

Effect of Five A Model Self-management on Quality of Life in Patients with Breast Cancer

Marya Kalhor¹, Mohammad Fathi¹, Bayazid Ghaderi¹, Daem Roshani¹, Shadi Ozairi^{*1}, Kourosh Rashidi¹

1. Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Article Info

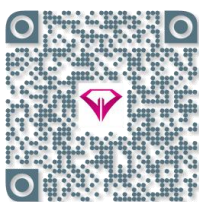
Received: 2018/07/25;
Accepted: 2019/11/01;
Published Online: 2019/03/27



[10.30699/sjnmf.27.4.269](https://doi.org/10.30699/sjnmf.27.4.269)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Applying group counseling and patient education can improve the quality of life of women with cancer. The purpose of this study was to determine the effect of applying a self-management model on the quality of life of patients with breast cancer referring to Tohid Hospital in Sanandaj in 2017.

Methods: In this clinical trial, 90 patients with breast cancer were selected by available sampling method and randomly assigned to intervention (n=45) and control (n = 45) group. Demographic and A QLQ-C30 questionnaires (quality of life for cancer patients) were used for data collection. After completing the questionnaires by both groups, for the patients in the experimental group, a five-year self-management program was conducted in 5 stages for three months. For patients in the routine nursing care control group. Then, the questionnaires were completed by both groups three months after the intervention. Data were analyzed by SPSS 21 and descriptive statistics, pair t-test and independent t-test.

Results: There was a significant difference between the quality of life of the patients before and after the intervention. Also, there was a significant difference between the quality of life of the patients in the control group and the post-intervention group ($P<0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, it seems that the application of the five A self-management model can improve the quality of life of cancer patients. Therefore, this model can be used as an optimal nursing intervention.

Keywords: Breast cancer; Self-management, Quality of life

Corresponding Information:

Shadi Ozairi, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
Email: shozairi97@gmail.com

Copyright © 2019, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Kalhor M, Fathi M, Ghaderi B, Roshani D, Ozairi S, Rashidi K. Effect of Five A Model Self-management on Quality of Life in Patients with Breast Cancer. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27 (4): 269-280

تأثیر به کارگیری مدل خودمدیریتی پنج آبر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان

ماریا کلهر^۱، حمد فتحی^۱، بایزید قادری^۱، دائم روشنی^۱، شادی عذیری^{۱*}، کوروش رشیدی^۱

۱. دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: به کارگیری برنامه‌های مشاوره گروهی و آموزش بیماران می‌تواند کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان را بهبود بخشد. هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر به کارگیری مدل خودمدیریتی پنج آبر کیفیت زندگی مراجعان مبتلا به سرطان پستان به بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۶ است.</p> <p>روش کار: در مطالعه کارآزمایی بالینی حاضر، ۹۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی به روش بلوک چهارتایی به دو گروه آزمون (۴۵ نفر) و کنترل (۴۵ نفر) وارد مطالعه شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه QLQ-C30 (کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان) و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک استفاده شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها از سوی دو گروه، برای بیماران گروه آزمون برنامه خودمدیریتی «پنج آ» طی پنج مرحله و به مدت سه ماه اجرا شد. برای بیماران گروه کنترل، مراقبت‌های روتین پرستاری در بخش صورت گرفت. سپس دو گروه پرسشنامه‌ها را سه ماه بعد از اتمام مداخله، به منظور برگزاری پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌ها نیز به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آمار توصیفی و آزمون‌های t دو نمونه مستقل و t وابسته تجزیه و تحلیل شد.</p> <p>یافته‌ها: بین کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین بین کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد ($P < 0/005$).</p> <p>نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد به کارگیری مدل خودمدیریتی پنج آبر می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شود؛ از این رو می‌توان از این مدل به عنوان مداخله پرستاری بهینه استفاده کرد.</p> <p>کلیدواژه‌ها: سرطان پستان، خودمدیریتی، کیفیت زندگی</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۱/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۲۱ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۵/۲۳</p> <p>نویسنده مسئول: شادی عذیری دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران پست الکترونیک: shozairi97@gmail.com</p> <p>برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.</p> 

مقدمه

و نتیجه نمونه‌برداری از بافت پستان بستگی دارد و شامل جراحی، رادیوتراپی، شیمی‌درمانی، هورمون‌درمانی و درمان بیولوژیک است [۵]. درمان سرطان پستان موجب عوارض جسمی و روانی گوناگونی از قبیل سندرم درد، تغییرات حسی ناشی از برداشتن پستان، ادم لنفاوی، محدودیت حرکت شانه، کاهش قدرت عضلانی، تهوع و استفراغ، استوماتیت، ریزش مو، کاهش سلول‌های خونی، عفونت، اختلالات جنسی، اختلال در تصویر ذهنی از جسم خویش، نگرانی درباره آینده و ترس از مرگ می‌شود [۶]. اگرچه در پانزده سال اخیر شیوع سرطان پستان افزایش یافته، غربالگری‌ها، تشخیص زودرس و درمان‌های متعدد موجب کاهش مرگ‌ومیر در این بیماران شده است. همچنین سرطان پستان به بیماری مزمنی تبدیل شده و عوارض ناشی از آن، همچنین درمان‌های آن بر جنبه‌های

افزایش شیوع سرطان در سال‌های اخیر و آثار آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد سبب شده است تا سرطان به معضل بهداشتی قرن تبدیل شود [۱]. در برخی کشورها سرطان پس از بیماری‌های قلبی-عروقی دومین عامل مرگ‌ومیر به شمار می‌رود، اما در ایران پس از بیماری‌های قلبی-عروقی و سوانح، سومین عامل مرگ‌ومیر محسوب می‌شود [۲]. سالانه حدود ۱ میلیون بیمار مبتلا به سرطان پستان در جهان شناسایی می‌شوند. همچنین علت مرگ‌ومیر حدود ۳۷۰ هزار نفر از زنان مبتلا به سرطان را سرطان پستان تشکیل می‌دهد [۳]. سرطان پستان تکثیر بدخیم سلول‌های اپیتلیال است که مجاری و لوبول‌های یک یا هر دو پستان را درگیر می‌کند [۴]. عوامل ژنتیکی و محیطی ریسک فاکتورهای ابتلا به سرطان پستان هستند. درمان آن به اندازه و محل تومور، درجه پیشرفت

پنجم یا پیگیری^۵ به کمک تلفن و ویزیت در درمانگاه برای ارزیابی دستیابی به اهداف رفتاری و برنامه‌های عملی و تقویت و تشویق بیمار به ادامهٔ مداخله، برنامه پیگیری و بررسی می‌شود [۱۴،۱۵].

