www.edcbmj.ir e-ISSN: 2345-5284

Education Strategies in Medical Sciences (ESMS)

Journal homepage: www.edcbmj.ir/en e-ISSN: 2345-5284

Baqiyatallah University of Medical Sciences

The Effectiveness of the Emotion-Focused Therapy (EFT) Training Protocol in the Quality of life in Women with Breast Cancer after Chemotherapy

Leila Alimardani [*1], AliAkbar Soleymani[2]

[1] *Department of Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran*
[2] *Associate Professor, Department of Psychology, Jahad Daneshgahi, Tehran, Iran*

**Corresponding author: Leila Alimardani, Department of Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran*

Article Info

Keywords: *Emotionally focused therapy, Quality of life, breast cancer.*

Abstract

Introduction: The present study aimed to determine the effectiveness of the Emotionally Focused Intervention (EFT) training protocol on improving the quality of life of women with breast cancer after chemotherapy.
Methods: This research is a experimental study that was based conducted with a pre-test and post-test design with control group. The statistical Population of this study include all women between 35-50 years old with breast cancer who were admitted for treatment to Motamed Research Center (breast cancer), affiliated to Academic Center for Education, Culture and Research. The studied sample consisted of 30 women with breast cancer who were selected from Breast Disease Clinic and were randomly placed in experimental and control groups. In order to collect data, Female Sexual Function Index (FSFI) was used. Then, for the experimental group, nine 90-minute intervention sessions were held on weekly basis. Data were analyzed using multivariate covariance analysis.
Results: data-analysis showed a significant difference between post-test mean scores of experimental group and control group so that Emotional Focused Therapy (EFT) training affected sexual function of women with breast cancer.
Conclusion: The findings of the present study indicate that emotion-focused therapy education can improve the quality of life of women with breast cancer. Therefore, developing educational programs with an emotion-focused approach in medical centers should be used as a valid and efficient strategy in improving the quality of life of individuals.

Copyright © 2020, Education Strategies in Medical Sciences (ESMS). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی
دوره ۱۴، شماره ۱، ۱۴۰۰
صفحات: ۸۸-۹۶

اثر بخشی پروتکل آموزشی مداخله هیجان مدار (EFT) بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از شیمی درمانی

لیلا علی مردانی*[۱]، علی اکبر سلیمانی [۲]

[۱] گروه روانشناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران
[۲] دانشیار گروه روانشناسی، جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

* نویسنده مسوول: لیلا علی مردانی، گروه روانشناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی پروتکل اموزشی مداخله هیجان مدار (EFT) بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از شیمی درمانی انجام پذیرفت.

روش‌ها: این پژوهش از نوع آزمایشی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر در برگیرنده کلیه زنان۵۰-۳۵ساله مبتلا به سرطان پستان که در پژوهشکده معتمد (سرطان پستان)، وابسته به جهاد دانشگاهی بستری یا تحت درمان بودند. تعداد نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۳۰ زن مبتلا به سرطان پستان می باشد که از کلینیک بیماری های پستان انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده گردید. سپس برای گروه آزمایش ۹ جلسه مداخله به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: تحلیل داده ها نشان داد که بین میانگین نمره های پس آزمون گروه آزمایش وگروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. به نحوی که آموزش درمان هیجان مدار بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخشی مثبتی داشته است.

نتیجه‌گیری: یافته های پژوهش حاضر بیانگرآن است که آموزش درمان هیجان مدار می تواند کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشد. لذا تدوین برنامه های آموزشی با رویکرد هیجان مدار در مراکز درمانی به عنوان یک راهبرد معتبر و کارآمد در ارتقای کیفیت زندگی افراد به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: درمان هیجان مدار،کیفیت زندگی، سرطان پستان

