



**دانشکده علوم انسانی**

**رساله**

**برای دریافت مدرک دکتری تخصصی (Ph.D)**

**رشته روان شناسی عمومی**

**گروه روان شناسی**

**اثر بخشی آموزش برنامه کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی و  
مهارت های مقابله با استرس بر میزان درد، کیفیت زندگی و  
سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان**

**مهداد اکبری**

**استاد راهنما:**

**دکتر احمد علی پور**

**استاد مشاور اول: دکتر حسین زارع**

**استاد مشاور دوم: دکتر عبدالکریم شیخی**

**شهریور ماه ۱۳۹۳**

تقدیم به مادرم  
او که نگران من بودنش در چشمانش هویدا است.

و

روح پدرم:  
ای کاش تا ابد می داشتشم.

تقدیم به:  
همسرم،

او که به من اجازه داد دوستش داشته باشم.

فرصت داد رشد کنم  
تخل کرد پیشرفت کنم.

حاصل این همه گذشت دریچه ای از لطف خدا بود،

«مدیسا»

و

تقدیم به همه بیمارانی که چشم امیدشان به «الهم اشف کل مریض» ماست.

تقدیر و شکر:

شکر خدای که هر چه طلب کردم از خدا بر منتهای همت خود کامران شدم  
بدون شک جایگاه و منزلت معلم، اجل از آن است که در مقام قدردانی از زحمات بی‌شائبه‌ی او، با زبان قاصر و دست ناتوان، چیزی  
بخاریم.

اما از آنجایی که تجلیل از معلم، پاس از انسانی است که هدف و غایت آفرینش را تا این می‌کند و سلامت امانت‌هایی را که به دستش سپرده  
اند، تضمین؛ بر حسب وظیفه و از باب "من لم یسکر المنعم من المخلوقین لم یسکر الله عزوجل":  
از استاد با کمالات و شایسته؛ جناب آقای دکتر احمد علی پور که در کمال سعه صدر، با حسن خلق و فروتنی، از هیچ‌کلی در این عرصه بر من دریغ  
نمودند و زحمت راهم‌نمایی این رساله را بر عهده گرفتند؛

از استاد صبور و باتقوا، جناب آقای دکتر حسین زارع که زحمت مشاوره این رساله را در حالی متقبل شدند که بدون مساعدت ایشان، این  
پروژه به نتیجه مطلوب نمی‌رسید؛

همچنین از جناب آقای دکتر عبدالکریم شیخی که زحمت مشاوره این رساله را متقبل شدند؛ کمال شکر و قدردانی را دارم  
همچنین از سرکار خانم دکتر علی اکبری که زحمت داوری این رساله را متقبل شدند؛ کمال شکر و قدردانی را دارم  
همچنین از جناب آقای دکتر پرویز آزاد فلاح که زحمت داوری این رساله را متقبل شدند؛ کمال شکر و قدردانی را دارم

باشد که این خردترین، بخشی از زحمات آنان را پاس گوید

## چکیده:

**هدف:** این مطالعه با هدف اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر میزان درد، کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان ساکن در شهرستان دزفول انجام شد. **روش:** این تحقیق یک مطالعه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. برای این منظور طی دعوت نامه‌ای غیر رسمی از ۵۱ بیمار که دارای شرایط مطالعه بودند ثبت نام به عمل آمد. این بیماران به صورت تصادفی به سه گروه ۱۷ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش اول تحت آموزش برنامه ۸ هفته- ای ۱/۵ ساعته کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات زین، ۱۹۹۰) قرار گرفت. گروه آزمایش دوم نیز تحت آموزش برنامه ۸ هفته‌ای ۱/۵ ساعته مهارت‌های مقابله با استرس (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴) قرار گرفت. گروه کنترل تا پایان برنامه برنامه درمانی عادی خود را دریافت نمودند. هر سه گروه قبل و بعد و دو ماه پس از اجرای برنامه، پرسشنامه مختصر شدت درد، پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج توصیفی نشان‌دهنده وضعیت بهتر گروه‌های آزمایش در متغیرهای کیفیت زندگی و ابعاد آن، درد و ابعاد آن و همچنین سلامت عمومی و ابعاد چهارگانه آن نسبت به گروه کنترل بود. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره همراه با اندازه گیری مکرر نشان داد که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی 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. این نتایج نشان داد که برنامه ذهن آگاهی در بهبود وضعیت سلامت روان و ابعاد آن (شکایت جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کنش‌وری اجتماعی و افسردگی) کارآمد بوده است. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره همراه با اندازه گیری مکرر، 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. این نتایج نشان داد که برنامه مهارت‌های مقابله‌ای در بهبود وضعیت سلامت روان و ابعاد آن (شکایت جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کنش‌وری اجتماعی و افسردگی) کارآمد بوده است. نتیجه‌گیری: چون برنامه مداخله کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش درد بیماران دچار سرطان می‌شود؛ بنابراین لازم است با تأسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز سرطان‌شناسی، از این روش نیز در کنار درمان‌های پزشکی استفاده شود.

