

اثربخشی مداخلات روانی آموزشی بر بهبود بهزیستی روانشناختی

بیماران مبتلا به سرطان

فریدون رضانی*، قاسم آهی**

* مربی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

** استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۹۳/۱/۲۰

تجدیدنظر: ۹۴/۱۰/۲۹

پذیرش: ۹۴/۱۱/۶

کلیدواژه‌ها:

مداخلات روانی آموزشی،
بهزیستی روانشناختی، سرطان

هدف: شواهد قابل توجه موجود نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به سرطان از ناراحتی- های روانشناختی طولانی مدت و اساسی مرتبط با اشکال متفاوت سرطان و درمان طبی آن رنج می‌برند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخلات روانی آموزشی بر بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد..
روش: در یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل، ۱۲ نفر از بیماران ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به سرطان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در معرض مداخلات ۱۲ جلسه‌ای روانی آموزشی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل در معرض چنین مداخله‌ای قرار نگرفتند. مقیاس تظاهر بهزیستی روانشناختی در مورد شرکت‌کنندگان اجرا گردید. داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری *SPSS16* و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.
یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات روانی آموزشی سبب افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شوند.
نتیجه‌گیری: مداخلات روانی آموزشی نقش قابل توجهی در بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان دارد.

The effectiveness of psychoeducational interventions on the improvement of psychological well-being in patients with cancer.

* F.Ramazani, ** GH.Ahi,

* Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

** Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Abstract

Objective: There is considerable evidence suggesting that cancer patients suffer from substantial and long-term psychological distress associated with different forms of cancer and its medical treatment. Therefore, the aim of present study was to investigate the effectiveness of psychoeducational interventions on the improvement of psychological well-being in patients with cancer aged 20 to 40 years.

Method: In a semi-experimental study with pre-test and post-test and control group, 12 patients with cancer were selected by available sampling method and then randomly designed into two experimental and control groups. The experimental group participated in 12 sessions of psychoeducational interventions, while control group was not any treatment. The participants completed Well-Being Manifestations Measure Scale (WBMMS). Data were analyzed by SPSS₁₆ software, using one way analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The results showed that psychoeducational interventions improved psychological well-being experimental group patients compared to control group.

Conclusion: Psychoeducational interventions played a significant role in improving the psychological well-being in patients with cancer.

Article Information:

History:

Receipt: 2014/04/09

Revise: 2016/01/19

Acceptance: 2016/01/26

Keywords:

Psychoeducational interventions, psychological well-being, cancer.

مقدمه

خانوادگی کنار بیابند (نوید و راتوس^۵، ۱۳۸۹؛ ماهر^۶، ۲۰۱۳؛ کاپرا و کمال^۷، ۲۰۱۲). اگرچه در کشورهای توسعه یافته به سبب بهبود برنامه‌های تشخیصی و درمانی کاهش قابل توجهی در میزان مرگ و میر افراد مبتلا به این بیماری اتفاق افتاده است (کاپرا و کمال، ۲۰۱۲). با این وجود، گسترش غیر طبیعی سلول‌ها می‌تواند منجر به مرگ افراد مبتلا به سرطان شود (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۵).

سرطان ممکن است ناشی از عوامل بیرونی یا محیطی، از جمله تنباکو، عفونت‌ها و التهاب‌های مزمن، رژیم غذایی ناسالم و مواجهه با عوامل خطر سازی همچون تشعشع، آزیست و آلاینده‌هایی مانند آفت کش‌ها، علف‌کش‌ها و سایر مواد شیمیایی دیگر و یا ناشی از عوامل درونی یا وراثتی از جمله سابقه خانوادگی، عوامل ژنتیکی یا جهش‌های ژنتیکی ارثی، زمینه نژادی، سن، هورمون‌ها و وضعیت ایمنی بدن باشد (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۵؛ برانون و همکاران، ۲۰۱۴). برانون و همکاران (۲۰۱۴) معتقدند که رفتار و سبک زندگی، به‌خصوص سیگار کشیدن و رژیم غذایی از عوامل عمده خطر ساز جهت ابتلا به سرطان هستند. بعلاوه، عوامل رفتاری خطر ساز شناخته شده دیگر شامل مصرف الکل، عدم فعالیت بدنی، قرار گرفتن در معرض نور فرابنفش، رفتار جنسی و عوامل روانی اجتماعی هستند.

