

The Effect of Implementing an Empowerment Training Program on Life expectancy of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy

Mariyeh Moloudi ¹, Nooshin Abbasi Abianeh ², Shiva Salehi ^{*3}

1. Master's student of medical-surgical Nursing, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran. ORCID: 0009-0009-2782-6316

2-Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0001-8447-3259

3-Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran. ORCID: 0000-0001-6829-5552

***Corresponding Author:** Shiva Salehi, Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Midwifery and Nursing, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: salehi.shiva@yahoo.com

Received: 27 Oct 2024

Revised: 22 Feb 2025

Accepted: 23 Feb 2025

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common cancer and the leading cause of death in women. Given the psychological pressures and lack of education and research in this field, it is essential to pay attention to patient empowerment. The present study was conducted to determine the effect of an empowerment program on the life expectancy of breast cancer patients undergoing chemotherapy.

Methods: The present study is an experimental study with a pre-test-post-test design with random selection and a control group, the statistical population of which was breast cancer patients referred to Shahid Rajaei and Imam Ali (AS) hospitals in Alborz. According to the inclusion criteria, 88 patients were randomly assigned to two intervention and control groups. In the intervention group, the empowerment program was implemented in 4 sessions of 60 minutes in groups of 3-4 people using the group discussion method. Data were completed before and after the intervention using the Herth Hope Index. Data were analyzed using SPSS version 16 statistical software and Chi-square, Fisher's exact, independent t-test, and paired t-test statistical tests.

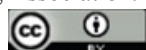
Results: There was no statistically significant difference between the two groups in terms of demographic variables ($p > 0.05$). The mean hope scores of patients before the intervention were 36.15 ± 6.07 in the intervention group and 36.59 ± 5.35 in the control group, which was not statistically significant ($p = 0.725$). After the intervention, it was 40.77 ± 5.31 in the intervention group and 36.91 ± 4.92 in the control group, and this difference was significant in the intervention group ($p < 0.001$). Also, the empowerment program, with an effect size of 0.75 (Cohen effect), significantly increased patients' life expectancy.

Conclusion: Implementing a self-care empowerment program through group discussion and telephone follow-up to resolve ambiguities and consolidate learning can be effective in promoting hope in breast cancer patients undergoing chemotherapy. Therefore, it is essential to emphasize the education and empowerment of these patients by nurses.

Keywords: Life expectancy, empowerment, self-care, breast cancer, chemotherapy

How to cite this article: Moloudi M, Abbasi Abianeh N, Salehi Sh. The Effect of Implementing an Empowerment Training Program on Life expectancy of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. Journal of Nursing Education (JNE). May 2020. p93-106 (in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



تأثیر اجرای برنامه آموزش توانمندسازی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی

ماریه مولودی^۱، نوشین عباسی ایبانه^۲، شیوا صالحی^{۳*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی- جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ORCID: ۰۰۰۹-۰۰۰۹-۲۷۸۲-۶۳۱۶

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۸۴۴۷-۳۲۵۹

۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۶۸۲۹-۵۵۵۲

*نویسنده مسئول: شیوا صالحی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده مامایی و پرستاری، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ایمیل: salehi.shiva@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۵

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۳/۱۲/۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۶

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان و عامل اصلی مرگ و میر در زنان است. با توجه به فشارهای روانی و کمبود آموزش و پژوهش در این زمینه، توجه به توانمندی بیماران ضروری است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه توانمندسازی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام شده است.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با انتخاب تصادفی و گروه کنترل است که جامعه آماری آن بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهید رجایی و امام علی (ع) البرز بودند. با توجه به معیارهای ورود ۸۸ بیمار به روش تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله برنامه توانمندسازی ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در گروه‌های ۳-۴ نفره به روش بحث گروهی اجرا شد. داده‌ها قبل و بعد از مداخله با استفاده از شاخص امید هرت تکمیل گردید. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و آزمون‌های آماری کای دو، دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوجی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$). میانگین نمرات امید به زندگی بیماران قبل از مداخله در گروه مداخله $36/15 \pm 6/07$ و در گروه کنترل $36/59 \pm 5/35$ بود که تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p = 0/725$). بعد از مداخله در گروه مداخله به $40/77 \pm 5/31$ و در گروه کنترل به $36/91 \pm 4/92$ رسید و این تفاوت در گروه مداخله معنی‌دار بود ($p < 0/001$). همچنین برنامه توانمندسازی، با اندازه اثر $0/75$ (اثر کوهن)، باعث افزایش قابل توجهی در امید به زندگی بیماران شد.

نتیجه‌گیری: اجرای برنامه توانمندسازی خودمراقبتی به روش بحث گروهی و پیگیری تلفنی جهت رفع ابهامات و تثبیت یادگیری می‌تواند در ارتقای امید بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی موثر واقع شود. لذا تأکید بر آموزش و توانمندسازی این بیماران توسط پرستاران ضروری است.

کلید واژه‌ها: امید به زندگی، توانمندسازی، خودمراقبتی، سرطان پستان، شیمی‌درمانی

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین تومور بدخیم زنان در جهان است و ۳۶٪ از کل بیماران مبتلا به سرطان را تشکیل می‌دهد [۱]. سرطان پستان شایع‌ترین سرطان شناخته شده با بیش‌ترین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان است [۲]. بر اساس گزارش رصدخانه جهانی سرطان (Global Cancer Observatory) (۲۰۲۲) میزان بروز استاندارد شده سنی سرطان پستان از هر ۱۰۰۰۰۰ نفر در ایران ۳۰/۴۵ نفر، در ایالات متحده آمریکا ۹۵/۹۱ نفر، در روسیه ۵۷/۶۷ نفر، کانادا ۸۸/۵۹ نفر، آمریکای جنوبی ۴۷/۸ نفر، در چین ۳۳/۰۴ نفر می‌باشد [۱].

درمان‌های اصلی سرطان سینه شامل عمل جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی است که با توجه به شرایط هر فرد بر اساس نظر پزشک یک یا چند درمان به صورت ترکیبی تجویز می‌شوند. با توجه به این که شیمی‌درمانی، علاوه بر تأثیر بر سلول‌های سرطانی، بر سلول‌های سالم هم اثرگذار است، می‌تواند عوارض جانبی متعددی از جمله جسمی و روانی بر مددجو تحمیل کند. علاوه بر عوارض جانبی شیمی‌درمانی، خود سرطان پستان با عوارض مهمی مانند ریزش مو، خستگی، کاهش وزن یا افزایش وزن ناشی از دارو، نقایص فیزیکی، اختلال عملکرد اندام فوقانی و تغییر تصویر بدن همراه است [۳، ۴]. یک نظرسنجی جامع مبتنی بر وب که توسط Haidinger (۲۰۱۹) انجام شد، نشان داد خستگی، افسردگی، خلق افسرده، نقص تمرکز، درد، تغییرات مخاطی و زائده‌های پوستی و همچنین علائم نوروپاتی محیطی شایع‌ترین شکایات گزارش شده ناشی از شیمی‌درمانی بودند [۵]. علاوه بر این، درمان سرطان با کاهش میل جنسی بر روابط بین زوجین تأثیر می‌گذارد و می‌تواند منجر به جدایی در خانواده‌ها شود [۶، ۷]؛ بنابراین، این پیامدها با ایجاد واکنش‌های عاطفی مانند غم، ترس و درد باعث می‌شود که بیماران به عنوان مؤلفه‌ای مهم برای بقا، امید خود را از دست بدهند [۷، ۸]. اسنایدر [۹] امید را به عنوان توانایی درک شده برای استخراج مسیرهایی برای رسیدن به اهداف مورد نظر و ایجاد انگیزه در خود برای استفاده از آن مسیرها تعریف می‌کند؛ بدین ترتیب امید عامل مؤثری برای کمک به بیماران مبتلا به سرطان برای مقابله با بیماری و دستیابی به اهداف است [۳] و به عنوان یک ویژگی ذاتی، زندگی را غنی می‌کند و بیماران

