مقایسه تأثیر آموزش خود مراقبتی به روش فردی و گروهی بر کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی‌درمانی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی

محمد رضا قوام نصیری ، فاطمه حشمتی نبوی*، کاظم انوری ، اعظم حبشی زاده ، محبوبه مرادی ، غلامرضا نقابی ، مهران امیدوار ، حمیدرضا رضئی

چکیده

مقدمه: آموزش به بیماران به بیماران تحت شیمی‌درمانی بخشی جدا نشدنی از مراقبت‌های پرستاری است که در دستیابی به نتایج مطلوب درمانی نقش مهمی دارد. با توجه به مفهوم هزینه- اثربخشی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی، این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر آموزش به بیمار به روش فردی و گروهی بر کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به مرکز شیمی‌درمانی بیمارستان امید در طی سال‌های ۸۵ تا ۸۷ انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی شاهددار تصادفی است. تعداد ۱۰۲ بیمار مبتلا به سرطان مری، معده و پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید در دو گروه تحت آموزش‌های خود مراقبتی به روش فردی و گروهی قرار گرفتند. برای هریک از بیماران در گروه آموزش فردی سه جلسه آموزش توسط پرستار کارشناس آموزش دیده ارائه شد. بیماران دارای نیازهای آموزشی مشابه نیز در گروه تحت آموزش گروهی سه جلسه آموزش گروهی دریافت کردند. اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی با استفاده از نسخه بومی سازی شده EORTC QLQ-C30 و در سه دوره متوالی شیمی‌درمانی (از دوره اول تا سوم) توسط پرسشگر آموزش دیده به روش مصاحبه جمع‌آوری شد.

نتایج: میانگین سنی گروه تحت آموزش فردی ۳/۹±۴۶/۴۶ و گروه تحت آموزش گروهی ۱/۲۳±۴۸/۷ سال بود. اکثریت بیماران را در هر دو گروه زنان متأهل، خانه‌دار مبتلا به سرطان پستان تشکیل می‌دهد. نتایج آزمون چند متغیره اندازه‌های تکراری (Repeated measures) بین کیفیت زندگی بیماران در طی سه دوره شیمی‌درمانی تفاوت معناداری نشان نداد (p=۰/۴, f=۷/۹۴) اما در مقایسه بین گروهی این تفاوت معنادار بود (p=۰/۰۲ , f=۳/۷۰).

نتیجه‌گیری: تداوم آموزش (فردی و گروهی) در طی سه دوره شیمی‌درمانی منجر به حفظ کیفیت زندگی بیماران در سطح قبل از شروع شیمی‌درمانی شد. با توجه به امکانات مؤسسه و شرایط بیماران از این دو روش می‌توان در جای مناسب استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: آموزش به بیمار، کیفیت زندگی، سرطان، پرستاری در سرطان، خود مراقبتی، شیمی درمانی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ اسفند ۱۳۹۰؛ ۱۱(۸): ۸۷۴ تا ۸۸۴

مقدمه

سرطان به عنوان دومین علت مرگ در جهان شناخته

* **نویسنده مسؤول:** دکتر فاطمه حشمتی نبوی (استادیار)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. heshmati.nabavi@gmail.com

دکتر محمدرضا قوام نصیری (دانشیار)، گروه رادیوتراپی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (ghavamnasirimr@mums.ac.ir)؛ دکتر کاظم انوری (استادیار) و عضو مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، مشهد، ایران. (anvarik@mums.ac.ir)؛ اعظم حبشی‌زاده، کارشناس ارشد مدیریت پرستاری دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، مشهد، ایران. (habashizadea1@mums.ac.ir)؛ محبوبه مرادی، کارشناس پرستاری بیمارستان امید، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (moradim1@mums.ac.ir)؛ غلامرضا نقابی، کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (neghabigr1@mums.ac.ir)؛ مهران امیدوار، کارشناس پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (omidvarm1@mums.ac.ir)؛ دکتر حمیدرضا رضیئی (استادیار)، گروه رادیوتراپی و انکولوژی ،دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (raziei@mums.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱/۱۷، تاریخ اصلاح: ۹۰/۸/۲۱، تاریخ پذیرش: ۹۰/۸/۲۱

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

شده است(۱). امروزه درمان سرطان اغلب در مراکز سرپایی انجام می‌شود، بنابراین بسیاری از بیماران باید نشانه‌های بیماری و عوارض جانبی درمان را در منزل اداره کرده، نشانه‌های دیسترس را کاهش داده و سطح عملکردی و کیفیت زندگی خود را ارتقاء بخشند(۲و۳). واضح است که بیماران تحت شیمی‌درمانی انواعی از عوارض جانبی ناشی از درمان را تجربه می‌کنند که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۴). بسته به شدت عوارض جانبی درمان، گاه نیاز است که بیمار بستری شده و مراقبت‌های لازم را توسط تیم درمانی- مراقبتی دریافت کند(۵). بیمارانی که شیمی‌درمانی سرپایی دریافت می‌کنند نیاز به اقداماتی فعال جهت کنترل عوارض ناشی از درمان دارند.

