

اثربخشی آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به سرطان

زهرا صادق زاده مفرد^۱، فریبرز درتاج^{۲*}، فاطمه قائمی^۳، نورعلی فرخی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۰

خلاصه

مقدمه: سرطان به عنوان یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده، دارای تبعات بسیاری است و بهبود سبک زندگی می‌تواند سلامتی فرد بیمار را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به سرطان انجام شد.

مواد روش‌ها: طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید فیاض بخش تهران در سال ۱۳۹۸ بود. تعداد ۳۰ نفر به طور هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه مساوی آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری قرار گرفت. برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بود از مقیاس خودکارآمدی عمومی و پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی که به صورت خودگزارشی تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره آنالیز شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری به طور معنی‌داری موجب افزایش نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان به سرطان شده است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج، آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری می‌تواند بر خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به سرطان مؤثر باشد. بنابراین، در حیطه سلامت مربوط به مبتلایان به سرطان می‌توان مداخلات مبتنی بر ارتقای سبک زندگی سالم را به منظور ارتقای سلامت روان این بیماران استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: سبک زندگی، درمان شناختی-رفتاری، خودکارآمدی، بهزیستی، سرطان

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: dortaj@atu.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۲۲۳۸۰۵۲۲

۳- دانشیار، اندوکرینولوژیست، گروه پیوند و مدیریت بیماری، ستاد معاونت درمان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

مقدمه

یکی از مشکلات مهم بهداشتی و درمانی قرن حاضر، سرطان است [۱] و به دلیل ماهیت مزمن آن، باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۲]. مطالعات زیادی نشان می‌دهند که خودکارآمدی منبع روانی کلیدی در سازگاری با بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود [۳] و میزان خودکارآمدی فرد نقشی اساسی در چگونگی سازگاری وی با چالش‌های ناشی از سرطان به عنوان یک بیماری مزمن دارد [۴]. خودکارآمدی به باور شخص در مورد این که چگونه به خوبی می‌تواند در تغییر موفق باشد، دلالت دارد [۵] و مفهومی است که به احساسات خودکارآمدی، به باورهای افراد درباره توانایی-هایشان در سامان دادن انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر رخدادی معین اشاره دارد [۶]. خودکارآمدی، توان‌سازنده‌ای است که بدان وسیله مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان به گونه‌ای اثربخش ساماندهی می‌شود [۷]. فردی با خودکارآمدی بالا سعی می‌کند که بر موقعیت‌های سخت غلبه کند و تعهد بیشتری نسبت به اهداف دارد [۸، ۹]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باورهای خودکارآمدی در یک بیمار سرطانی بر تبعیت از درمان، امید به آینده، بهبود راهبردهای مقابله‌ای تأثیر می‌گذارد [۱۰] و این، از سلامتی روانی بهتر، تبعیت بالاتر از درمان، سیر تسهیل شده بهبودی و پاسخ موفق‌تر درمانی خبر می‌دهد [۱۱]. افرادی که به قابلیت‌های خود اطمینان دارند موارد بحرانی را به عنوان چالش در نظر می‌گیرند، آن‌ها اطمینان دارند می‌توانند موقعیت‌های تهدیدآمیز را تحت کنترل خود درآورند [۱۱].

برخی از محققان معتقدند که بهزیستی شامل عوامل مثبت است، نه فقط فقدان عوامل منفی و مفهومی نسبتاً وسیع است که به شرایط زندگی خوب و رضایت‌بخش اشاره دارد [۱۲]. برخی دیگر، معتقدند که بهزیستی به معنای توانایی مشارکت فعال در کار و تفریح، ایجاد روابط معنادار با دیگران، تجربه کردن هیجان‌ات مثبت، گسترش حس خودمختار و هدف‌زندگی و تجربه کردن احساسات مثبت است [۱۳، ۱۴]. Ryff بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌داند و به عنوان یک معیار مهم سلامتی و تندرستی در نظر می‌گیرد [۱۵]. رویکرد بهزیستی روان-

شناختی، رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش‌های وجودی زندگی را بررسی می‌کند و به شدت بر توسعه روابط انسانی تأکید دارد [۱۶]. این در حالی است که طبق نتایج مطالعات، شیوع افسردگی، پریشانی، و به‌طور کلی مشکلات عاطفی در بیماران سرطانی ۲۵ تا ۳۰ درصد است و بیش از ۵۸ درصد از بیماران مبتلا به سرطان در طول درمان، سطوح قابل ملاحظه‌ای از پریشانی را تجربه می‌کنند که باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمان و کاهش شانس مدت زنده ماندن می‌شود [۳] و هر چه فرد بیشتر در معرض تنیدگی‌های ناشی از بیماری باشد، سبب می‌شود کارکرد سیستم ایمنی فرد کاهش یابد و او را در مقابله مؤثر با بیماری دچار مشکل خواهد کرد [۴]. بنابراین لازم است به دنبال شناسایی مداخلات مؤثر در افزایش سطوح خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد مبتلا به سرطان بود.