شیوا صالحی و همکاران

را قادر می‌سازد تا درک بهتری از شرایط، درد و رنج خود داشته باشند [۱۰]. سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) کیفیت زندگی را به عنوان درک فرد از جایگاه خود در زندگی، با در نظر گرفتن فرهنگ و ارزش‌ها، و با توجه به اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایش تعریف می‌کند [۱۱] (Group, ۱۹۹۵, #۲۳۶). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که امید، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی همگی با کیفیت زندگی همبستگی مثبت داشتند، بنابراین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌تواند با افزایش امید بهبود یابد [۱۲].

امروزه خود مراقبتی یک مفهوم پایه و اساسی در مراقبت بوده و یکی از برایندهای مراقبت پرستاری نیز محسوب می‌گردد که باعث حفظ حیات، سلامتی و نیز بهبودی فرد می‌شود. خودمراقبتی به بیماران این امکان را می‌دهد که علاوه بر حفظ استقلال خود، درجه‌ای از کنترل بر یک بیماری مزمن را داشته باشند، در نتیجه به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک می‌کند [۱۳]. فرایند خود مراقبتی شامل حل مسئله، تصمیم‌گیری، استفاده از دارو و سایر درمان‌ها، مشارکت با متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و انجام منظم بررسی و افزایش دانش است [۱۴]. نهادینه کردن رفتارهای خودمراقبتی جهت کاهش بار مالی و روانی بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است [۱۵]. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که پیامک‌های آموزشی بر فرایند خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی تأثیرگذار بود و نمره کل کیفیت زندگی بعد از مداخله، در گروه آزمون به شکل معناداری افزایش و نشانه‌های بی‌خوابی، درد، تهوع و استفراغ کاهش یافته بودند ($p < 0.05$) [۱۶].

بیمار، به عنوان یک شریک فعال، می‌تواند بیماری خود را مدیریت کند [۱۷]. یک پیش شرط ضروری برای خودمدیریتی، توانمندسازی بیماران است [۱۸]. توانمندسازی به معنای کمک به بیماران برای کشف و توسعه ظرفیت درونی به منظور مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی و زندگی خود تعریف می‌شود [۱۹]. در مطالعه‌ای بیان شده بود که توانمندسازی شامل کسب انگیزه و توانایی‌هایی است که بیمار را قادر می‌سازد تا فعالانه در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت شرکت کند [۲۰]. رفتار بهداشتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، علاوه بر کاهش بار مالی بر بخش‌های مراقبت بهداشتی موجب همکاری فعال

و توان آزمون ۸۰٪ و با دقت ۴ جهت بررسی تأثیرمداخله بر روی متغیر امید پس از مقدار گذاری در فرمول زیر حجم نمونه در هر گروه ۳۹ نفر محاسبه شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش نمونه در هر گروه ۴۴ نفر برآورد گردید. لازم به ذکر است انحراف معیار برآورد شده از مقاله Qing-Qing Xu و همکاران (۲۰۲۲) برای متغیر امید به زندگی گرفته شده است [۲۶].

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \times (s_1^2 + s_2^2)}{d^2}$$

$$z_{0.975} = 1.96$$

$$z_{0.8} = 0.84$$

$$d = 4$$

$$s_1 = 6.1 \quad s_2 = 6.4$$

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times (6.1^2 + 6.4^2)}{4^2} \approx 39$$

پس از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران و تأیید آن توسط کمیته اخلاق دانشگاه با کد اخلاق (IR.IAU.TMU.REC.1402.096) و اخذ معرفی نامه رسمی از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و ارائه معرفی نامه و توضیح در مورد اهداف پژوهش به مسئولین بیمارستان ها، برای پیشگیری از آلودگی اطلاعات و دقت بیشتر داده های به دست آمده از بین این دو بیمارستان به صورت تصادفی و با روش قرعه کشی یک بیمارستان برای نمونه گیری از گروه مداخله و دیگری برای نمونه گیری از گروه کنترل در نظر گرفته شد. پس از جلب رضایت و همکاری واحدهای مورد پژوهش، به بخش های مورد نظر مراجعه گردید. افراد مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، با در نظر گرفتن بیمارستان، مجدداً به روش تصادفی ساده و به صورت تدریجی انتخاب شدند. در هر دو گروه کنترل (مرحله اول) و مداخله (قبل از شروع برنامه توانمندسازی) پرسشنامه های مشخصات جمعیت شناختی و شاخص امید هرت [۲۷]، با صرف مدت زمان

بین بیماران و مراقبین بهداشتی و تسهیل شناسایی نیازهای بیماران می شود [۲۱]. نتایج پژوهش دیگری بیان گر این امر بود که برنامه توانمندسازی به ارتقای دانش مادران در مورد شیمی درمانی کمک کرده و منجر به کاهش عوارض در کودکان می شود [۲۲]. برنامه توانمندسازی که توسط Fun-Anderson وnell [۲۳] طراحی شد، شامل اجرای برنامه منظم و از پیش طراحی شده ای است که می تواند به فرد در تعیین اهداف واقعی، معنی دار و قابل دستیابی کمک نماید. برنامه توانمندسازی شامل ۵ گام کشف مشکل یا مساله، روشن سازی معنا و احساس در مورد مشکل، تعیین اهداف بلند مدت [۲۴] و طراحی برنامه، اقدام و ارزیابی طرح انجام شده [۲۵] می باشد.

باتوجه به شیوع بالای سرطان پستان در جهان و ایران و اذعان مطالعات مختلف به پایین بودن امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی به نظر می رسد توانمندسازی خودمراقبتی در این گروه از بیماران، در بهبود کیفیت زندگی همچنین امید به زندگی آنان کمک کننده است و از آنجایی که طی جستجوهای انجام شده، مطالعه ای در این زمینه یافت نشد، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه آموزش توانمندسازی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با انتخاب تصادفی و گروه کنترل بود که بر روی ۸۸ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی که به بخش های انکولوژی بیمارستان امام علی (ع) و بیمارستان شهید رجایی کرج مراجعه کرده بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نوبت دوم شیمی درمانی، نداشتن مشکلات روان شناختی تأیید شده و نداشتن سابقه تحصیلات در گروه علوم پزشکی و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم شرکت در ۱ جلسه از ۴ جلسه آموزشی، فوت یا انتقال به بیمارستان دیگر و ورود به مرحله حاد بیماری بود. برای تعیین حداقل حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵٪

مدت زمان ابتلا به بیماری سرطان، مرحله و درجه‌بندی سرطان (stage/grade)، وضعیت درآمد ماهیانه، بیماری‌های زمینه‌ای، تعداد فرزندان، تعداد افراد تحت تکفل و انجام جراحی پستان قبل از شیمی‌درمانی و نوع جراحی پستان بود. پرسشنامه شاخص امید هرث (Herth Hope Index: HHI) یک نسخه اختصاری ۱۲ ماده‌ای است که از مقیاس اصلی امید هرث (Herth Hope Scale: HHS) (یک مقیاس ۳۰ ماده‌ای) به دست آمده است که جنبه‌های چند بعدی امید را بر اساس چارچوب مفهومی امید Dufault و Martocchio [۲۸] اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه لیکرت ۴ قسمتی بود که امتیاز ۱ "کاملاً مخالفم" و ۴ "کاملاً موافقم" است. نمره گذاری آیت‌های منفی یعنی آیت‌های ۳ و ۶ معکوس انجام شد؛ یعنی کاملاً موافقم نمره ۴ و کاملاً مخالفم نمره ۱ را گرفت. در واقع این دو آیت‌ها برای ارزیابی بهتر شرکت‌کننده در تحقیقات می‌باشد و نمرات ممکن است از ۱۲ تا ۴۸ متغیر باشد. هر چه امتیاز بالاتر باشد، سطح امید بالاتر است. شاخص امید هرث به منظور امکان ارزیابی سریع امید در جمعیت‌های مختلف با استفاده از سه عامل امید طراحی شده است که این سه عامل عبارتند از موقتی و آینده (آیت‌های ۱، ۲، ۶، ۱۱)، ارتباط متقابل (آیت‌های ۳، ۵، ۸، ۹) و آمادگی و انتظار (آیت‌های ۱۲، ۱۰، ۷، ۴) [۲۷]. مطالعه مقطعی شریف‌نیا و همکاران (۲۰۲۲) با مطالعه بر روی ۳۲۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان از ترجمه HHI به فارسی، روایی محتوا، همگرایی، روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی) این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که HHI از دو عامل امید به زندگی و مثبت‌اندیشی تشکیل شده است که ۵۵/۲۰٪ از واریانس کل را تبیین می‌کند [۲۹]. در پژوهش سلیمانی و همکاران (۲۰۱۹) نیز پایایی این شاخص ارزیابی شد. پایایی نسخه فارسی HHI با استفاده از همسانی درونی و پایایی سازه به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۷ به دست آمد و یافته‌ها نشان داد که نسخه فارسی HHI ابزاری قابل اعتماد است که در تحقیقات آتی کاربرد بالقوه دارد [۳۰].

لازم با توجه به شرایط روحی و جسمی و سرعت پاسخ‌دهی مددجویان، توسط محققین تکمیل شد. گروه کنترل فقط مراقبت‌ها و آموزش‌های روتین بخش را دریافت نمودند و در گروه مداخله برنامه توانمندسازی اجرا شد. گروه مداخله، برنامه توانمندسازی شامل ۴ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای را به تناسب جلسات شیمی‌درمانی خود، که هر دو هفته یک بار برگزار می‌شد، دریافت کردند و مدت آموزش ۸ هفته (۲ ماه) به طول انجامید که به روش سخنرانی همراه با بحث گروهی (در گروه‌های ۳-۴ نفره) و ارائه کتابچه آموزشی اجرا شد. در این تحقیق محتوای کتابچه آموزشی (طبق جدول ۱)، با مراجعه به منابع کتابخانه‌ای و اینترنتی موجود و تأیید اعضای هیات علمی دانشکده تهیه شد و در پایان جلسه اول آموزشی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. جهت برگزاری جلسات برنامه توانمندسازی، با سرپرستار بخش برای اختصاص یک اتاق برای این منظور هماهنگ شد. همچنین شماره تلفن واحدهای مورد پژوهش گرفته شد و نویسنده اول هم شماره خود را در اختیار واحدها قرار داد و از همان هفته اول آموزش حداقل هفته‌ای یکبار تماس تلفنی با شرکت‌کنندگان گروه مداخله داشت و با پیامک روز و ساعت تماس با بیمار هماهنگ و به سؤالات بیمار پاسخ داده می‌شد و تا پایان آموزش و در ۲ هفته بعد از اتمام آموزش هم مرتباً تماس تلفنی انجام شد. دو هفته بعد از اتمام برنامه توانمندسازی در گروه مداخله (۱۰ هفته بعد از شروع اجرای برنامه) و ۱۰ هفته بعد از تکمیل اولیه در گروه کنترل، به صورت حضوری پرسشنامه‌ها برای بار دوم تکمیل شد. و در نهایت نتایج پژوهش در دو گروه مقایسه شد. جهت اجرای برنامه توانمندسازی از الگوی Anderson و Funnell [۲۳] بهره گرفته شد که شامل ۵ گام کشف مشکل یا مساله، روشن سازی معنا و احساس در مورد مشکل، تعیین اهداف بلند مدت [۱۹] و طراحی برنامه، اقدام و ارزیابی طرح انجام شده بود (جدول ۱).

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و شاخص امید هرث بود؛ پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی شامل: سن، تاهل، تحصیلات، شغل، بیمه، محل سکونت،