در فضای فعلی سیستم‌های بهداشتی درمانی، از افراد انتظار می‌رود که نقشی فعال در مراقبت از خود به عهده گیرند؛ برای پذیرش این نقش لازم است که افراد اطلاعات کافی دریافت کنند, تا مهارت لازم جهت انجام تصمیم‌گیری‌های مناسب در قبال وضعیت سلامت خود را به دست آورند(۲, ۶تا۷). مورا با توجه به تغییرات در حال شکل‌گیری در سیستم‌های بهداشتی و درمانی، آموزش به بیماران مبتلا به سرطان و خانواده آنها را جزء جدانشدنی از مراقبت‌های پرستاری از این‌گونه بیماران می‌داند(۳).

از سال ۱۹۵۰ در برنامه‌های انجمن سرطان آمریکا اطلاعات مورد نیاز بیماران و خانواده آنها ارائه می‌شد. در طی زمان و در طی اجرای برنامه «من می‌توانم سازگار شوم» کیفیت مطالب آموزشی نوشتاری افزایش یافت(۸و۹). در سال ۱۹۷۳ دریافت آموزش به عنوان یکی از حقوق بیماران در فهرست حقوق بیمار وارد شد(۸). در سال ۱۹۸۷ انستیتو ملی سرطان در امریکا برنامه‌های «سازگاری با سرطان» را توسعه داد(۱۰). انجمن ملی سرطان امریکا (Natioal Cancer Intitute) با افزودن قسمت آموزش به بیمار در خدمات خود و ایجاد پست سازمانی برای آن به شکل گسترده‌تری از آموزش به بیماران سرطانی حمایت کرد(۱۱). انجمن ملی سرطان و جامعه پرستاران انکولوژی هر دو در استانداردهای برایندی خود به نتایج آموزش به بیمار اشاره کردند و وظایف خود در ارتباط با آموزش به بیمار را برشمردند(۱۲).

گرین و همکاران آموزش به بیمار را این‌گونه معنی کرده‌اند: ترکیبی برنامه‌ریزی شده از فعالیت‌های آموزشی به منظور کمک به افرادی که در حال تجربه کردن یک بیماری هستند تا بتوانند به گونه‌ای رفتار خود را تغییر دهند که این تغییر رفتار موجب حفظ و ارتقای سلامت آنها شود (۱۳تا۱۵). روش‌های قابل اعتماد و قابل اطمینان بسیاری جهت ارزشیابی نتایج آموزش به بیمارشناسایی شده که برخی از آنها عبارتند از ابزارهایی جهت بررسی سطح دانش، اضطراب، خودکارایی، کیفیت زندگی و رضایت این بیماران(۷).

آموزش به بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند موجب دستیابی به نتایج مطلوب درمانی مانند کاهش اضطراب، افسردگی، تغییرات خلقی، تهوع و درد گردد(۱۶-۲۰). ارزش آموزش و نقش ارائه اطلاعات و حمایت از بیماران در فرایند تشخیص و درمان سرطان امری شناخته شده است. مطالعات داد (Dodd) بر روی بیماران تحت شمی درمانی نشان داد که بیمارانی که در مورد نحوه برخورد با عوارض شیمی‌درمانی و رادیوتراپی آموزش دیدند زودتر از بیماران آموزش ندیده فعالیت‌های خودمراقبتی را شروع می‌کنند(۲۱تا۲۶). بیماران اغلب به دلیل داشتن اضطراب، احساس خستگی و فشار عصبی، حین دریافت اطلاعات در درک و حفظ اطلاعات ارائه شده مشکل پیدا می‌کنند(۲۷). پرستاران انکولوژی از بیمارانی مراقبت می‌کنند که دارای دامنه وسیعی از نیازهای آموزشی هستند. به دلیل پیچیدگی روش‌های درمانی سرطان و همچنین تنوع سطح درک بیماران، به انواعی از روش‌ها و مواد آموزشی نیاز است که متناسب با بیمار مورد نظر باشد. بنابراین چالش موجود در آموزش به این بیماران، شناسایی نیازهای یادگیری آنها و ارائه آموزش متناسب با سن و سطح فرهنگی و اجتماعی برای برطرف کردن این نیازهاست(۲۸). از آنجا که مراقبت‌های پرستاری به ندرت توسط یک ارائه‌دهنده

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

مراقبت انجام می‌شود، ارائه آموزش‌ها و اطلاعات به شکل سیستماتیک و دریافت بازخورد از بیمار در دستیابی به موفقیت برنامه‌های آموزشی ارزش حیاتی دارد(۲۷).

امروزه اغلب اطلاعات به شکل آموزش نوشتاری به بیماران ارائه می‌شود و از آنها انتظار می‌رود با خواندن این مطالب تصمیم‌گیری صحیح در قبال وضعیت سلامت خود داشته باشند. بسیاری از بیماران مراجعه‌کننده به سیستم‌های بهداشتی درمانی توانایی خواندن ندارند ودر نتیجه اطلاعات بهداشتی را به درستی درک نمی‌کنند. این بیماران برای درک واقعیت‌های ضروری درمورد مراقبت و درمان سؤالی نیز مطرح نمی‌کنند(۲و۳). به طور کلی عمق آموزش ارائه شده بوسیله آموزش‌های سازمان‌یافته (Structured Education) بیش از روش‌های غیرسازمان‌یافته است. دو روش اصلی آموزش‌های سازمان‌یافته عبارتست از آموزش فرد به فرد وآموزش گروهی(۱۳و۱۵). بررسی روش‌های مختلف ارائه مراقبت و انتخاب روش‌های اثربخش و کم هزینه از رسالت‌های پژوهش جهت ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران و حرکت به سوی ارائه مراقبت مبتنی بر شواهد است. بنابراین ارزشیابی نتایج آموزش ارائه شده توسط پرستاران و ابزارهای مورد استفاده و بررسی تفاوت اثربخشی شیوه‌های مختلف آموزش در میزان ایجاد نتایج مراقبتی دلخواه امری ضروری است(۳و ۲۰).