**واژگان کلیدی:** ذهن آگاهی، مهارت‌های مقابله با استرس، درد، کیفیت زندگی، سلامت روان و

سرطان پستان

فهرست مطالب.....	صفحه.....
فصل اول ( کلیات تحقیق) .....	۱
۱-۱- مقدمه.....	۲
۲-۱- بیان مسأله .....	۱۰
۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق .....	۱۴
۴-۱- هدف‌های تحقیق .....	۱۷
۵-۱- فرضیه های تحقیق .....	۱۸
۶-۱- متغیرها و تعاریف آنها .....	۱۹
فصل دوم(مبانی نظری تحقیق) .....	۲۴
۱-۲- مبانی نظری تحقیق .....	۲۵
۱-۱-۲- سرطان .....	۲۵
۱-۱-۱-۲- سرطان پستان .....	۲۵
۲-۱-۱-۲- اثرات روانشناختی سرطان پستان .....	۲۶
۳-۱-۱-۲- پیامدهای روانشناختی سرطان .....	۲۹
۴-۱-۱-۲- سرطان پستان و تصور تن .....	۳۳
۲-۱-۲- سرطان پستان و کیفیت زندگی .....	۳۴
۱-۲-۱-۲- کیفیت زندگی مرتبط با سلامت .....	۳۹
۲-۲-۱-۲- اثرات سرطان پستان بر کیفیت زندگی بیماران .....	۴۳
۳-۱-۲- درد .....	۴۶
۱-۳-۱-۲- درد مرتبط با سرطان .....	۴۷
۴-۱-۲- سلامت روان .....	۴۹
۱-۴-۱-۲- سرطان و سلامت روان .....	۵۲
۵-۱-۲- استرس .....	۵۳
۱-۵-۱-۲- نظریه ها و الگوهای استرس .....	۵۴
۲-۵-۱-۲- مقابله با استرس.....	۵۷
۳-۵-۱-۲- نظریه لازاروس و فولکمن.....	۵۹
۶-۱-۲- درمانهای روانی- اجتماعی موثر برای بیماران مبتلا به سرطان پستان.....	۶۳
۱-۶-۱-۲- مداخلات آموزشی.....	۶۴
۲-۶-۱-۲- مداخلات شناختی- رفتاری.....	۶۴
۷-۱-۲- ذهن آگاهی .....	۶۶
۱-۷-۱-۲- ریشه‌های تاریخی ذهن آگاهی .....	۶۶

۶۸	.....	۲-۷-۱-۲- رابطه ذهن آگاهی با مراقبه
۶۹	.....	۲-۷-۱-۲- سازه‌های مرتبط با ذهن آگاهی
۷۳	.....	۲-۷-۱-۲- مفهوم سازی ذهن آگاهی
۷۶	.....	۲-۷-۱-۲- رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی
۸۱	.....	۲-۷-۱-۲- ذهن آگاهی و آسیب شناسی روانی
۸۷	.....	۲-۷-۱-۲- چگونه ذهن آگاهی می توان کمک کننده باشد؟
۹۱	.....	۲-۲- پیشینه های پژوهشی
۹۱	.....	۲-۲-۱- پیشینه های پژوهشی مرتبط با مهارت های مقابله‌ای
۱۰۰	.....	۲-۲-۲- پیشینه‌های مرتبط با ذهن آگاهی
۱۰۷	.....	۲-۳- جمع بندی مبانی نظری
۱۱۰	.....	فصل سوم (روش تحقیق)
۱۱۱	.....	۳-۱- طرح تحقیق
۱۱۲	.....	۳-۲- جامعه و نمونه آماری
۱۱۶	.....	۳-۳- ابزارهای تحقیق
۱۱۶	.....	۱- پرسشنامه شدت مختصر درد
۱۱۶	.....	۲- پرسشنامه سلامت عمومی
۱۲۰	.....	۳- پرسشنامه کیفیت زندگی
۱۲۳	.....	۳-۳- برنامه های مداخله
۱۲۳	.....	۱- برنامه آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی
۱۲۷	.....	۲- برنامه آموزش مهارت های مقابله‌ای
۱۳۰	.....	۳-۳- روش تجزیه و تحلیل داده ها
۱۳۱	.....	فصل چهارم (تجزیه و تحلیل دادهها)
۱۳۲	.....	۴-۱- یافته های توصیفی
۱۴۲	.....	۴-۲- بررسی فرضیه‌ها در چارچوب آمار استنباطی
۱۵۸	.....	فصل پنجم (نتیجه گیری و بحث)
۱۵۹	.....	۵-۱- بحث در مورد یافته‌های تحقیق
۱۸۱	.....	۵-۲- محدودیت های تحقیق
۱۸۳	.....	۵-۳- پیشنهاد های تحقیق
۱۸۶	.....	منابع فارسی
۱۹۲	.....	منابع انگلیسی
۱۹۷	.....	پیوست ها

