

بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر سلامت جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان

مجیده هروی کریموی* - مریم پوردهقان** - مریم جدید میلانی*** - دکتر سید کاظم فروتن**** -

فرشته آیین*****

* دانشجوی Ph.D پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، عضو هیئت علمی (مربی) دانشگاه شاهد

** کارشناس ارشد پرستاری

*** عضو هیئت علمی (مربی) دانشگاه شاهد

**** متخصص اورولوژی، استادیار دانشگاه شاهد

***** دانشجوی Ph.D پرستاری دانشگاه تربیت مدرس، عضو هیئت علمی (مربی) دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

چکیده

زمینه و هدف: تقریباً یک چهارم کل سرطان‌های زنان را سرطان پستان تشکیل می‌دهد که دومین عامل مرگ ناشی از سرطان‌ها می‌باشد. از دست دادن پستان‌ها به همراه عوارض جانبی شیمی درمانی مشکلات متعددی را برای بانوان مبتلا به سرطان ایجاد می‌کند. سرطان پستان به عملکرد جنسی و تصویر ذهنی فرد آسیب می‌رساند. بیشترین اختلال در فعالیت جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان در نتیجه عوارض شیمی درمانی می‌باشد.

از آنجا که مشاوره یکی از وظایف و نقش‌های پرستاران است که می‌تواند بیمار را در یافتن راه حل‌های مناسب برای مشکلاتش یاری سازد، پژوهشگران بر آن شدند تأثیر برنامه مشاوره گروهی را بر تصویر ذهنی، لذت جنسی و عملکرد جنسی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی درمانی بررسی نمایند.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی شاهد دار تصادفی است که با مراجعه به انستیتو کانسر تهران تعداد ۱۱۴ زن ۵۵-۲۵ ساله مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی با سابقه ماستکتومی در دو گروه مراقبت استاندارد ($n=63$) و مراقبت استاندارد و مشاوره گروهی ($n=51$) مورد بررسی قرار گرفتند. برای گروه تحت مشاوره ۵ جلسه برنامه مشاوره گروهی طراحی گردید. تصویر ذهنی، لذت جنسی و عملکرد جنسی بیماران در هر دو گروه در ابتدا و انتهای کار توسط پرسشنامه استاندارد QLQ-Br23 اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد انجام مشاوره گروهی سبب ارتقاء مقیاس‌های تصویر بدنی و عملکرد جنسی و لذت جنسی می‌گردد و سلامت جنسی مبتلایان به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در اثر مشاوره گروهی بهبود یافته است ($P \text{ value} < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش که نشان دهنده تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر ارتقاء سطح مقیاس‌های تصویر بدنی و عملکرد جنسی و لذت جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی است پیشنهاد می‌گردد برنامه طراحی شده مشاوره گروهی به عنوان یک روش مؤثر در ارتقاء سلامت جنسی این دسته از مددجویان در مراکز درمانی و مراقبتی - حمایتی مربوط به آنها به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: مشاوره گروهی، سلامت جنسی، کیفیت زندگی، تصویر بدنی، عملکرد جنسی، لذت جنسی، سرطان پستان، شیمی درمانی

اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۲/۳

وصول مقاله: ۱۳۸۴/۴/۲۱

نویسنده مسئول: تهران-خیابان جلال آل احمد- دانشگاه تربیت مدرس- دانشکده علوم پزشکی- ساختمان شماره ۵- گروه پرستاری heravi@shahed.ac.ir

مقدمه

تقریباً از هر ۸ زن یک نفر مبتلا به سرطان پستان می‌باشد که در اغلب اوقات منجر به برداشت کامل بافت پستان، شیمی درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی می‌گردد (۱). بر اساس گزارش مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و

تقریباً یک چهارم کل سرطان‌های زنان را سرطان پستان تشکیل می‌دهد که دومین عامل مرگ ناشی از سرطان‌ها به شمار می‌رود.

شیمی درمانی سبب کاهش کیفیت زندگی این دسته از مددجویان می‌گردد (۸).