در دیدگاه شناختی-اجتماعی، کلیه فرآیندهای شناختی به عنوان بخشی از آسیب‌شناسی روانی است که این فرآیندها مستلزم انتظارات و ادراکات نادرستی است که فرد از خودکارآمدی خود دارد و این انتظارات می‌تواند به اضطراب منجر شوند [۱۷، ۱۸]. در روش شناختی-رفتاری بیمار تشویق می‌شود تا رابطه بین افکار خودآیند منفی و احساسات ناخوشایند و الگوی رفتاری نامناسب خود را به عنوان فرضیه-هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتباریابی یا درستی آن افکار بهره‌گیرد [۱۹-۲۱]. شیوه و سبک زندگی افراد مهم و تعیین‌کننده وضعیت سلامتی روانی و اجتماعی آن‌ها است. سبک زندگی به روش زندگی فرد و به توانایی‌های وی اشاره دارد [۲۲]. سبک زندگی ارتقا بخش سلامت شامل رفتارهایی است که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای ناسالم، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به موقع نشانه‌های بیماری، کنترل عواطف و افکار، کنار آمدن با استرس و مشکلات روحی و روانی، استقلال، سازگاری و اصلاح روابط بین‌فردی می‌پردازد [۲۳]. در همین راستا، برخی از مطالعات گویای تأثیر درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی، کیفیت خواب، ارتقای سلامت روان، افزایش عزت نفس و کاهش وزن در افراد

چاق از طریق اصلاح الگوهای شناختی و رفتاری نادرست هستند [۱۹-۲۳].

بر اساس مطالب ذکر شده و با توجه به آسیب‌های روان-شناختی متعددی که بیماران سرطانی در معرض آن‌ها هستند، به نظر می‌رسد که آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری می‌تواند مداخله مؤثری برای افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی به عنوان دو متغیر مهم در کاهش آسیب‌های روانی در بیماران سرطانی و افزایش احتمال پاسخ درمانی موفق در آن‌ها باشد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری بر افزایش سطح بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی در افراد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهید فیاض بخش در تهران در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس-آزمون و گروه کنترل بود. برای اجرای این مطالعه در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان با کد IR.HUMS.REC.1398.306 اخذ گردید. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهید فیاض بخش در تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از بین آن‌ها، تعداد ۳۴ نفر که دارای ملاک‌های ورود به مطالعه بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، به طور هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی با روش قرعه-کشی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. حجم نمونه، بر اساس مطالعه مشابه [۲۳]، با در نظر گرفتن مقدار آلفا ۰/۰۵ و مقدار بتا ۲۰ درصد (توان آزمون برابر ۸۰ درصد) و $\sigma=1/5$ (انحراف معیار مشترک نمره بهزیستی روان‌شناختی) و $d=4/5$ (دقت مطالعه)، برای هر گروه ۱۷ نفر به دست آمد. معیارهای ورود به این پژوهش شامل حداکثر سن ۶۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، گذشت حداقل شش ماه از زمان تشخیص بیماری، نداشتن اختلال روانی شدید مانند اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی و اعتیاد به مواد همچون مواد مخدر، الکل و شیشه بود. معیارهای خروج شامل:

غیبت بیش از دو جلسه در درمان، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه و بروز اختلالات جسمی و روانی حادی که اجازه ادامه مشارکت در جلسات را ندهد.

گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری به صورت گروهی و هفتگی قرار گرفت. برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. جلسات مداخله در کلینیک روان‌تنی بهی در تهران در ماه‌های دی و بهمن ۱۳۹۸ توسط پژوهشگر اول این مقاله در بین ساعات ۱۰-۱۲ انجام شد. در پایان جلسات، از هر گروه ۲ نفر به دلیل عدم مشارکت در مطالعه حذف شدند و در نهایت در هر گروه تعداد ۱۵ نفر باقی ماند. بیماران هر دو گروه در ابتدا و بلافاصله پس از پایان مداخله، به پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت خودگزارشی پاسخ دادند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد: پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی برای گردآوری اطلاعات مربوط به جنسیت، سطح تحصیلات، سن آزمودنی‌ها و مدت زمان بیماری تدوین شد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (Ryff's psychological well-being scales): این پرسش‌نامه ۱۸ سؤال داشته و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی روان‌شناختی از ابعاد مختلف استقلال (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶)، رشد شخصی (سؤالات ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)، تسلط بر محیط (سؤالات ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸)، ارتباط مثبت با دیگران (سؤالات ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲)، هدفمندی در زندگی (سؤالات ۲۳، ۲۴) و پذیرش خود (سؤالات ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸) است [۲۴]. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶ است. نمره کل پرسش‌نامه در دامنه ۱۸ تا ۱۰۸ و دامنه نمره هر خرده مقیاس در دامنه ۳ تا ۱۸ قرار دارد. نمره ۳۸-۱۸ بیانگر بهزیستی ضعیف، ۳۹-۷۸ نشان‌دهنده بهزیستی در سطح متوسط و نمرات بالاتر از ۷۸ بیانگر بهزیستی سطح بالا است [۲۴]. نمره سؤالات ۱، ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳ و ۱۷ معکوس محاسبه می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف تأیید شده است. روایی و پایایی این مقیاس در یک پژوهش بر روی جمعیت ایرانی بررسی شد و نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان

داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۰/۷۲، ۰/۷۳، ۰/۷۵، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۹ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمده که نشانه پایایی خوب این پرسشنامه است [۲۵]. در این مطالعه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی عمومی (Generalized self-efficacy scale): این مقیاس در ۱۹۷۹ توسط Schwarzer و Jerusalem ساخته شد [۲۶]. مقیاس اولیه دارای ۲۰ ماده با دو خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس تک عاملی با ۱۰ ماده چهار گزینه‌ای تبدیل شد. این یک ابزار خودگزارشی برای افراد بالای سنین ۱۲ سال است که آزمودنی در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلاً صحیح نیست=۱ تا کاملاً صحیح است=۴) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص می‌کند. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۲۰ تا ۸۰ و در هر یک از خرده مقیاس‌ها ۱۰ تا ۴۰ است. نمره بالاتر از ۵۰ در مقیاس خودکارآمدی، نشان‌دهنده خودکارآمدی سطح بالا است [۲۶]. Schwarzer و Jerusalem در مطالعه خود ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای این مقیاس به دست آوردند. آن‌ها همبستگی این مقیاس را با مقیاس پریشانی روان‌شناختی ۰/۵۵- به دست آوردند که نشان‌دهنده روایی و اگرایی آن بود و روایی سازه آن را با تحلیل عاملی تأییدی برای مدل اندازه‌گیری مفروض خودکارآمدی که نشان‌دهنده یک متغیر آشکار برای عامل خودکارآمدی بود تأیید نمودند [۲۶]. در ایران توسط Dehghani و همکاران در سال ۱۳۸۵ هنجاریابی مقیاس خودکارآمدی عمومی بر روی نمونه‌ای ۴۸۷ نفری از دانشجویان دختر و پسر دانشگاه فردوسی مشهد اجرا شد و روایی سازه آن با تحلیل عاملی تأییدی و کسب یک عامل با برازش خوب مدل و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ضریب بازآزمایی ۷۷ درصد تأیید گردید [۲۷]. در این مطالعه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۷۸ درصد به دست

آمد.

آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری شامل ۸ جلسه درمان گروهی، یک‌بار در هفته و به مدت ۹۰ دقیقه بود [۱۹].

جلسه اول: آشنایی با درمان و مفاهیم مرتبط با آن. همچنین معرفی اعضا و قرارداد درمانی، ارائه اطلاعات آموزشی در مورد بیماری سرطان، توضیح و تبیین منطبق درمان، تعیین اهداف فردی، تهیه لیست مشکلات افراد، انجام پیش‌آزمون و آموزش آرام‌سازی.

جلسه دوم: آموزش ارتباط میان افکار، احساسات و رفتار. توضیح افکار خودآیند و علائم سرطان، تمرین بازبینی شناختی.

جلسه سوم: آموزش تحریف‌های شناختی. معرفی تحریف‌های شناختی زیربنای افکار خودآیند در رابطه با علائم بیماری و هیجانات مرتبط.

جلسه چهارم: آموزش مدیریت درد و همچنین معرفی تئوری درد، تمرین روش‌های انحراف ذهن، تعیین خط پایه درد، آموزش آرام‌سازی عضلانی و تصویرسازی ذهنی برای کنترل درد.

جلسه پنجم: توضیح درباره اضطراب عملکرد شرم ناشی از ابتلا به سرطان. همچنین توضیح مدل دور معیوب اضطراب، شناسایی موقعیت‌های راه‌انداز، استخراج افکار خودآیند در مورد موقعیت‌های راه‌انداز، آموزش و تمرین تکنیک‌های مدیریت اضطراب، توضیح اضطراب و تمرین مقابله با آن و همچنین شناسایی منابع فرهنگی/اجتماعی واکنش‌های شرم نسبت به علائم سرطان و استانداردهای شایستگی بیماران.

جلسه ششم: آموزش کنترل خشم و رفتار جرأت‌مندانه و همچنین آموزش حل مسئله و خودکارآمدی. توضیح خشم و علائم بیماری در مدل شناختی، آموزش و تمرین‌های شناختی رفتاری مدیریت خشم، آموزش رفتار جرأت‌مندانه، آموزش مهارت حل مسئله، توضیح خودکارآمدی و رابطه آن با مهارت حل مسئله و تبیین ارتباط با علائم بیماری سرطان.

جلسه هفتم: تأیید اجتماعی کمال‌گرایی. شناسایی و چالش با باورهای غیرمنطقی در مورد تأیید اجتماعی، رفتار طبیعی و غیرطبیعی و رفتارهای قابل پیش‌بین و غیر قابل

پیش‌بین، مقابله با عدم تأیید، شناسایی و چالش با نگرش‌های ناکارآمد استانداردهای بالا (کمال‌گرایی منفی).

جلسه هشتم: خاتمه درمان، توضیح در مورد چگونگی ختم درمان، مقابله با اضطراب‌های مربوط به خاتمه درمان، انجام پس‌آزمون، خداحافظی و قرار برای پی‌گیری

در این مطالعه، به منظور رعایت اصول اخلاقی، کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل مورد ملاحظه قرار گرفت. قبل از اجرای مداخله، یک جلسه توجیهی برای شرکت‌کنندگان به منظور ارائه توضیحاتی در خصوص پژوهش، اهداف و ضرورت آن و شرایط برگزاری جلسات و تعداد و مدت زمان آن‌ها برگزار شد. همچنین از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا با حضور در بیمارستان فیاض بخش پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. در ادامه از اعضای گروه مداخله خواسته شد حدود ۲ ماه در برنامه آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری شرکت کنند و برای گروه کنترل مداخله‌ای اجرا نشد. جلسات مداخله در کلینیک روان‌تنی بهی در تهران در ماه‌های دی و بهمن ۱۳۹۸ توسط پژوهشگر اول این مقاله در ساعات ۱۲-۱۰ انجام شد. در پایان

جلسات نیز از شرکت‌کنندگان خواسته شد پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند.

تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. از آزمون‌های کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، ام‌باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، لوین برای بررسی همگنی واریانس بین گروه‌ها، مجذور کای برای مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه، آزمون t دو نمونه مستقل برای مقایسه متغیرهای کمی در دو گروه و از تحلیل کوواریانس چندمتغیره به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در نمرات متغیرهای وابسته استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۱ گزارش شده است. تفاوت معنی‌داری بین جنسیت، سطح تحصیلات، میانگین سنی و طول مدت بیماری آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل وجود نداشت.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک دو گروه آزمایش و کنترل در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید فیاض بخش در تهران در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه = ۱۵)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	سطح معنی‌داری
جنسیت فراوانی (درصد)	زن (۶۶/۴)۱۰	زن (۶۰/۳)۹	$\chi^2 = 1/02, P = 0/817$
سطح تحصیلات	مرد (۳۳/۶)۵	مرد (۳۹/۷)۶	$\chi^2 = 0/85, p = 0/905$
	دیپلم (۴۵/۶)۷	دیپلم (۴۰/۱)۶	
	فوق دیپلم (۱۲/۳)۲	فوق دیپلم (۱۲/۳)۲	
	کارشناسی (۳۴/۵)۵	کارشناسی (۳۴/۵)۵	
کارشناسی ارشد (۷/۶)۱	کارشناسی ارشد (۱۲/۳)۲		
سن (سال) (انحراف معیار \pm میانگین)	۴۲/۵۱ \pm ۱۲/۴۴	۴۳/۴۲ \pm ۱۱/۵۱	$t = 0/75, P = 0/799$
طول مدت بیماری (سال) (انحراف معیار \pm میانگین)	۳/۸۴ \pm ۱/۰۶	۴/۰۸ \pm ۱/۱۲	$t = 0/51, P = 0/873$

χ^2 = نتایج آزمون مجذور کای؛ t = آزمون t دو نمونه مستقل * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های دو گروه در متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج نشان‌دهنده آن است که میانگین نمرات گروه‌های مداخله در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است. در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری ملاحظه نمی‌شود.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید فیاض بخش در تهران در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه=۱۵)

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش	گروه کنترل
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
استقلال	پیش‌آزمون	۸/۲۶ \pm ۱/۰۳	۸/۱۳ \pm ۰/۹۱
	پس‌آزمون	۱۲/۰۲ \pm ۳/۵۱	۷/۹۳ \pm ۱/۰۹
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۷/۵۳ \pm ۰/۹۱	۷/۸۶ \pm ۱/۳۵
	پس‌آزمون	۱۱/۹۳ \pm ۳/۹۸	۷/۸۰ \pm ۱/۰۲
ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۷/۶۰ \pm ۰/۹۸	۷/۴۰ \pm ۱/۱۲
	پس‌آزمون	۱۱/۴۱ \pm ۲/۲۹	۸/۰۶ \pm ۱/۳۱
هدفمندی در زندگی	پیش‌آزمون	۷/۹۴ \pm ۱/۷۱	۸/۰۶ \pm ۱/۲۷
	پس‌آزمون	۱۲/۰۳ \pm ۱/۹۲	۷/۳۳ \pm ۰/۶۱
رشد شخصی	پیش‌آزمون	۸/۳۳ \pm ۰/۸۹	۷/۷۳ \pm ۱/۶۲
	پس‌آزمون	۱۱/۹۳ \pm ۱/۹۸	۷/۳۴ \pm ۱/۰۴
پذیرش خود	پیش‌آزمون	۷/۷۳ \pm ۱/۰۳	۸/۰۰ \pm ۱/۴۱
	پس‌آزمون	۱۱/۴۰ \pm ۲/۰۲	۸/۳۱ \pm ۰/۶۳
بهزیستی روان-شناختی کل	پیش‌آزمون	۴۷/۴۲ \pm ۸/۵۸	۴۷/۲۱ \pm ۱۳/۵۱
	پس‌آزمون	۷۰/۶۶ \pm ۱۳/۲۵	۴۵/۳۷ \pm ۱۰/۶۹
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۳۰/۰۹ \pm ۵/۹۷	۲۸/۸۰ \pm ۳/۲۴
	پس‌آزمون	۳۴/۱۳ \pm ۴/۴۵	۲۹/۷۷ \pm ۴/۵۸

غیر معنی‌دار بین متغیر همپراش (پیش‌آزمون) و گروه گویای برقراری فرض همگنی شیب رگرسیون بود. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که شرط تساوی واریانس بین گروه‌ها برقرار است. بنابراین مانعی برای انجام تحلیل‌های کوواریانس چند متغیره وجود نداشت.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد بین دو گروه از جهت ترکیب خطی متغیرهای وابسته ایجاد شده تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۰/۰۹=لامبدای ویکلز،