فهرست جداول.....	صفحه
جدول ۱-۲: مداخلات مورد استفاده در درمان اثرات جانبی درمان‌های پزشکی.....	۶۶
جدول ۲-۲: تعاریفی از ذهن‌آگاهی.....	۷۴
جدول ۱-۳: میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌های تحقیق.....	۱۱۳
جدول ۲-۳: فراوانی وضعیت تأهل شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها.....	۱۱۳
جدول ۳-۳: فراوانی محل سکونت شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها.....	۱۱۴
جدول ۴-۳: فراوانی سطح تحصیلات تأهل شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها.....	۱۱۴
جدول ۵-۳: فراوانی وضعیت شغلی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها.....	۱۱۵
جدول ۶-۳: فراوانی مدت زمان سپری شده از تشخیص سرطان شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها.....	۱۱۵
جدول ۷-۳: فراوانی نوع درمان دریافتی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها.....	۱۱۵
جدول ۸-۳: سوالات مربوط به حیطه‌های مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی.....	۱۲۰
جدول ۱-۴: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در مراحل مختلف ارزیابی به تفکیک گروه‌ها.....	۱۳۳
جدول ۲-۴: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در مراحل مختلف ارزیابی.....	۱۳۵
جدول ۳-۴: میانگین و انحراف معیار سلامت روان و ابعاد آن در مراحل مختلف ارزیابی.....	۱۳۸
جدول ۴-۴: نتایج آزمون M Box در مورد تساوی ماتریس‌های کواریانس ابعاد کیفیت زندگی.....	۱۴۲
جدول ۵-۴: نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های خطا در حیطه‌های کیفیت زندگی.....	۱۴۳
جدول ۶-۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر کیفیت زندگی.....	۱۴۳
جدول ۷-۴: نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر کیفیت زندگی.....	۱۴۴
جدول ۷-۴: نتایج آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه زوجی نمرات حیطه‌های کیفیت زندگی.....	۱۴۴
جدول ۸-۴: نتایج آزمون M Box در مورد تساوی ماتریس‌های کواریانس ابعاد درد.....	۱۴۶
جدول ۹-۴: نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های خطا در حیطه‌های ابعاد درد.....	۱۴۷
جدول ۱۰-۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر برای اثبات اثرات بین گروهی و تعامل.....	۱۴۸
جدول ۱۱-۴: نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر ابعاد درد.....	۱۴۹
جدول ۱۲-۴: نتایج آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه زوجی نمرات ابعاد درد بین گروه‌های آزمایش و کنترل.....	۱۴۹
جدول ۱۳-۴: نتایج آزمون M Box در مورد تساوی ماتریس‌های کواریانس سلامت روان و ابعاد آن.....	۱۵۰
جدول ۱۴-۴: نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانس‌های خطا در سلامت روان و ابعاد آن.....	۱۵۱
جدول ۱۵-۴: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری مکرر سلامت روان.....	۱۵۲
جدول ۱۶-۴: نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر سلامت روان.....	۱۵۳
جدول ۱۷-۴: نتایج آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه زوجی نمرات سلامت روان و ابعاد آن.....	۱۵۴

فهرست اشکال و نمودارها .....	صفحه .....
شکل ۱-۲: مفهوم کیفیت زندگی .....	۳۸
شکل ۲-۲: مدل استرس - بیماری .....	۵۷
شکل ۱-۳: دیاگرام طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری چند گروه .....	۱۱۱
نمودار ۱-۴: نمایش حیطه‌های سه‌گانه کیفیت زندگی گروه آزمایشی ذهن آگاهی در مراحل مختلف ارزیابی .....	۱۳۴
نمودار ۲-۴: نمایش حیطه‌های سه‌گانه کیفیت زندگی گروه آزمایشی مهارت‌های مقابله‌ای .....	۱۳۴
نمودار ۳-۴: نمایش حیطه‌های سه‌گانه کیفیت زندگی گروه کنترل در مراحل مختلف ارزیابی .....	۱۳۵
نمودار ۴-۴: وضعیت شدت درد و تداخل آن در زندگی روزمره گروه آزمایشی ذهن آگاهی .....	۱۳۶
نمودار ۵-۴: وضعیت شدت درد و تداخل آن در زندگی روزمره گروه آزمایشی مقابله‌ای .....	۱۳۷
نمودار ۶-۴: وضعیت شدت درد و تداخل آن در زندگی روزمره گروه کنترل .....	۱۳۷
نمودار ۷-۴: وضعیت سلامت روان و ابعاد آن در گروه آزمایشی ذهن آگاهی در مراحل سه‌گانه ارزیابی .....	۱۴۰
نمودار ۷-۴: وضعیت سلامت روان و ابعاد آن در گروه آزمایشی ذهن آگاهی در مراحل سه‌گانه ارزیابی .....	۱۴۱
نمودار ۸-۴: وضعیت سلامت روان و ابعاد آن در گروه آزمایشی مهارت‌های مقابله در مراحل سه‌گانه ارزیابی .....	۱۴۱
نمودار ۹-۴: وضعیت سلامت روان و ابعاد آن در گروه کنترل در مراحل سه‌گانه ارزیابی .....	۱۴۱



# فصل اول

## کلیات تحقیق

این فصل با مقدمه‌ای کلی از متغیرهای تحقیق با رویکردی استقرایی شروع می‌شود. در ادامه مسأله تحقیق را بیان می‌کنیم. سپس ضرورت انجام این مطالعه را از نظر خواهیم گذارند. در این قسمت اهمیت اجرای مطالعه را بررسی خواهیم کرد. در قسمت بعدی این فصل هدف‌های کلی و جزئی تحقیق را ذکر خواهیم کرد. فرضیه‌های تحقیق قسمت مهم دیگر این فصل خواهند بود و در پایان به بررسی متغیرهای مستقل، وابسته و کنترل تحقیق و همچنین تعاریف عملیاتی و مفهومی هر کدام از متغیرها را مرور خواهیم پرداخت.

## ۱-۱- مقدمه

سرطان<sup>۱</sup> احتمالاً بیماری است که اغلب مردم بیشتر از سایر بیماری‌ها، از آن می‌ترسند. خود کلمه سرطان مردم را خیلی می‌ترساند و بیشتر مردم، میزان مرگ و میر ناشی از آن را خیلی بیشتر تصور می‌کنند (سارافینو<sup>۲</sup>، ۱۳۸۷). سرطان در کشورهای غربی دومین عامل مرگ و میر است و سالانه بیش از ۷ میلیون نفر را به کام مرگ می‌کشاند (مردانی حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۹؛ نیسی، لطفی نژاد و ژیان، ۱۳۹۱) و در ایران سومین عامل مرگ و میر 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). تقریباً برای تمام اقراد 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<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲ و گارسن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴).