از آنجا که پرستاران در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها با بیماران و خانوادهٔ آنان تماس دارند و به پیشگیری، شناسایی و کنترل عوارض ناشی از سرطان و درمان‌های آن می‌پردازند، می‌توانند نقشی مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی و تسریع بهبودی آنان ایفا کنند [۱۶]. از سوی دیگر، در مدل خودمدیریتی پنج آ پرستار می‌تواند با استفاده از شواهد، پژوهش‌های موجود و ترجیحات بیماران عملکرد بالینی مناسبی را برای آنان برنامه‌ریزی کند [۲۸]. اکنون با توجه به موارد ذکر شده این موضوع پژوهشگر را به استفاده از مدل پنج آ برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان علاقه‌مند کرد. همچنین با توجه به اینکه در جست‌وجوهای پژوهشگر مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر به‌کارگیری مدل خودمدیریتی پنج آ بر کیفیت زندگی مراجعان مبتلا به سرطان پستان به بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۶ طراحی و اجرا شد.

روش کار

مطالعهٔ کارآزمایی بالینی حاضر از نوع تصادفی دو گروهی قبل و بعد است که در بخش‌های انکولوژی و شیمی‌درمانی بیمارستان توحید شهر سنندج در سال ۱۳۹۶ انجام شد. روش نمونه‌گیری از نوع دردسترس بود. سپس نمونه‌ها به صورت تخصیص تصادفی به روش بلوک چهارتایی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. حجم نمونه در این مطالعه ۹۰ (۴۵ نفر گروه آزمون و ۴۵ نفر گروه کنترل) بیمار بود که براساس مطالعهٔ یزدانی و همکاران (۱۳۹۲) [۱۷] و براساس فرمول زیر به دست آمد:

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان بالای ۳۵ سال، دریافت رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حداقل سواد خواندن

گوناگون زندگی فرد تأثیرگذار است و موجب کاهش کیفیت زندگی می‌شود [۷،۸].

از سوی دیگر، کیفیت زندگی متأثر از وضعیت سلامت فیزیکی، روانی، سطح عدم وابستگی، ارتباطات اجتماعی و عقاید شخصی فرد است. ارائهٔ تعریفی واضح و روشن برای ارتقای کیفیت زندگی کار دشواری است، اما شاید بتوان گفت ارتقای کیفیت زندگی یعنی به افراد کمک شود توانایی‌های بالقوهٔ خود را با انتخاب بهترین راه و روش به فعلیت درآورند [۹]. از آنجا که زنان از مهم‌ترین ارکان خانواده و جامعه هستند، ارتقای کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان سبب بهبود کیفیت زندگی در خانواده و به دنبال آن جامعه می‌شود [۱۰]. یکی از راه‌های افزایش کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن استفاده از روش خودمدیریتی است. خودمدیریتی به توانایی فرد برای مدیریت علائم، درمان تغییرات جسمی، روانی و سبک زندگی می‌پردازد و برنامه‌های خودمدیریتی سبب توانمندسازی افراد برای مقابله با بیماری‌ها و ارتقای سطح کیفیت زندگی آنان می‌شود [۱۱،۱۲].

مدل پنج آ که Glasgow و همکاران در سال ۲۰۰۲ معرفی کردند، از جمله مدل‌ها و برنامه‌های خودمدیریتی است که به مشاورهٔ تغییر رفتار معروف است. همچنین رویکردی مبتنی بر شواهد دارد و با هدف اصلاح رفتارها و دستیابی به سلامت به کار می‌رود [۱۳]. این مدل بر خودمدیریتی به روش فردی تأکید دارد و شامل پنج مرحله است. در مرحلهٔ اول یا بررسی^۱ با استفاده از پرسشنامه‌ها و فرم‌هایی که به بیماران داده می‌شود، ارزیابی دقیقی از وضعیت آنان صورت می‌گیرد. در مرحلهٔ دوم یا راهنمایی^۲ نتایج حاصل از داده‌های به‌دست آمده از مرحلهٔ اول تجزیه و تحلیل، و مشکلات بیماران فهرست شد. همچنین پس از تعیین نیازهای آموزشی، مزایای تغییر رفتار برای آنان شرح داده می‌شود. در مرحلهٔ سوم یا توافق^۳ آموزش‌دهنده و شرکت‌کننده در زمینهٔ اهداف رفتاری مورد نظر به توافق می‌رسند و براساس آن برنامهٔ عملی برای رسیدن به اهداف مورد نظر را برنامه‌ریزی می‌کنند. در مرحلهٔ چهارم یا کمک^۴ با توجه به بررسی‌ها، برای هر بیمار برنامهٔ عملی و برنامه‌های آموزشی تدوین شده با برگزاری کلاس‌های آموزشی برحسب نیاز بیماران برگزار می‌شود و در نهایت بروشورهایی حاوی مطالب آموزشی در اختیار آنان قرار می‌گیرد. در مرحلهٔ