جدول ۱. محتوی جلسات برنامه توانمندسازی

جلسات	محتوی آموزشی	زمان
اول	معرفی پژوهشگر، بیان اهداف پژوهش، جلب رضایت و مشارکت افراد شرکت کننده، گوش دادن به صحبت ها، بیان احساسات، عقاید و افکار بیماران در مورد بیماری سرطان پستان و شیمی درمانی به منظور تعیین مشکلات و نیازهای آموزشی و شفاف سازی. از بیماران درخواست شد که پنج اولویت اصلی یا همان ۵ مشکلی که نیاز به آموزش در آن مورد را دارند را قید نمایند. این مشکلات شامل هر یک از موارد مربوط به بیماری، عوارض جسمی و روحی بیماری و عوارض شیمی درمانی، اثرات عوارض بر ابعاد مختلف زندگی، رژیم دارویی، روش های غیردارویی کنترل بیماری و رژیم غذایی، اختلال الگوی خواب، میزان فعالیت، عملکرد جنسی، سیستم های حمایتی بیمار و ایهامات در مورد تعدادی از پروسیجرهای عملی مانند کنترل علائم حیاتی و پیشگیری از عفونت بود که از طرف بیمار مطرح شده و با طریق آموزش و مداخلات آموزشی پرستاری قابل رفع یا کاهش بود و سپس در بحث گروهی مطرح گردید و بیماران احساس خود را در مورد مشکل بیان نمودند (گام اول و دوم).	۶۰ دقیقه
دوم	بعد از تعیین اهداف، طراحی برنامه و تهیه جزوه آموزشی بر اساس نیازهای بیماران و مشکلات آن ها، با روش سخنرانی و بحث گروهی توضیحاتی پیرامون مطالعه جزوه، هدف از توانمند شدن و اهمیت آن برای کنترل مشکلات ناشی از بیماری و تأثیر آن برامید و کیفیت زندگی، با بیماران به بحث گذاشته شد و جزوه در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت (گام سوم).	۶۰ دقیقه
سوم	شروع آموزش با معرفی ماهیت بیماری و عوامل خطر و عوارض بیماری سرطان پستان همچنین لزوم درمان شیمی درمانی به منظور افزایش درک از تهدید بیماری بود. همچنین برنامه ی آموزشی با آموزش سبک صحیح زندگی منطبق با بیماری از نظر ورزش و میزان تحرک و خواب و استراحت، عملکرد جنسی، عملکرد اجتماعی، میزان فعالیت، بهداشت روان، نحوه ی کنار آمدن با ریزش مو ها، خستگی و درد و حفظ سلامت مخاط دهان انجام شد. ۱۵ دقیقه پایانی از بحث گروهی با رعایت پروتکل های بهداشتی به پرسش های شرکت کنندگان، پاسخ داده شد (گام چهارم).	۶۰ دقیقه
چهارم	ادامه اجرای برنامه آموزشی با آموزش پروسیجرهای عملی در رابطه با نگهداری پورت، کنترل علائم حیاتی، مصرف صحیح دارو، پیشگیری از عفونت، رژیم غذایی و کنترل تهوع و استفراغ و عوارض گوارشی و حفظ سلامت سیستم قلبی و عروقی بود که به روش سخنرانی ارائه شد. ۱۵ دقیقه پایانی از بحث گروهی، به پاسخ گویی به پرسش های شرکت کنندگان و مرور کلی مطالب اختصاص داده شد (گام چهارم). همچنین جزوه آموزشی بازخوانی و برای افزایش انگیزه یادگیری از خود شرکت کنندگان نیز برای آموزش کمک گرفته شد و نقاط ضعف شناسایی شده و مرتفع گردید و از روش سخنرانی و بحث گروهی استفاده شد (گام چهارم).	۶۰ دقیقه
	پرسش و پاسخ به منظور ارزیابی بیماران در زمینه میزان تلاش و نیز مفید بودن مراحل توانمندسازی، جمع بندی مطالب و برطرف کردن نقاط ضعف آموزشی با بحث گروهی انجام شد و از آن ها به دلیل شرکت در مطالعه، تشکر و قدردانی به عمل آمد. در این مرحله هدایایی هم به رسم قدردانی به بیماران داده شد (گام پنجم).	۶۰ دقیقه

بود. اکثر بیماران در گروه مداخله ۳۶/۴٪ مربوط به گروه سنی ۴۰-۴۹ سال بود. در گروه کنترل نیز بیشترین مورد مربوط به گروه سنی ۴۰-۴۹ سال با ۳۱/۸٪ بود. وضعیت تاهل اکثر واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه (۷۰/۵٪ در گروه مداخله و ۷۵٪ در گروه کنترل) متاهل بودند. نیمی از بیماران گروه مداخله (۵۰٪) و ۵۲/۳٪ بیماران گروه کنترل جراحی پستان قبل از شیمی درمانی نداشتند. از بین بیمارانی که جراحی شده بودند، ماستکتومی کامل با ۱۵/۹٪ در گروه مداخله و لامپکتومی در گروه کنترل با ۲۵٪ بیشترین نوع عمل جراحی در دو گروه مورد بررسی بود. سایر یافته های مشخصات جمعیت شناختی در جدول ۲ آورده شده است. دو گروه مداخله و کنترل همگن بوده و تفاوت آماری معنی داری نداشتند جهت بررسی همگن بودن گروه ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون آماری تی مستقل، آزمون دقیق فیشر و کای دو استفاده شد (جدول ۲).

روش تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در بخش آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی برای متغیرهای کیفی پژوهش و شاخص های عددی کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی پژوهش و در بخش آمار استنباطی از آزمون های کای دو و دقیق فیشر برای بررسی همگنی متغیرهای کیفی و آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای کمی در دو گروه استفاده شد. سطح معنی داری در همه آزمون ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۸۸ بیمار شرکت داشتند که تمامی آنها تا پایان مطالعه باقی ماندند. میانگین سن مددجویان گروه مداخله ۵۰/۱۳±۹/۹۴ سال و گروه کنترل ۴۷/۴۱±۹/۷۷ سال

جدول ۲. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل
مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز

متغیر	دسته بندی	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون آماری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سن	کمتر از ۴۰	۵	۱۱/۴	۱۳	۲۹/۵	t= ۱/۱۳۲۷ df=۸۶ p= 0/188 آزمون تی مستقل
	۴۰-۴۹	۱۶	۳۶/۴	۱۴	۳۱/۸	
	۵۰-۵۹	۱۱	۲۵	۱۱	۲۵	
	۶۰ و بالاتر	۱۲	۲۷/۳	۶	۱۳/۶	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
	انحراف معیار±میانگین بیشینه-کمینه	۵۰/۱۳± ۹/۹۴ ۶۵-۳۲		۴۷/۴۱±۹/۷۷ ۶۴-۳۰		
وضعیت تاهل	متاهل	۳۱	۷۰/۵	۳۳	۷۵	p=۰/۸۶۲ آزمون دقیق فیشر
	مجرد	۱	۲/۳	۲	۴/۵	
	بیوه	۵	۱۱/۴	۴	۹/۱	
	مطلقه	۷	۱۵/۹	۵	۱۱/۴	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۲۲	۵۰	۲۰	۴۵/۵	p=۰/۷۶۵ آزمون دقیق فیشر
	دیپلم	۱۴	۳۱/۸	۱۱	۲۵	
	کاردانی	۲	۴/۵	۴	۹/۱	
	کارشناسی	۴	۹/۱	۷	۱۵/۹	
	کارشناسی ارشد	۲	۴/۵	۲	۴/۵	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
شغل	خانه دار	۳۹	۸۸/۶	۳۳	۷۵	p=۰/۲۵۳ آزمون دقیق فیشر
	آزاد	۴	۹/۱	۷	۱۵/۹	
	کارمند	۰	۰	۳	۶/۸	
	بازنشسته	۱	۲/۳	۱	۲/۳	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
محل سکونت	شهر	۲۹	۶۵/۹	۲۴	۵۴/۵	p=۰/۴۱۶ آزمون دقیق فیشر
	حومه شهر	۱۲	۲۷/۳	۱۸	۴۰/۹	
	روستا	۳	۶/۸	۲	۴/۵	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
مدت زمان ابتلا به بیماری سرطان(بر حسب ماه)	۱-۳	۲۶	۵۹/۱	۳۱	۷۰/۵	t = ۰/۹۱۶ df=۸۶ p= ۰/ ۳۶۲ آزمون تی مستقل
	۴-۶	۱۲	۲۷/۳	۸	۱۸/۲	
	۷-۹	۳	۶/۸	۳	۶/۸	
	۱۰ و بیشتر	۳	۶/۸	۲	۴/۵	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
	انحراف معیار±میانگین بیشینه-کمینه	۳/۷۱±۳/۱۱ ۱۳-۱		۳/۱۵±۲/۵۷ ۱۱-۱		