درمان‌های طبی و روانشناختی متعددی برای درمان این بیماری وجود دارد. درمان‌های طبی

سرطان^۱ شامل گروهی از بیماری‌هایی است که بواسطه رشد کنترل نشده و گسترش غیرطبیعی سلول‌ها مشخص می‌شود (انجمن سرطان آمریکا^۲، ۲۰۱۵؛ برانون، فایست و آپدگراف^۳، ۲۰۱۴). متأسفانه آمار ابتلای به این بیماری در همه سنین رو به افزایش بوده و تاثیری شگرف بر ابعاد مختلف زندگی بیماران و حتی مراقبان و اطرافیان آنها دارد (پیرخائفی و صالحی، ۱۳۹۲). سرطان سینه در زنان و سرطان پروستات در مردان بعد از سرطان ریه از مهمترین علل مرگ و میر در زنان و مردان همه کشورها به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه می‌باشد (ترخان، ۱۳۹۲). سرطان معده، مری، روده بزرگ-راست روده، مثانه و خون پنج نوع سرطان معمول در مردان ایرانی و سرطان سینه، مری، معده، روده بزرگ-راست روده و دهانه رحم نیز پنج مورد از سرطان‌های شایع در زنان ایرانی می‌باشند (کلاهدوزان، سجادی، رادمرد و خادمی، ۲۰۱۰). افراد مبتلا به سرطان از پیامدهای جسمی (مثل، خستگی مداوم، تنگی نفس، بیماری عصب^۴، کنترل ضعیف روده و ادرار، شکستگی استخوان، درد، مشکلات خواب و غدد درون‌ریز، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن شایع مثل سکت قلبی و پوکی استخوان) و روانشناختی (مثل، افسردگی، اضطراب، اختلال شناختی، افکار منفی، ترس از عود بیماری و مرگ، احساس تنهایی، مشکلات جنسی و تصویر بدن) رنج می‌برند. آنها همچنین باید با مشکلات

1. cancer
2. American Cancer Society (ACS)
3. Brannon, Feist & Updegraff
4. neuropathy

5. Nevid & Rathus
6. Maher
7. Chopra & Kamal

شامل جراحی، پرتو درمانی، شیمی درمانی، هورمون درمانی، ایمنی درمانی و درمان هدفمند (داروهایی که با رشد سلول سرطانی تداخل می‌کنند) می‌باشد (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۵؛ برانون و همکاران، ۲۰۱۴). با این وجود تقریباً همه درمان‌های طبی موجود اثرات جانبی منفی، مثل ریزش مو، تهوع، خستگی و ناباروری دارند و ممکن است سبب افزایش استرس در زندگی بیماران، دوستان و خانواده آنها شوند. درمان‌های روانشناختی فردی و گروهی نیز به بیماران جهت مقابله با تشخیص بیماری خود کمک می‌کنند. برخی از مداخلات روانشناختی بر مهارت‌های شناختی و رفتاری مدیریت استرس تمرکز دارند، در حالی که برخی دیگر بر فراهم ساختن حمایت اجتماعی و فرصتی برای ابراز هیجانات تمرکز دارند. دریافت حمایت اجتماعی از طرف خانواده و دوستان، پیوستن به گروه‌های حمایتی و دریافت حمایت هیجانی از طریق مداخلات روانشناختی احتمالاً به برخی از افراد مبتلا کمک می‌کند تا کارکرد روانشناختی خود را افزایش دهند، افسردگی و اضطراب‌شان را کاهش دهند، درد خود را مدیریت و کیفیت زندگیشان را افزایش دهند (برانون و همکاران، ۲۰۱۴).

همان‌طور که پیش از این ذکر شد یکی از عوامل خطر ساز ابتلا به سرطان، عوامل روانی اجتماعی هستند. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که فرضیه رابطه علی بین عوامل روانی اجتماعی و سرطان در ادبیات پژوهش پذیرفته شده است. همچنین، بررسی نتایج مطالعات انجام شده بیانگر این است که رابطه بین ذهن و سرطان به‌خوبی تایید شده است (بوتوو، هیلر، پرایس، تاکوی و

کریکر^۱، ۲۰۰۰؛ دالتون، بوینسن، راس، شاپیرو و یوهانسن^۲، ۲۰۰۲). فرض زیر بنایی تأیید کننده ارتباط ذهن و سرطان این است که سلامت هیجانی به‌طور مستقیم تحت تأثیر تعامل پیچیده بین مغز، بدن، ذهن و رفتار قرار دارد. سرطان یک بیماری بالقوه تهدید کننده زندگی است و اغلب با ناراحتی‌های روانشناختی عمده همراه می‌باشد. تخریب شناختی و تغییر در کیفیت زندگی و بهزیستی افراد مبتلایان به سرطان و درمان آن مسئله مهمی است که می‌تواند با موفقیت برنامه‌های درمانی تخصصی و اجتماعی تداخل کند (تانوک، اهلِس، و گنز^۳، ۲۰۰۴؛ کورا^۴ و همکاران، ۲۰۰۸).

