

اثربخشی مداخله آموزشی روان‌شناختی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه

The Effectiveness of a Psycho-Educational Intervention in Improving the Quality of Life of Patients with Breast Cancer

Mahdieh Shafietabar
PhD Candidate
Shahid Beheshti University

Mohammad Karim Khodapanahi, PhD
Shahid Beheshti University

محمد کریم خداپناهی
استاد دانشگاه شهید بهشتی

مهديه شفیعی تبار
دانشجوی دکتری
دانشگاه شهید بهشتی

Mahmood Heidari, PhD
Shahid Beheshti University

محمود حیدری
استادیار دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله آموزشی- روان‌شناختی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شد. این پژوهش از نوع شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سرطان سینه بود که در سال ۱۳۹۰ در مراکز درمانی شهر اراک تحت درمان قرار داشتند. از این افراد ۲۴ بیمار به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس به تصادف ۱۲ بیمار در گروه آزمایشی و ۱۲ بیمار به گروه کنترل اختصاص داده شد. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه مداخله آموزشی روان‌شناختی دریافت کرد در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای سنجش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی (آرنسون و دیگران، ۱۹۹۳) استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان دادند که مداخله آموزشی- روان‌شناختی، به افزایش کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های عملکردی آن در بیماران مبتلا به سرطان سینه منجر می‌شود. آموزش‌ها پس از پیگیری با فاصله زمانی ۳۰ روز نیز پایدار بود. می‌توان نتیجه گرفت مداخله آموزشی روان‌شناختی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه نقش مؤثری دارد.

واژه‌های کلیدی: مداخله آموزشی- روان‌شناختی، کیفیت زندگی، سرطان سینه

Abstract

This study was conducted to investigate the effectiveness of psycho-educational intervention on the quality of life of patients suffering from breast cancer. This research was pretest-posttest with control group. From patients referring to Arak medical centers in 2012, 24 patients diagnosed with breast cancer were selected and randomly assigned to two experimental and control (n=12) groups. The experimental group received 10 psycho-educational sessions and the control group did not. In order to measure the quality of life and its components, the Quality of Life Questionnaire for patients with cancer (Aronson & et al., 1993) was administered. The results obtained from covariance analysis indicated that psycho-educational intervention improved the patients' quality of life measures and its performance subscales. The results also showed reliability after 30 days follow up for the experimental group. Therefore, it could be concluded that psycho-educational intervention effectively improves the quality of life of patients suffering from breast cancer.

Keywords: psycho-educational intervention, quality of life, breast cancer

received: 17 February 2013

accepted: 13 April 2013

Contact information: shafieetabar2005@yahoo.com

دریافت: ۹۱/۱۱/۲۸

پذیرش: ۹۲/۱/۲۴

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری است.

مقدمه

امروزه سرطان سینه^۱ مهم‌ترین عامل نگران‌کننده سلامتی در زنان است که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنها را به مخاطره انداخته است (اتو، ۲۰۰۱). بعد از سرطان ریه، سرطان سینه شایع‌ترین نوع سرطان در زنان است (کروک و ابول‌ناین، ۲۰۰۴). در سراسر دوره بیماری سرطان، به خصوص در دوره درمان، به دلیل عوارض جانبی دارو، احتمال به وجود آمدن تغییرات جسمی وجود دارد. تغییرات ایجادشده می‌تواند بر خودآگاهی، حرمت‌خود و احساس ارزشمندی و مقبولیت بیمار اثر گذارد. تأثیرات گوناگون جسمی بیماری سرطان می‌تواند بر جنبه‌های روانی و اجتماعی زندگی بیماران نیز تأثیر بگذارد (یاربرو، فروگ و گودمن، ۲۰۰۵). با وجود اینکه شیمی‌درمانگری یک روش درمانگری مهم در بیماران سرطانی است، اما باعث عوارض جانبی متعددی می‌شود که بر سطح عملکرد جسمانی، روانی و اجتماعی بیمار و عدم پذیرش وی برای تکمیل دوره درمان تأثیر می‌گذارد. بنابراین شیمی‌درمانگری به دنبال سرطان سینه، می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را در کیفیت زندگی بیماران داشته باشد و سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی و اجتماعی در آنان شود و به عبارت دیگر، سبب کاهش کیفیت زندگی این دسته از بیماران شود (چی، هوانگ، چن و چانگ، ۱۹۹۹). به همین دلایل مهم‌ترین جنبه مراقبت از این بیماران توجه، ارزیابی و ارتقای کیفیت زندگی است (گانز، رولاند، دسموند، میروویتس و وایت، ۱۹۹۸).

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و بازنمایی معنایی است از عقاید و تصورات فرد، که به طور کلی باید از طریق ادراک‌های بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد (چرلی، کوپمن و وینینگهام، ۲۰۰۶). این مفهوم سلامت جسمانی، حالت روان‌شناختی، استقلال، روابط اجتماعی و باورهای شخصی و معنوی را دربر می‌گیرد (سوسا و کوک، ۲۰۰۶) و متشکل از سازه‌های مختلفی مانند عملکرد اجتماعی، جسمانی، روانی، دریافت‌های کلی سلامت و فرصت‌های اجتماعی است (پاتریک و اریکسون، ۱۹۹۳). کیفیت زندگی بیماران به عنوان

نشانه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و به عنوان بخشی از برنامه‌های کنترل بیماری محسوب می‌شود. بنابراین اندازه‌گیری سلامت جسمانی این بیماران به تنهایی کافی نیست، بلکه کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت جسمانی را دربر می‌گیرد و لازم است به عنوان یکی از پیامدهای مهم، به صورت مستقل سنجیده شود. در بیماری سرطان مانند دیگر بیماری‌های مزمن، به حداکثر رساندن کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت است و هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان مبتلایان، به حداکثر رساندن توانایی‌های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد و کیفیت زندگی است (رس و پکرف، ۲۰۰۳).