آموزش دادن به افراد در گروه این فرصت را به پرستار می‌دهد که به چند فراگیر به‌طور همزمان آموزش دهد و در شرایطی که هزینه‌های مراقبتی- درمانی در حال افزایش است باید به این روش به عنوان یک روش مؤثر و کارا در آموزش بیماران دارای نیازهای آموزشی مشابه توجه شود. علاوه بر اقتصادی‌تر بودن روش آموزش گروهی نسبت به آموزش فرد به فرد، این روش باعث ایجاد یادگیری فعال، فراهم آوردن فرصتی جهت به اشتراک گذاشتن ایده‌ها و دریافت حمایت از گروه می‌شود(۱۳).

محدودیت منابع و کمبود نیروی انسانی از مشکلات مهم و تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری در سیستم بهداشتی درمانی کشور ما و از موانع مهم اجرای آموزش به بیمار توسط پرستاران است(۲۹). با توجه به اهمیت اجرای آموزش بیمار به شیوه سازمان‌یافته به عنوان یک مراقبت پرستاری بر دستیابی به نتایج مطلوب در بیماران مبتلا به سرطان، و اهمیت توجه به مفهوم هزینه- اثربخشی در ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی، این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر روش فرد به فرد آموزش بیمار با روش گروهی بر کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به مرکز شیمی‌درمانی بیمارستان امید انجام شد.

روش‌ها

روش تحقیق در این مطالعه از نوع کار آزمایی بالینی تصادفی (Randomized Clinical Trial) بود. نمونه شامل ۱۰۲ بیمار مبتلا به سرطان پستان، معده و مری تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به مرکز شیمی‌درمانی بیمارستان امید بود که به طور تصادفی به دو گروه (آموزش فردی و آموزش گروهی) تخصیص یافت. معیارهای ورود عبارت بود از: ابتلا به سرطان پستان، مری یا معده، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، توانایی برقراری ارتباط کلامی و داشتن توانایی شنوایی، در بدو تشخیص بیماری بوده و کاندید دریافت شیمی‌درمانی باشند. بیمارانی که داری ویژگی‌های زیر بودند از مطالعه خارج می‌شدند: انجام سایر درمان‌های سرطان در مدت سه ماه قبل، وجود متاستازهای مغزی، اورمی و متا ستازهای کبدی. ابتدا با قرعه‌کشی اعداد فرد به گروه آموزش فردی و اعداد زوج به آموزش گروهی اختصاص یافتند. سپس جهت انجام تخصیص تصادفی از آخرین عدد شماره پرونده بیماران استفاده شد،

انجام این پژوهش به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسید. رضایت آگاهانه در ابتدای ورود به مطالعه از هریک از مشارکت‌کنندگان در تحقیق گرفته شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هر مرحله از مطالعه می‌توانند آزادانه مطالعه را ترک کنند. در مورد حفظ گمنامی و محرمانه بودن

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

اطلاعات بیماران به آنها اطمینان داده شد.

برگه جمع‌آوری اطلاعات زمینه‌ای: این ابزار برای جمع‌آوری اطلاعات زمینه‌ای مشارکت‌کنندگان (شامل جنسیت، سن، تشخیص طبی، مرحله بیماری، وضعیت تأهل، سابقه ابتلا به سرطان در خانواده، سطح تحصیلات، مراقبت‌کننده اصلی بیمار) توسط تیم تحقیق طراحی شد. اطلاعات این فرم در مصاحبه با بیمار و بر اساس پرونده پزشکی او تکمیل گردید.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان (EORTC QLQ-C30): سازمان اروپایی تحقیق و درمان سرطان، به عنوان معتبرترین سازمان پژوهش در مورد بیماران سرطانی و ارزیابی درمان‌های خاص سرطان در اروپا، ابزارهایی چون سنجش اضطراب، سازگاری و کیفیت زندگی بیماران سرطانی را تهیه و تدوین نموده و در تحقیقات متعددی آنها بکار گرفته شده‌اند(۳۰تا۳۳). پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در مطالعات دیگری نشان داده شده است(۳۴). این ابزار دارای ۳۲ پرسش است که ۵ پرسش قسمت اول آن به صورت (به هیچ وجه، کمی، زیاد، و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود و محور اصلی آن فعالیت‌های روزانه بیمار است. ۲۳ پرسش قسمت دوم مربوط به وضعیت جسمی، روحی و روانی مددجو است و به بررسی عوارض ناشی از شیمی‌درمانی می‌پردازد و در آن بیمار طی هفته گذشته خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و به صورت (اصلاً، کمی، متوسط، زیاد) برآورد می‌نماید که به ترتیب از ۱ تا ۴ امتیازدهی می‌شود. امتیازات در این دو قسمت از حداقل ۲۸ تا حداکثر ۱۱۲ امتیازدهی می‌شود. امتیاز بالاتر نشانه کیفیت زندگی پایین تر است. امتیاز ۲۸ تا ۵۶ نشان‌دهنده کیفیت زندگی مطلوب، ۵۷ تا ۸۴ متوسط و ۸۵ تا ۱۱۲ نامطلوب طبقه‌بندی می‌گردد. قسمت سوم این ابزار از مددجو در مورد وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی‌اش به طور کلی و ذهنی پرسش می‌شود که وی به صورت خیلی ضعیف (۱) تا عالی (۷) به قضاوت وضعیت خود می‌پردازد. در مطالعه حاضر مقدار ضریب آلفای کرونباخ در مورد مقیاس چند گزینه‌ای در پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران متبلا به سرطان (QLQ-30) از ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ در طی سه دوره متفاوت بود.

