مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی "آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری " و"آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی " بر افزایش کیفیت زندگی خانواده

حمیدرضا جمیلیان[1]، محمدرضا خوانساری[2]*، ویکتوریا صفری[3]

تاریخ دریافت 1392/07/18 تاریخ پذیرش 1392/10/14

چکیده

پیش زمینه و هدف: هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی "آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری " و "آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی " بر افزایش کیفیت زندگی خانواده بیماران پایانی بود.

مواد و روش کار:روش تحقیق از نوع آزمایشی(تجربی) و طرح پژوهشی از نوع نیمه آزمایشی(نیمه تجربی)سه گروهی-انتخاب تصادفی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. بستگان ۳۰ بیمار پایانی بستری در بیمارستان آیت اله... خوانساری اراک به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری، شامل دو گروه آزمایش که گروه اول :آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و گروه دوم: آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی را دریافت کردند و گروه کنترل گمارده شدند. گروه‌های آزمایش به مدت ۸ جلسه آموزش‌های گروهی را دریافت کردند. در پیش آزمون، پس آزمون و دو ماه پس از پایان آموزش، آزمودنی‌ها به پرسشنامه کیفیت زندگی(WHOQOL-BREEF) پاسخ دادند و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری با آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی بر کیفیت زندگی خانواده ($p<0/01$) در مرحله پیگیری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری: آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی،هر دو بر افزایش کیفیت زندگی خانواده بیماران پایانی مؤثر هستند اما روش آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری اثربخش‌تر از آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی بر کیفیت زندگی خانواده در مرحله پیگیری است.

کلید واژه‌ها: بیمار پایانی، کیفیت زندگی، آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره دوازدهم، ص ۹۹۵-۹۸۷، اسفند ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: همدان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان، تلفن:۰۹۱۸۸۶۳۷۲۲۰

Email: Khansari_mohammadreza@yahoo.com

مقدمه

کیفیت زندگی درک ذهنی و شخصی مبتنی بر خوشحالی یا رضایت فرد از عوامل مؤثر بر رفاه، عملکرد جسمی، عاطفی و اجتماعی است که هدف آن ارتقاء یا حفظ توانایی فرد برای بهترین عملکرد و وضعیت، با وجود بیماری است (۱)و ابعاد فیزیکی، روان شناختی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، ارتباط با محیط و معنویت را شامل می‌شود (۲). بعد اجتماعی به انزوا، وابستگی روابط خانوادگی و محیط‌های اجتماعی بستگی دارد و بعد روانی با مفاهیم رفاه روانی و اجتماعی رابطه دارد که مسائل افسردگی و شادمانی مطرح است (۳). بیمار پایانی، فردی است که دچار بیماری پیش‌رونده‌ای است که با درمان‌های رایج پزشکی قابل بهبود یا کنترل نمی‌باشد و به علت شرایط خاص روانی، خانواده را دچار آشفتگی‌ها و استرس‌های فراوانی می‌کند که این پریشانی‌ها به دلیل عدم آگاهی خانواده در چگونگی برخورد و ارتباط با بیمار، تشدید شده و با گسترش به سایر ابعاد زندگی موجب افت کیفیت زندگی آنان می‌شود (۱). کیفیت زندگی پایین بر روی ارتباطات خانوادگی تأثیر گذاشته و موجب به‌کارگیری شیوه‌های ناکارآمد و افزایش تنش و متعاقباً تأثیر سوء بر سلامت

[1] روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی اراک، بیمارستان امیرکبیر اراک

[2] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مدرس دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان (نویسنده مسئول)

[3] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، بیمارستان امیرکبیر

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

جسمانی و روانی آن‌ها می‌گردد. هدف از مراقبت تسکینی، حمایت از بیمار و خانواده او در سازگار شدن با دلواپسی‌های رنج‌آور مرگ پیش‌رو است.

این مهارت‌ها در کلیه حوزه‌های جسمی، نیازهای روان شناختی، حوزه اجتماعی و ذهنی حائز اهمیت است و در نهایت به دنبال ایجاد بهترین کیفیت ممکن برای زندگی بیمار پایانی و خانواده اوست (۴). در بیماری‌های پیش‌رونده، افراد در زمینه جنبه‌های عینی بیماری به صورت آشکارتری نسبت به پیامدهای هیجانی مثل ترس و اضطراب با هم صحبت می‌کنند و این پنهان کاری را با هدف قرار دادن یک فیلتر حمایتی در برابر بیماری انجام می‌دهند (۵).

