

بررسی تأثیر جلسات آموزشی زوجین بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان با ماستکتومی

محمد رضا شعربافچی^۱، فاطمه رجبی^۲، فروغ شش بلوکی^۳، سلیمان قادری^۴، مریم فیاضی^۵، سیده زینب موسوی^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرطان پستان، شایع‌ترین بدخیمی در بین زنان می‌باشد که کیفیت زندگی آن‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. ماستکتومی، به عنوان یکی از شایع‌ترین درمان‌های سرطان پستان، دارای اثرات منفی متعددی بر روی عملکرد جنسی و کیفیت زندگی این بیماران می‌باشد. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تأثیر جلسات آموزش زوجین بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان با ماستکتومی انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی تصادفی مورد-شاهدی، تعداد ۴۵ بیمار مبتلا به سرطان پستان در دو گروه مورد (۲۱ نفر) و شاهد (۲۴ نفر) قرار گرفتند. در گروه مورد، بیماران در طی ۳ جلسه، آموزش در زمینه‌ی شرایط بعد از ماستکتومی، روابط جنسی، احساسات متقابل و نوازشگری دریافت کردند. کیفیت زندگی در ویزیت غربالگری و دوازده هفته بعد از مداخله با استفاده از پرسش‌نامه‌ی World Health Organization's quality of life-brief (WHOQOL-BREF) ارزیابی شد.

یافته‌ها: در گروه مورد، زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، سلامت محیط و سلامت عمومی به طور معنی‌داری پس از دریافت آموزش افزایش یافت ($P < 0/010$). در گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری در زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط بین ویزیت غربالگری و هفته‌ی ۱۲ وجود نداشت ($P > 0/050$).

نتیجه‌گیری: آموزش در خصوص شرایط پس از ماستکتومی، روابط جنسی، احساسات متقابل و نوازشگری به عنوان یک برنامه‌ی درمانی و پیش‌گیری، می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی گردد.

واژگان کلیدی: سرطان پستان، ماستکتومی، کیفیت زندگی

ارجاع: شعربافچی محمد رضا، رجبی فاطمه، شش بلوکی فروغ، قادری سلیمان، فیاضی مریم، موسوی سیده زینب. بررسی تأثیر جلسات آموزشی زوجین بر

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان با ماستکتومی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۱۳): ۸-۱

درد و رنج حاصل از بیماری، کاهش میزان عملکرد، نگرانی نسبت به آینده، ترس از مرگ، عوارض درمان‌ها، اختلال در تصویر ذهنی از بدن، مشکلات جنسی، اضطراب، افسردگی و احساس گناه، از جمله عواملی هستند که سلامت روان و در نتیجه کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان را دچار اختلال می‌نمایند (۵).

امروزه، درمان‌های متعددی نظیر لامپکتومی، ماستکتومی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و درمان‌های ترکیبی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار می‌گیرد که مجموعه‌ی آن‌ها، سبب

مقدمه

سرطان پستان، دومین سرطان شایع در دنیا و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در بین زنان می‌باشد (۱). این بیماری، همچنین یکی از شایع‌ترین بدخیمی‌ها در زنان ایرانی است که در سنین ۴۹-۶۰ سال بیشترین شیوع را دارد (۲-۳). پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که علاوه بر عوارض جسمی، بیماران مبتلا به سرطان پستان در معرض فشارهای روانی بسیاری نیز قرار دارند که عامل پیدایش اختلالات روانی-اجتماعی متعددی در زندگی آن‌ها و خانواده‌شان است (۴).

۱- استادیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز پیش‌گیری و کنترل سرطان آلا (مکسا)، اصفهان، ایران

۲- استادیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی و گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- روان‌شناس بالینی، مرکز پیش‌گیری و کنترل سرطان آلا (مکسا) و مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- روان‌شناس بالینی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۶- روان‌شناس، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: foruq.sheshbolooki@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤول: فروغ شش بلوکی