مقدمه

پیشرفت در کنترل بیماری های واگیردار، بیماری های غیرواگیر از جمله سرطان را به عنوان یکی از چالش های مهم در سیستم بهداشتی ساخته است. در ایران نیز مانند دیگر نقاط جهان، سرطان عمده ترین مسئله بهداشت عمومی است و بر اساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سرطان سومین علت مرگ بعد از بیماری قلبی–عروقی و حوادث می باشد (۱). سرطان پستان به عنوان شایع ترین بیماری بدخیم زنان در سراسر دنیا و ۲۸ ٪ از کل سرطان ها را شامل می شود و عمده ترین علل مرگ ناشی از سرطان در زنان در هر دو کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است . بعد از بیماری های قلبی عروقی، سرطان دومین عامل شایع مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ در کشورهای کمتر توسعه یافته است.در حا ل حاضر سرطان عامل ۱۲٪ ازکل مرگ ومیرها در سرتا سر جهان است.پیش بینی ها نشانگر آن است که تعداد مرگ ومیر ناشی از سرطان در کل جهان طی سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۳۰ تا حدود ۴۵٪ افزایش خواهد داشت.(۲). زنان ابتلا به سرطان پستان مشکلاتی را در زمینه کیفیت زندگی تجربه می کنند.در سالهـای اخیـر بررسـی کیفیـــت زندگی در مبتـــلایان به سرطان اهمیت ویـژه ای یافتـه است. و به منزله یکی از شاخص‌های تعیین کننده درمان‌ها ارزیابی می‌شود (۳). سرطان در تمام موارد بر کیفیت زندگی بیماران بـه درجـات مختلف تأثیر میگذارد. عمـده مسائل و مشکلاتی که به طور معمول کیفیت زندگی مبتلایـان بـه سرطان را تحت تأثیر قرار میدهد شامل: آثار روانی و عاطفی ناشی از ابتلا به بیمـاری، اقـدامات تشخیـصی و درمـانی، اسـترس، درد، افسردگی، آثار بیماری بر روابط خانوادگی، روابط زناشویی و روابـط اجتماعی، مسائل اقتصادی ناشی از بیمـاری، مـشکلات تغذیـه ای و عوارض ناشی از درمان می باشد (۴). اگر چه نرخ بقاء در زنان مبتلا به سرطان پستان مطلوب است اما کیفیت زندگی زنان می تواند در دراز مدت یا کوتا مدت به دلیل تشخیص وانواع درمان تغییر کند . میزان بقاء سرطان پستان وابسته به دسترسی و استفاده از خدمات تشخیصی اولیه است. تشخیص زودهنگام و درمان بیماری ،کیفیت زندگی و امید را به طور چشمگیری افزایش می دهد (۵–۸)و به نظر فرانس[۱] (۱۹۹۶) کیفیت زندگی ساختاری چند بعدی دارد و همه حیطه های زندگی را دربر می گیرد. فرانس، با بررسی مقالات و مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی، به لحاظ مفهومی، کاربرد این اصطلاح را در شش حوزه دسته بندی می کند: **۱–زندگی عادی:** توانایی تأمین نیازهای اساسی و حفظ سلامت و تمرکز بر توانایی های کارکردی. **۲–مطلوبیت اجتماعی:** توانایی ایجاد یک زندگی مفید اجتماعی و ایفای نقش مؤثر در جامعه و برخورداری از موقعیت مناسب شغلی. **۳–شادکامی:** تعامل میان احساس هیجان و افسردگی، متأثر از عوامل درونی و بیرونی، به صورت موقت و کوتاه مدت. **۴– رضایت از زندگی:** ارزیابی مثبت فرد از کیفیت زندگی خود، معطوف به توانایی های شخص، رضایتمندی در زمینه های مختلف زندگی چون عشق، ازدواج، روابط دوستانه، شغل. **۵–دستیابی به اهداف شخصی:** توانایی در دستیابی به اهداف، رضایت شخصی، خودباوری و رضایتمندی هنگام مقایسه خود با دیگران، حداقل شکاف میان موقعیت واقعی و انتظارات فرد. **۶–استعدادهای ذاتی:** توانایی ها و استعدادهای فیزیکی و ذهنی بالفعل و بالقوه (۹–۱۱). باتملی[۲] و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند که ارتقاء کیفیت زندگی می تواند به بهبود وضعیت فردی بیمار مبتلا به سرطان منجرشود. از طرف دیگر مردانی و همکاران در سال(۱۳۸۹) به این نتیجه رسیدند که کاهش سلامت روانی در بیماران مبتلا به سرطان بر کیفیت زندگی آن ها اثر گذاشته و می تواند باعث از دست دادن شغل،ازهم گسیختگی خانواده ،اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی انجام مسئولیت های فردی،خانوادگی واجتماعی گردد. یکی از رویکردهای درمانی که در زوج درمانی و خانواده درمانی در افراد مبتلا به سرطان بسیار مناسب است و هم بر میزان کیفیت زندگی افراد تاثیر می گذارد رویکرد هیجان مدار (EFT) است. رویکرد بر نظریه دلبستگی استوار است. با تمرکز بررابطه عاطفی زوجین به رفع مشکلات آنان می پردازد. تعارض در زندگی زناشویی زمانی اتفاق می افتد که همسران قادر به ارضای نیازهای دلبستگی یکدیگر برای ایمنی، امنیت ورضایت نیستند، به عبارت دیگر روابط آشفته زناشویی، نشاندهنده شکست زوجین در برقراری رابطه های همراه با الگوی دلبستگی ایمن است (۱۲).