5. Assist
6. Arrange

2. Asses
3. Advice
4. Agree

و نوشتن، تشخیص قطعی پزشک مبنی بر سرطان پستان و درج در پرونده بیمار، مبتلانبودن به بیماری روانی و شرکت نکردن در مطالعات مشابه بود. نمونه‌ها در صورت شرکت نکردن در یک جلسه آموزشی، وخیم شدن بیماری هنگام پژوهش و تمایل نداشتن به ادامه همکاری از مطالعه خارج شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، تعداد فرزند، محل سکونت، مسئولیت و مسئولیت بیماری) و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30)^۱ بود. پرسشنامه QLQ-C30 در سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان، به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در مطالعات کارآزمایی بالینی طراحی شده است. این پرسشنامه متشکل از ۳۰ پرسش لیکرت با مقیاس چهاردرجه‌ای (به هیچ وجه، کم، زیاد، خیلی زیاد) است که کیفیت زندگی را در پنج حیطه عملکردی (جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی)، ۹ حیطه علائم (خستگی، تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، کاهش خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات مالی) و ۱ حیطه کلی کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کند. نمره هر حیطه در گستره‌ای بین صفر تا ۱۰۰ تعیین می‌شود. در حیطه‌های عملکردی و حیطه کلی کیفیت زندگی، نمره بالاتر نشان‌دهنده وضعیت بهتر عملکرد یا کیفیت زندگی بهتر است؛ درحالی‌که در حیطه علائم نمره بالاتر بر بیشتر بودن آن علامت یا مشکل دلالت دارد. روایی و پایایی این پرسشنامه را در ایران دکتر نجات و همکاران ارزیابی کردند. بر این اساس، ضریب آلفا در تمام حیطه‌ها بیشتر از ۰/۷ به دست آمد [۱۸]. همچنین روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه Safaee و همکاران [۱۹] ارزیابی شد که از روایی و پایایی مناسبی داشت. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ (در ۱۵ نفر نمونه) برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مناسب پرسشنامه بود.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شناسه IR.MUK.REC.1396/193 تأیید و با کد کارآزمایی بالینی IRCT201710159014N196 به ثبت رسید. پژوهشگر پس از دریافت مجوزهای لازم و مراجعه به مراکز نمونه‌گیری از پیش تعیین شده، واحدهای پژوهش دارای معیار ورود به مطالعه را انتخاب کرد. سپس با معرفی خود و بیان

اهداف مطالعه، همچنین محرمانه‌ماندن اطلاعات، جلب رضایت بیماران و دریافت رضایت‌نامه کتبی از آنها، ابزارهای پژوهش را برای تکمیل در اختیار بیماران هر دو گروه قرار داد. بیماران نیز مراقبت‌ها و آموزش‌های روتین بخش را از پرستاران مراقبت دریافت کردند. این آموزش‌ها شامل آموزش‌های شفاهی حین مراقبت و پمفلت آموزشی موجود در بخش بود. سپس پژوهشگر، بیماران گروه آزمون را علاوه بر آموزش‌های روتین بخش، تحت اجرای برنامه خودمدیریتی به روش پنج آبر قرار داد که در این مطالعه طی ۵ مرحله و به مدت سه ماه (از مهر تا دی‌ماه سال ۱۳۹۶) به شرح زیر انجام شد:

گام اول (بررسی)

با استفاده از فرم‌های پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بررسی دقیقی از وضعیت بیمار صورت گرفت. بیمار نیز پرسشنامه‌ها را تکمیل کرد. همچنین از آنها خواسته شد تا با دقت به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. همچنین پژوهشگر مصاحبه‌ای را برای استخراج هرچه بیشتر مشکلات بیماران انجام داد.

گام دوم (راهنمایی)

براساس بررسی در گام اول، مشکلات هر یک از بیماران فهرست شد و خطرات انحراف سلامتی (براساس مشکلات استخراج شده از پرسشنامه کیفیت زندگی و مصاحبه انجام شده) به هر یک از آنها به صورت فردی گوشزد شد.

گام سوم (توافق)

در این مرحله، با تعیین و تنظیم واقع‌بینانه اهداف رفتاری متناسب با مشکلات تشخیص داده شده، با بیمار برای کاهش یا رفع مشکلات توافق شد؛ بدین صورت که پژوهشگر برای حل مشکلات برنامه‌ای با مشارکت بیمار تنظیم کرد و از آنها خواست که به آن آموزشی مقید باشند.

گام چهارم (کمک)

با توجه به بررسی‌های پژوهشگر و براساس مشکلات مشترک بیماران از آنان دعوت شد در قالب گروه‌های حداکثر پنج‌نفره در دو جلسه آموزشی برای تحقق اهداف و رفع مشکلات شرکت کنند. این جلسه به فاصله یک هفته از برگزاری اولین جلسه آموزش فردی بود. آموزش براساس مشکلات بیماران با استفاده از فیلم‌های آموزشی، اسلاید و سخنرانی صورت گرفت. جلسات آموزشی در کلاس تعیین شده در بیمارستان توحید سنج تشکیل شد. مدت‌زمان در نظر گرفته شده برای هر جلسه با

1. Quality of Life Questionnaire-Core 30(QLQ-C30)

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای واحدهای پژوهش در گروه آزمون و کنترل و مقایسه آنها

P value	امارة آزمون کای دو	کنترل N=45		آزمون N=45		سطوح متغیر	متغیر
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۰/۸۵۵	۰/۳۱	۵۶/۸	۲۵	۶۰/۰	۲۷	زیردیپلم	تحصیلات
		۱۵/۹	۷	۱۷/۸	۸	دیپلم	
		۲۷/۳	۱۲	۲۲/۲	۱۰	دانشگاهی	
۰/۶۵۷	۰/۸۴	۶۵/۹	۲۹	۶۴/۴	۲۹	متأهل	وضعیت تأهل
		۲۰/۵	۹	۱۵/۶	۷	مجرد	
		۱۳/۶	۶	۲۰	۹	بیوه و مطلقه	
۰/۱۴۲	۵/۴۳	۱۱/۴	۵	۶/۷	۳	بیکار و بازنشسته	وضعیت شغلی
		۴۵/۵	۲۰	۵۷/۸	۲۶	خانه‌دار	
		۴۰/۹	۱۸	۲۴/۴	۱۱	کارمند	
۰/۵۹۵	۶/۷۲	۲/۳	۱	۱۱/۱	۵	آزاد	محل سکونت
		۳۴/۱	۱۵	۳۷/۸	۱۷	سندج	
		۶۵/۹	۳۰	۶۲/۲	۲۸	سایر شهرستان‌ها	
۰/۳۳۸	۰/۹۲	۱۸/۲	۸	۲۶/۷	۱۲	خیر	سرپرست خانوار بودن
		۸۱/۸	۳۶	۷۳/۳	۳۳	بلی	
		۱۵/۹	۷	۶/۷	۳	خیر	
۰/۱۶۷	۱/۹۱	۸۴/۱	۳۷	۹۳/۳	۴۲	بلی	حمایت خانوادگی

مطالعه، جلسه‌ای آموزشی برای بیماران گروه کنترل برگزار و کتابچه‌ای آموزشی به آنان داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱، آمار توصیفی (میانگین و فراوانی) و آزمون‌های آماری t دو نمونه مستقل و t وابسته در سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۵$ صورت گرفت.

یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۹۰ نفر بود. میانگین (انحراف معیار) سن در بیماران گروه آزمون، $۴۵/۷۶ \pm ۷/۷۸$ و در گروه کنترل $۸/۲۳ \pm ۴۸/۲۰$ بود. بیشتر بیماران در هر دو گروه آزمون (۶۴ درصد) و کنترل (۸ درصد) تحصیلات زیر دیپلم داشتند. همچنین بیشتر شرکت‌کنندگان دو گروه آزمون (۶۴/۴ درصد) و کنترل (۶۵/۹ درصد) متأهل بودند. در گروه آزمون (۵۷/۸ درصد) و کنترل (۴۵/۵ درصد) شرکت‌کنندگان خانه‌دار بودند. براساس نتایج آزمون کای اسکوتر، دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، تعداد فرزند، محل سکونت، مسئولیت و مسئولیت

توجه به پژوهش‌های مشابه حداکثر ۱/۵ ساعت بود. در نهایت کتابچه آموزشی تدوین شده با محتوای تغییرات جسمی مرتبط با سرطان، روش‌های درمانی و عوارض، راه‌های کم کردن عوارض، تغذیه مناسب، بازتوانی و... براساس مشکلات بیماران از سوی پژوهشگر با هدف استفاده در منزل در اختیار آنان قرار گرفت. دفترچه‌ای نیز برای ثبت فعالیت‌های روزانه به آنها داده شد.

گام پنجم (پیگیری)

عملکرد بیمار به مدت سه ماه به منظور حصول اطمینان از اجرای برنامه‌های آموزشی از سوی بیماران پیگیری شد. این پیگیری‌ها به صورت تلفنی و گاهی طی ویزیت بیمار در بیمارستان صورت گرفت. طی دو هفته اول پس از اتمام آموزش‌ها، مشاوره تلفنی به صورت روزانه و سپس به صورت هفتگی برای یادآوری اجرای برنامه آموزشی انجام شد. پس از پایان سه ماه، بار دیگر پرسشنامه‌های مذکور در اختیار بیماران هر دو گروه قرار گرفت و آنها از نظر متغیرهای مورد مطالعه بررسی شدند. برای بیماران گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. همچنین به منظور رعایت مسائل اخلاقی در پایان

بیماری) با هم تفاوت آماری معنی داری نداشتند و از این نظر نمونه‌ها هم‌گن بودند (جدول شماره ۱ و ۲).
 آزمون کولموگراف-اسمیرنوف نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها در بیماران مورد مطالعه بود؛ بنابراین از آزمون‌های پارامتریک برای آنالیز داده‌ها استفاده شد. براساس نتایج آزمون t مستقل، کیفیت زندگی دو گروه قبل از مداخله در ابعاد مورد بررسی تفاوت آماری معنی داری نداشت ($P > 0/5$). با توجه به نتایج آزمون آماری t زوج، متوسط نمرات کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون افزایش معنی داری داشت ($P < 0/001$) (جدول شماره ۳). نتایج آزمون آماری t مستقل نشان می‌دهد اختلاف بین دو گروه پس از مداخله معنی دار بود (جدول شماره ۳-۵).

(جدول شماره ۳)؛ بدین‌صورت که در ابعاد وضعیت کلی سلامت و ابعاد عملکردی (عملکرد جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی) بعد از مداخله، نمرات گروه آزمون افزایش داشت و اختلاف بین دو گروه کنترل و آزمون از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/05$). همچنین در ابعاد علامتی (خستگی، تهوع استفراغ، درد و...) بعد از مداخله نمرات بیماران گروه آزمون کاهش یافت که به معنای بهبود این علائم در بیماران است. این اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنادار بود ($P < 0/05$), اما در بعد عملکرد اقتصادی اختلاف نمرات بیماران دو گروه تفاوت معنادار آماری نداشت (جدول شماره ۳-۵).

جدول ۲. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک کمی واحدهای پژوهش در گروه آزمون و کنترل و مقایسه آنها

سطح معنی داری	آماره t آزمون مستقل	گروه کنترل				گروه آزمون				متغیر
		انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین	حداکثر	حداقل	
۰/۵۲۵	۰/۶۴	۸/۲۳	۴۸/۲۰	۶۷	۳۷	۷/۷۸	۴۵/۷۶	۶۳	۳۵	سن
۰/۸۹۰	-۰/۱۴	۲/۲۱	۲/۷۰	۹	۰	۱/۸۷	۲/۶۴	۷	۰	تعداد فرزند
۰/۴۹۰	-۰/۶۹	۲۰/۴۳	۲۸/۴۵	۱۰۸	۵	۱۷/۴۲	۲۵/۶۷	۹۱	۲	مدت زمان بیماری (ماه)
۰/۱۶۸	-۱/۳۹	۶/۳۱	۷/۳۵	۳۶	۰/۵	۳/۳۱	۵/۸۸	۱۲	۱	مدت زمان شیمی درمانی (ماه)

جدول ۳. مقایسه نمرات حیطة‌های کلی کیفیت زندگی در واحدهای پژوهش قبل و بعد از آموزش در گروه آزمون و کنترل براساس پرسشنامه QLQ-C30

P value	آزمون t مستقل	کنترل N=44		آزمون N=45		زمان	متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۳۶۴	t=۰/۹۱	۱۳/۴۴	۴۹/۹۳	۱۶/۴۰	۵۲/۸۳	قبل از مداخله	کیفیت زندگی آماره آزمون t زوجی
<۰/۰۰۱	t=۶/۷۱	۱۳/۰۴	۵۱/۵۴	۱۳/۶۱	۷۰/۵۱	پس از مداخله	
			t=-۳/۲۶ P=۰/۰۰۲		t=-۷/۹۶ P<۰/۰۰۱		
۰/۱۰۸	t=۱/۶۲	۱۶/۲۲	۴۵/۸۳	۱۸/۶۲	۵۱/۸۵	قبل از مداخله	وضعیت کلی سلامتی آزمون t زوجی
<۰/۰۰۱	t=۳/۶۷	۱۵/۴۷	۴۷/۹۱	۱۶/۹۹	۶۰/۵۶	پس از مداخله	
			t=-۳/۱۱ P=۰/۰۰۳		t=-۵/۴۸ P<۰/۰۰۱		

