

## Evaluating the Effectiveness of a Pain Self-efficacy Model on Quality of Life in Patients with Cancer

Khezerlou H<sup>1</sup>, Akbari M<sup>\*2</sup>, Jadidi H<sup>3</sup>, Sinai B<sup>4</sup>

1. Department of Psychology, Islamic Azad University Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran

2. Department of Anesthesiology, Omid University Hospital, Urmia, Iran

\*Corresponding author. Tel: +989120321498, E-mail: Akbari1384@gmail.com

Received: Dec 6, 2018

Accepted: May 15, 2019

### ABSTRACT

**Background & objectives:** Regarding the prevalence of psychological problems in cancer patients, some reports have shown the effectiveness of self-efficacy model to be superior to previous conventional psychological therapies for increasing the well-being of cancer patients. The aim of this study was to evaluate a self-efficacy education model on quality of life in patients with cancer at Urmia Omid hospital.

**Methods:** This was an experimental study with pre and post-test design and control group. The sample included 40 patients with cancer in Omid Hospital, 2018. At first, quality of life test was performed on 250 patients with cancer, and among them 40 patients with poor quality of life were selected. Of these 40 patients, 20 subjects were assigned in each experimental or control group by random assignment. Intervention based on pain self-efficacy was performed in 10 sessions of 90 minutes, one session per week. After the end of sessions, the quality of life test was repeated for two groups. Data were analyzed in SPSS software version 21 using multivariate analysis of covariance.

**Results:** Data analysis showed that there was a significant difference between the mean scores of post-test in the experimental and control groups ( $p < 0.01$ ), so that the self-efficacy training improved the performance components of quality of life (physical, role, emotional, cognitive and Social) in experimental group ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** Considering the positive effect of pain self-efficacy training, the use of these capacities and training in planning the mental health interventions is recommended, especially for cancer patients.

**Keywords:** Pain Self-efficacy; Quality of Life; Cancer

## بررسی اثربخشی مدل مبتنی بر خودکارآمدی درد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

حامد خضولو<sup>۱</sup>، مریم اکبری<sup>۱\*</sup>، هوشنگ جدیدی<sup>۱</sup>، بهزاد سینایی<sup>۲</sup>

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنجند، سنجند، ایران

۲. گروه بیهوشی، بیمارستان امید ارومیه، ارومیه، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۰۳۲۱۴۹۸ ایمیل: Akbari1384@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به شیوع مشکلات روان‌شناختی در بیماران سرطانی، برخی از گزارش‌ها اثربخشی مدل خودکارآمدی را مقدم بر درمان‌های روانشناختی مرسوم قبلی برای افزایش رفاه بیماران سرطانی دانسته‌اند. براین اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مدل مبتنی بر خودکارآمدی درد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان امید شهرستان ارومیه انجام گرفت.

**روش کار:** این پژوهش، از نوع تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. نمونه‌ها شامل ۴۰ بیمار مبتلا به سرطان بیمارستان امید ارومیه در سال ۱۳۹۷ بودند. ابتدا از ۲۵۰ بیمار مبتلا به سرطان، آزمون کیفیت زندگی به‌عمل آمد و از بین افرادی که در سطح نامطلوبی قرار داشتند، ۴۰ نفر انتخاب شدند که به‌صورت جایگزینی تصادفی، تعداد ۲۰ نفر از آنها در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. مداخله مبتنی بر خودکارآمدی درد طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات مجدداً آزمون کیفیت زندگی روی دو گروه اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چندمتغیره در نرم افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/01$ )، به نحوی که آموزش خودکارآمدی درد موجب بهبود مؤلفه‌های عملکردی کیفیت زندگی (جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی) در گروه آزمایش شده بود ( $p < 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر مثبت آموزش خودکارآمدی درد، استفاده از این ظرفیت‌ها و آموزش‌ها در برنامه‌ریزی اقدامات بهداشت روانی به خصوص در مورد بیماران سرطانی توصیه می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** خودکارآمدی درد، کیفیت زندگی، سرطان