ارزیابی کیفیت زندگی اطلاعات ذیقیمتی را در اختیار پرستاران قرار می‌دهد و موجب غنای مداخلات بهداشتی درمانی و بهبود کیفیت خدمات خواهد شد. از طرفی بهبود کیفیت خدمات بر اساس نظر و درخواست بیماران سبب ایجاد نگرش و رویکرد مثبت و همچنین مشارکت مؤثر در انجام مداخلات بهداشتی درمانی می‌گردد. این موضوع به صورت چرخه‌ای، منتج به افزایش کیفیت زندگی بیمار می‌گردد. همچنین عواملی نظیر ارتقاء اطلاعات و آگاهی پیرامون جنبه‌های جسمی و روانی، افزایش انگیزش، حمایت و مشاوره باعث بهبود وضعیت جسمانی، کاهش اضطراب، تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی، کاهش اختلالات خلق و خو، بهبود سازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران می‌شود که خود می‌تواند سبب ارتقاء کیفیت زندگی گردد (۹،۱۰).

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

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه از نوع کارآزمایی شاهددار تصادفی به شکل موازی و با اندازه ثابت می‌باشد که بروی ۱۱۴ بیمار مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از مراجعه به مرکز انستیتو کانسر تعداد بیماران بستری شده با تشخیص سرطان پستان در آن روز مشخص می‌گردید و در صورت دارا بودن شرایط (ابتلاء به سرطان پستان اولیه، انجام جراحی ماستکتومی و شروع شیمی درمانی حداقل در یک ماه گذشته و عدم مشارکت در

درمانی تهران در مورد وضعیت بروز انواع سرطان در ایران در سال ۲۰۰۲، شایعترین سرطان در زنان ایرانی، سرطان پستان با شیوع ۱۷/۱٪ بوده است. میزان بروز بیماری از استانداردهای جهانی کمتر است، لکن سن ابتلا به سرطان پستان در ایران پایین‌تر می‌باشد (۲). در اغلب جوامع و فرهنگ‌ها، پستان‌ها به عنوان اندامی زنانه محسوب می‌شوند. از این رو از دست دادن پستان‌ها در بسیاری از موارد به معنای از دست دادن هویت زنانه تعبیر می‌شود. این امر به همراه عوارض جانبی ناشی از شیمی درمانی مشکلات متعددی را برای بانوان مبتلا به سرطان پستان ایجاد می‌کند. با وجود اینکه شیمی درمانی یک روش درمانی مهم در بیماران سرطانی است، ولی عوارض جانبی آن بر روی سطح عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی بیمار و عدم پذیرش وی جهت تکمیل دوره درمان تأثیر می‌گذارد. همچنین به تصویر ذهنی و سلامت جنسی فرد آسیب می‌رساند (۳).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان پستان در معرض فشارهای روانی قرار دارند که می‌تواند اختلالات روانی و اجتماعی را در زندگی مبتلایان ایجاد کند. آنها در زندگی خانوادگی خود احساس از هم گسیختگی می‌نمایند. درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌سازند (۴).

نعمت الهی به نقل از Schover (۱۹۹۴) می‌نویسد: «با تأکید بر مطالعاتی که روی بررسی فعالیت جنسی و تصویر ذهنی از بدن در زنان جوان مبتلا به سرطان پستان انجام شده بود می‌توان نتیجه گرفت که سرطان پستان به عملکرد جنسی و عزت نفس فرد آسیب می‌رساند و زنان جوان متحمل فشارهای روحی بیشتری نسبت به زنان مسن می‌شوند (۵)». همچنین به نقل از Wilmoth (۲۰۰۱) ادامه می‌دهد: «مطالعات نشان داده است که درمان جراحی حفاظتی پستان در مقایسه با ماستکتومی تأثیر مستقیم روی فعالیت جنسی ندارد، اما یک تصویر ذهنی مثبت از بدن ایجاد می‌کند که می‌تواند به طور غیر مستقیم روی فعالیت جنسی تأثیر مثبت بگذارد (۵)».