روش‌ها

طراحی مطالعه و جامعه‌ی آماری: این مطالعه، از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار بود که در سال ۱۳۹۶ در بیمارستان امید و مرکز پیش‌گیری و کنترل سرطان آلا (مکسا) در اصفهان انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان با ماستکتومی بود. این مطالعه، بر اساس بیانیه‌ی Helsinki در زمینه‌ی تحقیقات زیست‌پزشکی (Biomedical) بر روی انسان‌ها طراحی شد و توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد تأیید قرار گرفت. نمونه‌گیری به روش غیر احتمالی و آسان صورت گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت از زنان بین ۶۵-۱۸ سال، تشخیص سرطان پستان در مرحله‌ی (Stage) ۱، ۲ یا ۳a، قرار داشتن در فاصله‌ی زمانی قبل از ماستکتومی تا کمتر از ۴ هفته بعد از ماستکتومی، انجام شیمی‌درمانی و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، عدم وجود اختلالات افسردگی، عدم وجود اختلالات دو قطبی و یا اختلالات سایکوتیک بر اساس معیارهای تشخیصی *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-first version (DSM-V)*، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب در زمان ورود به مطالعه تا ۲ هفته قبل از آن، عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی فردی و یا گروهی در زمان ورود به مطالعه تا ۴ هفته قبل از آن، عدم وجود اختلال پایدار در ارتباط کلامی، عدم وجود درد غیر قابل کنترل در زمان ورود به مطالعه و عدم وجود برنامه یا افکار جدی خودکشی بودند. معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم رضایت جهت ادامه‌ی مطالعه و نیاز به سایر مداخلات درمانی روان‌پزشکی در حین مطالعه بودند.

در خصوص شرایط مطالعه، منافع و مضرات احتمالی آن، نحوه‌ی برگزاری جلسات و مراجعات پی‌گیری، طول مدت مطالعه و سایر موارد لازم، اطلاعات کافی به بیماران داده شد و رضایت‌نامه‌ی کتبی آگاهانه از بیماران دریافت شد.

ابزار سنجش: World Health Organization's quality of life-brief

(WHOQOL-BREF) پرسش‌نامه‌ی شامل ۲۶ مورد و برگرفته از نسخه‌ی ۱۰۰ موردی این پرسش‌نامه است که تمامی حوزه‌های آن از پایایی مورد قبولی برخوردار می‌باشند (۱۵). این پرسش‌نامه، چهار حیطه‌ی وسیع را می‌سنجد که عبارت از سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشند. همچنین، دو سؤال به ارزیابی سلامت عمومی اختصاص یافته است. موارد پرسش‌نامه بر روی یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای ارزیابی می‌شود و نمره‌ی بالاتر، نشان دهنده‌ی کیفیت زندگی بهتر است (۱۶). این مقیاس، توسط نجات و همکاران به زبان فارسی ترجمه و اعتبارسنجی شده است. پایایی (α) نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه در تمام حیطه‌ها

افزایش میزان بقا در این بیماران شده است (۶). با این وجود، بیماران مبتلا به سرطان پستان با طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی نظیر مشکلات جنسی مواجه می‌شوند که می‌تواند به دلیل خود بیماری و یا درمان‌های مورد استفاده در آن باشد (۷). درمان سرطان و عوارض ناشی از آن و همچنین، آسیب ناشی از تجربه‌ی ابتلا به این بیماری، اثرات چشم‌گیری بر روی جنبه‌های مختلف فعالیت جنسی این بیماران می‌گذارد (۸). مطالعات صورت گرفته بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان، نشان می‌دهد که ۷۰-۶۸ درصد آن‌ها حداقل یک بار مشکلات جنسی را تجربه کرده‌اند (۹-۱۰).

ماستکتومی، یکی از روش‌های درمانی اصلی در سرطان پستان می‌باشد که می‌تواند باعث ایجاد احساس نقص یا ضعف، احساس غم و اندوه و نگرانی شدید، تصویر ذهنی نامناسب از بدن، فقدان جذابیت و اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا شود و از این طریق، باعث بروز بیشتر اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی شود (۱۰).

بروز افسردگی پس از ماستکتومی در مبتلایان به سرطان پستان، می‌تواند اثرات مخربی بر روی کیفیت زندگی این بیماران بگذارد (۱۱). در این زمینه، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که افسردگی و علایم مربوط به آن، به علت اثراتی که بر میزان استرس و نیز ابعاد گوناگون سلامت بیمار دارد، سبب افت کیفیت کلی زندگی فرد، تداخل با درمان و در نهایت کاهش میزان بقا می‌شود (۱۲).