بسیاری از محققین بر ضرورت افزایش کیفیت زندگی خانواده بیماران و مراقبت‌کنندگانی که مدت طولانی از بیماران مراقبت کرده‌اند، تاکید نموده‌اند(۵-۱).

درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها می‌باشد (۶). تحقیقات نشان داده که آموزش مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری منجر به تغییر در روابط بین فردی در تعامل با دوستان و اعضای خانواده می‌شود و حس همدلی را در بیماران افزایش می‌دهد (۲) بیان احساسات و پردازش افکار در مورد رویدادهای استرس‌زای زندگی، سازگاری هیجانی را تسهیل می‌کند و منجر به تغییر دیدگاه بیمار نسبت به زندگی، اهداف و اولویت‌ها می‌شود (۷).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری را در کاهش علایم، و بهبود کیفیت زندگی بیماران مختلف نشان داده است (۱۱-۸).

مهارت‌های ارتباطی عبارتست از توانایی ایجاد ارتباطات اثربخش از طریق مهارت‌های زبان که شامل کاربرد کلمات مناسب و الگوهای زبانی(کلامی و غیرکلامی) است، و آگاهی از اینکه چه چیزی منجر به ایجاد علاقه در شنونده در گفتگوهای رایج می‌شود(۱۲) حمایت‌های خانواده در کنار آمدن فرد با بیماری‌اش بسیار مهم است (۱۳) و ارتباط مؤثر با بیمار منجر به تسکین درد و پاسخ بهتر او به درمان می‌شود (۱۴) . تحقیقات نشان داده که ارتباط خوب قبل از عمل جراحی نگرانی را در بیماران کمتر می‌کند و عدم توانایی در برقراری ارتباط، استرس بیمار را افزایش می‌دهد (۱۵). خوشبختانه مهارت‌های ارتباطی قابل یادگیری است و می‌توان این مهارت‌ها را به افراد آموزش داد (۱۷-۱۶). متأسفانه تحقیقات اندکی در مورد اثربخشی درمان‌های مختلف از جمله آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری یا آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی بر کیفیت زندگی خانواده بیماران پایانی صورت گرفته است و گذشته از آن مقایسه‌ای هم بین کارایی این روش‌ها برای استفاده از اثربخش‌ترین آن‌ها در مورد خانواده این بیماران صورت نگرفته است، با وجود آنکه بعد از مرگ بیمار، ارتباط و حمایت از خانواده بیمار و اطرافیانش لازم است (۱۸). مطالعات تاکید کرده‌اند که آموزش مهارت‌های ارتباطی با بیمار، علاوه بر اخذ اطلاعات کافی از بیمار و تشخیص صحیح بیماری، منجر به جلب اعتماد بیمار و درمان موفقیت‌آمیز می‌شود و مهارت ارتباطی با بیمار، پایه و اساس خدمات درمانی مؤثر و موفق است(۲۰-۱۹). در مطالعه‌ای گزارش شد که خانواده بیماران پایانی مبتلا به بیماری انسدادی ریوی مزمن(COPD)، در ایجاد موقعیت مناسب که مراقبت‌های بهداشتی برای بیمار پایانی مطلوب باشد، نقش بسزایی دارند(۲۱).در مطالعه‌ای دیگر شش عامل که منجر به تجربه "مرگ بهینه" در بیماران پایانی و خانواده‌هایشان می‌شود به قرار زیر گزارش شد: کاهش علایم ناراحت کننده، مشارکت در تصمیم گیری‌های درمانی، برنامه ریزی و آمادگی برای مرگ، بهره گیری از تجربیات معنوی و دینی، حل تعارضات، و تاکید مراقبان(خانواده و کادر درمانی) بر تمامیت فردی بیمار(۲۲). پژوهش‌های دیگر نیز بر نقش خانواده بیماران پایانی تاکید داشته‌اند، ازجمله مهم‌ترین عواملی که در مراقبت از این بیماران فهرست شده است، عبارتست از درمان صحیح، پرهیز از حمایت‌های غیرضروری در زندگی(دلسوزی و ترحم)، ارتباطات اثربخش و سازنده با بیمار، مراقبت دائمی، و تکمیل زندگی(۲۳).

