

بررسی تاثیر اجرای برنامه ترخیص بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان

سمیه سلمانی^۱(MSc)، علیرضا نیکبخت نصرآبادی^۱(PhD)*، معصومه ایمانی پور^۲(PhD)،
مصطفی حسینی^۲(PhD)

پذیرش: ۹۵/۱۲/۲۵

اصلاح: ۹۵/۱۲/۲۱

دریافت: ۹۵/۱۰/۲۲

۱- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲- گروه مراقبت های ویژه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳- دانشکده بهداشت گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

• نویسنده مسئول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
آدرس: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی.
تلفن: ۰۹۱۲۰۹۷۷۱۳۳
پست الکترونیک: a.r.nikbakht3555@gmail.com

• مقاله حاضر نتیجه پایان نامه دوره تحصیلی کارشناسی ارشد پرستاری سمیه سلمانی می باشد.

واژه های کلیدی: سرطان های پستان، ترخیص بیمار، کیفیت زندگی

چکیده

سابقه و هدف: سرطان پستان شایع ترین بدخیمی در زنان است و جراحی ابتدایی ترین درمان این بیماران می باشد. مشکلات متعدد بعد از جراحی می تواند باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران شود. پژوهش حاضر به تعیین تاثیر اجرای برنامه ترخیص بر کیفیت زندگی این بیماران پرداخته است.

مواد و روش ها: در این مطالعه، ۶۹ بیمار کاندید جراحی پستان که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند وارد مطالعه و سپس به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و بیماری، پرسشنامه کیفیت زندگی و چک لیست تعیین نیازهای آموزشی بود. در گروه کنترل اقدامات روتین بخش صورت گرفت و در گروه مداخله، برنامه ترخیص از زمان پذیرش اجرا شد. شش هفته بعد از ترخیص پرسشنامه کیفیت زندگی در دو گروه تکمیل شد. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS و آزمون های آماری توصیفی و تحلیلی انجام شد.

یافته ها: بر اساس یافته های به دست آمده، بین دو گروه مداخله و کنترل قبل از شروع انجام پژوهش، اختلافات معنی داری از نظر کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روحی-روانی، اجتماعی، مذهبی و نمره کل کیفیت زندگی وجود نداشت. بعد از مداخله، از لحاظ کیفیت کل زندگی ($P < 0/001$) و نیز تمام ابعاد ذکر شده آن بین دو گروه اختلافات معنی دار مشاهده گردید ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که برنامه ترخیص می تواند به عنوان یک روش موثر در جهت ارتقاء کیفیت و حتی کمیت زندگی بیماران سرطان پستان پس از جراحی ایفای نقش کند.

مقدمه

سرطان پستان شایع ترین بدخیمی در میان زنان است. مطالعات آماری نشان می دهند که سالانه ۱٫۱ میلیون مورد جدید سرطان پستان در سرتاسر جهان تشخیص داده می شود (۱). سرطان پستان یکی از شایع ترین بدخیمی ها در زنان ایرانی است که در سن ۴۰ تا ۴۹ بیشترین شیوع را دارد. نتایج مطالعه مروری در سال ۲۰۰۷ میزان بروز این بیماری را ۲۲ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت ایرانی مطرح کرده است (۳و۲). در ایران بروز سرطان پستان در زنان جوان رو به افزایش است. به طوری که اغلب سن پایین تر از سن زنان مبتلا در همسایگان غربی دارند (۴).

زنان مبتلا به سرطان پستان با علایم جسمی و روانشناختی متعددی به دنبال تشخیص و درمان اولیه بیماریشان رو به رو می شوند که کیفیت زندگی آن ها را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد (۵). اغلب زنان با سرطان پستان تازه تشخیص داده شده کاندید خوبی برای جراحی محافظتی پستان هستند. احساس ترس، اضطراب و عدم اطمینان در زمان تشخیص سرطان پستان شایع است که با آغاز درمان این استرس ها تشدید می گردند. این پاسخ های عاطفی به طور معکوس کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهند (۶). با توجه به مشکلاتی که اشاره شد و اینکه امروزه بیماران مدت کوتاهی پس از

دیگر به دلیل تاثیر بر کیفیت زندگی، نداشتن تحصیلات پزشکی و رشته‌های مرتبط با آن و کسب موافقت بیمار) در مطالعه شرکت داده شدند.