تاکنون در این زمینه، راه‌کارهای دارویی و غیر دارویی گوناگونی به منظور بهبود وضعیت روانی بیماران و افزایش کیفیت زندگی پیشنهاد شده است (۱۳). از آن جایی که ماستکتومی تهدیدی برای شکل ظاهری، تمایلات جنسی و سلامت روانی بیمار و شریک زندگی وی محسوب می‌شود، مطالعاتی در مورد اثرات سوء آن بر کیفیت زندگی زوجین انجام شده است که نتایج آن‌ها پیشنهاد کننده‌ی ترکیبی از درمان‌های گوناگون روانی جنسی برای زوجین به عنوان جایگزینی مؤثر برای روان‌درمانی‌های فردی و گروهی در بیماران با ماستکتومی می‌باشد (۸).

همچنین، بسیاری از پژوهش‌های گذشته، ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع‌تری برای مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای به منظور کاهش علایم جسمی و روانی بیماری، بهبود روابط جنسی و در نهایت، ارتقای کیفیت زندگی بیماران را مورد تأکید قرار داده‌اند (۱۴). به طور کلی، مطالعات گذشته اغلب به تأثیر ماستکتومی بر روی کیفیت زندگی و همچنین، تأثیر سایر روش‌های آموزشی و مشاوره‌ای بر روی کیفیت زندگی پرداخته‌اند. در این مطالعه، به تأثیر جلسات آموزش زوجین در خصوص ارتباط خانوادگی و جنسی و تأثیر سرطان بر بیمار و شریک او و ارتباطشان بر روی کیفیت زندگی پرداخته شد.

بالای ۰/۷ گزارش شده است (۱۷).

روش اجرا: غربالگری اختلالات روان‌پزشکی با نظارت یک روان‌پزشک و بر اساس معیارهای DSM-V انجام شد. به منظور انجام این پژوهش، در ابتدا ۶۴ بیمار انتخاب شدند که بعد از گزینش بیماران بر اساس معیارهای ورود و حذف، در نهایت ۴۵ نفر وارد مطالعه و به دو گروه مورد (۲۱ نفر) و شاهد (۲۴ نفر) تقسیم شدند. بیماران به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند و آن‌ها و نیز پژوهشگران از نوع مداخله‌ی دریافتی برای هر فرد آگاهی نداشتند و از این‌رو، مطالعه به صورت دو سو کور انجام شد. در شروع مطالعه، توضیحات کافی در خصوص اهداف طرح به بیماران داده شد و رضایت‌نامه‌ی آگاهانه برای شرکت در مطالعه اخذ گردید اطلاعات دموگرافیک و سوابق بیماری پرسیده و در چک لیست ویژه‌ی طرح ثبت شد.

در گروه مورد، یک برنامه‌ی آموزش زوجین در خصوص شرایط بعد از ماستکتومی، روابط جنسی، احساسات متقابل و نوازشگری طی سه جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای با فاصله‌ی یک هفته بین جلسات به صورت زوجی و با مشارکت زوجها توسط روان‌پزشک صورت گرفت. محتوای جلسات عبارت از یادگیری پیرامون ارتباط، خانواده و اهمیت حقایق سرطان؛ بحث در خصوص تأثیر سرطان بر بیمار و شریک او و ارتباطشان؛ یادگیری پیرامون علائم استرس، تشخیص و احترام، تفاوت‌های زوجین در مقابله با استرس؛ یادگیری مهارت‌های آرام‌سازی؛ بحث درباره‌ی نگرانی‌های تمایلات جنسی رایج موجود در بیماران و همسران آن‌ها؛ اثرات تشخیص و درمان سرطان پستان بر جنبه‌های صمیمیت جسمانی؛ تهیه‌ی فهرست صمیمیت با تمرکز بر حس غیر ژنیتال؛ آموزش مهارت گوینده-شنونده؛ بحث پیرامون اشکال متفاوت نیازهای حمایتی افراد مبتلا به سرطان و همسران آن‌ها (نظیر نیازهای حمایت عاطفی) و ترسیم اولویت‌ها و اهداف جدید آینده بودند.

در گروه شاهد، یک جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درباره‌ی آموزش کلیات سرطان برگزار شد. کیفیت زندگی در ویزیت غربالگری و سپس، در هفته‌ی ۱۲ با استفاده از پرسش‌نامه‌ی WHOQOL-BREF مورد ارزیابی قرار گرفت.