لذا با توجه به آنچه که ذکر شد،این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روش " آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری" و روش " آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی" بر کیفیت زندگی خانواده بیماران پایانی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق از نوع آزمایشی(تجربی) و طرح پژوهشی از نوع نیمه آزمایشی(نیمه تجربی)سه گروهی-انتخاب تصادفی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران بستری در بیمارستان آیت ا... خوانساری اراک که طبق نظر پزشک معالج، بیماریشان سیر پیش‌رونده داشتند و پیش آگاهی بیماریشان ضعیف بود و با درمان‌های رایج پزشکی قابل درمان نبودند. از بین این بیماران ۳۰ بیمار به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و یکی از بستگان درجه اول آن‌ها که ارتباط نزدیکی با بیمار داشت در سه گروه ۱۰ نفری گنجانده شدند، شایان ذکر است که در مداخلات گروه درمانی با رویکردهای مختلف

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

روان‌درمانی، بر تعداد اعضای گروه بین ۸ تا ۱۲ نفر تاکید شده است(۲۴). گروه اول آزمایش شامل ۱۰ نفر از بستگان بیماران پایانی بودند که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری را در ۸ جلسه گروهی و هفته‌ای ۲ ساعت دریافت کردند، گروه دوم آزمایش که شامل ۱۰ نفر از بستگان بیماران پایانی که آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی را در ۸ جلسه گروهی هفتگی۲ ساعته دریافت کردند. گروه کنترل شامل ۱۰ نفر از بستگان بیماران پایانی بودند. ابتدا، اعضاء سه گروه به منظور شرکت در مطالعه فرم رضایت نامه کتبی را تکمیل و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمودند. شرایط ورود به مطالعه دامنه سنی ۱۸ سال به بالا، توانایی خواندن و نوشتن حداقل تا ۸ کلاس، عضو درجه یک خانواده بیمار پایانی و داشتن رابطه نزدیک با بیمار بود، آزمودنی‌ها در هر سه گروه بر اساس جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، و نسبت با بیمار پایانی با هم همسان شده بودند.

آموزش مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی طی ۸ جلسه گروهی و به مدت ۲ ماه توسط کارشناس ارشد روانشناس بالینی در بیمارستان آیت ا... خوانساری اراک بر روی گروه‌های آزمایش انجام گرفت.

در روش آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری جلسه اول شامل معارفه، گفتگو راجع به نقش استرس بر شروع و تشدید بیماری‌های لاعلاج و اثر بیماری بر تغییر روابط اعضای خانواده بود. در جلسه دوم و سوم به بازسازی شناختی و ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی، بحث در مورد خطاهای پردازش، آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با افکار غیرمنطقی به عنوان راهکاری جهت مقابله با افکار غیرمنطقی پرداخته شد. جلسه چهارم مدیریت خشم، جلسه پنجم آموزش حل مسئله و ابراز وجود، جلسه ششم آموزش مهارت‌های ارتباطی و استفاده از حمایت‌های اجتماعی، جلسه هفتم روش‌های مقابله با استرس و آموزش ۳ سبک رفتاری منفعلانه، جرئت‌ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت‌های ارتباطی و در جلسه هشتم به مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده، اختصاص داده شد.

در روش آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی جلسه اول بحث در رابطه با ارتباط و آموزش یادگیری زبان بدن و ضرورت ارتباط با بیمار پایانی، جلسه دوم توضیح در مورد عوامل بازدارنده ارتباط و شیوه‌های تسهیل کننده ارتباط غیرکلامی، جلسه سوم آموزش روش‌های گوش دادن و گوش دادن فعال و بررسی نشانه‌های گوش دادن ضعیف، جلسه چهارم آموزش سکوت و انواع آن در ارتباط با بیمار پایانی و روش‌های مواجهه با احساسات بیمار، جلسه پنجم آموزش ارتباط کلامی و آموزش انواع رفتارهای اجتنابی، جلسه ششم مواجهه با واکنش‌های روانی و هیجانی بیمار پایانی در مورد بیماری‌اش و مقابله با پدیده انکار، جلسه هفتم آموزش در مواجهه با واکنش‌های روانی و هیجانی بیمار پایانی در مواجهه با خشم و افسردگی، جلسه هشتم آموزش افزایش اعتماد به نفس در ارتباط با بیمار پایانی و کمک به معنی بخشیدن به زندگی بیمار آموزش داده شد.

درمانگر در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را تعیین می‌کرد. مهارت‌های جدید را آموزش داده و تکالیف خانگی را برای آزمودنی‌ها مشخص می‌کرد، اعضای گروه موظف بودند که تمرین‌های عملی را در خانه انجام داده و هر جلسه گزارشی از روند تکالیف ارائه کنند. جلسه پی‌گیری دو ماه پس از اتمام جلسات گروهی انجام شد.