درمان EFT به سه مرحله اصلی تقسیم می شود که هرکدام به خرده مراحلی در طول زمان تقسیم می شود(۱۳–۱۵). مرحله اولیه درمان، شامل برقراری ارتباط وآگاهی، به وسیله مرحله میانی که برانگیختن و اکتشاف نام دارد،دنبال می شود. مرحله پایانی درمان شامل ایجاد جایگزین هایی از طریق تغییر هیجانات جدید و تامل در خلق معانی روایتی جدید است (۱۶–۱۹). مرحله اول یعنی مرحله برقراری ارتباط و آگاهی. مرحله دوم که شامل برانگیختن و اکتشاف است، و مرحله سوم که شامل تولید هیجان های جدید و خلق معانی روایتی جدید است.

---

۱. C.,Ferrans.

۲. A., .Bottomley

بنابراین در این پژوهش، ما به دنبال این هستیم که آیا مداخله زوج درمانی هیجان مدار، می تواند بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر باشد یا خیر.

روش پژوهش

روش پژوهشی از نوع آزمایشی و با جایگزینی تصادفی نمونه ها در دو گروه آزمایش و شاهد بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان۵۰ –۳۵ ساله مبتلا به سرطان پستان بود که در پژوهشکده معتمد (سرطان پستان)، وابسته به جهاد دانشگاهی بستری یا تحت درمان بودند. روش نمونه گیری بصورت تصادفی بود که نمونه مورد مطالعه ۳۰ زن مبتلا به سرطان پستان بودند که از کلینیک بیماری های پستان انتخاب شده و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و شاهد جای گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش شامل: ۱–ابتلا به سرطان پستان با تشخیص متخصص. ۲–مونث بودن. ۳– داشتن سواد در حد خواندن و نوشتن. ۴– متاهل بودن. ۵– قرار داشتن نمونه ها در مرحله رادیوتراپی. ۶––سن بین ۵۰-۳۵

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)[۳]

این پرسشنامه برای ادراک افراد از سلامتی خود، ابزاری مناسب است.پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوال را شامل می شود که ۸ خرده مقیاس مرتبط با سلامت را می سنجد: نقش جسمانی، درد بدنی ،عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سر زندگی و سلامت روان. نسخه اولیه این آزمون در سال ۱۹۸۸ توسط سازمان جهانی بهداشت ، جهت بررسی سلامت در دو بعد روانی و جسمانی تهیه شد و در سال ۱۹۹۱ در جمعیت های متفاوتی از ایالت متحده آمریکا اجرا و در سال ۱۹۹۳ کاربرد جهانی پیدا کرد و در حال حاضر به دلیل جامع و کوتاه بودن یکی از پرکاربردترین ابزارهای اندازه گیری کیفیت زندگی در دنیا می باشد به طوری که در بررسی انجام شده بیش از ۴۰۰۰ مورد از این ابزار استفاده شده است.

شیوه اجرای پژوهش

پس از نمونه گیری و گمارش تصادفی گروه آزمایش(۱۵نفر) و گروه شاهد (۱۵نفر) در ابتدا فرم رضایت نامه و جمعیت شناختی ارایه گردید. سپس آزمون کیفیت زندگی به عنوان پیش آزمون در هر دو گروه اجرا شد. پس از آن برنامه هیجان مدار فردی به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه ای که در هفته یکبار برای هر فرد گروه آزمایش اعمال می شد که در طول جلسات هیچ گونه افتی از لحاظ آزمودنی ها به وجود نیامده وبعد از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایش، دو گروه (آزمایش و شاهد) به آزمون کیفیت زندگی به عنوان پس آزمون پاسخ دادند. متغیر مستقل در این پژوهش برنامه هیجان مدار فردی بود که فقط در گروه آزمایش اجرا شد و تاثیر آن بر نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد بررسی شد.

ملاحظات اخلاقی در پژوهش

– ازکلیه آزمودنی ها رضایت نامه جهت شرکت در پژوهش و اجرای آزمون ها کسب شد.

–بنا بر اصل رازداری به آزمودنی ها توضیح داده شد که تمامی اطلاعات و نتایج آزمون های آنها در اختیار محقق قرار خواهد گرفت.

–به منظور رعایت حقوق افراد شرکت کننده در گروه شاهد پس از پایان مداخله گروه آزمایش و اجرای پس آزمون در هر دو گروه دعوت شد تا در جلسات درمان به مدت ۴ جلسه و یا بیشتر شرکت کنند.