متغیر	دسته بندی	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون آماری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
درجه سرطان	درجه ۱	۱۹	۴۳/۲	۲۰	۴۵/۵	$p=۰/۴۸۱$ آزمون دقیق فیشر
	درجه ۲	۲۱	۴۷/۷	۲۳	۵۲/۳	
	درجه ۳	۴	۹/۱	۱	۲/۳	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
مرحله سرطان	مرحله صفر	۰	۰	۳	۶/۸	$p=۰/۱۶۱$ آزمون دقیق فیشر
	مرحله I	۱۴	۳۱/۸	۱۲	۲۷/۳	
	مرحله II	۲۱	۴۷/۷	۲۵	۵۶/۸	
	مرحله III	۹	۲۰/۵	۴	۹/۱	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
وضعیت درآمد ماهیانه	بالاتر از حد کفاف	۴	۹/۱	۱	۲/۳	$p=۰/۲۰۱$ آزمون دقیق فیشر
	در حد کفاف	۲۴	۵۴/۵	۳۱	۷۰/۵	
	پایین تر از حد کفاف	۱۶	۳۶/۴	۱۲	۲۷/۳	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
وضعیت درآمد ماهیانه	بالاتر از حداقل قانون وزارت کار	۱۲	۲۷/۳	۸	۱۸/۲	$df=۲$ $p=۰/۱۰۶$ $\chi^2 = ۴/۴۹۴$
	قانون وزارت کار	۲۴	۵۴/۵	۳۳	۷۵	
	کمتر از قانون وزارت کار	۸	۱۸/۲	۳	۶/۸	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
بیماری زمینه ای	ندارد	۲۷	۶۱/۴	۲۸	۶۳/۶	$p=۰/۷۰۶$ آزمون دقیق فیشر
	قلبی	۱	۲/۳	۲	۴/۵	
	فشارخون	۶	۱۳/۶	۶	۱۳/۶	
	دیابت	۱	۲/۳	۳	۶/۸	
	سایر	۲	۴/۵	۰	۰	
	چند بیماری به طور همزمان	۷	۱۵/۹	۵	۱۱/۴	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
تعداد فرزند	۰	۱	۲/۳	۳	۶/۸	$p=۰/۹۳۱$ آزمون دقیق فیشر
	۱	۹	۲۰/۵	۸	۱۸/۲	
	۲	۱۷	۳۸/۶	۱۹	۴۳/۲	
	۳	۹	۲۰/۵	۷	۱۵/۹	
	۴	۷	۱۵/۹	۶	۱۳/۶	
	۵	۱	۲/۳	۱	۲/۳	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
تعداد افراد تحت تکفل	۰	۴۱	۹۳/۲	۳۸	۸۶/۴	$p=۰/۲۶۶$ آزمون دقیق فیشر
	۱	۲	۴/۵	۶	۱۳/۶	
	۲	۱	۲/۳	۰	۰	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	

متغیر	دسته بندی	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون آماری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
انجام جراحی پستان قبل از شیمی درمانی	بله	۲۲	۵۰	۲۱	۴۷/۷	df=۱ p=۰/۸۳۱ $\chi^2 = ۰/۰۴۶$ آزمون کای دو
	خیر	۲۲	۵۰	۲۳	۵۲/۳	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	
نوع عمل جراحی	نداشتند	۲۲	۵۰	۲۳	۵۲/۳	p=۰/۳۳۹ آزمون دقیق فیشر
	ماستکتومی کامل	۷	۱۵/۹	۳	۶/۸	
	رادیکال	۶	۱۳/۶	۵	۱۱/۴	
	اصلاح شده رادیکال	۴	۹/۱	۲	۴/۵	
	لامپکتومی	۵	۱۱/۴	۱۱	۲۵	
	جمع کل	۴۴	۱۰۰	۴۴	۱۰۰	

و بعد از اجرای آن $۵/۳۱ \pm ۴۰/۷۷$ بود. امید به زندگی در گروه کنترل تنها در حیطه موقتی و آینده مرحله اول و دوم تفاوت معنی دار آماری داشته است: به طوری که میانگین و انحراف معیار به ترتیب نمره کسب شده در حیطه موقتی و آینده در مرحله اول $۱۰/۵۶ \pm ۲/۶$ و مرحله دوم $۱۱ \pm ۲/۱۸$ بود ($p = ۰/۰۲۲$) (جدول ۳).

امید به زندگی و همه حیطه های آن در گروه مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه ی توانمندسازی تفاوت معنی دار آماری داشته است ($p < ۰/۰۰۱$)، به طوریکه میانگین نمره کسب شده در کل سه حیطه بعد از اجرای برنامه ی توانمندسازی بالاتر از قبل از آن بود و میانگین و انحراف معیار امید به زندگی کل قبل از اجرای برنامه توانمند سازی $۳۶/۱۵ \pm ۶/۰۷$

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار امید به زندگی واحدهای مورد پژوهش مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز در گروه مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه ی توانمندسازی و گروه کنترل در مرحله ۱ و ۲

امید به زندگی	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون تی زوجی	قبل و بعد از مداخله
موقتی و آینده	قبل ۱۱/۱۵	۲/۱۵	p<۰/۰۰۱ df=۴۳ t= ۸/۰۵۶	
	بعد ۱۳/۰۹	۲/۰۶		
ارتباط متقابل	قبل ۱۲/۷۵	۲/۲۳	p<۰/۰۰۱ df=۴۳ t= ۶/۵۶۶	
	بعد ۱۳/۸۶	۲/۰۱		
آمادگی و انتظار	قبل ۱۲/۲۵	۲/۵۴	p<۰/۰۰۱ df=۴۳ t= ۶/۰۵۸	
	بعد ۱۳/۸۱	۱/۸۴		
امید به زندگی(کل)	قبل ۳۶/۱۵	۶/۰۷	p<۰/۰۰۱ df=۴۳ t= ۸/۸۱۴	
	بعد ۴۰/۷۷	۵/۳۱		
مرحله ۱ و ۲ کنترل	موقتی و آینده	مرحله ۱ ۱۰/۵۶	۲/۶	p=۰/۰۲۲ df=۴۳ t= ۲/۳۷
		مرحله ۲ ۱۱	۲/۱۸	
	ارتباط متقابل	مرحله ۱ ۱۳/۰۴	۱/۷۳	p=۰/۵۴۳ df=۴۳ t= ۰/۶۱۳
		مرحله ۲ ۱۲/۹۵	۱/۷۹	
	آمادگی و انتظار	مرحله ۱ ۱۲/۹۷	۲/۰۶	p=۰/۸۸۱ df=۴۳ t= ۰/۱۵۱
		مرحله ۲ ۱۲/۹۵	۱/۹۸	
	امید به زندگی(کل)	مرحله ۱ ۳۶/۵۹	۵/۳۵	p=۰/۴ df=۴۳ t= ۰/۸۴۹
		مرحله ۲ ۳۶/۹۱	۴/۹۲	

معیار نمره کسب شده در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه ی توانمندسازی $2/06 \pm 13/09$ بالاتر از مرحله ی ۲ گروه کنترل با میانگین و انحراف معیار $2/18 \pm 11$ بوده است ($p < 0/001$). همچنین در حیطه ارتباط متقابل میانگین و انحراف معیار نمره کسب شده در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه ی توانمندسازی $2/01 \pm 13/86$ بالاتر از مرحله ی ۲ گروه کنترل با میانگین و انحراف معیار $1/79 \pm 12/95$ بوده است ($p = 0/028$). در حیطه آمادگی و انتظار نیز میانگین و انحراف معیار نمره کسب شده در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه ی توانمندسازی $1/84 \pm 13/81$ بالاتر از مرحله ی ۲ گروه کنترل با میانگین و انحراف معیار $1/98 \pm 12/95$ بود ($p = 0/038$) (جدول ۴).

