

The effectiveness of mindfulness based on stress reduction program on quality of life and pain in patients with breast cancer

M. Akbari^{1*}, A. Alipur², H. Zare³ & A. k. Sheykhi⁴

Abstract

Aim: This study aimed to determine the effectiveness of training programs mindfulness based stress reduction on quality of life and pain in breast cancer patients was conducted. **Method:** Method of this study was semi-experimental and control groups pre-test, post-test and 2 months follow up and their population were 216 patient with breast cancer in oncology section of Dr Ganjavian's hospital in city of Dezful. Among this patients 34 person who are eligible for this study, were randomly selected and matched into two 17 subject experiment and control group. Experiment group received 8 session weekly (per week 1/5 hour) training program. Both group before, after and two months after the program, completed the brief pain inventory (Cliland, 1991) and quality of life questionnaire (Arenson, 1987). **Findings:** The results showed that the program improves quality of life and reduce pain in patients with breast cancer and the impact on the follow up stage has survived. **Conclusion:** Because the mindfulness based stress reduction intervention program improves quality of life and reduce the pain, in breast cancer patients, thus the establishment of counseling and psychotherapy centers in hospital and oncology centers is required. This method can be used alternative medical treatment.

Key words: *breast cancer, mindfulness, pain, quality of life*

1*. Corresponding author, Coach of department of psychology PNU Tehran
Email: mehrdadakbari2033@yahoo.com

2. Professor of psychology PNU Tehran

3. Associate professor of immunology, Medical Science University of Dezful

اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران دچار سرطان پستان

مهرداد اکبری^{۱*}، احمد علی‌پور^۲، حسین زارع^۲ و عبدالکریم شیخی^۳

دریافت مقاله: ۹۲/۶/۱۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۲/۱۲/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۲۱

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران دچار سرطان پستان انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ۲ ماهه و جامعه آماری کلیه بیماران دچار سرطان پستان بخش انکولوژی بیمارستان دکتر گنجویان شهرستان دزفول به تعداد ۲۱۶ بود. از میان آن‌ها ۳۴ بیمار واجد شرایط این پژوهش انتخاب و پس از هم‌تاسازی به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری آزمایش و گواه جایگزین شد. گروه آزمایش برنامه آموزشی را در ۸ هفته ۱/۵ ساعته دریافت کرد. هر دو گروه قبل، بعد و دو ماه پس از اجرای برنامه، پرسش‌نامه مختصر شدت درد کلیند (۱۹۹۱) و کیفیت زندگی آرنسون ۱۹۸۷ را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش برنامه مذکور باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت درد در بیماران دچار سرطان پستان شده و این تأثیر در مرحله پی‌گیری نیز پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** چون برنامه مداخله کاهش استرس بر پایه ذهن‌آگاهی 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.

کلیدواژه‌ها: درد، ذهن‌آگاهی، سرطان پستان، کیفیت زندگی

*۱. نویسنده مسئول، مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران

Email: mehrdadakbari2033@yahoo.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران

۳. دانشیار ایمونولوژی دانشگاه علوم پزشکی دزفول

مقدمه

سرطان 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، ۱۳۸۷). سرطان در کشورهای غربی دومین عامل مرگ است و سالانه بیش از ۷ میلیون نفر را به کام مرگ می‌کشاند (مردانی حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۹) و در ایران سومین عامل مرگ است (علی پور، 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^۱ شایع‌ترین نوع سرطان و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ ناشی از سرطان در میان زنان و 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 در میان زنان معرفی شده است. بر اساس آمار سازمان بهداشت آمریکا، 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 میان زنان ایرانی است. تقریباً برای تمام افراد دچار 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 و علائم جسمانی می‌شود و عملکردهای روزانه و فعالیت‌های اجتماعی فرد را دچار ناهماهنگی می‌کند (بالجانی، خشابی، امانپور و عظیمی، ۱۳۹۰؛ آلتشور، روزن‌بام، گوردون و آوینز، ۲۰۱۲).

درد، یکی از چندین عوارض ناراحت‌کننده بیماران دچار سرطان است (آلپونه، برتو، کاراسنی و کورنو، کانا و لابیانکا، ۲۰۰۶ و شین و کائو، وانگ، یاستر و تائو، ۲۰۱۲) این عارضه مخصوصاً در بیماران که در مرحله متاستاز هستند بیشتر دیده می‌شود (چرنی، ۲۰۰۰) و در ۷۰ درصد بیماران با توجه به نوع سرطان و مرحله بیماری، درد طاقت فرسایی وجود دارد (هرن و هیگنسون، ۲۰۰۳؛ بنت، ریمنت، جرمستد، آس، کاراسینی و کاسا، ۲۰۱۲). انجمن بین‌المللی درد^۲ (۱۹۸۶) درد را به‌عنوان تجربه‌ای حسی یا هیجانی ناخوشایندی که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط است تعریف کرده است. درد مرتبط با سرطان اثرات زیان‌بخشی بر عملکرد و کیفیت زندگی افراد می‌گذارد (کرونکه، توبلاد، وو، توو و کربس، ۲۰۱۲؛ هولن، لیدرمن، کلپستد، لوگز و کاسا، ۲۰۰۸؛ کاسا، آلپونه، کلاپستد، لوجی، جرمستد و همکاران، ۲۰۱۱؛ تاولی، منتظری، روشن،

1. breast cancer

2. international association of pain (IASP)

اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر...