پروتکل زوج درمانی هیجان مدار	
جلسات	**محتوای جلسه**
جلسه اول	معرفی درمانگر، آشنایی با بیماران،ایجاد رابطه درمانی، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت درجلسات درمان،آشنایی با مقررات جلسات درمانی، تعداد جلسات درمان و زمان تشکیل جلسات درمان،(ایجاد توافق درمانی)، اهداف درمان، ارایه تعریف مفاهیم درمان هیجان مدار و کیفیت زندگی، ارایه فرم رضایت نامه، ارایه فرم جمعیت شناختی، اجرای فرم پیش آزمون.
جلسه دوم	ایجاد امنیت و اتحاد درمانی، همدلی، پذیرش ، درک، اکتشاف، خود بودن، حضور واقعی درمانگر ،ارزیابی مشکل، کشف تعاملات مشکل دار، ارزیابی شیوه ی برخورد آنها با مشکلات ،کشف و روشن سازی چرخه های تعاملی منفی که موجب تداوم دلبستگی نا ایمن می شود.اعتبار بخشی احساسات و نیازها توسط درمانگر. تکلیف: توجه به چرخه های تعاملی روزمره یکدیگر
جلسه سوم	دستیابی به هیجانات ناشناخته ای که زیر ساختار الگوهای تعاملی را تشکیل می دهد،تعیین حساسیت ها و آسیب پذیری های تعاملی(نشانه گذاری)، شناسایی هیجان های اولیه، ثانویه و ابزاری، دستیابی به هیجانات اولیه، نام گذاری هیجان.

[۳] Short Form Health Survey. .

	تکلیف: شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات خالص
جلسه چهارم	کشف سبک های پردازش هیجانی ،کشف سبک های دلبستگی،تعیین موانع دستیابی و آشکارسازی هیجانات، بررسی ترس های بیماران، ترس از طرد شدن و تنهایی ،ترس از ابراز عیب و نقض، ترس ازعود بیماری. تکلیف: شناسایی ترس ها ی زیربنایی و ابراز خواسته ها و آرزوها
جلسه پنجم	قاب دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه ی منفی، هیجانات زیرساختاری و نیازهای دلبسته مدار ، پردازش مشکل در بافتار علیت حلقوی، برون سازی مشکل.
جلسه ششم	تاگشایی خاطره انگیز،تمرکز روی مارکرها و کمک به بازکردن تجربه طبق ریتم درونی مراجع با(فنون همدلی پیشرفته،اعتبار بخشی و شدت بخشی) و عمق دادن بیشتر آن از طریق اجرای تکنیک صندلی خالی،ترمیم زخم دلبستگی، خودترمیمی بیماران از طریق اجرای تکنیک دو صندلی خود با خود.
جلسه هفتم	ارتقای شناسایی هیجانات، نیازها،و جنبه هایی از خود که ناشناخته مانده است و یکپارچه سازی آنها به سوی تعاملات ارتباطی به صورت تشویق فرد به پذیرش نیازهایش و بروز آنها و جنبه هایی از خود که انکار کرده بود. تکلیف: ابراز هیجانات و عواطف خالص
جلسه هشتم	تسهیل ابراز نیازها و خواسته ها برای ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراکات جدید،تسهیل راه حل های جدیدبرای حل مسایل کهنه ارتباطی. تکلیف: کشف راه حل های جدید برای بحث ها و مشکلات قدیمی
جلسه نهم	تثبیت و تقویت مواضع تازه و چرخه های نوین، پذیرش وضعیت های جدید،مرور یادگیری های اصلی درمان،خلق معنای روایتی جدید،اعتباربخشی احساسات جدید و حمایت از پدیدار شدن حس«خود» جدید، اجرای فرم پس آزمون. تکلیف: اجرای تکنیک ها در محیط روزمره

نتایج

در این پژوهش میانگین سن گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب برابر ۴۴، و ۴۲/۲ بود. به‌علاوه، نتایج آزمون t مستقل حاکی از آن است که بین میانگین سنی (F=۰/۹۳، p=۰/۳۵۹)، میانگین سن ازدواج (F=۱/۰۱، p=۰/۳۱۹)، و میانگین مدت ازدواج (F=۰/۱۸، p=۰/۸۵۶) در بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون کروسکال-والیس نیز نشان داد که بین دو گروه در میزان تحصیلات‌شان تفاوت معناداری وجود ندارد (χ^2=۰/۰۷، p=۰/۷۸۸). با این‌حال، آزمون خی دو نشان داد که بین دو گروه در نوع شغل‌شان تفاوت معناداری وجود دارد (χ^2=۶/۵۳، p=۰/۰۱۱). همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که در میانگین تعداد فرزندان بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۶۶۲، F=۲/۸۹)(جدول ۱). همان طور که ملاحظه می گردد تعداد آزمودنی ها با وضعیت تحصیلی دیپلم بیشترین فراوانی و تعداد آزمودنی ها با وضعیت تحصیلی دکترا کمترین فراوانی را دارند. بیشترین فراوانی در متغیر شغل مربوط به زنان خانه دار و کمترین فراوانی مربوط به زنان کارمند می باشد. بیشترین فراوانی در متغیر تعداد فرزندان ، یک فرزند و کمترین فراوانی در متغیر تعداد فرزندان سه فرزند می باشد.