یکی از چندین عوارض ناراحت‌کننده بیماران مبتلا به سرطان درد<sup>۵</sup> است (آلپونه، برتو، کاراسنی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۶ و شین و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲) این عارضه مخصوصاً در بیمارانی که در

---

1 . cancer

2 . Sarafino, E. P.

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

4 .Garssen B

5 . pain

مرحله متاستاز هستند بیشتر دیده می‌شود (چرنی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۰) و در ۷۰ درصد بیماران مبتلا با توجه به نوع سرطان و مرحله درد طاقت فرسا وجود دارد (هرن و هیگنسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳؛ بنت<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). در جایی دیگر فراوانی درد را ۵۷ درصد گزارش کرده اند (مارکوس، ۲۰۱۱). انجمن بین المللی درد<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۶) درد را به عنوان تجربه‌ای حسی یا هیجانی ناخوشایندی که با 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 کربس<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۲؛ هولن، لیدرمن، کلپستد، لوگز و کاسا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۸؛ کاسا و دیگران، ۲۰۱۱؛ نوروسکی، ۲۰۰۶ و 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 شیمی درمانی<sup>۱۴</sup>، پرتودرمانی<sup>۱۵</sup>، جراحی و بیماریهای زمینه‌ای می‌باشد (لی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۳). روش‌های تسکین درد شامل استفاده از روش‌های دارویی و جراحی و نیز روش‌های رفتاری است (جانسون<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۱). داروهای مسکن اثرات جانبی زیادی بر جسم و روان بیماران دارند. مسکن‌ها علاوه بر خطر اعتیاد و وابستگی دارویی، باعث افت فشار خون، تضعیف اعمال حیاتی، خواب آلودگی، تهوع و حتی شوک می‌شوند. علاوه بر این صرف هزینه‌های گزاف، کمبود دارو، و صرفه جویی در زمان مراقبان بیماران، استفاده از روش‌های جایگزین دارای عوارض کمتر و مقرون به صرفه‌تر ضروری به نظر می‌رسد. امروزه تأکید زیادی روی روش‌های غیر دارویی تسکین درد که اصطلاحاً به آنها روش‌های رفتاری می‌گویند، شده است. روش‌های آرام سازی، موسیقی درمانی، لمس درمانی، استفاده از گرما و سرما و طب سوزنی از جمله این روش‌ها هستند (شبان، رسول زاده، مهران و مرادعلیزاده، ۱۳۸۵).

---

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

7 . Shin, D.W.

8 . Cherny, N.

9 . Hearn, J., Higginson, I.J.

10 . Bennett, M.

11 . international association of pain

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

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

14 . Chemotherapy

15 . . . radiotherapy

16 . Lee, C.

17 . Johnson, B.

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<sup>۱۸</sup> بیماران را دستخوش تغییرات می‌کنند (بجلیک رادیسیک و همکاران<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۲؛ پالمر، توز، ژو و اویس، ۲۰۱۳<sup>۲۰</sup>، آلبرت، کولر، واگنر و شواز<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۴؛ تاکاهاشی، هوندا، نیشیمورا و همکاران<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۸، صفایی و همکاران، ۲۰۰۸، کهرزئی، دانش و آزادفلاخ، ۱۳۹۰). در دو دهه اخیر، بحث کیفیت زندگی در حوزه درمان سرطان‌ها به طور جدی مطرح شد و به سرعت گسترش یافت. در اینکه کیفیت زندگی را چگونه تعریف کنیم، اشتراک نظر چندانی دیده نمی‌شود ولی سازمان بهداشت جهانی<sup>۲۳</sup>، کیفیت زندگی را مفهومی چند بعدی می‌داند و آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، هدف‌ها، استانداردها و علائق فردی تعریف کرده است، احساس امنیت، تعارض‌های هیجانی، عقاید شخصی، هدف‌ها 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 کهرزئی و همکاران، ۱۳۹۰). در 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 (حسن پور و آذری، ۱۳۸۵). بنابراین می‌توان با مداخله‌های لازم به افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و در نهایت کاهش هزینه‌های بیماران و جامعه کمک کرد.

سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آنها نیز می‌شود که در این میان واکنش‌هایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران می‌شود. گروهی از محققین ایتالیایی با مطالعه بیماران مبتلا به سرطان در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال دریافتند، مهمترین عامل مربوط به سلامت روان که بر کیفیت زندگی آنها اثر داشته است، اضطراب

---

<sup>18</sup> . quality of life

<sup>19</sup> . Bjelic-Radusic, V.

<sup>20</sup> . Palmer, N. R. A., Tooze, J. A.

<sup>21</sup> . Albert, U. S., Koller, M., Wagner, U., & Schulz, K. D.

<sup>22</sup> . Takahashi, T., Hondo, M., Nishimura, K.

