

بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و میزان درد در

بیماران مبتلا به سرطان پستان

*مهرداد اکبری^۱، احمد علی پور^۲، حسین زارع^۳

۱. مربی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۳. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۲/۱۰/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۱/۱۸)

The Effect of Coping Skills Training Program on Pain and Quality of Life in Breast Cancer Patient

*Mehrdad Akbari¹, Ahmad Alipour², Hossein Zare³

1. Lecturer of Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.

2. Professor of Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.

3. Professor of Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.

(Received: Jan. 19, 2014 - Accepted: Apr. 07, 2015)

Abstract

Objective: Breast cancer can cause of many problems in physical, mental and social performance, including pain and can cause reduced quality of life. The aim of this study is the effect of coping skills training program on pain and quality of life in breast cancer patients residing in the city of Dezful. **Method:** Method of this study is a quasi-experimental research design with pretest - posttest control group. During an informal invitation 34 patients were enrolled in the study were eligible. The patients were randomly divided into experiment and control groups (each group include 17 subjects). Experiment group were received 8 sessions 1.5 h weekly of coping skills program (Lazaruss, Folkman, 1984). Participants completed brief pain questionnaire (BPI) and quality of life questionnaire (European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)) before and after starting the program. **Findings:** The results of the descriptive analysis showed that experimental group have better in global quality of life and its dimensions, also experiment group reduced in both severity pain and interference in daily functioning than the control group. **Conclusion:** MANCOVA analysis demonstrates that coping training caused enhancement of quality of life and diminish the pain in experiment group.

Keywords: Coping Skills, Pain, Quality of life, Breast Cancer.

چکیده

مقدمه: بیماری سرطان مشکلات فراوانی در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی از جمله تحمل درد و کاهش کیفیت زندگی ایجاد می‌کند. این مطالعه با هدف اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر میزان درد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان ساکن در شهرستان دزفول انجام شد. روش: این تحقیق یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری است. برای این منظور طی دعوت‌نامه‌ای غیررسمی از ۳۴ بیمار که دارای شرایط مطالعه بودند ثبت‌نام به عمل آمد. این بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۱۷ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت آموزش برنامه ۸ هفته‌ای ۱/۵ ساعته مهارت‌های مقابله با استرس (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴) قرار گرفت و گروه کنترل تا پایان برنامه، برنامه درمانی عادی خود را دریافت نمودند. هر دو گروه قبل و بعد از اجرای برنامه، پرسشنامه مختصر شدت درد و پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. یافته‌ها: نتایج توصیفی نشان‌دهنده وضعیت بهتر گروه آزمایش در متغیرهای کیفیت زندگی و ابعاد آن و درد و ابعاد آن، نسبت به گروه کنترل بود. نتیجه‌گیری: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نیز با کنترل اثر پیش‌آزمون، نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس باعث بهبود در کیفیت زندگی و ابعاد عملکردی و علائم آن در بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است. همچنین این برنامه در کاهش شدت درد و کاهش تداخل درد در عملکرد روزمره این بیماران شده است.

واژگان کلیدی: مهارت‌های مقابله‌ای، درد، کیفیت زندگی، سرطان پستان.

*نویسنده مسئول: مهرداد اکبری

*Corresponding Author: Mehrdad Akbari

Email: mehrdadakbari2003@yahoo.com

مقدمه

میان زنان ایرانی است. تقریباً برای تمام افراد مبتلا به سرطان تشخیص بیماری، مشکلات فراوانی در ابعاد شخصی، خانوادگی و اجتماعی زندگی وی ایجاد می‌کند و منجر به ایجاد احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس و افزایش احساس آسیب‌پذیری و گیجی، درد، علائم جسمانی می‌شود و عملکردهای روزانه و فعالیت‌های اجتماعی را دچار نابسامانی می‌کند (بالجانی، خشابی، امانپور و عظیمی، ۱۳۹۰؛ آلتشور، روزن‌بام، گوردون و آوینز^۴، ۲۰۱۲؛ گارسن^۵، ۲۰۰۴).

یکی از چندین عوارض ناراحت‌کننده بیماران مبتلا به سرطان درد^۶ است (آپونه، برتو، کاراسنی^۷ و همکاران، ۲۰۰۶؛ شین و همکاران^۸، ۲۰۱۲) این عارضه مخصوصاً در بیمارانی که در مرحله متاستاز هستند بیشتر دیده می‌شود (چرنی^۹، ۲۰۰۰) و در ۷۰ درصد بیماران مبتلا با توجه به نوع سرطان و مرحله درد طاقت‌فرسا وجود دارد (هرن و هیگنسون^{۱۰}، ۲۰۰۳؛ بنت^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۲). در جایی دیگر فراوانی درد را ۵۷ درصد گزارش کرده‌اند (مارکوس، ۲۰۱۱). انجمن بین‌المللی درد^{۱۲} (IASP، ۱۹۸۶) درد را به‌عنوان تجربه‌ای حسی یا هیجانی ناخوشایندی که با

سرطان^۱ احتمالاً بیماری است که اغلب مردم بیشتر از سایر بیماری‌ها، از آن می‌ترسند. خود کلمه سرطان مردم را خیلی می‌ترساند و بیشتر مردم، میزان مرگ‌ومیر ناشی از آن را خیلی بیشتر تصور می‌کنند (سارافینو^۲، ۱۳۸۷). سرطان در کشورهای غربی دومین عامل مرگ‌ومیر است و سالانه بیش از ۷ میلیون نفر را به کام مرگ می‌کشد (مردانی حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۹؛ نیسی، لطفی نژاد و ژیان، ۱۳۹۱) و در ایران سومین عامل مرگ‌ومیر است (علیپور، ۱۳۹۰) و سالانه ۳۰۰ هزار نفر از ایرانیان جان خود را بر اثر سرطان از دست می‌دهند (لطفی کاشانی، وزیری، ارجمند، موسوی و هاشمیه، ۱۳۹۱). سرطان پستان^۳ شایع‌ترین نوع سرطان و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در میان زنان است. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، سرطان پستان با ۵۰۲۰۰۰ مورد مرگ در سال ۲۰۰۵، از میان سرطان‌های ریه، معده، کولورکتال و دهانه رحم، به‌عنوان اولین عامل مرگ بر اثر سرطان در میان زنان معرفی شده است. بر اساس آمار سازمان بهداشت امریکا، در جهان سالانه بیش از ۱/۱ میلیون مورد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می‌شود که این رقم معادل ۱۰ درصد از کل موارد جدید سرطان و ۲۳ درصد از کل سرطان‌های زنان است. در ایران سرطان پستان ۲۲/۲۶ درصد از موارد سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین سرطان در

4. Altschuler, A., Rosenbaum, E., Gordon, P., Canales, S., & Avins, L. A.

5. Garssen B

6. Pain

7. Apolone, G., Bertetto, O., Caraceni, A.

8. Shin, D.W.

9. Cherny, N.

10. Hearn, J., Higginson, I.J.

11. Bennett, M.

12. International association of pain

1. Cancer

2. Sarafino, E. P.

3. Breast cancer

درمانی، استفاده از گرما و سرما و طب سوزنی از جمله این روش‌ها هستند (شبان، رسول‌زاده، مهران و مراد علیزاده، ۱۳۸۵).

