

ارتقای سلامت در بیماران مبتلا به سرطان با استفاده از روش PBL

محمدحسین تقدیسی^۱، نسرين عبدی^۲، سیروس شهسواری^۳

چکیده

مقدمه: سرطان دسته‌ای از بیماری‌ها می‌باشد که با رشد کنترل نشده سلولی، تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستمیک مشخص می‌شود. میزان بروز سرطان طی ۵۰ سال گذشته به طور یکنواخت افزایش یافته است. تغذیه، فعالیت بدنی و روحیه امیدوارانه از فاکتورهای بسیار مهم در بیماری سرطان می‌باشند که متأسفانه بیماران آگاهی و نگرش صحیحی در زمینه این مسایل ندارند. در این پژوهش به جای تزریق و انتقال یک سوبیه مطالب آموزشی، بیماران و خانواده آنان با به کارگیری روش PBL (Problem based learning) به مشارکت فعال در فرایند یادگیری دعوت شدند. این روش در حقیقت نوعی آماده کردن فراگیر برای زندگی است زیرا زندگی، مواجه شدن با مسایل و کوشش برای حل آن‌ها می‌باشد. هدف از این پژوهش ارتقای آگاهی و تغییر نگرش بیماران و خانواده آنان در خصوص اهمیت تغذیه و فعالیت بدنی در جریان بیماری و درمان آن می‌باشد. همچنین ارتقای امید در بیماران با به کارگیری روش یادگیری بر اساس حل مسأله (PBL) مدنظر می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه یک بررسی از نوع شاهددار اتفاقی شده (Randomized controlled trial) (RCT) می‌باشد. جمع‌آوری داده‌ها از طریق تکمیل پرسش‌نامه سنجش آگاهی و نگرش در قالب مدل بزنف و پرسش‌نامه امید هرث (Herth hope index) (HHI) قبل و بعد از مداخله در بیماران گروه مورد و شاهد (هر گروه ۲۵ نفر) و همچنین تکمیل پرسش‌نامه سنجش آگاهی و نگرش در خانواده بیمار به عنوان مراقبین اصلی در دو گروه مورد و شاهد (هر کدام ۲۵ نفر) صورت گرفت. مداخله آموزشی و ارتقایی برای بیماران و خانواده گروه مورد به صورت چهره به چهره و انفرادی و با روش PBL انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS^{۱۴}، آزمون‌های کای اسکویر (χ^2) و آنالیز کوواریانس در سطح معنی‌داری $\alpha = 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمره آگاهی در بیماران گروه مداخله به طور معنی‌داری بیش از گروه شاهد است ($P < 0/000$). همچنین انجام مداخله باعث مطلوب‌تر شدن وضعیت نگرش در گروه مداخله شده است ($P < 0/000$). میانگین نمرات نرم‌های انتزاعی ($P = 0/12$) و فاکتورهای قادرسازی ($P = 0/08$) دو گروه، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. میانگین نمرات امید در بیماران گروه مداخله به طور معنی‌داری بیش از گروه شاهد به دست آمد ($P < 0/008$). میانگین نمره آگاهی در خانواده بیماران گروه مداخله بیش از گروه شاهد به دست آمد ($P < 0/000$). همچنین انجام مداخله باعث بهبود وضعیت نگرش در خانواده گروه مداخله شد ($P < 0/000$).

نتیجه‌گیری: مداخلات آموزشی و ارتقایی بر اساس روش PBL در افزایش آگاهی، بهبود نگرش و افزایش امید بیماران و خانواده آنان مؤثر هستند. بنابراین برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، شایسته است ارائه خدمات آموزشی با روش‌های مناسبی مانند PBL با مشارکت فعال بیمار و خانواده در فرایند بحث با برنامه‌ریزی مدون انجام پذیرد.

واژه‌های کلیدی: سرطان، یادگیری بر اساس حل مسأله (PBL)، آگاهی، نگرش، نرم‌های انتزاعی، فاکتورهای قادرسازی، امید، مدل بزنف.