جدول ۱.داده‌های جمعیت شناختی مربوط به افراد گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرهای جمعیت شناختی	منابع تغییرات	گروه آزمایش	گروه کنترل
سن	**میانگین**	۴۴	۴۲/۲
	انحراف معیار	۵/۰۱	۵/۵۴
سن ازدواج	**میانگین**	۲۳/۸۷	۲۱/۸
	انحراف معیار	۶/۲	۴/۸۹
مدت ازدواج	**میانگین**	۲۰/۰۷	۱۹/۵۳
	انحراف معیار	۷/۸۴	۸/۰۶

	دامنه تغییرات	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سطح تحصیلات	**ابتدائی**	۲	۱۳/۳	۴	۲۶/۷
	دیپلم	۱۰	۶۶/۷	۵	۳۳/۳
	فوق دیپلم	۲	۱۳/۳	۵	۳۳/۳

شغل	دکترا	۱	۶/۷	۱	۶/۷
	خانه‌دار	۱۰	۶۶/۷	۱۲	۸۰
	کارمند	۵	۳۳/۳	۳	۲۰
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۲	۱۳/۳	۳	۲۰
	یک فرزند	۵	۳۳/۳	۹	۶۰
	دو فرزند	۶	۴۰	۲	۱۳/۳
	سه فرزند	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷

شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نیز در جدول ۲ آمده است که میانگین متغیرهای کیفیت زندگی، در گروه آزمایش و کنترل با هم تفاوت دارند. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها به لحاظ آماری از آمار استنباطی استفاده شد(جدول۲).

جدول۲. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

متغیرها	ارزیابی	گروه	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۴۶/۱۳	۱۴/۳۱
		کنترل	۵۱/۷۳	۱۲/۵۴
	پس آزمون	آزمایش	۵۷/۵۳	۱۵/۶۱
		کنترل	۵۳	۱۲/۵۲

فرضیه اصلی پژوهش این بود که مداخله هیجان مدار (EFT) بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر دارد یا خیر. برای ازمون این فرض ابتدا شروط پیش فرض نرمال بودن توزیع داده¬ها بررسی و رعایت شد. نتایج آزمون کولموگروف–اسمیرنوف در هیچ یک از متغیرها معنادار نبود و این به معنای نرمال بودن توزیع داده هاست. همچنین پیش فرض همسانی واریانس¬ها نیز رعایت شد و برای تشخیص یکسانی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شد .نتایج نشان داد که بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد(جدول۲).

جدول۳. تحلیل کوواریانس آنکوا "متغیر کیفیت زندگی "

منابع تغییرات	Df	MS	F	*p*	ضریب اثر
عضویت گروهی	1	57/165	55/12	002/0	33/0
خطا	۲۵	۱۳/۱۹			

زندگی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است، با توجه به معناداری اثر عضویت گروهی، این به معنای این است که مداخله هیجان‌مدار توانسته است بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از شیمی درمانی اثربخش باشد. از این‌رو، می‌توان گفت فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

همچنین جهت بررسی تفاوت‌ها در بین دو گروه میانگین نمرات تعدیل شده ضریب اثر ۰/۳۳ نشان می دهد که ۱۵ درصد از تغییرات متغیر کیفیت زندگی ناشی از تغییرات در متغیر مستقل و عضویت گروهی است. بدین معنی که مداخله هیجان مدار ۱۵ درصد تغییرات متغیر کیفیت زندگی را ایجاد کرده است(جدول۳).چنانکه در ملاحظه می شود میانگین متغیر کیفیت

جدول ۴ . میانگین نمرات تعدیل شده پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۰۲/۹۵	۰/۹۷
	کنترل	۹۷/۹۱	۰/۹۷

هیجان‌مدار توانسته است بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش باشد. از این‌رو، می‌توان گفت فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