جدول ۴. مقایسه نمرات حیطة‌های عملکردی کیفیت زندگی در واحدهای پژوهش قبل و بعد از آموزش در گروه آزمون و کنترل براساس پرسشنامه QLQ-C30

P value	آزمون t مستقل	کنترل N=44		آزمون N=45		زمان	متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۴۵۷	t=-۰/۷۵	۱۹/۳۹	۵۹/۶۹	۱۵/۹۳	۵۶/۸۹	قبل از مداخله	عملکرد جسمانی
۰/۰۲۹	t=۲/۲۳	۱۸/۷۱	۶۱/۲۱	۱۴/۰۸	۶۹/۰۴	پس از مداخله	
			t=-۱/۳۵ P=۰/۱۸۴		t=-۵/۶۴ P<۰/۰۰۱	آماره آزمون t زوجی	
۰/۰۶۱	t=۱/۸۹	۲۱/۷۹	۶۱/۳۶	۱۹/۲۳	۶۹/۶۳	قبل از مداخله	عملکرد ایفای نقش
<۰/۰۰۱	t=۴/۴۲	۱۹/۷۸	۶۳/۶۳	۱۶/۶۴	۸۰/۷۴	پس از مداخله	
			t=-۱/۵۲ P=۰/۱۳۵		t=-۴/۲۸ P<۰/۰۰۱	آماره آزمون t زوجی	
۰/۷۳۷	t=-۰/۳۴	۲۲/۳۶	۳۲/۹۵	۳۲/۶۹	۳۰/۹۲	قبل از مداخله	عملکرد احساسی
۰/۰۰۱	t=۳/۴۱	۲۲/۸۹	۳۴/۲۸	۲۵/۶۲	۵۱/۸۵	پس از مداخله	
			t=-۱/۳۱ P=۰/۱۹۷		t=-۶/۰۹ P<۰/۰۰۱	آماره آزمون t زوجی	
۰/۱۱۰	t=۱/۶۲	۲۱/۹۹	۵۷/۵۷	۳۰/۳۵	۶۶/۶۷	قبل از مداخله	عملکرد شناختی
<۰/۰۰۱	t=۵/۸۶	۲۱/۱۱	۵۸/۷۱	۱۸/۴۶	۸۳/۳۳	پس از مداخله	
			t=-۱ P=۰/۳۲۳		t=-۳/۸۷ P<۰/۰۰۱	آماره آزمون t زوجی	
۰/۶۳۰	t=-۰/۴۸	۲۵/۸۲	۳۱/۰۶	۳۰/۷۴	۲۸/۱۵	قبل از مداخله	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۷	t=۲/۷۵	۲۵/۷۲	۳۱/۴۳	۲۷/۸۲	۴۷/۰۴	پس از مداخله	
			t=-۰/۵۷ P=۰/۵۷۰		t=-۵/۴۰ P<۰/۰۰۱	آماره آزمون t زوجی	

جدول ۵. مقایسه نمرات حیطة‌های علامتی کیفیت زندگی در واحدهای پژوهش قبل و بعد از آموزش در گروه آزمون و کنترل براساس پرسشنامه QLQ-C30

P value	آزمون t مستقل	کنترل N=44		آزمون N=45		زمان	متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۳۴۳	t=-۰/۹۵	۱۹/۷۲	۵۹/۰۹	۲۰/۰۹	۵۵/۰۶	قبل از مداخله	علائم خستگی
<۰/۰۰۱	t=-۴/۷۹	۱۹/۴۴	۵۴/۵۴	۱۵/۳۱	۳۶/۷۹	پس از مداخله	
			t=۲/۹۴ P=۰/۰۰۵		t=۵/۸۵ P<۰/۰۰۱	آماره آزمون t زوجی	
۰/۲۵۲	t=-۱/۱۵	۲۲/۳۰	۵۸/۳۳	۲۴/۶۱	۵۲/۵۹	قبل از مداخله	علائم تهوع و استفراغ
<۰/۰۰۱	t=-۶/۸۱	۱۹/۴۵	۵۳/۰۳	۲۳/۵۲	۲۱/۸۵	پس از مداخله	
			t=۲/۴۶ P=۰/۰۱۸		t=۷/۱۵ P<۰/۰۰۱	آماره آزمون t زوجی	
۰/۱۰۰	t=-۱/۶۶	۱۵/۸۳	۵۷/۲۰	۱۸/۵۹	۵۱/۱۱	قبل از مداخله	درد