نوع مقاله: تحقیقی

پذیرش مقاله: ۹۰/۵/۱۳

دریافت مقاله: ۹۰/۱/۲۰

۱. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: m-taghdisi@tums.ac.ir
۲. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران.

مقدمه

می‌شود. Sarafino به بررسی تأثیر جلسات گروهی بر مسایل سایکولوژیک و ایمونولوژیک بیماران مبتلا به سرطان پرداخت. در جلسات گروهی راجع به مشکلات، نگرانی‌ها، آموزش فعالیت‌های ارتقادهنده سلامتی، فنون ایجاد تطابق مثبت و تکنیک‌های کنترل استرس بحث و تبادل نظر شد. نتایج حاصل از ۶ ماه بررسی نشان دادند که بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد از نظر عملکرد ایمنی بهتر شدند، توان بیشتری برای رفتارهای تطابقی داشتند و کمتر دچار افسردگی شدند (۷). در مطالعه‌ای دیگر مداخلات آموزشی برای کودکان بهبود یافته از سرطان و خانواده آنان مورد بررسی قرار گرفت. این مداخلات باعث افزایش آگاهی آنان از رفتارهای سالمی که خطر عوارض بعدی بیمارش را کاهش و کیفیت زندگی آنان را افزایش می‌دهند، شد. همچنین این مداخلات موجب سازگاری عاطفی پس از درمان سرطان در بیماران شد (۸، ۹).

با توجه به شیوع بالای سرطان در جامعه و اهمیت سه فاکتور تغذیه، امید و فعالیت بدنی در ارتقای کیفیت زندگی این بیماران، این مطالعه با هدف ارتقای آگاهی و تغییر نگرش بیماران و خانواده آنان در زمینه اهمیت تغذیه، فعالیت بدنی و افزایش امید در بیماران طراحی شد. از سوی دیگر نگرش بیماران در خصوص این فاکتورها مانعی برای تغییر رفتار محسوب می‌شود. به عبارت دیگر برای تغییر در نگرش افراد، آموزش کافی نیست. یکی از روش‌های مناسب‌تر جهت تغییر در نگرش این است که افراد درباره عقاید خود صحبت کنند. در واقع فرایند ریختن نظریات در قالب کلمات و دیدن عکس‌العمل‌های سایر افراد یکی از روش‌های نیرومند تغییر در نگرش است. در چارچوب روش مبتنی بر حل مشکل (Problem based learning) (PBL) چنین فضایی برای بیماران و خانواده آنان میسر می‌شود. از این رو به جای استفاده از روش‌های مرسوم و برای اثربخشی مداخلات از روش یادگیری بر اساس حل مسئله استفاده شد.