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

و سرطان پستان است که در مطالعات متعددی در خارج از کشور جهت تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شده است. همچنین این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۰-۱۹۹۹) به منظور تعیین پایایی و روایی نسخه فارسی مورد استفاده قرار گرفته است. در اندازه‌گیری پایایی مقدار ضریب آلفای کرونباخ^۲ در پرسشنامه تکمیلی ویژه سرطان پستان (QLQ-Br23) مقدار این ضریب در مورد مقیاس‌های چند گزینه‌ای از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ متغیر بود. همچنین روش «مقیاسه گروه‌های شناخته شده»^۴ برای تحلیل روایی در پرسشنامه بکار برده شد. نتایج نشان داد که پرسشنامه قادر به افتراق بین زیرگروه‌های متفاوت بیماران از نظر وضعیت بالینی و عملکردی می‌باشد (۱۱،۱۲). با استناد به اینکه این تحقیق دارای متغیر مستقل برنامه مشاوره، متغیر وابسته مقیاس‌های عملکردی تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسی بود، از روش‌های توصیفی و آمار استنباطی (با توجه به نوع داده‌ها) استفاده گردید. جهت تعیین اختلاف مشخصات فردی بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون آماری کای دو و آزمون آماری تی استفاده شد. همچنین جهت تعیین اختلاف مقیاس‌های کیفیت زندگی جنسی در طی مراحل مداخله از آماره Wilcoxon و بین گروه‌های مورد مطالعه از آماره Mann-Whitney استفاده گردید.

یافته‌ها

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

توزیع نمونه‌های پژوهش بر حسب شاخص‌های کیفیت زندگی جنسی به تفکیک گروه شاهد و مورد در طی مراحل مداخله در سال ۱۳۸۳ در جدول ۲ ارائه شده است. میانه امتیاز تصویر بدنی گروه مورد قبل از مداخله ۳۰/۱۷ و بعد از مداخله ۵۵/۱۷ بود آماره Wilcoxon به لحاظ آماری نشان داد اختلاف معنی‌داری بین میانه امتیازات قبل و بعد از مداخله وجود دارد ($P \text{ value} < 0/001$). در گروه شاهد، میانه امتیازات قبل ۴۱/۶۶ و بعد ۸/۳۳ بود و آماره ویلکاکسون نیز به لحاظ آماری با $P \text{ value} < 0/001$ نشان داد تصویر بدنی بیماران گروه شاهد کاهش یافته است. آماره منویتنی‌یو نیز با $P \text{ value} < 0/001$ نشان داد، بیماران گروه مورد بعد از مداخله تصویر بدنی بهتری نسبت به گروه شاهد داشتند. در گروه مورد میانه امتیاز عملکرد جنسی قبل از مداخله ۲/۰۳ و بعد از مداخله ۲۵/۱۹ بود و میانه

برنامه‌های مشاوره‌ای و آموزشی در گذشته) و کسب موافقت بیمار، در پژوهش شرکت داده می‌شدند. ابتدا بیماران واجد شرایط به لحاظ مرحله بیماری، دفعات شیمی درمانی، تحصیلات و سن، مشابه سازی و سپس به طور تصادفی به گروه‌های مورد و شاهد تقسیم شدند. سپس مقیاس‌های جنسی کیفیت زندگی به وسیله پرسشنامه اندازه-گیری کیفیت زندگی ویژه سرطان پستان^۱، در دو گروه مورد و شاهد اندازه‌گیری گردید. شرکت کنندگان گروه مورد در زمان بستری بر اساس برنامه طراحی شده مشاوره گروهی در گروه‌های ۴ تا ۵ نفره در جلسات حضور می‌یافتند. مشاوره توسط کارشناس ارشد پرستاری به روش التقاطی (که ترکیبی از روش مستقیم و غیر مستقیم است) انجام می‌گرفت و بسته به برخورد مددجویان با مشکل مطرح شده در گروه، روش مشاوره انتخاب می‌گردید. تعیین وقت و زمان بندی جلسات با هماهنگی با مددجویان مشخص می‌شد. این جلسات به صورت ۵ جلسه یک تا یک ساعت و سی دقیقه‌ای برگزار شد. در ابتدای جلسه اول به افراد گروه مورد مطالب آموزشی جهت آشنایی بیشتر آنها با بیماری، عوارض جانبی شیمی درمانی، تأثیر شیمی درمانی در اندام‌های جنسی و عواطف بیمار و ایجاد خود یاری در برقراری روابط زناشویی داده شد. پس از اتمام جلسات مشاوره، به بیماران توضیحات لازم در مورد ادامه پژوهش ارائه می‌شد و سپس به مدت سه ماه به آنها فرصت داده می‌شد تا مهارت‌های جدید را در زندگی روزمره به کار گیرند و در این مدت پژوهشگر با گروه مورد از طریق تماس تلفنی در ارتباط بود. همچنین یک شماره تلفن به افراد داده می‌شد تا در صورت نیاز تماس گرفته و مشکلاتشان را مطرح نمایند. پس از مدت مذکور مجدداً پرسشنامه‌های QLQ-Br23 توسط هر دو گروه (مورد و شاهد) تکمیل گردید.