همچنین تشخیص و درمان سرطان، سبب اختلال در الگوی خواب و فعالیت، ایجاد علائم جسمانی و روان‌شناختی، مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فردی می‌شود. این عوارض کیفیت زندگی^۷ بیماران را دستخوش تغییرات می‌کند (بجلیک رادیسک و همکاران^۸، ۲۰۱۲؛ پالمر، توز، ژو و اویس^۹، ۲۰۱۳؛ آلبرت، کولر، واگنر و شواز^{۱۰}، ۲۰۰۴؛ تاکاهاشی، هوندا، نیشیمورا و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ صفایی و همکاران، ۲۰۰۸؛ کهرزائی، دانش و آزادفلاخ، ۱۳۹۰). در دو دهه اخیر، بحث کیفیت زندگی در حوزه درمان سرطان‌ها به‌طورجدی مطرح شد و به‌سرعت گسترش یافت. در اینکه کیفیت زندگی را چگونه تعریف کنیم، اشتراک نظر چندانی دیده نمی‌شود ولی سازمان بهداشت جهانی^{۱۲}، کیفیت زندگی را مفهومی چندبعدی می‌داند و آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائق فردی تعریف کرده است، احساس امنیت، تعارض‌های هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳؛ نقل از کهرزائی و همکاران، ۱۳۹۰). در

آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است تعریف کرده است. درد مرتبط با سرطان اثرات زیان بخشی بر عملکرد و کیفیت زندگی افراد می‌گذارد (کرونکه، توبلاد، وو، توو و کریس^۱، ۲۰۱۲؛ هولن، لیدرمن، کلیستد، لوگز و کاسا^۲، ۲۰۰۸؛ کاسا و دیگران، ۲۰۱۱؛ نوروسکی، ۲۰۰۶؛ تاولی، منتظری، روشن، تاولی و میلانی، ۲۰۰۸). درد سرطان به علل مختلفی ایجاد می‌شود که شامل رشد و گسترش خود تومور، عوارض روش‌های درمانی مانند شیمی‌درمانی^۳، پرتودرمانی^۴، جراحی و بیماری‌های زمینه‌ای است (لی^۵، ۲۰۰۳). روش‌های تسکین درد شامل استفاده از روش‌های دارویی و جراحی و نیز روش‌های رفتاری است (جانسون^۶، ۲۰۰۱). داروهای مسکن اثرات جانبی زیادی بر جسم و روان بیماران دارند. مسکن‌ها علاوه بر خطر اعتیاد و وابستگی دارویی، باعث افت فشارخون، تضعیف اعمال حیاتی، خواب‌آلودگی، تهوع و حتی شوک می‌شوند. علاوه بر این صرف هزینه‌های گزاف، کمبود دارو و صرفه‌جویی در زمان مراقبان بیماران، استفاده از روش‌های جایگزین دارای عوارض کمتر و مقرون به‌صرفه‌تر ضروری به نظر می‌رسد. امروزه تأکید زیادی روی روش‌های غیر دارویی تسکین درد که اصطلاحاً به آن‌ها روش‌های رفتاری می‌گویند شده است. روش‌های آرام‌سازی، موسیقی‌درمانی، لمس

7. Quality of life

8. Bjelic-Radistic, V.

9. Palmer, N. R. A., Tooze, J. A.

10. Albert, U. S., Koller, M., Wagner, U., & Schulz, K. D.

11. Takahashi, T., Hondo, M., Nishimura, K.

12. World health organization

1. Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Tu, W. & Krebs, E.

2. Holen JC, Lydersen S, Klepstad P, Loge JH, Kaasa S.

3. Chemotherapy

4. Radiotherapy

5. Lee, C.

6. Johnson, B.

حوزه‌های مختلف زندگی عملکرد بهتری دارند اما در مبتلایان به سرطان سینه، بدبینی، پیش‌بینی کننده مشکلات روان‌شناختی بیشتر پس از عمل جراحی است.

راهبردهای مقابله‌ای که فرد به کار می‌گیرد ممکن است کاهش فشار روانی را به دنبال داشته باشند و از این‌رو یک شیوه کنار آمدن مؤثر شناخته شوند؛ اما برخی پاسخ‌های مقابله‌ای ممکن است مشکل را گسترده‌تر و بدتر کرده و یا خود یک مشکل تازه پدیدآورند (برای نمونه، سوء‌مصرف الکل یا مواد مخدر)؛ بنابراین مفهوم مقابله گاهی بسیار گسترده‌تر بوده و صرفاً به تلاش‌های رفتاری فرد برای حل مسئله در راستای تسلط بر یک وضعیت بالقوه تهدیدکننده به کار نمی‌رود. هم‌چنین، در برخی رویکردهای نظری، مقابله یک ویژگی شخصیتی به شمار می‌رود که در موقعیت‌های گوناگون تغییر نمی‌کند (آگیلار وفایی، ۱۳۸۵).

راهبردهای مقابله در تجربه روان‌شناختی و فیزیولوژیک درد نقش واسطه‌ای قدرتمندی ایفا می‌کند (اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۴). درد مرتبط با سرطان و مشکلات جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه با آن را می‌توان به‌عنوان فشارزایی در نظر گرفت که باعث می‌شود تا بیمار برای اعمال کنترل و مدیریت بر آن‌ها از راهبردهای مقابله استفاده کند. راهبردهای مقابله با درد می‌توانند شامل راهبردهای شناختی مانند گفتگو با خود، فاجعه‌آفرینی، توجه برگردانی از درد، کسب اطلاعات درباره درد، حل مسئله و نیز راهبردهای رفتاری مانند افزایش یا کاهش فعالیت خاص، مانند استراحت، فعالیت بدنی، استفاده از

بیماران سرطانی مثل دیگر بیماران مزمن، ارتقاء کیفیت زندگی، هدف اولیه مراقبت است و هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان مبتلایان، به حداکثر رساندن توانایی‌های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد در کیفیت زندگی است (حسن‌پور و آذری، ۱۳۸۵؛ نقل از مردانی حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۹)؛ بنابراین می‌توان با مداخلات لازم به افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت‌زمان بستری در بیمارستان و درنهایت کاهش هزینه‌های بیماران و جامعه کمک کرد.