برای آموزش بیماران روش‌های مرسوم مورد استفاده قرار می‌گیرد. در روش‌های سنتی آموزش که غالباً مبتنی بر سخنرانی و معلم محوری می‌باشد، یک سری اطلاعات از قبل نظم و ترتیب یافته برای پر بار شدن □ علمی فراگیران ارایه می‌شود. این آموزش فقط موجب تقویت حافظه کوتاه مدت فراگیر بدون درک مشکل و به کارگیری در موقعیت واقعی می‌شود. در پایان نیز به دلیل بی‌توجهی به توسعه نیازهای مهارت، لیاقت و کاردانی فراگیران در زمینه‌های مختلف، موجب ناتوانی آن‌ها در رسیدگی و پرداختن به مشکلاتی که با آن‌ها □ مواجه خواهند شد، می‌شود (۱). به □ عنوان مثال در روش سخنرانی، حجمی از مطالب به فراگیران انتقال می‌یابد. وظیفه اصلی آموزش‌دهنده در سخنرانی، انتقال معلومات و اطلاعات به فراگیران است. وظیفه فراگیران نیز گوش □ دادن، نوشتن و یادداشت برداشتن است (۲). مطالبی که با این روش آموزش داده می‌شوند، ماندگاری چندانی ندارند. آموزش بر مبنای حل مسئله را می‌توان به عنوان بخشی از زندگی هر انسان در نظر گرفت. ما انسان‌ها در موقعیت‌های مختلف زندگی با مشکلاتی مواجه می‌شویم که مجبور به حل آن‌ها هستیم. با حل این مشکلات نیز تجربیاتی کسب می‌کنیم. به نظر می‌رسد که اطلاعاتی که خود مستقیماً تجربه می‌کنیم، نسبت به اطلاعاتی که از دیگران فرا می‌گیریم، ماندگاری بیشتری دارند. یادگیری مبتنی بر حل مسئله بر این اساس است (۳، ۴). نتایج بیشتر مطالعات بیانگر آن هستند که انتقال اطلاعات به بیماران سرطانی سبب کاهش اضطراب، بهبود مراقبت از خود و ایجاد حس پذیرش در بیمار می‌شود. از سوی دیگر نیاز بستگان و خانواده این بیماران به حمایت اطلاعاتی را نیز نباید نادیده گرفت. در حقیقت انتقال اطلاعات به بستگان بیمار، نیاز آن‌ها را برای سازگاری با موقعیت جدید تقویت می‌نماید و سبب تداوم حمایت از بیمار می‌گردد (۵، ۶). با مروری بر پژوهش‌های انجام شده در زمینه آموزش بیماران سرطانی به روش‌های مختلف، اهمیت و تأثیر این گونه مداخلات روشن‌تر

روش‌ها

مشکلات استخراج شده اولویت‌گذاری شد. سپس از آنان خواسته شد تا در حد توان خود مطالعه کنند، اطلاعاتی را جمع‌آوری کنند و به تفکر بپردازند. جلسات هفتگی در چارچوب برنامه زمانی برنامه‌ریزی شد. در این جلسات مباحثه بین محقق، بیمار و مراقب اصلی وی صورت گرفت. در واقع به جای انتقال یک سویه مطالب آموزشی به بیماران در مورد تغذیه، فعالیت بدنی و ...، بیماران و خانواده آن‌ها به مشارکت فعال در فرایند یادگیری دعوت شدند. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان منفعل نبودند بلکه در قسمت‌های مختلف بحث شرکت فعال داشتند، ابراز نظر کردند و برای حل مشکل خود احساس مسؤولیت داشتند. مداخلات آموزشی به گونه‌ای تنظیم شدند که در ذهن فراگیر مسأله ایجاد کند و علاقه‌مند شود که با تلاش خود راه حلی برای آن مسأله پیدا کند. فراگیران خود، محور یادگیری قرار داده شدند و در فرایند بحث درگیر شدند. از بیماران خواسته شد که برای مشکلات خود و مسایلی که مطرح می‌شوند، راه حل پیدا کنند و در مورد آن‌ها صحبت کنند. پژوهشگر نیز سعی در هدایت بحث و آموزش متناسب با دانسته‌ها و خواسته‌های فراگیران داشت. همچنین پژوهشگر راه‌حل‌های صحیح، کارآمد و اصولی را با بیمار و مراقب او در میان می‌گذاشت و به بحث می‌پرداخت. پس از گذشت ۲ هفته از مداخله انجام شده، دوباره پرسش‌نامه‌ها برای هر دو گروه مورد و شاهد (بیماران و خانواده آنان) توسط پژوهشگر تکمیل شدند. سپس اطلاعات قبل و بعد از مداخله با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهند که محدوده سنی بیماران مورد مطالعه ۱۴ تا ۸۶ سال با میانگین ۵۳/۴۸ و انحراف معیار ۱۷/۳۰ می‌باشد. ۶۰ درصد از بیماران مورد بررسی مرد و ۸۴/۶ درصد از آن‌ها متأهل هستند. ۵۳/۸ درصد از بیماران بی‌سواد، ۵۳/۸ درصد ساکن شهر و ۴۲/۳ درصد درآمد متوسط داشتند. ۵۷/۷ درصد از آنان سابقه ابتلا به هیچ‌گونه بیماری را ذکر نکردند. در پاسخ به ارزیابی بیمار