واحدهای انتخاب شده به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه و چک لیست تعیین نیازهای آموزشی بود. چک لیست تعیین نیازهای آموزشی شامل چهار قسمت آمادگی قبل از عمل، پیگیری بعد از عمل، مشاوره تلفنی و ملاقات در منزل بود. نیازهای آموزشی بیماران با استفاده از این چک لیست تعیین می‌گردید و خدمات لازم متناسب با نیازهای بیمار ارایه می‌گردید.

جهت تعیین اعتبار این چک لیست از اعتبار محتوی استفاده شد. محتوی آموزشی نیز پس از مطالعه کتب و مقالات معتبر تهیه شد و با استفاده از اعتبار محتوی و صوری تعیین اعتبار گردید. پرسشنامه شامل مشخصات دموگرافیک و بیماری و کیفیت زندگی بیماران بود. جهت طراحی پرسشنامه کیفیت زندگی از دو ابزار مربوط به کیفیت زندگی استفاده شد. این ابزارها عبارتند از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان نسخه آمریکایی (Quality of Life Instrument - Breast Cancer Patient Version) و پرسشنامه Item Short Form Survey-۳۶، که اعتبار و پایایی این دو ابزار تایید شده است. این دو ابزار بارها در نقاط مختلف جهان استفاده شده و در ایران نیز به فارسی ترجمه شده و اعتبار و پایایی آنها بر روی گروه‌های مختلف سنجیده شده است (۱۷و۱۶).

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت مذهبی را با ۵۱ سوال می-سنجد. به هر سوال از ۰ تا ۴ نمره داده می‌شد. امتیازات حیطه سلامت جسمی ۰ تا ۶۴ حیطه سلامت روانی ۰ تا ۶۸ حیطه سلامت اجتماعی ۰ تا ۴۴ حیطه سلامت مذهبی ۰ تا ۲۸ و کیفیت کلی زندگی ۰ تا ۲۰۴ بود. در این پرسشنامه امتیاز زیاد نشانه کیفیت زندگی پایین و امتیاز کم نشانه کیفیت زندگی بالا است. مداخله طراحی شده در این پژوهش اجرای برنامه ترخیص بود.

پس از کسب مجوز انجام مطالعه و انتخاب واحدهای پژوهش پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و بیماری و کیفیت زندگی در زمان پذیرش بیمار در بخش تکمیل می‌گردید. گروه مداخله برنامه ترخیص را از زمان پذیرش در بخش تا ۶ هفته بعد از ترخیص دریافت نمودند. برنامه ترخیص شامل چهار مرحله مراقبت قبل از عمل، پیگیری بعد از عمل، مشاوره تلفنی و بازدید در منزل بود. در مراقبت قبل از عمل تا زمان ترخیص هر ۴۸ ساعت یک بار در بخش با بیمار ملاقات نموده ضمن بررسی آگاهی بیمار، مشکلات و نیازهای آموزشی وی با چک لیست تعیین و راهنمایی‌های لازم (از جمله ارایه اطلاعاتی در مورد بیماری، آزمون‌های تشخیصی، پروسیجر درمانی، آمادگی قبل از عمل، مراقبت‌های بعد از عمل، فرایند ترخیص، داروهای تجویز شده، عوارض احتمالی بعد از عمل و راه‌های جلوگیری از آنها، انجام ورزش اندام فوقانی بعد از عمل، نحوه تعویض پانسمان در منزل و مراقبت از درن‌ها) ارایه می‌شد.

پس از ترخیص طی مکالمات تلفنی ۲۵ تا ۳۰ دقیقه‌ای آموزش‌هایی اختصاصی متناسب با نیازهای بیماران ضمن یادآوری آموزش‌های قبلی در هفته اول تا ششم ارایه می‌گردید. همچنین دو ملاقات در منزل در هفته اول و ششم پس از ترخیص برنامه ریزی شده بود. در هر ملاقات در منزل در صورت لزوم آموزش‌های قبلی تکرار شده، جهت اطمینان از بیمار خواسته می‌شد تا کارهایی مانند تعویض پانسمان

جراحی از بیمارستان مرخص شده و بخش عمده‌ای از دوران پر عارضه نقاهت را بدون بهره‌مندی از مراقبت پرستاری در خانه سپری می‌کنند، وجود یک برنامه منسجم به منظور تدوین مراقبت پرستاری از این بیماران امری ضروری است (۷). نتایج مطالعه Salonen و همکاران در سال ۲۰۰۹ نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی نیازمند مداخلات برنامه ریزی شده جهت بهبود کیفیت زندگی‌شان هستند (۸). برنامه ترخیص فرایندی قاعده‌مند به منظور تدوین مراقبت پس از ترخیص بیماران از بیمارستان است (۹).