یکی از مداخلات روان‌شناختی در کاهش استرس و بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران سرطانی مهارت‌های مقابله با استرس^۱ است. وانت اسپیگر و همکاران (۱۹۹۷)، روش‌های مقابله با استرس در بیماران سرطانی بزرگ‌سال را به روش‌هایی که با سازگاری روان‌شناختی بهتری همراه‌اند مانند مواجهه، داشتن روحیهٔ جنگنده و خوش‌بینی و روش‌هایی که با مشکلات روان‌شناختی همراه‌اند مانند پذیرش انفعالی، اجتناب، احساس فقدان کنترل و تقدیرگرایی تقسیم کرده است (احدی، مهریار، نفیسی، نیکوفر و جهانیان، ۱۳۹۰). هم‌چنین اجتناب، ناامیدی و درماندگی بالا، پیش‌بینی کننده افزایش احتمال عود بیماری است (پتی، کرو، بل و هانتز^۲، ۲۰۰۲). مطالعه رینولد^۳ و همکاران (۲۰۰۵)، نشان داد که در بیماران سرطانی، ابراز هیجان با افزایش احتمال بهبودی رابطه دارد. در بیماران مبتلا به سرطان، افراد خوش‌بین درد کمتری گزارش می‌کنند و در

1. Coping skills
2. Pettierew, Bell & Hunter
3. Reynolds

راهبردهای غیرانطباقی مانند ناامیدی و درماندگی باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تخمدان می‌شود. در جمعیت غیر بالینی نیز راهبردهای مسئله مدار و هیجان مدار با کیفیت زندگی رابطه مثبت و راهبردهای اجتنابی رابطه منفی نشان داده‌اند (کراسینوم^۴، ۲۰۱۳).

با توجه به ادبیات تحقیق، این مطالعه با هدف تعیین اثر آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر کاهش میزان درد و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهرستان دزفول انجام شد.

روش

این تحقیق یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری است. برای این منظور بیماران مبتلا به سرطان سینه شهرستان دزفول دعوت‌نامه‌ای غیررسمی از طرف محقق و بخش انکولوژی بیمارستان دکتر گنجویان مبنی بر شرکت در مطالعه دریافت کردند. این دعوت‌نامه به بیمارانی که سواد خواندن و نوشتن داشتند، به زبان فارسی تسلط داشته، بین ۱۸ تا ۵۵ سال سن داشتند، در مراحل ابتدایی تشخیص و درمان نبودند و در مرحله شیمی‌درمانی و پرتودرمانی نبودند، داده شد. شرکت‌کنندگان از لحاظ دیگر بیماری‌ها جسمانی و روانی بررسی شدند. از ۳۸ بیمار که دارای شرایط مطالعه بودند ثبت‌نام به عمل آمد. این بیماران به صورت تصادفی به دو گروه ۱۹ نفری تقسیم شدند. در طول مطالعه دو نفر از

کیسه آبگرم و یا یخ باشد. پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله هم ادراک فرد از شدت درد و هم توانایی فرد برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت‌های روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اصغری و نیکلاس، ۲۰۰۴؛ دی‌گود و تیت، ۲۰۰۱)

مطالعات کمی به بررسی چگونگی تأثیر مهارت‌های مقابله‌ای بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته‌اند، با این وجود، این مطالعات اندک نیز بر ارتباط بین مهارت‌های مقابله و آشفتگی‌های هیجانی تمرکز نموده‌اند و کمتر به گسترش مفهوم کیفیت زندگی در این راستا توجه کرده‌اند (رانسوم و همکاران، ۲۰۰۵). یک مطالعه طولی بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داد که رفتارهای مقابله‌ای پذیرش بیماری و درگیری فعال پیش‌بینی کننده بهتری از کیفیت زندگی است. در مقابل نشخوار فکری و انکار آشفتگی بیشتر و کیفیت زندگی کمتری را پیش‌بینی می‌کند (آستر^۱ و همکاران، ۲۰۱۴)؛ اما در گروه‌های بالینی دیگر مطالعات زیادی در ارتباط کیفیت زندگی و مقابله انجام شده است. به طور مثال کرونجی و پرتوریوس^۲ (۲۰۱۳)، نشان دادند که بیماران مبتلا به غش‌های روان زاد غیر صرعی که از راهبردهای غیرانطباقی اجتناب و فاصله گرفتن استفاده می‌کردند از کیفیت زندگی کمی برخوردار بودند. همچنین پرایس^۳ و همکاران (۲۰۱۳)، دریافتند که راهبردهای مقابله‌ای انطباقی مانند خوش‌بینی باعث افزایش کیفیت زندگی و

1. Oster, I.

2. Cronje, G & Pretorius, C.

3. Price, M.A.

4. Cracinum, B.

(غیرقابل‌تصور) است. هرچه نمره بالاتر باشد نشان‌دهنده شدت بیشتر درد است. بخشی که میزان تداخل درد با کارکردهای عمومی اشخاص را می‌سنجد (بعد واکنشی) از ۷ سؤال تشکیل شده است کیلند (۱۹۹۱). این پرسشنامه توسط میر زمانی، سعیدی، سلیمی و بشارت (۲۰۰۵) هنجاریابی شده است. همچنین وکیل زاده و نخعی (۱۳۸۵)، پایایی و روایی این پرسشنامه را روی بیماران مبتلا به سرطان را مورد ارزیابی قرار دادند. آنان پایایی پرسشنامه را از روش آلفای کرونباخ برای ابعاد شدت و واکنش به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین روایی سازه پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند.

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه ویرایش سوم پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان متعلق به «سازمان اروپایی پژوهش‌ها و درمان سرطان» است که توسط آرنسون (۱۹۸۷)، (به نقل از صفایی، دهکردی و طباطبایی، ۱۳۸۶)، تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است که کیفیت زندگی بیماران سرطانی را در ۵ حیطه عملکردی شامل عملکرد جسمانی، ایفای نقش، عملکرد هیجانی، شناختی و اجتماعی و ۹ خرده مقیاس علائم شامل خستگی، درد، تهوع و استفراغ، تنگی نفس، اسهال، یبوست، کاهش خواب، کاهش اشتها، مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری، درمان‌های دریافتی و یک حیطه کلی کیفیت زندگی را اندازه می‌گیرد. مطالعات اعتبار یابی، این پرسشنامه را به‌عنوان مقیاسی معتبر و پایا برای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در موقعیت‌های پژوهشی

شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش از ادامه همکاری انصاف دادند. به همین دلیل دو نفر از اعضای گروه کنترل که بیشترین تفاوت را از نظر نمرات کسب کرده از پرسشنامه‌های تحقیق را داشتند و باعث افزایش نمره انحراف معیار گروه می‌شدند از تحلیل حذف شدند؛ بنابراین تعداد هرکدام از گروه‌ها در پایان مطالعه ۱۷ نفر بود. یکی از این گروه‌ها به‌عنوان گروه کنترل (لیست انتظار) و گروه دیگر به‌عنوان گروه‌های آزمایشی در نظر گرفته شد. گروه آزمایش تحت آموزش مهارت‌های مقابله با استرس قرار گرفت و گروه کنترل تا پایان برنامه، برنامه درمانی عادی خود را دریافت نمودند. هر دو گروه قبل، بعد و دو ماه بعد از اجرای برنامه، پرسشنامه مختصر شدت درد و پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. در پایان جمع‌آوری اطلاعات گروه کنترل در صورت تمایل مشاوره فردی مرتبط با محتوای آموزشی دریافت نمودند.

پرسشنامه مختصر شدت درد^۱ (BPI): یک پرسشنامه استاندارد برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن در بیماران سرطانی و دیگر بیماران بالینی دچار درد مزمن است (کیلند، ۱۹۹۱؛ کیلند، ناکامورا، مندوزا، ادواردز، داگلاس و سرلین، ۱۹۹۶؛ و کربس، بیر، وو، داموش و کرونیکه، ۲۰۱۰). این پرسشنامه از دو بخش اصلی سنجش شدت درد و میزان تداخل در امور روزمره و سؤالات زمینه‌ای تشکیل شده است. بخش حسی شامل ۴ آیتم که شدت درد اخیراً، حداقل درد، بدترین درد و متوسط درد طی هفته گذشته را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری این مواد از صفر (عدم وجود درد) تا ده

خلعتبری و عزیز زاده حقیقی (۱۳۹۰) و بهروزیان (۱۳۹۰) و همچنین مطالبی از کتاب مهارت‌های زندگی کلینیکه (ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۴) بود که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه شد. این برنامه بر اساس رویکرد لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴)، تهیه شده است که در آن به آموزش سبک‌هایی پرداخته شده است که بر اساس این رویکرد بیشترین تأثیرگذاری در کاهش استرس را دارند، سبک‌هایی مانند مسئله‌گشایی، جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله با هیجانات منفی. خلاصه برنامه آموزشی به تفکیک جلسات در زیر نشان داده شده است.

چند فرهنگی تأیید کرده‌اند (کهرزایی و همکاران، ۱۳۹۰). صفایی و همکاران (۱۳۸۶)، نشان دادند که سومین ویرایش نسخه فارسی این پرسشنامه ابزاری پایا و معتبر برای سنجش کیفیت زندگی بیماران سرطانی است. آلفای کرونباخ مقیاس خستگی ۰/۶۵، درد ۰/۶۹، تهوع و استفراغ ۰/۶۶ و بقیه مقیاس‌ها بالای ۰/۷۰ برآورد شده است که نشان‌دهنده پایایی این پرسشنامه است (کهرزایی و همکاران، ۱۳۹۰).

برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با استرس:
آموزش مورد استفاده در این مطالعه تلفیقی از برنامه‌های آموزشی مورد استفاده در مطالعات

جلسه	هدف	محتوای آموزشی
اول	آشنایی و گرم شدن گروه، روشن نمودن چارچوب‌های اساسی گروه	معارفه و آشنایی اعضا، بیان قوانین گروه (شرکت به‌موقع در گروه، عدم غیبت در جلسات، حضور فعال در جلسات و انجام دقیق تکالیف در خارج از گروه)،
دوم	تعریف استرس و شناسایی ابعاد آن	رس بر پنج مقوله؛ شناختی، هیجانی، رفتاری، جسمانی و اجتماعی و همچنین درک ارتباط بین افکار و هیجانات
سوم	آشنایی با انواع سبک‌های مقابله	تشریح سبک مقابله‌ای مسئله مدار (شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی)؛ تشریح سبک مقابله‌ای هیجان مدار (پرداختن به رفتارهای عیب جویان، عصبی و ناراحت شدن، اشتغال ذهنی و خیال‌پردازی)؛ تشریح سبک مقابله‌ای اجتنابی (شامل رفتارهایی از قبیل روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت تازه یا به شکل روی آوردن به اجتماع)
چهارم	آموزش مهارت مسئله گشایی	تشریح مراحل پنج‌گانه حل مسئله؛ پذیرش این موضوع که اضطراب امتحان عملکرد تحصیلی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ تعریف مسئله و شناخت دقیق موقعیت‌های اضطراب‌زا؛ فهرست کردن راه‌حل‌های مختلف؛ تصمیم‌گیری در مورد مناسب‌ترین راه‌حل؛ ارزشیابی راه‌حل انتخابی و در صورت مواجهه با شکست تکرار مراحل قبل
پنجم	آموزش مهارت مقابله با هیجان-های منفی	آموزش چگونگی کنترل بدن آموزش آرمیدگی تن
ششم	توانایی استفاده از سیستم‌های حمایتی	آموزش چگونگی کسب حمایت عاطفی؛ آموزش چگونگی کسب حمایت عملی؛ آموزش چگونگی کسب حمایت اطلاعاتی؛ توصیه به استفاده از کمک متخصصین
هفتم	آموزش خودکنترلی	مقایسه ویژگی‌های افراد با منبع کنترل بیرونی و درونی؛ آموزش مهارت خودکنترلی یا خودگردانی؛ آموزش کنترل رفتار و هیجان‌ها از طریق ایفای نقش
هشتم	نتیجه‌گیری و جمع‌بندی	انتقال تجربه به زندگی واقعی؛ ارزیابی دوره توسط شرکت‌کنندگان