در این مطالعه که به شکل شاهددار اتفاقی شده (Randomized controlled trial) (RCT) انجام شد، ۵۰ بیمار مبتلا به سرطان بستری در بخش شیمی درمانی بیمارستان قدس سنندج و ۵۰ نفر از اعضای خانواده آن‌ها شرکت کردند. بیماران مبتلا به سرطان‌های کولورکتال به دلیل مراقبت‌های تغذیه‌ای ویژه و بنا بر صلاحدید متخصص تغذیه از پژوهش خارج شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل بخشی از سؤالات پرسش‌نامه EQ-5D (اطلاعات دموگرافیک، تاریخچه بیماری و خطکش سلامتی)، پرسش‌نامه سنجش آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی و فاکتورهای قادرسازی در قالب مدل بزنف و پرسش‌نامه شاخص امید هرث (Herth hope index) (HHI)) هستند. برای گردآوری داده‌های مربوط به خانواده بیماران از پرسش‌نامه سنجش آگاهی و نگرش در قالب مدل بزنف استفاده شد. نحوه امتیازدهی پرسش‌نامه بدین صورت است که در مورد نگرش نمره ۵۵ و کمتر نگرش ضعیف، ۵۶ تا ۶۴ نگرش متوسط و نمره بالاتر از ۶۵ به عنوان نگرش خوب تعریف شد. در مورد متغیر امید نمره کمتر از ۲۶ نشانگر میزان امید ضعیف، نمره ۲۷ تا ۳۰ نشانگر میزان امید متوسط و نمره بالاتر از ۳۰ به عنوان امید خوب در نظر گرفته شد. پرسش‌نامه‌های طراحی شده قبل از هر گونه مداخله‌ای برای هر ۵۰ نفر بیمار (گروه مورد و شاهد) و ۵۰ نفر از مراقبین بیماران (شاهد و مورد) توسط پژوهشگر تکمیل شدند. بعد از گذشت یک ماه مداخله آموزشی و ارتقایی برای گروه مورد (۲۵ نفر بیمار و ۲۵ نفر از مراقبین آن‌ها به صورت مجزا) انجام شد. در حالی که بیماران گروه شاهد و خانواده آنان هیچ‌گونه مداخله آموزشی را دریافت نکردند. در این پژوهش از کلیت مفهوم (PBL) بهره گرفته شد. اگرچه این روش معمولاً در محیط‌های دانشگاهی و بالینی اجرا شد ولی متناسب با بافت فرهنگی، میزان سواد و نیاز بیماران و خانواده آنان این روش آموزشی به شکل ساده‌ای مورد اجرا قرار گرفت. ابتدا مشکلات بیماران و خانواده آنان به عنوان مراقبین اصلی آن‌ها با تکنیک نیازسنجی شناسایی شد.

تخفیف یابد، تغییر جهت می‌دهد و بر فعالیت‌هایی تأکید می‌شود که فراگیر محور، میان رشته‌ای و در تلفیق با مسایل و روال دنیای واقعی است. در نتیجه یادگیری به سوی یادگیری در طول زمان سوق داده می‌شود (۱۱، ۱۰). یکی از امتیازهای یادگیری بر اساس اجرای پروژه آن است که با این روش می‌توان با درگیر کردن فراگیر در خودآموزی، در آن‌ها انگیزه به وجود آورد (۱۲). فراگیر باید در فضایی قرار گیرد که بداند باید خود اقدام کند تا به مهارت‌های لازم مجهز شود. در نتیجه با اتکا به خودش به فهم دیگران و تفهیم خودش به دیگران کمک کند (۱۴، ۱۳). آموزش باعث می‌شود که مردم به طور انتقادی در مورد ارزش‌هایشان فکر کنند و سیستم ارزشی خود را بنا نهند. فرایند آموزش با بالا بردن میزان خودآگاهی در مورد سلامتی آغاز می‌شود و از طریق آشکارسازی ارزش‌ها و رشد تعهدات ادامه می‌یابد و منجر به تغییر در نگرش می‌گردد (۱۵).