نتیجه گیری

فرضیه دوم پژوهش عبارت بود از مداخله درمان هیجان‌مدار باعث بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از شیمی درمانی می‌شود.که نتایج نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است، با توجه به معناداری اثر عضویت گروهی، این به معنای این است که مداخله هیجان‌مدار توانسته است بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش باشد.که این نتیجه با نتیجه پژوهش نجفی و همکاران همسو است که نشان دادند درمان هیجان مدار باعث افزایش کیفیت زندگی زوجین می شود. گرینمن[۴] و جانسون(۲۰۱۳) در پژوهشی تحت عنوان مراحل تحقیق درمان هیجان مدار برای زوجین نشان دادند که پس از ۱۳ جلسه زوج درمانی بر روی ۲۴ زوج که با آسیب دلبستگی ایمن روبه رو بودند، در پایان جلسات ، آسیب دلبستگی ۱۵ زوج از ۲۴ زوج به طور مشخص درمان شد و این زوج پس از درمان سطح بالاتری از موفقیت، تعهد، رضایت زناشویی، عفو و گذشت، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بالا در مقایسه گروه کنترل نشان داد (۲۰). حبیبی و همکاران (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی–رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای سرطان پستان نشان دادند که نتایج تحلیل کوواریانس با بررسی اثر گروه در هر یک از خرده مقیاس ها با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس آزمون حاکی از آن بود که میزان کیفیت زندگی گروه آزمایش بعد از شرکت در دوره آموزشی مهارت های مقابله با مدیریت استرس به شیوه شناختی– رفتاری گروه کنترل، افزایش معناداری به لحاظ آماری در خرده مقیاسهای درک کلی از سلامت خود، مشکلات هیجانی، عملکرد اجتماعی و سلامت روان نشان داده است. بنابراین میتوان نتیجه گرفت که برنامه آموزش مهارتهای مقابله با استرس باعث افزایش در میزان کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است. فینک[۵] و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی تحت عنوان کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان:انجمن هایی با خوش بینی و حمایت اجتماعی نشان دادند که با ارزیابی کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان پستان که شامل ۹۵ بیمار مبتلا به سرطان پستان که در بیمارستان تحت درمان قرار گرفتند، نسبت به گروه کنترل در سطح پایینی قرار دارد. خوش بینی و حمایت اجتماعی رابطه ای مستقیم با کیفیت زندگی دارد.و به آنها کمک

همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است، میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است، با توجه به معناداری اثر عضویت گروهی، این به معنای این است که مداخله میکند تا با بیماری خود مقابله کنند (۲۱). کریمی وشریعت نیا (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر تهران نشان دادند که پس از اثر متغیر مستقل (معنویت درمانی) نمره کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش بیشتر شده و تفاوت آن با گروه کنترل معنی دار است؛ و نیز نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس چند متغیره خرده مقیاس کیفیت زندگی نشان می دهد در سه خرده مقیاس (حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی و رابطه اجتماعی) میانگین نمره گروه آزمایش در پس آزمون بیشتر از گروه کنترل بوده و به لحاظ آماری معنی دار است و فقط در خرده مقیاس سلامت محیطی تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. . نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که معنویت درمانی می تواند به عنوان یک شیوه درمانی مناسب برای بهبود کیفیت زندگی و ابعاد جسمانی، روانشناختی و اجتماعی بیمارانی باشد که از سرطان پستان رنج میبرند. نتایج پژوهش یوانگکینگ[۶] (۲۰۱۷) نیز نشان داد که با مقایسه گروه یوگا (آزمایش) با گروه کنترل، از نظر کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و علائم گوارشی از نظر آماری معنی دار بود. تجزیه و تحلیل زیرگروه ها نشان داد که یوگا تنها در زمانی که بیش از ۳ ماه تمرین داده شد بر اضطراب اثر مثبت داشته است.شواهد کنونی نشان می دهد که تمرین یوگا می تواند در بهبود سلامت و مدیریت برخی از عوارض جانبی مرتبط با درمان برای بیمارانی که از سرطان پستان رنج می برند موثر باشد (۲۱). گذشتی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی شعر درمانی گروهی درکاهش مشکلات روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلابه سرطان پستان نشان دادند که نتیجه تحلیل پرسشنامه ها نشان داد شعر درمانی کیفیت زندگی مبتلایان را یک هفته و دو ماه پس از مداخله بهبود می بخشد(به ترتیب**p=./.3**و **p=./.5**).همچنین امید به زندگی در مبتلایان **(**تغییر نمره از ۱۸۶تا ۱۹۷)نیز در این مدت افزایش یافته بود(به ترتیب**p=./.2**و **p=./.6**) . علاوه بر این از شکایات بیماران **(p=./.8)**واسترس آن ها (**p=./.9**) نیز تا حدی کاسته شده بود. این مطالعه نشان میدهد شعر درمانی گروهی به عنوان نوعی مداخله پیشگیرانه و یا تسکینی می تواندکیفیت زندگی و امید به زندگی را در زنان مبتلا به سرطان پستان در کوتاه مدت و میان مدت بهبود بخشد و از جنبه های روانشناختی ابتلا به سرطان به

[۴] . PS، Greenman

[۵] C., .Finck

[۶] P., Yuanqing.