تمامی پرسشنامه‌ها توسط یک مصاحبه‌کننده آموزش دیده تکمیل گردید. در اولین نوبت شیمی‌درمانی قبل از اولین جلسه آموزش، هریک از بیماران دو گروه، به سؤالات برگه اطلاعات زمینه‌ای و پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند. در نوبت دوم و سوم شیمی‌درمانی فقط پرسشنامه کیفیت زندگی تکمیل گردید. پیش از اولین جلسه شیمی‌درمانی، گروه اول بیماران تحت آموزش فردی قرار گرفتند. منظور از آموزش فردی در این پژوهش عبارت بود از آموزش به بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی سرپایی در ارتباط با روش‌های خودمراقبتی جهت کنترل و کاهش عوارض ناشی از شیمی درمانی. ابتدا پرستار با استفاده از فرم بررسی نیازهای آموزشی به بررسی نیازهای آموزشی بیمار می‌پرداخت و براساس پروتکل استاندارد آموزش بیمار آموزش‌های لازم در مورد رفتارهای خودمراقبتی در ارتباط با مشکلات بالقوه و بالفعل بیمار را ارائه می‌داد. زمان جلسات آموزشی بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامید و برای هر بیمار ۳ جلسه (قبل از شروع شیمی‌درمانی، دومین دوره شیمی‌درمانی و سومین دوره شیمی‌درمانی) اجرا گردید.

بیماران در گروه دوم تحت آموزش گروهی قرار گرفتند. آموزش گروهی یک روش آموزشی است که در آن فراگیران و آموزش‌دهنده گرد هم جمع می‌شوند و به تبادل اطلاعات، احساسات و عقاید می‌پردازند. اندازه گروه‌ها می‌تواند سه نفره(گروه‌های کوچک) و ۱۵ تا ۲۰ نفر باشد. اهداف آموزشی قبل از شروع جلسه تعیین و در طی بحث بر آن تأکید می‌شود. این اهداف در ابتدای هر جلسه برای شرکت‌کنندگان معرفی می‌شود(۱۳). منظور از آموزش به روش گروهی در این پژوهش عبارت است از: آموزش به بیماران تحت شیمی‌درمانی سرپایی در گروه‌های ۳ تا ۵ نفره؛ بدین ترتیب که در ابتدا پس از بررسی فردی هر یک از بیماران با استفاده از فرم بررسی نیاز آموزشی و تعیین نیازهای آموزشی،

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

بیماران دارای نیازهای مشترک در یک گروه قرار گرفتند. آموزش‌های خود مراقبتی در طی جلسات گروهی به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه توسط پرستار آموزش دیده ارائه شد. قبل از هر جلسه به منظور ایجاد آگاهی لازم جهت شروع بحث گروهی مواد آموزشی نوشتاری از قبل آماده شده در مورد رفتارهای خودمراقبتی در اختیار آنها قرار گرفت. برای هر گروه ۳ جلسه آموزشی قبل از شروع شیمی درمانی، دومین جلسه شیمی‌درمانی و سومین دوره برگزار گردید. فاصله بین جلسات شیمی‌درمانی ۲۱ روز بود. سه کارشناس پرستاری مسئولیت انجام آموزش‌های فردی و گروهی را به عهده داشتند که به طور یکسان برای این کار آماده شده بودند. این افراد اطلاعی از هدف مطالعه نداشتند. آموزش گروهی توسط یک پرستار و آموزش‌های فردی توسط دو پرستار دیگر انجام می‌شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. با توجه به این که این تحقیق دارای متغیر مستقل روش آموزشی و متغیر وابسته کیفیت زندگی و مجموعه‌ای از متغیرهای مداخله‌گر می‌باشد، از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (با توجه به نوع داده‌ها) استفاده گردید. برای تعیین اختلاف مشخصات فردی بین گروه‌های مورد مطالعه از آزمون کای دو (Chi-square) و آزمون آماری تی استفاده شد. همچنین برای تعیین امتیاز کیفیت زندگی در طول مراحل مختلف از آزمون اندازه‌های تکراری (Repeated measures) استفاده گردید. در همه آزمون‌ها سطح معناداری α=۰/۰۵ مد نظر قرار گرفت.