برنامه ترخیص به بررسی سیستم مددجویان و تامین نیازهای مراقبتی آنان در داخل و خارج از مرکز درمانی و آموزش به خانواده جهت انجام مراقبت‌های صحیح و پیگیری و ارجاع آن می‌پردازد. ساختار برنامه ترخیص بر اساس اصول مراقبت، حمایت، پیگیری، آموزش و هماهنگی بین اعضای تیم مراقبت جهت ارجاع به موقع و پیگیری بیماران است (۱۰). برنامه ترخیص فرصتی است برای اینکه بیمار جهت مراقبت از خود و پیگیری درمان آماده شود (۱۱). برنامه ریزی ترخیص شامل پیش بینی عوارض بالقوه بیماری و جلوگیری از وقوع آنها در بیمار، کمک به بیمار برای آموختن تکنیک‌های خود مراقبتی در طول مدت بستری، همکاری با بیمار برای طرح الگویی مناسب جهت مراقبت در منزل و نهایتاً ارجاع و پیگیری توسط مددجو و خانواده است (۱۲).

هدف برنامه ترخیص، کاهش طول مدت اقامت در بیمارستان، کاهش پذیرش مجدد، بهبود هماهنگی بین ارایه کنندگان خدمات بهداشتی بعد از ترخیص بیمار است (۱۳).

با توجه به افزایش تعداد مبتلایان به سرطان پستان و تاثیری که تشخیص بیماری و درمان جراحی بر کیفیت زندگی این بیماران می‌گذارد و از طرف دیگر شواهد موجود پیرامون تاثیر اجرای برنامه ترخیص بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان که در کشور ایران اندک است، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه ترخیص بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی (قبل و بعد) است که بر روی ۷۲ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان و کاندید عمل جراحی محافظت‌ی پستان به عنوان اولین روش درمانی انجام گرفت. در این تکنیک بافت پستان، نوک پستان، هاله اطراف به همراه تعدادی از غدد لنفاوی زیر بغل به منظور کنترل احتمال گسترش سرطان به خارج از پستان برداشته می‌شود (۱۴). از آنجایی که تا کنون تحقیقی مشابه مبنی بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی بر مبنای اهداف این پژوهش در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام نشده است، تعداد نمونه بر اساس فرمول اندازه نمونه و مشخصات واحدهای مورد پژوهش، ۳۶ نفر در هر گروه برآورد گردید. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از مراجعه به بخش کانسر زنان بیمارستان امام خمینی (ره) در سال ۱۳۸۹ به مدت پنج ماه بیماران پذیرش شده با تشخیص سرطان پستان در هر روز مشخص می‌گردید و در صورت دارا بودن شرایط ورود به مطالعه (ابتلا به سرطان پستان اولیه که مرحله بیماری بر اساس اندازه تومور، درگیری عقده‌های لنفاوی و متاستاز تقسیم بندی می‌شوند (۱۵)، کاندید جراحی محافظت‌ی پستان به عنوان اولین روش درمانی، نداشتن مشکل روان شناختی تایید شده توسط پزشک، دسترسی به تلفن، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن یا سیستمیک

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج این پژوهش کیفیت زندگی بیماران بعد از اجرای برنامه ترخیص بهبود یافت. میانگین نمره کیفیت کلی زندگی با اختلاف قابل توجهی بین دو گروه و به نفع گروه مداخله وجود داشت. به نظر می‌رسد که برنامه ترخیص با مداخلات آموزشی و حمایتی که در آن گنجانده شده است باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود به طوری که Holland و همکاران به این نتیجه رسیدند که تداوم مراقبت به صورت دو نوبت بازدید از منزل به همراه مداخلات آموزشی ۸ هفته بعد از ترخیص بیماران از بیمارستان باعث کاهش میزان بستری مجدد و مرگ و میر و ارتقاء کیفیت زندگی افراد گروه مداخله نسبت به گروه کنترل می‌شود (۱۸). در مطالعه دیگری Wyatt و همکاران گزارش کردند که پیگیری کوتاه مدت و بازدید از منزل دو هفته بعد از ترخیص بیماران مبتلا به سرطان پستان از بیمارستان باعث ارتقاء کیفیت زندگی آنان می‌شود (۹). در مطالعه حاضر بین میانگین قبل و بعد از مداخله نمرات بعد جسمی کیفیت زندگی اختلاف معنی‌داری در جهت بهبود بعد جسمی در گروه مداخله وجود داشت. Barnason و همکاران در مطالعه خود بر روی سالمندان تحت جراحی پیوند عروق کرونر نشان دادند که مشاوره تلفنی و ویزیت در منزل عملکرد جسمی واحدهای پژوهش در گروه مداخله را در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری ارتقا می‌دهد (۷).