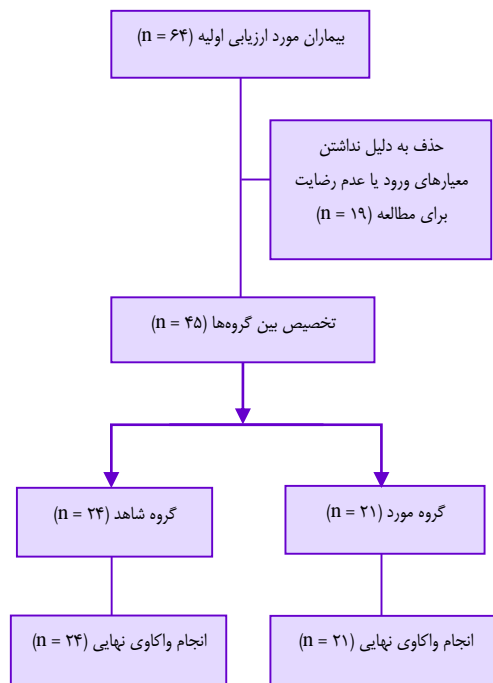
تجزیه و تحلیل اطلاعات: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) صورت گرفت. با استفاده از آزمون Kolmogrov-Smirnov توزیع طبیعی داده‌ها بررسی شد و بر حسب آن، از آزمون‌های پارامتریک و یا غیر پارامتریک برای واکاوی داده‌های کمی استفاده شد. به منظور مقایسه‌ی بین هر کدام از متغیرهای کمی بین دو گروه مورد مطالعه، از آزمون‌های Independent t و Mann-Whitney استفاده گردید. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی از آزمون‌های Spearman و

Pearson استفاده گردید. توزیع و ارتباط بین متغیرهای کیفی با استفاده از آزمون χ^2 مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌ها بر اساس میانگین \pm انحراف معیار و تعداد (درصد) بیان شد و $P < 0/050$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی: به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات فقط در جهت اهداف پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد و محرمانه خواهد بود. محققین خود را متعهد دانستند کلیه‌ی کدهای اخلاق در پژوهش مصوب کمیته‌ی اخلاق در پژوهش‌های پزشکی را رعایت کنند. در این مطالعه، در نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات به بیماران تداخلی ایجاد نشد.

یافته‌ها

از افراد شرکت کننده، ۲۱ بیمار در گروه مورد و ۲۴ بیمار در گروه شاهد مطالعه را به پایان بردند (شکل ۱).



شکل ۱. فلوچارت بیماران مورد بررسی در مطالعه

میانگین سن در گروه مورد $47/52 \pm 9/58$ سال و در گروه شاهد $48/04 \pm 10/39$ سال بود که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد ($P = 0/864$). در گروه مورد ۶ بیمار (۲۸/۶ درصد) قاعدگی منظم و ۵ نفر (۲۳/۸ درصد) قاعدگی نامنظم داشتند و ۱۰ بیمار (۴۷/۶ درصد) یائسه بودند که این مقادیر برای گروه شاهد به ترتیب ۷ (۲۹/۲ درصد)، ۴ (۱۶/۷ درصد) و ۱۳ بیمار (۵۴/۲ درصد) بود ($P = 0/820$). همچنین، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه از نظر شغل و تعداد فرزند و سایر بیماری‌های زمینه‌ای یافت نشد (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک بیماران در دو گروه مورد و شاهد

مقدار P	مشخصات دموگرافیک	
	گروه شاهد (n = 24) میانگین ± انحراف معیار	گروه مورد (n = 21) میانگین ± انحراف معیار
0/864	48/04 ± 10/39	47/52 ± 9/58
0/866	2/30 ± 1/66	2/38 ± 1/28
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
0/336	3 (12/5)	3 (14/3)
	5 (20/8)	8 (38/1)
	10 (41/7)	6 (28/6)
	5 (20/8)	3 (14/3)
	1 (4/2)	1 (4/8)
0/827	7 (29/2)	6 (28/6)
	4 (16/7)	5 (23/8)
	13 (54/2)	10 (47/6)
0/177	16 (66/7)	18 (85/7)
	8 (33/3)	3 (14/3)
0/489	5 (20/8)	3 (14/3)
	1 (4/2)	1 (4/8)
	4 (16/7)	1 (4/8)
	1 (4/2)	0 (0)

اجتماعی، سلامت محیط و سلامت عمومی در هفته‌ی ۱۲ به طور معنی‌داری نسبت به ویزیت غربالگری افزایش یافت ($P < 0/010$).