نتایج

تعداد ۱۰۲ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش شیمی‌درمانی (۵۱ نفر آموزش فردی و ۵۱ نفر آموزش گروهی) در این مطالعه شرکت داشتند. شاخص‌های جمعیت شناسی و نتایج مربوط به کیفیت زندگی بیماران در جداول ۱ و ۲ خلاصه شده است. میانگین سنی گروه تحت آموزش فردی ۳/۹±۴۶/۶ و گروه تحت آموزش گروهی ۱/۲۳±۴۸/۷ سال بود. اکثریت بیماران را در هر دو گروه زنان متأهل، خانه‌دار مبتلا به سرطان پستان تشکیل می‌دهد. در هر دو گروه اکثر بیماران در منزل تحت مراقبت همسران خود بودند. گروه‌ها به لحاظ سن، وضعیت تأهل، رژیم درمانی، تحصیلات، شغل، مراقبت‌کننده اصلی، و امتیاز کیفیت زندگی با هم مشابه بودند و اختلاف آنها به لحاظ آماری معنادار نبود؛ اما دو گروه از نظر نوع سرطان و شغل متفاوت بودند ($p<$۰/۰۵) (جدول۱). با عنایت به این که در انجام آزمون چند متغیره اندازه‌های تکراری اثر نوع سرطان را در نظر گرفته‌ایم؛ این تفاوت خللی در نتایج مطالعه ایجاد نمی‌کند.

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران متبلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی بر حسب شاخص‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک نوع آموزش ارائه شده (بیمارستان امید سال ۸۵ تا ۸۷)

گروه آموزش گروهی (۵۱ نفر)	*گروه آموزش فردی (۵۱ نفر)*	*شاخص*	
سن(سال): میانگین ± انحراف معیار	۳/۹±۴۶/۶	۱۰/۲۳±۴۸/۷	آزمون تی مستقل Df=۱۰۰ P=۰/۲
جنسیت تعداد (درصد)			آزمون دقیق فیشر
– زن	۴۲(۸۲/۴)	۳۸ (۷۴/۵)	Df=۲
– مرد	۹(۱۷/۶)	۱۳(۲۵/۵)	P=۰/۴

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

سطح تحصیلات: تعداد (درصد)			
– بیسواد	۱۸(۳۵/۳)	۲۰(۳۹/۲)	آزمون کای دو
– ابتدایی	۲۷(۵۲/۹)	۱۵(۲۹/۴)	Df=۴
– کمتر از دیپلم	۳(۵۲/۹)	۵(۹/۸)	P=۰/۵
– دیپلم	۱(۲)	۷(۱۳/۷)	
– دانشگاهی	۲(۳/۹)	۴(۷/۸)	
وضعیت تاهل: تعداد (درصد)			
– متاهل	۴۷(٪۹۲/۲)	۴۶(۹۰/۲)	آزمون کای دو
– مجرد	۲(٪۳/۹)	۲(۳/۹)	Df=۳
– بیوه/ مطلقه	۲(٪۳/۹)	(۵/۹)۳	P=۰/۷
مراقبت کننده اصلی: تعداد (درصد)			
– فرزند	۱۱(۲۱/۶)	۱۱(۲۱/۶)	آزمون کای دو
– والدین	۱(۲)	۷(۷/۹)	Df=۵
– همسر	۳۳(۶۴/۶)	۲۹(۵۶/۹)	P=۰/۶۴
– خواهر و برادر	۵(۹/۸)	۶(۱۱/۸)	
– سایر موارد	۱(۲)	۱(۲)	
سابقه ابتلا به سرطان در خانواده: تعداد (درصد)			آزمون دقیق فیشر
– دارد	۱۲(۲۳/۵)	۱۲(۲۳/۵)	P=۰/۵۹
– ندارد	۳۹(۷۶/۵)	۳۹(۷۶/۵)	
نوع سرطان: تعداد (درصد)			
– سرطان پستان	۳۸(۴۷/۵)	۲۷(۵۲/۹)	آزمون کای دو
– سرطان معده	۴(۷/۸)	۱۴(۲۷/۵)	Df=۲
– سرطان مری	۹(۱۷/۶)	۱۰(۱۹/۶)	P=۰/۰۲
کیفیت زندگی	۳۱±۱۳/۶	۳۳±۱۲/۶۸	آزمون تی مستقل P=۰/۵۸
شغل			
– خانه دار	۳۸(۴۷/۵)	۲۸(۵۴/۹)	آزمون کای دو
– کارمند	۳(۵/۹)	۱۰(۱۹/۶)	Df=۴
– کارگر	۷(۱۳/۷)	۳(۵/۹)	P=۰/۰۲
– کشاورز	۳(۵/۹)	۸(۱۵/۷)	
– سایر موارد	۰(۰)	۲(۳/۹)	

میانگین کیفیت زندگی بیماران در گروه آموزش فردی و گروهی در طی سه دوره در حد کیفیت زندگی مطلوب بوده است که در طی سه دوره آزمون چند متغیره اندازه‌های تکراری (با در نظر گرفتن اثر نوع سرطان) تغییر معناداری را در کیفیت زندگی بیماران در هر دو گروه نشان نداد (f=۷۹۴، p>۰/۰۵). این آزمون با در نظر گرفتن نوع سرطان، بین کیفیت زندگی گروه‌ها در طی سه دوره شیمی‌درمانی تفاوت آماری معناداری را نشان داد (p<۰/۰۵) (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه درون گروهی و بین گروهی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی در دو گروه آموزش فردی و گروهی (بیمارستان امید سال ۱۳۸۵ تا ۸۷)