<sup>23</sup> World health organization

می‌باشد و در صورت سن بالای ۵۰ سال، سطوح تحصیلی پائین و عدم اشتغال به کار، کیفیت زندگی بیماران نامطلوب می‌شود (دی استفانو<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). از طرفی چنانچه خشم به وجود آمده در بیماران سرطانی، به درستی ابراز نگردد، این امکان وجود دارد که به درون فرد جهت یابد و منجر به افسردگی، ناامیدی و تلاش در راستای خودکشی شود. بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان تفکر افسرده دارند و در سطح تمرکز و میزان توجه، خود کاهش نشان می‌دهند. به بیان دیگر پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی از جمله افسردگی در مبتلایان به سرطان ضروری می‌باشد. زیرا افسردگی سبب تنزل کیفیت زندگی آنها خواهد شد و مداخله جهت کاهش افسردگی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها منجر شود (ژاور و ورکوسا<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۸). بنابراین می‌توان با انجام مداخلات لازم به افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان‌ها و در نهایت کاهش هزینه‌های بیمارستانی در این بیماران کمک کرد. در غیر این صورت کاهش سلامت روانی در بیماران مبتلا به سرطان بر کیفیت زندگی آنها اثر گذاشته و می‌تواند باعث از دست دادن شغل، از هم گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد (مردانی حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۹).

سوکن<sup>۲۶</sup> و کارسون<sup>۲۷</sup> مطرح کردند، با اینکه سرطان، سلامت روان راتحت تأثیر قرار می‌دهد اما به نظر می‌رسد بزرگترین مسأله در این زمان برای بیمار، حس یأس و ناامیدی است. مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که سرطان پستان از همان بدو تشخیص می‌تواند باعث ترس زیاد، ناامیدی و آسیب روانی گردیده و همه ابعاد زندگی فرد شامل ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی و معنوی را به چالش بکشاند (لیون و ابرایت<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۴؛ فلاح و همکاران، ۱۳۹۰).

بیماران مبتلا به انواع سرطان دارای درجات بالایی از اختلالات روانی می‌باشند که دامنه‌ی این اختلالات از افسردگی، اضطراب، عدم سازگاری با بیماری و کاهش اعتماد به نفس تا اختلالات عاطفی

---

<sup>24</sup> . Distefano, M.

<sup>25</sup> . Juver, J.P., Verçosa, N.

<sup>26</sup> . Soeken

<sup>27</sup> . Carlson

<sup>28</sup> . Lyon, B., & Ebright, P. R

و ترس از عود بیماری و مرگ متفاوت است (لی<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). علاوه بر این، زنان مبتلا به سرطان پستان به دنبال ماسکتومی، عضوی را از دست می‌دهند که نماد جنسیت و زن بودن آنها است (خان<sup>۳۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). همین مسأله باعث ایجاد اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خود می‌شود که کاهش اعتماد به نفس و جذابیت زنانه و پس از آن اضطراب و افسردگی و ناامیدی را برای بیمار به همراه دارد (ویس<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۳).

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن مانند سرطان مورد تأیید قرار گرفته است (لچنر، آنتونی، لایدستون، لاپرییر، ایشی<sup>۳۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۳) و با گسترش روزافزون رشته روان‌شناسی سلامت<sup>۳۳</sup>، روان‌شناسان نقش فعال‌تری را در فرایند درمان این بیماری‌ها به عهده گرفته‌اند (واتسون، هوم وود، هاویلند و بلیزر<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۵؛ آنتونی، لچنر، دیاز<sup>۳۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). در چند دهه اخیر پیشرفت‌های شایان توجهی در گسترش مداخلات روانی-اجتماعی<sup>۳۶</sup> برای بیماران دچار سرطان صورت گرفته است (هپکو، بیل، آرمتو<sup>۳۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). تعداد این مداخلات قابل توجه است، و شاید بتوان گفت درمان شناختی-رفتاری<sup>۳۸</sup> دارای سودمندی بالقوه بیشتری در قیاس با سایر شیوه‌های به کار گرفته شده برای این بیماران است (مارتل، ادیس و جاکوبسن<sup>۳۹</sup>، ۲۰۰۱ و هپکو و لجویز<sup>۴۰</sup>، ۲۰۰۸). با وجود این که واریس سودمندی این روش‌ها نیاز به پژوهش‌های دقیق دارد، اما آنچه مداخلات شناختی-رفتاری را به عنوان راه‌حلی بدیع مطرح می‌کند، در چند مقوله قابل بیان است. نخست آن که این نوع مداخلات از پیچیدگی کمتری در قیاس با بسیاری از شیوه‌های درمانی برخوردار است که این امر اجرای آن را برای بیمارانی ساده می‌کند که از بیماری‌های مزمن دردآور، رنج می‌برند. دوم آن که این مداخلات در محدوده زمانی کوتاه‌تری قابل اجرا است

<sup>29</sup>. Lee, S. J.

<sup>30</sup>. Khan, M.A.

<sup>31</sup> Weis, J.

<sup>32</sup>. Lechner, S. C., Antoni, M. H., Lydston, D., LaPerriere, A., Ishii, M.

<sup>33</sup>. health psychology

<sup>34</sup>. Watson, M., Homewood, J., Haviland, Jo., & Bliss, J. M.

<sup>35</sup>. Lechner, S., Diaz, A.

<sup>36</sup>. psycho-social intervention

<sup>37</sup>. Hopko, R. D., Bell, L. J., Armento, M.

<sup>38</sup>. Cognitive-behavior therapy

<sup>39</sup>. Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S.

<sup>40</sup>. Lejuez, C. W.