ابزار گرد آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسش نامه سنجش کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[1] بود که توسط بونومی[2] ساخته و استاندارد سازی شده، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری توسط پژوهشگر در سه گروه اجرا و نمره گذاری شد.این پرسش نامه که با درهم آمیختن برخی از بخش‌ها و کنار گذاشتن شماری از سؤال‌های WHOQOL- 100 ساخته شده، دارای ۲۶ سؤال است، که نمره گذاری آن به روش لیکرت بوده و از یک تا پنج نمره متغیر است و دامنه نمره کل فرد در این پرسش نامه، بین ۲۶ تا ۱۳۰ نمره است(۲۵). این پرسش نامه در ایران به وسیله نجات[3] و همکاران(۲۶) استانداردسازی شده است که روایی پرسش نامه مطلوب گزارش شده است، پایایی آن با استفاده از روش باز آزمایی برای بخش‌های سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴، و همسانی درونی بخش‌های مختلف آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای افراد سالم و بیمار، بین ۰/۵۲ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۶). داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها

برای بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگراف-اسمیرنف استفاده شد که مقدار P بیش از عدد بحرانی در سطح ۵درصد بود. نتایج این آزمون نشان داد که توزیع تمام داده‌های مورد اندازه گیری به ترتیب در پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری در سه گروه، گروه (۱) آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری (۵۱۵درصد، ۰/۵، ۰/۵۷۵)، گروه (۲) آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی (۰/۶۰۹، ۰/۶۵۷، ۰/۵۷۱)، و گروه(۳)

[1] World Health Organization (WHO) Quality of life- BREF (WHOQOL – BREF)
[2] Bnomi

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

کنترل(۵۲۷، ۰/۴۵، ۰/۵۵۵) به صورت طبیعی بوده است، و آزمون فرض کرویت(Machly's W) برای گروه‌های مطالعه به ترتیب، گروه آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری(۰/۸۸۴)، گروه آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی(۰/۵۵۸)، و گروه کنترل(۰/۴۴۲) محاسبه شد که کمتر از ۵درصد بود.

جدول۱ میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی گروه‌های مطالعه را در پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پی‌گیری نشان می‌دهد، و جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر گروه‌ها در پس آزمون و پی‌گیری را نشان می‌دهد، نتایج نشان داد که از نظر کیفیت زندگی، گروه آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی–رفتاری نسبت به گروه کنترل، هم در مرحله پس آزمون (P<۰/۰۱) وهم در مرحله پی‌گیری(P<۰/۰۱) تفاوت معنی‌دار داشت. یافته‌ها هم چنین نشان داد که از نظر کیفیت زندگی، گروه آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی نسبت به گروه کنترل، هم در مرحله پس آزمون(P<۰/۰۱)و هم در مرحله پی‌گیری(P<۰/۰۳) تفاوت معنی‌دار وجود داشت.

جدول۳ نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در پس آزمون و پی‌گیری را نشان می‌دهد، یافته‌ها نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌دار بین آموزش مدیریت استرس به روش شناختی-رفتاری با آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی بر کیفیت زندگی خانواده این بیماران در مرحله پس آزمون وجود ندارد، با این وجود بین هر دو روش آموزشی در مرحله پس آزمون و مرحله پی‌گیری نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌دار (P<۰/۰۱) یافت شد و مهم‌تر آنکه نتایج نشان دادند که اثربخشی روش آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی خانواده بیماران بیشتر از اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی بر کیفیت زندگی خانواده این بیماران بود.

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی گروه‌ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	(انحراف معیار)	میانگین	(انحراف معیار)	میانگین	(انحراف معیار)
۱	۳۹/۲	(۸/۵۷)	۵۵/۹	(۸/۵۸)	۵۴/۸۷	(۹/۵)
۲	۴۰/۲	(۱۵/۶)	۵۶	(۱۲/۶۴)	۴۸	(۱۳/۵۶)
۳	۳۹/۸	(۱۴/۳)	۴۱	(۱۱/۱)	۳۹/۲۲	(۱۰/۳۲)