دریافت: ۹۷/۹/۱۵ پذیرش: ۹۸/۲/۲۵

### مقدمه

یکی از مشکلات مهم بهداشتی و درمانی قرن حاضر، سرطان<sup>۱</sup> می‌باشد. اثرات زیان بار این بیماری بر کلیه ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی انسان‌ها از عواملی است که توجه متخصصین را به خود معطوف داشته است (۱). سرطان، بیماری است

که با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص شده (۲) و به دلیل ماهیت مزمن آن، باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۳). درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی

<sup>1</sup> Cancer

هستند که کیفیت زندگی بیماران سرطانی را پایین می‌آورند (۲).

کیفیت زندگی، ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می‌پردازد (۴). ماهیت ذهنی بودن کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره وضعیت زندگی فرد به جای گزارشات دیگران می‌پردازد و از خشنودی و یا عدم خشنودی از حیطه‌هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارد، نشأت می‌گیرد (۵). بنابراین، بیماران با مشکلات مشابه ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی خود داشته باشند و آن را به صورت‌های مختلفی گزارش کنند (۶). اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی، بهبود کیفیت زندگی را به‌عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند و حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آنها شناخته نشده است (۷). عواملی نظیر ارتقای اطلاعات و آگاهی در خصوص جنبه‌های جسمی و روانی، افزایش انگیزش، حمایت و مشاوره باعث بهبود وضعیت جسمانی، کاهش اضطراب، تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی، کاهش اختلالات خلق و خو و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (۸،۹).

تأثیرات سرطان شامل خستگی، مشکلات روحی و روانی، درد جسمی و آسیب به کیفیت زندگی می‌باشد که در این میان مولفه درد آسیب جدی به کیفیت زندگی بیماران سرطانی وارد می‌کند (۱۰). لذا بر این اساس برخورداری از خودکارآمدی درد<sup>۱</sup> برای بیماران سرطانی امری مهم و ضروری تلقی می‌شود (۱۱). مفهوم خودکارآمدی عبارت است از توانایی انجام کاری یا رسیدن به هدفی که برآیندی خاص را تولید می‌کند و تأثیر مهمی بر عملکرد،

احساس و حالت‌های عاطفی فرد دارد (۱۲). تحقیقات در بیماران سرطانی نشان می‌دهد که انجام مداخلات برای افزایش حس خودکارآمدی باعث افزایش بازده در روند درمان و کاهش علائم می‌شود (۱۳). با شناسایی عوامل مرتبط با خودکارآمدی درد می‌توان مداخلات لازم جهت افزایش خودکارآمدی و به تبع آن مشارکت در خودمراقبتی این بیماران را افزایش داد. به این دلیل که درک خودکارآمدی بالاتر سبب افزایش سازگاری بیماران سرطانی با بیماری خود و بهبود کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روانشناختی و بهتر شدن حالت‌های عاطفی بیماران می‌شود (۱۴،۱۵). همچنین سطح بالای خودکارآمدی علائم ناشی از سرطان را در بیماران کاهش داده، باعث بهبود تصویر ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان شده و ارتباطات آنها را با پرسنل درمانی ارتقاء می‌دهد (۱۶،۱۷). در حالی که استرس‌های عاطفی می‌توانند با تأثیر بر حیطه رفتاری- شناختی، موجب کاهش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به سرطان شود (۲۰-۱۸). نتایج پژوهش موشر<sup>۲</sup> و همکاران مبنی بر خودکارآمدی برای مقابله با سرطان در یک نمونه چند ملیتی از بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده است که خودکارآمدی رابطه مثبتی با کیفیت زندگی جسمی و روانی و رابطه منفی با پریشانی دارد (۲۱). پرکینز<sup>۳</sup> و همکاران نیز در پژوهشی روی ۱۴۸ بیمار مبتلا به سرطان پستان و ۱۳۴ بیمار مبتلا به سرطان پروستات؛ نشان دادند حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران با خودکارآمدی جسمی آنها ارتباط دارد (۲۲).

