



بررسی تأثیر برنامه جامع حمایتی پرستار بر اضطراب مرگ و تبعیت از درمان هورمونی در زنان مبتلا به سرطان سینه: پروتکل مطالعه آرسی تی

نویسندگان:

سعیده رئیسی^۱، مهدی کریم یار جهرمی^۲، مجید اکرمی^۳، محسن حجت^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

۲- استادیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، ایران.

۳- مرکز تحقیقات بیماریهای پستان شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران.

Health Promotion Special Issue, Vol.1, Fall & Winter 2024

چکیده:

مقدمه: سرطان، یکی از مشکلات مهم در سراسر جهان است که تعداد مبتلایان آن روزبه‌روز در حال افزایش می‌باشد. تبعیت از درمان دارویی به چالشی برای متخصصان پزشکی و دانشمندان پرستاری تبدیل شده است. عدم کنترل اضطراب مرگ بیماران سرطانی می‌تواند، باعث مشکلات بزرگی در آن‌ها شود؛ بنابراین پژوهش حاضر، با هدف تعیین تأثیر برنامه جامع حمایتی پرستار بر اضطراب مرگ و تبعیت از درمان هورمونی در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، از نوع کارآزمایی بالینی بود که با همکاری ۷۰ نفر از بیماران تحت هورمون درمانی (۱۴۰۲) طراحی شد. برنامه جامع حمایتی در شش جلسه (آشنایی با هورمون درمانی، تأثیر معنویت در سرطان، آموزش تکنیک‌های کاهش اضطراب، تأثیر تغذیه و تحرک در سرطان سینه و آشنایی با مسائل جنسی در سرطان) به صورت حضوری و مجازی با حضور خانواده بیمار پیشنهاد گردید. پرسشنامه تبعیت دارویی و اضطراب مرگ تمپلر قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله توسط کمک محقق پر شد. داده‌های کیفی با تست‌های غیر پارامتریک و داده‌های کمی در صورت داشتن نرمالیتی (تست چولگی داده‌ها) با تست‌های پارامتریک (تی مستقل و آزمون اندازه‌های تکراری) و در غیر این صورت، با تست‌های نان پارامتریک (ویلکاکسون و فریدمن) توسط نرم افزار spss 21، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

بحث: این کارآزمایی بالینی می‌تواند، اثر برنامه جامع حمایتی پرستار را بر اضطراب مرگ و تبعیت از درمان هورمونی در زنان مبتلا به سرطان سینه ارزیابی کند و شواهدی لازم است که برای اجرای چنین برنامه‌های حمایتی در زمینه سرطان سینه ارائه شود تا ضمن توسعه نقش پرستار در کلینیک‌های تخصصی سرطان شناسی، باعث بهبود مراقبت از بیماران گردد.

کد آرسی تی: IRCT20240120060738N1

واژگان کلیدی: مراقبت حمایتی، اضطراب مرگ، هورمون درمانی، تبعیت از درمان، سرطان سینه.

Health Promotion Special Issue, Vol.1:42-52

مقدمه

شدند (۱) که در خانم‌ها سرطان سینه، شایع‌ترین و پس از سرطان ریه کشنده‌ترین سرطان می‌باشد. بیشترین شیوع سرطان سینه در آمریکا و اروپا (از هر ۸ زن ۱ نفر) و کم‌ترین میزان آن در آسیا (چین) است. بروز این بیماری در ایران، از میزان ۱۵ درصد، ۱۰۰۰ نفر در مناطق شهری تا ۳۴/۶ درصد در کلان شهرها متغیر

سرطان، یکی از مشکلات مهم سلامت و دومین علت مرگ‌ومیر در سراسر جهان و همچنین یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروز می‌باشد که تعداد مبتلایان آن روز به روز در حال افزایش است. در ایالات متحده (۲۰۲۲) حدود دو میلیون مورد جدید سرطان شناسایی و روزانه ۳۵۰ مرگ ناشی از سرطان ثبت

* نویسنده مسئول، نشانی: ۲- استادیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، ایران.

پست الکترونیک: mohsenhojat.mh@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۳۰۷۹۱۵۲۴۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۲۲

می‌باشد که بیشترین خطر ابتلا در زنان ۴۰ سال به بالا گزارش شده است (۲). با پیشرفت‌های پزشکی، میزان بقای این بیماران افزایش یافته و اغلب آن‌ها بیش از ۵ سال عمر می‌کنند. برای بقای بیماران سرطان سینه، تبعیت از درمان هورمونی امر بسیار مهمی محسوب می‌گردد (۳، ۴). مطالعات بیان کردند که مشکل تبعیت از درمان دارویی، به چالشی برای متخصصان پزشکی و دانشمندان پرستاری تبدیل شده است. در آمریکا، عدم پیروی از مصرف دارو باعث ایجاد بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار از هزینه‌های بهداشتی در سال می‌شود (۵). شیوع عدم پیروی از مصرف دارو در بیماران، بین ۱۸ تا ۷۱ درصد گزارش شده است که می‌تواند، دلیلی برای افزایش ۱۰ درصدی در بستری شدن بیماران در بیمارستان‌ها باشد. تحقیقات بیان کردند که تبعیت از درمان هورمونی در بیش از ۵۰ درصد بیماران سرطان سینه تا سال پنجم کاهش یافته که برخی از مطالعات دیگر، کاهش سالانه ۲۰ درصدی تبعیت از درمان را گزارش کردند (۶، ۷).

اضطراب، در بیماران سرطانی به خصوص در دوران توان بخشی، یک اختلال شایع می‌باشد. اضطراب، استرس و افسردگی در جمعیت عادی ۴ درصد و در بیماران سرطانی بین ۱۳ تا ۴۸ درصد گزارش شده است (۸). یکی از انواع اضطراب که بیماران مبتلا به سرطان و به خصوص سرطان سینه با آن روبه‌رو می‌شوند، اضطراب مرگ می‌باشد. در واقع اضطراب مرگ، یکی از تشخیص‌های مهم روانشناختی در بیماران سرطانی مطرح شده است. بیشتر محققان، اضطراب مرگ را یک ترس غیرعادی و بزرگ تعریف کردند که به صورت آگاهانه و ناخودآگاه باعث از کارافتادگی، ترس از ناتوانی، جدایی، از دست دادن کنترل، احساس پوچی و رکود می‌گردد (۹، ۱۰).