ویژه اضطراب بیرونی و نیز علایم و شکایات جسمی آن تا حدی بکاهد. محبت بهار (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بدین نتیجه رسید که برنامه ی درمانی، کیفیت زندگی آزمودنی های گروه آزمایش را در ابعاد سلامت جسمانی(فیزیکی)، سلامت روان شناختی و روابط اجتماعی، بهبود بخشیده است و می توان گفت که روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، روشی موثربه منظور افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان است. یافته های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر معناداری داشته است. به طور کلی نتایج پژوهشها حاکی از اثربخشی مداخلات روان شناختی و حمایتی بر افزایش کیفیت زندگی و سلامت هیجانی مبتلایان به سرطان پستان است. ابو هیلاله[۷] و همکاران(۲۰۱۴)در پژوهشی تحت عنوان کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان که بر روی ۲۳۶ بیمار با سرطان پستان با میانگین سنی۱۰/۷±۵۰/۷ نشان داده شد که بیماری بر روی عملکرد اجتماعی و عملکرد عاطفی تاثیر منفی داشته و در این افراد نگرانی از ظاهر بدن و نگرانی برای آینده و ناراحتی برای از دست دادن مو نیز وجود داشت. در این مطالعه ۵۳ ٪در اضطراب غیرطبیعی و ۴۵ ٪در افسردگی به سر میبردند و افسردگی شدید در ۸ ٪و اضطراب شدید در ۱۴ ٪مشاهده شد (۲۲). علی پور(۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی و مهارت های مقابله با استرس بر میزان درد، کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داد که نتایج توصیفی نشان‌دهنده وضعیت بهتر گروه‌های آزمایش در متغیرهای کیفیت زندگی و ابعاد آن، درد و ابعاد آن و همچنین سلامت عمومی و ابعاد چهارگانه آن نسبت به گروه کنترل بود. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نیز با کنترل اثر پیش‌آزمون، نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود در کیفیت زندگی و ابعاد عملکردی و علائم آن در بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است. همچنین این برنامه در کاهش شدت درد و کاهش تداخل درد در عملکرد روزمره این بیماران شده است. این نتایج نشان داد که برنامه ذهن آگاهی در بهبود وضعیت سلامت روان و ابعاد آن (شکایت جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کنش‌وری اجتماعی و افسردگی) کارآمد بوده است. همچنین نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نیز با کنترل اثر پیش‌آزمون، نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس باعث بهبود در کیفیت زندگی و ابعاد عملکردی و علائم آن در بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است. همچنین این برنامه در کاهش شدت درد و کاهش تداخل درد در عملکرد روزمره این بیماران شده است. این نتایج نشان داد که برنامه مهارت‌های مقابله‌ای در بهبود وضعیت سلامت روان و ابعاد آن (شکایت جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کنش‌وری اجتماعی و افسردگی) کارآمد بوده است. منفرد و همکاران(۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل موثر بر آن در زنان مبتلا به سرطان پستان به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی در حیطه سلامت روان از سایر حیطه ها پایین تر بود. همچنین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان شامل وضعیت تاهل، شغل و نوع جراحی بودند. بنابراین توجه به این عوامل و اقداماتی در جهت بررسی های روانی و انجام مشاوره های روانپزشکی در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مؤثر خواهد بود. فصیحی هرندی و همکاران(۱۳۹۰) نشان دادند که از مهم ترین عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران در بعد جسمی، خستگی، درد و تورم در دست ها است که شایعترین تبعات در این بیماران بوده و با کاهش توانایی بیمار در انجام فعالیت های روزانه در سازگاری با بیماری و کیفیت زندگی آنان اختلال ایجاد می کند.یافته های این پژوهش در بعد عاطفی موید آن است که بیماران مشارکت کننده در این مطالعه با آگاهی از تشخیص بیماری علائم متنوعی مانند،شوک، ناباوری، افسردگی و اضطراب ،اختلال در تصویر ذهنی و سایر نگرانی های روانی–اجتماعی را تجربه نموده و افسردگی و اضطراب، شایعترین مشکلات روانی در آنان است که تا چندین سال پس ازابتلا به بیماری بر کیفیت زندگی آنان تاثیر قابل توجهی گذاشته بود. مردانی حموله و همکاران(۱۳۸۷) در پژوهشی رابطه بین سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی نشان دادند که کاهش سلامت روانی در بیماران سرطانی بر کیفیت زندگی آن ها اثر گذاشته و می تواند باعث از دست دادن شغل،از هم گسیختگی خانواده،اختلال در ارتباط بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت های فردی ، خانوادگی و اجتماعی گردد.