P value	آزمون t مستقل	کنترل N=44		آزمون N=45		زمان	متغیر
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
<۰/۰۰۱	t=-۷/۱۸	۱۶/۳۱	۵۴/۹۲	۱۵/۴۷	۳۰/۷۴	پس از مداخله	علائم تنگی نفس
			t=۱/۷۷ P=۰/۰۸۳	t=۸/۴۱ P<۰/۰۰۱		آماره آزمون t زوجی	
۰/۴۰۲	t=-۰/۸۴	۲۵/۲۳	۴۶/۹۶	۲۷/۸۸	۴۲/۲۲	قبل از مداخله	علائم تنگی نفس
<۰/۰۰۱	t=-۳/۷۰	۲۵/۱۳	۴۶/۲۱	۲۲/۷۹	۲۷/۴۱	پس از مداخله	
			t=۱/۰۰ P=۰/۳۲۳	t=۳/۴۴ P=۰/۰۰۱		آماره آزمون t زوجی	
۰/۱۱۰	t=-۱/۶۱	۳۰/۶۱	۵۸/۳۳	۲۸/۹۱	۴۸/۱۵	قبل از مداخله	علائم بی خوابی
<۰/۰۰۱	t=-۴/۶۸	۳۰/۳۱	۵۶/۰۶	۲۴/۲۰	۲۸/۸۹	پس از مداخله	
			t=۱/۷۷ P=۰/۰۸۲	t=۴/۴۸ P<۰/۰۰۱		آماره آزمون t زوجی	
۰/۳۷۹	t=۰/۸۹	۲۶/۷۷	۵۹/۰۹	۲۲/۲۷	۶۳/۷۰	قبل از مداخله	علائم کاهش اشتها
۰/۰۰۱	t=-۳/۳۴	۲۴/۴۶	۵۹/۸۴	۲۳/۱۶	۴۲/۹۶	پس از مداخله	
			t=-۰/۴۴ P=۰/۶۶۰	t=۶/۸۰ P<۰/۰۰۱		آماره آزمون t زوجی	
۰/۶۷۵	t=۰/۴۲	۳۴/۹۱	۲۶/۵۲	۳۴/۹۷	۲۹/۶۲	قبل از مداخله	علائم یبوست
۰/۰۵۷	t=-۱/۹۳	۳۱/۶۳	۲۴/۲۴	۲۰/۵۹	۱۳/۳۳	پس از مداخله	
			t=۰/۵۲ P=۰/۶۰۷	t=۳/۸۹ P<۰/۰۰۱		آماره آزمون t زوجی	
۰/۴۶۶	t=-۰/۷۳	۳۴/۴۳	۲۸/۰۳	۳۰/۸۳	۲۲/۹۶	قبل از مداخله	علائم اسهال
۰/۰۰۳	t=-۳/۰۹	۳۰/۳۵	۳۰/۳۰	۲۰/۵۹	۱۳/۳۳	پس از مداخله	
			t=-۰/۶۸ P=۰/۴۹۸	t=۲/۷۹ P=۰/۰۰۸		آماره آزمون t زوجی	
۰/۷۷۳	t=-۰/۲۸	۲۷/۹۲	۷۸/۷۸	۲۹/۱۵	۷۷/۰۳	قبل از مداخله	مشکلات مالی
۰/۰۵۲	t=-۱/۹۷	۲۷/۲۰	۸۰/۳۰	۳۰/۹۴	۶۸/۱۵	پس از مداخله	
			t=-۰/۸۱ P=۰/۴۲۰	t=۲/۴۹ P=۰/۰۱۷		آماره آزمون t زوجی	

بحث

پستان تأثیرگذار بود؛ به طوری که کیفیت زندگی پس از به کارگیری این الگو در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافت. به عبارت دیگر، استفاده از این روش موجب ارتقای کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان شد.

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر به کارگیری مدل خودمدیریتی پنج آ بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت. براساس نتایج، استفاده از روش خودمدیریتی پنج آ بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان

در بعد عملکرد احساسی، میانگین نمرات در گروه آزمون بعد از مداخله افزایش معنی داری داشته است ($P < 0/001$). به نظر می‌رسد گذشت زمان، مداخله آموزشی و مکانیسم‌های سازگاری بیماران در تطابق احساسی با بیماری، در حصول چنین نتایجی نقش داشته است. هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر، در ارزیابی سیستمیک و متاآنالیز که Cramer و همکاران انجام دادند، شواهدی برای آثار کوتاه‌مدت مداخلاتی مانند برنامه‌های آموزشی و روان‌درمانی در بهبود سلامت روان و بعد احساسی بیماران مبتلا به سرطان پستان وجود داشته است [۲۲].

در بعد عملکرد اجتماعی، متوسط نمرات قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون افزایش معنی‌داری داشته است ($P < 0/001$). به نظر می‌رسد بعد اجتماعی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان از عوامل گوناگونی تأثیر می‌پذیرد که ممکن است آثار برنامه خودمدیریتی را افزایش داده باشد. ارتباط خوب و مناسب این بیماران با همسر، سایر اعضای خانواده و فامیل از این علل است. در مطالعه حاضر، آموزش در راستای آموختن چگونگی نقش اطرافیان در تقلیل آثار بیماری و مهارت‌های ارتباطی مؤثر با دیگران در حصول این نتایج مؤثر بوده است. نتایج مطالعه Yazdani و همکاران با مطالعه حاضر هم‌سوست. بر این اساس، استفاده از یوگا سبب افزایش بعد اجتماعی کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه آزمون شده است [۲۱].

در بعد علائم خستگی، متوسط نمرات قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون کاهش معنی‌داری داشته است ($P < 0/001$). در مطالعه حاضر، آموزش برنامه خودمدیریتی سبب بهبود خستگی در بیماران شده است. خستگی یکی از شایع‌ترین و ناراحت‌کننده‌ترین عوارض سرطان و درمان‌های مربوط به آن است. خستگی بیماران مبتلا به سرطان ممکن است بر ابعاد مختلف زندگی آنها تأثیر بگذارد و مشکلات متعددی را داشته باشد. در مطالعات گوناگون، خستگی عاملی مهم در کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان است که به مداخله نیاز دارد؛ برای مثال براساس مطالعه Chehrehgoshia و همکاران، بیشتر بیماران خستگی‌ای با شدت متوسط داشتند [۲۳]. در مطالعه تبریزی نیز بیشترین میزان خستگی در بعد فیزیکی گزارش شده است. با توجه به نقش مثبت برنامه مداخله‌ای خودمدیریتی در مطالعه حاضر، این برنامه می‌تواند در تقلیل علائم آزاردهنده‌ای مانند خستگی مؤثر باشد. هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه Baghaei و همکاران که با

براساس نتایج مطالعه حاضر در همه ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان (به‌جز مشکلات مالی)، بین میانگین نمرات این ابعاد قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. به نظر می‌رسد بعد مالی شاخصی است که آموزش تأثیری بر آن ندارد؛ زیرا عوامل گوناگونی مانند وضعیت کنونی اقتصادی فرد، حمایت مالی و منابع آن، هزینه‌های درمانی و... بر آن تأثیرگذارند؛ از این‌رو با توجه به این نتیجه باید سازمان‌ها و ارگان‌های دولتی و خصوصی در کمک مالی به این بیماران، همچنین بیمه‌ها در تقلیل هزینه‌های مختلف درمانی تلاش کنند.