امید به زندگی و حیطه های آن قبل از اجرای برنامه ی توانمندسازی در گروه مداخله و مرحله اول در گروه کنترل تفاوت معنی دار آماری نداشته است؛ به طوریکه میانگین و انحراف معیار امید به زندگی کل در گروه مداخله قبل از اجرای برنامه ی توانمندسازی $6/07 \pm 36/15$ ، و در مرحله اول گروه کنترل $5/35 \pm 36/59$ بود ($p = 0/725$)؛ در صورتی که امید به زندگی و حیطه های آن بعد از اجرای برنامه ی توانمندسازی در گروه مداخله به طور معنی داری بالاتر از مرحله دوم در گروه کنترل بوده است ($p = 0/001$)؛ به طوریکه میانگین و انحراف معیار امید به زندگی کل در گروه مداخله بعد از اجرای برنامه ی توانمندسازی $5/31 \pm 40/77$ ، بالاتر از مرحله دوم گروه کنترل با میانگین و انحراف معیار $4/92 \pm 36/91$ بود. در حیطه موقتی و آینده نیز میانگین و انحراف

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار امید به زندگی واحدهای مورد پژوهش مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی البرز در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه ی توانمندسازی

گروه امید به زندگی	مداخله (قبل از اجرای برنامه توانمندسازی)		کنترل (مرحله ی ۱)		نتیجه آزمون تی مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
موقتی و آینده	۱۱/۱۵	۲/۱۵	۱۰/۵۶	۲/۶	$p = 0/254$	$t = 1/149$ $df = 86$
ارتباط متقابل	۱۲/۷۵	۲/۲۳	۱۳/۰۴	۱/۷۳	$p = 0/49$	$t = 0/693$ $df = 86$
آمادگی و انتظار	۱۲/۲۵	۲/۵۴	۱۲/۹۷	۲/۰۶	$p = 0/144$	$t = 1/473$ $df = 86$
امید به زندگی (کل)	۳۶/۱۵	۶/۰۷	۳۶/۵۹	۵/۳۵	$p = 0/725$	$t = 0/354$ $df = 86$
گروه امید به زندگی	مداخله (بعد از اجرای برنامه توانمندسازی)		کنترل (مرحله ۲)		نتیجه آزمون تی مستقل	اندازه اثر کوهن (فاصله اطمینان ۹۵٪)
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
موقتی و آینده	۱۳/۰۹	۲/۰۶	۱۱	۲/۱۸	$p < 0/001$	$t = 4/608$ $df = 86$
ارتباط متقابل	۱۳/۸۶	۲/۰۱	۱۲/۹۵	۱/۷۹	$p = 0/028$	$t = 2/235$ $df = 86$
آمادگی و انتظار	۱۳/۸۱	۱/۸۴	۱۲/۹۵	۱/۹۸	$p = 0/038$	$t = 2/112$ $df = 86$
امید به زندگی (کل)	۴۰/۷۷	۵/۳۱	۳۶/۹۱	۴/۹۲	$p = 0/001$	$t = 3/542$ $df = 86$

اندازه اثر کوهن: ۰/۲ کوچک، ۰/۵ متوسط، ۰/۸ بالا

داد دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p > 0/05$). میانگین نمرات امید به زندگی بیماران بعد از مداخله معنی دار بود ($p < 0/001$). میزان تأثیر برنامه آموزش توانمندسازی با توجه به اثر کوهن در افزایش

بحث

هدف از این مطالعه "تعیین تأثیر اجرای برنامه آموزش توانمندسازی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی" بود. نتایج این مطالعه نشان

(Telenursing) بر خودکارآمدی و شاخص هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان داد که استفاده از مداخلات مبتنی بر توانمندسازی در افزایش خودکارآمدی و کاهش سطح هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران دیابتی مؤثر است که از نظر تاثیر برنامه توانمندسازی با پژوهش حاضر همسو می‌باشد [۳۳].

همچنین نتایج حاکی از آن است که امید به زندگی بین مرحله اول و دوم گروه کنترل تنها در حیطه موقتی و آینده تفاوت معنی دار آماری داشته که با مطالعه ی مهین فر و همکاران (۱۴۰۰) همسو نبود. به این صورت که در تحقیق ذکر شده در گروه کنترل اصلا تفاوت معناداری دیده نشد؛ این مورد می تواند به دلیل تاثیر جراحی بر میزان امید به زندگی بیماران باشد؛ زیرا در مطالعه بیان شده تمام افراد تحت ماستکتومی قرار گرفته بودند ولی در پژوهش حاضر اینگونه نبود و در حیطه موقتی و آینده بین میانگین نمرات تفاوت مشاهده شد اما به هرحال این تفاوت به میزان گروه مداخله نبود. درویشی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند که برنامه توانمندسازی مبتنی بر آموزش بازخورد محور و پیگیری تلفنی، کیفیت زندگی بیماران همدیالیزی را بهبود بخشید [۳۴]. این نتیجه با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود. طبق یافته‌های پژوهشی (۱۴۰۰) با هدف شناسایی عوامل مرتبط با امید در طول درمان بیماران سرطانی به نظر می‌رسد امید با بروز علائم منفی نظیر درد و خستگی و افسردگی ارتباط منفی دارد [۳۵]. مطالعه بویا و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان داد مداخله آموزشی خودمراقبتی می‌تواند به عنوان یک درمان کمکی مؤثر و مقرون به صرفه در کنار درمان‌های رایج برای کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی پس از ماستکتومی مورد استفاده قرار گیرد [۳۶] که با نتایج این مطالعه همسو بود. مرور مطالعات حاکی از این بود که اکثر پژوهشگران برای ارتقاء امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی از روش مداخله‌ی آموزشی استفاده نموده اند. ماهیت آموزش و ارتقای اطلاعات بیماران باعث کسب دانش و مهارت و اهتمام بیشتر به انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌شود و از نظر محققین این پژوهش، دلیل اصلی توجیه و کسب نتایج یکسان و مشابه بین مطالعه‌ی کنونی و مطالعات بررسی شده می‌باشد. طی بررسی دقیق تر در یافته‌های این مطالعه به این موضوع پی

امید به زندگی ۰/۷۵ بود. در مطالعه ای توسط مهین فر و همکاران (۱۴۰۱) با عنوان «تاثیر برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده» میانگین سنی در گروه مداخله $48/53 \pm 5/05$ و در گروه کنترل $48/83 \pm 5/05$ بود. $96/7\%$ بیماران در هر دو گروه مداخله و کنترل متاهل بودند و همچنین $86/7\%$ افراد در گروه مداخله و $83/3\%$ در گروه کنترل خانه دار بودند که از این جهات با پژوهش ما هم راستا بود. اما با توجه به این که موضوع مقاله در خصوص افراد ماستکتومی شده است، برخلاف پژوهش ما که نیمی از افراد جراحی پستان نداشتند، $96/7\%$ افراد در گروه مداخله و $83/3\%$ در گروه کنترل در پژوهش ذکر شده ماستکتومی شده بودند. همچنین پژوهش مهین فر و همکاران از نظر مدت ابتلا به بیماری افراد را سنجیده بود که بیشتر افراد در هر دو گروه ($53/3\%$ در گروه مداخله و 60% در گروه کنترل) بالای یکسال به بیماری مبتلا بودند [۳۱]. این مسئله با پژوهش ما سازگار نبود و از نظر پژوهشگر می‌تواند به دلیل طولانی شدن فرایند درمان با توجه به این که احتمالاً افراد ابتدا شیمی‌درمانی، هورمون ترایی و یا رادیوتراپی دریافت کردند و سپس جراحی انجام داده اند، باشد.