از وضعیت سلامت خود که با خط‌کش سلامت سنجیده شد، ۵۷/۷ درصد نمره کمتر از ۳۰، ۲۶/۹ درصد نمره بین ۳۰ تا ۵۰ و ۱۱/۵ درصد نمره بالای ۵۰ را برای سلامت خود انتخاب کردند. ۵۹/۶ درصد از بیماران مورد بررسی سابقه مصرف دخانیات نداشتند. آموزش بر اساس حل مسأله (PBL) باعث ایجاد تفاوت معنی‌دار آماری در نمرات آگاهی، نگرش و امید بیماران شد. اما در هنجارهای انتزاعی و فاکتورهای قادرسازی بیماران قبل و بعد از مداخله تفاوتی دیده نشد. همچنین مداخلات آموزشی در خانواده بیماران منجر به ایجاد تفاوت معنی‌دار آماری شد. یافته‌ها در جدول ۱ و ۲ آمده است.

بحث

یادگیری بر اساس اجرای پروژه، مدلی برای یادگیری و آموزش است. این روش از روش‌های معلم محور که همیشه در آن این خطر وجود دارد که توجه و تمرکز فراگیر به فراگیری مطلب مورد نظر از دست رود، متفاوت است. به طوری که قبل از این که انگیزه فراگیر و به موازات آن اشتیاق و رغبت معلم

جدول ۱: مقایسه نمرات آگاهی، نگرش، هنجارهای انتزاعی، فاکتورهای قادرسازی و امید قبل و بعد از آموزش در بیماران دو گروه مورد و شاهد

متغیر	قبل از مداخله			بعد از مداخله		
	مورد	شاهد	t-test	مورد	شاهد	t-test
آگاهی	۱۶/۴۸	۱۷/۱۶	۱/۱۸	۲۱/۴۴	۱۸/۳۲	۴/۰۰
نگرش	۶۰/۶۸	۶۱/۳۱	۰/۲۷	۸۱/۲۰	۶۴/۰۸	۵/۳۰
هنجارهای انتزاعی	۷/۸	۷/۸	۰/۲۲	۸	۷/۸	۱/۵۴
فاکتورهای قادرسازی	۱۲/۸۶	۱۳/۶۵	۱/۸۱	۱۴/۱۳	۱۳/۳۷	۱/۷۴
امید	۲۸/۶۰	۲۸/۲۴	۰/۲۷	۳۲/۹۲	۲۹/۲۸	۲/۷۴

جدول ۲: مقایسه نمرات آگاهی و نگرش قبل و بعد از آموزش در خانواده بیماران گروه مورد و شاهد

متغیر	قبل از مداخله			بعد از مداخله		
	مورد	شاهد	t-test	مورد	شاهد	t-test
آگاهی	۱۹/۳	۱۹/۲۰	۰/۱۹	۲۵/۶۸	۲۰/۶۸	۲/۶۳
نگرش	۵۸/۶۸	۵۹/۲۴	۰/۲۲	۸۰/۹۲	۵۹/۸۰	۹/۲۰

