriz University of Medical Sciences (**Persian**).
- Ahlberg K, Ekman T, Gaston –Johansson F, Mock V (2003). Assessment and management of cancer- related fatigue in adults. *Lancet*. 362(9384) 640-650.
- Agabarari M, Ahmadi F, Mohamadi E, Hajizade E, Farahani A(2006).[Physical, spiritual, psychiatric and social Dimensions of quality of life in patient with breast cancer]. *Research in nursing journal*. 1(3) 55-65(**Persian**).
- Batchelor D (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing Care. *European Journal of Cancer Care*. 10 (3) 147-163.
- Chan CW, Hon HC, Chien WT, Lopez V (2004). Social support and coping in Chinese patient undergoing cancer surgery. *Cancer Nursing*. 27(3) 230-236.
- Callaghan P, Morrissery J (1993). Social support and health. *Journal of Advanced Nursing*. 18 (2) 203-210.
- Compbel HS, Phaneuf MR, and Deane K (2004). Cancer peer support programs- do they work? *Patient Education and Counseling*. 55(1) 3-15.
- Courtens AM, Stevens FC, Crebolder HF, Philipsen H(1996). Longitudinal study and quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing*. 19(3) 162-169.
- Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM et al(2000). Impact of cancer – related cancer fatigue on the lives of patients: New findings from the fatigue coalition. *Oncologist*. 5(5) 353-360.
- Ebrahimi M, Vahdani M, Montazeri A(2002). Risk factor for breast cancer in Iran: a case control study. *Breast cancer research*.4(5) 10-13.
- Heydarzadeh M (2006). [The relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients]. MSc Thesis in nursing, Tabriz University of Medical Sciences. (**Persian**).
- Kolden GG, Strauman TJ, Ward A, Kuta J, Woods TE, Schneidre KL et al(2002). A pilot study of group exercise training (GET) for women with primary breast cancer: Feasibility and health benefits. *Psycho- Oncology*. 11(5) 447-456.
- Khoshkhoo N (2005). [Nurses and Patients viewpoint about Quality of nursing care provided by nurses]. MSc Thesis, Nursing and Midwifery, Tabriz. (**Persian**).
- Center for Disease Control, Deputy of Health (2005). Iranian Ministry of Health and Medical Education, National Report on Cancer Registry. Published by Center for Disease(**Persian**).
- Mousavi S M, et al(2007). Breast Cancer in Iran: an epidemiological Review. *The Breast Journal*.13 (4) 383-391.
- Maccabe C (2004). Nurse Patient Communication: An exploration of patients experiences. *Journal of clinical Nursing*. 13(1) 41-49.
- Nematollahi A(2003).[Assessment quality of life in breast cancer patient who referred to Tehran university of Medical Science].MSc thesis, School of nursing and Tehran University of Medical Sciences (**Persian**).

- Otto Shirley E(2001). Oncology nursing. 4th ed. Mosby.London. Philadelphia: 113-150.
- Pan American health Organization(Reginal office of the World health sorganization). Breast Health global Initiative (BHGI).Available at: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/PCC-bhgi-about.htm#Top>(Received at: 20 Jan 2007).
- Phipps WJ(2003). Medical surgical nursing: health and illness perspectives. Mosby .St. Louis. Philadelphia: 302-330.
- Raupach J, Hiller J (2002). Information and support for women following the primary treatment of breast cancer. Health Expectation. 5(4) 289-301.
- Ramezani T (2000). [Depression and counseling needs of women with Breast Cancer in Kerman]. Yazd-Shahid Sadooghi Journal. 30-35. **(Persian)**.
- Servaes P, Verhagen C, Bleijenberg (2002).Fatigue in cancer patient during and after treatment: Prevalence, Correlates and interventions. European Journal of cancer.38(1) 27-43.
- Smaltzer SC, Bare BG.(2004)Brunner& Suddarth's Text book of Medical Surgical Nursing.10th ed. Lippincott Williams& Wilkins: 1445-1470.
- Schaffer MA(2004) .Social support. In: Peterson S, Bredow. TS, editor. Middle range theories application to nursing research. 1st ed Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins.
- Sammarco A(2001). Perceived social support uncertainty and quality of life of younger survivors. Cancer Nursing. 24(3) 212-219.
- Tchen N, Juffs HG, Downie FP, Yi QI, Hu H, Chemernynsky I et al(2003). Cognitive function, fatigue, and menopausal symptoms in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer. Journal of clinical oncology. 21(22) 4175- 4183.
- Tavio M, Milan I, Tirelli U (2002). Cancer-related fatigue (review). International Journal of oncology. 21(5) 1093-1099.
- Visovsky C, Schneider SM (2003). Cancer- related fatigue. Online Journal of Issues in Nursing; 8(3).Available at: Http://nursing world.org/ojin/hirsh/topic3_1.htm
- Watson T, Mock V(2004). Exercise as an intervention for cancer- related fatiue. Phisical Therapy. 84(8) 736-734.
- WeiLu S, et al (2007) . Impact of diagnosed breast cancer on quality of life among Chinese women. Breast Cancer Research and Treatment. 102(2) 201-210.