به منظور مقایسه تفاوت گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. قبل از استفاده از این آزمون، مفروضه‌های آن یعنی نرمال بودن داده‌ها، همگنی ماتریس‌های کوواریانس و همگنی شیب رگرسیون بررسی شد. برای داده‌های حاصل از تمام متغیرها، نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها و نتایج آزمون ام‌باکس بیانگر برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس بود. همچنین، تعامل

۰۰۱/۰۰۱ < p. (F=۲۷/۰۹). نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون معنی‌دار شده است. به عبارت دیگر، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. طبق نتایج جدول داده-های خام (جدول ۲) می‌توان متوجه شد که مداخله موجب

افزایش مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی شده است. بیشترین ضریب اتا مربوط به مؤلفه هدفمندی در زندگی با مقدار ۸۰ درصد بود، به معنای این که مداخله توانسته است ۸۰ درصد از تغییرات نمره هدفمندی در زندگی را تبیین کند. کمترین ضریب اتا مربوط به مؤلفه استقلال با مقدار ۵۶ درصد بود (جدول ۳).

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات دو گروه در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان شهید فیاض بخش در تهران در سال ۱۳۹۸

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	ضریب اتا	
پیش‌آزمون	استقلال	۱۷/۲۰	۱	۱۷/۲۰	۱۰/۹۰	*۰/۰۰۳	۰/۳۳	
	تسلط بر محیط	۱۳/۸۱	۱	۱۳/۸۱	۸/۰۷	*۰/۰۱۰	۰/۲۶	
	ارتباط مثبت با دیگران	۱۵/۵۸	۱	۱۵/۵۸	۵/۰۹	*۰/۰۳۴	۰/۱۸	
	هدفمندی در زندگی	۲/۰۰	۱	۲/۰۰	۲/۰۴	۰/۱۶۶	۰/۰۸	
	رشد شخصی	۵/۸۰	۱	۵/۸۰	۲/۳۰	۰/۱۴۳	۰/۰۹	
	پذیرش خود	۱/۱۳	۱	۱/۱۳	۰/۹۲	۰/۳۷۴	۰/۰۴	
	گروه	استقلال	۴۴/۶۷	۱	۴۴/۶۷	۲۸/۳۲	*۰/۰۰۱	۰/۵۶
		تسلط بر محیط	۴۹/۹۷	۱	۴۹/۹۷	۲۹/۱۸	*۰/۰۰۱	۰/۵۷
		ارتباط مثبت با دیگران	۱۱۱/۵۹	۱	۱۱۱/۵۹	۳۶/۴۵	*۰/۰۰۱	۰/۶۲
		هدفمندی در زندگی	۹۱/۱۲	۱	۹۱/۱۲	۹۳/۰۳	*۰/۰۰۱	۰/۸۰
رشد شخصی		۱۰۷/۳۱	۱	۱۰۷/۳۱	۴۲/۶۷	*۰/۰۰۱	۰/۶۶	
پذیرش خود		۶۲/۲۳	۱	۶۲/۲۳	۵۰/۶۳	*۰/۰۰۱	۰/۶۹	
خطا	استقلال	۳۴/۷۰	۲۲	۱/۵۷	-	-	-	
	تسلط بر محیط	۳۷/۶۶	۲۲	۱/۷۱	-	-	-	
	ارتباط مثبت با دیگران	۶۷/۳۴	۲۲	۳/۰۶	-	-	-	
	هدفمندی در زندگی	۲۱/۵۴	۲۲	۰/۹۷	-	-	-	
	رشد شخصی	۵۵/۳۲	۲۲	۲/۵۱	-	-	-	
	پذیرش خود	۲۷/۰۲	۲۲	۱/۲۲	-	-	-	

* ۰/۰۵ < p اختلاف معنی‌دار

به منظور مقایسه دو گروه در نمره خودکارآمدی و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی از تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد. پیش از انجام این تحلیل، مفروضه‌های نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف و آزمون لوین بررسی شدند. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده‌ها و نتایج آزمون لوین نیز حاکی از همگنی واریانس نمرات

خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی بود ($p > ۰/۰۵$). بنابراین آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره انجام شد. نتایج نشان می‌دهد با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمره پس‌آزمون خودکارآمدی و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی معنی‌دار است. به طوری که بعد از آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری، نمره خودکارآمدی و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در گروه مداخله نسبت به

درصد از تغییرات نمره خودکارآمدی و ۹۱ درصد از تغییرات نمره بهزیستی روان‌شناختی را تبیین کند (جدول ۴).