تاوولی و میلانی، ۲۰۰۸). درد سرطان به علل مختلفی ایجاد می‌شود که شامل رشد و گسترش خود تومور، عوارض روش‌های درمانی مانند شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، جراحی و بیماری‌های زمینه‌ای است (لی، ۲۰۰۳). روش‌های تسکین درد شامل استفاده از روش‌های دارویی و جراحی و نیز روش‌های رفتاری است (جانسون، 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، 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 به صرفه‌تر ضروری به نظر می‌رسد. امروزه تأکید زیادی بر روش‌های غیردارویی تسکین درد که اصطلاحاً به آن‌ها روش‌های رفتاری می‌گویند شده است. روش‌های آرام‌سازی، موسیقی‌درمانی، لمس‌درمانی، استفاده از گرما و سرما و طب سوزنی از جمله این روش‌ها هستند (شبان، رسول‌زاده، مهران و مرادعلیزاده، 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 بیماران را دست‌خوش تغییرات می‌کند (بجلیک رادیسیک، جنسن، کورجانیک، کارلوت، سینگر و همکاران ۲۰۱۲؛ پالمر، توز، ژو و اوپس، ۲۰۱۳، آلبرت، کولر، واگنر و شواز، ۲۰۰۴؛ صفایی، مقیمی دهکردی و طباطبایی، ۱۳۸۶، کهرزائی، دانش و آزادفلاخ، ۱۳۹۰). در دو دهه اخیر، بحث کیفیت زندگی در حوزه درمان سرطان‌ها به‌طور جدی مطرح شد و به‌سرعت گسترش یافت. در این‌که کیفیت زندگی را چگونه تعریف کنیم، اشتراک نظر چندانی دیده نمی‌شود ولی سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را مفهومی چند بعدی 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 یعنی احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی تأثیر دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳؛ نقل از کهرزائی 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 آنان است (نقل از مردانی‌حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۹). بنابراین می‌توان با مداخله‌های لازم به افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری و در نهایت کاهش هزینه‌های بیماران و جامعه کمک کرد. یکی از روش‌های غیردارویی و رفتاری برای کاهش انواع دردها از جمله دردهای مزمن و دردهای مربوط به سرطان، روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح‌دیدن و پذیرش

هیجان‌ها و پدیده‌های جسمانی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (براون، رین و کراسول، ۲۰۰۷). اساس ذهن‌آگاهی از تمرین‌های مراقبه بوداییسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را افزایش می‌دهد که فراتر از فکر است. 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 زیادی به کار رفته است. ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌عنوان یک شیوه «بودن» یا یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک احساسات شخصی است (نقل از کاویانی، حاتمی و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۷). آموزش ذهن‌آگاهی یکی از درمان‌های کاهش استرس است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکرکردن آموزش داده می‌شود (کابات-زین، ۲۰۰۳). آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی (استافین، چاولا، باون، دیلورس، ویکتویزو و مارلات، ۲۰۰۶) و نشانه‌های اضطراب و افسردگی (ایونز، فرنادو، فایندلر، استاول، اسمارت و هالگین، ۲۰۰۸) می‌شود و موجب بهبود بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی (فاوگل کول، وینسنت، چا، لوه‌رر، باور و واهنر-رورلر، ۲۰۱۰)، بهبود کیفیت خواب (شاپیرو، بوتزین، فیگوردو، لویز و شوالتز، ۲۰۰۳) می‌شود.