با توجه به مبانی نظری و پیشینه، مشخص شده است که عوامل روانی- اجتماعی به صورت مستقیم بر خودکارآمدی درد تأثیر دارند ولی تابحال تحقیق جامعی در خصوص اثرات مداخله‌ای خودکارآمدی درد بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی انجام نشده

<sup>2</sup> Mosher

<sup>3</sup> Perkins

<sup>1</sup> Pain Self-efficacy

کننده در پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مدل مبتنی بر خودکارآمدی درد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امید ارومیه در سال ۱۳۹۷ بودند (۱۵۰۰ نفر). نحوه نمونه‌گیری به این صورت بود که در ابتدا با استفاده از جدول مورگان، تعداد ۲۵۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و پرسش‌نامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. از میان ۸۳ نفری که بر اساس نقطه برش پرسش‌نامه کیفیت زندگی در وضعیت غیرنرمالی قرار داشتند یعنی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بودند، تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (لازم به ذکر است که از آنجایی که برای مطالعات آزمایشی برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر کفایت می‌کند، در این پژوهش جهت افزایش اعتبار بیرونی مطالعه، برای هر گروه ۲۰ نفر اختصاص داده شد و هیچ‌گونه افتی هم در فرایند آزمایش وجود نداشت). معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و حداکثر کارشناسی، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، گذشتن حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بودند. افرادی که همزمان با اجرای پژوهش در کلاس‌های آموزشی و با جلسات درمانی دیگر شرکت داشتند یا بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی غیبت کرده بودند از مطالعه خارج شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به مسئولین بیمارستان و بیماران شرکت کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی افراد شرکت

اجتناب ورزند. مداخله خودکارآمدی درد طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی روی گروه آزمایش اجرا شد. در پایان دوره نیز کارگاهی سه روزه برای گروه کنترل برگزار و در مورد رفتارها و مهارت‌های خودکارآمدی درد با آنها بحث شد. همچنین یک جزوه آموزشی تهیه و در اختیار آنها قرار گرفت. این مداخله مبتنی بر پروتکل زیر بود:

جلسه اول: معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر

جلسه دوم: توجه به تنفس

جلسه سوم: کنترل افکار با توجه به قدرت فوق العاده باور معنوی

جلسه چهارم: تلاش برای آرامش و بهبود سلامتی

جلسه پنجم: تقویت این نگرش که در مواجهه با هر رویداد استرس زا به جای واکنش تسلیم، مبارزه جویی نموده و در حل مساله اقدام نمایند.

جلسه ششم: افزایش مبارزه جویی در مواجهه با مشکلات زندگی

جلسه هفتم: افزایش هیجانات مثبت در زمان حال

جلسه هشتم: افزایش هیجانات مثبت در زمان آینده

جلسه نهم: تنظیم اهداف رفتاری کوچک و آسان

جلسه دهم: ارایه راهبردهایی جهت حفظ و پایداری تغییرات درمانی و جلوگیری از عود بیماری

تمام جلسات آموزشی در بازه زمانی ۱۰ تا ۱۲ قبل از ظهر انجام گرفت. در هر دو گروه، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، قبل و ده روز بعد از اتمام مداخله، تکمیل گردید. پرسشنامه استاندارد ۳۰ سؤالی کیفیت زندگی بیماران سرطانی<sup>۱</sup> متعلق به

<sup>۱</sup> EORTC QLQ- C30.V3

انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است. برای نشان دادن معناداری تفاوت بین نمرات فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس ابتدا مفروضه‌های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس بررسی گردید. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آزمون لوین برای هیچکدام از متغیرهای جسمانی (۴/۵۹)، ایفای نقش (۰/۰۱۶)، احساسی (۰/۰۰۵)، شناختی (۳/۱۳)، اجتماعی (۰/۱۰۶) و نمره کل عملکرد کیفیت زندگی (۳/۸۱)، معنادار نشده و در نتیجه پیش فرض همگنی واریانس‌ها محقق شد. به عبارت دیگر سطح معناداری همگی  $p > 0.05$  می‌باشد.

