

امکان سنجی بسته گروهی ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه بر اضطراب مرگ
و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان
**Feasibility of a Community-Based Group Palliative Psychological Services Package on
Death Anxiety and Perceived Social Support in Patients with Breast Cancer**

Mohamad Sharif Malmir

Ph.D Student of Health psychology, Department of Health psychology, Kish.C., Islamic Azad University, Kish, Iran.

Dr. Mohammadreza Seirafi *

Assistant Professor, Department of health & clinical psychology, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran.

mohamadreza.seirafi@iau.ac.ir

Dr. Saeedeh Zomorodi

Assistant Professor, Department of Psychology, WT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

محمد شریف مالمیر

دانشجوی دکترای روان شناسی سلامت، گروه روان شناسی سلامت، واحد کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.

دکتر محمدرضا صیرفی
(نویسنده مسئول)

استادیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

دکتر سعیده زمردی

استادیار روانشناسی، گروه روان شناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Abstract

The present study aimed to assess the feasibility of a community-based group palliative psychological service package on death anxiety and perceived social support in patients with breast cancer. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population of the study consisted of women with breast cancer in Khorramabad city in the year 1403 (2024/2025). Out of them, 30 individuals were selected using purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups of 15 people each. To collect data, the Death Anxiety Scale (DAS; Templer et al., 1971) and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet et al., 1988) were used. The experimental group received a community-based palliative psychological intervention in eight weekly group sessions. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that there was a significant difference between the pretest and posttest scores of death anxiety and perceived social support in the experimental and control groups at the 0.001 level, and also, there was no significant difference between posttest and follow-up mean scores in the experimental group at the 0.001 level, and the results were maintained during the follow-up period. Based on these results, the community-based group palliative psychological service package is an appropriate psychotherapeutic intervention for improving death anxiety and perceived social support in patients with breast cancer.

Keywords: Community-Based Palliative Psychological Services Group Package, Death Anxiety, Perceived Social Support.

چکیده

هدف پژوهش حاضر امکان سنجی بسته گروهی ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه بر اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان شهر خرم‌آباد در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آنها ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس اضطراب مرگ (DAS، تمپلر و همکاران، ۱۹۷۱) و مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS، زیمت و همکاران، ۱۹۸۸) استفاده شد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه گروهی به صورت هفتگی مداخله خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه را دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین پیش-آزمون و پس‌آزمون اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود داشت و همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود نداشت و نتایج در دوره پیگیری حفظ شد. براساس این نتایج بسته ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه یک مداخله روان‌درمانی مناسب برای بهبود اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان است.

واژه‌های کلیدی: بسته گروهی ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه، اضطراب مرگ، حمایت اجتماعی ادراک شده.

مقدمه

در دهه‌های اخیر، تغییر الگوی بیماری‌ها از بیماری‌های حاد به بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات، نظام‌های سلامت را با چالش‌های پیچیده‌ای در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی مواجه ساخته است (تولانی^۱ و همکاران، ۲۰۲۶). بیماری‌های مزمن نه تنها با پیامدهای جسمانی، بلکه با بار قابل توجهی از مشکلات روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی همراه هستند که کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آنان را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار می‌دهند (جیونگ و لی^۲، ۲۰۲۶). در این میان، سرطان به‌عنوان یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های غیرواگیر، جایگاه ویژه‌ای در اولویت‌های سلامت عمومی دارد (بویلی^۳ و همکاران، ۲۰۲۶). پیشرفت‌های پزشکی موجب افزایش بقای بیماران مبتلا به سرطان شده است، اما این افزایش بقا لزوماً با بهبود وضعیت روان‌شناختی و اجتماعی آنان همراه نبوده و نیاز به مداخلات جامع و چندبعدی را بیش از پیش برجسته ساخته است (لی^۴ و همکاران، ۲۰۲۶). در میان انواع سرطان‌ها، سرطان پستان^۵ شایع‌ترین بیماری در زنان در سطح جهانی و نیز در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، محسوب می‌شود (تمنایی‌فر و سلیمانیان، ۱۴۰۳). این بیماری نه تنها تهدیدی جدی برای سلامت جسمانی زنان است، بلکه به‌دلیل پیوند عمیق پستان با هویت زنانه، تصویر بدنی، نقش‌های خانوادگی و کارکردهای اجتماعی، پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی گسترده‌ای به همراه دارد (هونگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۶). تشخیص سرطان پستان اغلب با آشفتگی روانی، احساس ناامنی وجودی و نگرانی‌های عمیق درباره آینده، مرگ، ازکارافتادگی و طرد اجتماعی همراه است (بی بی و مصطفی^۷، ۲۰۲۶). این وضعیت، بیماران را در معرض طیف وسیعی از آشفتگی‌های هیجانی و اختلالات روان‌شناختی قرار می‌دهد که در صورت عدم مداخله مؤثر، می‌تواند روند درمان، سازگاری روانی و کیفیت زندگی آنان را به‌طور معناداری تضعیف کند (مارتینو و لیمو^۸، ۲۰۲۶).

یکی از مهم‌ترین پیامدهای روان‌شناختی تشخیص و تجربه سرطان پستان، اضطراب مرگ^۹ است (گوآی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). اضطراب مرگ به تجربه ترس، نگرانی و تنش هیجانی مرتبط با آگاهی از فناپذیری، احتمال مرگ و عدم قطعیت درباره آینده اشاره دارد (ژویی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۵). سرطان پستان، به‌ویژه در مراحل اولیه تشخیص، اغلب به‌عنوان تهدیدی مستقیم برای بقا تلقی می‌شود و این برداشت ذهنی می‌تواند اضطراب مرگ را در بیماران تشدید کند (کونری^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح بالای اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان با افسردگی، درماندگی روان‌شناختی، کاهش امید، افت کیفیت زندگی و حتی کاهش پایبندی به درمان‌های پزشکی همراه است (ژای^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۵ و توران و دورال^{۱۴}، ۲۰۲۵). از این رو، اضطراب مرگ نه تنها یک واکنش هیجانی طبیعی، بلکه یک متغیر کلیدی در سازگاری روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان به‌شمار می‌آید که نیازمند توجه تخصصی است (زانگ^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۵).