مطالعات متعددی به بررسی تأثیر ذهن‌آگاهی بر کاهش درد در بیماران با بیماری‌های متفاوت پرداخته‌اند، که به اتفاق اثربخشی آن را تأیید کرده‌اند. به‌طورمثال؛ می‌توان به نتایج پژوهش مورونه، لینچ، گریکو، تیندل و وینر (b و a ۲۰۰۸)؛ پاردهام، باوم‌گارتن، لانگنبرگ، هندورگر و گیلپین (۲۰۰۷)، اسپتون، سالمون، ویسبکر، اولیمر و فلویید (۲۰۰۷)، سگولار و رایس (۲۰۰۴)، پلوز-آگان، اوونز، گودمن، ولف و اسکورلینگ (۲۰۰۵)، ات، نوریس پروئر-وو (۲۰۰۶) اشاره کرد. هم‌چنین آموزش ذهن‌آگاهی در بهبود شرایط مختلف روان‌شناختی از جمله کیفیت زندگی مؤثر شناخته شده است (گروسمن، نیمن، اشمیت و والچ، ۲۰۰۴؛ ات و همکاران، ۲۰۰۶، اسمیت، ریچاردسون، هافمن و پیل‌کینگستون، ۲۰۰۵؛ بیر، اسمیت، هاپکینز، کریتمیر و تونی، ۲۰۰۶؛ شاپیرو، کارلسون، آستین و فریدمن، ۲۰۰۶ و براستروم، کولیمو، برندبرگ و موسکوویچ، ۲۰۱۰). مطالعات زیادی استفاده گسترده از برنامه‌های ذهن‌آگاهی در شرایط مختلف پزشکی را نشان داده و تأیید کرده‌اند که این برنامه‌ها اثرات مثبتی بر کیفیت زندگی و کاهش نشانگان استرس در بیماران با تشخیص‌های متفاوت سرطان داشته است (کارلسون و گارلند، ۲۰۰۵؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۸۷؛ نریمانی، آریان‌پور، ابوالقاسمی و احدی، ۱۳۹۱). با توجه به ادبیات پژوهش، این مطالعه به‌دنبال پاسخگویی به سوال زیر به اجرا درآمد.

۱. آیا برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش میزان درد و بهبود کیفیت زندگی در بیماران دچار سرطان پستان مؤثر است؟

۲. آیا تغییرات به وجود آمده دو ماه پس از اجرای پژوهش ثابت خواهند ماند؟

روش

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری بیماران دچار سرطان پستان بخش انکولوژی بیمارستان دکتر گنجویان شهرستان دزفول به تعداد ۲۱۶ نفر بود. معیارهای ورود شامل سواد خواندن و نوشتن، تسلط به زبان فارسی، سن بین ۱۸ تا ۵۵ سال، نبودن در مراحل ابتدایی تشخیص و درمان، نبودن در مرحله شیمی‌درمانی و پرتودرمانی و فقدان دیگر بیماری‌ها جسمانی و روانی بود. 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 شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش از ادامه همکاری انصراف دادند. به همین دلیل دو نفر از اعضای گروه گواه که بیشترین تفاوت را از نظر نمره‌ها در پرسش‌نامه‌های پژوهش داشتند که باعث افزایش نمره انحراف معیار گروه می‌شدند از تحلیل حذف شدند. بنابراین تعداد هریک از گروه‌ها در پایان مطالعه ۱۷ نفر بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسش‌نامه مختصر شدت درد. این پرسش‌نامه توسط کلیند در سال ۱۹۹۱ برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن در بیماران سرطانی و دیگر بیماران بالینی دچار درد مزمن ساخته شده است (کلیند، ۱۹۹۱؛ کلیند، 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 سوالات زمینه‌ای تشکیل شده است. بخش حسی شامل ۴ سؤال به شماره سوال‌های (۶-۳) 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 (غیر قابل تصور) است. هرچه نمره بالاتر باشد نشان‌دهنده شدت بیشتر درد است. بخشی که میزان تداخل درد با کارکردهای عمومی اشخاص را می‌سنجد (بعد واکنشی) از یک سوال ۷ بخشی تشکیل شده است (کلیند ۱۹۹۱). این پرسش‌نامه توسط میرزمانی، سعیدی، سلیمی و بشارت (۲۰۰۵) هنجاریابی شده است. هم‌چنین وکیل‌زاده و نخعی (۱۳۸۵) پایایی و روایی این پرسش‌نامه را در مورد بیماران دچار سرطان ارزیابی و آلفای کرونباخ برای ابعاد شدت و واکنش درد را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ و روایی سازه پرسش‌نامه را ۰/۸۷ گزارش کردند. آلفای کرونباخ به دست آمده برای ابعاد شدت و تداخل درد در این مطالعه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ بود.