گروه ۱: آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری

گروه ۲: مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی

گروه ۳: کنترل

جدول (۲): نتایج مربوط به آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

گروه‌ها		df	سطح معنی‌داری	پس آزمون			پیگیری		
				اختلاف میانگین	خطای استاندارد	بونفرونی sig	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	بونفرونی sig
۱	۴۴/۶۶	۲	۰/۰۰۱ *	-۱۷/۶۲	۲/۰۳	۰/۰۰۱ *	-۱۶/۷۵	۱/۸۱	۰/۰۰۱ *
۲	۳۵/۳۴	۲	۰/۰۰۱ *	-۱۶/۳۳	۱/۶۹	۰/۰۰۱ *	-۸/۳۳	۲/۵۰	۰/۰۰۳ **
۳	۰/۳۴۶	۲	۰/۷۱۳	-۱/۱۱	۱/۷۲	۱/۰۰	-۰/۶۶	۲/۸۵	۱/۰۰

*p <۰/۰۱

**p <۰/۰۳

گروه ۱: آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری

گروه ۲: آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی

گروه ۳: کنترل

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

جدول (۳): نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در پس آزمون و پیگیری

گروه‌ها	پس آزمون			پیگیری		
	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
گروه ۱ با گروه۲	۰/۶۵۷	۱/۹۴	۰/۰۱	۷/۹۴	۲/۹۳	۰/۰۰۳ **
گروه ۱ با گروه ۳	۱۵/۴۲	۱۵/۴۲	۰/۰۰۱ *	۱۶/۸۷	۲/۹۳	۰/۰۰۱ *
گروه ۲ با گروه ۳	۱۴/۷۶	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱ *	۸/۹۳	۲/۸۴	۰/۰۰۱ *

*p <۰/۰۱

**p <۰/۰۳

گروه ۱: آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری

گروه ۲: آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی

گروه ۳: کنترل

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، میزان اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی-رفتاری در بهبود کیفیت زندگی خانواده بیماران پایانی، تفاوت معنی‌داری را با گروه کنترل نشان داد، در مرحله پی‌گیری نتایج بعد از۲ ماه همچنان اثر مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری باقی مانده بود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های کهرزایی و همکاران(۲۷)، لیدن(۶)، باور و سگرستروم(۲)، باور و همکاران(۷) و صالح زاده و همکاران(۱۱) مبنی بر اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران هم‌خوانی دارد هر چند تاکنون مطالعه ایی در زمینه اثربخشی این نوع درمان بر کیفیت زندگی خانواده بیمار پایانی صورت نگرفته و بیشتر اظهار نظرها بر اساس گمانه زنی‌ها بوده است. نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی در بهبود کیفیت زندگی خانواده بیماران پایانی، تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارد، که این یافته موید آنست که آموزش ارتباط با بیمار، جلب اعتماد و درمان موفق بیمار را در پی دارد و ارتباط سازنده با بیمار پایه و اساس ارائه خدمات بهداشتی است(۲۰-۱۹) و باعث تسهیل در روابط با دیگران شده و شبکه اجتماعی وسیع تر و حمایت اجتماعی بیشتری را فراهم می‌کند و به تبع آن رضایت از زندگی فرد نیز بیشتر می‌شود(۲۸). نشان داده شده که ارتباطات خانوادگی بهتر، منجر به افزایش طول عمر بیماران پایانی بستری در بیمارستان می‌شود و هنگامی که خانواده ارتباط سازنده‌ای با کادر بهداشتی برقرار می‌کنند بیماران مدت زمان کمتری در بیمارستان می‌مانند(۲۹).

در مرحله پی‌گیری نتایج بعد از دو ماه، همچنان اثر آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی بر کیفیت زندگی خانواده این بیماران در گروه آزمایش همچنان باقی مانده بود. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات دیستفانو و همکاران(۳۰) و سامارکو(۳۱) هماهنگ است، در پژوهش‌ها کاربرد درمان شناختی-رفتاری در کاهش و تسکین افسردگی، اضطراب و درد بیماران پایانی گزارش شده است(۳۲) هر چند که در این زمینه مطالعات سایر پژوهشگران بیشتر بر کیفیت زندگی خود بیمار تمرکز داشته‌اند و خانواده بیماران را شامل نمی‌شدند.