لازم به ذکر است که در این مدت افراد هر دو گروه تحت مراقبت‌های استاندارد^۲ یعنی مراقبت‌های مربوط به شیمی درمانی ماهانه، توسط پرسنل انستیتو کانسر قرار داشتند.

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

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

پرسشنامه EORTC QLQ-Br23 که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه شامل مقیاس‌های عملکردی و مقیاس‌های علامتی است که در این تحقیق مقیاس‌های عملکردی تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسی مورد بررسی قرار گرفت. هر یک از مقیاس‌های فوق مجموعه‌ای از سؤالات را در بر می‌گیرند. امتیازهای اخذ شده در محدوده ۱۰-۰ هستند و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده سطح بهتر عملکرد است. شایان ذکر است که پرسشنامه فوق‌الذکر استاندارد و اختصاصی سرطان

1. QLQ-Br23
2. Standard Care
3. Cronbach's alpha
4. Known group comparison

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

نتیجه آزمون	مراقبت استاندارد + مشاوره گروهی (n=51)		مراقبت استاندارد (n=63)		مشخصات دموگرافیک
	درصد	تعداد بیماران	درصد	تعداد بیماران	
P < ۰/۸۹۳	توزیع بیماری				I/II
	۰	۰	۰	۰	III
	۳۵/۳	۱۸	۳۶/۵	۲۳	IV
	۶۴/۷	۳۳	۶۳/۵	۴۰	جمع
	۱۰۰	۵۱	۱۰۰	۶۳	توزیع درمانی
P < ۰/۹۹۷	توزیع درمانی				CMF
	۰	۰	۰	۰	CAF
	۳/۹	۲	۴/۸	۳	CA
	۱۷/۶	۹	۱۷/۵	۱۱	Mito, vrlbe, Adria
	۲۷/۵	۱۴	۲۷	۱۷	Taxol, Adria
P < ۰/۹۹۷	توزیع تحصیلات				جمع
	۰	۰	۰	۰	زیر دیپلم
	۳۷/۳	۱۹	۳۶/۵	۲۳	دیپلم
	۵۴/۹	۲۸	۵۵/۶	۳۵	دانشگاهی
	۷/۸	۴	۷/۹	۵	جمع
P < ۰/۸۳۷	توزیع اشتغال				جمع
	۰	۰	۰	۰	خانۀ دار
	۶۸/۹	۳۵	۶۶/۷	۴۲	کارمند
	۲۹/۴	۱۵	۳۰/۲	۱۹	کارگر
	۲	۱	۱/۶	۱	بازنشسته
P < ۰/۵۷۳	توزیع وضعیت اقتصادی				جمع
	۰	۰	۰	۰	مرفه
	۳/۹	۲	۷/۹	۵	نسبتاً مرفه
	۶۴/۷	۳۳	۵۷/۱	۳۶	غیر مرفه
	۳۱/۴	۱۶	۳۴/۹	۲۲	جمع
P < ۰/۶۳۸	توزیع منابع حمایتی				جمع
	۰	۰	۰	۰	همسر- فرزندان و والدین
	۰	۰	۰	۰	خواهر یا برادر
	۰	۰	۰	۰	دوستان
	۰	۰	۳/۲	۲	فامیل و اقوام
P < ۰/۱۹۱	توزیع همسایگان				جمع
	۰	۰	۳/۲	۲	همسایگان
	۳۱/۴	۱۶	۲۸/۶	۱۸	همه موارد
	۱۰۰	۵۱	۱۰۰	۶۳	جمع
	۰	۰	۰	۰	توزیع سن
P < ۰/۹۰	Md±SD		Md±SD		دامنه
	۴۱/۷۲ ± ۸/۴		۴۰/۸۴ ± ۷/۷		دامنه
P < ۰/۷۸۲	Md±SD		Md±SD		دامنه
	۲۵-۵۵		۲۵-۵۵		دامنه
P < ۰/۷۸۲	Md±SD		Md±SD		دامنه
	۸/۳ ± ۲/۶۶		۸/۲۶ ± ۲/۴۷		دامنه
P < ۰/۷۸۲	Md±SD		Md±SD		دامنه
	۳-۱۲		۳-۱۲		دامنه
P < ۰/۷۸۲	Md±SD		Md±SD		دامنه
	۴/۰۶ ± ۱/۰۵		۴/۲۱ ± ۱/۰۸		دامنه
	-۰-۶		-۰-۶		دامنه