به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات عملکرد کیفیت زندگی از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که توزیع داده‌های حاصل از متغیرهای جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی، اجتماعی و عملکرد کیفیت زندگی نرمال است؛ چرا که سطح معناداری متغیرها در گروه‌های مورد مطالعه بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین این مفروضه رعایت شده است (جدول ۳).

سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان<sup>۱</sup> است که جهت بررسی کیفیت زندگی کلی مبتلایان به سرطان<sup>۲</sup> استفاده می‌شود و شامل ۵ حیطه عملکردی (جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی) است که کسب نمره بالاتر در هر حیطه نشانگر وضعیت بهتر فرد در مورد آن حیطه خاص می‌باشد (۲۱). رویی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه صفایی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی در قالب شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم افزار SPSS-21 استفاده شد.

#### یافته‌ها

پس از اجرای آموزش مبتنی بر خودکارآمدی درد روی بیماران سرطانی از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های پیش آزمون و پس آزمون با هم مقایسه گردید. در جدول ۱ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و

<sup>1</sup> European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)

<sup>2</sup> Quality of Life Questionnaire-Core 30 (QLQ-C30)

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به سرطان در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله

| کیفیت زندگی         | گروه      | گروه آزمایش |              | گروه کنترل |              |
|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|--------------|
|                     |           | میانگین     | انحراف معیار | میانگین    | انحراف معیار |
| جسمانی              | پیش آزمون | ۱۲/۶۵       | ۲/۸۵         | ۱۳/۱۰      | ۲/۶۵         |
|                     | پس آزمون  | ۱۸/۵۰       | ۴/۱۹         | ۱۲/۶۰      | ۲/۴۶         |
| محیطی               | پیش آزمون | ۴/۶۵        | ۱/۰۸         | ۵/۱۰       | ۱/۹۱         |
|                     | پس آزمون  | ۷/۵۵        | ۱/۵۳         | ۵/۴۰       | ۱/۰۲         |
| روانشناختی          | پیش آزمون | ۹/۴۰        | ۲/۳۹         | ۸/۶۰       | ۳/۱۱         |
|                     | پس آزمون  | ۱۴/۴۵       | ۲/۵۳         | ۸/۹۰       | ۲/۶۲         |
| شناختی              | پیش آزمون | ۴/۹۰        | ۱/۴۴         | ۵/۸۱       | ۱/۷۶         |
|                     | پس آزمون  | ۷/۸۵        | ۱/۹۳         | ۵/۱۵       | ۱/۸۹         |
| اجتماعی             | پیش آزمون | ۴/۳۵        | ۱/۵۸         | ۴/۶۰       | ۱/۶۰         |
|                     | پس آزمون  | ۷/۲۰        | ۱/۸۸         | ۵/۳۵       | ۱/۸۱         |
| نمره کل کیفیت زندگی | پیش آزمون | ۳۵/۹۵       | ۵/۷۷         | ۳۷/۲۰      | ۵/۶۵         |
|                     | پس آزمون  | ۵۵/۵۵       | ۵/۱۵         | ۳۷/۰۰      | ۲/۷۵         |

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها در مؤلفه‌های آزمون

| کیفیت زندگی         | ضریب  | درجه آزادی اول | درجه آزادی دوم | سطح معناداری |
|---------------------|-------|----------------|----------------|--------------|
| جسمانی              | ۴/۵۹  | ۱              | ۳۸             | ۰/۷۵۲        |
| محیطی               | ۰/۰۱۶ | ۱              | ۳۸             | ۰/۸۹۹        |
| احساسی              | ۰/۰۰۵ | ۱              | ۳۸             | ۰/۹۴۳        |
| روانشناختی          | ۳/۱۳  | ۱              | ۳۸             | ۰/۰۸۵        |
| اجتماعی             | ۰/۱۰۶ | ۱              | ۳۸             | ۰/۷۴۶        |
| نمره کل کیفیت زندگی | ۳/۸۱  | ۱              | ۳۸             | ۰/۰۶۸        |