مداخلات روانی اجتماعی دامنه گسترده‌ای (مثل حمایت روانی اجتماعی، درمان شناختی رفتاری و ابراز هیجان) دارند. آنتونی (۲۰۱۳) معتقد است این مداخلات به لحاظ شناختی طراحی می‌شوند تا ارزیابی استرس و راهبردهای مقابله‌ای را تعدیل کنند، به لحاظ رفتاری تنش، اضطراب و درماندگی را از طریق آموزش آرمش، ذهن آگاهی، هیپنوتیزم، یوگا و دیگر تکنیک‌ها کاهش دهند و به لحاظ بین فردی از طریق بهبود حمایت اجتماعی دریافتی و ارتباط گروهی مهارت‌هایی شبیه جرأت‌ورزی و مدیریت خشم را ایجاد کنند. با این وجود یکی از موثرترین رویکردهای روانی اجتماعی برای بیماران مبتلا به سرطان مداخلات روانی آموزشی است. مداخلات روانی آموزشی موجود در مداخلات روانی اجتماعی نگرانی‌های

1. Butow, Hiller, Price, Thackway & Kricker
2. Dalton, Boesen, Ross, Schapiro & Johansen
3. Tannock, Ahles & Ganz
4. Correa

دادند که مداخلات مشاوره‌ای-روانی-اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان مؤثر می‌باشند. کوهن^۸ و همکاران (۲۰۱۱) اثربخشی مداخلات روانی-اجتماعی (تنفس عمیق، تخیل هدایت شده و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه) را در کاهش خلق افسرده بیماران سرطانی گزارش کردند. ماتسودا و همکاران (۲۰۱۴) با انجام یک فراتحلیل دریافتند که حمایت روانی اجتماعی بر بهبود علایم سرطان سینه و حمایت روانی آموزشی بر بهبود بهزیستی هیجانی بیماران مبتلا، شش ماه پس از مداخله اثر دارد.

آنتونی^۹ (۲۰۱۳) معتقد است از آنجا که عوامل شناختی، رفتاری و اجتماعی می‌توانند چگونگی سازش بیماران مبتلا به سرطان را با تشخیص و درمان بیماری تحت تأثیر قرار دهند، بسیاری از مداخلات به بررسی اثر تکنیک‌های روانی-آموزشی-اجتماعی بر سازگاری روانشناختی، کیفیت زندگی و بهزیستی بیماران مبتلا به این بیماری متمرکز شده است. همچنین، در حالی که بسیاری از محققان استفاده بالینی از این رویکرد را توصیه می‌کنند، ماهیت چنین مداخله‌ای به‌طور گسترده‌ای متفاوت است و شواهد حمایت‌کننده درباره کارایی آن قطعی نیست. به علاوه در بسیاری از مطالعات اولیه مداخلات گروهی با شمار کوچکی از شرکت‌کنندگان و غالباً بدون گروه کنترل صورت گرفته است. بنابراین ضرورت استفاده از مطالعات منظم به منظور تقویت و تعیین اثربخشی کارایی این رویکرد احساس می‌شود. از

ناشی از ناراحتی را مورد توجه قرار می‌دهند (ماتسودا، یاماوکا، تانگو، ماتسودا و نیشی‌موتو^۱، ۲۰۱۴). به عبارت دیگر، مداخلات روانی آموزشی به عنوان یک روش درمانی بیماران را قادر می‌سازد تا از طریق مواد آموزشی و تکنیک‌های شناختی-رفتاری با بیماری خود مقابله کنند (چان^۲، ۲۰۰۵). همچنین، مداخلات روانی آموزشی گروهی احساس بلاتکلیفی و درماندگی، ترس از ناشناخته‌ها و ناراحتی‌های روانشناختی را کاهش می‌دهند. آنها دانش بهداشتی و احساس اعتماد را بهبود می‌بخشند و مقابله و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهند (جونز^۳ و همکاران، ۲۰۱۱).

اثر مثبت مداخلات روانی آموزشی بر افزایش دانش بیماران در مورد بیماری‌شان، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و سازگارانه و تسکین نشانه‌های منفی گزارش شده است (گیون^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). نتایج فراتحلیل رسه و پاکروپ^۵ (۲۰۰۳) از سودمندی مداخلات روانی/اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان حمایت کرد. چمبرز، پینوک، لپوره، هوگس و اوکونل^۶ (۲۰۱۱) با فراتحلیل پژوهش‌های موجود دریافتند که مداخلات روانی-آموزشی و شناختی-رفتاری گروهی اثر معناداری در بهبود سازگاری روانشناختی و ارتقای کیفیت زندگی مردان مبتلا به سرطان دارند. نلسون^۷ و همکاران (۲۰۰۸) نشان

1. Matsuda, Yamaoka, Tango, Matsuda & Nishimoto
2. Chan
3. Jones
4. Given
5. Rehse & Pukrop
6. Chambers, Pinnock, Lepore, Hughes & O'Conne
7. Nelson

8. Cohen
9. Antoni

سوی دیگر، با توجه به اهمیت هرگونه تلاشی جهت پیشگیری، درمان و جلوگیری از عود بیماری در بیماران مبتلا به سرطان، مشکلات زیاد این بیماری در کارکردهای مختلف افراد، صرف مقادیر بالایی از خدمات بهداشتی، نیاز مراکز درمانی به مداخلات روانی آموزشی و اندک بودن پژوهش در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخلات روانی آموزشی بر بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به سرطان شهرستان کاشمر بود. نمونه مورد بررسی شامل ۱۲ بیمار مبتلا به سرطان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از پیش‌آزمون به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. بدین منظور، ابتدا فهرستی از کلیه بیماران مبتلا به سرطان دارای پرونده در مراکز مرتبط از جمله بیمارستان‌ها، شبکه بهداشت و انجمن حمایت از بیماران سرطانی تهیه گردید. سپس سعی شد تا با این بیماران تماس حاصل شود و از آنها برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آید. در مجموع ۲۰ نفر از این بیماران تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. سپس از آنها خواسته شد تا برای تکمیل پرسشنامه‌ها و دستیابی به اطلاعات بیشتر در

مرکز مشاوره مهر حاضر شوند. پس از آن برنامه مداخلات روانی آموزشی توسط یک روانشناس و یک پزشک در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت هر هفته سه جلسه برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از پایان این مدت برای مقایسه اثر این مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. لازم به ذکر است که از مجموع ۱۰ نفر گروه آزمایشی ۴ نفر به همکاری خود تا پایان پژوهش ادامه ندادند، از این رو به منظور دستیابی به نتایج همگن‌تر سعی شد تا پاسخ‌نامه ۴ نفر از اعضای گروه کنترل نیز به‌طور تصادفی کنار گذاشته شود و در نهایت تحلیل داده‌ها با ۱۲ شرکت‌کننده صورت گیرد. از این میان سه نفر مبتلا به سرطان سینه، دو نفر مبتلا به سرطان پروستات، سه نفر سرطان معده و چهار نفر مبتلا به سرطان خون بودند. متخصصان برای طرح‌های آزمایشی حجم نمونه ۴ تا ۱۲ نفر را پیشنهاد داده و آن را کافی می‌دانند (عریضی و فراهانی، ۲۰۰۸). داده‌های پژوهش به کمک نرم‌افزار آماری SPSS16 و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

مقیاس تظاهر بهزیستی روانشناختی

مقیاس تظاهر بهزیستی روانشناختی ابزاری است که توسط ماس^۱ و همکاران (۱۹۹۸) تدوین شده است. این مقیاس خود گزارشی شامل ۲۵ عبارت و شامل ۶ خرده مقیاس کنترل خود و رویدادها،

حیطه مداخلات روانی-آموزشی و وجود یک متخصص روانشناسی و یک پزشک در این پژوهش دو طبقه مشاوره-روان‌درمانی و آموزش-آگاهی به عنوان عمده‌ترین برنامه مداخله‌ای در نظر گرفته شد. هدف مداخلات روانی-آموزشی عبارت بود از گسترش دانش و آگاهی بیماران درباره پاسخ‌های هیجانی و بدنی به استرس، ارایه آموزش و تمرین مهارت‌های حل مسئله مورد نیاز برای مدیریت بحران بحث با روانشناس و پزشک (در صورت امکان با سایر اعضای گروه) درباره مشکلات خاص و نگرانی‌هایی که عموماً بیماران سرطانی با آن مواجه می‌شوند. مداخلات رفتاری که بیشتر در برگیرنده مهارت‌های ماساژ، درمان با آرمش، تمرین جسمی، رژیم غذایی و مصرف منظم دارو بود با درماندگی‌های کمتر و سازگاری بهتر مرتبط است (اندرسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). در ماساژ، اضطراب، درد، افسردگی، خشم و تهوع کاهش می‌یابد و کیفیت زندگی، مشکلات خواب، خستگی مفرط، احساسات منفی و کارکرد سیستم ایمنی بدن و سیستم نورو-آندوکرین بهبود می‌یابد (وایزر و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین مطالعات مربوط به اثرات آرمش درمانی، بهبود کیفیت زندگی، بهبود افسردگی، خلق و اضطراب، کاهش احساسات منفی و مشکلات خواب را گزارش کرده‌اند (یو و همکاران، ۲۰۰۵). مداخلات شناختی که کمک می‌کند تا بیمار تجربه سرطان را ارزیابی کند، می‌تواند سازگاری و کیفیت زندگی بیمار را در طول درمان افزایش دهد (برادرز^۳ و اندرسون، ۲۰۰۹؛ کارور و همکاران، ۲۰۰۵).

شادی، درگیری اجتماعی، عزت نفس، تعادل روانی و جامعه‌پذیری است. عبارات این مقیاس بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. ضرایب پایایی به روش آلفای کرنباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. تحلیل عاملی مقیاس به روش مولفه‌های اصلی نیز نشان داد که شش عامل استخراج شده ۵۲ درصد از واریانس بهزیستی روانشناختی را تبیین می‌کند. با توجه به عدم وجود شاخص‌های روانی و پایایی در پژوهش-های داخل کشور، در این پژوهش برای تعیین روانی مقیاس از روانی محتوایی (نظر متخصصان) و برای تعیین اعتبار مقیاس از روش همسانی درونی (آلفای کرنباخ) استفاده شد. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برای نمره کل و شش خرده مقیاس آن به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۸۱، ۰/۶۹، ۰/۷۸ و ۰/۷۹ بود.

مداخلات روانی آموزشی

شش نفری که در گروه آزمایش جای گرفتند پس از اجرای پیش آزمون، به مدت ۱۲ جلسه مداخلات روانی-آموزشی گروهی را دریافت کردند و اعضای گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله-ای دریافت نکردند. بارسویک، سوئینی، هانی و چانگ^۱ (۲۰۰۲) مداخلات روانی-آموزشی را به پنج طبقه مشاوره/روان‌درمانی، رفتار درمانی، آموزش-آگاهی، حمایت اجتماعی و طبقات دیگر شامل موسیقی درمانی، هنر درمانی و ... تقسیم کرده‌اند. در پژوهش حاضر با توجه به گستردگی

حمایت‌های اجتماعی با سازگاری با سرطان (تالی، مالیکس، شلگل و بتانکور^۱، ۲۰۱۰)، پیامدهای سلامتی بهتر (پینکوآرت و دوبراستین^۲، ۲۰۱۰) و امیدواری برای مدیریت بهتر استرس در بیماران مرتبط هستند (فریدمن و همکاران، ۲۰۰۵؛ ویمبرلی، کارور، لاورنکو، هریس و آنتونی^۳، ۲۰۰۵). از جمله تکنیک‌های حل مسئله که از کتاب راهنماهای عاطفی، آموزش و تمرین تکنیک‌های آرمش‌درمانی و ارایه حمایت‌های روانی-اجتماعی از طریق مراقبت از سرطان در خانه برگزیده شد می‌توان به مواردی چون تشویق بیماران به خلاقیت، خوشبینی، طراحی و بدست آوردن اطلاعات از متخصصان اشاره کرد (دانشکده روانشناسی آمریکا، ۱۹۹۷).

یافته‌ها

به‌منظور ارایه تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است. همچنین، میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان $32/5 \pm 5/5$ بود. بعلاوه، میانگین سنی گروه آزمایش $31/5 \pm 6/15$ و میانگین سنی گروه کنترل $30/83 \pm 5/34$ بود. از بین کل شرکت‌کنندگان ۸ نفر زن ($66/67\%$) و ۴ نفر مرد ($33/33\%$) بودند.

به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه (ANCOVA) برای تعیین معناداری تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده گردید.

نتایج این آزمون نشان داد که واریانس متغیرهای پژوهش در بین دو گروه آزمایش و کنترل برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند ($F=1/73$ ، $P>0/05$). بعلاوه آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای گروه‌های آزمایش و کنترل یکسان است ($F=0/01$ ، $P>0/05$). از این-رو، استفاده از تحلیل کوواریانس یک‌راهه بلا مانع است (جدول ۲).

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون-پس-آزمون دو گروه برای متغیر رضایت‌ناشویی معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر بهزیستی روانشناختی نیز به طور معناداری بیش از گروه کنترل است. به عبارت دیگر، تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر بهزیستی روانشناختی وجود دارد ($F=0/66$ مجذرو اتا، $P<0/05$ ، $F(1, 9)=17/96$). میزان تأثیر مداخلات روانی آموزشی نیز برابر $0/66$ بود.

1. Talley, Molix, Schlegel & Bettencourt
2. Pinquart & Duberstein
3. Wimberly, Laurenceau & Harris

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به نمره‌های بهزیستی روانشناختی بیماران دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۶۹	۱۱/۵۸
	کنترل	۶۹/۸۳	۷/۸۲
	آزمایش	۹۳/۳۳	۷/۵۳
	پس آزمون	۷۱	۱۰/۲۳

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مربوط به نمره‌های بهزیستی روانشناختی بیماران دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
نمره بهزیستی روانشناختی پیش آزمون	۷۴/۶۲	۱	۷۴/۶۲	۰/۹۱	۰/۳۶	۰/۰۹
اثر اصلی (مداخلات روانی آموزشی)	۱۴۶۲/۵۰	۱	۱۴۶۲/۵۰	۱۷/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۶۶
خطای باقی مانده	۷۳۲/۷۰	۹	۸۱/۴۱			

نتیجه گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخلات روانی آموزشی بر بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان انجام گردید. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات روانی آموزشی اثر معناداری بر افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل دارد. به عبارت دیگر، نشان دهنده اثربخشی مداخلات روانی آموزشی در افزایش میانگین نمره بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش بود. از این رو نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های قبلی (گیون و همکاران، ۲۰۰۴؛ چمبرز و همکاران، ۲۰۱۱؛ کوهن و همکاران، ۲۰۱۱؛ ماتسودا و همکاران، ۲۰۱۴) نشان داد که مداخلات روانی آموزشی اثر معناداری بر بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران دارد.

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که مداخلات روانی اجتماعی دامنه گسترده‌ای دارند. همچنین این مداخلات به لحاظ شناختی طراحی می‌شوند تا ارزیابی استرس و راهبردهای مقابله‌ای را تعدیل کنند؛ به لحاظ رفتاری تنش، اضطراب و درماندگی را از طریق آموزش آرمش، ذهن آگاهی، هیپنوتیزم، یوگا و دیگر تکنیک‌ها کاهش دهند و به لحاظ بین فردی از طریق بهبود حمایت اجتماعی دریافتی و ارتباط گروهی مهارت‌هایی شبیه جرأت‌ورزی و مدیریت خشم را ایجاد کنند. مداخلات روانی آموزشی موجود نیز نگرانی‌های ناشی از ناراحتی را مورد توجه قرار می‌دهند (ماتسودا و همکاران، ۲۰۱۴)، بیمار را قادر می‌سازد تا از طریق مواد آموزشی و تکنیک‌های شناختی-رفتاری با بیماری خود مقابله کند (چان، ۲۰۰۵)، احساس بلا تکلیفی و درماندگی، ترس از

۲۰۰۶). مداخلات مبتنی بر درمان‌های شناختی به بیمار کمک می‌کند تا یک تفسیر واقع‌گرایانه از استرس‌زاهای درگیر در فرایند سازگاری با بیماری ایجاد کنند، تکنیک‌هایی را برای مقابله مؤثر با استرس‌زها یاد بگیرند و رفتارهای مقابله‌ای مناسب را کسب می‌کنند (موری و گریر^۹، ۲۰۰۲). مکانیسم‌های تغییر در مداخلات شناختی نیز شامل شناسایی و تغییر افکار منفی، باورها و انتظارات است (استیل، نادو، الک و کار^{۱۰}، ۲۰۰۷؛ کویک-کیوم، ابوت-اندرسون و وانتا^{۱۱}، ۲۰۱۰). در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت که مداخلات روانی اجتماعی و به‌خصوص مداخلات روانی آموزشی می‌توانند از طریق افزایش دانش و آگاهی بیماران درباره پاسخ‌های هیجانی و بدنی به استرس و افزایش اعتماد آنها، کمک به مدیریت درد و نشانه‌های جسمی و هیجانی دیگر؛ کاهش احساس بلا تکلیفی، تنش، اضطراب، درماندگی، ترس از ناشناخته‌ها و ناراحتی‌های روانشناختی از طریق آموزش آرمش، ذهن آگاهی، هیپنوتیزم، یوگا و دیگر تکنیک‌ها؛ بهبود شاخص‌های سازگاری روانشناختی و فیزیولوژیکی؛ بهبود رفتارهای تأمین‌کننده سلامت از قبیل ورزش کردن، رژیم غذایی، خواب و پایداری به مصرف دارو؛ ارابه‌های حمایت‌های روانی-اجتماعی و استفاده از مهارت‌های بین‌فردی به منظور ایجاد و حفظ حمایت‌های اجتماعی؛ کمک به ابراز هیجانات بیمار؛ بهبود راهبردهای مقابله؛ کمک به شناسایی و تغییر افکار منفی، باورها و انتظارات؛ افزایش

ناشناخته‌ها و ناراحتی‌های روانشناختی را کاهش می‌دهند (جونز و همکاران، ۲۰۱۱)، سبب تسکین نشانگان فیزیکی و هیجانی افراد مبتلا به سرطان می‌شوند (کیف^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ کلپر^۲، ۲۰۱۰)، سازگاری روانشناختی با استرس‌ورهای ناشی از تشخیص و درمان سرطان را بهبود می‌بخشد و می‌تواند مستقیماً (یا به‌طور غیر مستقیم از طریق مدیریت استرس) رفتارهای تأمین‌کننده سلامت از قبیل ورزش کردن، رژیم غذایی، خواب و پایداری به مصرف دارو را بهبود بخشد (آندرسون، کیگلت-گلاسر و گلیرز^۳، ۱۹۹۴)، هیجانات‌شان را ابراز کنند، راهبردهای مقابله‌ای-شان را بهبود بخشد، حمایت‌های اجتماعی لازم را فراهم می‌آورد و به آنها کمک می‌کند تا درد و نشانه‌های جسمی دیگر را مدیریت کنند (نیول، سانسون-فیشر و ساوالاین^۴، ۲۰۰۲)، دانش بهداشتی و احساس اعتماد خود را بهبود بخشد و مقابله و کیفیت زندگی را افزایش دهند (جونز و همکاران، ۲۰۱۱). مداخلات شناختی-رفتاری به منظور کاهش نشانه‌های بیماری و بهبود نگرش بیماران نسبت به این مسئله طراحی شده‌اند که بیمار توانایی کنترل افکار، باورها و نگرش‌های خود را به منظور تسهیل و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در طول مرحله درمان سرطان را دارد (هنری^۵ و همکاران، ۲۰۱۰؛ میلر^۶ و همکاران، ۲۰۰۷؛ دورنبوس^۷، گیون، گیون و وربیتسکی^۸،