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

امتیاز لذت جنسی از صفر قبل از مداخله به ۱۹/۱۲ بعد از مداخله رسید، آماره Wilcoxon با P value < ۰/۰۰۱ به لحاظ آماری نشان داد، میزان عملکرد جنسی و لذت جنسی در گروه شاهد در طول مراقبت استاندارد تغییری نکرده بود. آماره Mann-Whitney نیز با P value < ۰/۰۰۱ نشان داد عملکرد و لذت جنسی بیماران گروه مورد در اثر مشاوره نسبت به گروه شاهد افزایش یافته بود.

بحث

پژوهش بر روی مقیاس‌های تصویر بدنی و عملکرد جنسی و لذت جنسی ۱۱۴ بیمار مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی شامل ۶۳ نفر گروه شاهد که مراقبت استاندارد و ۵۱ نفر که مراقبت استاندارد به همراه مشاوره گروهی را دریافت می‌کردند نشان داد به لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری بین میانۀ امتیازات قبل و بعد از مداخله تصویر بدنی وجود دارد (P value < ۰/۰۰۱)؛ یعنی تصویر بدنی بیماران با مشاوره گروهی بهبود یافته است. همچنین به لحاظ آماری با P value < ۰/۰۰۱ نشان داده شد تصویر بدنی بیماران گروه شاهد کاهش یافته است یعنی روند پیشرفت سرطان و شیمی درمانی سبب کاهش تصویر بدنی در بیماران گروه شاهد گردیده است. اختلاف معنی‌داری بین گروه شاهد و مورد در زمینه تصویر ذهنی با P value < ۰/۰۰۱ وجود دارد یعنی، بیماران گروه مورد بعد از مداخله، تصویر بدنی بهتری نسبت به گروه شاهد داشتند. نتایج پژوهش اسماعیلی (۱۳۸۲) نشان داد، ۴۴/۴٪ زنان در ۳-۱ ماه پس از ماستکتومی دارای تصویر ذهنی مطلوبی بودند (۱۳). از آنجایی که در اغلب جوامع و فرهنگ‌ها پستان-ها به عنوان اندامی زنانه محسوب می‌شوند بنابراین از دست دادن آنها در بسیاری از موارد به معنای از دست دادن هویت زنانه محسوب می‌گردد. این امر به همراه شیمی درمانی که عوارض جانبی متعددی دارد می‌تواند سبب کاهش تصویر بدنی فرد گردد (۱۴). به لحاظ

جدول شماره ۲ - توزیع بیماران مبتلا به سرطان پستان بر حسب شاخص‌های سلامت جنسی به تفکیک گروه شاهد و مورد در طی مراحل مداخله در سال ۱۳۸۳

آزمون Mann-Whitney	مراقبت استاندارد + مشاوره گروهی (مورد)				مراقبت استاندارد (شاهد)				مقیاس‌های سلامت جنسی		
	آزمون ویلکاکسون	بعد از مداخله		قبل از مداخله		آزمون ویلکاکسون	بعد از مداخله			قبل از مداخله	
		Mean ±SD	Med	Mean ±SD	Med		Mean ±SD	Med			Mean ±SD
p < ۰/۰۰۱	p < ۰/۰۰۱	۵۵/۱۷±۱۰/۹۲	۵۵/۱۷	۳۰/۱۷±۱۱/۶۸	۳۰/۱۷	p < ۰/۰۰۱	۱۴/۵۲±۱۴/۸۰	۸/۳۳	۴۸/۲۶±۱۸/۷۳	۴۱/۶۶	تصویر بدنی
p < ۰/۰۰۱	p < ۰/۰۰۱	۲۵/۱۹±۱۱/۷۸	۲۵/۱۹	۲/۰۳±۸/۴۴	۲/۰۳	NS	۸/۵۳±۱۱/۴۸	۰	۱۷/۹۳±۹/۵۹	۰	عملکرد جنسی
p < ۰/۰۰۱	p < ۰/۰۰۱	۱۲/۱۹±۱۶/۱۵	۱۲/۱۹	۰	۰	NS	۰	۷/۷۲±۴/۱۴	۰	۰	لذت جنسی