نتایج نشان داد که استفاده از برنامه توانمندسازی در گروه مداخله موجب ارتقاء امید به زندگی و همه حیطه‌های آن در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی شد. نتایج مطالعه حاضر بیانگر این بود که برنامه توانمندسازی بر حیطه موقتی و آینده تأثیر بیشتری داشته است و بیماران را از نظر بعد موقتی و آینده از لحاظ (۱) داشتن هدف، (۲) نگرش مثبت به آینده، (۳) پتانسیل و ظرفیت متفاوت روزها (به این معنی که همه روزها مثل هم نیستند و ویژگی‌های متفاوت دارند) و (۴) ترسیدن از آینده آماده تر می‌سازد. نتایج با مطالعه‌ی وانگ و همکاران (۲۰۱۹) با عنوان "تأثیر آموزش خودمراقبتی بر عوارض جانبی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی" در بعد کیفیت زندگی کل همسو می‌باشد [۳۲] و به این دلیل می‌تواند باشد که مداخله‌ی آموزشی می‌تواند عوارض جانبی شیمی‌درمانی را کاهش داده و باعث افزایش شادی و امید افراد به زندگی و کاهش اضطراب شود. همچنین پژوهش ممقانی و همکاران (۲۰۲۱) با هدف بررسی تأثیر برنامه توانمندسازی با و بدون تله نرسینگ

نتیجه‌گیری

طبق نتایج این پژوهش اجرای برنامه توانمندسازی خود مراقبتی بر امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی تأثیر مثبت داشت. برنامه توانمندسازی که شامل آموزش، بحث گروهی، دادن کتابچه و مخصوصاً دریافت بازخورد ها حین آموزش بود توانست بر امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی تأثیر گذاشته و نمره ی کل امید و تمام ابعاد آن را ارتقاء دهد. ماهیت بیماری سرطان و و شیمی‌درمانی، عوارض و محدودیت های آن تمام جنبه های امید به زندگی را تحت تأثیر قرار داده و باعث افت شدید آن می‌شود. در این راستا استفاده از آموزش با هدف توانمندسازی بیمار و آشنایی آنها با این مقوله که می توانند با بهره مندی از منابع، خود را توانمند سازند بسیار حائز اهمیت و کمک کننده می‌باشد. مداخله ی حاضر به عنوان یک مداخله قابل اجرا، مفید، آسان و مؤثر و بر اساس مراحل منظم می تواند در دستور کار پرستاران و مراقبین قرار گیرد تا بتوانند به بیماران تحت شیمی‌درمانی کمک نمایند و در آموزش این بیماران توصیه می‌گردد. استفاده از روش‌های آموزشی دیگر مانند روش بازخورد محور و همچنین بررسی تأثیر برنامه توانمندسازی بر پیامدهای روانشناختی (از جمله رضایت از زندگی)، پیامدهای رفتاری (همچون خودمراقبتی و خودکارآمدی) و علائم فیزیکی (مانند درد، خستگی و کیفیت خواب) می‌تواند به عنوان پیشنهادی برای مطالعات آینده مطرح شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران می‌باشد. لذا از تحصیلات تکمیلی دانشگاه، کمیته اخلاق، مسئولین دانشکده پرستاری و همکاری صمیمانه ریاست و مدیریت محترم بیمارستان ها، مدیریت محترم پرستاری و بیماران گرانقدری که بدون همکاری آنها این تحقیق ممکن نبود، نهایت سپاسگزاری به عمل می‌آید.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته است.

برده شد که در حیطه های ارتباط متقابل و آمادگی و انتظار میانگین نمره کسب شده در مرحله ی اول گروه کنترل نسبت به مرحله ی دوم آن روند کاهشی داشته است که این موضوع می‌تواند به دلیل این مسئله باشد که افراد گروه کنترل پس از اتمام و تکمیل مرحله دوم پرسشنامه ها، احساس تنهایی بیشتری داشتند زیرا بیان می‌کردند که تنها خودشان هستند که این بیماری را دارند و یا تنها آنها هستند که از مشکل خاصی در خصوص شیمی‌درمانی رنج می‌برند و خود را در مقابله با بیماری ضعیف می‌دانستند و در کل توانمندی لازم برای مقابله با بیماری یا مدیریت علائم ناشی از درمان آن (شیمی‌درمانی) نداشتند و یا در خصوص حیطه ی آمادگی و انتظار اظهار داشتند که با ابتلا به این بیماری دیگر کنترلی بر زندگی خود ندارند، زندگی‌شان دیگر ارزش و بها ندارد و حتی برخی اظهار می‌کردند از مدتی که تشخیص برایشان گذاشته شده دیگر لحظات شاد را به خاطر نمی‌آورند. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده برنامه توانمندسازی می‌تواند در افراد مبتلا به سرطان پستان مفید و مؤثر واقع شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، امید به زندگی و حیطه های آن قبل از اجرای برنامه ی توانمندسازی در گروه مداخله و مرحله اول در گروه کنترل تفاوت معنی دار آماری نداشته است. این نتیجه با مطالعه‌ی درویشی و همکاران (۱۴۰۰) که میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری نداشت [۳۴] همسو است. برنامه توانمندسازی بر سطح امید بیماران مبتلا به سرطان پستان در گروه مداخله تأثیرگذار بود و بر حیطه‌ی موقتی و آینده بیشترین اثر را نسبت به بقیه حیطه ها داشت. همچنین این نتایج با یافته های پژوهش اورکی و همکاران (۱۳۹۸) که نشان داد با اجرای برنامه توانمندسازی بین دو گروه کنترل و مداخله در نمرات پس‌آزمون امید تفاوت معنی‌داری وجود داشت [۳۷]، همسو بود. از جمله محدودیت های این مطالعه می‌توان به برخی حالات روحی مانند خستگی، اضطراب و بی‌حوصلگی در هنگام تکمیل کردن پرسشنامه اشاره کرد که می‌توانست بر نحوه پاسخگویی واحدهای پژوهش تأثیرگذار باشد که از طریق ایجاد شرایط و زمان مناسب، دادن فرصت بیشتر برای پاسخ دادن به پرسشنامه ها (به طوری که برخی پرسشنامه ها در طی دو روز متوالی تکمیل می شدند) و تکمیل پرسشنامه ها توسط محققین و پاسخ به ابهامات احتمالی این محدودیت به طور نسبی کنترل شد.