گروه کنترل افزایش معنی‌دار داشته است. ضریب اتا مربوط به خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ۷۱ و ۹۱ درصد بود، به معنای این‌که مداخله پژوهش توانسته است ۷۱

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت نمرات بین دو گروه در خودکارآمدی و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید فیاض بخش در تهران در سال ۱۳۹۸

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	ضریب اتا
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۷/۲۸	۱	۷/۲۸	۱/۶۱	۰/۳۱۱	۰/۰۶
	گروه	۲۹۲/۷۶	۱	۲۹۲/۷۶	۶۴/۹۰	* < ۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خطا	۱۲۱/۷۹	۲۷	۴/۵۱			
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۰/۲۷	۱	۰/۲۷	۰/۰۲	۰/۸۹۳	۰/۰۰
	گروه	۴۴۰۶/۶۵	۱	۱/۶۵	۳۱/۱۶	* < ۰/۰۰۱	۰/۹۱
	خطا	۳۹۵/۰۶	۲۷	۱۴/۶۳	۴۴۰۶		

* < ۰/۰۵ p اختلاف معنی‌دار

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش ارتقای سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری بر سطح بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان بود. نتایج نشان داد که این آموزش، خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان را افزایش داده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود کیفیت زندگی، کیفیت خواب، ارتقای سلامت روان و افزایش عزت نفس در افراد و گروه‌های مختلف همسو است [۲۰-۲۳]. Kamen و همکاران نشان دادند درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت خواب بیماران سرطانی بعد از درمان مؤثر است [۲۰]. de Groot و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در مبتلایان به دیابت، این روش درمانی از طریق اصلاح شناخت و افکار نادرست می‌تواند در بهبود سبک زندگی و در نتیجه کنترل قند خون مؤثر باشد [۲۱]. Militello و همکاران نشان دادند درمان شناختی رفتاری می‌تواند با اصلاح سبک زندگی به موفقیت افراد چاق در کاهش وزن کمک کند [۲۲].

شناختی رفتاری با تمرکز بر اصلاح سبک‌های اسنادی، چالش با باورهای غیرمنطقی، آرام‌سازی، آموزش مهارت‌های حل مسئله، تصویرسازی ذهنی هدایت شده و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای از جمله راه‌بردهای درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری که نه تنها پیامدهای عاطفی منفی بیماری سرطان را تخفیف می‌بخشد، به افزایش پایبندی به توصیه‌های بهداشتی و درمانی نیز کمک می‌کند و می‌تواند در تغییر و اصلاح سبک زندگی و در نتیجه تقویت خودکارآمدی مؤثر عمل کند [۲۰]. بخشی از تفاوت عملکرد افراد بیمار در رعایت رژیم درمانی و غذایی و الگوی سبک زندگی سالم می‌تواند مربوط به اعتقادات و نگرش‌های فردی باشد که ریشه در تفاوت آن‌ها در سطح اطلاعات و آگاهی دارد. بنابراین، ارائه آموزش روانی در فرآیند درمان شناختی-رفتاری راجع به سبک زندگی سالم، نتایج سبک ناسالم زندگی از قبیل کم‌تحرکی و مصرف سیگار و فواید و مضرات آن به توسعه دانش و آگاهی بیماران منجر می‌شود [۲۱] که پیامد آن افزایش تلاش آن‌ها برای اصلاح سبک زندگی خود و کسب موفقیت در غلبه بر بیماری، ارتقای سلامت جسمی و روانی و در نتیجه بهبود و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی است. در ضمن، ارائه این آموزش‌ها به صورت گروهی و در قالب تعامل بین‌فردی و به

صورت آزادانه در گروه، موجب می‌شود تا بیماران تجارب خود در مورد شرایط دشوارشان، محدودیت‌هایی که با آن مواجهه هستند و راهبردهایی که برای غلبه بر سختی‌ها و بیماری خود به کار می‌گیرند را با یکدیگر به اشتراک بگذارند و از حمایت یکدیگر برخوردار شوند. به این طریق، به بهزیستی و سلامت روان خود کمک می‌کنند و با الگوگیری از یکدیگر در شناسایی راهکارهای مؤثر، استفاده از آن‌ها و دستیابی به موفقیت در زندگی، احساس خودکارآمدی را نیز در خود ارتقا می‌بخشند.

صحبت آزادانه در گروهی از بیماران سرطانی که با بیماری مزمن و ناتوان کننده مواجه هستند می‌تواند باعث تخلیه هیجانی این بیماران شود، زیرا برای اکثر این بیماران، صحبت کردن راجع به احساسات ناراحت‌کننده درونی مربوط به بیماری مشکل است [۲]. بنابراین، قرار گرفتن در کنار افرادی که مشکلی مشابه دارند، فرصتی بی‌نظیر فراهم می‌کند تا این بیماران از طریق تعامل مستقیم با یکدیگر، تصویر واقع بینانه‌تری از شرایط و بیماری خود و عوامل مؤثر در کنترل آن از جمله سبک زندگی سالم به دست آورند و با دیدن پیشرفت یکدیگر امیدوار شوند و خودکارآمدی خود را نیز افزایش دهند، زیرا تعامل‌های پیچیده در گروه، فرصت الگوگیری از رفتارهای موفق و کاهش احساس استیصال و ناتوانی را فراهم می‌کند [۱۹]. جلسات گروهی درمان شناختی رفتاری به این بیماران امکان می‌دهد با کمک کردن به یکدیگر به ارزشمندی، مفید بودن و منحصر به فرد بودن خود پی ببرند و احساس بهتری را تجربه کنند و این نیز در ارتقای بهزیستی و خودکارآمدی آن‌ها مؤثر است. این شرایط اعتماد به نفسی به بیماران خواهد داد که خود را برای رویارویی با شرایط غیرقابل پیش‌بینی ناشی از سرطان و فرآیند درمان آن توانا تر ببینند. درمان شناختی-رفتاری علاوه بر ارائه اطلاعات و فراهم کردن فرصت برای بحث گروهی با هدف قرار دادن افکار و ارزیابی‌های غلط از سلامت، بیماری و عوامل مؤثر در آن و توانایی‌های شخصی برای مقابله با بیماری، باعث می‌شود تا فرد بیماری و محدودیت‌های آن را به صورت تجربه‌ای غیرقابل کنترل قلمداد نکند و سعی کند تا با ارتقای سبک زندگی خود تا جای ممکن جلوی پیشرفت بیماری را گرفته و درمان خود را تسهیل کند [۲۲].