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است (لچنر و دیگران، ۲۰۰۳) و با گسترش روزافزون رشته روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعال‌تری را در فرایند درمانگری این بیماری به عهده گرفته‌اند (واتسون، هوموود، هاویلند و بلیز، ۲۰۰۵؛ آنتونی و دیگران، ۲۰۰۹). در مداخله‌هایی که با هدف ارتقای کیفیت زندگی بیماران سرطان سینه صورت گرفته است روی‌آوردهای متنوعی از جمله مشاوره حمایتی^۲، درمانگری حمایتی-بیانگر^۳، برنامه‌های آموزشی^۴، راهبردهای رفتاری‌نگر^۵ و درمانگری شناختی‌نگر-رفتاری‌نگر^۶ (شلیبی، ۲۰۰۶)، مشاوره گروهی^۷ (هروی کریموی، پوردهقان، فقیه‌زاده، منتظری و میلانی، ۱۳۸۵)، مداخله شناخت درمانگری آموزش‌محور^۸ و گروه درمانگری شناختی‌نگر-هستی‌نگر^۹ (بهمنی، اعتمادی، شفیع‌آبادی، دل‌اور و قنبری‌مطلق، ۱۳۸۹) مورد استفاده قرار گرفته است. در این میان مداخله‌های آموزشی-روان‌شناختی ساختاریافته^{۱۰} قویاً در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انواع سرطان تأثیر بسزایی دارند (بوسن، راس و فردریکسن، ۲۰۰۵؛ منیسز و دیگران، ۲۰۰۷؛ لوکنز و مک فارلین، ۲۰۰۴؛ پارک، بی، جونگ و کیم، ۲۰۱۲).

در حالی که اغلب مداخله‌های روانی اجتماعی مبتنی بر الگوی سنتی پزشکی‌اند که برای درمانگری آسیب، بیماری، ناتوانی، و بدکارکردی طراحی شده‌اند، مداخلات آموزشی روان‌شناختی نشان‌دهنده یک تغییر پارادایم است که رویکردی

1. breast cancer

2. supportive counseling

3. supportive-expressive therapy

4. educational programs

5. behavioral strategies

6. cognitive-behavioral therapy

7. group counseling

8. cognitive-instructional therapy

9. cognitive existential group therapy

10. structured psychoeducational interventions

ورزشی به طور قابل ملاحظه‌ای به بهبود خستگی، سطح انرژی و کاهش مشکلات جسمانی و روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌انجامد (فیلیون و دیگران، ۲۰۰۸). این مداخله‌های آموزشی مبتنی بر فعالیت‌های جسمانی به واسطه ارتقای عملکرد قلبی-ریوی و فعالیت‌های جسمانی بیماران، نقش بسزایی در افزایش کیفیت زندگی ایفا می‌کنند (مکنیلی و دیگران، ۲۰۰۶).

با وجود تأیید مکرر اثربخشی مداخلات آموزشی روان‌شناختی بر ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی، اعتقاد بر این است که یک روش مداخله مؤثر برای پاسخ به نیازهای این بیماران باید بتواند به طور همزمان نیاز به وجود حمایت اجتماعی، پاسخ به احساس تنهایی، ترس‌های ناشی از بی‌اطلاعی نسبت به شیوه‌های درمانگری و پیامدهای آن، رنج ناشی از مواجه شدن با مرگ، احتمال معلولیت و یا از دست دادن فرصت‌های کاری، تحصیل و روابط عاطفی و نیز درد و رنج جسمانی ناشی از اقدام‌های درمانگری، را نیز پاسخگو باشد. به همین دلیل با در نظر داشتن این امر که مداخله‌های آموزشی روان‌شناختی می‌توانند با تأمین نیازهای اطلاعاتی بیماران مبتلا به سرطان سینه در حوزه‌های مختلف به ارتقای کیفیت زندگی این گروه از بیماران کمک کنند، در این پژوهش کوشش شده است با نگاهی همه‌جانبه به مفهوم کیفیت زندگی که دربردارنده عملکردهای جسمانی، هیجانی و اجتماعی بیماران است، اثربخشی آموزش مجموعه‌ای از مهارت‌های روان‌شناختی، اجتماعی و جسمانی در قالب مداخله‌های آموزشی روان‌شناختی، مورد بررسی قرار گیرد.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش شبه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. این پژوهش بر روی ۲۴ بیمار مراکز درمانگری شهر اراک (سال ۹۰) که مبتلا به سرطان سینه بودند و تحت درمانگری‌های تکمیلی پس از عمل جراحی برداشتن سینه^۲ قرار داشتند، انجام گرفت. شرایط لازم جهت قرار گرفتن در گروه نمونه عبارت بود از: انجام جراحی برداشتن سینه و شروع شیمی‌درمانگری حداقل در یک