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی توزیع داده‌ها

| آزمون شاپیرو-ویلک   | آماره | درجه آزادی | سطح معناداری |
|---------------------|-------|------------|--------------|
| جسمانی              | ۰/۹۷۱ | ۲۰         | ۰/۸۷۰        |
| ایفای نقش           | ۰/۹۱۰ | ۲۰         | ۰/۱۳۳        |
| محیطی               | ۰/۸۹۴ | ۲۰         | ۰/۰۷۸        |
| روانشناختی          | ۰/۹۶۶ | ۲۰         | ۰/۷۹۷        |
| اجتماعی             | ۰/۷۴۹ | ۲۰         | ۰/۲۸۷        |
| نمره کل کیفیت زندگی | ۰/۶۳۹ | ۲۰         | ۰/۳۰۷        |

نشان می‌دهد که بین دو گروه، حداقل از نظر یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

در جدول ۴ ملاحظه می‌شود که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) را مجاز می‌شمارند. این نتایج

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته عملکرد کیفیت زندگی

| نام آزمون         | ارزش    | F        | P     |
|-------------------|---------|----------|-------|
| اثر پیلای         | ۱/۰۰    | ۱۷۳۶۱/۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| لامبدای ویلکز     | ۰/۰۰۱   | ۱۷۳۶۱/۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| اثر هلتنینگ       | ۲۹۹۳/۳۱ | ۱۷۳۶۱/۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| بزرگترین ریشه خطا | ۲۹۹۳/۳۱ | ۱۷۳۶۱/۲۴ | ۰/۰۰۱ |

می‌شود، با کنترل نمره پیش آزمون، آموزش مبتنی بر خودکارآمدی درد باعث بهبود کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به سرطان شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس با حذف اثر پیش آزمون نشان داد که تفاوت بین میانگین‌های نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن معنادار است. همانطور که در جدول ۵ مشاهده

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس در مؤلفه‌های کیفیت زندگی

| مؤلفه               | میانگین مجذورات | F      | سطح معناداری | مجذورات |
|---------------------|-----------------|--------|--------------|---------|
| جسمانی              | ۱۵۴/۳۸          | ۴۸/۱۶  | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۹    |
| ایفای نقش           | ۳/۷۹            | ۱۳۴/۱۳ | ۰/۰۰۱        | ۰/۸۰    |
| محیطی               | ۱۰۶/۶۴          | ۲۱۴/۴۱ | ۰/۰۰۱        | ۰/۸۶    |
| روانشناختی          | ۲۵/۶۹           | ۱۲۶/۰۹ | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۹    |
| اجتماعی             | ۶۴/۴۳           | ۱۰۴/۹۵ | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۶    |
| نمره کل کیفیت زندگی | ۱۴۲۸/۵۹         | ۲۸۶/۵۵ | ۰/۰۰۱        | ۰/۸۹    |

**بحث**

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدل خودکارآمدی درد باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می‌شود که با یافته‌های عزیزی کرج، و تیم<sup>۱</sup> و همکاران همخوانی دارد (۱۹۰۲۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت که از آنجایی که افراد مهارت‌هایی را می‌آموزند که سبب می‌شود در مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های تنش‌زا به شیوه خودکارآمدتری تفکر و سپس عمل کنند. از این رو سعی می‌شود با کاهش دادن استرس‌ها و تمرکز بر توانایی‌ها و استعدادها، زندگی شاد و سالم‌تری ایجاد شود و از آنجایی که این برنامه سبک‌های شناختی‌نا سازگارانه و سوگیری‌های فرایند اطلاعاتی که مرتبط با اضطراب و افسردگی است را هدف قرار می‌دهد، بنابراین سبب بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (۲۴). همچنین، خودکارآمدی موجب افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مساله‌مدار در بیماران سرطانی می‌شود و باعث بازنگری و ارزیابی مجدد به گونه مثبت در تنظیم هیجانات می‌شود. این آموزش‌ها موجب کاهش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار، خودسرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز تلقی کردن می‌شود که در نهایت باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می‌شود (۲۵).