هم چنین نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری با اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی، بر کیفیت زندگی خانواده این بیماران در مرحله پس آزمون وجود ندارد اما در مرحله پی‌گیری بعد از دو ماه مشخص شد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری اثربخش‌تر از آموزش مهارت‌های ارتباط با بیمار پایانی بر کیفیت زندگی خانواده این بیماران است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات مارتل، ادیس و جاکوبسن(۳۳) و هیکو و لجویز(۳۴) هم سویی دارد، این پژوهشگران عنوان می‌کنند که تعدد این مداخلات بر روی بیماران مزمن،اثربخشی بیشتری را در پی خواهد داشت، اما با این وجود بر به‌کارگیری درمان شناختی-رفتاری به خاطر سودمندی بالقوه بیشتر آن در قیاس با سایر روش‌های به کار گرفته شده برای این بیماران تاکید می‌ورزند(۳۴-۳۳). روشن است که درمان‌های شناختی-رفتاری به دلیل آنکه هر دو بعد نشانه و تفکر را هدف خود قرار می‌دهند، موفق تر از روش‌هایی عمل خواهند کرد که فقط بر روی نحوه تفکر و یا رفتار فرد اعمال می‌شود(۳۵).

شدت علایم و فشارهای روانی بر کیفیت زندگی بیمار مزمن تأثیر دارد و استقلال و توانایی او را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند(۳۶)،وجود بیماری یا اختلال در یک عضو

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

خانواده، منجر به افت کیفیت زندگی، رضایت‌مندی زناشویی، روابط اجتماعی و تعارضات بین فردی و سایر مشکلات روانی-اجتماعی-محیطی در فرد و سایر اعضا خانواده می‌شود(۴۰-۳۷) و با طولانی شدن فرایند بیماری، اعضای شبکه ارتباطی به تدریج دچار خستگی مزمن شده و حمایت اجتماعی بیمار کاهش می‌یابد(۴۱). از سویی بعضی از محققین بر این باورند که حمایت اجتماعی و خانوادگی زیر بنای کاهش تنش فرد و تسهیل انجام رفتار است(۴۲). حمایت‌های اجتماعی از قبیل حمایت هیجانی، یاری‌های وسیله‌ای، مالی و اطلاعاتی و قدر دانی اعضای خانواده نقش خود-مدیریتی بر بیماری دارد و میزان تعلق فرد به شبکه اجتماعی و ارتباط متقابل وی با جامعه، منبع با ارزشی در سازگاری روانی و اجتماعی بیمار است(۴۳). ارتباط و حمایت همسر و خانواده سبب افزایش تطابق فرد و بهبود کیفیت زندگی می‌شود و رفتار مراقبت کنندگان بر کیفیت زندگی بیمار اثرگذار است(۳۱-۳۰). هم چنین ضربه ناشی از تشخیص و درمان تأثیر منفی بر عملکرد روانی، جنسی و ارتباطات زناشویی فرد می‌گذارد(۳۶). از این رو بخشی از مسائل و مشکلات روانی و اجتماعی این بیماران، خانواده‌های آن‌هاست در صورتی که بیمار دارای همسر و فرزند باشد، مسائل مربوط به آن‌ها نیز مطرح می‌شود(به ویژه تجربیات شخصی و تجربیات اعضای خانواده نسبت به بیماری) و این بیماران می‌بایست از حداکثر حمایت محیطی برخوردار باشند(۲۷). لذا به نظر می‌رسد برای ارائه خدمات بهتر و افزایش کیفیت زندگی بیماران پایانی و مزمن، ارائه خدمات بهداشت روانی به ویژه آموزش‌های شناختی-رفتاری یا مهارت‌های ارتباطی با بیمار پایانی بر کیفیت زندگی خانواده نقش مهمی را ایفا کرده و هم چنین منجر به بهبود کیفیت زندگی خود بیمار نیز می‌شود. با این وجود وارسی سودمندی این روش‌ها نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد، اما آنچه مداخلات شناختی-رفتاری را به عنوان راه حلی بدیع مطرح می‌کند سادگی اجرا، و صرفه زمانی است(۳۴) و اینکه این رویکرد درمانی سبک زندگی، تفکر و رفتار سالم را در قالب برنامه‌های نظام‌دار شناختی و رفتاری در زندگی شکل می‌دهد. بنابراین استفاده از روشی که قابلیت‌های حل مسئله، مهارت‌های ارتباطی و راهبردهای کنار آمدن را در زندگی خانواده‌های این بیماران بهبود بخشد، بسیار سودمند خواهد بود.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش آن بود که صرفاً بستگان بیماران سرطانی به عنوان خانواده بیمار پایانی در آن شرکت داشتند . توصیه می‌شود در مطالعات بعدی بستگان سایر بیماران پایانی از قبیل بیماران کلیوی، قلبی و عروقی، و بیماران دچار آلزایمر و دمانس هم شرکت کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده اثربخشی رویکردهای مختلف درمانی در بیماران پایانی، خانواده آنان و کادر بهداشتی –درمانی با ابزارهای دیگری نیز مورد بررسی قرار گیرند.