متغیر	اولین اندازه گیری	دومین اندازه گیری	سومین اندازه گیری	مقایسه بین گروهی	مقایسه درون گروهی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

کیفیت زندگی	۳۱±۱۳/۶	۳۱±۱۳/۶	۳۷/۴۹±۱۳/۸۸	f=۳/۷۰	f=۷۹۴ ،p=۰/۴
آموزش فردی	۳۳±۱۲/۶۸	۳۳±۱۲/۶۸	۳۱/۷±۱۶/۲۳	۰/۰۲	f=۰/۷۵۴،p=۰/۰۸
آموزش گروهی					

همان‌طور که مشاهده می‌شود امتیاز کیفیت زندگی بیماران تحت آموزش گروهی در سومین نوبت آموزش نشان‌دهنده بالاترین سطح کیفیت زندگی آنان در طی سه دوره است (جدول ۲). نتایج آزمون اندازه‌های تکراری بین کیفیت زندگی بیماران در دو گروه و جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و مراقبت‌کننده اصلی تفاوت آماری معناداری نشان نداد (p<۰/۰۵).

بحث

منظور این مطالعه مقایسه تأثیر اجرای آموزش به دو شیوه فردی و گروهی بر کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی‌درمانی بود.

تمامی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش در ابتدای تشخیص بیماری خود بودند و برای اولین بار تحت شیمی‌درمانی قرار می‌گرفتند. نتایج مطالعه هاپوود و همکاران که نزد ۲۲۰۸ بیمار مبتلا به سرطان پستان انجام شد، نشان داد که دریافت شیمی‌درمانی اغلب جنبه‌های کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. کیفیت زندگی کلی و سلامت روانی اغلب بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه در شروع رادیوتراپی در سطح مطلوب بود، اما دریافت شیمی‌درمانی یک عامل خطر معنادار برای کاهش کیفیت زندگی در حد ضعیف بود(۳۵). با توجه به این که در آنالیز نتایج این مطالعه تأثیر نوع سرطان کنترل شده است، می‌توان ادعا کرد که حفظ کیفیت زندگی بیماران در سطح قبل از شروع شیمی‌درمانی در طی سه دوره شیمی‌درمانی در دو گروه مطلوب بوده و نشان‌دهنده اثربخشی آموزش فردی و گروهی در حفظ کیفیت زندگی در سطح قبل از بیماری است. ا نتایج این مطالعه در خصوص بیماران تحت آموزش گروهی با نتایج مطالعه هروی و همکاران همخوانی دارد(۳۶).

در این مطالعه بین کیفیت زندگی بیماران در طی سه دوره شیمی‌درمانی و جنسیت، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، مراقبت‌کننده اصلی در دو گروه ارتباط معناداری وجود نداشت. این نتایج با نتایج مطالعه دهکردی همخوانی دارد(۳۷). بین کیفیت زندگی و نوع سرطان در دو گروه ارتباطی وجود نداشت. این نتایج با نتایج مطالعه دهکردی همخوانی ندارد که این مساله می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع نمونه‌های این دومطالعه باشد. مطالعه دهکردی بیماران مبتلا به انواع سرطان شامل گوارشی،تنفسی، تولید مثل، استخوانی، و پستان را مورد مطالعه قرار داده بود در حالی که مطالعه حاضر فقط بیماران مبتلا به سرطان معده، مری و پستان شامل شد.

مطالعات زیادی حاکی از آن هستند که حمایت‌های اجتماعی نقش مفیدی را در تطابق بیماران با انواع بیماری‌ها ایفا می‌کند(۳۸و۳۹). قرار گرفتن بیماران دارای مشکلات جسمی مشترک می‌تواند موجب به اشتراک گذاشتن تجارب و احساسات در جمع شده و به افراد کمک کند که راه‌حل‌های بهتری برای مشکلات خود بیابند.

نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران در هر دو گروه طی سه دوره شیمی‌درمانی تفاوت آماری معناداری نداشت اگرچه به لحاظ آماری تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش آموزش فردی و گروهی وجود داشت اما با توجه به دامنه جزیی تغییرات در میانگین نمرات این تفاوت به لحاظ بالینی معنادار و مهم به نظر نمی‌رسد. با توجه به معنا دار نبودن تفاوت میانگین امتیازها در طی سه جلسه شیمی‌درمانی در مقایسه‌های درون گروهی در هر دو گروه آموزش فردی و گروهی، به نظر می‌رسد علیرغم تأثیر بالقوه شیمی‌درمانی بر افت کیفیت زندگی، آموزش چه به شکل فردی و چه به صورت گروهی توانسته به حفظ کیفیت زندگی بیماران در سطح قبل از شروع شیمی‌درمانی کمک نماید

نتیجه‌گیری

واضح است که بیماران تحت شیمی‌درمانی انواعی از

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

عوارض جانبی ناشی از درمان را تجربه می‌کنند که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بسته به شدت عوارض جانبی درمان، گاه نیاز است که بیمار بستری شده و مراقبت‌های لازم را توسط تیم درمانی- مراقبتی دریافت کند. بیمارانی که شیمی‌درمانی سرپایی دریافت می‌کنند نیاز به اقداماتی فعال جهت کنترل عوارض ناشی از درمان دارند.