اگر اضطراب مرگ بیماران سرطانی کاهش نیابد می‌تواند، باعث استرس و افسردگی شدید، کاهش ایمنی، افزایش التهاب، کاهش تبعیت درمانی، بازگشت سرطان، کاهش کیفیت زندگی، خودکشی، اعتیاد، مرگ زودرس، بیماری‌های روان‌تنی یا سایکوسوماتیک و ... شود (۱۱). مطالعات انجام شده نشان داد که مداخلات زیادی از جمله: آموزش به همراهان بیمار، آموزش به مراقبان غیررسمی، مشاوره‌های حضوری و آنلاین در زمینه مراقبت از خود، مراقبت معنوی، مراقبت جنسی و تغذیه به صورت جداگانه ارائه شده که اثربخشی قابل توجهی داشته است (۱۲). در حال حاضر استفاده از برنامه‌های حمایتی پرستاری، یکی از روش‌های مداخله‌ای در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سرطان، مورد توجه قرار گرفته است. به نظر می‌رسد، ایجاد یک ارتباط مطمئن و مراقبتی با بیمار در کاهش اضطراب، نقش ویژه‌ای داشته باشد. ارائه برنامه‌های حمایتی شامل: ارائه اطلاعات به بیمار و تشویق به بیان احساسات، بررسی عقاید و ترس‌های منفی بیمار،

توضیح مسئولیت‌های اعضای گروه درمانی، پاسخ به سؤالات بیمار و مراقبت جسمی ممکن است، موثر باشد (۱۳، ۱۴)؛ زیرا برخورداری از حمایت، انسان را در برابر درد و اندوه توانمند می‌سازد. افزایش حمایت باعث بهبود وضعیت جسمانی، کاهش اضطراب، بهبود سازگاری و رفتار تطابقی در بیماران می‌شود. برنامه جامع حمایتی پرستاری شامل مراقبت‌های جامعی می‌باشد که اهداف مورد توافق مراقبت را توصیف می‌کند و فعالیت‌های پزشکی، پرستاری و بهداشتی مرتبط را برای یک بیمار مشخص می‌کند؛ زیرا برنامه جامع حمایتی پرستاری از تمام نیازهای بیماران، فقط از نیازهای پزشکی و فیزیکی بیماران مراقبت نمی‌کند (۱۵). Grenier و همکاران در مطالعه خود به بررسی اثربخشی یک برنامه حمایتی پرستاری در بیماران مبتلا به سرطان تخمدان پرداختند. براساس نتایج گزارش شده؛ پس از اجرای برنامه حمایتی، بروز سمیت‌های درجه سه تا چهار مرتبط با دوکسوروبیسین لیپوزومی پگیله به طور قابل توجهی کاهش یافت (۱۶). Cockle و همکاران نیز در تحقیق خود به بررسی تأثیر مراقبت‌های حمایتی پرستاری بر نیازهای مردان مبتلا به سرطان پروستات پرداختند که بر اساس نتایج این مطالعه، در ۸۱ درصد از مردان، نیازهای مراقبت حمایتی برآورده نشده که عبارت‌اند از: نیازهای روانی؛ جنسی؛ بهداشتی؛ اطلاعاتی. غیاثوندیان و همکاران نیز به بررسی تأثیر اجرای برنامه حمایتی مبتنی بر سبک زندگی بر تبعیت از رژیم درمانی در بقایافتگان از سرطان کورکتال پرداختند. نتایج این بررسی بیان کرد که اجرای برنامه حمایتی با ایجاد تغییرات مثبت در سبک زندگی بیماران، باعث ارتقای تبعیت از درمان شده است (۱۷). مطالعات مختلفی گزارشات متفاوتی را از اثربخشی اجرای برنامه‌های حمایتی دادند؛ اما تمام این مقالات بررسی شده فقط به یک جنبه از بُعد حمایت پرستاری توجه داشتند. تاکنون برنامه حمایتی پرستاری که سلامت جسمی، روانی، معنوی، جنسی، دانشی، عاطفی، شخصی بیماران سرطانی و همراهان بیمار را نیز در برنامه خود مورد توجه قرار دهد، انجام نشده است (۱۸، ۱۹)؛ بنابراین در پژوهش حاضر، سعی شد تا برنامه‌ای مطرح شود که نقاط مثبت سایر برنامه‌های حمایتی دیگر را در خود داشته باشد. در برنامه‌ای که جامع و مانع باشد، هدف آن است که بیمار و همراه وی، در کنار هم مورد توجه قرار گیرند. برنامه اجرایی مورد نظر به صورت جامع آموزش، مشاوره فردی و گروهی، پیگیری حضوری و مجازی را دربرمی‌گیرد؛ بنابراین لازم است، اقداماتی انجام شود که «برنامه جامع حمایتی پرستار» اطلاق شده است.

بنابراین با توجه به اهمیت مقوله‌های «تبعیت از درمان دارویی» و «اضطراب مرگ» بیماران سرطان سینه در افزایش میزان بقا و تداوم هورمون درمانی در پیگیری و کنترل این بیماری سعی شد

تا تأثیر اجرای برنامه جامع حمایتی پرستاری را بر میزان اضطراب و تبعیت دارویی بیماران سرطان سینه، تحت هورمون درمانی بررسی گردد.

روش کار

هدف کلی

تعیین تأثیر اجرای برنامه جامع حمایتی پرستار بر اضطراب مرگ و تبعیت از درمان دارویی در زنان مبتلا به سرطان سینه

اهداف جزئی

۱. تعیین میانگین نمره اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان سینه تحت درمان هورمونی، قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل؛
۲. تعیین میانگین نمره تبعیت از درمان دارویی در زنان مبتلا به سرطان سینه، قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل؛
۳. مقایسه میانگین نمره تبعیت از درمان دارویی زنان مبتلا به سرطان سینه، تحت درمان هورمونی بعد از مداخله در بین دو گروه مداخله و کنترل،
۴. مقایسه میانگین نمره اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان سینه، تحت درمان هورمونی قبل از مداخله در بین دو گروه مداخله و کنترل؛

۵. مقایسه میانگین نمره اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان سینه، تحت درمان هورمونی بعد از مداخله در بین دو گروه مداخله و کنترل؛

۶. مقایسه میانگین نمره تبعیت از درمان دارویی زنان مبتلا به سرطان سینه، تحت درمان هورمونی قبل از مداخله در بین دو گروه مداخله و کنترل؛

۷. مقایسه میانگین نمره تبعیت از درمان دارویی زنان مبتلا به سرطان سینه، تحت درمان هورمونی بعد از مداخله در بین دو گروه مداخله و کنترل.