۲. 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 ۳۰ سوال دارد که کیفیت زندگی بیماران سرطانی را در ۵ حیطه عملکردی شامل عملکرد جسمانی (سوال‌های ۵-۱)، ایفای نقش (سوال‌های ۶ و ۷)، عملکرد هیجانی (سوال‌های ۲۴-۲۱)، شناختی (سوال‌های ۲۰ و ۲۵) و اجتماعی (سوال‌های ۲۶ و ۲۷)، و ۹ خرده مقیاس علائم شامل خستگی (سوال‌های ۱۰، ۱۲ و ۱۸)، درد (سوال‌های ۹ و ۱۹)، تهوع و استفراغ (سوال‌های ۱۴ و ۱۵)، تنگی نفس (سوال ۸)، اسهال (سوال ۱۷)، یبوست (سوال ۱۶)، کاهش خواب (سوال ۱۱)، کاهش اشتها (سوال ۱۳) مشکلات اقتصادی ناشی از درمان‌های دریافتی (سوال ۲۸) و یک حیطه کلی کیفیت زندگی (سوال‌های ۲۹ و ۳۰) را اندازه می‌گیرد. مطالعات اعتباریابی، این پرسش‌نامه را به‌عنوان مقیاسی معتبر و پایا برای کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان در موقعیت‌های پژوهشی چند فرهنگی تأیید کرده‌اند (کهرزایی و همکاران، ۱۳۹۰). صفایی و همکاران (۱۳۸۶) سومین ویرایش نسخه فارسی این پرسش‌نامه را ابزاری پایا و معتبر برای سنجش کیفیت زندگی بیماران سرطانی گزارش کردند. آلفای کرونباخ مقیاس خستگی ۰/۶۵، درد ۰/۶۹، تهوع و استفراغ ۰/۶۶ و بقیه مقیاس‌ها بالای ۰/۷۰ برآورد شده که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسش‌نامه است (کهرزایی و همکاران، ۱۳۹۰). هم‌چنین مقدار آلفای کرونباخ محاسبه شده ابعاد پرسش‌نامه در این مطالعه بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ در نوسان بود.

۳. **برنامه آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی.** این برنامه براساس الگوی جان کابات-زین (۱۹۹۰) ساخته شده است که در این پژوهش در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به گروه آزمایش آموزش داده شد. خلاصه جلسه‌ها به شرح زیر است.

جلسه اول. این جلسه ارتباط برقرار و مشکل مفهوم‌سازی شد. به‌علاوه در مورد روش آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و نقش آن در سلامت و بهزیستی با شواهد پژوهشی توضیحاتی داده شد.

جلسه دوم. آموزش تن‌آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات بدن با چشمان بسته به‌صورت زیر اجرا شد. تن‌آرامی برای ساعد ۵ دقیقه، بازو ۵ دقیقه، عضلات پشت ساق پا و ساق پا ۱۰ دقیقه، ران‌ها ۵ دقیقه، شکم و سینه ۱۰ دقیقه، شانه‌ها و گردن ۱۰ دقیقه، لب‌ها و آرواره‌ها ۱۰ دقیقه، چشم‌ها و قسمت بالا و پایین پیشانی ۱۰ دقیقه طول کشید.

جلسه سوم. آموزش تن‌آرامی برای ۶ گروه از عضلات با چشم بسته به‌صورت زیر اجرا شد. تن‌آرامی برای دست‌ها و بازوها ۱۰ دقیقه، پاها و ران‌ها ۱۰ دقیقه، شکم و سینه ۱۰ دقیقه، گردن و شانه‌ها ۱۰ دقیقه، آرواره‌ها و لب‌ها ۱۰ دقیقه، و پیشانی و چشم‌ها ۱۰ دقیقه طول کشید و تکلیف خانگی در این خصوص تعیین شد.

اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر...

جلسه چهارم. در این جلسه توجه به تنفس آموزش داده شد. بعد از آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، فنونی از قبیل دم و بازدم همراه با آرامش و حتی گفتن «آرام باش» و کلمات آرام بخش در هنگام دم و بازدم بدون تفکر در مورد چیز دیگر و تماشای تنفس با چشمان بسته آموزش داده شد.

جلسه پنجم. فن پویش بدن آموزش داده می شود که در آن مراحل زیر با حالت چشم بسته به ترتیب اجرا شد. در مرحله اول فن توجه به حرکت شکم و قفسه سینه هنگام تنفس ۱۵ دقیقه، در مرحله دوم تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن ها جهت آگاهی عمده از تمام اعضای بدن ۲۰ دقیقه، در مرحله سوم: جست و جوی حس شنوایی از طریق گوش دادن به صداهای اطراف به ویژه صدای پای آموزش دهنده و گوش دادن به صدای انگشت آموزش دهنده و توجه دقیق به صدای تنفس خویش بدون توجه به چیز دیگر ۱۵ دقیقه، در مرحله چهارم جست و جوی حس بویایی و چشایی از طریق بویدن و چشیدن شیرینی ۱۰ دقیقه آموزش داده شد. در این جلسه به هریک از افراد گروه یک شیرینی داده شد تا در ابتدا به مدت ۵ دقیقه بویدن شیرینی و احساسات بویایی آن را آموزش ببینند و تجربه کنند.

جلسه ششم. در این جلسه در مراحل زیر ذهن آگاهی بر افکار آموزش داده شد. در مرحله اول متمرکز کردن توجه به ذهن، بدون تفکر در مورد چیز دیگر، از طریق متمرکز شدن به یک نقطه ذهنی یا یک علامت ضربدر آموزش داده شد. در مرحله دوم یک فکر منفی در مورد خویشتن ۳۰ دقیقه از طریق آموزش دهنده به افراد القا شد. در مرحله سوم ۳۰ دقیقه یک فکر مثبت در مورد خویشتن از طریق آموزش دهنده به ذهن افراد آورده شد.

جلسه هفتم. در این جلسه ذهن آگاهی کامل آموزش داده شد. به این ترتیب که بعد از مرور کوتاهی بر جلسه قبل یعنی جلسه پنجم و ششم، هر جلسه به مدت ۲۰ الی ۳۰ دقیقه تکرار شد. **جلسه هشتم.** در این جلسه موارد مطرح شده در جلسات قبلی جمع بندی و جهت پایان دادن به جلسات از آزمودنی ها خواسته شد که فنون موجود در آموزش ذهن آگاهی را در زندگی روزمره خود به طور مستمر انجام دهند.

شیوه اجرا. از طرف پژوهشگران دعوت نامه ای غیررسمی، مبنی بر شرکت در مطالعه به بیماران دچار سرطان پستان بخش انکولوژی بیمارستان دکتر گنجویان شهرستان دزفول داده شد. سپس از ۳۸ بیماری که دارای شرایط مطالعه بودند ثبت نام به عمل آمد. به علت ریزش تعداد کل بیماران ۳۴ نفر و تعداد هریک از گروه ها در پایان مطالعه ۱۷ نفر شد. پس از همتاسازی به طور تصادفی یکی از این گروه ها به عنوان گروه گواه برای فهرست انتظار و گروه دیگر به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شد. گروه آزمایش تحت آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه گواه تا پایان پژوهش برنامه درمانی عادی خود را دریافت کرد. هر دو گروه در سه

مرحله زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری پرسش‌نامه مختصر شدت درد و پرسش‌نامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. برای رعایت اصول اخلاقی در پایان پژوهش، کسانی که در گروه گواه تمایل به مشاوره فردی داشتند، برنامه آموزشی را دریافت کردند.

یافته‌ها

از بین بیماران گروه آزمایش ۱۲ نفر متأهل، ۲ نفر مجرد و ۳ نفر بیوه و بیماران گروه گواه نیز ۱۳ نفر متأهل، ۲ نفر مجرد و ۲ نفر بیوه بودند. از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۴ نفر سواد ابتدایی، ۵ نفر تا مقطع دبیرستان، ۵ نفر دیپلم، و ۳ نفر کاردانی و از بیماران گروه گواه ۶ نفر سواد ابتدایی، ۵ نفر مدرک دیپلم، ۴ نفر کاردانی و ۲ نفر مدرک کارشناسی داشتند. متوسط زمان تشخیص بیماری بر حسب ماه در بیماران گروه آزمایشی ۲۳ ماه و گروه گواه ۳۱ ماه بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کیفیت زندگی در سه مرحله آزمون

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
حیطه کلی کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷	۱/۳۶
		گواه	۱۷	۱/۵۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷	۱/۸۰
حیطه علائم		گواه	۱۷	۲/۲۳
	پی‌گیری	آزمایش	۱۷	۲/۶۳
		گواه	۱۷	۲/۹۷
عملکردی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷	۳/۵۲
		گواه	۱۷	۲/۷۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷	۲/۱۶
حیطه عملکردی		گواه	۱۷	۳/۵۲
	پی‌گیری	آزمایش	۱۷	۴/۱۶
		گواه	۱۷	۳/۱۷
حیطه عملکردی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷	۳/۹۶
		گواه	۱۷	۳/۰۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷	۲/۸۸
پی‌گیری		گواه	۱۷	۳/۰۷
	پی‌گیری	آزمایش	۱۷	۳/۰۶
		گواه	۱۷	۲/۹۷

جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت زیادی ندارد، ولی نمره گروه آزمایش در پس‌آزمون و پی‌گیری در کیفیت کلی زندگی و عملکردی نسبت به گروه گواه بالاتر و در حیطه علائم کمتر است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار شدت و تداخل درد در عملکرد فرد دو در سه مرحله آزمون

مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	۱۷	۲۲/۲۳	۳/۸۰
	گواه	۱۷	۲۲/۱۷	۴/۰۸
شدت درد	پس آزمون	۱۷	۱۱/۳۵	۲/۵۹
	گواه	۱۷	۲۳/۶۴	۲/۲۰
پی گیری	آزمایش	۱۷	۱۲/۶۳	۳/۰۱
	گواه	۱۷	۲۲/۸۶	۲/۸۹
پیش آزمون	آزمایش	۱۷	۳۸/۶۴	۳/۱۶
	گواه	۱۷	۳۴/۱۱	۵/۵۴
تداخل در عملکرد روزمره	پس آزمون	۱۷	۲۱/۶۴	۳/۴۸
	گواه	۱۷	۴۳	۴/۳۳
پی گیری	آزمایش	۱۷	۲۳/۱۷	۳/۶۵
	پی گیری	۱۷	۴۲/۴۸	۴/۰۹

جدول ۲ نشان می‌دهد نمره پس آزمون و پی‌گیری گروه آزمایش در هر دو شاخص شدت درد و تداخل در عملکرد روزانه کمتر از گروه گواه است، ولی این تفاوت‌ها در پیش‌آزمون چشم‌گیر نیست.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلک در بررسی توزیع طبیعی داده‌ها

متغیر	گروه	F	df	P
حیطه عملکردی کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۱۴۶	۱۷	۰/۸۶۵
	گواه	۰/۸۱۲	۱۷	۰/۴۵۰
حیطه علائم کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۴۴۲	۱۷	۰/۲۴۱
	گواه	۰/۷۱۲	۱۷	۰/۶۱۷
حیطه کلی کیفیت زندگی	آزمایش	۰/۱۹۸	۱۷	۰/۸۲۱
	گواه	۰/۸۸۲	۱۷	۰/۴۲۱
شدت درد	آزمایش	۰/۲۵۷	۱۷	۰/۸۵۷
	گواه	۰/۳۶۵	۱۷	۰/۴۱۶
تداخل درد در امور روزمره	آزمایش	۰/۰۹۵	۱۷	۰/۹۰۸
	گواه	۰/۶۷۸	۱۷	۰/۵۱۲

جدول ۳ نشان می‌دهد مقدار F شاپیرو ویلک معنی‌دار نیست، بنابراین مفروضه طبیعی بودن و برقراری شیب رگرسیون تأیید و استفاده از آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه با پیش فرض طبیعی بودن داده‌های پیش‌آزمون بلا مانع ارزیابی می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس درون گروهی داده‌ها

متغیر	F	Df1	Df2	P
حیطه عملکردی کیفیت زندگی	۰/۵۲۸	۱	۳۲	۰/۱۱۷
حیطه علائم کیفیت زندگی	۰/۵۹۴	۱	۳۲	۰/۵۵۶
حیطه کلی کیفیت زندگی	۰/۲۱۴	۱	۳۲	۰/۸۰۸
شدت درد	۰/۷۲۸	۱	۳۲	۰/۶۵۴
تداخل درد	۰/۳۱۲	۱	۳۲	۰/۲۱۸

بر اساس اطلاعات جدول ۴ همگنی واریانس درون گروهی تأیید می‌شود. بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه‌ها سود جست.

جدول ۵. تحلیل کواریانس چند متغیره تأثیر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و درد در پس‌آزمون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضرب F	مجذور اتا	توان آزمون
حیطه کلی کیفیت زندگی	۹۵/۶۶	۱	۹۵/۶۶	۱۸/۸۹*	۰/۴۶۸	۱	
عضویت گروهی	۱۹۴۸/۲۶	۱	۱۹۴۸/۲۶	۴۳/۶۰*	۰/۶۷۰	۱	
حیطه علائم	۹۳۶/۹۲	۱	۹۳۶/۹۲	۲۴/۰۵*	۰/۵۲۸	۱	
شدت درد	۱۱۵۹/۹۵	۱	۱۱۵۹/۹۵	۱۱۸/۶۶*	۰/۸۴۷	۱	
تداخل درد در عملکرد	۳۳۵۹/۹۱	۱	۳۳۵۹/۹۱	۱۷۸/۳۵*	۰/۸۲۹	۱	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۵ نشان می‌دهد آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود کیفیت زندگی، ابعاد عملکردی و علائم آن و کاهش شدت و تداخل درد در عملکرد روزمره بیماران شده است.

جدول ۶. آزمون موخلی به منظور بررسی مفروضه کرویت متغیر کیفیت زندگی

آزمون درون گروهی	W موخلی	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
متغیر کیفیت زندگی	۰/۹۷۰	۱/۴۳	۲	۰/۴۸۷

جدول ۶ نشان می‌دهد آزمون موخلی معنی‌دار نیست. بنابراین فرض کرویت برقرار است و از نتیجه آزمون‌های درون گروهی می‌توان بدون تعدیل درجات آزادی استفاده کرد.