1. Keefe
2. Clapper
3. Andersen, Kiecolt-Glaser & Glaser
4. Newell, Sanson-Fisher & Savolainen
5. Henry
6. Miller
7. Doorenbos
8. Verbitsky

9. Moorey & Greer
10. Steel, Nadeau, Olek & Carr
11. Kwekkeboom, Abbott-Anderson & Wanta

منابع

پیرخانفی، علیرضا و صالحی، فاطمه. (۱۳۹۲).
اثر بخشی معنادرمانی گروهی بر ارتقای
سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه.
فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت،
۲، ۶۹-۶۱.

ترخان، مرتضی. (۱۳۹۲). رابطه بین شیوه‌های
مقابله با استرس و ابراز وجود با استرس
ادراک شده زنان در معرض خطر ابتلا به
سرطان سینه. فصلنامه علمی پژوهشی
روانشناسی سلامت، ۲، ۳۴-۴۷.

نوید، جفری و راتوس، اسپنسر. (۲۰۰۷). *بهداشت
روانی*. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۹).
تهران: ارسباران.

Reference

- American Cancer Society. (2015).
Cancer Facts & Figures 2015.
Atlanta: American Cancer Society.
- Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-
Kreutz, D., et al. (2007). Distress
reduction from a psychological
intervention contributes to improved
health for cancer patients. *Brain,
Behavior, and Immunity*, 21, 953-
961.
- Andersen, B. L., Kiecolt-Glaser, J. K.,
Glaser, R. (1994). A biobehavioral
model of cancer stress and disease
course. *American Psychologist*, 49,
389-404.
- Antoni, M. H. (2013). Psychosocial
intervention effects on adaptation,
disease course and biobehavioral
processes in cancer. *Brain, Behavior,
and Immunity*, 30 (Suppl), S88-S98.

توانایی کنترل افکار، باورها و نگرش‌ها و همچنین
نگرش‌های مثبت‌تر به کوشش‌های بالینی سبب
افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به
سرطان شوند.
در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که
مداخلات روانی آموزشی تأثیر بسزایی در بهبود
بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان
دارند و درمانگران می‌توانند نقش مداخلات روانی
آموزشی را در بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران
در نظر بگیرند. در مورد محدودیت‌های این
پژوهش می‌توان گفت که یکی از محدودیت‌های
این پژوهش این است که به صورت مقطعی و
کوتاه مدت در مورد گروهی از بیماران مبتلا به
سرطان انجام شده است. از این رو، مطالعات بعدی
می‌توانند بر پیامدهای طولانی مدت مداخلات
روانی آموزشی تمرکز کنند. از محدودیت‌های
دیگر این پژوهش می‌توان به پایین بودن حجم
نمونه، نداشتن آزمون پیگیری، عدم تفکیک نقش
جنسیتی و عدم تفکیک آزمودنی‌ها بر حسب نوع
سرطان اشاره داشت. از این رو، انجام بررسی‌های
بیشتر بر روی نمونه‌های بزرگتر، توجه به جنسیت
و نوع سرطان شرکت‌کنندگان و انجام آزمون‌های
پیگیری برای تعمیم نتایج از اهمیت بسزایی
برخوردار است. بعلاوه، استفاده از ابزارهایی با
شاخصه‌های روانشناختی و فیزیولوژیکی بیشتر و
بررسی نقش عوامل میانجی در پیامدهای سلامت
احساس می‌شود.