محدودیت منابع و کمبود نیروی انسانی از مشکلات مهم و تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری‌های صورت گرفته در سیستم بهداشتی درمانی کشور ماست. بررسی روش‌های مختلف ارائه مراقبت‌ها و انتخاب روش‌های اثربخش و کم هزینه از رسالت‌های پژوهش جهت ارتقاء کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران و حرکت به سوی ارائه مراقبت‌های مبتنی بر شواهد است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اموزش به بیماران تحت شیمی‌درمانی به روش فردی و گروهی موجب حفظ کیفیت زندگی این بیماران در محدوده مطلوب می‌گردد.

یک محدودیت اجرایی این مطالعه، تشکیل جلسات آموزش گروهی بود. بسیاری از بیماران مراجعه‌کننده به این مرکز را مراجعه‌کنندگان از شهرها و استان‌های مجاور تشکیل می‌دادند. هماهنگی جلسات گروهی به شکلی که مدت اقامت آنها را طولانی نکند، یکی از محدودیت‌های اجرایی این روش بود. پیشنهاد می‌شود بین آموزش گروهی و فردی به عنوان دو روش مؤثر در کنار هم و با توجه به سهولت آن برای بیماران انتخاب صورت گیرد.

قدردانی

تیم تحقیق از دانشگاه علوم پزشکی مشهد جهت تامین اعتبار مالی این پژوهش و از کادر پرستاری، پزشکی و اداری بیمارستان امید برای همکاری‌های صمیمانه با تیم تحقیق تشکر و قدردانی می‌نماید. انجام این پژوهش بدون همکاری صمیمانه بیماران و خانواده‌های آنان میسر نبود، برای همه آنها آرزوی سلامت داریم.

منابع

1. Comayer D. cancer overview. J Adv Nurs. 2000;100(4):24D-92H.
2. Williams SA, Schreier AM. The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. Appl Nurs Res. 2005; 18(3): 138-47.
3. Treacy JT, Mayer DK. Perspectives on cancer patient education. Semin Oncol Nurs. 2000; 16(1): 47-56.
4. Williams SA, Schreier AM. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. Oncol Nurs Forum. 2004; 31(1): E16-23.
5. Spichiger E, Rieder E, Muller-Frohlich C, Kesselring A. Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: A qualitative study. Eur J Oncol Nurs. 2011. [Article In Press]
6. Nolan J, Nolan M, Booth A. Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example. Int J Nurs Stud. 2001; 38(2): 163-73.
7. Krupat E, Fancey M, Cleary PD. Information and its impact on satisfaction among surgical patients. Social Science & Medicine. 2000; 51(12): 1817-25.
8. American Hospital Association. A Patient's Bill of Rights: American Hospital Association catalogue no. 2415. Chicago, IL: The Association; 1975.
9. Johnson J, Klein L. I can cope: staying healthy with cancer. Minneapolis, MN: DCI Pub.; 1988.
10. Stevenson E, Crosson K. Patient education: history, development, and current directions of the American Cancer Society and the National Cancer Institute. Semin Oncol Nurs. 1991;7(2):135-42.
11. National Cancer Institute. Adult Patient Education in Cancer. Washington, DC: National Institute of Health pub; 1983.
12. Oncology Nursing Society. Outcome Standards for Cancer Patient Education. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society; 1982.
13. Bastable SB. Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2003.
14. Potter PA, Perry AG. Basic nursing: a critical thinking approach. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1999.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