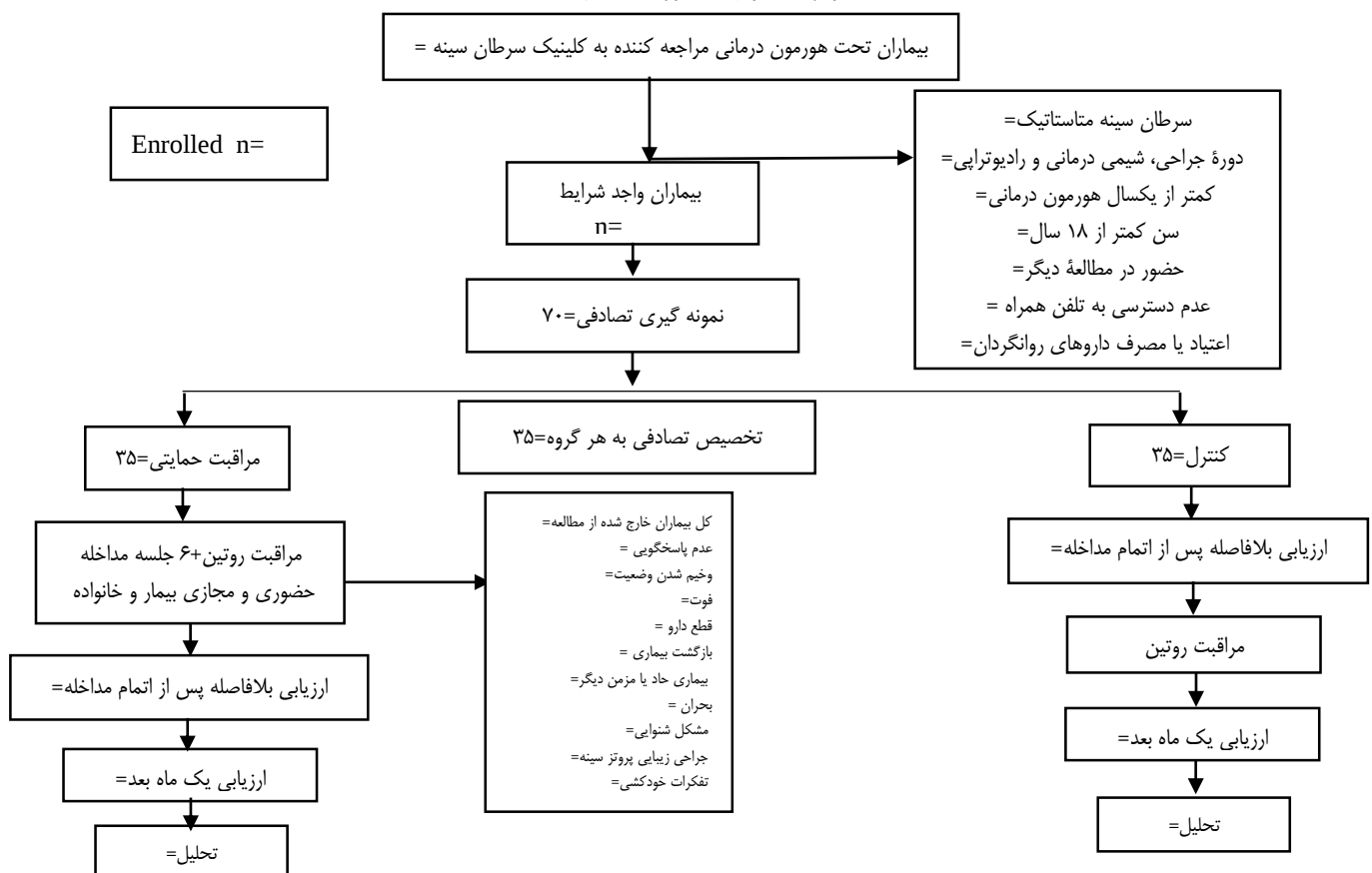
نوع مطالعه

کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی با تخصیص تصادفی ۱-۱ که به کمک نرم افزار "Random Number Generator 2"، به صورت دوبازوی همسان و بر اساس الگوی کانسورت طراحی شده است. (تصویر ۱)

محل انجام مطالعه

کلینیک سرطان سینه درمانگاه مطهری شیراز (۱۴۰۲-۱۴۰۳)

تصویر ۱. الگوی کانسورت انجام مطالعه



جامعه مورد مطالعه

تمام زنان مبتلا به سرطان سینه که مراجعه‌کننده به کلینیک سینه درمانگاه شهید مطهری دانشگاه علوم پزشکی شیراز، در ۵ سال گذشته بودند که دوره درمان (جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی) را تمام و حداقل ۱ سال از شروع هورمون درمانی آنان گذشته باشد (۱۴۰۲-۱۴۰۳).

نمونه‌گیری

نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده از لیست بیماران و تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل، با نرم افزار "random number generator 2" انجام شد.

کورسازی

پرسشنامه‌ها برای هر دو گروه، توسط کمک محقق پر شد تا با یأس و ناامیدی جمع‌آوری اطلاعات انجام نگردد. مشاور آمار نیز در زمینه گروه‌ها کورسازی و آن‌ها را فقط به شماره شناخت.

حجم نمونه، ریزش

حجم نمونه با کمک مطالعه (۲۰) زیر، با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ درصد، توان ۹۰ درصد و $Effect\ size = 0/84$ درصد حجم نمونه در هر گروه، ۳۱ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن ۱۵ درصد ریزش حجم نمونه نهایی در هر گروه، ۳۵ نفر و در مجموع ۷۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

میانگین نمره گروه مداخله: $19/59 \pm 30/15$ درصد

میانگین نمره گروه کنترل: $22/9 \pm 48/05$ درصد

معیارهای ورود

۱. خانم‌های دچار سرطان اولیه سینه؛
۲. گذراندن دوره جراحی؛
۳. شیمی درمانی و رادیوتراپی؛
۴. حداقل یک سال تحت هورمون درمانی (هر یک از داروهای هورمونی یا حداقل تومور در یکی از سینه‌ها به گیرنده هورمونی پاسخ مثبت داشته باشد)؛
۵. تومور در یک یا دو سینه؛
۶. سن بیشتر از ۱۸ سال؛
۷. در ۶ ماه گذشته تحت هیچ مداخله‌ای در زمینه تبعیت دارویی یا کاهش اضطراب نباشد؛
۸. دسترسی به تلفن همراه و توانایی استفاده از آن؛
۹. توانایی انجام فعالیت فیزیکی؛
۱۰. عدم اعتیاد یا مصرف داروهای روانگردان.