(هپکو و لجویز، ۲۰۰۸ نقل از کهرزایی و همکاران، ۱۳۹۰). سوم آن که این مداخلات سبک تفکر و رفتار سالم را در قالب برنامه‌های نظام‌دار شناختی و رفتاری در زندگی این بیماران شکل می‌دهد. این نکته محرز است که سبک زندگی این بیماران به جهت مواجهه با یک مسئله مزمن و پیامدهای آن مختل می‌شود و از این رو تجربه تنیدگی‌ها و پریشانی‌های روزمره در این گروه از بیماران بسیار شایع است. بنابراین استفاده از روشی که به عنوان مثال قابلیت‌های حل مسأله<sup>۴۱</sup> و راهبردهای مقابله‌ای<sup>۴۲</sup> را در زندگی این افراد تسری دهد، بسیار قابل توجه و مهم است (کهرزایی و همکاران، ۱۳۹۰). یکی از مشکلات روان‌شناختی در این گروه از بیماران نداشتن احساس کنترل بر شرایط و به طور کلی زندگی است که ضمن تشدید مشکلات روانی، پیشبرد برنامه‌های درمانی پزشکی را نیز مختل می‌سازد. بهره‌گیری از این نوع مداخلات احساس کنترل و باور بر نقش تأثیرگذار فرد در سرنوشتش را به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم هدف قرار می‌دهد (سندوال، براون، سولیوان و گرین<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۶). بسیاری از مطالعات بر تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کیفیت زندگی بیماران مزمن صحه گذاشته‌اند (آکین، کان، دورنا و آیدینر<sup>۴۴</sup>، ۲۰۰۸ و بالینگر و فالوفیلد<sup>۴۵</sup>، ۲۰۰۹).

یکی از روش‌های غیردارویی و رفتاری برای کاهش انواع دردها از جمله دردهای مزمن و دردهای مربوط به سرطان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۴۶</sup> است. ذهن‌آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (براون و رین<sup>۴۷</sup>، ۲۰۰۳). اساس ذهن‌آگاهی از تمرین‌های مراقبه<sup>۴۸</sup> بوداییسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد. تمرین‌های مراقبه و ذهن‌آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر می‌شود. ذهن‌آگاهی یک روش یا فن نیست، اگرچه در انجام آن روش‌ها و فنون مختلف

---

41 . problem solving

42 . coping strategies

43 . Sandoval, G. A., Brown, A. D., Sullivan, T., & Green, E.

44 . Akin, S., Can, G., Durna, Z., & Aydiner, A.

45 . Ballinger, R. S., & Fallowfield, L. J.

46 . mindfulness meditation-based stress reduction

47 . Brown, K. W., & Ryan, R. M

48 . meditation

زیادی به کار رفته است. ذهن آگاهی را می توان به عنوان یک شیوه «بودن» یا یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک احساسات شخصی است (بائر، ۲۰۰۳ نقل از کاویانی، حاتمی و شفیع آبادی، ۱۳۸۷). آموزش ذهن آگاهی یکی از درمان های کاهش استرس می باشد که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن آموزش داده می شود (کابات زین<sup>۴۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش پریشانی روان شناختی (استافین، چاولا، باون، دیلورس، ویکتویزو و مارلات<sup>۵۰</sup>، ۲۰۰۶) و نشانه های اضطراب و افسردگی (ایونز، فرنادو، فایندلر، استاول، اسمارت و هالگین<sup>۵۱</sup>، ۲۰۰۸) می شود و موجب بهبود بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی (لوهر، باور و واهنر- رورلر، ۲۰۱۰)، بهبود کیفیت خواب (بوتزین، فیگوردو، لویز و شوالتز، ۲۰۰۳) می شود.

مطالعات متعددی به بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر کاهش درد در بیماران با بیماری متفاوت پرداخته اند، که به اتفاق اثربخشی آن را تأیید کرده اند. بطور مثال: مورونه<sup>۵۲</sup> و همکاران (a,b, ۲۰۰۸)؛ پاردهام<sup>۵۳</sup> و همکاران (۲۰۰۷)، اسپتون، سالمون، ویسبکر<sup>۵۴</sup> و همکاران (۲۰۰۷)، سگولار و رایس<sup>۵۵</sup> (۲۰۰۴)، پلوز-اگان، اوونز، گودمن، ولف و اسکورلینگ<sup>۵۶</sup> (۲۰۰۵)، ات، نوریس بروئر وو<sup>۵۷</sup> (۲۰۰۶).

همچنین آموزش ذهن آگاهی در بهبود شرایط مختلف روان شناختی از جمله کیفیت زندگی مؤثر شناخته شده است (گروسمن، نیمن، اشمیت و والچ<sup>۵۸</sup>، ۲۰۰۴؛ کابات-زین، ۱۹۹۰؛ ات و همکاران، ۲۰۰۶، اسمیت، ریچاردسون، هافمن و پیل کینگستون<sup>۵۹</sup>، ۲۰۰۵؛ بی شاب، لوو، شاپیرو<sup>۶۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۴، بیر، اسمیت، هاپکینز، کریتمیر و تونی<sup>۶۱</sup>، ۲۰۰۶؛ شاپیرو، کارلسون، آستین و فریدمن<sup>۶۲</sup>، ۲۰۰۶ و

49 . Kabat-Zinn J.

50 . Ostafin BD, Chawla N, Bowen S, Dillworth TM, Witkiewitz K, Marlatt GA.

51 . Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D.

52 . Morone N. E.

53 . Pradham E. K.

54 . Sephton S. E., Salmon P., Weissbecker I.

55 . Sagula D., Rice K. G.

56 . Plews-Ogan M., Owens J., Goodman M., Wolfe P., Schorling J.

57 . Ott M. J., Norris R., Bauer-Wu, S.

58 . Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H.

59 . Smith JE, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K.

60 . Bishop SR, Lau M, Shapiro S.

61 . Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L.