بیشتری در افراد تغییر و بهبود یابد. در مطالعه‌ای که در سال‌های ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۷ توسط Nicklas و همکاران برای تعیین تأثیر آموزش بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد در مورد استفاده از میوه و سبزی از طریق کارگاه‌های آموزشی اصلاح نوع تغذیه مدارس و ... صورت گرفت، سطح نگرش در گروه مداخله به طور معنی‌داری ($P < 0/0001$) بالاتر از گروه شاهد قرار گرفت (۱۸). سرطان، زندگی را با بحران مواجه می‌سازد، دید بیماران را به خودشان تغییر می‌دهد، خانواده را با مشقت روبرو می‌سازد، پویایی خانواده را مختل می‌کند. افرادی که با بیماری مزمن دست و پنجه نرم می‌کنند، پویایی خانواده را مختل می‌کنند و نیازهای فیزیولوژیک، روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی متفاوتی با افراد سالم دارند. یافتن شیوه‌های ارضای این نیازها بخشی از فرایند مقابله با بیماری است. ضمن رسیدگی به نیازهای جسمانی بیمار ممکن است نیازهای عاطفی و اجتماعی او نادیده گرفته شوند. بنابراین گروه‌های مراقبت چند رشته‌ای ساماندهی شدند تا ماهیت پیچیده مراقبت از این بیماران به خوبی شناخته شود. سودمندترین انتخاب، چه در زمینه بهبود بیمار و چه در زمینه ارضای نیازهای او، مداخلاتی هستند که نه فقط درمان جسمانی را بلکه درمان روان‌شناختی و اجتماعی را هم مدنظر قرار می‌دهند (۱۹). در مطالعه آقابرداری و همکاران، تأثیر برنامه ورزشی بر میزان استرس و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی بررسی شد. نتایج تفاوت معنی‌دار آماری در میزان اضطراب و افسردگی قبل و بعد از مداخله بین دو گروه را نشان دادند ($P < 0/0001$) (۲۰). نتایج مطالعه کریموی و همکاران نشان دادند که انجام مشاوره گروهی سبب ارتقای تصویر بدنی و سلامت جنسی بیماران مبتلا به سرطان بهبود یافته می‌شود ($P < 0/0001$). از طریق فرایند مشاوره می‌توان به بیماران آموخت که چگونه با بیماری خود زندگی کنند. مشاوره به عنوان یک فرایند پویای حل مشکل می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب، تقویت ادراک از اهداف زندگی و افزایش آگاهی شود (۲۱). در

نگرش‌ها و باورها موانع تغییر رفتار هستند به گونه‌ای که در روند تغییر رفتار باید تغییر کنند. همچنین به عنوان عوامل تقویت‌کننده پیام‌های مداخله‌ای، تلقی می‌شوند. اما معمولاً میانگین تغییر نمرات آگاهی بسیار بیشتر از میانگین تغییر نمرات نگرش است. می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که افزایش آگاهی به تنهایی نمی‌تواند منجر به بهبود نگرش گردد. به عبارت دیگر برای تغییر در نگرش افراد، آموزش کافی نیست. یکی از روش‌های مناسب‌تر جهت تغییر در نگرش این است که افراد درباره عقاید خود صحبت کنند. در واقع فرایند ریختن نظریات در قالب کلمات و دیدن عکس‌العمل‌های سایر افراد یکی از روش‌های نیرومند تغییر در نگرش است (۱۵). در بسیاری از مطالعات انجام شده به علت یک سو به بودن آموزش، به کارگیری روش‌های سستی و عدم مشارکت فراگیران نمرات آگاهی بیشتر از نمرات نگرش تغییر کردند و افزایش یافتند. به عنوان مثال در مطالعه طالقانی از بین ۳ نمره آگاهی، نگرش و عملکرد، بیشترین تفاوت (۱/۹۶) در نمره آگاهی ایجاد شد (۱۶). همچنین در گزارشی که توسط Azide Mab و همکاران در زمینه تغییر در آگاهی و نگرش منتشر شد، مشاهده گردید که حدود ۷ نمره تفاوت در نمره آگاهی ایجاد شد در حالی که تفاوت ایجاد شده در نمرات نگرش حدود ۴ نمره است (۱۷). با توجه به نارسایی آموزش برای تغییر نگرش افراد در این پژوهش‌ها از روش یادگیری بر اساس حل مسأله (PBL) استفاده شد. با به کارگیری این روش، مطالب آموزشی به صورت یک سو به فراگیران تزریق نشد، خود آنان در فرایند بحث شرکت کردند، اظهار نظر کردند، برای تغییر نگرش‌های غلط خود تلاش کردند و احساس مسؤلیت کردند. تغییر در نمرات نگرش گروه مورد (۰/۰۰۰) و ۲۰/۵۲ امتیاز در افزایش نمره نگرش بیانگر تأثیر این روش در مطالعه حاضر است. در نتیجه به کارگیری این روش آموزشی در مطالعه حاضر، آگاهی و نگرش تقریباً به یک اندازه تغییر یافتند. این امر به دلیل صحبت و اظهار نظر است که باعث می‌شود نگرش به میزان