معیارهای خروج

۱. عدم پاسخگویی به تماس‌های پیگیری و یا تمایل نداشتن به ادامه مطالعه؛
۲. وخیم شدن وضعیت بیمار؛
۳. فوت؛
۴. قطع دارو به دلیل عوارض؛
۴. بازگشت دوباره بیماری در یکی از ارگان‌ها؛

۵. بروز بیماری حاد یا مزمن دیگر؛
۶. بروز بحران شدید در زندگی؛
۷. بروز مشکل شنوایی؛
۸. جراحی زیبایی پروتز سینه؛
۹. اعلام تفکرات مربوط به خودکشی.

روش مداخله

پس از تصویب طرح و دریافت کد اخلاق از معاونت پژوهشی، نامه جهت شروع نمونه‌گیری در کلینیک سینه درمانگاه مطهری شیراز گرفته شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده، از بین بیمارانی که تبعیت دارویی متوسط و پایین داشتند (ابتدا، از بین بیماران علاقه‌مند به مطالعه که در فراخوان نمونه‌گیری اعلام آمادگی کردند) پرسشنامه تبعیت دارویی داده شد و کسانی که تبعیت دارویی متوسط و پایین داشتند، وارد پژوهش شدند. نمونه‌ها به کمک نرم افزار تخصیص تصادفی نرم افزار "random number generator 2"، به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند؛ سپس پرسشنامه‌های اضطراب و تبعیت دارویی برای هر دو گروه، توسط کمک پژوهشگر تکمیل گردید. گروه کنترل، مراقبت‌های معمول (شامل ویزیت‌های معمول پزشکی و پیگیری‌های دوره‌ای) خود را دریافت کرد و گروه مداخله، ۶ جلسه (گروه کوچک ۵ تا ۷ نفر) حضوری به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه (در کلاس‌های آموزشی کلینیک پستان) و غیر حضوری (همان برنامه به صورت آنلاین و آفلاین در ایتا، سروش و یا اینستاگرام) برنامه جامع حمایتی پرستار را دریافت کردند. اداره تمام جلسات، بر عهده دانشجو بود؛ سپس بلافاصله پس از مداخله و یک ماه بعد، دوباره پرسشنامه‌های اضطراب و تبعیت دارویی برای هر دو گروه، توسط کمک محقق پر شد تا با یأس و ناامیدی جمع‌آوری اطلاعات انجام نشود؛ همچنین مشاور آمار نیز در زمینه گروه‌ها کورسازی و آن‌ها را فقط با شماره شناخت.

جلسات مداخله

تمام برنامه‌ها به صورت حضوری و هم‌زمان آنلاین بود. محتوا کاملاً به صورت مجازی، کتبی و آفلاین در اختیار بیماران قرار گرفت. بهتر است که در همه آموزش‌ها، یکی از اعضای خانواده حضور داشته باشد. چک نبض، فشار خون بیماران و همراهان آنان صرفاً باید با هدف برقراری بهتر ارتباط با بیماران و اینکه آنان احساس کنند، خدمتی برای آن‌ها انجام شده و برای حضور در جلسات تشویق شوند، در ابتدای جلسات انجام گرفت. برنامه اجرایی با درون مایه ۳ حیطه حمایتی (اطلاعاتی و دانشی، عاطفی و شخصی) تدوین شد. محتواها بر اساس گایدلاین‌های استاندارد درمان، مراقبت از بیماران سرطان پستان و پس از تأیید استادان راهنما و مشاور ارائه گردید. حضور افراد در گروه همتا از نظر بیماری، یکی از اهداف پنهان برنامه حمایتی بود؛ (اثر گروه درمانی

و کاهش استرس) همچنین انجام صحبت‌های انگیزشی در زمینه زندگی، یکی از تکنیک‌هایی بوده است که در تمام جلسات به کار برده شد. جلسه ۵ تا ۶ بر اساس فرهنگ گروه و جامعه ارائه شد.

جلسه اول	عنوان جلسه: آشنایی دوباره با هورمون درمانی	۴۵ دقیقه
روش ارائه: سخنرانی و بحث گروهی		
۵ دقیقه	حضور و غیاب افراد و همراهان آن‌ها در جلسه حضوری یا مجازی چک نبض و فشار خون با هدف برقراری بهتر ارتباط با بیماران	
۵ دقیقه	معرفی برنامه و ارائه کتبی آن	
۱۵	دادن توضیحات لازم درباره اهمیت هورمون درمانی، شناسایی زود هنگام عوارض آن (خستگی، بی‌خوابی، سردرد، گرگرفتگی، درد و ...) و عوارض عدم استفاده و یا فراموشی دوز مصرفی، اهمیت خودمراقبتی و خودمدیریتی سرطان، با استفاده از پاورپوینت و عکس	
۱۵	پرسش و پاسخ بیمار، همراهان و اشتراک تجربیات افراد	
	معرفی نظام‌های حمایتی موجود در شهر	
جمع بندی		۵

- ارزیابی اقدامات و مراقبت‌های لازم که بهتر بود، انجام شود؛ یعنی به صورت تلفنی، پیامک، گروه مجازی سروش یا ایتا هفته‌ای ۲ بار حداقل، در فاصله بین هر دو جلسه
- تماس تلفنی بین ساعت ۹ صبح تا ۶ عصر، حداکثر ده دقیقه در هفته برای هر یک از بیماران
- ارائه مشاوره‌های خصوصی به بیماران طی تماس تلفنی به صورت حضور یا مجازی با هدف بیان احساسات، نگرانی‌ها و ترس‌های بیمار، در رابطه با هورمون درمانی و گوش دادن به آن‌ها