بر اساس جدول ۲، در ارزیابی کیفیت زندگی در گروه مورد، میانگین زیرمقیاس سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط

جدول ۲. مقایسه‌ی زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بین دو گروه مورد و شاهد در ویزیت غربالگری و هفته‌ی ۱۲

مقدار P	تفاوت میانگین دو ویزیت		ویزیت غربالگری		زیرمقیاس
	تفاوت میانگین دو ویزیت غربالگری و هفته‌ی ۱۲	هفته‌ی ۱۲ میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
< 0/001	28/23 ± 13/21	69/89 ± 9/07	41/66 ± 19/07	گروه مورد	سلامت جسمانی
0/713	-1/33 ± 17/61	45/38 ± 18/07	46/72 ± 18/02	گروه شاهد	
	< 0/001	< 0/001	0/366		مقدار P
< 0/001	24/68 ± 11/93	66/07 ± 10/14	41/38 ± 18/49	گروه مورد	سلامت روان‌شناختی
0/418	-2/60 ± 15/48	39/93 ± 18/30	42/53 ± 16/52	گروه شاهد	
	< 0/001	< 0/001	0/826		مقدار P
< 0/001	26/98 ± 17/26	80/55 ± 11/28	52/57 ± 25/49	گروه مورد	روابط اجتماعی
0/775	0/69 ± 11/76	50/00 ± 17/37	49/30 ± 49/19	گروه شاهد	
	< 0/001	< 0/001	0/529		مقدار P
< 0/001	10/41 ± 7/35	66/07 ± 11/53	55/65 ± 14/67	گروه مورد	سلامت محیط
0/601	-0/91 ± 8/41	57/68 ± 12/66	58/59 ± 15/67	گروه شاهد	
	< 0/001	0/026	0/522		مقدار P
< 0/001	18/45 ± 14/58	71/42 ± 15/88	52/97 ± 22/67	گروه مورد	سلامت عمومی
0/034	-9/89 ± 21/48	33/85 ± 21/95	43/75 ± 18/79	گروه شاهد	
	< 0/001	< 0/001	0/143		مقدار P

بروز یا تشدید علائم استفاده شد که با توجه به افزایش کیفیت زندگی در مطالعه، ممکن است بهبود این شاخص به واسطه‌ی افزایش کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی بیماران پس از دریافت مداخله باشد. در مطالعه‌ی دیگری که توسط شریف و همکاران بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از ماستکتومی صورت گرفت، به بررسی تأثیر جلسات آموزشی بر روی کیفیت زندگی این بیماران پرداخته شد (۱۸). در این مطالعه، چهار جلسه‌ی آموزشی حاوی مطالبی در مورد شیوه‌های آرام‌سازی، شرایط بعد از ماستکتومی و مفهوم سرطان و روش‌های درمانی آن برای بیماران گروه مورد برگزار گردید. به طور مشابه با مطالعه‌ی حاضر، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که تمام ابعاد کیفیت زندگی پس از دریافت جلسات آموزشی بهبود پیدا کرده است و همچنین، علائم بیماران نیز به طور معنی‌داری کاهش یافته است. اگر چه نتایج این مطالعه مشابه یافته‌های گزارش شده در مطالعه‌ی حاضر می‌باشد، اما تفاوت‌هایی به خصوص در نوع آموزش و محتوای آن‌ها که در طی جلسات برای بیماران ارائه می‌شود، بین دو مطالعه وجود دارد. در مطالعه‌ی حاضر، آموزش‌هایی در خصوص ماستکتومی، روابط جنسی، احساسات متقابل و نوازشگری در طی جلسات ارائه شد؛ در حالی که در مطالعه‌ی آن‌ها، آموزش‌هایی اغلب در خصوص روش‌های آرام‌سازی، مفهوم بیماری، روش‌های درمانی، تکنیک‌های تطابق با بیماری و مراقبت از خود ارائه شده است که این تفاوت‌ها خود نتیجه‌گیری و مقایسه در خصوص تأثیر روش‌های آموزشی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از ماستکتومی را پیچیده می‌کند. در مطالعه‌ی دیگری که توسط هروی کرمی و همکاران با هدف بررسی تأثیر مشاوره‌ی گروهی بر کیفیت زندگی جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی صورت گرفت، زنان مبتلا به سرطان پستان در دو گروه مراقبت رایج و گروه مراقبت رایج و مشاوره‌ی گروهی مورد بررسی قرار گرفتند (۱۹). در این مطالعه، در طی پنج جلسه‌ی آموزش گروهی، مطالب آموزشی جهت آشنایی بیشتر با بیماری، تأثیر سرطان بر روی اندام‌های جنسی، عواطف بیمار و ایجاد خودیاری در برقراری روابط زناشویی به بیماران ارائه شد. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که آموزش در خصوص بیماری سرطان پستان و ابعاد جنسی متأثر از این بیماری، سبب ارتقای مقیاس‌های تصویر بدنی و عملکرد جنسی و لذت جنسی می‌گردد و در نتیجه، کیفیت زندگی جنسی این بیماران را بهبود می‌بخشد. اگر چه نتایج این مطالعه نیز مشابه مطالعه‌ی حاضر بود، اما شاخص‌هایی که در این مطالعه جهت ارزیابی تأثیر آموزش‌ها مورد بررسی قرار گرفتند، متفاوت از شاخص‌های بررسی شده در مطالعه‌ی حاضر بودند. همچنین، نتایج مطالعه‌ی حاضر، بهبود سلامت روان‌شناختی (احساسات مثبت، معنویت، اعتماد به نفس و ...) در گروه مورد بعد

در گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری در میانگین زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط بین هفته‌ی ۱۲ و ویزیت غربالگری یافت نشد با این وجود، میانگین سلامت عمومی در گروه شاهد در هفته‌ی ۱۲ ($21/95 \pm 33/85$) به طور معنی‌داری نسبت به ویزیت غربالگری ($18/79 \pm 43/75$) کاهش یافت ($P = 0/030$) (جدول ۲). همچنین، نتایج مطالعه نشان می‌دهد که میانگین میزان افزایش زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، سلامت محیط و سلامت عمومی در گروه مورد به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود (جدول ۲).

بحث

مطالعه‌ی حاضر، با هدف بررسی تأثیر جلسات آموزش زوجین بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان با ماستکتومی صورت گرفت که در این خصوص، نتایج مطالعه نشان داد که میانگین زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، سلامت محیط و سلامت عمومی در بیماران گروه مورد پس از دریافت آموزش در خصوص شرایط بعد از ماستکتومی، روابط جنسی، احساسات متقابل و نوازشگری به طور معنی‌داری افزایش پیدا کرده است. با این وجود، تفاوت معنی‌داری در زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی در گروه شاهد بین ویزیت غربالگری و هفته‌ی ۱۲ مطالعه یافت نشد. از طرفی، زیرمقیاس سلامت عمومی در این گروه در هفته‌ی ۱۲ نسبت به ویزیت غربالگری کاهش معنی‌داری را نشان داد که خود نشان دهنده‌ی بدتر شدن وضعیت سلامت عمومی این بیماران می‌باشد.

در مطالعه‌ی حاضر که توسط فغانی و همکاران صورت گرفت، بیماران مبتلا به سرطان پستان که تحت ماستکتومی قرار گرفته بودند، در دو گروه مورد و شاهد مورد بررسی قرار گرفتند (۱۰). در گروه مورد، بیماران در طی چهار جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای مشاوره و آموزش در زمینه‌ی مسایل جنسی دریافت کردند. نتایج مطالعه نشان داد که میزان کیفیت زندگی جنسی و شاخص فعالیت جنسی بیماران در گروه مورد بعد از دریافت جلسات مشاوره و آموزش به طور معنی‌داری بهبود یافته است. از جمله تفاوت‌های مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی آن‌ها، نوع متغیرهای مورد بررسی جهت ارزیابی کارایی جلسات آموزش می‌باشد؛ چرا که در مطالعه‌ی حاضر، میزان کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن مورد بررسی قرار گرفت؛ در حالی که در مطالعه‌ی آن‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های متفاوت، کیفیت زندگی جنسی و شاخص عملکرد جنسی مورد ارزیابی قرار گرفت. از طرفی، در مطالعه‌ی حاضر از آرایه‌ی آموزش به عنوان ابزاری برای پیش‌گیری از