Mardani و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که سرطان بیشترین تاثیر منفی بر سلامت روان بیماران را دارد (۱۹). در این مطالعه مقایسه میانگین‌ها در بعد سلامت روحی و روانی بیماران بعد مداخله نشان می‌دهد که وضعیت گروه مداخله بهتر از گروه کنترل بوده است. در مطالعه Huang و همکاران اجرای برنامه ترخیص باعث بهبود بعد روحی و روانی کیفیت زندگی در گروه مداخله می‌گردد (۲۰)، که ممکن است به دلیل کاهش استرس بیماران در نتیجه دریافت آموزش برنامه ریزی شده و منسجم در طول مدت درمان و بعد از ترخیص و فراهم شدن فرصتی برای بیمار و خانواده‌اش جهت صحبت در مورد نگرانی‌هایشان باشد.

نتایج این مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری در بعد سلامت اجتماعی به نفع گروه مداخله نشان داده است. Huang و همکاران در مطالعه خود بر روی بیماران مبتلا به شکستگی لگن به نتایج مشابهی دست یافتند و معتقدند در نظر گرفتن نقش خانواده، دوستان و وابستگان نزدیک در برنامه ترخیص با ارتقاء بعد اجتماعی کیفیت زندگی همراه است (۲۰). دو گروه از نظر میانگین امتیاز بعد سلامت مذهبی بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری داشتند که به نفع گروه مداخله بود. Levine و همکاران در مطالعه خود در سال ۲۰۰۹ نشان دادند که آموزش معنویت باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان در بعد مذهبی می‌گردد (۲۱). $(p=0/001)$. ارتباط برقرار کردن با خداوند یک استراتژی بسیار موثر شخصی برای پیروز شدن بر مشکلات ناشی از سرطان در افراد مبتلا است. افراد مبتلا به سرطان با روی آوردن به عبادت و ارتباط با خداوند متعال به راحتی می‌توانند با علایم افسردگی، اضطراب و عوارض جسمی و حتی عوارض جانبی داروهای مصرفی در بدن خود مقابله نمایند (۲۲).

نتایج این پژوهش نشان داد در صورتی که برنامه ترخیص همراه با برنامه درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان وجود داشته باشد موجب دستیابی به نتایج مثبت در زمینه کیفیت زندگی این بیماران خواهد شد. وجود طرح آموزشی جامع

مراقبت از آن و ورزش اندام فوقانی را در حضور پژوهشگر انجام دهد. مشکلات و نیازهای آموزشی بیمار با کمک چک لیست تعیین و حمایت‌های اطلاعاتی، عاطفی (صحبت کردن با بیمار، پاسخ به سوالات، فراهم کردن شرایطی که بیمار بتواند در مورد ترس‌ها و نگرانی‌هایش صحبت کند) و معنوی (گفتگو در زمینه مسایل مذهبی) لازم فراهم می‌شد و در صورت لزوم به متخصص ارجاع داده می‌شدند. گروه کنترل همان مراقبت‌های روتین بیمارستان (شامل ارائه بروشور آموزشی در زمان ترخیص و پاسخ به سوالات بیماران) را دریافت می‌نمودند. در هر دو گروه پرسشنامه کیفیت زندگی مجدداً توسط پژوهشگر در هفته ششم بعد از ترخیص تکمیل گردید. این مطالعه بر اساس کد اخلاقی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران به شماره ۱۳۰/۶۲۴/ص/۸۹ انجام شد و در مرکز مطالعات کارآزمایی بالینی ایران با شماره IRCT۲۰۱۱۰۵۵۸۰N1 به ثبت رسیده است. در پایان داده‌ها جمع‌آوری شده در دو گروه با نرم افزار SPSS با آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی نظیر مجذور کای، فیشر و تی مستقل تجزیه و تحلیل شد.