References:

1. Schultz A , Winstead-Fry P. Predictors of quality of life in rural patients with cancer. Cancer Nurs 2001 ; 24(1): 12-9.
2. Bower JE, Segerstrom SE. Stress management, finding benefit, and immune function: positive mechanism for intervention effects on physiology. J Psychosom Res 2004; 56(1): 9-11.
3. Cannam C, Acrons S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. Rehabil Nurs 1999; 25(5): 192-6.
4. Heidarzadeh M, Ghahramanian A, Haghigat A. Relationship between quality of life and social support in strok patients. Iran J Nurs 2009; 22(59): 23-32.(Persian)
5. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depression among cancer patients. Psycho-Oncology 2001; 10: 156-65.
6. Liden W. Stress management : from basic science to better practice.1st ed. London: SAGE;2005 .
7. Bower JE, Kemeny MF, Taylor SE, Fahey JL. Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement-related disclosur intervention. Ann Behav Med 2003; 25(1): 146-55.
8. Lechner S, Antoni M, Lydson D, LaParriere A, Ishii M, Devieux J, et al. Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. J Psychosom Res 2003; 54(3): 253-61.
9. Penedo F, Dahn J .Cognitive-behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. Cancer 2004;100(1): 192-200.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

10. Penedo F, Treager L, Dahn J, Molton I, Gonzalez J, Scheiderman N, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. Int J Behave Med 2007; 14(3): 164-72.
11. Salehzadeh M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Nouri A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on quality of life in intractable epileptic patients. J Behav Sci 2011; 4(4): 255-60. (Persian)
12. Corsini RJ. The dictionary of psychology. London: Taylor& Francis; 1999.
13. Blinderman CD, Cherny NI. Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patient in Isreal. Palliative Med 2005;1 9: 371-80.
14. Razavi D, Delvaux N, Marchal S, De Cock M, Farvacques C, Salchmuylder JL. Testing health care professional communication skills: tha usefulness of highly emotional standardized role playing sessions with simulators. Psycho-Oncology 2000; 9: 293-302.
15. Cantwell BM, Ramirez AJ. Doctor-patient communication: a study of junior house officers. Med Educ 1997; 31: 17-21.
16. Maguire P. Can communication skills be though? Br J Hosp Med 1990; 43: 215-6.
17. Fukui S, Ogawa K, Yamagishi A. Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study. Psycho-Oncology 2011; 20(12): 1258-91.
18. Addington-Hall J, Lay M, Altmann D, Mc Carty M. Symptom control, communication with health professionals, and hospital care of stroke patient in the last year of life as reported by surviving family, friends and officials. Strok 1995;26: 2242-8.
19. Farajzadeh S, Noohi E, Mortazavi H. Intern□s communication whith patients during interview: the perspectives of patient and observer. Iran J Med Educ 2006; 6(2): 79-85. (Persian)
20. Rahman A. Initial assessment of communication skills of intern doctors in history-taking. Med Teach 2000; 22(1-2): 184-8.
21. Dean MM. End-of-life care COPD patients. Prim Care Respir J 2008; 17(1): 46-50.
22. Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, Mclntyre LM, Tulsky JA. In search of good death: observations of patients, family and providers. Ann Intern Med 2000; 132(10): 825-32.
23. Heyland D K, Dodek P, Rocker G, Groll D, Gafni A, Pichora D, et al. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. CMAJ 2006; 174(5): 627-33.
24. Sperry L. Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders. Translated by: Mohammadreza Khansari, Mina Mojtabaie, Hamidreza Jmilian, Mahmood Ajloo. Tehran: Nasshre Elm, 2012. (Persian)
25. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States, version of the world health organization quality of life(WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol 2000; 53(1): 1-12.
26. Nejat S, Montazeri A, Holakoui Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S R. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREEF) questionnaire: translated aand validation study of Iranian version. J School Public Health Institute of Public Health Res 2006; 4(4): 1-12. (Persian)
27. Kahrazei F, Danesh E, Azadfallah P. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