آموزش خودکارآمدی اعتقاد به توانایی و یک فلسفه خوش‌بینانه به زندگی را ارائه می‌کند و یکی از عناصر سازنده عملی است که کمک می‌کند تا فرد فاصله بین نیروهای خود و محدودیت خود را پر می‌کند و به دیگر سخن، موجب بازیابی اعتقاد بوده و جرات انجام کار را به افراد می‌دهد و از طریق دلگرمی، فرد به ارزش‌های خود، آگاهی می‌یابد و به نقاط قوت و داشته‌های خود واقف می‌شود. بنابراین، آموزش خودکارآمدی افزایش هم‌مدلی افراد را

موجب می‌شود که در نتیجه این امر سطح کیفیت زندگی افراد بالا می‌رود، افرادی که از سطح کیفیت زندگی بالایی برخوردارند، رفتارهای انعطاف‌پذیری بیشتری از خود بروز می‌دهند و روابط بهتری را با دیگران ایجاد می‌کنند. این رفتارهای انعطاف‌پذیر حل بهتر مساله و درک بهتر شرایط می‌شوند. در واقع افرادی که ارزیابی مثبتی از زندگی‌شان دارند، آرامش بیشتری را تجربه می‌کنند و می‌توانند اطلاعات دریافتی را بطور گسترده‌تر و متنوع‌تر طبقه‌بندی کنند. در نتیجه تداعی‌های بیشتری را در مورد یک موضوع داشته باشند (۲۶).

افراد دارای سطح کیفیت زندگی بالا، برای حل مسائل زندگی پافشاری بیشتری می‌کنند و در برابر بازخوردهای نامطلوبی که از محیط اطرافشان دریافت می‌کنند استقامت بیشتری دارند. در نتیجه می‌توانند سطوح بالاتری از هیجانات مثبت را بروز دهند، همچنین افراد را قادر خواهد ساخت تا با پرورش آن در خود، نسبت به تنیدگی و سایر جنبه‌های منفی که سلامت آنها را به خطر می‌اندازد مصون باشند (۲۷).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم پیگیری افراد مورد مطالعه بود. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، دوره‌های پیگیری چند ماهه جهت بررسی ماندگاری اثرات درمانی مد نظر قرار بگیرد.

**نتیجه‌گیری**

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش خودکارآمدی درد، توان افراد را بالا برده و این امر باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می‌شود. لذا آموزش خودکارآمدی درد می‌تواند به عنوان یک روش درمانی برای بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گیرد.

<sup>1</sup> Thieme

**تشکر و قدردانی**

بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج و نیز شرکت کنندگان گرامی، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

مقاله حاضر ماحصل رساله دکتری رشته روانشناسی عمومی با کد اخلاق IR.IAU.URMIA.REC.1397.023 می‌باشد.