NS: Non Significant

نتیجه‌گیری

از طریق فرآیند مشاوره می‌توان به بیماران مبتلا به سرطان آموخت که چگونه با بیماری خود زندگی کنند مشاوره به عنوان یک فرآیند پویای حل مشکل می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی جنسی شود و به طور چشمگیری باعث کاهش اضطراب، افزایش دانش، معلومات و تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی شده، رفتارهای تطابقی توانایی سازگاری بیمار را بهبود بخشد. نقش پرستار مشاور در این زمینه به عنوان یک درمانگر حمایت کننده غیر قابل تردید است و همچنین مشاوره می‌تواند به عنوان یک برنامه نوتوانی جهت این بیماران انجام شود تا نیروی تطابق آنها را تقویت کند (۲۲). با توجه به نتایج پژوهش حاضر که تأثیر مثبت مشاوره پرستاری را در ارتقاء کیفیت زندگی جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده است، می‌توان گفت گرچه از مشکلات جسمی و اقتصادی بیماری سرطان پستان نمی‌توان پیشگیری نمود، ولی با انجام مشاوره و ارائه آموزش جهت رویارویی با این مشکلات می‌توان نیروی تطابق بیمار را تقویت نموده و از پیشرفت یا تجدید مشکلات آنها پیشگیری نمود.

امید است این پژوهش بتواند گامی در جهت توسعه پژوهش‌ها در زمینه کیفیت زندگی و عوامل تأثیرگذار بر آن در سرطان‌ها برداشته و در کاربرد و استفاده از شاخص کیفیت زندگی به عنوان یک معیار اساسی در ارزیابی طرح‌ها و برنامه‌ریزی‌های درمانی کشور مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

در پایان بر خود لازم می‌دانیم از پرسنل محترم مرکز انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی که همکاری لازم را با پژوهشگران نمودند تشکر نماییم.

آماري مشخص گردید، میزان عملکرد جنسی و لذت جنسی در اثر مشاوره گروهی در بیماران ارتقاء یافته است (P value < ۰/۰۰۱) اما میزان عملکرد جنسی و لذت جنسی در گروه شاهد در طول مراقبت استاندارد تغییری نکرده بود. همچنین با P value < ۰/۰۰۱ نشان داده شد عملکرد و لذت جنسی بیماران گروه مورد در اثر مشاوره نسبت به گروه شاهد افزایش یافته بود. پژوهش Fobair و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد، مشکلات عملکرد جنسی و تصویر ذهنی از مشکلات شایع بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌باشند که اغلب پس از جراحی و شروع شیمی درمانی رخ می‌دهد. پژوهشگران شناسایی این مشکلات را جهت ارتقاء کیفیت زندگی زنان جوان مبتلا به سرطان پستان بسیار ضروری می‌دانند (۱۵). پژوهش Holzner و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد، بیماران مبتلا به سرطان پستان، دارای اختلال عملکرد جنسی بودند (۱۶). نتایج پژوهش Hannoun و همکاران (۲۰۰۵) و مطالعه Onen و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که ماستکتومی و شیمی درمانی سبب تغییر منفی در تصویر ذهنی، کاهش عزت نفس و حس زنانگی و اختلالات جنسی خصوصاً در زنان جوان می‌گردد (۱۷، ۱۸). بنابراین عملکرد جنسی یکی از مهمترین اجزای کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد و اعضای تیم بهداشتی از جمله پرستاران باید آموزش‌های لازم را به بیماران ارائه دهند (۱۹). سرطان پستان و درمان‌های معمول آن سبب ایجاد اختلال در عملکرد جنسی می‌شود. این دسته از بیماران به منوپوز زودرس مبتلا می‌گردند که در نتیجه کاهش استروژن سبب آتروفی واژن و کاهش آندروژن سبب کاهش میل و تحریک جنسی می‌گردد (۲۰). برنامه‌های مشاوره می‌تواند شامل تأثیر سرطان و نوع درمان بر عملکرد جنسی، بهبود ارتباط صمیمی با شریک جنسی، راهنمایی جهت کاهش اثرات فیزیکی بیماری و درمان مثل از دست دادن مو، و استراتژیهای کمک به خود جهت غلبه بر مشکلات جنسی مثل درد هنگام مقاربت یا از دست دادن میل جنسی باشد (۲۱).