در طول مطالعه ۳ نفر از پژوهش خارج گردیدند که ۱ نفر در گروه مداخله به دلیل عدم تمایل جهت ادامه همکاری و ۲ نفر در گروه کنترل به دلیل مهاجرت به شهرهای دیگر از دسترس پژوهشگر خارج شدند و در نهایت ۶۹ نفر در این مطالعه شرکت داشتند.

یافته‌ها

بیشترین نمونه‌های مورد پژوهش یعنی ۵۲ نفر در گروه مداخله و کنترل در دامنه سنی ۳۵ تا ۵۵ قرار داشتند. میانگین سن افراد در گروه‌های مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار با یکدیگر نداشتند. اکثر واحدهای مورد پژوهش متاهل بودند و بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در دو گروه، در مرحله II و III سرطان پستان بودند. همچنین بیشترین درصدهای مورد پژوهش در گروه مداخله (۶۵/۷٪) و گروه کنترل (۷۰/۶٪) کاندید جراحی ماستکتومی رادیکال تعدیل شده به همراه برداشتن غدد لنفاوی زیر بغل بودند. (جدول ۱).

جدول ۲ مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل را نشان می‌دهد. مقایسه بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری را در دو گروه نشان نداد ($p=0/25$) اما بعد از مداخله، میانگین و انحراف معیار این بعد در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب $12/8 \pm 6/7$ و $31/8 \pm 6/8$ بوده است که اختلاف آماری معنی‌داری به نفع گروه مداخله وجود داشته است ($p<0/001$) (جدول ۲).

مقایسه میانگین و انحراف معیار بعد سلامت روحی روانی قبل از اجرای برنامه ترخیص در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری نداشته است ($p=0/40$) اما بعد از مداخله، میانگین و انحراف معیار این بعد در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب $17/8 \pm 4/9$ و $38/1 \pm 6/0$ بوده است که اختلاف آماری معنی‌داری به نفع گروه مداخله وجود داشته است ($p<0/001$) (جدول ۲).

بررسی امتیاز کلی کیفیت زندگی دو گروه قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد ($p=0/83$) اما بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار کیفیت کلی زندگی در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب $46/6 \pm 7/3$ و $101/3 \pm 11/1$ بوده است که اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه به نفع گروه مداخله وجود داشته است ($p<0/001$) (جدول ۲).

جدول شماره ۱. مشخصات دموگرافیک و بیماری به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل

P-value	کل بیماران (n=۶۹)		کنترل (n=۳۴)		مداخله (n=۳۵)		مشخصات دموگرافیک
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	و بیماری
سن							
۰/۳۹	۱۳	۹	۱۷/۶	۶	۸/۶	۳	<۳۵
	۷۵/۴	۵۲	۷۶/۵	۲۶	۷۴/۳	۲۶	۳۵-۵۵
	۱۱/۶	۸	۵/۹	۲	۱۷/۱	۶	>۵۵
وضعیت ازدواج							
۰/۷۱	۸۱/۲	۵۶	۸۵/۴	۲۹	۷۷/۱	۲۷	متاهل
	۸/۷	۶	۸/۸	۳	۸/۶	۳	مجرد
	۲/۹	۲	۲/۹	۱	۲/۹	۱	بیوه
	۷/۲	۵	۲/۹	۱	۱۱/۴	۴	مطلقه
مراحل بیماری							
۰/۸۸	۲۶/۱	۱۸	۲۳/۵	۸	۲۸/۶	۱۰	I/II
	۶۰/۹	۴۲	۶۱/۸	۲۱	۶۰	۲۱	II/III
	۱۳	۹	۱۴/۷	۵	۱۱/۴	۴	III/IV
نوع جراحی							
۰/۹۳	۲۰/۳	۱۴	۱۷/۶	۶	۲۲/۹	۸	BCT+ALND*
	۶۷/۱	۴۷	۷۰/۶	۲۴	۶۵/۷	۲۳	MRM***+ALND
	۱۲/۶	۸	۱۱/۸	۴	۱۱/۴	۴	TM***