جدول ۷. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد ثبات تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان

منبع تغییرات	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
اثر زمان	کرویت فرض شده	۵۳۶/۵۸	۲	۲۶۸/۲۹	۳۵/۵۷**
	گرین هاوس- گیزر	۵۳۶/۵۸	۱/۹۴	۲۷۶/۳۷	۳۵/۵۷**
	هوین- فلت	۵۳۶/۵۸	۲	۲۶۸/۲۹	۳۵/۵۷**
	باند بالا	۵۳۶/۵۸	۱	۵۳۶/۵۸	۳۵/۵۷**
اثر خطا	کرویت فرض شده	۷۲۴/۰۳	۹۶	۷/۵۴	
	گرین هاوس- گیزر	۷۲۴/۰۳	۹۳/۱۹	۷/۷۹	
	هوین- فلت	۷۲۴/۰۳	۹۶	۷/۵۴	
	باند بالا	۷۲۴/۰۳	۴۸	۱۵/۰۸	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۷ نشان می‌دهد مقدار F در عامل زمان معنی‌دار است و اثرات آموزش ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان پس از گذشت دو ماه ثابت باقی‌مانده است.

جدول ۸. آزمون موخلی به‌منظور بررسی مفروضه کرویت متغیر درد

آزمون درون‌گروهی	W موخلی	آزمون موخلی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
متغیر درد	۰/۹۹۰	خی‌دو	۲	۰/۷۹۲

جدول ۸ نشان می‌دهد آزمون موخلی معنی‌دار نیست. بنابراین فرض کرویت برقرار است و از نتیجه آزمون‌های درون‌گروهی می‌توان بدون تعدیل درجات آزادی استفاده کرد.

جدول ۹. نتایج اندازه‌گیری مکرر در مورد ثبات تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر میزان درد بیماران

منبع تغییرات	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
اثر زمان	کرویت فرض شده	۱۳۱۴/۶۰	۲	۶۵۷/۳۰	۶۲/۲۶**
	گرین هاوس- گیزر	۱۳۱۴/۶۰	۱/۱۹۸	۶۶۳/۸۰	۶۲/۲۶**
	هوین- فلت	۱۳۱۴/۶۰	۲	۶۵۷/۳۰	۶۲/۲۶**
	باند بالا	۱۳۱۴/۶۰	۱	۱۳۱۴/۶۰	۶۲/۲۶**
اثر خطا	کرویت فرض شده	۱۰۱۳/۴۱	۹۶	۱۰/۵۵	
	گرین هاوس- گیزر	۱۰۱۳/۴۱	۹۵/۰۶	۱۰/۶۶	
	هوین- فلت	۱۰۱۳/۴۱	۹۶	۱۰/۵۵	
	باند بالا	۱۰۱۳/۴۱	۴۸	۲۱/۱۱	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۹ نشان می‌دهد مقدار F در عامل زمان معنی‌دار است و اثرات آموزش ذهن‌آگاهی بر میزان درد بیماران دچار سرطان پستان پس از گذشت دو ماه ثابت باقی‌مانده است.

جدول ۱۰. آزمون تعقیبی شفه در مورد تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و درد بیماران

معنی داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگینها (I-J)	گروه J	گروه I
۰/۰۰۱	۰/۴۲۷	۴/۵۶	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۳	۰/۴۲۷	۳/۷۸	پی گیری	
۰/۰۰۱	۰/۴۲۷	۴/۵۶	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۱۷	۰/۴۲۷	۰/۷۴۸	پی گیری	
۰/۰۳	۰/۴۲۷	۳/۷۸	پیش آزمون	پی گیری
۰/۱۷	۰/۴۲۷	۰/۷۴۸	پس آزمون	

جدول ۱۰ نشان دهنده تفاوت معنی دار بین نمره‌ها پیش آزمون با پس آزمون و پی گیری است در حالی که بین نمره‌ها پس آزمون و پی گیری تفاوت معنی داری دیده نمی‌شود. این اطلاعات نیز حاکی از تأثیر برنامه مداخله‌ای بر گروه آزمایش و پایدار ماندن این تأثیرات بعد از دو ماه است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره با کنترل اثر پیش آزمون، مؤثر بودن برنامه مداخله‌ای را بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش درد بیماران گروه آزمایش تأیید کرد. این نتیجه، هم‌خوان با نتایج مطالعات دیگری چون کارلسون و گارلند (۲۰۰۵)؛ کلارد، اونی و باونی‌ول (۲۰۰۸)؛ برانستروم و همکاران (۲۰۱۰) است؛ ولی نتایج پژوهش‌های ناکامورا، لیچنزا، لندوارب، کوهنا و وست، (۲۰۱۱)؛ بساک‌نژاد، آقاجانی افجندی و زرگر (۱۳۹۰) را تأیید نمی‌کند.