در کنار اضطراب مرگ، حمایت اجتماعی ادراک شده^{۱۶} به‌عنوان یکی از مهم‌ترین منابع روان‌شناختی محافظتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مطرح است (آلمیدا^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۵). حمایت اجتماعی ادراک شده به میزان احساسی که فرد از دریافت محبت، همدلی، توجه و کمک از سوی خانواده، دوستان و جامعه دارد اشاره می‌کند و لزوماً با میزان حمایت واقعی برابر نیست، بلکه مبتنی بر ادراک ذهنی فرد است (بیسواس^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۵). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک شده بالا می‌تواند نقش مهمی در

1 Tolaney

2 Jeong, Lee

3 Boyle

4 Lee

5 Breast Cancer

6 Hong

7 Bibi, Mustafa

8 Martino, Lemmo

9 Death Anxiety

10 Gui

11 Xue

12 Connery

13 Xie

14 Turan, Dural

15 Zhang

16 Perceived Social Support

17 Almeida

18 Biswas

کاهش اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی و درماندگی ایفا کند (گو^۱ و همکاران، ۲۰۲۵؛ بوداک و کاتسیز^۲، ۲۰۲۵) و در مقابل، حمایت اجتماعی ضعیف با افزایش پریشانی روان‌شناختی (بار^۳ و همکاران، ۲۰۲۶)، اضطراب مرگ (پولونگان^۴ و همکاران، ۲۰۲۶) و کاهش کیفیت زندگی (چیچک^۵ و همکاران، ۲۰۲۶) مرتبط است. در بیماران مبتلا به سرطان پستان، تجربه درمان‌های طولانی‌مدت، تغییرات ظاهری، خستگی مزمن و محدودیت‌های نقش اجتماعی می‌تواند به تضعیف شبکه‌های حمایتی و احساس انزوای اجتماعی منجر شود، امری که ضرورت مداخلات تقویت‌کننده حمایت اجتماعی را برجسته می‌سازد (شی^۶ و همکاران، ۲۰۲۶). نکته قابل توجه آن است که اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان رابطه‌ای تعاملی و دوسویه دارند. اضطراب مرگ بالا می‌تواند موجب کناره‌گیری اجتماعی، کاهش درخواست کمک و تضعیف روابط بین‌فردی شود (فابیانو پاستانو^۷ و همکاران، ۲۰۲۶)، در حالی که حمایت اجتماعی ادراک شده قوی می‌تواند به عنوان سپری روان‌شناختی، شدت اضطراب مرگ را کاهش دهد و احساس معنا، امنیت و امید را در بیمار تقویت کند (دای و سان^۸، ۲۰۲۶). بنابراین، هرگونه مداخله روان‌شناختی مؤثر در این حوزه، لازم است به صورت هم‌زمان به کاهش اضطراب مرگ و ارتقای حمایت اجتماعی ادراک شده توجه داشته باشد.

در پاسخ به این نیاز، رویکردهای نوین مراقبتی، به‌ویژه خدمات روان‌شناختی تسکینی^۹، جایگاه ویژه‌ای در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان یافته‌اند. مراقبت تسکینی، برخلاف تصور رایج که آن را محدود به مراحل پایانی بیماری می‌داند، رویکردی جامع و فعال است که از زمان تشخیص بیماری‌های تهدیدکننده حیات آغاز می‌شود و هدف آن کاهش رنج، بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سازگاری روانی-اجتماعی بیماران و خانواده‌های آنان است (فری و بالمر^{۱۰}، ۲۰۲۳؛ کروتزفلد^{۱۱}، ۲۰۲۱). خدمات روان‌شناختی تسکینی به‌طور خاص بر مدیریت اضطراب، ترس از مرگ، معنایابی، تنظیم هیجانی و تقویت منابع حمایتی تمرکز دارد (براش^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳؛ ویزمن^{۱۳}، ۲۰۲۴). در این میان، خدمات روان‌شناختی تسکینی مبتنی بر جامعه^{۱۴} به عنوان رویکردی نوین و کارآمد مطرح شده است. این رویکرد با انتقال محور مداخلات از مراکز درمانی صرف به بستر جامعه، خانواده و شبکه‌های اجتماعی، می‌کوشد دسترسی بیماران به حمایت‌های روان‌شناختی را افزایش دهد، مشارکت فعال خانواده و مراقبان را تسهیل کند و احساس تعلق اجتماعی را در بیماران تقویت نماید (باتیستا و اسیاکا^{۱۵}، ۲۰۲۳). مداخلات مبتنی بر جامعه با در نظر گرفتن بافت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بیماران، ظرفیت بالایی برای کاهش نابرابری‌های سلامت و ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات روان‌شناختی دارند (روسو^{۱۶}، ۲۰۲۳). شواهد اولیه حاکی از آن است که خدمات روان‌شناختی تسکینی مبتنی بر جامعه می‌تواند در کاهش اضطراب، افسردگی و رنج وجودی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر باشد و هم‌زمان حمایت اجتماعی ادراک شده را از طریق تقویت روابط خانوادگی، گروه‌های حمایتی و منابع محلی افزایش دهند (چادری^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۳). با این حال، بخش عمده مطالعات موجود یا بر مداخلات بیمارستان‌محور تمرکز داشته‌اند یا صرفاً یکی از پیامدهای روان‌شناختی را مورد بررسی قرار داده‌اند؛ به‌ویژه در زمینه سرطان پستان، پژوهش‌های اندکی به صورت نظام‌مند به بررسی هم‌زمان تأثیر این نوع خدمات بر اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده پرداخته‌اند.