براساس نتایج، متوسط نمرات حیطة وضعیت کلی سلامتی زندگی در گروه آزمون بعد از مداخله به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است ($P < 0/001$). هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر در این حیطة، Baghaei و همکاران بیان داشتند که آموزش کاهش عوارض شیمی‌درمانی موجب بهبود وضعیت کلی سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی شد [۲۰]. باوجود تفاوت در محتوای آموزشی و نوع مداخله، نتایج مشابهی در دو مطالعه حاصل شده است.

در بعد عملکرد جسمانی، نمرات در گروه آزمون بعد از مداخله افزایش معنی‌داری داشته است ($P < 0/001$). برنامه مداخله‌ای در گروه مداخله سبب ارتقای کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمانی شده است. براساس نتایج مطالعه Safaee و همکاران، خستگی با عملکرد جسمانی زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه آماری معنی‌داری دارد [۱۹]. براساس نتایج مطالعه حاضر، خستگی بیماران کاهش معنی‌داری داشته است و ممکن است سبب بهبود عملکرد جسمانی بیماران در مطالعه حاضر شود. آموزش‌هایی از قبیل شیوة ذخیره و تقسیم انرژی، زمان‌های مناسب برای انجام فعالیت‌های سنگین‌تر از جمله موارد یاری‌کننده در این زمینه بود.

در بعد ایفای نقش، میانگین نمرات در گروه آزمون بعد از مداخله افزایش معنی‌داری داشته است ($P < 0/001$). مطالعات غیرهم‌سو با نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه Yazdani و همکاران است که به بررسی تأثیر یوگا بر حیطة عملکردی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی پرداخته‌اند. براساس نتایج این مطالعه، میانگین نمرات حیطة ایفای نقش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون (یوگا) معنی‌دار نبود [۲۱]. به نظر می‌رسد تفاوت‌های روش کار و نوع مداخله در دو مطالعه، علت تفاوت در نتایج باشد.

بیماران تاثیرگذارند. بسیاری از این عوامل از کنترل پژوهشگر خارج است که شاید دلیل چنین نتیجه‌ای باشد. در این زمینه براساس نتایج مطالعه Kim حمایت اجتماعی از بیماران مبتلا به سرطان، تأثیر ویژه‌ای بر کاهش بار اقتصادی ناشی از فرایند بیماری دارد [۲۶].

هدف از به کارگیری برنامه خودمدیریتی این است که با مشارکت فعالانه بیماران تا حد امکان مدیریت بیماری از ارائه‌دهندگان مراقبت، به خود بیماران منتقل شود. در برنامه خودمدیریتی، بیمار نقش محوری دارد و همه فعالیت‌های مراقبت و درمان، بر او متمرکز است. هدف این برنامه دستیابی به حداکثر استقلال، خودتصمیم‌گیری، ارتقای سلامت مبتنی بر توانایی‌ها، شیوه زندگی فرد و افزایش کیفیت زندگی است که در مطالعه حاضر این مهم به دست آمده است. همچنین تأثیر عوامل گوناگون اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و... بر کیفیت زندگی افراد اجتناب‌ناپذیر است که این مورد از عهده پژوهشگر خارج بود.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش حاضر، استفاده از روش خودمدیریتی پنج آ می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان بینجامد. سرطان پستان و درمان آن ابعاد گوناگونی دارد؛ بنابراین ضروری است همراه با مسائل بالینی به کیفیت زندگی این بیماران هم توجه شود. پرستاران در بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها با بیماران و خانواده آنان تماس دارند و به پیشگیری و شناسایی و کنترل عوارض ناشی از سرطان و درمان‌های آن می‌پردازند. همچنین می‌توانند نقشی مؤثر در ارتقای کیفیت زندگی و تسریع بهبودی آنان ایفا کنند. در مدل خودمدیریتی پنج آ، پرستار می‌تواند به کمک شواهد و تحقیقات موجود و ترجیحات بیماران عملکرد بالینی مناسبی را برای آنان برنامه‌ریزی کند؛ بنابراین استفاده از روش‌هایی مانند مدل خودمدیریتی، کم‌هزینه و مقرون‌به‌صرفه است و می‌تواند در دستور کار پرستاران قرار بگیرد. به این امید که این روش گامی مؤثر برای افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان باشد.

سیاسگزاری

نویسندگان از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان که هزینه‌های طرح را متقبل شدند و

هدف تأثیر آموزش کاهش عوارض شیمی‌درمانی بر ابعاد علامتی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت، آموزش موجب کاهش خستگی در بیماران گروه مداخله شد. با وجود تفاوت‌هایی در روش کار و نوع مداخله، نتایج مشابهی در مطالعه حاضر با مطالعه فوق به دست آمده است.

در بعد علائم تهوع و استفراغ، متوسط نمرات این علائم قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون نشان‌دهنده کاهش معنی داری است ($P < 0/001$). به نظر می‌رسد آموزش‌های خودمدیریتی در زمینه چگونگی تغذیه مناسب و حمایت‌های روحی طی آموزش، بر کاهش تهوع و استفراغ بیماران مؤثر است. هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر، براساس مطالعه ای. کمپوس، آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر میزان استفراغ بیماران گروه آزمون مؤثر است.

در بعد علائم درد، متوسط نمرات قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون کاهش معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P < 0/001$). از دیگر علائم ناراحت‌کننده سرطان، درد ناشی از آن است. این درد تنها تجربه حسی جسمی نیست، بلکه با ابعاد عاطفی، شناختی و رفتاری نیز همراه است. به نظر می‌رسد آموزش روش‌های خودمدیریتی و تقویت ابعاد روانی بیمار، درد بیماران را کاهش می‌دهد. هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر، Aghebati و همکاران بیان کردند که ماساژ موجب کاهش درد بیماران مبتلا به سرطان در گروه آزمون می‌شود [۲۴]. با وجود تفاوت‌هایی در نوع مداخله در دو مطالعه فوق و مطالعه حاضر، نتایج مشابهی در این حیطه حاصل شده است. به نظر می‌رسد مداخله‌های گوناگون از جمله آموزش روش‌های خودمدیریتی و ماساژ، با تقویت روحیه در این بیماران در کاهش درد مؤثر بوده است.