- systematic analyses. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, 101–111.
- Chopra, I., & Kamal, K. M. (2012). A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 14.
- Clapper, T. (2010). Beyond knowles: What those conducting simulation need to know about adult learning theory. *Clinical Simulation in Nursing*, 6, 7–14.
- Cohen, L., Parker, O., Vence, L., et al. (2011). Presurgical stress management improves postoperative immune function in men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. *Psychosomatic Medicine*, 73, 218–225.
- Correa, D. D., & Ahles, T. A. (2008). Neurocognitive changes in cancer survivors. *The Cancer Journal*, 14, 396–400.
- Dalton, S. O., Boesen, E. H., Ross, L., Schapiro, I. R., & Johansen, C. (2002). Mind and cancer: do psychological factors cause cancer. *European Journal of Cancer*, 38, 1313–1323.
- Doorenbos, A., Given, B., Given, C., Verbitsky, N. (2006). Physical functioning: The effect of a behavioral intervention for symptoms among individuals with cancer. *Nursing Research*, 55, 161–171.
- Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., et al. (2005). Optimism, social support, and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 595–603.
- Given, C., Given, B., Rahbar, M., et al. (2004). Effect of a cognitive behavioral intervention on reducing
- Barsevick, A. M., Sweeney, C., Haney, E., Chung, E. (2002) A systematic qualitative analysis of psychoeducational interventions for depression in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29, 73–86.
- Brannon, L., Feist, J., Updegraff, J. A. (2014). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. USA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Brothers, B. M., Andersen, B. L. (2009). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. *Psycho-Oncology*, 18, 267–275.
- Butow, P. N., Hiller, J. E., Price, M. A., Thackway, S. V., Krickler, A., & Tennant, C. C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 169–181.
- Carver, C. S., Smith, R. G., Antoni, M. H., Petronis, V. M., Weiss, S., Derhagopian, R. P. (2005). Optimistic personality and psychosocial well-being during treatment predict psychosocial well-being among long-term survivors of breast cancer. *Health Psychology*, 24, 508–516.
- Chambers, S. K., Pinnock, C., Lepore, S. J., Hughes, S., & O'Connell, D. L. (2011). A systematic review of psychosocial interventions for men with prostate cancer and their partners. *Patient Education and Counseling*, 85, 75–88.
- Chan, W. H. (2005). Psychoeducational intervention: A critical review of

- Masse, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Belair, S., Battaglini, A. (1988). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicator Research*, 45, 475-504.
- Matsuda, A., Yamaoka, K., Tango, T., Matsuda, T., Nishimoto, H. (2014). Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*, 23, 21-30.
- Miller, J. J., Frost, M. H., Rummans, T. A., et al. (2007). Role of medical social worker in improving quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention. *Psycho-Oncology*, 25, 105-119.
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Nelson, E., Wenzel, L., Osann, K., et al. (2008). Stress, immunity and cervical cancer: Biobehavioral outcomes of a randomized clinical trial. *Clinical Cancer Research*, 14, 2111-2118.
- Newell, S., Sanson-Fisher, R., Savolainen, N. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, 94, 558-584.
- Oreizy, H. R., & Farahani, H. A. (2008). *Applied research, methods in counseling and clinical psychology*. Tehran: Danjeh.
- Pinquart, M., Duberstein, P. (2010). Associations of social networks with symptom severity during chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 507-516.
- Henry, M., Cohen, S., Lee, V., et al. (2010). The Meaning-making intervention appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: A randomized controlled pilot study. *Psychooncology*, 19, 1340-1347.
- Home care guide for advanced cancer. (1997). Atlanta: American College of Physicians
- Jones, J. M., Cheng, T., Jackman, M., Walton, T., Haines, S., Rodin, G., Catton, P. (2013). Getting back on track: evaluation of a brief group psychoeducation intervention for women completing primary treatment for breast cancer. *Psychooncology*, 22, 117-124.
- Keefe, F. J., Ahles, T. A., Sutton, L., et al. (2005). Partner-guided cancer pain management at the end of life: a preliminary study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29, 263-272.
- Kolahdoozan, S, M Sajadi, A., Radmard, A. R., & Khademi, H. (2010). Five common cancers in Iran. *Archives of Iranian medicine*, 13, 143-146.
- Kwekkeboom, K., Abbott-Anderson, K., & Wanta, B. (2010). Feasibility of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for pain, fatigue, and sleep disturbance in cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37, 151-159.
- Maher, E. J. (2013). Managing the consequences of cancer treatment and the English National Cancer Survivorship Initiative. *Acta Oncologica*, 52, 225-232

- workshop. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 2233–2239.
- Visser, A., Schoolmeesters, A., van den Berg, M., Schell, N., de Gelder, R., Borne, B. (2011). Methodological reflections on body–mind intervention studies with cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 82, 325–334.
- Wimberly, S. R., Carver, C. S., Laurenceau, J. P., Harris, S. D., Antoni, M. H. (2005). Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 300–311.
- Yoo, H. J., Ahn, S. H., Kim, S. B., et al. (2005). Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. *Supportive Care in Cancer*, 13, 826–833.
- cancer mortality: A meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 75, 122–137.
- Rehse, B., & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Met analysis of 37 published controlled outcome studies Patient. *Education and Counseling*, 50, 179–186.
- Steel, J., Nadeau, K., Olek, M., & Carr, B. I. (2007). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: Psychological and immune effects. *Psycho-Oncology*, 25, 19–42.
- Talley, A., Molix, L., Schlegel, R. J., Bettencourt, A. (2010). The influence of breast cancer survivors' perceived partner social support and need satisfaction on depressive symptoms: A longitudinal analysis. *Psychology & Health*, 25, 433–449.
- Tannock, I. F., Ahles, T. A., Ganz, P. A., et al. (2004). Cognitive impairment associated with chemotherapy for cancer: report of a