15. Redman BK. The practice of patient education. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
16. Godino C, Jodar L, Duran A, Martinez I, Schiaffino A. Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients. Eur J Oncol Nurs. 2006;10(2):150-5.
17. Dunn J, Steginga SK, Rose P, Scott J, Allison R. Evaluating patient education materials about radiation therapy. Patient Educ Couns. 2004;52(3):325-32.
18. Strasser F, Sweeney C, Willey J, Benisch-Tolley S, Palmer JL, Bruera E. Impact of a half-day multidisciplinary symptom control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptom intensity, and patient satisfaction: a retrospective descriptive study. J Pain Symptom Manage. 2004;27(6):481-91.
19. Elf M, Wikblad K. Satisfaction with information and quality of life in patients undergoing chemotherapy for cancer. The role of individual differences in information preference. Cancer Nurs. 2001;24(5):351-6.
20. Schrieber L, Colley M. Patient education. Best practice & research Clinical rheumatology. 2004;18(4):465-76..
21. Dodd MJ. Assessing patient self-care for side effects of cancer chemotherapy--part I. Cancer Nurs. 1982;5(6):447-51.
22. Dodd MJ. Cancer patients' knowledge of chemotherapy: assessment and informational interventions. Oncol Nurs Forum. 1982;9(3):39-44.
23. Dodd MJ. Self-care for side effects in cancer chemotherapy: an assessment of nursing interventions--Part II. Cancer Nurs. 1983;6(1):63-7.
24. Dodd MJ, Mood DW. Chemotherapy: helping patients to know the drugs they are receiving and their possible side effects. Cancer Nurs. 1981;4(4):311-8.
25. Zuk SM, Quinn LK. Cancer education: Using the evidence. Semin Oncol Nurs. 2002;18(1):60-5.
26. Dodd MJ. Patterns of self care in cancer patients receiving radiation therapy. Oncol Nurs Forum. 1984;11(3):23-7.
27. Johnson JE. Self-regulation theory: applying theory to your practice. Pittsburgh: Oncology Nursing Press; 1997.
28. Donaldson N, Rutledge D, Pravikoff D. Principles of effective adult-focused patient education in nursing. Online J Clin Innov. 1999;2(2):1-22.
29. Heshmati Nabavi F, Vanaki Z. [Barrasiye Mavaneh Ejraeiye Amouzehe be Bimar va Rotbe bandite on az Didghahe Parastaran]. Journal of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences. 2006;6(1-2):47-52. [Persian]
30. Kosmidis P. Quality of life as a new end point. Chest. 1996;109(5 Suppl):110S-2S.
31. Gralla RJ, Thatcher N. Quality-of-life assessment in advanced lung cancer: considerations for evaluation in patients receiving chemotherapy. Lung Cancer. 2004;46(Suppl 2):S41-7.
32. Kaasa S, Bjordal K, Aaronson N, Moum T, Wist E, Hagen S, et al. The EORTC core quality of life questionnaire (QLQ-C30): validity and reliability when analysed with patients treated with palliative radiotherapy. Eur J Cancer. 1995;31A(13-14):2260-3.
33. Anant M, Guleria R, Pathak AK, Bhutani M, Pal H, Charu M, et al. Quality of life measures in lung cancer. Indian J Cancer. 2005;42(3):125-32.
34. Vanaki Z. [Designing the Support Model in Nursing and its Effects on Patients Satisfaction Under Chemotherapy] [dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2002. [Persian]
35. Hopwood P, Haviland J, Mills J, Sumo G, J MB. The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: an analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). Breast. 2007;16(3):241-51.
36. Karimoi M, Pour Dehghan M, Faghih Zadeh S, Montazeri A, Milani M. [The effects of group counseling on symptom scales of life quality in patients with breast cancer treated by chemotherapy]. Behbood. 2006;10(1):10-22. [Persian]
37. Hasanpour Dehkordi A. [Factors Affecting Quality of Life in Cancer Patients under Chemotherapy in Tehran (2004)]. Behbood. 2006;10(2):120-9. [Persian]
38. Cohen S, Herbert TB. Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. Annu Rev Psychol. 1996;47:113-42.
39. Spiegel D, Kato PM. Psychosocial influences on cancer incidence and progression. Harv Rev Psychiatry. 1996;4(1):10-26.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]

The Effect of Individual and Group Self-care Education on Quality of Life in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Clinical Trial

Mohammad-Reza Ghavam-Nasiri[1], Fatemeh Heshmati Nabavi [2], Kazem Anvari[3], Azam Habashi Zadeh[4], Mahboobe Moradi[5], GholamReza Neghabi [6], Mehran Omidvar[7] , Hamid Reza Raziei [8]

Abstract

Introduction: *Educating Patients diagnosed with cancer about their disease and treatment is a vital component of their nursing care. Management of treatment side effects and maintaining the quality of life could be achievable only by adequate and organized self-care education. With regards to the importance of the concept of cost-effectiveness in health care providing system, this study aimed to assess the effects of patient education on the quality of life in patients receiving chemotherapy and also to compare these effects between individual patient education and group education methods.*

Methods: *One hundred and two patients with breast, esophagus and stomach cancer referred to Chemotherapy Unit in Omid hospital were randomly assined to two groups: Group teaching and Individual teaching methods. Fifty-one received three individual teaching sessions. Three group teaching sessions were conducted for the other fifty-one patients. All subjects were interviewed by the same interviewer three times (before the first chemotherapy, second and third session) using EORTC QLQ-C30 quality-of-life questionnaire.*

Results: *The mean age of the two groups were 46/6± 3/9 and 48/7±1/32 in the individual and group teaching groups, respectivly. Using repeated measure test, we observed a significant difference in the quality of life scores over time between the two groups (p=0.02, F=3.7). However, this effect was only evident after the third chemotherapy course.*

Conclusion: *Group teaching could maintain quality of life better than individual teaching over time. Health care providers could use these two methods interchangeably according to institute condition and the patients' needs and preferences.*

Keywords: Patient Education, Quality of life, Cancer, Oncology Nursing, Self-care, Chemotherapy

Addresses:

[1] Associate Professor,Department of Oncology and Radiology,Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad,Iran, E-mail:ghavamnasirimr@mums.ac.ir

[2] (✉)Assistant Professor , Nursing and Midwifery School, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran,E-mail:heshmatinf@mums.ac.ir

[3] Assistant Professor,Cancer Research Center,Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran,E-mail: anvarik@mums.ac.ir

[4] MSc. of Nursing Management, Mashhad University of Medical Sciences,Mashhad, Iran, E-mail: habashizadea1@mums.ac.ir

[5] Bachelor of Nursing,Mashhad,Omid Hospital,University of Medical Sciences. Mash had, Iran moradim1@mums.ac.ir

[6] Bachelor of Nursing,Mashhad University of Medical Sciences. Mash had, Iran neghabigr1@mums.ac.ir

[7] Bachelor of Nursing,Mashhad University of Medical Sciences. Mash had, Iran omidvarm1@mums.ac.ir

[8] Assistant Professor,Department of Oncology and Radiology,Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad,Iran raziei@mums.ac.ir

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-12]