*Breast conservation therapy + Axillary lymph node dissection

**Modified radical mastectomy

***Total mastectomy

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش

قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل

P-value	بعد از مداخله		P-value	قبل از مداخله		ابعاد کیفیت زندگی*
	کنترل Mean±SD	مداخله Mean±SD		کنترل Mean±SD	مداخله Mean±SD	
<۰/۰۰۱	۳۱/۸±۶/۸	۱۲/۸±۶/۷	۰/۲۵	۱۰/۸±۷/۴	۱۳±۸/۲	بعد جسمی
<۰/۰۰۱	۳۸/۱±۶/۰	۱۷/۸±۴/۹	۰/۴۰	۴۵/۶±۴/۲	۴۴/۵±۵/۹	بعد روحی روانی
<۰/۰۰۱	۲۴/۳±۵/۱	۱۱/۹±۳/۲	۰/۲۱	۲۷/۹±۳/۳	۲۶/۷±۴/۵	بعد اجتماعی
<۰/۰۰۱	۷/۱±۳/۲	۴/۱±۱/۸	۰/۶۶	۹/۲±۳/۳	۸/۸±۳/۹	بعد مذهبی
<۰/۰۰۱	۱۰۱/۳۸±۱۱/۱	۴۶/۶±۷/۳	۰/۸۳	۹۳/۵±۶/۹	۹۳/۱±۱۰/۴	کیفیت کلی زندگی

* امتیاز زیاد نشانه کیفیت زندگی پایین و امتیاز کم نشانه کیفیت زندگی بالا است.

داشته و در نهایت باعث بهبود کیفیت زندگی آنها شد.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از همکاری کلیه مسئولین انیستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی (ره)، کارکنان بخش کانسر زنان و بیمارانی که حاضر به همکاری در این پژوهش شدند تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافع دیده نشده است.

متناسب با نیازهای بیماران می‌تواند هزینه‌های مراقبت بهداشتی را کاهش دهد و در دستیابی به افزایش استقلال به بیماران کمک کند (۲۳). پرستاران به عنوان یکی از اعضا تیم درمان نقش مهمی در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان دارند. با توجه به اینکه پرستار وقت بیشتری با بیمار می‌گذراند شاید اولین شخصی باشد که بتواند نیاز بیمار و خانواده‌اش را تشخیص داده و در کنترل عوارض بیماری و فرایند درمان موثر باشد (۲۴-۲۶). پیشنهاد می‌شود در کنار مراکز آموزش دولتی، مراکز آموزش غیر دولتی بیشتری تحت عنوان مراکز پی‌گیری جهت آموزش به بیماران مبتلا به سرطان پستان و خانواده‌شان فعالیت نمایند. با اجرای برنامه ترخیص در این مراکز می‌توان تاثیر بیشتری در تغییر رفتار بیماران

References

1. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res*. 2008;27:32.
2. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J*. 2007;13(4):383-91.
3. Masoudnia E. Illness perception and delay in seeking help in women with breast cancer symptoms: An appraisal of self-regulation model. *JBS*. 2008;2(3):271-82. [In Persian]
4. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Harirchi AM, Sajadian A, Khaleghi F, et al. Breast cancer in Iran: need for greater women awareness of warning signs and effective screening methods. *Asia Pac Fam Med*. 2008;7(1):6.
5. Matsuda A, Yamaoka K, Tango T, Matsuda T, Nishimoto H. Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Qual Life Res*. 2014;23(1):21-30.
6. Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews HL. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behav Immun*. 2008;22(6):969-81.
7. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Hertzog M. Impact of a telehealth intervention to augment home health care on functional and recovery outcomes of elderly patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Heart Lung*. 2006;35(4):225-33.
8. Salonen P, Tarkka M-T, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Åstedt-Kurki P, Luukkaala T, Kaunonen M. Telephone intervention and quality of life in patients with breast cancer. *Cancer nurs*. 2009;32(3):177-90.
9. Wyatt GK, Donze LF, Beckrow KC. Efficacy of an in-home nursing intervention following short-stay breast cancer surgery. *Res Nurs Health*. 2004;27(5):322-31.
10. Babaei M, Mohammad Khan Kermanshahi S, Alhani F. Influence of discharge planning on anxiety levels in patients with myocardial infarction. *Koomesh*. 2011;12(3):272-8. [In Persian]
11. Behar-Horenstein LS, Guin P, Gamble K, Hurlock G, Leclear E, Philipose M, et al. Improving patient care through patient-family education programs. *Hospital topics*. 2005;83(1):21-7.
12. Sadeghi F, Kermanshahi S, Memariyan R. The Effect of Discharge Planning on the Quality of life of School-age Children with Congenital Heart Disease Undergoing Heart Surgery. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2013;21(1):15-25. [In Persian]
13. Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, et al. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;1(1):1.
14. Baron RH. Surgical management of breast cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2007;23(1):10-9.
15. Viale G. The current state of breast cancer classification. *Ann Oncol*. 2012;23(suppl 10):x207-10.
16. Sandel SL, Judge JO, Landry N, Faria L, Ouellette R, Majczak M. Dance and Movement Program Improves Quality-of-Life Measures in Breast Cancer Survivors. *Cancer nurs*. 2005;28(4):301-9.
17. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14(3):875-82.
18. Holland R, Brooksby I, Lenaghan E, Ashton K, Hay L, Smith R, et al. Effectiveness of visits from community pharmacists for patients with heart failure: HeartMed randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;334(7603):1098.
19. Mardani Hamule M, Shahraki Vahed A. Relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *JSSU*. 2010;18(2):111-7. [In Persian]