شرایط پس از ماستکتومی، روابط جنسی، احساسات متقابل و نوازشگری، می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، سلامت محیط و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی گردد. از طرفی، عدم استفاده از آموزش در خصوص شرایط پس از ماستکتومی، می‌تواند با کاهش سلامت عمومی در این بیماران همراه باشد. با این وجود، مطالعات بیشتری در خصوص بررسی روش‌های گوناگون آموزش و مشاوره به منظور بهبود کیفیت زندگی و عملکرد جنسی این بیماران نیاز می‌باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه و همچنین، مرکز پیش‌گیری و کنترل سرطان آلا (مکسا) تشکر می‌کنند. مقاله‌ی حاضر حاصل پایان‌نامه‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی عمومی است که با شماره‌ی ۳۹۵۶۷۰ در حوزه‌ی معاونت پژوهشی دانشکده‌ی پزشکی تصویب و با حمایت مرکز تحقیقات روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. از این رو، نویسندگان مقاله از زحمات ایشان تقدیر و تشکر می‌نمایند.

از دریافت آموزش را نشان داد. از این رو، به نظر می‌رسد آموزش در خصوص روابط جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی علاوه بر تأثیری که بر روی عملکرد و کیفیت روابط جنسی این بیماران می‌گذارد، از طریق بهبود وضعیت روان‌شناختی نیز باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر، می‌توان به حجم کم نمونه‌ی مورد بررسی، عدم بررسی کیفیت زندگی جنسی و عملکرد جنسی و تأثیر تعداد جلسات بر روی متغیرهای مورد بررسی و عدم استفاده از پرسش‌نامه‌های اختصاصی بیشتری برای بررسی ابعاد گوناگون کیفیت زندگی اشاره نمود.

از این رو، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، علاوه بر بررسی متغیرهای کیفیت زندگی و افسردگی، شاخص‌هایی همچون شاخص عملکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به مقایسه‌ی تأثیر تعداد جلسات مختلف و محتوای گوناگون آموزشی و شیوه‌های مختلف آموزشی بر روی کیفیت زندگی و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی پرداخته شود. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد که آموزش در خصوص

References

1. Akram M, Iqbal M, Daniyal M, Khan AU. Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biol Res* 2017; 50(1): 33.
2. Akbari ME, Sayad S, Sayad S, Khayamzadeh M, Shojae L, Shormeji Z, et al. Breast cancer status in Iran: Statistical analysis of 3010 cases between 1998 and 2014. *Int J Breast Cancer* 2017; 2017: 2481021.
3. Zarei M, Bagheri-Saweh MI, Rasolabadi M, Vakili R, Seidi J, Kalhor MM, et al. Breast cancer research in Iran: A scientometric analysis of publications output from 1991 to 2015 in Scopus. *Electron Physician* 2017; 9(2): 3816-22.
4. Jafari A, Goudarzian AH, Bagheri NM. Depression in women with breast cancer: a systematic review of cross-sectional studies in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2018; 19(1): 1-7.
5. McCall M. Yoga intervention may improve health-related quality of life (HRQL), fatigue, depression, anxiety and sleep in patients with breast cancer. *Evid Based Nurs* 2018; 21(1): 9.
6. Ribnikar D, Ratosi I, Perhavec A, Amir E. General overview and treatment recommendations for young women with breast cancer. *Rev Invest Clin* 2017; 69(2): 77-93.
7. Izci F, Ilgun AS, Findikli E, Ozmen V. Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. *J Breast Health* 2016; 12(3): 94-101.
8. Carroll AJ, Baron SR, Carroll RA. Couple-based treatment for sexual problems following breast cancer: A review and synthesis of the literature. *Support Care Cancer* 2016; 24(8): 3651-9.
9. Mendoza N, Molero F, Criado F, Cornellana MJ, Gonzalez E. Sexual health after breast cancer: Recommendations from the Spanish Menopause Society, Federacion Espanola de Sociedades de Sexologia, Sociedad Espanola de Medicos de Atencion Primaria and Sociedad Espanola de Oncologia Medica. *Maturitas* 2017; 105: 126-31.
10. Faghani S, Ghaffari F. Effects of sexual rehabilitation using the PLISSIT model on quality of sexual life and sexual functioning in post-mastectomy breast cancer survivors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17(11): 4845-51.
11. Abbasi B, Mirzakhany N, Angooti OL, Irani A, Hosseinzadeh S, Tabatabaei SM, et al. The effect of relaxation techniques on edema, anxiety and depression in post-mastectomy lymphedema patients undergoing comprehensive decongestive therapy: A clinical trial. *PLoS One* 2018; 13(1): e0190231.
12. Juhl AA, Christensen S, Zachariae R, Damsgaard TE. Unilateral breast reconstruction after mastectomy - patient satisfaction, aesthetic outcome and quality of life. *Acta Oncol* 2017; 56(2): 225-31.
13. Amiel CR, Fisher HM, Carver CS, Antoni MH. The importance of stress management among postresection breast cancer patients. *Future Oncol* 2016; 12(24): 2771-4.
14. Gudenkauf LM, Ehlers SL. Psychosocial interventions in breast cancer survivorship care. *Breast* 2018; 38: 1-6.