جامع و مبتنی بر صلاحیت، تأکید بر سلامت، مشارکت، مقابله و توانمندسازی را در پیش می‌گیرد (مارش، ۱۹۹۲). این رویکرد بر این فرض مبتنی است که هر چه دریافت‌کنندگان مراقبت‌های درمانگری و مراقبان غیررسمی بیماران اطلاعات بیشتری داشته باشند، نتایج درمانگری مثبت‌تر خواهد بود؛ در واقع بیمار، مراجع و یا خانواده آنها به عنوان شرکای ارائه‌دهندگان درمانگری در نظر گرفته می‌شوند. فنون آموزشی روان‌شناختی نیز به منظور آماده‌سازی هر چه بیشتر بیماران برای مشارکت در فرایند درمانگری مورد استفاده قرار می‌گیرد. فونونی که به بیماران کمک می‌کند اطلاعات پزشکی و روان‌شناختی بیشتری نسبت به موقعیت کنونی خود بیابند تا بتوانند نقش فعال‌تری در بهبود خویش ایفا کنند. فرض دیگر این رویکرد این است که عملکرد و تمرکز افراد هنگام مواجهه با چالش‌های عمده و یا بیماری، به طور طبیعی مختل می‌شود (مکانیک، ۱۹۹۵)، بنابراین مداخلات آموزشی روان‌شناختی، توان‌شناختی و هیجانی بیماران را برای مواجهه با بیماری افزایش می‌دهد و اطلاعات دقیقی را که به اصلاح اطلاعات غلط قبلی و جلوگیری از اشتباهات آتی کمک می‌کند در اختیار بیماران قرار می‌دهد (کارتزیت، ۲۰۰۷).

ارائه اطلاعات مناسب پزشکی و روان‌شناختی در مداخله‌های آموزشی-روان‌شناختی، می‌تواند با افزایش رضایت بیماران و کاهش پریشانی روانی آنها (اکامورا، فوکویی، ناگاساکا، کویکه و یوچی تومی، ۲۰۰۳؛ کاپوزو، مارتینس، پلیس و گیرالدی، ۲۰۱۰)، بهزیستی هیجانی بیماران را در طول درمانگری افزایش دهد (شرمان، هابر، هاسکینز و بودین، ۲۰۱۲؛ پارک و دیگران، ۲۰۱۲؛ دولیبولت و دیگران، ۲۰۰۹). همچنین مداخله‌های آموزشی روان‌شناختی با بهبود روابط بین‌فردی و ارتباط مؤثر بیماران با اطرافیان و به خصوص کادر درمانگری در ارتقای عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان سینه (دولیبولت و دیگران، ۲۰۰۹؛ لوکنز و مک‌فارلین، ۲۰۰۴) نقش به‌سزایی دارند. اثربخشی این نوع مداخله‌ها نه تنها در حیطه بهزیستی هیجانی و اجتماعی، بلکه در حوزه جسمانی نیز مورد تأیید قرار گرفته است. مداخله‌های آموزشی-روان‌شناختی متمرکز بر آموزش راهبردهای مقابله‌ای فعال^۱ و فعالیت‌های

نفر محدود شد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مربوط به گروه نمونه شامل وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی و سن در جدول ۱ ارائه شده است. بیماران گروه نمونه پس از پاسخ به ماده‌های پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان اروپایی تحقیق و درمانگری سرطان^۱ به حکم قرعه، به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند.

ماه گذشته، عدم سابقه بیماری روانی، دارا بودن حداقل تحصیلات ابتدایی، عدم ابتلای به بیماری جسمی همزمان، دارا بودن سن بین ۲۵ تا ۶۰ سال و موافقت بیمار. با توجه به آنکه لحاظ کردن ملاک‌های گروه نمونه، تعداد افراد واجد شرایط را محدود کرد و امکان انتخاب تصادفی وجود نداشت، بنابراین گروه نمونه با روش نمونه‌برداری در دسترس، به ۲۴

جدول ۱

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه بر اساس وضعیت تحصیلی، سن، وضعیت شغلی و وضعیت تأهل

متغیر	گروه آزمایش (n=۱۲)		گروه گواه (n=۱۲)	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
وضعیت تحصیلی				
دیپلم و بالاتر	۸	۶۶/۷	۵	۴۱/۷
زیر دیپلم	۴	۳۳/۳	۷	۵۸/۳
سن				
پایین‌تر از ۳۵ سال	۲	۱۶/۷	۲	۱۶/۷
۳۵ تا ۵۰ سال	۸	۶۶/۷	۵	۴۱/۷
بالاتر از ۵۰ سال	۲	۱۶/۷	۵	۴۱/۷
وضعیت شغلی				
شاغل	۴	۳۳/۳	۳	۲۵
خانه‌دار	۸	۶۶/۷	۹	۷۵
وضعیت تأهل				
مجرد	۱	۸/۳	۲	۱۶/۷
متاهل	۱۰	۸۳/۳	۸	۶۶/۷
بیوه	۱	۸/۳	۲	۱۶/۷

بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه، طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش اجرا شد. اما گروه کنترل، هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. اهداف آموزشی هر یک از جلسه‌ها به شرح زیر بود.

جلسه اول (خودکارآمدی)^۳: آشنایی با ویژگی‌های افراد خودکارآمد، آشنایی با عوامل سه‌گانه مؤثر در خودکارآمدی، آگاهی از راهکارهای مقابله با افکار غیرمنطقی، آشنایی با راهبردهای ناکارآمد و کارآمد در مواجهه با موقعیت‌های پرتنیدگی.

جلسه دوم (مدیریت تنیدگی): آشنایی با نشانه‌های تنیدگی، آشنایی با عوامل ایجادکننده تنیدگی، آشنایی با روش‌های مقابله با تنیدگی، آگاهی از رابطه تنیدگی با بیماری.