در بافت فرهنگی ایران، که خانواده و روابط اجتماعی نقش محوری در تجربه بیماری و فرآیند مراقبت ایفا می‌کنند، رویکردهای مبتنی بر جامعه از اهمیت دوچندان برخوردارند. با این حال، شواهد بومی اندکی درباره اثربخشی بسته‌های ساختاریافته خدمات روان‌شناختی تسکینی مبتنی بر جامعه در بیماران مبتلا به سرطان پستان وجود دارد. فقدان چنین شواهدی، برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد، سیاست‌گذاری سلامت روان و طراحی مداخلات کارآمد را با محدودیت مواجه ساخته است. از سوی دیگر، اغلب مطالعات داخلی بر متغیرهایی نظیر

1 Guo

2 Budak, Kaatsiz

3 Bar

4 Pulungan

5 Çiçek

6 Shi

7 Fabiano Pastana

8 Dai, Sun

9 Palliative Psychological Services

10 Frey & Balmer

11 Creutzfeldt

12 Braś

13 Weissman

14 Community-Based Palliative Psychological Services

15 Battista & Sciacca

16 Russo

17 Chowdhury

افسردگی، اضطراب عمومی یا کیفیت زندگی تمرکز داشته‌اند و اضطراب مرگ به‌عنوان یک سازه وجودی عمیق و تعیین کننده، کمتر به‌طور مستقیم مورد توجه قرار گرفته است. همچنین، حمایت اجتماعی ادراک شده غالباً به‌عنوان متغیری پیامدی یا تعدیل گر بررسی شده و کمتر به‌عنوان هدف اصلی مداخله در نظر گرفته شده است. این در حالی است که پرداختن هم‌زمان به این دو متغیر می‌تواند درک جامع‌تری از اثربخشی مداخلات روان‌شناختی تسکینی فراهم آورد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر امکان سنجی بسته ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه بر اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان شهر خرم آباد در سال ۱۴۰۳ بود. تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از عدم وجود اختلالات بالینی بر اساس بررسی اولیه پژوهشگر و سوابق درمانی نمونه پژوهش، رضایت از شرکت در جلسات، گذشت حداقل یکسال از تشخیص بیماری، سرطان پستان و عدم مصرف داروهای روان پزشکی. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم شرکت در حداقل دو جلسه از مداخله پژوهش، درخواست شرکت‌کننده برای انصراف از ادامه همکاری، بستری شدن یا بروز شرایط جسمانی که مانع ادامه حضور در جلسات شود، بهبودی یا تغییر وضعیت درمانی در طول اجرای جلسات، فوت شرکت‌کننده در طی فرایند پژوهش و نیز عدم پاسخ‌گویی به بیش از ۵ درصد از گویه‌های پرسشنامه‌های پژوهش بود. در خصوص ملاحظات اخلاقی تلاش شد تمامی مراحل پژوهش با رعایت وضعیت جسمانی و روانی این بیماران انجام شود. بدین منظور پس از ارائه توضیحات کامل درباره اهداف و روند پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان دریافت شد و بر اختیاری بودن مشارکت در پژوهش و امکان انصراف در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامد درمانی تأکید شد. همچنین به منظور حفظ کرامت و حریم خصوصی بیماران، اطلاعات به‌صورت محرمانه نگهداری و صرفاً در قالب داده‌های پژوهشی گزارش شد. علاوه بر این، زمان برگزاری جلسات با شرایط جسمانی و برنامه‌های درمانی بیماران هماهنگ گردید تا کمترین فشار جسمی و روانی به آنان وارد شود. در نهایت، به منظور رعایت عدالت پژوهشی، امکان دریافت مداخله برای اعضای گروه کنترل نیز پس از پایان پژوهش به‌صورت رایگان فراهم شد. در نهایت، برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس اضطراب مرگ (DAS):^۱ این مقیاس با ۱۵ سوال توسط تمپلر^۲ و همکاران (۱۹۷۱) طراحی و اعتباریابی شده است. این مقیاس به روش دوگزینه‌ای صحیح (نمره ۱) و غلط (نمره صفر) پاسخ داده می‌شود، دامنه نمرات بین صفر الی ۱۵ است و نمرات بیشتر نشان دهنده اضطراب مرگ بیشتر است. روایی این مقیاس به روش ملاکی یا محاسبه روایی همگرا با پرسشنامه اضطراب آشکار ۰/۴۳ محاسبه شده و پایایی به روش کودریچاردسون ۰/۷۳ گزارش شده است (تمپلر و همکاران، ۱۹۷۱). در نمونه ایرانی روایی واگرا با زیرمقیاس سلامت روان پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۰/۴۳- گزارش شده و پایایی به روش همسانی درونی با روش کودریچاردسون ۰/۸۱ به دست آمده است (صادقی و همکاران، ۱۴۰۴). در مطالعه حاضر پایایی به روش روش کودریچاردسون ۰/۸۱ محاسبه شد.

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS):^۳ مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده توسط زیمت^۴ و همکاران (۱۹۸۸) به سنجش میزان دریافت حمایت اجتماعی ادراک شده در سه خرده مقیاس دوستان، خانواده و دیگران مهم می‌پردازد. این مقیاس دارای ۱۲ سوال است و پاسخ هر سوال به صورت طیف لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) است. دامنه نمرات کل بین ۱۲ تا ۶۰ است که نمرات بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی بالاتر است که فرد از سوی خانواده، دوستان، یا دیگر افراد مهم زندگی دریافت می‌کند. زیمت و همکاران (۱۹۸۸) ساختار سه عاملی مقیاس را به دست آوردند و همبستگی

1 Death Anxiety Scale (DAS)

2 Templer

3 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)

4 Zimet

بین خرده مقیاس‌ها را ۰/۲۴ تا ۰/۶۳ گزارش کردند. روایی همگرایی این مقیاس با افسردگی ۰/۲۴- و اضطراب ۰/۱۸- گزارش شده است. علاوه بر این، در ۲۷۵ دانشجوی دانشگاه دوک در ایالات متحده، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های حمایت دیگران مهم، خانواده و دوستان را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به دست آوردند؛ همچنین پایایی به روش بازآزمایی (۳ ماهه) برای خرده مقیاس‌های حمایت دیگران، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ گزارش شده است. در نمونه ایرانی سلیمی و همکاران (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند. همچنین میزان روایی همگرایی آن با پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس^۱ و همکاران (۱۹۸۶) ۰/۷۷ به دست آمد (سلیمی و همکاران، ۱۳۸۸). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز ۰/۹۱ بود.

بسته گروهی ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه: تدوین و طراحی بسته ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه در رویکرد کیفی، از نوع تحلیل محتوا و بر اساس مصاحبه با اساتید و صاحب نظران طراحی و تدوین شد. مشارکت کنندگان خبرگان، اعضای هیئت علمی دانشگاه در حوزه مشاوره و روانشناسی بودند. تعداد ۱۳ متخصص (۸ نفر در حوزه مشاوره و ۵ نفر در حوزه روانشناسی) به عنوان نمونه و اعضای گروه اعتباربخشی انتخاب شدند که دارای تألیفات علمی و تجربه کافی کار با زنان مبتلا به سرطان پستان بودند. برای انتخاب نمونه‌های مصاحبه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بر اساس تعداد پانل خبرگان، معیار تصمیم‌گیری در خصوص ضریب نسبی محتوا، جدول لاوشه (۱۹۷۵) حداقل مقدار قابل قبول (۰/۵۵) بود. همچنین جهت بررسی شاخص روایی محتوا از روش والتز و باسل^۲ (۱۹۸۱) استفاده شد. طبق این روش، گویه‌های دارای نمره بالاتر از ۰/۷۹ مناسب، بین ۰/۷ تا ۰/۷۹ نیاز به اصلاح بازنگری و کمتر از ۰/۷ غیرقابل قبول بودند (والتز و همکاران، ۱۹۸۱). برای تدوین بسته حاضر، ابتدا تحلیل جامع پیشینه نظری و پژوهشی مرتبط با خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه و مداخلات روان شناختی مؤثر انجام گرفت. سپس داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با زنان دارای سرطان پستان به شیوه تحلیل مضمون بررسی شد. به منظور افزایش اعتبار محتوای بسته، دیدگاه‌های متخصصان حوزه روان شناسی در تمامی مراحل طراحی لحاظ گردید. انتخاب منابع و مشارکت کنندگان تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. بسته آموزشی تدوین شده مبتنی بر نیازهای واقعی، تجربه‌های زیسته و تحلیل علمی مؤلفه‌های اثرگذار طراحی شد و برای بررسی اعتبار بیرونی، به صورت آزمایشی در یک گروه محدود از زنان هدف اجرا و اصلاحات نهایی مبتنی بر بازخوردها اعمال گردید. بسته آموزشی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه و به صورت گروهی و شامل جلسات زیر بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات بسته گروهی ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه

جلسه	موضوع	خلاصه محتوای جلسات	تکالیف
اول	آشنایی و معارفه	معرفی پروتکل، توضیح اهداف درمانی، قوانین جلسات، تعریف سرطان پستان، اثرات زیستی، روانی، اجتماعی آن، بررسی چالش‌های بیماران مبتلا به سرطان پستان و اهمیت حمایت روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه. آماده‌سازی ذهنی برای جلسات آتی.	تهیه لیستی از چالش‌های اجتماعی-روانی و نیازهای تسکینی مرتبط با بیماری.
دوم	تأثیر استرس و نقش حمایت اجتماعی	بررسی تأثیر استرس و نقش حمایت اجتماعی بر روند بیماری، توضیح منابع استرس، واکنش‌های فردی به موقعیت‌های استرس‌زا، آموزش مدل A-B-C برای ثبت افکار و احساسات هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، تأکید بر اهمیت شبکه‌های حمایتی اجتماعی.	تکلیف: ثبت رویدادهای استرس‌زا به روش A-B-C؛ تنظیم زمان برای برقراری ارتباط با یک عضو خانواده یا دوست نزدیک در طول هفته.
سوم	بازسازی افکار با تکنیک‌های شناختی	بررسی افکار منفی و مخرب و تأثیر آن بر بیماری، آموزش تکنیک خودگویی مثبت، تعریف واژه‌ها، بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده فکر، و تحلیل افکار با استفاده از تکنیک‌های شناختی. ارائه راهکار برای بازسازی افکار مرتبط با سرطان و کاهش تأثیرات روانی.	تمرین تکنیک شواهد تأییدکننده و ردکننده باور خود در مورد افکار مرتبط با بیماری؛ استفاده از تکنیک خودگویی مثبت در طول هفته.

1 wax

2 Waltz & Bausell

چهارم	مدیریت استرس با تکنیک‌های آرامش‌بخش	تعریف استرس در بیماران سرطان پستان و رابطه آن با پیشرفت بیماری، معرفی تکنیک‌های آرمیدگی (آرامش بدون تنش، مراقبت تنفسی)، و نحوه استفاده از این تکنیک‌ها برای کاهش استرس و مراقبت از خود.	تمرین روزانه آرامش بدون تنش و مراقبت تنفسی کوتاه برای کاهش استرس. ثبت اثرات این تکنیک‌ها در کاهش تنش.
پنجم	آشنایی با هیجان خشم و بهبود روابط بین فردی	آموزش مراحل وقوع خشم و نحوه مدیریت آن در بیماران، تأثیر خشم بر سلامت روانی و جسمانی، معرفی روش‌های کنترل خشم (ورزش، شمارش اعداد، آموزش تنفس عمیق)، بهبود روابط بین فردی با استفاده از تکنیک حل تعارض و تعامل مثبت.	استفاده از تکنیک حل تعارض برای رفع یک چالش بین فردی، انجام یک فعالیت مدیریت خشم در زمان مواجهه با آن.
ششم	کیفیت زندگی و نقش ذهن آگاهی	تعریف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، بررسی مؤلفه‌های کیفیت زندگی (سلامت روانی، اجتماعی، جسمانی)، اهمیت حمایت اجتماعی ادراک شده و نقش شبکه‌های حمایتی، رابطه ذهن آگاهی و کیفیت زندگی، آموزش مراقبه واریسی بدن.	برقراری بیشتر روابط اجتماعی (تماس با خانواده و دوستان)، انجام مراقبه واریسی بدن در طول هفته.
هفتم	احساس افسردگی، اضطراب درد، و تحمل پریشانی	بررسی احساس افسردگی و اضطراب در بیماران، رابطه بین افسردگی و سروتونین، تأثیر سروتونین بر کیفیت زندگی و عملکرد بیماران، معرفی تکنیک‌هایی برای کاهش اضطراب و افسردگی (مراقبه نشسته، تصویرسازی ذهنی)، تأکید بر لذت بردن از فعالیت‌های شادی‌بخش.	انجام چند فعالیت شادی‌بخش طبق امکانات فردی، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر کاهش اضطراب.
هشتم	جمع‌بندی و تداوم سلامت روان	جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، آموزش پذیرش هیجانات، بررسی تکنیک‌های کاربردی برای مراقبت از خود، تأکید بر ادامه تکنیک‌های ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی برای حفظ عملکرد روانی-اجتماعی مطلوب. اجرای فعالیت‌های پس‌آزمون.	پیاده‌سازی تکنیک‌های آموخته شده در زندگی روزمره؛ ثبت وقایع مثبت روانی و موفقیت‌ها در مدیریت هیجانات.

یافته ها

در گروه آزمایشی، میانگین سن شرکت‌کنندگان ۴۲/۱ سال با انحراف معیار ۳/۷۵ بود و دامنه سنی آن‌ها از ۳۳ تا ۴۵ سال متغیر بوده است. در گروه گواه، میانگین سن ۴۲/۶ سال با انحراف معیار ۴/۱۸ و دامنه سنی از ۳۴ تا ۴۵ سال گزارش شد؛ از نظر تحصیلات، در گروه آزمایشی ۱۱ نفر (۳۶/۷ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۳ نفر (۱۰ درصد) دارای کارشناسی و ۱ نفر (۳/۳ درصد) دارای دکترا بودند؛ در گروه کنترل نیز ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد) دیپلم، ۳ نفر (۱۰ درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۶/۷ درصد) دکترا داشتند. در خصوص شغل، در گروه آزمایشی ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد) شاغل و ۵ نفر (۱۶/۷ درصد) خانه‌دار بودند؛ در گروه کنترل ۹ نفر (۳۰ درصد) شاغل و ۶ نفر (۲۰ درصد) خانه‌دار گزارش شدند؛ از نظر وضعیت تأهل، در گروه آزمایشی ۴ نفر (۳/۱۳ درصد) مجرد و ۱۱ نفر (۳۶/۷ درصد) متأهل بودند؛ در گروه کنترل ۳ نفر (۱۰ درصد) مجرد و ۱۲ نفر (۴۰ درصد) متأهل بودند؛ مدت زمان ابتلا به بیماری در گروه آزمایش ۲/۵۳ سال با انحراف معیار ۰/۹۶۳ و در گروه کنترل نیز میانگین مدت زمان بیماری ۳/۱۴ سال با انحراف معیار ۰/۷۴۶ برآورد شد. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات و مدت زمان بیماری، وضعیت تأهل و شغل از یکدیگر وجود نداشت.

جدول ۱. مشخصه‌های آماری متغیرها

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب مرگ	۱۹/۸	۳/۰۷	۱۴/۹	۳/۳۴	۱۵/۹	۳/۳۴
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۶/۶	۴/۳۲	۲۱/۲	۴/۱۴	۲۰/۹	۴/۱۹
اضطراب مرگ	۱۷	۴/۳۷	۱۷/۴	۴/۱۷	۱۷/۳	۴/۰۱
حمایت اجتماعی ادراک شده	۲۰/۶	۲/۶۶	۲۰/۲	۲/۲۷	۲۱/۱	۲/۲۳

چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در دو گروه مداخله و گروه گواه نشان داده شده است؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش آزمون تفاوت چندانی نشان نمی‌دهند؛ اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در متغیرهای پژوهش ($F=۸۷/۸$ ، آماره ام‌باکس، $F=۱۳/۱$ ، $P<۰/۰۱$) به دست آمد که سطح معنی‌داری میزان F به دست آمده کمتر از $۰/۰۵$ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تأیید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (رضائی و استوار، ۱۳۹۶). همچنین کرویت ماچلی برای متغیرهای پژوهش ($F=۰/۵۵$ ، آماره موشلی، $F=۷۸/۱$ ، توزیع خی دو، $P<۰/۰۱$) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از $۰/۰۵$ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای متغیر اضطراب مرگ ($F=۱/۱۲$ و $P>۰/۰۵$) و حمایت اجتماعی ادراک شده ($F=۲/۱۳$ و $P>۰/۰۵$) گزارش شد که نشان‌دهنده تأیید همگنی واریانس‌ها است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۳×۲ برای مقایسه دو گروه آزمایش و گواه و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیرهای پژوهش ارائه گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

نام آزمون	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
کرویت فرض شده	۱۰۴۹/۲	۵	۲۰۹/۸	۲۶/۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۲
گرین هاوس- گیسر	۱۰۴۹/۲	۱/۷۹	۵۸۵/۲	۲۶/۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۲
هوین- فلت	۱۰۴۹/۲	۱/۹۸	۵۳۰/۹	۲۶/۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۲
باند بالا	۱۰۴۹/۲	۱	۱۰۴۹/۲	۲۶/۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت $۴۸/۲$ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم‌پذیری را دارد. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۳×۲

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
بین گروهی	۲۰۸۳/۱	۱	۲۰۸۳/۱	۳۱/۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
خطا	۱۸۸۰/۵	۲۸	۶۷/۳			
درون گروهی	۱۹۸۳۰/۴	۲/۴۵	۸۱۸۷/۴	۲۴۷/۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲
عامل و گروه	۲۵۰۴/۸	۲/۴۵	۱۰۲۱/۵	۱۹۸/۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶

حمایت اجتماعی ادراک شده	بین گروهی	خطا (عامل)	۴۷۹۰	۶۸/۶	۶۹/۷	۰/۰۰۴	۰/۲۶۰
			۸۱۱/۲	۱	۸۱۱/۲		
درون گروهی	عامل و گروه	خطا (عامل)	۲۰۰۲۰/۷	۲/۷۱	۷۳۹۱/۹	۱۲/۲	۰/۰۰۱
			۱۷۱۲/۳	۲/۷۱	۶۳۱/۹	۳۱/۰۲	۰/۰۰۱
خطا (عامل)	خطا (عامل)	خطا (عامل)	۵۴۳۲/۹	۷۵/۸	۷۱/۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
			۵۴۳۲/۹	۷۵/۸	۷۱/۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای اضطراب مرگ ($F=1662, P<0.05, \eta^2=0.47$) و برای حمایت اجتماعی ادراک شده ($F=122, P<0.05, \eta^2=0.31$) معنادار هستند؛ یعنی بین دو گروه از نظر میانگین اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر اضطراب مرگ اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ($F=198/4, P<0.05, \eta^2=0.52$) معنادار است. همچنین در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ($F=31/0.2, P<0.05, \eta^2=0.52$) معنادار است. به عبارتی بین نمرات اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در سه مرحله

متغیر	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
اضطراب مرگ	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۰/۵*	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۳۴*	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک شده	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۷۱*	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۲/۱*	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان پستان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است که این نشان دهنده تاثیر آموزش مبتنی بر بهزیستی روانشناختی بر اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در این نوجوانان است. در متغیر اضطراب مرگ تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($d=10/5, p<0.05$) و پیش‌آزمون پیگیری ($d=8/34, p<0.05$) معنادار است. با توجه به جدول ۲ همچنین می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پستان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که نشان دهنده تاثیر بسته ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه بر کاهش اضطراب مرگ است. همانطور که مشاهده می‌شود در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان پستان تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($d=9/71, p<0.05$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($d=12/1, p<0.05$) معنادار و نشان دهنده اثر بخشی بسته ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه بر بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف امکان سنجی بسته گروهی ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه بر اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بسته ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه بر اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان پستان موثر است. این یافته با نتایج مطالعات تولانی و همکاران (۲۰۲۶)، جیونگ و لی (۲۰۲۶)، لی و همکاران (۲۰۲۶) و گوآی و همکاران (۲۰۲۵) همسو است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که این

رویگرد، به جای انکار یا سرکوب ترس از مرگ، فضایی امن برای بیان نگرانی‌ها، پردازش هیجانی و بازسازی شناختی فراهم می‌آورد که در نهایت به کاهش شدت اضطراب مرگ منجر می‌شود (ویژمن، ۲۰۲۴). مداخلات مبتنی بر جامعه از طریق فعال‌سازی منابع حمایتی طبیعی، زمینه‌ساز احساس تعلق و امنیت روان‌شناختی می‌شوند. این احساس امنیت می‌تواند به‌طور مستقیم اضطراب مرگ را کاهش دهد، زیرا یکی از مؤلفه‌های اصلی این اضطراب، تجربه تنهایی و رهاشدگی وجودی است (کونری و همکاران، ۲۰۲۵). در این چارچوب، بیمار نه تنها با بیماری، بلکه با شبکه‌ای از روابط معنادار مواجه است که توان تحمل تهدید مرگ را افزایش می‌دهد. همچنین، خدمات روان‌شناختی تسکینی با رویکرد فعال و زود هنگام خود، برخلاف مداخلات دیر هنگام بیمارستان‌محور، از همان مراحل اولیه تشخیص به مدیریت اضطراب مرگ می‌پردازند. مداخله حاضر با پرداختن هم‌زمان به ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی تجربه سرطان، توانسته است این شکاف را پوشش دهد و از مزمن شدن اضطراب مرگ جلوگیری کند (لی و همکاران، ۲۰۲۶). در خصوص پایداری نتایج کاهش اضطراب مرگ، می‌توان استدلال کرد که اثرات این مداخله صرفاً وابسته به حضور درمانگر یا جلسات رسمی نبوده، بلکه از طریق تقویت مهارت‌های درونی و منابع بیرونی بیمار تثبیت شده است. خدمات روان‌شناختی تسکینی مبتنی بر جامعه، بیماران را به بازتعریف معنای زندگی، پذیرش محدودیت‌های وجودی و استفاده از حمایت‌های اجتماعی تشویق می‌کند (چادری و همکاران، ۲۰۲۳). این تغییرات شناختی-هیجانی، ماهیتی نسبتاً پایدار دارند و پس از پایان مداخله نیز ادامه می‌یابند. از سوی دیگر، کاهش اضطراب مرگ می‌تواند خود به بهبود تعاملات اجتماعی و کاهش کناره‌گیری منجر شود، امری که به‌صورت چرخه‌ای، اثرات مداخله را در طول زمان تقویت می‌کند (فابیانو پاستانو و همکاران، ۲۰۲۶). بنابراین، پایداری نتایج را می‌توان حاصل درونی‌سازی راهبردهای مقابله‌ای و تداوم دسترسی به شبکه‌های حمایتی دانست.

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که بسته ارائه خدمات روان‌شناختی تسکینی مبتنی بر جامعه بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان موثر است. این یافته با نتایج ژوبی و همکاران (۲۰۲۵)، آلمیدا و همکاران (۲۰۲۵)، گو و همکاران (۲۰۲۵)، باتیستا و همکاران (۲۰۲۳) و چادری و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که رویکرد مبتنی بر جامعه این مداخله، از طریق درگیر کردن خانواده، مراقبان و منابع محلی، شبکه حمایتی بیماران را از حالت منفعل به ساختاری پویا و پاسخ‌گو تبدیل کرده است. آلمیدا و همکاران (۲۰۲۵) و گو و همکاران (۲۰۲۵) نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده بالا می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و احساس تنهایی منجر شود. در بیماران مبتلا به سرطان پستان، تغییرات ظاهری، خستگی مزمن و محدودیت‌های نقش اجتماعی اغلب موجب تضعیف تعاملات اجتماعی می‌شود (شی و همکاران، ۲۰۲۶). مداخله حاضر با عادی‌سازی تجربه بیماری و کاهش انگ ادراک‌شده، زمینه بازگشت تدریجی بیماران به تعاملات اجتماعی را فراهم کرده است. علاوه بر این، کاهش اضطراب مرگ ناشی از مداخله، خود به افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده کمک کرده است. همان‌طور که فابیانو پاستانو و همکاران (۲۰۲۶) اشاره می‌کنند، اضطراب مرگ بالا می‌تواند موجب کناره‌گیری اجتماعی و کاهش درخواست کمک شود. با کاهش این اضطراب، بیماران آمادگی بیشتری برای برقراری ارتباط، بیان نیازها و دریافت حمایت نشان می‌دهند. این رابطه دوسویه میان اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، موجب شده است که اثر مداخله بر هر دو متغیر تقویت شود. در زمینه پایداری افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، می‌توان گفت که مداخله حاضر از طریق تغییر نگرش بیماران نسبت به روابط اجتماعی، اثرات بلندمدت‌تری ایجاد کرده است. باتیستا و همکاران (۲۰۲۳) تأکید می‌کنند که مداخلات مبتنی بر جامعه، با تقویت حس تعلق و مشارکت اجتماعی، تغییراتی ایجاد می‌کنند که وابسته به زمان یا مکان خاصی نیستند. هنگامی که بیمار یاد می‌گیرد حمایت را ادراک کند، درخواست نماید و از آن بهره‌مند شود، این مهارت‌ها پس از پایان مداخله نیز باقی می‌مانند. همچنین، تقویت روابط خانوادگی و گروه‌های حمایتی محلی، به‌عنوان منابع پایدار حمایت، احتمال تداوم اثرات مثبت مداخله را افزایش می‌دهد (چادری و همکاران، ۲۰۲۳). در نتیجه، پایداری افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده را می‌توان حاصل تعامل میان تغییرات درونی بیمار و تداوم منابع حمایتی بیرونی دانست.

در مجموع، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مداخله روان‌شناختی تسکینی مبتنی بر جامعه به‌طور مؤثری توانسته است سازگاری روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشد. کاهش اضطراب مرگ و افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیانگر آن است که این مداخله نه تنها به کاهش رنج‌های هیجانی پرداخته، بلکه منابع حمایتی بیماران را نیز تقویت کرده است. ماهیت جامع و اجتماع‌محور این رویکرد، زمینه پایداری تغییرات مثبت را فراهم ساخته و فراتر از اثرات کوتاه‌مدت عمل کرده است. بر این اساس، به‌کارگیری این بسته مداخله‌ای می‌تواند به‌عنوان رویکردی کارآمد در برنامه‌های مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد توجه قرار گیرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تمرکز آن بر جامعه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر خرم‌آباد اشاره کرد که تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها، شهرها و یا بیماران با شرایط متفاوت را با محدودیت مواجه می‌سازد. نمونه‌گیری این پژوهش به صورت هدفمند انجام شده و با توجه به حجم نسبتاً پایین نمونه باید در تفسیر نتایج با احتیاط عمل شود. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی مانند پرسشنامه‌ها، می‌تواند دقت در سنجش متغیرها را تحت تأثیر قرار دهد؛ زیرا ممکن است شرکت‌کنندگان به دلیل برداشت شخصی از سؤالات، تمایل به مخفی کردن واقعیت یا ارائه تصویری مطلوب از خود داشته باشند که این امر احتمال بروز سوگیری یا مخدوش شدن نتایج را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، محدودیت‌های دیگری مانند ملاک‌های ورود و خروج خاص، عدم حضور یا انصراف برخی از بیماران به دلایل جسمانی، و وابستگی زمان‌بندی جلسات به شرایط درمانی شرکت‌کنندگان نیز می‌تواند بر یافته‌های پژوهش اثرگذار باشد. لازم به ذکر است که ملاحظات ویژه‌ای برای حفظ وضعیت جسمانی و روانی بیماران انجام گرفت، اما با این حال متغیرهای فردی و شرایط خاص بیماران سرطانی ممکن است در نتایج پژوهش مداخله‌گر باشند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، ضمن افزایش حجم نمونه و تنوع جامعه آماری، از ابزارها و رویکردهای ترکیبی مانند مصاحبه و مشاهده جهت جمع‌آوری داده‌ها بهره گرفته شود تا دقت و جامعیت نتایج افزایش یابد. همچنین اجرای پژوهش‌های مشابه در سایر شهرها و جمعیت‌های بیماران با موقعیت‌های متفاوت می‌تواند به سنجش امکان تعمیم‌بخشی یافته‌های حاضر کمک نماید.

منابع

- تمنایی فر، م.؛ سلیمانیان، ز. (۱۴۰۳). نقش میانجی تاب‌آوری و خودکارآمدی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده با پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *مجله علوم پزشکی فیض*، ۲۸ (۱)، ۷۶-۸۵. <https://feyz.kaums.ac.ir/article-1-5101-fa.html>
- سلیمی، ع؛ جوکار، ب؛ نیک‌پور، ر. (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. *مطالعات روانشناختی*، ۵ (۳)، ۱۰۲-۸۱. <https://doi.org/10.22051/psy.2009.1607>
- صادقی، ع؛ عبدی ایم‌آبادی، ف؛ شیله سری ساحلی، م. (۱۴۰۴). رابطه اجتناب تجربه‌ای و اضطراب مرگ با نقش میانجی معنا در زندگی در سالمندان مقیم سرای سالمندان شهر رشت. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴ (۲)، ۱۰۳-۱۱۲. <http://frooyesh.ir/article-1-6086-fa.html>
- Almeida, M., Griff, M. I., & Brandão, T. (2025, February). Coping and positive body image in young women with breast cancer: the buffering role of social support. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 3, p. 346). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030346>
- Bar, Y., Keren, N., Eisenstadt, D., Hamama-Raz, Y., Lerner, S., Zada, I., ... & Sonnenblick, A. (2026). Abstract PS4-11-13: Psychosocial determinants in patients with early breast cancer undergoing neoadjuvant therapy: initial results from a prospective study. *Clinical Cancer Research*, 32(4_Supplement), PS4-11. <https://doi.org/10.1158/1557-3265.SABCS25-PS4-11-13>
- Battista, V. and Sciacca, K. (2023). Professional standards and the role of the advanced practice registered nurse in hospice and palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 25(5), 249-254. <https://doi.org/10.2196/75024>
- Bibi, H. A., & Mustafa, A. (2026). Pain Catastrophizing and Death Anxiety in Patients with Breast Cancer. *Annals of Human and Social Sciences*, 7(1), 108-120. [https://doi.org/10.35484/ahss.2026\(7-1\)10](https://doi.org/10.35484/ahss.2026(7-1)10)
- Biswas, J., Bhuiyan, A. M. R., Alam, A., & Chowdhury, M. K. (2025). Effect of perceived social support on cancer patients: a narrative review. *Academia Oncology*, 2(2). doi.org/10.20935/AcadOnco7681
- Boyle, J., Zhao, H., Barry, K. H., Shen, J., Miller, C. A., Knott, C. L., & Fuemmeler, B. F. (2026). A geographically sensitive neighborhood exposome-wide association study for breast cancer survival. *JAMA Network Open*, 9(2), e2558256. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2845175>
- Braš, M., Đorđević, V., & Kaštelan, S. (2023). Palliative medicine: past - present - future. *Revija Za Socijalnu Politiku*, 29(3), 413-426. <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/view/1942>
- Budak, S. E., & Kaatsiz, M. A. A. (2025). The effect of perceived social support and spiritual care needs in predicting hope in oncology patients. *Cancer Nursing*, 10-1097. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1602808>
- Chowdhury, M. K., Bezzahou, M., Khanom, M., & Doherty, M. (2023). Developing Community-Based Palliative Care for Children: A Community Case Study from an Urban Informal Settlement in Bangladesh. *Health Services Insights*, 16, 11786329231162996. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/11786329231162996>
- Çiçek, E., Kavak, M., Kavak Budak, F., Şahin, T. T., & Akinci, Ö. E. (2026). The relationship between pain and psychological resilience and perceived social support in liver cancer surgery cases. *Psychology, Health & Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13548506.2026.2623310>
- Connery, T., Riotto, G. D., Macdonald, D., & Menzies, R. E. (2025). Associations between death anxiety and fear of illness progression or recurrence: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 20(6), e0325176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0325176>

- Creutzfeldt, C. (2021). Palliative care and shared decision making in the neurocritical care unit. *Continuum Lifelong Learning in Neurology*, 27(5), 1430-1443. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2025.105350>
- Dai, Y., & Sun, P. (2026). Competing Risk of Death in Heart Failure or Cardiomyopathy Prediction After Breast Cancer. *JAMA Oncology*. doi: 10.1001/jamaoncol.2025.6471
- Fabiano Pastana, J., da Silveira, J., & Coutinho de Azevedo Guimarães, A. (2026). Women undergoing breast cancer surgery: a randomised clinical trial of the effect of dance therapy on anxiety, sexual function, and the prospects of ageing. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/17432979.2026.2616707>
- Frey, R. and Balmer, D. (2023). The challenges for health professionals delivering palliative care in the community during the covid-19 pandemic: an integrative review. *Palliative & Supportive Care*, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000275>
- Gui, G., Yang, D., Liu, Y., Yao, Y., Xie, X., Liu, R., ... & Zhou, F. (2025). How family support alleviates death anxiety in breast cancer patients: the mediating role of meaning in life. *Frontiers in Public Health*, 13, 1567485. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1567485>
- Guo, S., Cui, P., Wang, P., Liu, W., Shao, M., Li, T., & Chen, C. (2025). The chain mediating effects of psychological capital and illness perception on the association between social support and acceptance of illness among Chinese breast cancer patients: A cross-sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*, 75, 102800. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102800>
- Hong, S., Yu, M., Zheng, Y., Wang, S., Zhang, J., Pan, B., ... & Wang, Z. (2026). Clinical efficacy and multi-omics analysis of Si-Ni-San for depression treatment in breast cancer patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *Chinese Medicine*, 21(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s13020-025-01283-y>
- Jeong, W., & Lee, S. J. (2026). Engineering complexity: advances in 3D breast cancer models for precision Oncology. *Advanced Healthcare Materials*, 15(1), e03104. <https://doi.org/10.1002/adhm.202503104>
- Lawshe, C. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575. [org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x)
- Lee, S. K., Park, S., & Park, S. M. (2026). Depression and long-term mortality among 5-year breast cancer survivors in Korea: a retrospective population-based cohort study. *Scientific Reports*. <https://doi.org/10.1038/s41598-026-36919-y>
- Martino, M. L., & Lemmo, D. (2026). The journey of breast cancer in younger women: the interplay between negative autobiographical memories and post-traumatic growth. *Frontiers in Psychology*, 17, 1788744. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2026.1788744/abstract>
- Pulungan, R. M., Helda, H., Wahyono, T. Y. M., & Sutandyo, N. (2026). Relationships between social support and resilience of breast cancer patients in Indonesia: A cross-sectional study. *Journal of Education and Health Promotion*, 15(1), 40. <https://doi.org/10.51601/ijse.v6i1.404>
- Russo, P. (2023). The importance of being early. *Annals of Advanced Biomedical Sciences*, 6(1). <https://doi.org/10.1002/smi.70148>
- Shi, S., Chang, G., Xie, C., Xiao, J., Liu, Y., & Cai, S. (2026). Latent Physical Activity Patterns and Their Related Factors in Breast Cancer Patients During Chemotherapy Intervals. *Patient Preference and Adherence*, 1-12. <https://doi.org/10.2147/PPA.S561144>
- Templer, D. I., Ruff, C. F., & Franks, C. M. (1971). Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Developmental Psychology*, 4(1p1), 108. <https://psycnet.apa.org/buy/1971-08212-001>
- Tolaney, S. M., de Azambuja, E., Kalinsky, K., Loi, S., Kim, S. B., Yam, C., ... & Schmid, P. (2026). Sacituzumab Govitecan plus Pembrolizumab for Advanced Triple-Negative Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, 394(4), 354-366. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2508959>
- Turan, G. B., & Dural, G. (2025). Does spiritual well-being affect death anxiety and psychological resilience in cancer patients?. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 90(4), 1909-1924. <https://doi.org/10.1177/00302228221129948>
- Waltz, C., & Bausell, B. (1981). *Nursing research: design statistics and computer analysis*. Davis FA.
- Weissman, G. (2024). Use of machine learning to optimize referral for early palliative care: are prognostic predictions enough?. *Journal of Clinical Oncology*, 42(14), 1603-1606. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02649-7>
- Xie, X., Chen, L., Cheng, Y., & Zhang, J. E. (2025). Death anxiety and its influencing factors among family caregivers of cancer patients: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 34(5), 1808-1817. <https://doi.org/10.1111/jocn.17441>
- Xue, K., Shang, J., Yang, C., Pan, L., Shi, H., Zuo, C., & Zeng, Y. (2025). Death Anxiety Among Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.70318>
- Zhang, Y., Li, G., Zhang, S., Zhou, Y., Lv, Y., Feng, L., & Yu, L. (2025). Effects of Exercise on Depression and Anxiety in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Cancer Medicine*, 14(5), e70671. <https://doi.org/10.1002/cam4.70671>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

امکان سنجی بسته گروهی ارائه خدمات روانشناختی تسکینی مبتنی بر جامعه بر اضطراب مرگ و حمایت اجتماعی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان
Feasibility of a Community-Based Group Palliative Psychological Services Package on Death Anxiety and Perceived ...