36. Perry K, Chang Ch. Quality of life assessment in women with breast cancer. Health and Quality of Life Outcome 2007; 5(24): 1-14.
37. Cooper M. Obssessive-compulsive disorder: effects on family members. Am J Orthopsychiatry 1996; 66: 226-303.
38. Albert U, Maina G, Begetto F, Chiarle A, Mataix-Cols D. Clinical predictors of health-related quality of life in obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry 2010; 51(2): 193-200.
39. Basharpoor S, Molavi P, Sheikhi S. Comparison of marital satisfaction and quality of life in people with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders and normal people. Urmia Med J 2013; 23(6): 597-605. (Persian)
40. American Psychiatric Association. Diagnostic and statical manual of mental disorders (4th. ed., text revision). Washangton, DC: APA; 2004.
41. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M, Brater DC, Murray MD. Social support and health-related quality of life in chronicheart failure patients. Quality of Life Research 2001; 10(8): 671-82.
42. Toljamo M, Hentinen M. Adherernce to self-care and social support. J Clin Nurs 2001; 10(5): 618-27.
43. Rahimian Boogar E, Besharat MA, Mohajeri Tehrani M R, Talepasand S. Predictive role of self-efficacy, belief of treatment effectiveness and social support in diabetes mellitus self-management. Iran J Psychiatry clin Psychol 2012; 17(3): 232-40. (Persian)

improving quality of life of cancer patients. J Appl Psychol 2001; 5(2): 7-23. (Persian)
28. Bayrami M, Gholizadeh M. The personality factores as predictors for depression and satisfaction. Urmia Med J 2011; 22(2): 92-8. (Persian)
29. Ahrens T, Yancey V, Kollef M. Improving family communications and the end of life: implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. Am J Crit Care 2003; 12: 317-24.
30. Distefano M, Riccardi S, Capelli G, Costantini B, Petrillo M, Ricci C. Quality of life and psychological distress in lically advanced cervical cancer patients administered pre-operative radiotherapy. Gynecol Oncol 2008;111(1): 144-50.
31. Sammarco A. Perceived social support, uncertaintly, and quality of life in younger breast cancer survivous. J Cancer Nurs 2001;24 (3):212-9.
32. Dunlop S. Cognitive behavioural therapy in palliative and end-of-life care. End Life J 2010; 4(1): 46-52.
33. Martell C R, Addis M E, Jacobson N S. Depression in context: strategies for guided action. 1st ed. New York: Norton; 2001.
34. Hopko DR, Lejuez CW. A cancer patient's guide to overcoming depression and anxiety: getting through treatment and getting beck to your life. 1st ed. New York: New Harbinger Press;2008.
35. Heinberg RC, Becker RE. Cognitive-behavioral therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford Press; 2002.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Original Article

THE COMPARISON OF EFFICACY OF" STRESS MANAGEMENT TRAINING THROUGH COGNITIVE BEHAVIORAL METHOD" AND" RELATIONSHIP SKILLS TRAINING WITH END-OF-LIFE PATIENT" ON INCREASE OF FAMILY LIFE QUALITY

Hamid Reza Jamilian[1], Mohammadreza Khansari[2], Victoria Safari[3]*

Received: 10 Oct , 2013; Accepted: 4 Jan , 2014

Abstract

***Background & Aims*:** The purpose of this study was to compare the effectiveness of stress management training through cognitive behavioral method and relationship skills training with end of life patient for increasing life quality of end of life patients' family.

***Materials & Methods*:** This quasi-experimental study was conducted by a pretest, post-test, and follow up. The relatives of 30 end of life admitted patients were randomly assigned into three equal groups. The first group received stress management training through cognitive behavioral method. The second group received relationship skills training with end of life patient. The third group didn't receive any intervention and was the control group. Interventions were done by eight weekly training sessions in both intervention groups. Data were gathered by WHOQOL-BREEF questionnaire in pretest, post-test, and two months after the end of the training. The data were analyzed by analysis of variance and repeated measurements**.**

Results: Findings showed the efficacy of both types of intervention but there was a significant difference ($p<0.01$) between stress management training through cognitive behavioral method and relationship skills training with end of life patient on increasing family life quality in the follow up.

***Conclusion*:** Stress management training through cognitive behavioral method is more effective than relationship skills training on increasing the quality of family life.

***Keywords*:** End-of-life patient, Quality of life, Relationship skills training, Stress management training

Address: tel: +98 9188637220.

Email: Khansari_mohammadreza@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2014: 24(12): 995 ISSN: 1027-3727

[1] *Psychiatrist, Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran*

[2] *MA. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Hamedan Branch, Hamedan, Iran (Corresponding Author)*

[3] *MA in Clinical Psychology, Amirkabir Hospital, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-10-12]