جلسه سوم (تنش‌زدایی تدریجی عضلانی)^۴: آگاهی از مؤلفه‌های تنش‌زدایی تدریجی عضلانی، آشنایی با نقش و اهمیت

به این دلیل که هدف از مداخله آموزشی روان‌شناختی ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه بود، سعی شد اهداف جزیی پژوهش یعنی بهبود عملکرد هیجانی، اجتماعی و جسمانی در تدوین محتوای بسته آموزشی روان‌شناختی لحاظ شود. بدین منظور محتوای آموزشی جلسه‌ها بر اساس منابع نظری و پژوهشی موجود در زمینه مداخله‌های روانی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان (اندرسن، ۱۹۹۲) و نتایج حاصل از تشکیل گروه کانونی^۲ با گروهی از بیماران مبتلا به سرطان سینه جهت تأیید و نهایی کردن عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی، در قالب ۱۰ فصل تدوین شد. سپس شش نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی و پزشکی محتوای بسته آموزشی روان‌شناختی فوق را ارزیابی کردند. پس از تأیید روایی محتوای بسته فوق با ضریب توافق بین ارزیابی‌کنندگان $r=0/69$ ، $P<0/05$ ، بسته آموزشی روان‌شناختی به منظور تعیین اثربخشی

1. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)
2. focus group 3. self-efficacy 4. muscle progressive relaxation

تنش‌زدایی تدریجی عضلانی در کاهش اضطراب، فراگیری ایجاد تنش و استراحت منظم عضلانی.

جلسه چهارم (فعالیت‌های ورزشی): آگاهی از فواید ورزش در مبتلایان به سرطان سینه، فراگیری تمرین‌های ورزشی مناسب با مراحل بیماری.

جلسه پنجم (نظم‌دهی هیجانی)^۱: آگاهی از چگونگی شناسایی هیجان‌ها در دیگران و شیوه‌های مختلف ابراز هیجان، آگاهی از اهمیت مدیریت هیجان‌ها در زندگی، آشنایی با راهبردهای رفتاری و شناختی مهار هیجان‌های ناخوشایند، آشنایی با راهبردهای افزایش مدیریت هیجان‌ها.

جلسه ششم (حل مسئله)^۲: آشنایی با فرایند حل مسئله و اهمیت آن، آگاهی از عوامل بازدارنده حل مسئله.

جلسه هفتم (برقراری ارتباط مؤثر)^۳: آگاهی از عناصر اصلی ارتباط، آشنایی با روش‌های مؤثر در گوش دادن فعال، آگاهی از موانع موجود در ارتباط مؤثر، آشنایی با سبک‌های سالم و ناسالم برقراری ارتباط، آشنایی با فنون رفتار جرأت‌مندانه^۴.

جلسه هشتم (امید)^۵: آشنایی با جنبه‌های مختلف امید و نقش آن در بهبود بیماری، آشنایی با نقش اهداف به عنوان بخشی از فرایند افزایش امید، آگاهی از شیوه‌های غلبه بر موانع و چالش‌ها، آشنایی با شیوه‌های افزایش انگیزه و نیروی اراده روانی و جسمی در پیگیری اهداف.

جلسه نهم (عملکرد جنسی)^۶: آگاهی از عوارض جانبی درمانگری بر اندام‌های جنسی و عواطف بیمار، ایجاد خودیاری^۷ در برقراری روابط زناشویی، آشنایی با راهبردهای مقابله‌ای با تغییرات بدنی (ریزش مو، یائسگی، ...).

جلسه دهم (راهبردهای مقابله‌ای): آشنایی با انواع مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، آشنایی با مقابله هیجان‌مدار سازش‌یافته و سازش‌نیافته^۸، آگاهی از پیش‌فرض‌های مقابله مسئله‌مدار سازنده^۹، آشنایی با گام‌های مقابله مسئله‌مدار.

لازم به ذکر است بر اساس روش سیلیسکا (۱۹۹۰)، محتوای آموزشی هر جلسه در دو بخش ۴۵ دقیقه‌ای ارائه می‌شود. در بخش اول اطلاعاتی در مورد یکی از موضوعات مورد نظر طرح می‌شود و ۴۵ دقیقه دوم به بحث گروهی درباره

موضوع مطرح‌شده اختصاص می‌یابد.

سپس در جلسه یازدهم در مرحله پس‌آزمون، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی، در مورد هر دو گروه مجدداً اجرا شد. یک ماه بعد نیز در مرحله پیگیری، اعضای هر دو گروه به ماده‌های پرسشنامه دوباره پاسخ دادند.

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی (آرنسون و دیگران، ۱۹۹۳). این پرسشنامه ۳۰ ماده‌ای و از نوع خودگزارش‌دهی است که به طور خاص به منظور مطالعه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تهیه شده است. این پرسشنامه شامل پنج مقیاس کنش‌وری^{۱۰} (جسمانی، ایفای نقش، هیجانی، ذهنی و اجتماعی که به ترتیب ۵، ۲، ۴، ۲ و ۲ ماده را به خود اختصاص می‌دهد)، سه مقیاس علامتی (خستگی، درد، تهوع و استفراغ که به ترتیب ۳، ۲ و ۲ ماده را به خود اختصاص می‌دهد)، یک مقیاس کلی سلامت و کیفیت زندگی و شش ماده واحد (تنفس دردناک، اختلال در خواب، از دست دادن اشتها، بیوست، اسهال و مشکلات اقتصادی) است. نمره‌گذاری ۲۸ ماده در مقیاس چهار درجه‌ای (به هیچ وجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) و نمره‌گذاری دو ماده در مقیاس هفت درجه‌ای (بسیار بد تا عالی) انجام می‌شود. صفایی، دهکردی و طباطبایی (۱۳۸۶) روایی و اعتبار پرسشنامه را در بیماران مبتلا به سرطان قابل قبول گزارش کرده‌اند. افزون بر این، ضراب اعتبار در بیشتر حیطه‌ها بالاتر از ۰/۷۰ و ضراب روایی همگرا در تمام حیطه‌های چند ماده‌ای (کمتر از ۰/۴) مناسب بوده است. مقایسه گروه‌های شناخته‌شده نیز نشان داد نمره فرد در مقیاس کیفیت زندگی با سطح عملکرد وی رابطه مثبت و با نشانه‌ها و شدت بیماری رابطه معکوس دارد (منتظری و دیگران، ۱۹۹۹). در پژوهش حاضر نیز اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی کیفیت زندگی ۰/۶۸ به دست آمد.