یافته‌ها

از بین بیماران گروه آزمایش ۱۲ نفر متأهل، ۲ نفر مجرد و ۳ نفر بیوه بودند. بیماران گروه کنترل نیز ۱۳ نفر متأهل، ۲ نفر مجرد و ۲ نفر بیوه بودند. همچنین از بیماران گروه آزمایش ۴ نفر دارای سطح سواد ابتدایی، ۵ نفر سواد تا مقطع دبیرستان، ۵ نفر دیپلم و ۳ نفر تحصیلات کاردانی داشتند. از بیماران گروه کنترل نیز ۶ نفر سواد ابتدایی، ۵ نفر دیپلم، ۴ نفر کاردانی و ۲ نفر تحصیلات

کارشناسی داشتند. متوسط زمان تشخیص بیماری برحسب ماه در بیماران گروه آزمایشی ۲۳ ماه و گروه کنترل ۳۱ ماه بود.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد میزان شدت درد، تداخل آن در زندگی روزمره و همچنین ابعاد کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و گواه را قبل و بعد از اجرای مداخله آموزش مهارت‌های مقابله با استرس را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
حیطه کلی کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷	۶,۹۴	۱,۸۵
	کنترل	کنترل	۱۷	۶,۲۴	۱,۵۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷	۷,۸۸	۱,۸۶
	کنترل	کنترل	۱۷	۷,۱۰	۲,۲۳
حیطه علائم	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷	۳۴,۴۷	۲,۳۲
	کنترل	کنترل	۱۷	۳۵,۹۴	۲,۷۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷	۲۸,۰۵	۶,۷۹
	کنترل	کنترل	۱۷	۳۵,۲۳	۳,۵۲
حیطه عملکردی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷	۲۵,۲۳	۳,۶۰
	کنترل	کنترل	۱۷	۲۴,۶۵	۳,۰۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷	۳۸,۸۸	۳,۳۲
	کنترل	کنترل	۱۷	۲۷,۶۳	۳,۰۷

کمتراً، بهتر بودن کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. همچنین میانگین و انحراف معیار شدت درد و تداخل درد در عملکردهای عادی فرد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ نمایش داده شده است. در این اطلاعات نیز نشان می‌دهند که نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش در هر دو شاخص شدت درد و تداخل در عملکرد روزانه

همان‌گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود میانگین گروه‌ها در پیش‌آزمون باهم تفاوت زیادی ندارند، ولی گروه آزمایش در پس‌آزمون نمره حیطه کلی زندگی و حیطه عملکردی نسبت به کنترل گواه بالاتر و در حیطه علائم کمتر از گروه کنترل است. لازم به ذکر است که در حیطه کلی و عملکردی نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر ولی در حیطه علائم نمره

نسبت به گروه کنترل کمتر است، هرچند که این تفاوت‌ها در پیش‌آزمون چندان قابل تأمل نیست.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار شدت درد و تداخل درد در عملکرد فرد گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و

پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
شدت درد	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷	۲۱,۶۴	۲,۹۵
	کنترل	۱۷	۲۲,۱۷	۴,۰۸	
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷	۱۳,۹۴	۲,۵۳
	کنترل	۱۷	۲۳,۶۴	۲,۲۰	
تداخل در عملکرد روزمره	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷	۳۶,۲۹	۴,۳۹
	کنترل	۱۷	۳۴,۱۱	۵,۵۴	
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷	۲۶,۷۶	۲,۳۵
	کنترل	۱۷	۴۳	۴,۳۳	

پس‌آزمون نداشتند. ولی تأثیر عضویت گروهی (متغیر مستقل) معنی‌دار بود است. مجذور اتا ۰/۷۶۷ نشان‌دهنده اثربخشی مؤثر متغیر مستقل و توان آزمون ۱ نشان‌دهنده متناسب بودن حجم نمونه است.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره را با کنترل پیش‌آزمون ابعاد کیفیت زندگی و درد نشان می‌دهد. همان‌طور که دیده می‌شود به‌غیر از حیطة عملکردی کیفیت زندگی، هیچ‌کدام از نمرات کنترل‌شده تأثیر معنی‌داری در نمرات

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (آزمون لامبدای ویکلز) گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
مقدار ویژه	۰,۳۲۸	۹,۴۲۳	۵	۲۳	۰,۰۰۱	۰,۶۷۲	۰,۹۹۹
حیطه کلی کیفیت زندگی	۰,۹۴۲	۰,۲۴۸	۵	۲۳	۰,۹۱۷	۰,۰۵۸	۰,۱۰۶
حیطه عملکردی کیفیت زندگی	۰,۶۱۶	۲,۸۶	۵	۲۳	۰,۰۳۷	۰,۳۴۸	۰,۷۴۱
حیطه علائم کیفیت زندگی	۰,۶۶۲	۲,۳۱	۵	۲۳	۰,۰۷۶	۰,۳۳۵	۰,۶۳۵
شدت درد	۰,۷۱۲	۱,۸۵	۵	۲۳	۰,۱۴۱	۰,۲۸۱	۰,۵۲۵
تداخل درد در عملکرد	۰,۸۰۸	۱,۰۹۳	۵	۲۳	۰,۳۹۱	۰,۱۹۲	۰,۳۱۷
روزمره	۰,۰۷۴	۵۷,۴۳	۵	۲۳	۰,۰۰۱	۰,۹۲۶	۱

کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

برای بررسی تأثیر برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر متغیرهای وابسته از تحلیل

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر مهارت‌های مقابله‌ای بر کیفیت زندگی و درد در پس‌آزمون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
	حیطه کلی کیفیت زندگی	۳۴,۹۹	۱	۳۴,۹۹		۰,۰۰۰۱	۰,۴۴۱	۰,۹۹۴
عضویت	حیطه عملکردی	۷۳۳,۰۲	۱	۷۳۳,۰۲		۰,۰۰۰۱	۰,۵۱۹	۰,۹۹۹
گروهی	حیطه علائم	۲۹۱,۴۴	۱	۲۹۱,۴۴		۰,۰۲	۰,۳۰۲	۰,۹۰۹
	شدت درد	۶۸۲,۸۰	۱	۶۸۲,۸۰		۰,۰۰۰۱	۰,۸۳۰	۱
	تداخل درد در عملکرد	۱۷۷۳,۸	۱	۱۷۷۳,۸		۰,۰۰۰۱	۰,۸۸۳	۱

و تداخل آن در عملکرد روزمره، با یافته‌های (پراباکار، مروا و راجو^۱، ۲۰۰۷؛ براون^۲ و همکاران، ۲۰۰۹؛ وانگ، سان و چن^۳، ۲۰۰۸؛ عمان^۴ و همکاران، ۲۰۰۸) همخوانی دارد.

کیفیت درد به واسطه شدت، تازگی، پیش‌بینی ناپذیری و میزان تهدیدآمیز بودن آن تغییر می‌کند و این تغییر می‌تواند باعث تمرکز فرد روی آن شده و به نوسان افزایش درد منجر شود (اکسلستون و کرومبزه^۵). ارائه اطلاعات مرتبط با درد در برنامه آموزشی می‌تواند به کاهش درد منجر شده و باعث شود که بیماران نگرانی کمتری از درد داشته و به رویارویی فعال با آن مبادرت ورزند. همچنین پژوهشگرانی مانند دیک و راشیک^۶ (۲۰۰۸) و کارول، مردوکا، کسیدی و سیتیه^۷ (۲۰۰۲)، نیز معتقدند در مدیریت درد راهبردهای مقابله‌ای فعال باعث افزایش توان فرد برای مقابله با درد شده و فرد ناتوانایی کمتری را گزارش می‌کند؛ زیرا با آموزش مهارت‌های مقابله-

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس باعث بهبود در کیفیت زندگی و ابعاد عملکردی و علائم آن در بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است. همچنین این برنامه در کاهش شدت درد و کاهش تداخل درد در عملکرد روزمره این بیماران شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر که یک طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود، با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر میزان درد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شد. نتایج توصیفی مندرج در جداول ۱ و ۲ نشان داد که گروه آزمایش در متغیرهای کیفیت زندگی و ابعاد آن و درد و ابعاد آن، نسبت به گروه کنترل وضعیت بهتری دارند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (جداول ۳ و ۴) نیز با کنترل اثر پیش‌آزمون، مؤثر بودن برنامه مداخله‌ای را بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش درد بیماران گروه آزمایش را تأیید کرد.

نتیجه به دست آمده در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر کاهش شدت درد

1. Prabhakar AR, Marwah N, Raju OS.
2. Brown, S.C.
3. Wang, Z.X, Sun, L.H. & Chen, A.P.
4. Uman, L.S.
5. Eccleston C, Crombez G.
6. Dick DB, Rashiq S.
7. Carroll L, Mercado AC, Cassidy JD, Cjte PA.

زندگی فرد را تهدید می‌کند. درمان‌های سرطان پستان از قبیل جراحی برداشتن پستان، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی توأم با عوارضی هستند که به‌طور کوتاه‌مدت یا طولانی‌مدت کیفیت زندگی فرد را به خطر می‌اندازند، در این میان هرچه شدت عوارض جانبی تجربه‌شده در طول درمان بیشتر باشد، کیفیت زندگی بیشتر مورد تهدید قرار می‌گیرد (دی‌استفانو و همکاران، ۲۰۰۸).

حمایت از سوی اطرافیان به‌طور مستقیم با ارضای نیاز فرد به احساس پیوستگی و تعلق، همچنین مقابله با احساس تنهایی، تندرستی روان‌شناختی را بالا می‌برد. منابع حمایت اجتماعی می‌توانند از طریق افزایش پیروی از توصیه‌های درمانی و بالا بردن سازگاری روان‌شناختی و در نتیجه افزایش بهبودی، سپری در برابر عوارض ناخواسته بیماری شود (بیشاب و همکاران؛ نقل از داودی و همکاران، ۱۳۹۱). نظر به اینکه در برنامه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای چگونگی استفاده و دریافت حمایت اجتماعی آموزش داده شده است، به نظر می‌رسد این فرآیند به افزایش کیفیت زندگی افراد کمک کرده است.

به‌طور گسترده‌ای اعتقاد بر این است که درد تأثیر عمیقی روی کیفیت زندگی افراد دارد (اسکوینگتون^۲، ۱۹۹۸). اغلب مطالعات نشان داده‌اند که بین درد و کیفیت زندگی رابطه معکوسی وجود دارد. به این صورت که افزایش یکی موجب کاهش دیگری می‌شود. مشخص شده است که درمان‌های مؤثر درد، از طریق کاهش درد، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (کاتز^۳،

ای فعال به نظر می‌رسد بیماران به میزان بیشتری به ارزیابی مجدد پدیده درد پرداخته و از طریق آموزش مهارت‌های حل مسئله به مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده می‌پردازند. این آموزش‌ها می‌تواند به افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالفت ورزی با افکار خودآیند منفی و در نتیجه مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده گردد و از این طریق هم به کاهش ادراک درد و هم به افزایش مهارت‌های کارآمد منتهی گردد (فری^۱، ۲۰۰۷؛ نقل از گلچین و همکاران، ۱۳۹۰). از طرفی دیگر آموزش خودکنترلی به افزایش مهارگری و خویش‌داری بیماران در مقابله با درد می‌انجامد. در این آموزش‌ها فرد هیجانات منفی خود را کنترل کرده و مسئولیت مشکلات خود را به عهده می‌گیرد و با تعدیل یا تصحیح آن‌ها و ارزیابی مجدد مثبت روی مشکلات خود به مهارگری و همچنین ارتقای وضعیت مقابله‌ای خود کمک می‌کند (همان منبع).

یکی دیگر از نتایج این تحقیق افزایش کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آزمایش پس از اجرای متغیر مستقل است. این نتایج با یافته‌های (رانسوم و همکاران، ۲۰۰۵؛ آستر و همکاران، ۲۰۱۴؛ کرونجی و پرتوریوس ۲۰۱۳؛ پرایس و همکاران و کراسینوم، ۲۰۱۳) همخوان است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که تشخیص و درمان سرطان پستان سبب اختلال در الگوی خواب و فعالیت، ایجاد علائم جسمی و اختلال در عملکرد شناختی، مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فرد می‌شود و در نهایت کیفیت

2. Skevington, S.M.

3. Katz, N.

1. Free, M.

مهرداد اکبری و همکاران: بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران ...

کمک مؤثری ارائه نمود. یکی از محدودیت‌های این تحقیق قابلیت تعمیم‌پذیری آن است، چراکه شرکت‌کنندگان در این تحقیق از نظر شرایط فرهنگی اجتماعی خاص بوده و تعمیم آن به افراد دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر این تحقیق داوطلب بودن شرکت‌کنندگان در تحقیق است که ممکن است نشان از انگیزه آنان باشد. این انگیزه ممکن است به‌عنوان یک متغیر میانجی عمل کند که در این تحقیق کنترل نشده است و به محققین دیگر می‌تواند آن را بیازمایند.

در این مطالعه نیز به نظر می‌رسد مهارت‌های مقابله‌ای با کاهش ادراک درد و کنترل درد، افزایش بهبود در کیفیت زندگی را به دنبال داشته باشد.

از این رو با توجه به نتیجه این پژوهش و سایر پژوهش‌های مشابه، لازم است که به درمان‌های پزشکی اکتفا ننموده و با تأسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی و استفاده از مداخلات روان‌شناختی در بیمارستان‌ها و مراکز سرطان‌شناسی، در بهبود کیفیت زندگی، کاهش درد و ابعاد گوناگون عملکرد این بیماران و در نتیجه درمان بیماری آنان

منابع

(۱۳۹۰). «بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان». *حیات؛ ۱۷(۳): ۲۷-۳۷*.

بهروزیان، م (۱۳۹۰). «اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر کاهش تعارضات زناشویی زوجین شاغل شهرستان دزفول». پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خوزستان.

خلعتبری، ج و عزیززاده حقیقی، ف (۱۳۹۰). «تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی بر سلامت روان دانشجویان دختر». *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۲(۲)، ۳۰-۳۷*.

آگیلار وفایی، م (۱۳۸۵). «ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌جویان در بررسی افراد تحت درمان سرطان». *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۲(۴)، ۳۱۵-۳۲۶*.

احدی، ح؛ مهریار، ا؛ ه؛ نفیسی، غ. ر؛ نیکوفر، ع. ر و جهانیان، س (۱۳۹۰). «مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و افسردگی در سه گروه از بیماران مبتلا به سرطان». *اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)، ۶(۲۱): ۳۵-۴۲*.

اصغری، م؛ محمدعلی و گلگ، ن (۱۳۸۴). «نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن». *دانشور رفتار، ۱۲(۱۰)،*

بالجانی، ا؛ خشابی، ج؛ امان پور، ا و عظیمی، ن

- داودی، ا؛ زرگر، ی؛ مظفری پور سی سخت، ا؛
نرگسی، ف و مولا، ک (۱۳۹۱). «رابطه فاجعه
سازی درد، روانرنجور خوبی، حمایت
اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی
عملکردی در بیماران روماتیسمی». *روانشناسی
سلامت*، ۱(۱)، ۶۷-۵۴.
- سارافینو، پ. ا (۲۰۰۲). *روانشناسی سلامت*.
ترجمه گروهی از مؤلفان (۱۳۸۷). تهران:
انتشارات رشد.
- شبان، م؛ رسولزاده، ن؛ مهران، ع و مرادعلی زاده،
ف (۱۳۸۵). «تأثیر دو روش غیر دارویی
(آرامسازی پیشروند عضلانی و موسیقی درمانی)
بر میزان درد بیماران سرطانی». *حیات*،
۱۲(۳): ۶۳-۷۲.
- صفایی، آ؛ مقیمی دهکردی، ب و طباطبایی، س.
ح. ر (۱۳۸۶). «بررسی روایی و پایایی
پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی
در مبتلایان به سرطان». *ارمغان دانش*، ۱۲(۲)،
۴۶-۲۵.
- علی پور، ا (۱۳۹۰). *مقدمات روانشناسی سلامت*.
چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- کلینیکه، ک (۱۳۸۰). *مهارت‌های زندگی*. ترجمه
شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات سپند هنر.
- کهرآزنی، ف؛ دانش، ع و آزادفلاح، پ (۱۳۹۰).
«اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود
کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان».
روانشناسی کاربردی؛ ۵(۲): ۷-۲۳.
- گلچین، ن؛ جان بزرگی، م؛ علی پور، ا و آگاه
هریس، م (۱۳۹۰). «اثربخشی درمانگری
شناختی رفتاری در به‌کارگیری راهبردهای
مقابله‌ای و کاهش درد زنان مبتلا به کمردرد
مزمن». *اصول بهداشت روانی*، تابستان
۱۳(۲): ۱۶۰-۱۶۹.
- مردانی حموله، م و شهرکی واحد، ع (۱۳۸۹).
«ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در
بیماران سرطانی». *مجله دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*؛
۱۸(۲): ۱۱۱-۱۱۷.
- وکیلزاده، پ و نخعی، ن (۱۳۸۵). «پایایی و
روایی نسخه فارسی پرسشنامه کوتاه درد در
بیماران مبتلا به سرطان». *مجله دانشگاه علوم
پزشکی رفسنجان*، ۵(۴) ۲۵۸-۲۵۳.
- ویسی، ا؛ لطفی نژاد، ش و ژیان، ف (۱۳۹۱).
«ارتباط سرطان دهانه رحم با مصرف قرص‌های
پیشگیری از بارداری». *مجله دانشگاه علوم
پزشکی گرگان*، ۳(۴) ۹۸-۱۰۳.

- localized early stage breast cancer". *Inflammation Research*. 53 (Suppl. 2):36-S141.
- Altschuler, A., Rosenbaum, E., Gordon, P., Canales, S. & Avins, L. A. (2012). "Audio recordings of mindfulness-based stress reduction training to improve cancer patients' mood and quality of life-a pilot feasibility study". *Support Care Cancer* 20: 1291-1297.
- Apolone, G., Bertetto, O., Caraceni, A. & et al (2006). "Pain in cancer. An outcome research project to evaluate the epidemiology, the quality and the effects of pain treatment in cancer patients". *Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 7
- Asghari, A., & Nicholas, M.K. (2004). "Pain during mammography: the role of coping strategies". *Pain*, 108, 170-179.
- Baer, R. A. (2003). "Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bennett, M., aymont, C., Hjermstad, M., Aass, N., Caraceni, A. & Kaasa, S. (2012). "Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: A systematic review". *PAIN*, 153, 359-365.
- Bjelic-Radisic, V., Jensen. T. P., Kuljanic, K., Ann-Charlotte, V., Singer, S. Chie, W., Nordin, A. & Greimel, E. (2012). "Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer". *European Journal of Cancer*, 48, 3009- 3018.
- Brown, S. C., Hart, G., Chastain, D. P. & et al (2009). "Reducing distress for children during invasive procedures: Randomized clinical trial of effectiveness of the Pedi Sedate". *Paediatr Anaesth*. 19(8): 725-731.
- Craciun, B. (2013). "Coping Strategies, Self-criticism and Gender Factor in Relation to Quality of Life". *Social and Behavioral Sciences*, 78, (13), 466-470
- Carroll, L., Mercado, A.C., Cassidy, J.D. & Cjte, P.A. (2002). "A population based study of factors associated with combinations of active and passive coping with neck and low back pain". *J Rehabil Med* 2002; 34(2): 67-72.
- Cherny, N. (200). "The management of cancer pain". *Cancer J Clin*, 50:70-116
- Cleeland, C.S. (1991). *Pain assessment in cancer, in Osoba D (Ed): Effect of Cancer on Quality of Life*. Boca Raton, FL, CRC Press, 293-305
- Cleeland, C. S., Nakamura, Y., Mendoza, T. R., Edwards, K. R., Douglas, J. & Serlin, R.C. (1996). "Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: New information from multidimensional scaling". *Pain* 67:267-273.
- DeGood, D. E. & Tait, R. C. (2001). *Assessment of pain beliefs and pain coping In: Turk, D. C., Melzack, R. (Eds). Handbook of pain Assessment, Second Edition (pp. 320-345), New York: Guilford Press.*
- Dick, D. B. & Rashiq, S. (2008). "Chronic low back pain: Review of treatment and standards". *J Behav AnalHealth Sports Fit Med* 1: 19-25.

- Distefano, M., Riccardi, S., Capelli, G., Costantini, B., Petrillo, M. & Ricci, C. (2008). "Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre- operative chemo radiotherapy". *Gynecol Oncol*, 111 (1): 144 -50.
- Eccleston, C. & Crombez, G. (1999). "Pain demands attention: a cognitive affective model of the interruptive function of pain". *Psychol Bull*, 125: 356-66.
- Holen, J.C., Lydersen, S., Klepstad, P., Loge, J.H. & Kaasa, S. (2008). "The Brief Pain Inventory: Pain's interference with functions is different in cancer pain compared with noncancer chronic pain". *Clin J Pain* 24:219-225.
- Hearn, J. & Higginson, I.J. (2003). *Cancer pain epidemiology: a systematic review*. In: Bruera ED, Portenoy RK, editors. *Cancer Pain: Assessment and Management*. London: Cambridge University Press; 19-37.
- International Association for the Study of Pain. (1986). "Classification of Chronic Pain, Descriptions of Chronic Pain Syndroms and Definition of Pain Terms". *Pain* 31-222.
- Johnson, B. (2001). *Physiology of pain*. London: Bailliere Tineall; P. 203-210.
- Kaasa, S., Apolone, G., Klepstad, P., Loge, J.H., Hjermsstad, M.J., Corli, O., Strasser, F., Heiskanen, T., Costantini, M., Zagonel, V., Groenvold, M., Fainsinger, R., Jensen, M. P., Farrar, J. T., McQuay, H., Rothrock, N. E., Cleary, J., Deguines, C. & Caraceni, A. (2011). "Expert conference on cancer pain assessment and classification— the need for international consensus: Working proposals on international standards". *BMJ Support Palliat Care* 1:281-287.
- Katz, N. (2002). "The impact of pain management on quality of life". *J Pain Symptom Manage*. 24(1): 38-7.
- Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Tu, W. & Krebs, E. (2012). "Comparative Responsiveness of Pain Measures in Cancer Patients". *The Journal of Pain*, 13, 8, 764-772.
- Lazarus, R. S. & Folkman. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, C. (2003). *Pain in chronic disease*. *Nurs Stand*. 7(3): 24-28.
- Mirzamani, S. M., Sadidi, A., Sahrai, J. & Besharat, M. A. "Anxiety and Depression in Patients with Lower Back Pain". *Psychological Reports* 2005; 96:553-558.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A. & Weiner, D. K. (2008). "I Feel Like a New Person". The Effects of Mindfulness Meditation on Older Adults with Chronic Pain: A Qualitative Narrative Analysis of Diary Entries". *Journal of Pain*, 9, 841-848.
- Öster, I., Tavelin, B., Egberg K. T., Magnusson, E, Isaksson, U., Lindh, J. & Åström, S. (2014). "Art therapy during radiotherapy - A five-year follow-up study with women diagnosed with breast cancer". *Journal of Arts in Psychotherapy*, 41,

1, 36-40

- Palmer, N. R. A., Tooze, J. A., Turner, A., Xu, J. & Avis, N. E. (2013). "African American prostate cancer survivors' treatment decision-making and quality of life". *Patient Education and Counseling*, 90, 61-68.
- Pettierew, M., Bell, R. & Hunter, H. (2002). "Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer". *British Medical Journal*, 325, 1066-1075.
- Prabhakar, A.R., Marwah, N. & Raju, O.S. (2007). "A comparison between audio and audio-visual distraction techniques in managing anxious pediatric dental patients". *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 25(4): 177-182.
- Price, M. A., Bell, M. L., Sommeijer, D. W., Friedlander, M., Stockler, M. R., DeFazio, A., Webb, P. M. & Butow, P. N. (2013). "Physical symptoms, coping styles and quality of life in recurrent ovarian cancer: A prospective population-based study over the last year of life". *Journal of Gynecologic Oncology*, 130, (1) 162-168.
- Reynolds, P., Huley, S., Tovers, M. & Jackson, M. (2005). "Use of coping strategies and breast cancer survival". *American Journal of Epidemiology*, 9,152.
- Skevington, S. M. (1998). "Investigating the relationship between pain and discomfort and quality of life, using the WHOQOL". *Pain*. (76): 395-406.
- Tavoli, A., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z. & Melyani, M. (2008). "Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: The role of pain beliefs". *BMC Cancer* 8:177,
- Uman, L.S., Chambers, C.T., McGrath, P.J. & et al. (2007). "Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents". *Cochrane Libr*. (3): 1-77.
- Van'tspijker, A., Trisburg, R. W. & Duivenvoorden, H. (1997). "A meta-analytic review of 58 studies of cancer". *Psychometric Medicine*, 59, 280-293.
- Wang, Z. X., Sun, L. H. & Chen, A. P. (2008). "The efficacy of non-pharmacological methods of pain management in school-age children receiving vena puncture in a pediatric department: A randomized controlled trial intervention". *Swiss Med Wkly*. 138(39-40): 579-584.
- Williams, A. C. & McCracken, L. (2004). "Cognitive-behavioral therapy for chronic pain: an overview with specific reference to fear and avoidance". In: Asmundson GJ, Vlaeyen JW, Crombez G, editors. *Understanding and treating fear of pain*. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 293-312.