سپاسگزاری

بر خود لازم می دانیم از اساتید گرانقدر و همچنین افرادی که در این پژوهش شرکت نمودند کمال قدردانی را به عمل آوریم. این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد با عنوان " اثر بخشی مداخله هیجان مدار (EFT)بر بهبود عملکردجنسی، کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از شیمی درمانی " می باشد.

[۷] . M, . Abu-Helalah

منابع

1. Breats Cancer Survivors: A Systematic Review. *HHS Public Access, Author Mahu ScriptT Accept For Publication in Peer reviewed journal*, 2018, 39(1), E39.
2. Anderson, B.l., Carpner, K.m., Yang,H.C., & Shapiro, C.l. Sexual Well Being Among Parthered Women With Breats Cancer Recurrence. *J Clin Ancol.*2007,.22(8):623-637.
3. Botomley, A.The Cancer Patient And quality of lif. Oncologist 2001;5-120.
4. Brandberg ,Y., Sandelin, K., Erikson,S., Jurell , G., Liljegren ,A., & Lindblom ,A. ,et al.psychology reaction ,quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a propective 1-years follow-up study.*j. Clin. Oncol*. 2008, 26,3943-3949.
5. Cummins, R.A. Moving from the qualityof life concept to a theory. *Journal of Intellectual disability research*; 2005, 49: 699706.
6. Carter, J., Stabile, B.S.C., Gunn, B.A.A., & Sonoda, M.D.Y. The Physical Consequences Of Gynecologic Cancer Surgery And Their Impact On Semual, Emotionl And Quality Of Life Issues. *The Journal Of Sexual Medicine.* 2013, 10,51, 21-34.
7. Chipuer, H.M., et al. "Determinants of subjective quality of life among rural adolescents: *a development perspective", Social indicators research*, No, 2002, 61: 79-95**.**
8. Yuanqing, P., Yang ,K., Wang ,Y., & Zhang,L. Could yoga practice improve treatment-related side effects and quality of life for women with breast cancer? A systematic review and meta-analysis,*Journalof Clinical Oncology* ,2017, Volume13, Issue2,Pages e79-e95.
9. Diwan, R.«Relational wealth and the quality», *Journal of Socio- Economics*, 2000, Vol. 29, p.p. 305-340.
10. Enache, G. R. The Relation Ship Between Anxiety, Depression And Self-Steem In Women With Breats Cancer After Surgery. 2012, 33, 124-127.
11. Felce, D., & Perry, J. "Quality of Life: Its Definitions and Measurement", *Research in Developmental Disabilities*, No, 1995, 16: 51-74 .
12. BabaeiGharmkhani, M., rasouli, M., & davarniya, R. The effect of emotionally-focused couple's therapy (EFCT) on reducing marital stress of married. *Zanko J Med Sci*; 2017, 18 (56) :56-69.
13. Brando, T., Tavares, R., Schulz, M.S., & Matos, M.P. Measuring Emotion Regulation And Emotional Empression In Breats Cancer Patiente*: A Systematic Review Clinical Psychology Review*, 2015, Old:10.1016/J. Cpr.10.002.
14. Fosco,G.M. Beyond the parent- child dyad: Testing family systems influences on children emotion regulation, 2008, .*MARQUETTE UNIVERSITY*.
15. Goodwin, H., Puig, A., & Lee,S.M. The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients*:* A preliminary study, *The Arts in Psychotherapy*, 2015, Volume 33, Issue 3, Pages 218-228.
16. Greenberg, L., Ford, M., Alden, S., & Johnson, S. M. Emotionally focused therapy for couples and attachment therapy. ANZJFT. 1993, 14 (2), 12-19.
17. Greenberg, L.S. & Johnson,S. M. Emotionally Focused Therapy for Couples. The Gilford Press. 1988
18. Greenberg, L., Hunsley, J., Johnson,S., & Schindler, D. Emotionally focused couple therapy: Status and challenge. *Journal of Science and Practice*, 1999, 6,67-79.
19. Greenberg, L.S., & Watson, J.C. Emotion focused therapy for depression. Washington: *American Psychological Association*.. 2006
20. Greenman, P.S., & Johnson, S.M. Process Research on Emotionally Focused Therapy (EFT) for Couples: Linking Theory to Practice. *Journal of Family Process*; 2013, 52 (1):46-61.
21. Finck. Quality of life in breast, Hinz M .&,S., Zenger,C., Barrada, Finck cancer Patients:*Associations with optimism and social support internationa*(1) 2018, :27-34.*,Journal of clinical and Health Psychology.18*
22. Abu-Helalah, M., Al-Hanaqta, M., Alshraideh, H., Abdulbaqi, N., & Hijazeen, J. Quality of life and psychological well-being of breast cancer survivors in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev* , 2014, 15(14):5927-36. 17.