لازم به ذکر است برای رعایت اصول اخلاقی مقرر شد تا اعضای گروه کنترل که در لیست انتظار قرار داشتند، پس از اتمام پژوهش بتوانند در یک برنامه آموزشی روان‌شناختی ارتقای کیفیت زندگی شرکت کنند. برای تحلیل داده‌ها از

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| 1. emotion regulation | 5. hope | 9. constructive emotion-focused coping |
| 2. problem-solving | 6. sexual performance | 10. functional |
| 3. effective communication | 7. self-management | |
| 4. assertive behavior techniques | 8. adaptive and maladaptive emotion-focused coping | |

بیانگر آن است که مقادیر میانگین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های عملکردی آن، در گروه آزمایش از موقعیت پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته است.

از آنجا که به منظور بررسی تأثیر مداخله آموزشی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی از تحلیل کوواریانس استفاده شد، در ابتدا مفروضه‌های آزمون آماری تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد تا با حذف اثر پیش‌آزمون، میانگین‌های تعدیل شده دو گروه با یکدیگر مقایسه شوند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) کیفیت زندگی و مؤلفه‌های جسمانی، هیجانی و اجتماعی در جدول ۲

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مرحله‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M
کیفیت زندگی						
	۵/۰۳	۲۶/۴۴	۴/۵۰	۳۶/۶۳	۴/۸۳	۳۶/۰۵
آزمایش گواه	۷/۵۹	۳۰/۸۰	۶/۶۴	۲۸/۳۸	۶/۳۳	۲۷/۶۱
عملکرد جسمانی						
	۷/۰۵	۴۷/۷۷	۷/۷۳	۵۵/۶۱	۶/۸۲	۵۵/۱۳
آزمایش گواه	۷/۹۵	۵۱/۶۶	۸/۵۵	۵۲/۱۶	۷/۵۵	۵۱/۲۷
عملکرد هیجانی						
	۱۲/۱۶	۴۰/۶۶	۱۰/۳۸	۴۷/۷۵	۱۰/۴۴	۴۷/۸۰
آزمایش گواه	۱۱/۰۱	۴۲/۵۰	۸/۸۲	۴۰/۲۵	۷/۴۷	۴۰/۲۹
عملکرد اجتماعی						
	۵/۶۳	۳۱/۳۸	۴/۸۲	۳۷/۳۰	۴/۲۸	۳۶/۲۷
آزمایش گواه	۷/۱۱	۲۷/۵۰	۹/۴۶	۲۸/۰۲	۸/۳۱	۲۷/۰۸

بنابراین با توجه به تأیید پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس (همسانی ماتریس کوواریانس‌ها و تساوی واریانس‌ها)، به منظور بررسی تأثیر مداخله آموزشی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی از تحلیل کوواریانس استفاده شد (جدول ۳).

نتایج آزمون لون نشان داد در تمام متغیرها تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود ندارد ($P > 0.05$)، همچنین آزمون باکس به منظور بررسی همسانی ماتریس کوواریانس‌ها نشان داد که کوواریانس‌ها در دو گروه برابر هستند ($F = 1.21$; $P = 0.25$).

جدول ۳

خلاصه تحلیل کوواریانس تأثیر مداخله آموزشی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون

عوامل	منابع تغییر	df	SS	MS	F	η^2
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱	۵۳۷/۷۱	۵۳۷/۷۱	۸۱/۴۲	۰/۸۳
	گروه	۱	۶۳۰/۳۳	۶۳۰/۳۳	۹۵/۴۵	۰/۸۵
	خطا	۱۷	۱۱۲/۲۶	۶/۶۰		
عملکرد جسمانی	پیش‌آزمون	۱	۶۴۴/۶۶	۶۴۴/۶۶	۷۸/۰۲	۰/۸۲
	گروه	۱	۱۲۵/۵۸	۱۲۵/۵۸	۱۵/۲۰	۰/۴۷
	خطا	۱۷	۱۴۰/۴۵	۸/۲۶		
عملکرد هیجانی	پیش‌آزمون	۱	۳۲۸/۲۸	۳۲۸/۲۸	۱۶/۸۸	۰/۵۰
	گروه	۱	۴۹۷/۹۱	۴۹۷/۹۱	۲۵/۶۱	۰/۶۰
	خطا	۱۷	۳۳۰/۴۷	۱۹/۴۳		
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱	۵۳۵/۱۳	۵۳۵/۱۳	۱۹/۶۴	۰/۵۴
	گروه	۱	۴۹۷/۹۱	۴۹۷/۹۱	۴/۴۸	۰/۲۱
	خطا	۱۷	۴۶۳/۰۳	۲۷/۲۳		

$P < 0.05$

۲)، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن افزایش یافته است. به عبارت دیگر، مداخله آموزشی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و مؤلفه‌های عملکردی آن را افزایش داده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی تغییر کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پیگیری، در جدول ۴ درج شده است.

بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس در کیفیت زندگی و مؤلفه‌های عملکردی آن، مقدار F در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (جدول ۳). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله آموزشی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های عملکردی آن تأثیر می‌گذارد. با توجه به آنکه میانگین‌های پس‌آزمون کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن بیش از پیش‌آزمون بوده است (جدول جدول ۴

خلاصه تحلیل کوواریانس تأثیر مداخله آموزشی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مرحله پیگیری

عوامل	منابع تغییر	df	SS	MS	F	η^2
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱	۴۱۰/۵۱	۴۱۰/۵۱	۵۶/۱۵	۰/۷۷
	گروه	۱	۵۲۹/۲۴	۵۲۹/۲۴	۷۲/۵۴	۰/۸۱
	خطا	۱۷	۱۲۴/۰۱	۷/۲۹		
عملکرد جسمانی	پیش‌آزمون	۱	۵۸۶/۹۰	۵۸۶/۹۰	۷۰/۷۵	۰/۸۰
	گروه	۱	۱۱۵/۴۸	۱۱۵/۴۸	۱۳/۹۲	۰/۴۵
	خطا	۱۷	۱۴۱/۰۱	۸/۲۹		
عملکرد هیجانی	پیش‌آزمون	۱	۱۳۰/۱۸	۱۳۰/۱۸	۱۰/۵۳	۰/۳۸
	گروه	۱	۳۶۹/۲۱	۳۶۹/۲۱	۲۹/۸۶	۰/۶۴
	خطا	۱۷	۲۱۰/۱۷	۱۲/۳۶		
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱	۴۰۶/۷۸	۴۰۶/۷۸	۲۰/۴۵	۰/۵۵
	گروه	۱	۱۲۲/۱۴	۱۲۲/۱۴	۶/۱۴	۰/۲۶
	خطا	۱۷	۳۳۸/۱۰	۱۹/۸۸		

$P < 0/05$

و منیسز و دیگران (۲۰۰۷) اثربخشی مداخله‌های آموزشی روان‌شناختی را بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه نشان داده‌اند.

تردیدی نیست که یکی از اصلی‌ترین مشکلات روان‌شناختی در این گروه از بیماران نداشتن احساس کنترل بر شرایط و به طور کلی زندگی است که ضمن تشدید مشکلات روانی، پیشبرد برنامه‌های پزشکی را نیز مختل می‌سازد. قاعده کلی مداخله‌های آموزشی روان‌شناختی نیز این است که هر فردی درک و شناخت بیشتری از موقعیت خود داشته باشد، احساس آرامش و کنترل بیشتری خواهد داشت و افرادی که دانش بیشتری در مورد وضعیت خود کسب کرده‌اند قطعاً به شکل فعال‌تری در مدیریت خود و پیگیری از عود بیماری مشارکت دارند. به عبارت دیگر بهره‌گیری از این نوع مداخلات احساس کنترل و باور بر نقش تأثیرگذار فرد در سرنوشت خود را به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم هدف قرار می‌دهد. از این رو مشارکت بیمار در فرایند درمان و تأکید بر ایجاد مجموعه‌ای از

نتایج جدول ۴، حاکی از تفاوت نمره کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری است. بنابراین می‌توان دریافت تأثیر استفاده از مداخله آموزشی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه از پایداری مناسبی برخوردار است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان دادند مداخله آموزشی روان‌شناختی بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه و زیرمقیاس‌های آن (عملکرد جسمانی، اجتماعی و هیجانی) مؤثر بوده است. افزون بر آن تأثیر این مداخله در طول زمان مستمر بود. این یافته که مداخله آموزشی روان‌شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر است با نتایج اکثر پژوهش‌های صورت‌گرفته در این زمینه هماهنگ است، چنانچه پژوهش‌های پارک و دیگران (۲۰۱۲)، لوکنز و مک‌فارلین (۲۰۰۴)، بوسن و دیگران (۲۰۰۵)

مهارت‌ها برای درمان مشکلات جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌تواند با گسترش مفهوم کنترل بر زندگی در این گروه از بیماران، عدم قطعیت گسترده‌ای را که بخشی از تجربه‌های بیماران سرطانی است، کنترل کند.

در حیطه عملکرد جسمانی، می‌توان انتظار داشت آموزش فعالیت‌های بدنی و ورزشی متناسب با شرایط بیماران مبتلا به سرطان سینه در پژوهش حاضر توانسته است در بهبود عملکرد جسمانی بیماران نقش مؤثری ایفا کند. چرا که دریافت تشخیص سرطان سطح فعالیت فیزیکی بیماران را نسبت به قبل از بیماری کاهش می‌دهد و مبتلایان به سرطان را در انجام فعالیت‌های طبیعی روزمره با مشکل مواجه می‌سازد. این ناتوانی در انجام کارهای ساده روزانه، می‌تواند به ناراحتی‌های شدید روان‌شناختی و فیزیولوژیکی بینجامد و به طور قابل توجهی منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شود. افزون بر آن، خستگی نیز می‌تواند منجر به بدکارکردی شناختی و کاهش کیفیت زندگی شود (دیمو، توماس، راب-منسن، پراپر و ماتياس، ۲۰۰۴). خستگی و کاهش سطح فعالیت در یک رابطه متناقض قرار می‌گیرد چرا که عدم تحرک منجر به خستگی و خستگی منجر به عدم فعالیت بیماران می‌شود. این عدم فعالیت بدنی بهبودی را تضعیف و کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد و پیش‌بینی‌کننده سطح بالاتر عود بیماری است (هولمز، چن، فسکانیچ، فروئنگ و کلدیز ۲۰۰۵؛ کورنیا، کاتامارزیک و بیکن، ۲۰۰۸). بنابراین ورزش و فعالیت بدنی منظم خود به عنوان یک عامل مداخله‌ای محسوب می‌شود که می‌تواند سازگاری با سرطان و عوارض ناشی از درمان را بهبود بخشد.