آموزشی را لازم دارد. چنین دگرگونی ماشین‌وار تحقق نخواهند یافت بلکه مستلزم تصمیمی سیاسی همساز با برنامه جامعه‌ای که باید آفریده شود، است. همچنین دگرگونی باید مبتنی بر شرایط مادی باشد که خود انگیزه‌ای برای تغییرند. در نتیجه این دگرگونی کوششی زیر ساختی است. در یادگیری واقعی یاد داده می‌شود که دانش چیزی است که باید مصرف شود نه این که ساخته و باز ساخته گردد. بی‌سوادی چیزی مانند گیاه هرز زیان‌بخش یا نوعی بیماری شناخته می‌شود که مردم از ریشه کن کردن آن صحبت می‌کنند یا به آن به عنوان طاعون اشاره می‌نمایند. در سوادآموزی کارا جایی برای مقولات مجزای کار و آموزش نیست. علایق همه کمیسیون‌های مختلف در زندگی مردم به یکدیگر می‌پیوندند و می‌توانند در جریان یادگیری و رشد، آنان را با یکدیگر بیامیزند (۲۳). نتایج این مطالعات نشانگر تأثیر مداخلات ارتقادهنده سلامت با به کارگیری روش مبتنی بر حل مسأله در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشند. همچنین این نتایج از جایگاه مداخلات مشارکتی و بیمار محور در مراقبت‌های تسکین‌بخش (Palliative care) به عنوان یک فاکتور مهم حمایت می‌کنند. آن چه از نتایج این مطالعه مشهود است، اثربخشی مداخلات آموزشی و ارتقایی در افزایش آگاهی، بهبود نگرش بیماران و خانواده آنان و افزایش امید بیماران می‌باشد. بنابراین برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، شایسته است خدمات آموزشی با روش‌های مناسب با مشارکت فعال بیمار و خانواده در فرایند بحث با برنامه‌ریزی مدون ارائه گردد.

نتیجه به کارگیری روش مبتنی بر حل مسأله در پژوهش حاضر در میانگین نمرات آگاهی و نگرش بیماران و مراقبین اصلی آنان تغییر معنی‌داری مشاهده شد. همچنین نمرات امید بیماران گروه مورد نسبت به گروه شاهد بعد از مداخله تغییر معنی‌دار آماري داشت. در این مطالعه چه قبل از مداخله و چه بعد از مطالعه بین نمرات نرم‌های انتزاعی و فاکتورهای قادرسازی دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌دار آماري مشاهده نشد. در مطالعه کهنزادی نیز بین امتیاز نرم‌های انتزاعی و فاکتورهای قادرسازی در قبل و بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌دار آماري وجود نداشت ($P = 0/124$, $P = 0/06$). به تعبیر دیگر با وجود اثربخش بودن آموزش باز هم اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (۲۲). در واقع آموزش روی هنجارهای انتزاعی دانش‌آموزان مؤثر نبود. البته این امر منطقی به نظر می‌رسد. هنجارهای انتزاعی به فهم و درک شخصی افراد از فشارهای اجتماعی و هنجارهای اجتماعی مربوط می‌شوند و منعکس‌کننده اعتقادات هنجاری در جامعه هستند. وظیفه مربی این نیست که این وسیله‌ها و راه‌ها را به کار برد تا خود از موضوع سرپوش بردارد و آن را پدران به شاگرد تقدیم کند. بدین نحو وی را از تلاش و جست و جو که در کار شناخت امری بایسته است، محروم سازد. موضوعی که باید میان مربی و آموزنده آشکار شود، میانجی است. مهم‌ترین عامل پیدایش، دیدی انتقادی نسبت به موضوع نه گفتار مربی درباره موضوع است. این موضوع دگرگون کردن ریشه‌ای نظام