20. Huang TT, Liang SH. A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *J Clin Nurs*. 2005;14(10):1193-201.
21. Levine EG, Aviv C, Yoo G, Ewing C, Au A. The benefits of prayer on mood and well-being of breast cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2009;17(3):295-306.
22. Hebert RS, Weinstein E, Martire LM, Schulz R. Religion, spirituality and the well-being of informal caregivers: A review, critique, and research prospectus. *Aging Mental Health*. 2006;10(5):497-520.
23. Bakhtiari M, Eslami M, Fesharaki M, Koosha S. Effect of self care education on mental health of breast cancer women undergoing chemotherapy in cancer Institute of Tehran. *Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases*. 2011;4(1-2):42-7. [In Persian]
24. Aghabarari M, Ahmadi F, Mohammadi I, Hajizadeh E, Varvani FA. Physical, emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy. *IJNR*. 2007;1(3):55-65. [In Persian]
25. Liu JB, De Oliveira GS. Planning to Return Home After Surgery. *JAMA*. 2016;316(8):892.
26. Ong MK, Romano PS, Edgington S, Aronow HU, Auerbach AD, Black JT, et al. Effectiveness of remote patient monitoring after discharge of hospitalized patients with heart failure: the Better Effectiveness After Transition-Heart Failure (BEAT-HF) randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(3):310-8.



The Effects of Discharge Planning on Quality of Life in Breast Cancer Patients

Somaieh Salmani(MSc)¹, Alireza Nikbakht Nasrabadi (PhD)^{1*}, Masoomeh Imanipour(PhD)²,
Mostafa Hosseini(PhD)³

Received: 11 Jan 2017

Revised: 11 Mar 2017

Accepted: 15 Mar 2017

Abstract

Background and Objective: Breast cancer is the most common malignancy in women. Surgery is the first line of treatment. Side effects of Surgery and disease can affect negatively on quality of life (QOL) domains. The purpose of this study was to investigate the effect of discharge planning on the QOL in patient with breast cancer.

Methods: This study was a randomized clinical trial on 69 women with breast cancer, eligible patients were assigned to intervention and control groups. In the control group hospital's routine program implemented. In intervention group, discharge planning consisted of preoperative teaching, postoperative follow up, two client visits and 6 phone calls during the 6 weeks immediately following discharge. The instruments used in this study were demographic and QOL questionnaire which was combination of two questionnaires 36-Item Short Form Survey and Quality of Life Instrument - Breast Cancer Patient Version and Discharge Planning Checklist. Completed at recruitment and 6 weeks after surgery for patients. Finally the obtained data were analyzed using SPSS software and statistical tests.

Findings: Based on the results obtained, there were no significant differences between two groups in average score in physical, mental, social, spiritual domains and quality of life before intervention. After intervention, there were statistically significant differences between two groups in QOL ($p < 0/001$) and all its domains ($p < 0/001$).

Conclusion: The results demonstrated that discharge planning in breast cancer patients undergoing surgery is as an effective follow up program which can be an effective approach for improving QOL.

1. School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Critical Care Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding Author:

Dr. Alireza Nikbakht Nasrabadi

Address: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: +98 912 0977173

Email: a.r.nikbakht3555@gmail.com

Keywords: Breast neoplasms, Patient discharge, Quality of Life

Please cite this article as: Salmani S, Nikbakht Nasrabadi A, Imanipour M, Hosseini M. The Effects of Discharge Planning on Quality of Life in Breast Cancer Patients. NHJ. 2017;1(2):26-33.