براستروم، کولیمو، برنبرگ و موسکوویچ<sup>۶۳</sup>، ۲۰۱۰). مطالعات زیادی استفاده گسترده از برنامه‌های ذهن‌آگاهی در شرایط مختلف پزشکی را نشان داده‌اند و تأیید کرده‌اند که این برنامه‌ها اثرات مثبتی بر کیفیت زندگی و کاهش نشانگان استرس در بیمارانی با تشخیص‌های متفاوت سرطان، داشته‌اند (کارلسون و گارلند<sup>۶۴</sup>، ۲۰۰۵؛ کارلسون، اسپکا، پاتل و گوودی<sup>۶۵</sup>، ۲۰۰۳ و بی‌شاپ، ۲۰۰۲؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۸۷ و نریمانی، آریان‌پور، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۱).

یکی دیگر از مداخلات روانشناختی در کاهش استرس و بهبود وضعیت روانشناختی بیماران سرطانی مهارت‌های مقابله با استرس<sup>۶۶</sup> است. وانت اسپیگر<sup>۶۷</sup> 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). سبک‌های مقابله‌ای، تلاش‌های فعالانه و منفعلانه برای واکنش در برابر شرایط و موقعیت‌های مشکل‌زا برای دور کردن استرس است و شامل راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار<sup>۶۸</sup>، هیجان مدار<sup>۶۹</sup> و اجتنابی<sup>۷۰</sup> است (لازاروس و فولکمن<sup>۷۱</sup>، ۱۹۸۴). راهبردهای مسأله مدار شامل مهارت‌هایی مانند مسأله گشایی (مجموعه افکار و کوشش‌های نیمه متمرکز با عوامل تنش‌زا همراه با به کارگیری رویکرد تحلیل گرایانه برای مشکل گشایی) ارزیابی مثبت دوباره (تلاش‌هایی در راستای ایجاد مفاهیم مثبت در رویارویی با مسائل و مشکلات) مسئولیت پذیری (مجموعه واکنش‌هایی که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را به کمک تلاش‌های سازنده و پیوسته در اصلاح موقعیت موجود نشان می‌دهد). جستجوی حمایت اجتماعی با توجه به نقش فعال فرد در رویارویی با مشکل

---

62 .Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B.

63 . Bränström, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y. & Moskowitz, T. J.

64 . Carlson LE, Garland SN.

65 .Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E

66 Coping with stress skills.

67 . Vant Spijker

68 . problem solving oriented

69 . emotional oriented

70 . avoidant oriented

71 . Lazarus, R.S. & Folkman. S.

است. راهبردهای هیجان مدار شامل رویارویی مستقیم (گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن)، پرداختن به رفتارهای عیب جویانه، اشتغال ذهنی و خیال پردازی است و سرانجام راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی مستلزم فعالیت‌ها و تغییرات شناختی است، که هدف آنها اجتناب از موقعیت تنیدگی‌زا است. رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی ممکن است به شکل روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت تازه و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴؛ نقل از هرن و میشل<sup>۷۲</sup>، ۲۰۰۳).

راهبردهای مقابله‌ای که فرد به کار می‌گیرد ممکن است کاهش فشار روانی را به دنبال داشته باشند و از این رو یک شیوه کنار آمدن مؤثر شناخته می‌شوند. اما برخی پاسخ‌های مقابله‌ای ممکن است مشکل را گسترده‌تر و بدتر کرده و یا خود یک مشکل تازه پدید آورند (برای نمونه، سوء مصرف الکل یا موادمخدر). بنابراین مفهوم مقابله گاهی بسیار گسترده‌تر بوده و صرفاً به تلاش‌های رفتاری فرد برای حل مسأله در راستای تسلط بر یک وضعیت بالقوه تهدید کننده به کار نمی‌رود. هم‌چنین، در برخی رویکردهای نظری، مقابله یک ویژگی شخصیتی به شمار می‌رود که در موقعیت‌های گوناگون تغییر نمی‌کند (آگیلار وفایی، ۱۳۸۵).

## ۱-۲- بیان مسأله

اصطلاح سرطان یک بیان عمومی برای بدخیمی می‌باشد و بیماری است که با تغییر شکل غیر طبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌گردد. لذا سلول به طور غیر طبیعی تکثیر یافته و در محیط اطراف به رشد بی قاعده خود ادامه می‌دهد. در واقع سرطان یک بیماری با یک علت خاص نیست بلکه گروهی از بیماری‌ها با علل، تظاهرات، درمان و پیش آگهی مختلف می‌باشد (حسین‌زاده، ۱۳۸۸). سرطان پستان<sup>۷۳</sup> از قدیمی‌ترین اشکال شناخته شده تومورهای سرطانی است که کشف آن به ۱۶۰۰ سال قبل از میلاد مسیح می‌رسد. طبق آمار کل کشور در سال ۱۳۸۳، در ایران سرطان پستان نیز یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان محسوب می‌شود و در زنان هم‌چنان در رتبه اول