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که شرکت‌کنندگان در مطالعه به دلیل وضعیت جسمی خود، به ویژه در اوایل جلسات انگیزه‌ای برای مشارکت نداشتند. همچنین، عدم پی‌گیری نتایج درمان و عدم نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. بر همین اساس پیشنهاد می‌گردد تا پژوهشگران در مطالعات بعدی با روش نمونه‌گیری تصادفی به کنترل عوامل مداخله‌گر در نتایج بپردازند و برای بررسی میزان ماندگاری اثرات درمانی مداخله مورد نظر، مرحله پی‌گیری نتایج را هم در کار خود لحاظ کنند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، آموزش ارتقای

سبک زندگی سالم به شیوه شناختی-رفتاری بر سطح بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. توصیه می‌شود متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان‌های طبی رایج برای سرطان، از این آموزش نیز برای دستیابی به پاسخ درمانی قوی‌تر و ماندگارتر و ارتقای سلامت روان بیماران استفاده کنند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

سهام نویسندگان

زهرا صادق‌زاده مفرد در جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نوشتن گزارش تحقیق، فریبرز در تاج و فاطمه قائمی در راهنمایی مراحل تحقیق مشارکت داشتند. نور علی فرخی مشاوره در مراحل تحقیق را برعهده داشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از بیماران شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولان بیمارستان فیاض‌بخش که در انجام پژوهش همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌کنند.

References

1. Kurian AW, Ward KC, Howlader N, Deapen D, Hamilton AS, Mariotto A, et al. Genetic testing and results in a population-based cohort of breast cancer patients and ovarian cancer patients. *JCO* 2019; 37(15):1305-15.
2. Avan R, Janbabaie G, Hendouei N, Alipour A, Borhani S, Tabrizi N, et al. The effect of pregabalin and duloxetine treatment on quality of life of breast cancer patients with taxane-induced sensory neuropathy: a randomized clinical trial. *JRMS* 2018; 23:44-52.
3. Merluzzi TV, Pustejovsky JE, Philip EJ, Sohl SJ, Berendsen M, Salsman JM. Interventions to enhance self-efficacy in cancer patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psycho-oncology* 2019; 28(9):1781-90.
4. Tonga JB, Eilertsen DE, Solem IK, Arnevik EA, Korsnes MS, Ulstein ID. Effect of self-efficacy on quality of life in people with Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia: The mediating roles of depression and anxiety. *AJADD* 2020; 35(1):1-10.
5. Maddux JE, Gosselin JT. *Self-efficacy*. 1nd ed. New York: The Guilford Press; 2012; 390-440.
6. Havyer RD, van Ryn M, Wilson PM, Griffin JM. The effect of routine training on the self-efficacy of informal caregivers of colorectal cancer patients. *SCC* 2017; 25(4):1071-7.
7. Herts KL, Khaled MM, Stanton AL. Correlates of self-efficacy for disease management in adolescent/young adult cancer survivors: A systematic review. *Health Psychology* 2017; 36(3):192-207.
8. Baik SH, Oswald LB, Buitrago D, Buscemi J, Iacobelli F, Perez-Tamayo A, et al. Cancer-Relevant Self-Efficacy Is Related to Better Health-Related Quality of Life and Lower Cancer-Specific Distress and Symptom Burden Among Latina Breast Cancer Survivors. *IJBM* 2020; 27(4):357-365.
9. Grimmitt C, Haviland J, Winter J, Calman L, Din A, Richardson A, et al. Colorectal cancer patient's self-efficacy for managing illness-related problems in the first 2 years after diagnosis, results from the ColoREctal Well-being (CREW) study. *Journal of Cancer Survivorship* 2017; 11(5):634-42.
10. Pugh G, Petrella A, Fisher A, Reynolds J, Epstone S. Trekstock meet & move: the impact of one-day health and well-being events for young adults with cancer. *JAYAO* 2020; 9(2):278-85.
11. Jagielski CH, Tucker DC, Dalton SO, Mrug S, Würtzen H, Johansen C. Personality as a predictor of well-being in a randomized trial of a mindfulness-based stress reduction of Danish women with breast cancer. *JPO* 2020; 38(1):4-19.
12. Neville AR, Moothathamby N, Naganathan M, Huynh E, Moola FJ. "A place to call our own": The impact of camp experiences on the psychosocial wellbeing of children and youth affected by cancer—A narrative review. *Complementary therapies in clinical practice* 2019; 36:18-28.
13. Heyes SM, Bond MJ. Pathways to psychological wellbeing for patients with bladder cancer and their partners-in-care. *EJON* 2020; 5:101757.
14. Senmar M, Hasannia E, Moeinoddin A, Lotfi S, Hamed F, Habibi M, et al. Psychosocial Adjustment to Illness and Its Relationship with Spiritual Wellbeing in Iranian Cancer Patients. *IJCD* 2020; 20(4):210-21.
15. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *JSH* 2008; 9(1):13-39.
16. Seifert T. Assessment of the Ryff scales of psychological well-being. Retrieved October 2005; 23:2010.
17. Zachariae R, Amidi A, Damholdt MF, Clausen CD, Dahlgaard J, Lord H, et al. Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *JNCI* 2018; 110(8):880-7.
18. Abrahams HJ, Gielissen MF, Donders RR, Goedendorp MM, van der Wouw AJ, Verhagen CA, et al. The efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy for severely fatigued survivors of breast cancer compared with care as usual: a randomized controlled trial. *Cancer* 2017; 123(19):3825-34.
19. Kucherer S, Ferguson RJ. Cognitive behavioral therapy for cancer related cognitive dysfunction. *Supportive & Palliative Care* 2017; 11(1):46.
20. Kamen C, Garland SN, Heckler CE, Peoples AR, Kleckner IR, Cole CL, et al. Social support, insomnia, and adherence to cognitive behavioral therapy for insomnia after cancer treatment. *Behavioral Sleep Medicine* 2019; 17(1):70-80.
21. de Groot M, Doyle T, Kushnick M, Shubrook J, Merrill J, Rabideau E, et al. Can lifestyle interventions do more than reduce diabetes risk? Treating depression in adults with type 2 diabetes with exercise and cognitive behavioral therapy. *Current Diabetes Reports* 2012; 12(2):157-66.