در تبیین این یافته که مداخله آموزشی روان‌شناختی سبب افزایش عملکرد هیجانی بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌شود، می‌توان به این نکته اشاره کرد که مداخله روانی-آموزشی پژوهش حاضر با لحاظ کردن مؤلفه‌هایی مانند تنظیم هیجانی، تنش‌زدایی، مدیریت تنیدگی و حل مسئله، و امید، به طور مستقیم عملکرد هیجانی بیماران را هدف قرار داده است و به طور غیرمستقیم با مؤلفه‌هایی مانند روابط بین‌فردی، سبک‌های مقابله، خودکارآمدی، عملکرد جنسی و حتی فعالیت‌های ورزشی، بر عملکرد هیجانی

بیماران تأثیرگذار بوده است. فراگیری این مهارت‌های شناختی، رفتاری و هیجانی می‌تواند فرایند مقابله با بیماری را تحت تأثیر قرار داده و با افزایش حس خودکارآمدی، به بیماران در مواجهه با بیماری و عوارض درمان یاری رساند. مهارت‌های فوق به بیماران کمک می‌کند تا مهار بیشتری بر تنیدگی ادراک‌شده ناشی از زندگی با سرطان، مشکلات جسمانی بعد از عمل جراحی و شیمی‌درمانگری، احساس ناتوانی در انجام نقش‌های مورد انتظار، کاهش جذابیت جسمانی و نیز ادراکات منفی ناشی از تعامل‌های بین فردی داشته باشند. این مهار ادراکی در طول زمان پریشانی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد و عملکرد هیجانی بیماران را بهبود می‌بخشد. به عبارت دیگر مداخلات آموزشی روان‌شناختی با هدف ارائه اطلاعات مورد نیاز بیماران و کاهش احساس درماندگی شناخت و احساس مهار و تسلط بر بیماری را در مبتلایان افزایش می‌دهد.

در حیطه عملکرد اجتماعی، این نکته قابل ذکر است که بیماران مبتلا به سرطان سینه با محدود کردن روابط اجتماعی، عدم علاقه به حضور در اجتماعات و فعالیت‌های اجتماعی، به انزوایی گرایش پیدا می‌کنند. انزوای اجتماعی این بیماران به صورت عدم ابراز احساسات، ناراحت بودن از تغییر ظاهری و عدم اعتماد به خود، موجب می‌شود آنان نتوانند در حد رضایت از بخشی از فرصت‌ها و منابعی که در اختیار دارند، استفاده کنند. بنابراین، آموزش برقراری ارتباط مؤثر در پژوهش حاضر می‌تواند با در اختیار قرار دادن راهبردهای دریافت حمایت از دیگران به مهارت‌های ارتباطی بیماران کمک کند تا به راحتی بتوانند از کادر درمانگری و مراقبتی خود حمایت‌های لازم را دریافت کنند. بهبود روابط جرات‌ورزانه می‌تواند مزایای متعددی برای عملکرد بیماران دربر داشته باشد چرا که مطالعات نشان می‌دهند بیماران مبتلا به سرطان که قادر به بیان نیازهای خود هستند از سازگاری هیجانی بالاتری برخوردارند، شکایت جسمانی کمتری گزارش می‌کنند و از سطح اعتماد به خود بالاتری برخوردارند (مسترز، ون‌دن‌بورن، مک‌کورمیک، پروین و دبوئر، ۱۹۹۷). همچنین توجه و احترامی که افراد در خلال ارتباطات اجتماعی دریافت می‌کنند و احساس رضایت و بهزیستی که از آن نتیجه می‌شود،

Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376.

Andersen, B. L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552-568.

Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., McGregor, B., Carver, Ch. S., & Blomberg, B. (2009). Cognitive-behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23, 580-595.

Boesen, E. H., Ros, L., & Frederiksen, K. A. (2005). Psycho-educational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: A replication study of Fawzy, et al. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 1270-1277.

Capozzo, M. A., Martinis, E., Pellis, G., & Giraldi, T. (2010). An early structured psycho-educational intervention in patients with breast cancer: Results from a feasibility study. *Cancer Nursing*, 33 (3), 228-234.

Cartwright, M. A. (2007). *Psychoeducation among caregivers of children receiving mental health services*. PhD dissertation, The Graduate School of the Ohio State University.

Chantelle, A. M., Ross, N. A., & Egeland, G. M. (2007). Social support and thriving health: A new approach to understanding the health of indigenous Canadians. *American Journal of Public Health*, 97 (9), 1827-1833.

Cherly, M., Koopman, N. A., & Winningham, R. L., (2006). Effects of quality of life and coping on depression among adults living with HIV/AIDS.

می‌تواند به عنوان یک محافظ در مقابل مشکلات سلامت عمل کند (چنتل، روس و ایگلند، ۲۰۰۷).

در مجموع، نتایج حاصل از پژوهش حاضر مؤید این نکته است که مداخله‌های آموزشی-روان‌شناختی با هدف اصلاح رفتار، تغییر سبک زندگی و انطباق با محدودیت‌ها و چالش‌های حاصل از بیماری، می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر باشد. بنابراین می‌توان گفت با لحاظ کردن جنبه‌های مختلف رفتاری و روانی در این نوع مداخله، می‌توان به بیماران مبتلا به سرطان سینه آموخت که چگونه با بیماری خود زندگی کنند.

این تحقیق با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است، چرا که تعداد بیمارانی که ضمن دارا بودن شرایط لازم حاضر به همکاری با پژوهش باشند، اندک بود و همین امر تعمیم نتایج را به سایر گروه‌ها با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین با توجه به محدودیت زمانی در تحقیق حاضر، دوره پیگیری کوتاه‌مدت بود، بنابراین پیشنهاد می‌شود تحقیقات مشابه با حجم نمونه بیشتر و سنجش‌های پیگیری طولانی‌مدت صورت پذیرد.