جلسه دوم	عنوان جلسه: تأثیر تغذیه و تحرک در سرطان سینه	۵۰ دقیقه
روش ارائه: سخنرانی و بحث گروهی		
۵ دقیقه	حضور و غیاب افراد و همراهان آن‌ها در جلسه حضوری یا مجازی چک نبض و فشار خون	
۱۵ دقیقه	مروری بر مطالب جلسه قبل بیان اصول مراقبت تغذیه‌ای، تحرک و کنترل وزن که باید توسط بیمار و مراقب رعایت گردد؛ (با استفاده از پاورپوینت و عکس) همچنین مصرف مکمل‌ها	
۱۵	دادن توضیحات لازم درباره تغذیه، تحرک، کنترل وزن و عوارض عدم رعایت مراقبت‌های پرستاری ذکر شده با استفاده از پاورپوینت و عکس	
۱۰	پرسش و پاسخ بیمار، همراهان و اشتراک تجربیات افراد	
جمع بندی		۵

- ارزیابی اقدامات و مراقبت‌های لازم که بهتر بود، انجام شود؛ یعنی به صورت تلفنی، پیامک، گروه مجازی سروش یا ایتا هفته‌ای ۲ بار حداقل، در فاصله بین هر دو جلسه
- تماس تلفنی بین ساعت ۹ صبح تا ۶ عصر، حداکثر ده دقیقه در هفته برای هر یک از بیماران
- ارائه مشاوره‌های خصوصی به بیماران طی تماس تلفنی به صورت حضور یا مجازی با هدف بیان احساسات، نگرانی‌ها و ترس‌های بیمار، در رابطه با هورمون درمانی و گوش دادن به آن‌ها

عنوان جلسه: آموزش تکنیک‌های کاهش اضطراب	جلسه سوم	روش ارائه: سخنرانی و بحث گروهی
۶۰ دقیقه		
حضور و غیاب افراد و همراهان آن‌ها در جلسه حضوری یا مجازی و مرور جلسه قبل	۵ دقیقه	چک نبض و فشار خون
علایم اضطراب	۵ دقیقه	عوارض اضطراب
دادن توضیحات لازم درباره اهمیت کنترل اضطراب (با استفاده از پاورپوینت و عکس)	۵ دقیقه	
بیان و تمرین راه‌ها و تکنیک‌های کاهش اضطراب (صحبت کردن با اعضای خانواده یا دوستان، درخواست کمک، رفتن به سینما، تهیه کار دستی، نقاشی کردن، رؤیاسازی، ماساژ، راز و نیاز، ورزش گروهی، ورزش فردی، تنفس موزون، آدامس جویدن و بازی)	۵ دقیقه	
پرسش و پاسخ بیمار، همراهان و اشتراک تجربیات افراد	۵ دقیقه	
جمع بندی	۵ دقیقه	

- ارزیابی اقدامات و مراقبت‌های لازم که بهتر بود، انجام شود؛ یعنی به صورت تلفنی، پیامک، گروه مجازی سروش یا اینتا هفته‌ای ۲ بار حداقل، در فاصله بین هر دو جلسه
- تماس تلفنی بین ساعت ۹ صبح تا ۶ عصر، حداکثر ده دقیقه در هفته برای هر یک از بیماران
- ارائه مشاوره‌های خصوصی به بیماران طی تماس تلفنی به صورت حضور یا مجازی با هدف بیان احساسات، نگرانی‌ها و ترس‌های بیمار، در رابطه با هورمون درمانی و گوش دادن به آن‌ها

عنوان جلسه: آموزش تکنیک‌های کاهش اضطراب	جلسه چهارم	روش ارائه: سخنرانی و بحث گروهی
۴۵ دقیقه		
حضور و غیاب افراد و همراهان آن‌ها در جلسه حضوری یا مجازی	۵ دقیقه	چک نبض و فشار خون
مرور جلسه قبل	۵ دقیقه	
بیان و تمرین راه‌ها و تکنیک‌های کاهش اضطراب (صحبت کردن با اعضای خانواده یا دوستان، درخواست کمک، رفتن به سینما، دیدن فیلم‌ها و کلیپ‌ها انگیزشی، تهیه کار دستی، حل کردن، نقاشی کردن، رؤیاسازی، ماساژ، راز و نیاز، ورزش گروهی، ورزش فردی، تنفس موزون، آدامس جویدن و بازی)	۱۵ دقیقه	
پرسش و پاسخ بیمار، همراهان و اشتراک تجربیات افراد	۱۵ دقیقه	
جمع بندی	۵ دقیقه	

- ارزیابی اقدامات و مراقبت‌های لازم که بهتر بود، انجام شود؛ یعنی به صورت تلفنی، پیامک، گروه مجازی سروش یا اینتا هفته‌ای ۲ بار حداقل، در فاصله بین هر دو جلسه
- تماس تلفنی بین ساعت ۹ صبح تا ۶ عصر، حداکثر ده دقیقه در هفته برای هر یک از بیماران
- ارائه مشاوره‌های خصوصی به بیماران طی تماس تلفنی به صورت حضور یا مجازی با هدف بیان احساسات، نگرانی‌ها و ترس‌های بیمار، در رابطه با هورمون درمانی و گوش دادن به آن‌ها

عنوان جلسه: تأثیر معنویت در سرطان	جلسه پنجم	روش ارائه: سخنرانی و بحث گروهی
۴۵ دقیقه	حضور و غیاب افراد و همراهان آن‌ها در جلسه حضوری یا مجازی و مرور جلسه قبل	چک نبض و فشار خون
۵ دقیقه	دادن توضیحات لازم درباره اهمیت معنویت، تعریف معنویت، ارائه نمونه سایر کشورها، دعا درمانی و معنویت درمانی، دعا، بخشایش گری خود و دیگران، مشاوره مذهبی، اهمیت امید و امید به بخشیده شدن در دین اسلام، هدفمندی زندگی، اهمیت حیات و انسان، ارتباط با خود، خدا، دیگران و محیط	تمرین دعا
۵	پرسش و پاسخ بیمار، همراهان و اشتراک تجربیات افراد	
۵	جمع بندی	

- ارزیابی اقدامات و مراقبت‌های لازم که بهتر بود، انجام شود؛ یعنی به صورت تلفنی، پیامک، گروه مجازی سروش یا ای‌تا هفته‌ای ۲ بار حداقل، در فاصله بین هر دو جلسه
- تماس تلفنی بین ساعت ۹ صبح تا ۶ عصر، حداکثر ده دقیقه در هفته برای هر یک از بیماران
- ارائه مشاوره‌های خصوصی به بیماران طی تماس تلفنی به صورت حضور یا مجازی با هدف بیان احساسات، نگرانی‌ها و ترس‌های بیمار، در رابطه با هورمون درمانی و گوش دادن به آن‌ها

عنوان جلسه: آشنایی با مسائل جنسی در سرطان	جلسه ششم	روش ارائه: سخنرانی و بحث گروهی
۵۰ دقیقه	حضور و غیاب افراد و همراهان آن‌ها در جلسه حضوری یا مجازی و مرور جلسه قبل	
۵ دقیقه	دادن توضیحات لازم درباره عوامل مؤثر در روابط زناشویی در سرطان، قضاوت‌های نادرست درباره رابطه جنسی و سرطان، جایگزین‌های روابط جنسی، سرطان و باروری، راه‌های مؤثر پیشگیری از بارداری در سرطان و راهکارهایی برای غلبه بر تأثیر سرطان در روابط زناشویی	
۳۵ دقیقه	پرسش و پاسخ بیمار، همراهان و اشتراک تجربیات افراد	
۵	جمع بندی	

- ارزیابی اقدامات و مراقبت‌های لازم که بهتر بود، انجام شود؛ یعنی به صورت تلفنی، پیامک، گروه مجازی سروش یا ای‌تا هفته‌ای ۲ بار حداقل، در فاصله بین هر دو جلسه
- تماس تلفنی بین ساعت ۹ صبح تا ۶ عصر، حداکثر ده دقیقه در هفته برای هر یک از بیماران
- ارائه مشاوره‌های خصوصی به بیماران طی تماس تلفنی به صورت حضور یا مجازی با هدف بیان احساسات، نگرانی‌ها و ترس‌های بیمار، در رابطه با هورمون درمانی و گوش دادن به آن‌ها

پیامدها

الف. پیامد اولیه: اضطراب مرگ

ب. پیامد ثانویه: تبعیت دارویی

ج. پیامدهای مرتبط و پیش بینی کننده: ۱. استرس بیمار و خانواده (۲۱)؛ ۲. اضطراب بیمار و خانواده (۲۲)؛ ۳. سبک زندگی بیمار (۶)؛ ۴. افسردگی و اعتقادات پس از مرگ (۲۳)؛ ۵. عوامل اجتماعی و جمعیت‌شناختی (مانند: منطقه زندگی، نوع سرطان، جنسیت و تاهل (۸)، بیمه و سطح درآمد) (۲۴).

د. پیامدهای زمینه‌ای: ۱. سن؛ ۲. نوع دارو؛ ۳. مدت هورمون درمانی؛ ۴. زمان یائسگی؛ ۵. نوع سرطان؛ ۶. وضعیت تاهل؛ ۷. سطح تحصیلات.

جمع آوری اطلاعات

۱. پرسشنامه تبعیت از درمان دارویی موریسکی: این پرسشنامه توسط موریسکی، انگ و وود (۲۰۰۸) به منظور سنجش تبعیت از درمان دارویی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه، دارای ۸ سؤال بود که بر اساس طیف لیکرت با سؤالاتی مانند: آیا در طی دو هفته اخیر روزی وجود داشته که شما داروهایتان را به هر دلیلی غیر از فراموشی، مصرف نکرده باشید؟ به سنجش تبعیت از درمان دارویی پرداخت.

در اصل این ابزار برای سنجش تبعیت درمان دارویی بیماران دارای فشار خون، توسعه داده شده است؛ با این حال در پژوهش‌های مختلف، از این پرسشنامه برای تبعیت درمان بیماران

گرفت. داده‌های کیفی با تست‌های غیر پارامتریک و داده‌های کمی در صورت داشتن نرمالیتی (تست چولگی داده‌ها) با تست‌های پارامتریک (تی مستقل و آزمون اندازه‌های تکراری) و در غیر این صورت، با تست‌های نان پارامتریک (ویلکاکسون و فریدمن) مورد تحلیل قرار گرفت.

بحث

پژوهش حاضر، اثربخشی برنامه جامع حمایتی پرستار را بر اضطراب مرگ و تبعیت از درمان هورمونی در زنان مبتلا به سرطان سینه را ارزیابی کرد که این مطالعه چندین نقطه قوت داشت. ابتدا، اولین پژوهشی بود که در زمینه مراقبت حمایتی بر بیماران سرطانی انجام گرفته و دو شاخص تبعیت درمان هورمونی و اضطراب مرگ را سنجید. دوم اینکه در مطالعه کورسازی مورد توجه بوده است که در برخی مطالعات انجام گرفته شده مطابق با این موضوع، به این نکته توجه نکردند. حجم نمونه و میزان ریزش مناسبی برای این پژوهش، محاسبه شده است؛ چنانچه هم بیمار و هم خانواده بیمار، به صورت حضوری و مجازی مورد توجه قرار گرفتند.

تحقیقات متعدد نشان دادند که میانگین پایبندی به ادامه درمان هورمونی در بین زنان مبتلا به سرطان سینه، هر سال کاهش یافته است؛ (۳۲) از سوی دیگر بیشتر منابع، اضطراب مرگ ناشی از بازگشت بیماری را یکی از عوامل شایع، در بروز قطع یا کاهش مصرف دارو بیان کردند. (۳۳، ۳۴) روش‌های مختلفی برای کاهش اضطراب بیماران سرطانی و بهبود تبعیت از درمان دارویی در آن‌ها استفاده شده است که برخی از آن‌ها تأثیرگذار بودند؛ با وجود این برنامه ای که بتواند، تمام اصول مراقبتی را در نظر بگیرد و همچنین همکاری بیمار و همراه او را به صورت حضوری و مجازی در خود داشته باشد، یافت نشد. برنامه جامع حمایتی پرستاری می‌تواند، سلامت جسمی، روانی، معنوی و جنسی بیماران را در نظر بگیرد و حیطه دانشی، عاطفی و شخصی بیماران مبتلا به سرطان را مورد توجه قرار دهد؛ به گونه‌ای که همراهان بیمار را نیز در برنامه خود وارد سازد. با توجه به ویژگی‌های اثربخش برنامه جامع حمایتی پرستاری، انجام پژوهشی جامع که بتواند، اصول آموزش و مشاوره را رعایت کند، به کارگروهی پردازد و علاوه بر ارتباط چهره به چهره بتواند، از فضای مجازی نیز بهره‌برد و همچنین علاوه بر آموزش، تبعات عدم مصرف دارو و با انجام صحبت‌های انگیزشی بتواند، به مسائل جنسی و معنوی بیمار توجه داشته باشد و همراهان بیماران را در ارائه مراقبت و آموزش در نظر گیرد، بسیار ضروری بوده است. از نقاط ضعف این پژوهش می‌توان، به نداشتن مقالات مشابه برای