22. Militello LK, Melnyk BM, Hekler E, Small L, Jacobson D. Correlates of healthy lifestyle beliefs and behaviors in parents of overweight or obese preschool children before and after a cognitive behavioral therapy intervention with text messaging. *JPHC* 2016; 30(3):252-60.
23. Vitiello MV, McCurry SM, Shortreed SM, Balderson BH, Baker LD, Keefe FJ, et al. Cognitive-behavioral treatment for comorbid insomnia and osteoarthritis pain in primary care: The lifestyles randomized controlled trial. *JAGS* 2013; 61(6):947-56.
24. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *JPS* 1995; 69(4):719.
25. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *IJPCP* 2008; 14(2):146-51. [Persian]
26. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. *Measures in health psychology: A user's portfolio*. *Caul & con* 1995; 1(1):35-7.
27. Dehghani M, Pakmehr H, Malekzadeh A. Relationship between students' critical thinking and self-efficacy beliefs in Ferdowsi University of Mashhad, Iran. *social and behavioral sciences* 2011; 15:2952-5.

The Effectiveness of Healthy Lifestyle Promotion Training Based on Cognitive-Behavioral Therapy on Self-Efficacy and Psychological Well-Being of Cancer Patients

Sadeghzadeh Mofrad Z¹, Dortaj F², Ghaemi F³, Farrokhi N⁴

1- PhD student, Dept of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2- Prof, Dept of Educational Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: dortaj@atu.ac.ir, Tel: 09122380522

3- Associate Prof, Endocrinologist, Dept of Transplantation & Disease Management, Deputy Ministry of Health & Medical Education, Tehran, Iran.

4- Associate Prof, Dept of Assessment & Measurement, Psychology & Education Faculty, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Received: 11 January 2021 Accepted: 10 January 2022

Introduction: As a chronic and debilitating disease, cancer has many consequences, and leading a healthier lifestyle can affect the patient's health. This study aimed to investigate the effectiveness of healthy lifestyle promotion training based on cognitive-behavioral therapy on self-efficacy and psychological well-being of cancer patients.

Materials and Methods: The design of the present study was quasi-experimental with a pretest-posttest and control group. The statistical population of this study included all cancer patients admitted to Shahid Fayyaz Bakhsh Hospital in Tehran in 2019. Among them, 30 individuals who met the inclusion criteria and were willing to participate in the study were purposefully selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received 8 sessions (90 minutes each) of cognitive-behavioral healthy lifestyle promotion training and the control group did not receive any intervention. Data collection tools were the general self-efficacy scale and psychological well-being questionnaire completed by self-report. Data were analyzed using the multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that healthy lifestyle promotion training based on cognitive-behavioral therapy significantly increased the post-test scores of self-efficacy and psychological well-being in cancer patients ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the results of this study, healthy lifestyle promotion training based on cognitive-behavioral therapy can be effective in the self-efficacy and psychological well-being of cancer patients. Therefore, as regards the health of cancer patients, interventions based on promoting a healthy lifestyle can be used to promote the mental health of these patients.

Keywords: Lifestyle, Cognitive-Behavioral Therapy, Self-Efficacy, Well-being, Cancer

Please cite this article as follows:

Sadeghzadeh Mofrad Z, Dortaj F, Ghaemi F, Farrokhi N. The Effectiveness of Healthy Lifestyle Promotion Training Based on Cognitive-Behavioral Therapy on Self-Efficacy and Psychological Well-Being of Cancer Patients. *Community Health journal* 2022; 16 (1): 53-64.

Funding: This research received no specific grant.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The Ethics Committee of Hormozgan University of Medical Sciences approved the Research Project. (IR.HUMS.REC.1398.306)