References

1. Kingsbury MP, Lynn JS. Problem-based learning and larger student groups: mutually exclusive or compatible concepts - a pilot study. *BMC Med Educ* 2008; 8: 35.
2. Chen NC. An educational approach to problem-based learning. *Kaohsiung J Med Sci* 2008; 24(3 Suppl): S23-30.
3. Jacobs J, Omori J, Oda Y, Kasuya R, Tam L. Problem-based learning: emergence of vertically stable study groups among first and second-year JABSOM students. *Hawaii Med J* 2008; 67(4): 104-6.
4. Sabahi R, Toghyanifar N, Mokhtari L, Modaresi Z. Introduction to problem-based learning (pbl). Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences Publications; 2006.
5. Eriksson E, Lauri S. Informational and emotional support for cancer patients' relatives. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2000; 9(1): 8-15.
6. Hardwick C, Lawson N. The information and learning needs of the caregiving family of the adult patient with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 1995; 4(3): 118-21.

7. Sarafino EP. Health psychology: biopsychosocial interactions. New York: Wiley; 1998.
8. Lee YL, Santacrose SJ, Sadler L. Predictors of healthy behavior in long-term survivors of childhood cancer. *J Clin Nurs* 2007; 16(11C): 285-95.
9. Kyngas H, Mikkonen R, Nousiainen EM, Ryttilahti M, Seppanen P, Vaattovaara R, et al. Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2001; 10(1): 6-11.
10. Morales-Mann ET, Kaitell CA. Problem-based learning in a new Canadian curriculum. *J Adv Nurs* 2001; 33(1): 13-9.
11. Squires BS. Problem-based learning in medicine. *CMAJ* 1991; 144(5): 535.
12. Habib F, Eshra DK, Weaver J, Newcomer W, O'Donnell C, Neff-Smith M. Problem-based learning: A new approach for nursing education in Egypt. *Journal of multicultural -Nursing - and - Health* 1999; 5(3): 6-11.
13. Ridderikhoff J. Medical problem-solving: an exploration of strategies. *Med Educ* 1991; 25(3): 196-207.
14. Christianson CE, McBride RB, Vari RC, Olson L, Wilson HD. From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. *Acad Med* 2007; 82(11): 1079-88.
15. Abat F. Teaching for better learning. Tehran: Publications of the Ministry of Health and Medical Education, Office of CME and Open Education; 2000.
16. Taslimi Talaghani M. Comparison of two nutrition education, group discussion and educational pamphlet on knowledge, attitude and performance of students in 8th Tehran [MSc Thesis], Tehran: 2003.
17. Azide Mab W, Talib RA, Zabidi AM. Changes in nutrition knowledge and attitude scores in 8 years old school children after receiving nutrition education: A preliminary finding. *Proceedings of the 9th Asian Congress of Nutrition: Nutrition Goals for Asia-Vision 2020*; 2003 Feb 23-27; New Delhi, India; 2003.
18. Nicklas TA, Johnson CC, Farris R, Rice R, Lyon L, Shi R. Development of a school-based nutrition intervention for high school students: Gimme 5. *Am J Health Promot* 1997; 11(5): 315-22.
19. Curtis AJ. Health psychology. Tran. Mohammadi SH. Virayesh Publication; 2006.
20. Agha Barari M, Ahmadi F, Agha Ali Nejad H, Mohammadi E, Haji Zadeh E. The effect of exercise on stress, anxiety and depression in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2007; 9(4): 26-35.
21. Heravi Karimvi M, Pour Dehghan M, Jadid milani M, Forotan K, Aeen F. The effect of group counseling program on sexual health, breast cancer patients. *Forensic Mwdicine* 2005; 11(4): 201-7.
22. Kohzadi K. The effect of education on knowledge and attitudes Basnf Baneh city students about oral health [MSc Thesis]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004.
23. Paulo F. Training in progress. Trans. Birashk A. Tehran: Kharazmi Publication; 1984.