مختلف مانند: بیماران سرطانی، قلبی- عروقی استفاده کردند. سؤالات پرسشنامه، برای درک پاسخ‌دهندگان ساده بود و بیشتر در میان جمعیت با سواد، کمتر استفاده شده است. در پژوهش موريسكى و همکاران (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه، برابر با ۰/۸۳ درصد محاسبه گردید؛ همچنین در مطالعات ایرانی ضمن سنجش روایی و پایایی ابزار توسط استادان متخصص، پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ درصد گزارش شده است (۲۵، ۲۶). پرسشنامه تبعیت از درمان دارویی MMAS-8 که شامل هشت سؤال دو گزینه‌ای (با پاسخ‌های بله و خیر) و یک سؤال، به صورت لیکرتی تشکیل داد و سؤال شماره ۵ آن بر عکس سایر پرسش‌ها، نمره‌گذاری شده بود. دامنه نمرات کلی آن بین ۰ تا ۸ بود. هر چه نمره به دست آمده کمتر باشد، تبعیت دارویی افراد بیشتر بود. نمره‌گذاری در سؤالات ۱ تا ۷، به پاسخ‌های بلی نمره ۱ و به پاسخ‌های خیر، نمره ۰ تعلق گرفت. سؤال ۵، به صورت معکوس نمره داده شد. در سؤال ۸، برای پاسخ هرگز نمره ۱، به ندرت نمره ۰/۷۵ درصد، گاهی اوقات نمره ۰/۵ درصد، معمولاً نمره ۰/۲۵ درصد و همیشه نمره ۰ تعلق گرفت (۲۷). بیمارانی که ۸ امتیاز، کمتر از ۸ تا ۶ امتیاز و > ۶ امتیاز در مقیاس به دست آوردند، به ترتیب دارای پایبندی پایین، متوسط و بالا در نظر گرفته شدند.

۲. پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر: این پرسشنامه توسط تمپلر (۱۹۷۰) ساخته شده است و شامل ۱۵ سؤال بود که نگرش آزمودنی‌ها به مرگ را ارزیابی قرار داد؛ یعنی نمره‌های این مقیاس توانست، بین ۰ تا ۱۵ متغیر باشد که نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ بود. نمره ۱، بر اساس پاسخ فرد که نشان‌دهنده وجود اضطراب مرگ و نمره ۰، در صورتی که پاسخ فرد، بیانگر عدم وجود اضطراب مرگ بود، تشکیل داد؛ مثلاً: آیا نگران مرگ هستید؟ خیر. پاسخ حاضر، نشانگر عدم وجود اضطراب و پاسخ بلی، بیانگر اضطراب در فرد را نشان داد (۲۸). (۲۹). در ایران، پایایی و روایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است و بر این اساس، ضریب پایایی دو نیمه کردن را ۰/۶۰ درصد و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ درصد بیان کردند (۳۰، ۳۱).

ویژگی‌های دموگرافیک که در سایر مطالعات قبلی مرتبط تشخیص داده شد و در جدول متغیرها آمده است، در پایان یکی از دو پرسشنامه آورده شد که شامل: سن، نوع دارو، مدت درمان با هورمون، یائسگی، نوع سرطان، تأهل و تحصیلات بود.

تحلیل اطلاعات

اطلاعات به دست آمده از مطالعه، توسط نرم افزار spss 21 و با کمک آمارهای توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار

مشارکت نویسندگان

نویسندگان، در تمام مراحل طراحی و تدوین مقاله به یک میزان همکاری داشتند.

تشکر و قدردانی

محققان، از حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، تشکر و قدردانی می‌کنند.

محاسبه حجم نمونه از روی متغیرهای وابسته مرتبط و تک جنسیتی بودن جامعه مورد مطالعه نام برد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر، در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم مطرح گردید و با شماره "IR.JUMS.REC.1402.108" مورد تصویب قرار گرفت.

تضاد منافع

بین نویسندگان مقاله، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

1. Arnold M, Morgan E, Rumgay H, Mafra A, Singh D, Laversanne M, et al. Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. *The Breast*. 2022;66:15-23.
2. Wang Y-J, Wang F, Yu L-X, Xiang Y-J, Zhou F, Huang S-Y, et al. Worldwide review with meta-analysis of women's awareness about breast cancer. *Patient Education and Counseling*. 2022;105(7):1818-27.
3. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer :Targets and Therapy*. 2019;151-64.
4. Wang X, Wang N, Zhong L, Wang S, Zheng Y, Yang B, et al. Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Molecular psychiatry*. 2020;25(12):3186-97.
5. Lin C, Clark R, Tu P, Bosworth HB, Zullig LL. Breast cancer oral anti-cancer medication adherence: a systematic review of psychosocial motivators and barriers. *Breast cancer research and treatment*. 2017;165:247-60.
6. Moon Z, Moss-Morris R, Hunter MS, Carlisle S, Hughes LD. Barriers and facilitators of adjuvant hormone therapy adherence and persistence in women with breast cancer: a systematic review. *Patient preference and adherence*. 2017;305-22.
7. Yussof I, Tahir NAM, Hatah E, Shah NM. Factors influencing five-year adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients: a systematic review. *The Breast*. 2022;62:22-35.
8. Soleimani MA, Bahrami N, Allen K-A, Alimoradi Z. Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*. 2020;48:101803.
9. SHARIFI SAKI S, Alipor A, Aghayousefi A, Mohamadi MR, Ghobari Bonab B. The Relationship between Self-Compassion with Depression in Women with Breast Cancer with Mediation Death Anxiety. *Quarterly journal of health psychology*. 2019;8(29):52-67.
10. Yousefi Afrashteh M, Masoumi S. Psychological well-being and death anxiety among breast cancer survivors during the Covid-19 pandemic: the mediating role of self-compassion. *BMC Women's Health*. 2021;21:1-8.
11. Barjoe LK, Amini N, Keykhosrovani M, Shafiabadi A. Effectiveness of positive thinking training on perceived stress, metacognitive beliefs, and death anxiety in women with breast cancer: perceived stress in women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer*. 2022:195-203.
12. Bahrami M, Behbahani MA. The effect of a health literacy promotion program on the level of health literacy and death anxiety in women with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2019;24(4):286-90.
13. Goerling U, Bergelt C, Müller V, Mehnert-Theuerkauf A. Psychosocial distress in women with breast cancer and their partners and its Impact on supportive care needs in partners. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:564079.
14. Jordan K, Feyer P, Höller U, Link H, Wörmann B, Jahn F. Supportive treatments for patients with cancer. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2017;114(27-28):481.
15. Waks AG, Winer EP. Breast cancer treatment: a review. *Jama*. 2019;321(3):288-300.
16. Grenier N, Lebel V, Gill M, Mullen T, Mitchinson K, Sebborn K, et al. Effectiveness of a nursing support program for patients with recurrent ovarian cancer receiving pegylated liposomal doxorubicin (Caelyx®/Doxil®). *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*. 2007;17(3):133-6.
17. Banaee B, Sanchooli A, Kiani F. The Effect of Couple Training on Treatment Adherence of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2023;12.(1)
18. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Burns-Cunningham K, Simpson M, Maguire R. A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017;29:60-70.
19. Haller H, Winkler MM, Klose P, Dobos G, Kuemmel S, Cramer H. Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic

- review and meta-analysis. *Acta oncologica*. 2017;56(12):1665-76.
20. Karagozoglu S, Kahve E. Effects of back massage on chemotherapy-related fatigue and anxiety: Supportive care and therapeutic touch in cancer nursing. *Applied Nursing Research*. 2013;26(4):210-7.
 21. Chalela P, Munoz E, Inupakutika D, Kaghyan S, Akopian D, Kaklamani V, et al. Improving adherence to endocrine hormonal therapy among breast cancer patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary clinical trials communications*. 2018;12:109-15.
 22. Kroenke CH, Hershman DL, Gomez SL, Adams SR, Eldridge EH, Kwan ML, et al. Personal and clinical social support and adherence to adjuvant endocrine therapy among hormone receptor-positive breast cancer patients in an integrated health care system. *Breast cancer research and treatment*. 2018;170:623-31.
 23. Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karslioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *Journal of psychosocial oncology*. 2012;30(3):347-58.
 24. Beydag KD. Factors affecting the death anxiety levels of relatives of cancer patients undergoing treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(5):2405-8.
 25. Ghanei Gheshlagh R, Ebadi A, Veisi Raygani A, Nourozi Tabrizi K, Dalvandi A, Mahmoodi H. Determining concurrent validity of the Morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2015;1(3):24-32.
 26. Moharamzad Y, Saadat H, Shahraki BN, Rai A, Saadat Z, Aerab-Sheibani H, et al. Validation of the Persian version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in Iranian hypertensive patients. *Global journal of health science*. 2015;7(4):173.
 27. Tan X, Patel I, Chang J. Review of the four item Morisky medication adherence scale (MMAS-4) and eight item Morisky medication adherence scale (MMAS-8). *INNOVATIONS in pharmacy*. ۲۰۱۴;۵(۳):۵۰۱۴.
 28. McMordie WR. Improving measurement of death anxiety. *Psychological Reports*. 1979;44(3):975-80.
 29. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological reports*. 2002^{۹۱}; (۳_suppl):1116-20.
 30. Nia HS, Ebadi A, Lehto RH, Mousavi B, Peyrovi H, Chan YH. Reliability and validity of the persian version of templer death anxiety scale-extended in veterans of Iran-Iraq warfare. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2014;8(4):29.
 31. Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Chan YH. Death anxiety and quality of life in Iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer nursing*. 2017;40(1):E1-E10.
 32. Nino de Guzman E, Song Y, Alonso-Coello P, Canelo-Aybar C, Neamtui L, Parmelli E, et al. Healthcare providers' adherence to breast cancer guidelines in Europe: a systematic literature review. *Breast cancer research and treatment*. 2020;181:499-518.
 33. Rust CF, Davis C, Moore MR. Medication adherence skills training for African-American breast cancer survivors: the effects on health literacy, medication adherence, and self-efficacy. *Social work in health care*. 2015;54(1):33-46.
 34. Naseh L, Shirani A, Iarjani TT, dehkordi LM. Medical Specialties' and Medical Students' Vantage Points on Euthanasia. *J Edu & Ethics Nurs*. 2018;6(3):1-8.



Study Protocol

Investigating the Effect of a Comprehensive Nurse Support Program on Death Anxiety and Adherence to Hormone Therapy in Women with Breast Cancer: RCT Study Protocol

SaedeH Raise¹, Mahdi Karimyar², Majid Akrami³, Mohsen Hojat^{2*}

Received: 2024.07.12

Accepted: 2024.10.22

1. Master, Department of Nursing, School of Nursing, Jahrom University of Medical Sciences Jahrom, Iran.
2. Department of Nursing, School of Nursing, Jahrom University of Medical Sciences Jahrom, Iran.
3. MD Breast Diseases Research Center, Shiraz University Of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Health Promotion Special Issue, Vol.1, Fall & Winter 2024

Health Promotion Special Issue, Vol.1:42-52

Abstract:

Introduction: Cancer is a major global issue, with the number of patients increasing daily. Adherence to drug treatment has become a challenge for medical professionals and nursing scientists. Failure to manage the death anxiety of cancer patients can lead to significant problems. Therefore, this study was conducted with the aim of determining the impact of a nurse's comprehensive support program on death anxiety and adherence to hormone therapy in women with breast cancer.

Methods: This clinical trial study was designed with the participation of 70 patients undergoing hormone therapy in 2023. A comprehensive support program consisting of six sessions (covering familiarity with hormone therapy, the impact of spirituality on cancer, training in anxiety reduction techniques, the impact of nutrition and exercise on breast cancer, and familiarity with sexual issues in cancer) offered in person and virtually with the presence of the patient's family. The Templer Medication Adherence and Death Anxiety Questionnaire was filled in by the researcher's assistant before, immediately after, and one month after the intervention. Qualitative data analyzed using non-parametric tests, while quantitative data analyzed using parametric tests (independent t-tests for repeated measures if data was normally distributed, and non-parametric tests like Wilcoxon-Friedman if not) with SPSS 21 software.

Discussion: This clinical trial assess the impact of a nurse's comprehensive support program on death anxiety and adherence to hormone therapy in women with breast cancer; and evidence is required to be provided for the implementation of such support programs in field of breast cancer and enhancing the role of nurses in oncology clinics to improve patient care.

RCT Code: IRCT20240120060738N1

Keywords: Supportive Care, Death Anxiety, Hormone Therapy, Adherence to Treatment, Breast Cancer

* Corresponding author Email: mohsenhojat.mh@gmail.com