براساس نتایج متوسط نمرات در تمامی حیطه‌های علامتی (تنگی نفس، بی‌خوابی، اسهال و یبوست)، میانگین مقادیر قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون اختلاف معنی‌دار آماری دارد ($P < 0/001$). به نظر می‌رسد برنامه خودمدیریتی با تکیه بر آموزش درباره مسائل جسمی مرتبط با بیماری و درمان، در کاهش این علائم مؤثر است. هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر، براساس پژوهش Samiye و همکاران پس از اجرای مداخله به روش مشاوره، علائم گوارشی (یبوست، اسهال و...) در گروه آزمون کاهش یافته است [۲۵].

در بعد مشکلات مالی، میان نمرات دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد. عوامل گوناگونی در شکل‌گیری یا بهبود وضعیت اقتصادی و مالی

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع مالی

این مقاله بخشی از رساله دکتری و حامی مالی آن دانشگاه تربیت مدرس بود.

اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، پرستاران و کارکنان شاغل در بخش‌های انکولوژی و شیمی درمانی مرکز پزشکی توحید سنندج و شرکت‌کنندگان در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

1. Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. *Annals of oncology*. 2008 Dec 10;20(3):556-63. [DOI:10.1093/annonc/mdn642] [PMID]
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2016 Jan;66(1):7-30. [DOI:10.3322/caac.21332] [PMID]
3. Hazrati M, Poor Keiani M, Abaszade A, Jaafari P. The effect of rehabilitation in quality of life in women after mastectomy. *Armaghane danesh*. 2008 Jan 15;12(4):89-99.
4. Asgarian F, Mirzaei M, Asgarian S, Jazayeri M. Epidemiology of breast cancer and the age distribution of patients over a period of ten years. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2016 Jul 15;9(1):31-6.
5. Hinkle JL, Cheever KH. *Study Guide for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins; 2013 Nov 25.
6. Sona P, Fatemeh J, Arash K, Saeedeh A, Hengameh S. The impact of the implementation of the empowerment family-centered model on the performance scale of the lives quality of women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. 2016;7(6):2095-102.
7. Entezar-Mahdi R, Shamshiri A, Ramezani R, Eatemad K. National breast cancer control program in IR IRAN, operational planning & guideline for breast cancer screening with CBE & Mammography. Ministry Health, Treatment & Education Medicines Center for Disease Control & Prevention Non-communicable Diseases Unit Cancer Office. 2011;127.
8. Matsuda A, Yamaoka K, Tango T, Matsuda T, Nishimoto H. Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*. 2014 Feb 1;23(1):21-30. [DOI:10.1007/s11136-013-0460-3] [PMID] [PMCID]
9. Kalani N, Mosalanejad L, Zabetian H, Abdolahifard S. The effect of group hope therapy integrated with mobile learning on hope and perceived stress levels in MS patients. *Biosciences, Biotechnology Research Asia*. 2015;12(3):1947-55. [DOI:10.13005/bbra/1861]
10. Phipps WJ, Monahan FD, Sands JK, Marek JF, Neighbors M. *Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives*. St. Louis: Mosby; 2003.
11. Johnston S, Liddy C, Ives SM, Soto E. Literature review on chronic disease self-management. The Champlain local health integration network. 2008 Apr.
12. Ahmadi M, Poormansouri S. Effectiveness of self-management educational program on fatigue in sickle cell patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2015 May 15;4(2):29-42. [DOI:10.17795/jjcdc-29521]
13. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2003 Nov 1;29(11):563-74. [DOI:10.1016/S1549-3741(03)29067-5]
14. Khani Jeihooni A, Kashfi SM, Hazavehei SM. Effects of the BASNEF model-based educational programs on blood sugar control, (type 2 diabetes). *Health Education & Health Promotion*. 2013 Mar 1;1(1):33-49.
15. Etemadi A, Sadjadi A, Semnani S, Nouraei SM, Khademi H, Bahadori MO. Cancer registry in Iran: a brief overview. *Archives of Iranian medicine*. 2008;11(5):577-80.
16. Bryant-Lukosius D, DiCenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of advanced nursing*. 2004;48(5):530-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x> [DOI:10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x]
17. Yazdani F, Babazade S. The effects of yoga on life quality of patients with breast cancer undergoing chemotherapy. *Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery*. 2014;3(4):624-38.
18. Nejat S, Montazeri A, Holakoei K, Mohammad K. Standardization of WHOQOL-BREF: translation and psychometry of Iranian version. *Journal of Health Science University*. 2007;4(4):1-2.
19. Safaee A, Zeighami B, Tabatabaee HR, Moghimi Dehkordi B. Quality of life and related factors in breast cancer patients under chemotherapy. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2008 Feb 15;3(3):61-6. [DOI:10.4103/0019-509X.44066] [PMID]

20. Baghaei R, Sheykhi N, Mohammadpour Y, SHarifi M. Evaluation of the effects of educational package on controlling the complications of chemotherapeutic agents on symptom scales of quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2013;11(9):667-79.
21. Yazdani F, Babazade S. The effects of yoga on life quality of patients with breast cancer undergoing chemotherapy. Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery. 2014;3(4):624-38.
22. Cramer H, Lange S, Klose P, Paul A, Dobos G. Yoga for breast cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. BMC cancer. 2012 Dec;12(1):412. [DOI:10.1186/1471-2407-12-412] [PMID] [PMCID]
23. Chehrehgosha M, Dastourpour M, Sanagu A, Mohamadi A. Cancer-related Fatigue and its Relationship with Demographic and Clinical Characteristics. Jorjani Biomedicine Journal. 2013;1(2):24-31. (persian)
24. Aghebati N, Mohammadi E, Esmaeil ZP. The effect of relaxation on anxiety and stress of patients with cancer during hospitalization. Iran Journal of Nursing. 2010 Aug;23(65):15-22.
25. Samiye Siboni Fatemeh, Anousheh Monireh, Fatemeh A. The effect of family counseling on the quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy. Journal of Nursing and Midwifery Faculty. 2010;20(71):289-98. (persian).
26. Kim J, Han JY, Shaw B, McTavish F, Gustafson D. The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. Journal of health psychology. 2010 May;15(4):543-52. [DOI:10.1177/1359105309355338] [PMID] [PMCID]