منابع

صفایی، آ.، دهکردی، ب. و طباطبایی، س. ح. ر. (۱۳۸۶).

بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان. *ارمغان دانش*، ۱۲ (۲)، ۷۹-۸۷.

هروی کریموی، م.، پوردهقان، م.، فقیه‌زاده، س.، منتظری، ع.

و میلانی، م. (۱۳۸۵). تأثیر برنامه مشاوره گروهی در مقیاس‌های

علامتی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت درمان با شیمی درمانی. *بهبود*، ۱۰ (۱)، ۲۳-۱۰.

بهمنی، ب.، اعتمادی، ا.، شفیع‌آبادی، ع.، دلاور، ع. و

قنبری مطلق، ع. (۱۳۸۹). گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر و

شناخت درمانگری آموزش‌محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه.

روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۶ (۲۳)، ۲۱۴-۲۰۱.

Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergamon, B.,

Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Fliberti, A.,

Flechtiner, H., & Fleishman, S. B. (1993). The

European Organization for Research and Treatment of

- C. H., & Colditz, G. A. (2005).** Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2479-2486.
- Kruk, J., & Aboul-Enein, H. Y. (2004).** Psychological stress and the risk of breast cancer. *Cancer Direction and Prevention*, 28, 399-408.
- Lechner, S. C., Antoni, M. H., Lydston, D., LaPerriere, A., Ishii, M., Devieux, J., Stanley, H., Ironson, G., Schneiderman, N., Brondolo, E., Tobin, J. N., & Weis, S. (2003).** Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 253-261.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004).** Psycho-education as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 205-225.
- Marsh, D. (1992).** Working with families of people with serious mental illness. In L. VandeCreek, S. Knapp, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vol. 11, pp. 389-402). Sarasota, FL: professional Resource Press.
- McNeely, M. L., Campbell, K. L., Rowe, B. H., Klassen, T. P., Mackey, J. R., & Courneya, K. S. (2006).** Effects of exercise on breast cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 75(1), 34-41.
- Mechanic, D. (1995).** Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science and Medicine*, 41, 1207-1216.
- Meneses, K. D., McNees, P., Loerzel, V. W., Su, X., Zhang, Y., & Hassey, L. A. (2007).** Transition from treatment to survivorship: Effects of a psycho educational intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34 (5), *Journal of Health Psychology*, 11 (5), 711-729.
- Chie, W. C., Huang, C. S., Chen, J. H., & Chang, K. J. (1999).** Measurement of the quality of life during different clinical phases of breast cancer. *Journal of Formosan Medical Association*, 98 (4), 245-260.
- Ciliska, D. (1990).** *Beyond dieting*. New York: Brunner/Mazel.
- Courneya, K. S., Katamarzyk, P. T., & Bacon, E. (2008).** Physical activity and obesity in Canadian cancer survivors: Population-based estimates from the 2005 Canadian Community Health Survey. *Cancer*, 112, 2475-2482.
- Dimeo, F. C., Thomas, F., Raabe-Menssen, C., Propper, F., & Mathias, M. (2004).** Effect of aerobic exercise and relaxation training of fatigue and physical performance on cancer patients after surgery: A randomised controlled trial. *Support Care Cancer*, 12, 774-779.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Brédart, A., Viala, A. L., Saltel, P., & Hardy, P. (2009).** The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: Results of a randomized French study. *Psychooncology*, 18 (6), 647-656.
- Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., & Dupuis, R. (2008).** A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 31(2), 145-59.
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998).** Life after breast cancer: Understanding women health related quality of life and sexual function. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 501-514.
- Holmes, M. D., Chen, W. Y., Feskanich, D., Kroenke,**

- and resource allocation. New York: Oxford University Press.
- Rehse, B., & Pukrop, R. (2003).** Effects of psycho-social interventions on quality of life in adult cancer patients: Metaanalysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50, 179-186.
- Shelby, R. A. (2006).** *Understanding the effectiveness of interventions for cancer patient*. PhD dissertation, The Ohio State University.
- Sherman, D., Haber, J., Hoskins, C. N., Budin, W. C. (2012).** The effects of psycho-education and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, 25, 3-16.
- Sousa, K. H., & Kwok, O. (2006).** Putting Wilson and Cleary to the test: Analysis of a HRQOL conceptual model using structural equation modeling. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 15 (4), 725-737.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, Jo., & Bliss, J. M. (2005).** Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *European Journal of Cancer*, 41, 1710-1714.
- Yarbro, C. H., Frogge, M. H., & Goodman, M. (2005).** *Cancer nursing: Principles and practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- 1007-1016.
- Mesters, I., VanDenBorne, H., McCormick, L., Pruyn, J., & DeBoer, M. (1997).** Openness to discuss cancer in the nuclear family: Scale, development, and validation. *Psychosomatic Medicine*, 59, 269-279.
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., & HajiMahmoodi, M. (1999).** The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-L30): Translation and validation of the Iranian version. *Supportive Care in Cancer*, 7 (6), 400-406.
- Okamura, H., Fukui, S., Nagasaka, Y., Koike, M., & Uchitomi, Y. (2003).** Psycho-educational intervention for patients with primary breast cancer and patient satisfaction with information: An exploratory analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 80 (3), 331-338.
- Otto, S. H. (2001).** *Oncology nursing*. St. Louis: Mosby, Inc.
- Park, J. H., Bae, S. H., Jung, Y. S., & Kim, K. S. (2012).** Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psycho-educational support program: A pilot study. *Cancer Nursing*, 35 (1), 34-41.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1993).** *Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation*