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

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

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 ۱۱٤ زن ۵۵-۲۵ ساله مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی با سابقه ماستکتومی در دو گروه مراقبت استاندارد (n=٦٣) و مراقبت استاندارد و مشاوره گروهی (n=۵۱) 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 اندازه گیری 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 value< ۰/۰۰۱) .

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش که نشان دهندهٔ 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 ـ 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

وصول مقاله: ۱۳۸۴/۴/۲۱ اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۲/۳

نویسنده مسئول: تهران-خیابان‌جلال‌آل احمد- دانشگاه تربیت‌مدرس- دانشکده علوم پزشکی- ساختمان شماره ۵ - گروه پرستاری heravi@shahed.ac.ir

مقدمه

تقریباً یک چهارم کل سرطان‌های زنان را سرطان پستان تشکیل می‌دهد که دومین عامل مرگ ناشی از سرطان‌ها به شمار می‌رود. تقریباً از هر ۸ زن یک نفر مبتلا به سرطان پستان می‌باشد که در اغلب اوقات منجر به برداشت کامل بافت پستان، شیمی درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی می‌گردد (۱). بر اساس گزارش مرکز تحقیقات بیماری‌های گوارشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

درمانـی تهران در مورد وضعیت بروز انواع سـرطان در ایران در سـال ۲۰۰۲، شـایعترین سـرطان در زنان ایرانی، سرطان پسـتان با شیوع ۱۷/۱% بوده اسـت. میزان بروز بیماری از استانداردهای جهانی کمتر است، لکن سن ابتلا به سرطان پستان در ایران پایین‌تر می‌باشد (۲).

در اغلـب جوامـع و فرهنگ‌ها، پسـتان‌ها به عنـوان اندامی زنانه محسـوب می‌شـوند. از این رو از دست دادن پسـتان‌ها در بسیاری از موارد به معنای از دسـت دادن هویت زنانه تعبیر می‌شـود. این امر به همراه عوارض جانبی ناشی از شیمی درمانی مشکلات متعددی را برای بانوان مبتلا به سـرطان پسـتان ایجاد می‌کند. با وجود اینکه شـیمی درمانی یک روش درمانی مهم در بیماران سـرطانی است، ولی عوارض جانبی آن بر روی سـطح عملکرد جسـمانی، روانی و اجتماعی بیمار و عـدم پـذیرش وی جهت تکمیل دوره درمان تأثیر می‌گذارد. همچنین به تصویر ذهنی و سلامت جنسی فرد آسیب می‌رساند (۳).

بررسـی‌ها نشـان داده‌اند که بیماران مبتلا به سـرطان پسـتان در معـرض فشـارهای روانی قرار دارند که می‌توانـد اختلالات روانی و اجتماعـی را در زندگی مبتلایان ایجـاد 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 ناشـی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشـکلات جنسـی از جمله عواملی هسـتند که بهداشـت روانی بیمـار مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌سازند (۴).

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

اخیـراً مطالعات بر این نکته تأکید می‌کند که بیشـترین اختلال در فعالیت جنسـی بیماران مبتلا به سـرطان پستان در نتیجه عوارض شـیمی درمانی می‌باشد (۶). مطالعه Young (۱۹۹۶) نشانگر آن بود که زنانی که در آنها شـیمی درمانی صورت گرفته بود، ۵/۷ بار بیشـتر از گروه دیگر خشـکی واژن داشـتند و همین طور ۵/۵ بار میل جنسی کمتر و ۷/۱ مرتبه مشـکل بیشتری در رسیدن به ارگاسم داشتند. این مطالعه که در زنانی که ۱ تا ۵ سـال از درمانشـان می‌گذشـت 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 جسـمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شـود، به عبارت دیگر شـیمی درمانی سـبب کاهش کیفیت زندگی این دسته از مددجویان می‌گردد (۸).

ارزیابی کیفیت زندگی اطلاعات ذیقیمتی را در اختیار پرسـتاران قرار می‌دهد و موجب غنای مداخلات بهداشتی درمانی و بهبود کیفیت خدمات خواهد شـد. از طرفـی بهبود کیفیت خدمات بر اسـاس نظر و درخواسـت بیماران سـبب ایجاد نگرش و رویکرد مثبت و همچنین مشـارکت مؤثـر در انجام مداخلات بهداشـتی درمانی می‌گـردد. این موضوع به صورت چرخه‌ای، منتج به افزایش کیفیت زندگی بیمار می‌گـردد. همچنین عواملی نظیر ارتقاء اطلاعات و آگاهی پیرامون جنبه‌های جسـمی و روانی، افزایش انگیزش، حمایت و مشاوره باعث بهبود وضعیت جسـمانی، کاهش اضطراب، تقویت ادراک شـخص از اهداف زندگـی، کاهـش اختلالات خلق و خـو، بهبود سـازگاری و رفتارهای تطابقی بیماران می‌شـود که خود می‌تواند سبب ارتقاء کیفیت زندگی گردد (۹،۱۰).

ارایـه کمـک از طریق انجام مشـاوره روانی به افـرادی که دچار مشکلات روانی ـ اجتماعی و خانوادگی شده‌اند یکی از اهداف بهداشت روانی اسـت؛ زیرا مشـاوره، مقاومت فرد را در برابر پیامدهای زیانبار و یـا عوارض درمان‌های صورت گرفته بیماری افزایش می‌دهد. مشـاوره بـا بیماران باعث کاهـش تنش‌های روانی آنان می‌شـود به طوری که راهنمایی و یاری دیگران را برای سـازگاری با هیجانات خود لازم می‌دانـد (۴). بـا توجه به نیاز موجود به حمایت‌های مشـاوره‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان و ارتقاء کیفیت زندگی خصوصاً در جهت ارتقاء سـلامت جسمی و روانی آنان و از آنجا که امروزه بسیاری از دولت‌ها و تصمیم گیرندگان در سطح کلان جامعه ارتقاء کیفیت زندگی و متعاقب آن ارتقاء سـلامت را جزء لاینفک توسعه اجتماعی و اقتصادی می‌دانند و با توجه به این مهم که پرسـتاران با دارا بودن اطلاعات در سطح بالا در ارتباط با سـرطان پستان، شـیمی درمانی و عوارض و عواقب آن و همچنین برخـورداری از امتیاز توانایی برقـراری ارتباط نزدیک با این قبیل بیماران افراد مناسـبی جهت ارایه این حمایت‌های مشاوره‌ای می باشند، پژوهشـگران بر آن شدند تا به بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر کیفیت زندگی جنسـی بیماران مبتلا به سـرطان پستان تحت شیمی درمانی در انستیتو کانسر تهران در سال ۱۳۸۳بپردازند.

روش بررسی

این پژوهـش یک مطالعه از نوع کارآزمایی شـاهددار تصادفی به شـکل موازی و با اندازه ثابت می‌باشـد که بـروی ۱۱۴ بیمار مبتلا به سـرطان پسـتان انجام گرفت. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از مراجعه به مرکز انسـتیتو کانسـر 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 شـروع شیمی درمانی حداقل در یک ماه گذشته و عدم مشارکت در

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

برنامه‌های مشـاوره‌ای و آموزشی در گذشته) و کسـب موافقت بیمار، در پژوهش شـرکت داده می‌شدند. ابتدا بیماران واجد شرایط به لحاظ مرحله بیماری، دفعات شـیمی درمانی، تحصیلات و سن، مشابه سازی و سـپس به طور تصادفی به گروه‌های مورد و شـاهد تقسـیم شـدند. سـپس مقیاس‌های جنسی کیفیت زندگی به وسیله پرسشنامه اندازه-گیری کیفیت زندگی ویژهٔ سـرطان پستان[1]، در دو گروه مورد و شاهد اندازه‌گیـری گردید. شـرکت کنندگان گروه مورد در زمان بسـتری بر اسـاس برنامه طراحی شده مشاوره گروهی درگروه‌های ۴ تا ۵ نفره در جلسـات حضور می‌یافتند. مشـاوره توسط کارشـناس ارشد پرستاری به روش التقاطی (که ترکیبی از روش مسـتقیم و غیر مسـتقیم است) انجام می‌گرفت و بسـته به برخورد مددجویان با مشـکل مطرح شـده در گـروه، روش مشـاوره انتخاب می‌گردید. تعیین وقـت و زمان‌بندی جلسـات با هماهنگی با مددجویان مشـخص می‌شـد. این جلسات به صورت ۵ جلسه یک تا یک ساعت و سی دقیقه‌ای برگزار شد. در ابتدای جلسـه اول به افراد گروه مورد مطالب آموزشـی جهت آشنایی بیشتر آنها با بیماری، عوارض جانبی شـیمی درمانی، تأثیر شیمی درمانی در اندام‌های جنسـی و عواطف بیمار و ایجاد خود یاری در برقراری روابط زناشـویی داده شد. پس از اتمام جلسات مشاوره، به بیماران توضیحات لازم در مورد ادامه پژوهش ارایه می‌شـد و سـپس به مدت سه ماه به آنها فرصت داده می‌شـد تا مهارت‌های جدیـد را در زندگی روزمره به کار گیرند و در این مدت پژوهشگر با گروه مورد از طریق تماس تلفنی در ارتباط بود. همچنین یک شـماره تلفن به افراد داده می‌شـد تا در صورت نیاز تماس گرفته و مشکلاتشـان را مطرح نمایند. پس از مدت مذکور مجدداً پرسشـنامه‌های QLQ- Br23 توسط هر دو گروه (مورد و شاهد) تکمیل گردید.

لازم بـه ذکر اسـت کـه در این مـدت افراد هـر دو گروه تحت مراقبت‌هـای اسـتاندارد[2] یعنی مراقبت‌های مربوط به شـیمی درمانی ماهانه، توسط پرسنل انستیتو کانسر قرار داشتند.

ابـزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشـنامه بود که از ۲ قسمت تشکیل شده بود:

پرسشـنامه مشـخصات فردی که شامل سـن، میزان تحصیلات، شـغل، تعداد فرزندان، مرحلـه بیماری، رژیم درمانی، دفعات شـیمی درمانی، دسترسی به خدمات بهداشتی، وضع اقتصادی و منابع حمایتی بود.

پرسشـنامه EORTC QLQ-Br23 کـه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پسـتان را اندازه گیری می‌کند. این پرسشنامه شامل مقیاس‌های عملکردی و مقیاس‌های علامتی اسـت که در این تحقیق مقیاس‌هـای عملکردی تصویر بدنی، عملکرد جنسـی و لذت جنسـی مورد بررسـی قرار گرفـت. هر یک از مقیاس‌های فـوق مجموعه‌ای از سـؤالات را در بـر می‌گیرند. امتیازهای اخذ شـده در محدوده ۱۰۰-۰ هسـتند و امتیاز بالاتر نشـان‌دهنده سـطح بهتر عملکرد است. شایان ذکر اسـت که پرسشـنامه فوق الذکر اسـتاندارد و اختصاصی سرطان و سـرطان پسـتان اسـت که در مطالعات متعددی در خارج از کشور جهت تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سـرطان پسـتان به کار گرفته شـده است. همچنین این پرسشـنامه در ایران توسط منتظری و همـکاران (۲۰۰۰-۱۹۹۹) بـه منظور تعیین پایایی و روایی نسـخه فارسـی مورد اسـتفاده قرار گرفته اسـت. در اندازه‌گیری پایایی مقدار ضریب آلفای کرونباخ[3] در پرسشـنامه تکمیلی ویژه سـرطان پسـتان (QLQ-Br23) مقدار ایـن ضریب در مورد مقیاس‌های چند گزینه‌ای از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ متغیر بود. همچنین روش «مقایسه گروه‌های شناخته شده»[4] برای تحلیل روایی در پرسشنامه بکار برده شد. نتایج نشان داد که پرسشـنامه قادر به افتراق بین زیرگروه‌های متفاوت بیماران از نظر وضعیت بالینی و عملکردی می‌باشـد (۱۱،۱۲). با استناد به اینکه این تحقیق دارای متغیر مسـتقل برنامه مشاوره، متغیر وابستهٔ مقیاس‌های عملکردی تصویر بدنی، عملکرد جنسی و لذت جنسی بود، از روش‌های توصیفی و آمار اسـتنباطی (بـا توجه به نوع داده‌ها) اسـتفاده گردید. جهـت تعیین اختلاف مشـخصات فردی بین گروه‌های مـورد مطالعه از آزمـون آماری کای دو و آزمون آماری تی اسـتفاده شـد. همچنین جهت تعیین اختلاف مقیاس‌های کیفیت زندگی جنسی در طی مراحل مداخلـه از آماره Wilcoxon و بین گروه‌های مـورد مطالعه از آماره Mann-Whitney استفاده گردید.

یافته‌ها

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

توزیع نمونه‌های پژوهش بر حسـب شـاخص‌های کیفیت زندگی جنسـی بـه تفکیک گروه شـاهد و مـورد در طی مراحـل مداخله در سـال ۱۳۸۳ در جدول ۲ ارایه شـده اسـت. میانه امتیاز تصویر بدنی گـروه مورد قبل از مداخله ۳۰/۱۷ و بعـد از مداخله ۵۵/۱۷ بود آماره Wilcoxon به لحاظ آماری نشـان داد اختلاف معنی‌داری بین میانه امتیـازات قبـل و بعد از مداخلـه وجـود دارد (P value< ۰/۰۰۱). در گروه شـاهد، میانـه امتیازات قبل ۴۱/۶۶ و بعـد ۸/۳۳ بود و آماره ویلکاکسون نیز به لحاظ آماری با P value < ۰/۰۰۱ نشان داد تصویر بدنی بیماران گروه شـاهد کاهش یافته اسـت. آماره منویتنی‌یو نیز با P value< ۰/۰۰۱ نشان داد، بیماران گروه مورد بعد از مداخله تصویر بدنی بهتری نسبت به گروه شـاهد داشتند. در گروه مورد میانه امتیاز عملکرد جنسی قبل از مداخله ۲/۰۳ و بعد از مداخله ۲۵/۱۹ بود و میانه

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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

جدول۱- توزیع بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی بر حسب مشخصات دموگرافیک و به تفکیک گروه‌های مورد و شاهد در سال ۱۳۸۳

مشخصات دموگرافیک	مراقبت استاندارد (n =۶۳)		مراقبت استاندارد + مشاوره گروهی (n =۵۱)		نتیجه آزمون
	تعداد بیماران	درصد	تعداد بیماران	درصد	
†مرحله بیماری					
I/II	۰	۰	۰	۰	P < ۰ /۸۹۳
III	۲۳	۳۶ /۵	۱۸	۳۵ /۳	
IV	۴۰	۶۳ /۵	۳۳	۶۴ /۷	
جمع	۶۳	۱۰۰	۵۱	۱۰۰	
†رژیم درمانی					
CMF	۰	۰	۰	۰	
CAF	۳	۴ /۸	۲	۳ /۹	
CA	۱۱	۱۷ /۵	۹	۱۷ /۶	P< ۰ /۹۹۷
Mito, vrlbe, Adria	۱۷	۲۷	۱۴	۲۷ /۵	
Taxol, Adria	۳۲	۵۰ /۸	۲۶	۵۱	
جمع	۶۳	۱۰۰	۵۱	۱۰۰	
†تحصیلات					
زیر دیپلم	۲۳	۳۶ /۵	۱۹	۳۷ /۳	
دیپلم	۳۵	۵۵ /۶	۲۸	۵۴ /۹	P< ۰ /۹۹۷
دانشگاهی	۵	۷ /۹	۴	۷ /۸	
جمع	۶۳	۱۰۰	۵۱	۱۰۰	
†شغل					
خانه دار	۴۲	۶۶ /۷	۳۵	۶۸ /۹	
کارمند	۱۹	۳۰ /۲	۱۵	۲۹ /۴	P< ۰ /۸۳۷
کارگر	۱	۱ /۶	۱	۲	
بازنشسته	۱	۱ /۶	۰	۰	
جمع	۶۳	۱۰۰	۵۱	۱۰۰	
†وضع اقتصادی					
مرفه	۵	۷ /۹	۲	۳ /۹	
نسبتا مرفه	۳۶	۵۷ /۱	۳۳	۶۴ /۷	P< ۰ /۵۷۳
غیر مرفه	۲۲	۳۴ /۹	۱۶	۳۱ /۴	
جمع	۶۳	۱۰۰	۵۱	۱۰۰	
†منابع حمایتی					
همسر- فرزندان و والدین	۳۷	۵۸ /۷	۳۰	۵۸ /۸	
خواهر یا برادر	۶	۹ /۵	۵	۹ /۸	
دوستان	۰	۰	۰	۰	P< ۰ /۶۳۸
فامیل و اقوام	۰	۰	۰	۰	
همسایگان	۲	۳ /۲	۰	۰	
همه موارد	۱۸	۲۸ /۶	۱۶	۳۱ /۴	
جمع	۶۳	۱۰۰	۵۱	۱۰۰	
+ سن					
Md±SD	۴۰ /۸۴ ± ۷/۷		۴۱ /۷۲ ± ۸ /۴		P< ۰ /۱۹۱
دامنه	۲۵-۵۵		۲۵-۵۵		
+دفعات شیمی درمانی					
Md±SD	۸ /۲۶ ± ۲ /۴۷		۸ /۳ ± ۲ /۶۶		P< ۰ /۹۰
دامنه	۳-۱۲		۳-۱۲		
+ تعداد فرزندان					
Md±SD	۴ /۲۱±۱ /۰۸		۴ /۰۶ ± ۱ /۰۵		P< ۰ /۷۸۲
دامنه	۰-۶		۰-۶		

† 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 بعداز 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 مشاور گروهی را دریافت می‌کردند نشان داد به لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری بین میانه 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 پستان‌ها 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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

جدول شماره۲ - توزیع بیماران مبتلا به سرطان پستان بر حسب شاخص‌های سلامت جنسی به تفکیک گروه شاهد و مورد در طی مراحل مداخله در سال ۱۳۸۳

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

NS: Non Significant

آماری مشـخص گردید، میزان عملکرد جنسـی و لذت جنسی در اثر مشاوره گروهی در بیماران ارتقاء یافته است (P value < ۰/۰۰۱) اما میزان عملکرد جنسـی و لذت جنسی در گروه شاهد در طول مراقبت اسـتاندارد تغییری نکرده بود. همچنین با P value < ۰/۰۰۱ نشـان داده شـد عملکرد و لذت جنسـی بیماران گروه مورد در اثر مشـاوره نسـبت به گروه شـاهد افزایش یافته بود. پژوهش Fobair و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد، مشکلات عملکردجنسی 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 سـرطان پسـتان، 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 سـبب تغییر منفی در تصویر ذهنی، کاهش عزت نفس و حس زنانگی و اختلالات جنسـی خصوصاً در زنان جوان می‌گردد (۱۷،۱۸). بنابراین عملکرد جنسی یکی از مهمترین اجزای کیفیت زندگی این بیماران می باشد و اعضای تیم بهداشـتی از جمله پرستاران باید آموزش‌های لازم را به بیماران ارایه دهند (۱۹). سرطان پستان و درمان‌های معمول آن سـبب ایجاد اختلال در عملکرد جنسـی می‌شود. این دسته از بیماران به منوپوز زودرس مبتلا می‌گردند که در نتیجه کاهش اسـتروژن سبب آتروفی واژن و کاهش آندروژن سـبب کاهش میل و تحریک جنسـی می‌گردد (۲۰). برنامه‌های مشـاوره می‌تواند شامل تأثیر سرطان و نوع درمان بر عملکرد جنسـی، بهبود ارتباط صمیمی با شـریک جنسـی، راهنمایـی جهت کاهش اثرات فیزیکی بیماری و درمان مثل از دسـت دادن مو، و اسـتراتژیهای کمک به خود جهت غلبه بر مشکلات جنسی مثل درد هنگام مقاربت یا از دست دادن میل جنسی باشد (۲۱).

نتیجه‌گیری

از طریق فرآیند مشاوره می‌توان به بیماران مبتلا به سرطان آموخت کـه چگونه با بیماری خود زندگی کنند مشـاوره به عنوان یک فرآیند پویای حل مشـکل می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی جنسی شود و به طور چشـمگیری باعث کاهش اضطـراب، افزایش دانش، معلومات و تقویت ادراک شـخص از اهداف زندگی شده، رفتارهای تطابقی توانایی سـازگاری بیمار را بهبود بخشد. نقش پرسـتار مشاور در این زمینه به عنوان یـک درمانگر حمایت کننده غیر قابل تردید اسـت و همچنین مشـاوره 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 مشـاوره پرسـتاری را در ارتقـاء کیفیت زندگی جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده است، می‌توان گفت گرچه از مشکلات جسمی و اقتصادی بیماری سرطان پستان نمی‌توان پیشـگیری نمود، ولی با انجام مشاوره و ارایه 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 سـرطان‌ها برداشـته و در کاربرد و اسـتفاده از شـاخص 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 پرسـنل محترم مرکز انسـتیتو کانسـر بیمارسـتان امام خمینی کـه همکاری لازم را با پژوهشـگران نمودند تشکر نماییم.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]

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.

٤ ـ رمضانی طاهره. میزان افسـردگی و نیاز به مشـاوره در زنان مبتلا به سرطان پسـتان در مراکز شیمی درمانی شهر کرمان. مجله اندیشه و رفتار ۱۳۸۰ ، سال ششم ، شماره ٤: ص ۷۷ ـ ۷۰.

۵ – نعمت الهی آذر. بررسـی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارسـتانهای دانشـگاه 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 – اسـمعیلی ر. بررسی تصویر ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستانهای امام خمینی و امام حسـین شهر تهران ۱۳۸۱.پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ، ۱۳۸۲.

١٤ – رسـتمی الـف، عمران پور ف، رمضـان زاده ف و همکاران . تاثیر آموزش بهداشـت بر آگاهی نگرش و کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی ، مجله دانشور ۱۳۸۲؛ سال یازدهم، شماره ٤۹: 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 Rehabititation 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.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-05]