References

- 1- Perry CW, Phillips B J .Quick Review: Breast Cancer. The Internt Journal of Oncology. 2002; 1(2).
- 2- Sadjadi A, Nouraie M, Mohaghehi MA, Mousavi -Jarrahi A, Malekezadeh R, Parkin DM. Cancer occurrence in Iran in 2002, an international perspective. Asian Pac J Cancer Prev. 2005 Jul-Sep;6(3):359-63.
- 3- Bakewell RT, Volker DL. Sexual dysfunction related to the treatment of young women with breast cancer. Clin J Oncol Nurs. 2005 Dec;9(6):697-702.
- ۴ - رضوانی طاهره. میزان افسردگی و نیاز به مشاوره در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز شیمی درمانی شهر کرمان. مجله اندیشه و رفتار ۱۳۸۰، سال ششم، شماره ۴: ص ۷۷ - ۷۰.
- ۵ - نعمت الهی آذر. بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲.
- 6-Ganz PA, Rowland JH, Desmond K, Meyerowitz BE, Wyatt GE. Life After Breast Cancer: Understanding Women's Health -Related Quality of Life and Sexual Function. J Clin Oncol. 1998; 16: 501-514.
- 7-Young-Mc Caughan S. Sexual Functioning in Women With Breast Cancer After Treatment with Adjuvant Therapy. Cancer Nurs. 1996; 19: 308-319.
- 8-Chie WC, Huang CS, Chen Jh, Chang KJ. Measurement of the Quality of Life During Different Clinical Phases of Breast Cancer. J Formos Med Assos 1999; 98 (4): 245 - 60.
- 9- Rustoen T, Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. J Adv Nur. 1999; 29 (2): 490 - 98.
- 10- Brunner L SH. Textbook of Medical Surgical Nursing .9th ed . Lippincott : 2000 .
- 11-Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, Hajimahmoodi M. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QOL Questionnaire (EORTC QLQ-C30): Translation and Validation study of the Iranian Version .Support Care Cancer. 1999 Nov 7; (60): 400-6.
- 12- Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M and Hajimahmoodi M. The EORTC Breast Cancer-Specific QOL Questionnaire (EORTC QLQ-Br 23): Translation and Validation Study of the Iranian Version. Qual Life Res. 2000 Mar ; 9(2): 177- 84.
- ۱۳ - اسمعیلی ر. بررسی تصویر ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستانهای امام خمینی و امام حسین شهر تهران ۱۳۸۱. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۲.
- ۱۴ - رستمی الف، عمران پور ف، رمضان زاده ف و همکاران. تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی نگرش و کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی، مجله دانشور ۱۳۸۲؛ سال یازدهم، شماره ۴۹: ۲۳-۱۹.
- 15- Foair P, Stewart SL, Chang S, D'Onfrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. Psychooncology. 2005 Nov 15.
- 16-Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R, Schweigkofler H, Dunser M, et al. Quality Of Life in Breast Cancer Patients -Not Enough Attention For Long Term Survivors. Psy Chromatics. 2001: 42: 117-123.
- 17- Hannoun-Levi JM. Treatment of breast and uterus cancer: physiological and psychological impact on sexual function. Cancer Radiother. 2005 May;9(3):175-82.
- 18- Onen Sertoz O, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkac M. Effects of surgery type on body image, sexuality, self-esteem, and marital adjustment in breast cancer: a controlled study. Turk Psikiyatri Derg. 2004;15(4):264-75.
- 19-Gallosilver L. The Sexual Rehabilitation of Persons with Cancer .Cancer Pract 2000; 8(1): 10-15.
- 20-Schorver LR. Sexuality and Body Image in Younger Women with Breast Cancer. J Natl Cancer Inst Managr. 1994; (16): 177-82.
- 21- Schorver LR. Counseling Cancer Patients about Changers in Sexual Function. Oncology. 1999; 13(11): 1585-91.
- 22- Phipps W, Monahan FD, Sand JK, Marek JF and Neighbors M . Medical Surgical Nursing, Concept and Clinical Practice. 7th ed. Mosby; 2003.