<sup>72</sup> . Haren, E. & Mitchell, C. W

<sup>73</sup> . breast cancer

قرار دارد. بر اساس برخی گزارش‌ها، فراوانی آن ۱۲۰ در صد هزار نفر بوده که حتی نسبت به برخی کشورهای غربی بیشتر می‌باشد (موسوی و همکاران، ۲۰۰۷). پراکندگی استانی نسبتاً یکسانی دارد. در استان خوزستان در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر ۲۱۵ بیمار مبتلا به سرطان پستان وجود دارد که ۲۵/۰۶٪ کل سرطانهای این استان را شامل می‌شود (رمضانی، ۱۳۸۰) سالانه میلیونها دلار برای این بیماری هزینه می‌گردد. (مارکوس، مندز<sup>۷۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) سرطان پستان شایعترین، پر تلفات‌ترین و از نقطه نظر عاطفی تأثیر انگیزترین سرطان در بین زنان می‌باشد. (رمضانی، ۱۳۸۰) سرطان پستان در اغلب اوقات منجر به برداشت کامل بافت پستان شیمی درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی می‌گردد (هروی کریمی و همکاران، ۱۳۸۴). عدم سازش با بیماری می‌تواند روی ارتباطات بین‌فردی، سیر کلینیکی و پیش‌آگهی بیماری آنان تاثیر بگذارد (رمضانی، ۱۳۸۰)

بیماران مبتلا به سرطان مجموعه‌ای از علائم و ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند که درد یکی از مهم‌ترین آنهاست (اجابتی، محمودی و پورسمعی، ۱۳۸۷؛ نقل از حجت، ۱۳۸۹). درد بخش جدایی ناپذیر بسیاری از سرطانها بوده و بیمار را دچار مشکلات زیادی می‌کند. از میان تمام عوارض سرطان، درد مهم‌ترین عامل فشارزا برای بیماران و اطرافیان آنها محسوب می‌گردد. همچنین، درد به عنوان یکی از مهمترین مشکلات مزمن این بیماران هزینه زیادی را به بیماران و خانواده آنان و جامعه تحمیل می‌کند (والراند، کولینز، تمپلین و هاسنوا<sup>۷۵</sup>، ۲۰۰۷). درد مرتبط با سرطان ۴۸ درصد از بیماران مبتلا را در مراحل ابتدایی بیماری رنج می‌دهد، و بین ۶۴ تا ۷۵ درصد آنان در مراحل پیشرفته بیماری آن را تجربه می‌کنند (هرن و هیگینسون، ۲۰۰۳؛ کاراکنی<sup>۷۶</sup>، ۱۹۹۹). دندرا<sup>۷۷</sup> و همکارانش (۲۰۰۸) ۲۶ مطالعه که داروهای مسکن درد را برای بیماران مبتلا به سرطان تجویز کرده بودند را مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که حدود نیمی از بیماران مسکن نابسندۀ برای تسکین دردشان دریافت می‌کردند.

---

<sup>74</sup> . Mendez

<sup>75</sup> . Vallerand Ah. Collins B. Templin T. Hasenau S.

<sup>76</sup> . Caraceni, A.

<sup>77</sup> . Dendera

مطالعات زیادی در خصوص اثربخش بودن مداخلات روان‌شناختی در کاهش و تسکین درد در بیماران مختلف مبتلا به دردهای مزمن مانند کمردرد مزمن، سردردهای میگرنی، فیبروماالژیا و غیره انجام شده است (به طور مثال، گارلند و همکاران، ۲۰۱۱؛ گروسمان و همکاران، ۲۰۰۷؛ روزنویگ و همکاران، ۲۰۱۰ و محمدی و همکاران، ۱۳۸۹) ولی در خصوص تأثیر این مداخلات، بخصوص مداخلاتی مانند ذهن‌آگاهی و مهارت‌های مقابله با استرس در کاهش درد بیماران مبتلا به سرطان پستان، مطالعات محدودند.

نگرانی‌های کیفیت زندگی که توسط بیماران مبتلا به سرطان پستان اظهار شده شامل: تهدیدها در زمینه‌های جسمانی، اجتماعی، عاطفی، عملکردی، ترس از مرگ، درد، عود بیماری، تداخل در فعالیت جنسی نرمال، ارتباط با همسر و مشکلات مالی مربوط به درمان می‌باشد. شیمی‌درمانی در سرطان پستان می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را بر روی کیفیت زندگی بیماران داشته، سبب مختل شدن رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در آنان شود به عبارت دیگر شیمی‌درمانی سبب کاهش کیفیت زندگی این دسته از مددجویان می‌گردد (هروی کریمی و همکاران، ۱۳۸۴). امروزه کیفیت زندگی به مثابه یکی از پیامدهای مهم درمان بیماری‌ها مورد توجه قرار گرفته و به منزله یکی از شاخص‌های تعیین‌کننده درمان‌ها ارزیابی می‌شود (ناب<sup>۷۸</sup>، ۲۰۰۵). به رغم تأثیرات مختلف بیماری و درمان‌ها بر کیفیت زندگی مددجویان، بیشتر مبتلایان به سرطان پستان قادر به ادامه زندگی فعال و با حداقل محدودیت خواهند بود، به شرط آن‌که با دریافت مداخله مناسب، به سطح مطلوبی از زندگی دست یابند. با توجه به اینکه بیشترین میزان شیوع این بیماری در سنینی است که زنان در اوج مسئولیت‌های خانوادگی، شغلی و اجتماعی هستند، بیماری بر کیفیت زندگی سایر اعضای خانواده نیز به شدت تأثیر می‌گذارد و این مسأله خود لزوم توجه به این جنبه از زندگی بیماران را پررنگ می‌نماید. (بقایی و همکاران، ۱۳۹۲).

درمان‌های مکمل شامل مجموعه اعمال و عقایدی است که توسط بیماران برای پیشگیری و درمان بیماری‌ها و یا بالا بردن سطح سلامتی و بهتر شدن وضعیت کلی در کنار درمان‌های مرسوم به کار می‌روند. مطالعات جدید نشانگر افزایش روز افزون مراجعات بیماران خصوصاً مبتلایان به سرطان به