References

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-49.<https://doi.org/10.3322/caac.21660>
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.<https://doi.org/10.3322/caac.21492>
3. Ehsani M, Ashghali Farahani M, Haghani S, Negari F. The relationship between hope and received information about cancer among women with breast cancer: a descriptive-correlational study. *Int J Cancer Manag*. 2021;14(8):e114586. <https://doi.org/10.5812/ijcm.114586>
4. Demark-Wahnefried W, Campbell KL, Hayes SC. Weight management and its role in breast cancer rehabilitation. *Cancer*. 2012;118(8 Suppl):2277-87. <https://doi.org/10.1002/cncr.27466>
5. Haidinger R, Bauerfeind I. Long-term side effects of adjuvant therapy in primary breast cancer patients: results of a web-based survey. *Breast Care (Basel)*. 2019;14(2):111-6.<https://doi.org/10.1159/000497233>
6. Taheri N, Aghamohammadian Sherbaf H, Asghari Ebrahimabad MJ. The effectiveness of an intimate relationship skills training (PAIRS) on increasing marital adjustment and satisfaction in women with cancer. *Nursing And Midwifery Journal*. 2017;15(4):301-12. [In Persian]
7. Fouladi N, Feizi I, Nadermohammadi M, Mehrara E, Adldoosti R, Alimohammadi S. The predictors of sexual satisfaction among Iranian women with breast cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention*. 2021;22(2):391.<https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.2.391>
8. Boatemaa Benson R, Cobbold B, Opoku Boamah E, Akuoko CP, Boateng D. Challenges, coping strategies, and social support among breast cancer patients in Ghana. *Advances in Public Health*. 2020;2020:1-11.<https://doi.org/10.1155/2020/4817932>
9. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry*. 2002;13(4):249-75.http://dx.doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
10. Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2015;25(2):84-92. [In Persian]
11. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*. 1995;41(10):1403-9.[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
12. Wonghongkul T, Moore SM, Musil C, Schneider S, Deimling G. The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nurs*. 2000;23(6):422-9. <https://doi.org/10.1097/00002820-200012000-00004>
13. Salamat FZ, Rezaei F, Kordian A, Sanagoo A, Jouybari L, Vojdani H. Self-care in individuals with rare diseases: a necessary step for health. *Journal of Nursing Education*. 2024;13(2):53-63. <https://doi.org/10.22034/jne.13.2.53>
14. Katelaris CH. Self-management plans in patients with hereditary angioedema: strategies, outcomes and integration into clinical care. *Journal of Asthma and Allergy*. 2020;153-8.<https://doi.org/10.2147/jaa.s200900>
15. Soleimani MA, Negarandeh R, Bastani F. Exploring for self-care process in patients with parkinson's disease: a grounded theory study. *Journal of Hayat*. 2015;21(1):6-22. [In Persian]
16. Matouripoor p, Ebrahimabadi M, Alizadeh Z, Nejat N. The effect of using educational SMS on self-care process and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2024;19(2):88-78. <https://doi.org/10.22034/ijnr.19.2.88>
17. Small N, Bower P, Chew-Graham CA, Whalley D, Protheroe J. Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):263.<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-263>
18. Schulz PJ, Nakamoto K. Patient behavior and the benefits of artificial intelligence: the perils of "dangerous" literacy and illusory patient empowerment. *Patient education and counseling*. 2013;92(2):223-8.<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.002>

19. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *The diabetes educator*. 1991;17(1):37-41.<https://doi.org/10.1177/014572179101700108>
20. Fumagalli LP, Radaelli G, Lettieri E, Masella C. Patient empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health policy*. 2015;119(3):384-94.<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.10.017>
21. Dianati M, Rezaei Asmaroud S, Shafaghi S, Naghashzadeh F. Effects of an Empowerment Program on Self-Care Behaviors and Readmission of Patients with Heart Failure: a Randomized Clinical Trial. *Tanaffos*. 2020;19(4):312-21. [In Persian]
22. Lashgari L, Jalal Manesh S, Kazem Naeini M. Effect of maternal empowerment training on frequency of gastrointestinal complications in children undergoing chemotherapy. 2021.<https://doi.org/10.52547/jgbfnm.18.2.41>
23. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education and counseling*. 2010;79(3):277-82.<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
24. Williams LS, Hopper PD. *Understanding medical surgical nursing*: FA Davis; 2015.
25. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. *Clinical diabetes*. 2004;22(3):123-8.<https://doi.org/10.2337/diaclin.22.3.123>
26. Xu Q, Chen Y, Shen X, Fang Q. Application of Nursing Intervention Plan Based on Symptom Management Theory among Breast Cancer Patients. *Contrast Media & Molecular Imaging*. 2022;2022.<https://doi.org/10.1155/2022/3816768>
27. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *J Adv Nurs*. 1992;17(10):1251-9.<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
28. Dufault K, Martocchio BC. Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am*. 1985;20(2):379-91.[https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)00328-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)00328-0)
29. Nia HS, Moshtagh M, Fomani FK, She L, Kohestani D, Rahmatpour P, et al. The persian version of herth hope index in iranian patients with cancer: a psychometric study. *Palliative & Supportive Care*. 2022;1-7.<https://doi.org/10.1017/S1478951522000736>
30. Soleimani MA, Allen KA, Herth KA, Sharif SP. The Herth Hope Index: a validation study within a sample of Iranian patients with heart disease. *Social Health and Behavior*. 2019;2(3):108.https://doi.org/10.4103/SHB.SHB_4_19
31. Mahinfar K, Sadooghiasl A, Kazemnejad A. The effect of self-care program on quality of life of women with Breast Cancer having mastectomy. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2021;16(2):11-22. [In Persian]
32. Wang Z, Yin G, Jia R. Impacts of self-care education on adverse events and mental health related quality of life in breast cancer patients under chemotherapy. *Complementary therapies in Medicine*. 2019;43:165-9.<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.01.027>
33. Mamaghani HA, Tabrizi FJ, Seyedrasooli A, Sarbakhsh P, Gargari RB, Zamanzadeh V, et al. Effect of empowerment program with and without telenursing on self-efficacy and glycosylated hemoglobin index of patients with type-2 diabetes: a randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*. 2021;10(1):22.<https://doi.org/10.34172/jcs.2021.001>
34. Darvishi Z, Mohammadzadehzarnakesh S, Salehi S. The effect of implementation of empowerment program by teach-back method on the quality of life of patients undergoing hemodialysis. *Journal of Nursing Education*. 2022;11(2):79-89.<https://doi.org/10.22034/jne.11.2.79>
35. Nierop-van Baalen C, Gryphonck M, Van Hecke A, Verhaeghe S. Associated factors of hope in cancer patients during treatment: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2020;76(7):1520-37.<https://doi.org/10.1111/jan.14344>
36. Bouya S, Barahoie Z, Kiani F. The effect of nursing self-care educational intervention on depression in women with breast cancer undergoing post-mastectomy chemotherapy: A quasi-experimental study. *International Journal of Surgery Open*. 2021;32:100333.<https://doi.org/10.1016/j.ijso.2021.100333>
37. Oraki M, Mehdizadeh A, Dortaj A. The effectiveness of self-care empowerment training on life expectancy, happiness and quality of life of the elderly in iranian elderly care centers in Dubai. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2019;14(3):320-31.<https://doi.org/10.32598/sija.13.10.670>