**References**

- 1- Deka SJ, Mamdi N, Manna D, Trivedi V. Alkyl cinnamates induce protein kinase C translocation and anticancer activity against breast cancer cells through induction of the mitochondrial pathway of apoptosis. *Journal of Breast Cancer*. 2016;19(4):358-71.
- 2- Yoon HJ, Kim KH, Kim JY, Park HJ, Cho JY, Hong YJ. Chemotherapy-induced left ventricular dysfunction in patients with breast cancer. *Journal of Breast Cancer*. 2016;19(4):402-9.
- 3- Budowski M, Schief S, Sieber R. Precariousness and quality of life- a qualitative perspective on quality of life of households in precarious prosperity in Switzerland and Spain. *Applied Research in Quality of Life*. 2016;11(4):1035-58.
- 4- Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well being among patients with breast cancer. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2016;41(2):140-44 [Persian].
- 5- Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. The effectiveness of acceptance and commitment based treatment on social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis. *Armaghane Danesh*. 2017;21(11):1100-14 [Persian].
- 6- Johns MM, Zimmerman M, Harper GW, Bauermeister JA. Resilient minds and bodies: size discrimination, body image, and mental health among sexual minority women. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2017;4(1):34-42.
- 7- Church DD, Hoffman JR, Mangine GT, Jajtner AR, Townsend JR, Beyer KS. Comparison of high-intensity vs high-volume resistance training on the BDNF response to exercise. *Journal of Applied Physiology*. 2016;121(1):123-28.
- 8- Lim JW, Yi J. The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2018;36(7):699-708.
- 9- Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five-year observational cohort study. *British Medical Journal*. 2005;3(4):72-94.
- 10- Ahlstrand I, Vaz S, Falkmer T, Thyberg I, Bjork M. Self-efficacy and pain acceptance as mediators of the relationship between pain and performance of valued life activities in women and men with rheumatoid arthritis. *Clinical Rehabilitation*. 2017;31(6):824-34.
- 11- Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Iwaki R, Kawta H, Sawamoto R. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the hisayama study. *BMC Psychiatry*. 2015;31(15):181.
- 12- Phillips SM, McAuley E. Physical activity and quality of life in breast cancer survivors: the role of self-efficacy and health status. *Psycho-Oncology*. 2014;23(1):27-34.
- 13- Koopman C, Butler LD, Classen C, Giese-Davis J, Morrow GR, Westendorf J. Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *Journal of Traumatic Stress*. 2003;15(4):277-87.
- 14- Palesh OG, Shaffer T, Larson J, Edsall S, Chen XH, Koopman C. Emotional self-efficacy, stressful life events, and satisfaction with social support in relation to mood disturbance among women living with breast cancer in rural communities. *The Breast Journal*. 2006;12(2):123-29.
- 15- Akin S, Can G, Durna Z, Aydinler A. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008;12(5):449-56.



- 16- McCarroll M, Armbruster S, Frasure H, Gothard M, Gil K, Kavanagh M. Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): a randomized controlled trial. *Gynecologic Oncology*. 2014;132(2):397-402.
- 17- Tsang SK, Hui EK, Law B. Self-efficacy as a positive youth development construct: a conceptual review. *The Scientific World Journal*. 2012;4(2):37-45.
- 18- Pinguart M, Duberstein PR. Associations of social networks with cancer mortality: a meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2010;75(2):122-37.
- 19- Azizi Karaj M, Dehghani F, Kamali Zarch M. The role of emotional self-regulation mediates in the relationship between mindfulness and self-efficacy in type 2 diabetic patients in Yazd. *Horizon Medical Sciences*. 2017;23(3): 243-50 [Persian].
- 20- Thieme M, Eienkel J, Zenger M, Hinz A. Optimism, pessimism and self-efficacy in female cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2017;47(9):849-55.
- 21- Mosher CE, DuHamel KN, Egert J, Smith MY. Self-efficacy for coping with cancer in a multiethnic sample of breast cancer patients: associations with barriers to pain management and distress. *The Clinical Journal of Pain*. 2010;26(3):227-33.
- 22- Perkins HY, Baum GP, Carmack Taylor CL, Basen-Engquist KM. Effects of treatment factors, comorbidities and health-related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2009;18(4):405-11.
- 23- Saffaeei A, Dehkordi B, Tabatabaie S. Evaluation of the validity and reliability of a specific questionnaire on quality of life in cancer patients. *Armaghan-e-Danesh*. 2007;12(2):79-87 [Persian].
- 24- Asghari A, Nicholas MK. Personality and pain-related beliefs coping strategies: a prospective study. *Clinical Journal Pain*. 2016;22(1):10-18.
- 25- Bandura, A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
- 26- Costa L, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Smeets RJ. Self-efficacy is more important than fear of movement in mediating the relationship between pain and disability in chronic low back pain. *European Journal of Pain Supplements*. 2011;15(2):213-19.
- 27- McKnight PE, Afram A, Kashdan TB, Kasle S, Zautra A. Coping self-efficacy as a mediator between catastrophizing and physical functioning: treatment target selection in an osteoarthritis sample. *Journal of Behavioral Medicine*. 2010;33(3):239-49.