15. Jang Y, Hsieh CL, Wang YH, Wu YH. A validity study of the WHOQOL-BREF assessment in persons with traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85(11): 1890-5.
16. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004; 13(2): 299-310.
17. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006; 4(4): 1-12. [In Persian].
18. Sharif F, Abshorshori N, Tahmasebi S, Hazrati M, Zare N, Masoumi S. The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz, Iran 2009. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 74.
19. Heravi Karimovi M, Pourdehqan M, Jadid Milani M, Foroutan S, Aieen F. Study of the effects of group counseling on quality of sexual life of patients with breast cancer under chemotherapy at Imam Khomeini Hospital. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2006; 16(54): 43-51. [In Persian].

The Effect of Educational Sessions for Couples on Quality of Life among Patients with Breast Cancer Undergoing Mastectomy

Mohammad Reza Sharbafchi¹, Fatemeh Rajabi², Forugh Sheshboluki³, Soleyman Ghaderi⁴, Maryam Fayazi⁵, Seyedeh Zeinab Mousavi⁶

Original Article

Abstract

Background: Breast cancer is the most common malignancy among women, which greatly affects their quality of life. Mastectomy as one of the most used treatment strategies in breast cancer has many negative effects on sexual relationship and quality of life in these patients. Therefore, in this study, we aimed to investigate the effect of an educational program for couples, on quality of life in patients with breast cancer after mastectomy.

Methods: In this randomized controlled clinical trial study, 45 patients with breast cancer were divided into two groups of intervention (n = 21) and control (n = 24). In intervention group, the patients received education in the field of sexual relations, reciprocal emotions, and post-mastectomy conditions during three sessions. Quality of life was evaluated using the World Health Organization's quality of life-brief (WHOQOL-BREF) questionnaire in the screening visit and 12 weeks after intervention.

Findings: In intervention group, the subscales of quality of life including physical health, psychological health, social relationships, environmental health, and general health significantly increased after education ($P < 0.010$). There was no significant difference in control group in the physical health, psychological health, social relationships, and environmental health subscales between the screening visit and 12 week later ($P > 0.050$).

Conclusion: Education regarding post-mastectomy conditions, sexual relations, reciprocal emotions, and caressing as a therapeutic and preventive program can increase the quality of life in patients with breast cancer after mastectomy.

Keywords: Breast cancer, Mastectomy, Quality of life

Citation: Sharbafchi MR, Rajabi F, Sheshboluki F, Ghaderi S, Fayazi M, Mousavi SZ. **The Effect of Educational Sessions for Couples on Quality of Life among Patients with Breast Cancer Undergoing Mastectomy.** J Isfahan Med Sch 2019; 37(513): 1-8.

1- Assistant Professor, Psychosomatic Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences AND ALA Cancer Prevention and Control Center (MACSA), Isfahan, Iran

2- Assistant Professor, Psychosomatic Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Student of Medicine, Student Research Committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Clinical Psychologist, ALA Cancer Prevention and Control Center (MACSA) and Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Clinical Psychologist, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

6- Psychologist, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Forugh Sheshboluki, Email: foruq.sheshbolooki@gmail.com