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 زندگی فرد را تهدید می‌کند. درمان‌های سرطان پستان از قبیل جراحی برای برداشتن پستان، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی توأم با عوارضی هستند که به‌طور کوتاه مدت یا طولانی مدت کیفیت زندگی فرد را به‌خطر می‌اندازد، در این میان هرچه شدت عوارض جانبی تجربه‌شده در طول درمان بیشتر باشد، کیفیت زندگی بیشتر مورد تهدید قرار می‌گیرد (دی‌استفانو، ریکاردی، کاپیلی، کوستانتینی، پتریلو و ریچی، ۲۰۰۸). یکی از دلایل افت محسوس کیفیت زندگی در بیماران دچار انواع سرطان نگرانی در مورد آینده و نشخوار فکری در مورد بیماری و مشکلاتی است که بیماری به‌وجود آورده است (بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰؛ آلتشور، روزنبا، گوردون و آوینز، ۲۰۱۲). بر اساس تعاریف، ذهن آگاهی به‌معنی توجه کردن به-زمان حال به‌شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (کابات-زین، ۱۹۹۰). هم‌چنین ذهن آگاهی را بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آن چه اتفاق می‌افتد و یا چرا اتفاق افتاده است تعریف کرده‌اند (سگال، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۲).

اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر...

ذهن‌آگاهی مهارتی است که به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال رویدادها را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاهییم دیگر توجه‌مان درگیر گذشته یا آینده نیست. درحالی‌که بیشتر مشکلات روان‌شناختی و مرتبط با کیفیت زندگی ناشی از تمرکز بر گذشته یا آینده است (کابات-زین، ۲۰۰۳).

به نظر می‌رسد آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند از چند طریق بر بهبود کیفیت زندگی تأثیر بگذارد. نخست این‌که ذهن‌آگاهی ممکن است منجر به این نگرش شود که افکار و احساسات گذرا هستند و این نگرش زودگذر این امکان را در افراد فراهم می‌آورد که نسبت به شناخت‌ها، افکار و احساسات این‌گونه بنگرند که این‌ها «فقط افکار» یا «فقط احساسات» هستند. این نقطه‌نظر ممکن است باعث کاهش نشخوار فکر و افکار خودکار شود و این خود سبب کاهش حالت‌ها و واکنش‌های ناخوشایند شود و مدیریت مؤثر این حالت‌ها را به ارمغان آورد (براون، رین و کرس-ول، ۲۰۰۷؛ برانستروم و همکاران، ۲۰۱۰). دوم ذهن‌آگاهی مستلزم پذیرش شرایط کنونی است و این با تلاش برای تغییر وضعیت نامطلوبی که بیماران دچار سرطان با آن درگیرند، با وضعیت مطلوب آینده در تضاد است. این موضوع بر رضایت بیمار از موقعیت کنونی بدون تلاش پایدار برای پرداختن به آینده احتمالی متمرکز است. پذیرش این وضعیت کنونی، مولد حس بهتری از رضایت و شادکامی است و به نوع تجربه مشروط نیست. در نهایت، ذهن‌آگاهی ممکن است از طریق افزایش استفاده از آرام‌سازی عضلانی و کاهش واکنش‌های جسمانی تشدیدشونده در مقابل فشارروانی، سلامت جسمی و روان‌شناختی را بهبود بخشد و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی را به ارمغان آورد.

یافته دیگر این مطالعه کاهش شدت و میزان تداخل درد در امور روزمره بیماران گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه بود. این نتیجه با یافته‌های مورونه و همکاران (۲۰۰۸a) و (۲۰۰۸b)؛ پاردهام و همکاران (۲۰۰۷)، اسپتون و همکاران (۲۰۰۷)، پلوز-آگان، اوونز، گودمن، ولف و اسکورلینگ (۲۰۰۵)، آت و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد.

الگوهای روان‌شناختی و چندگانه درد مزمن مانند نظریه سازوکار دروازه‌ای^۱ ملزاک و وال، ۱۹۸۲ و نظریه ترس-اجتناب^۲ ولین و لیتون، ۲۰۰۰ نشان می‌دهند که شیوه تفسیر درد و پاسخ به محرک‌های به‌وجودآورنده درد، تعیین‌کننده‌ی قوی برای تجربه درد در آینده است. بر اساس این نظریه‌ها، شناخت‌ها نه تنها به‌وجودآورنده پاسخ‌های روان‌شناختی مانند عملکرد هیجانی نسبت به درد هستند، بلکه بر فعالیت‌های دستگاه عصبی زیربنایی ادراک درد هم تأثیرگذارند (شوتر، ریتز، پریز و شوتر، ۲۰۱۰). بنابراین هم تجربه درد بر واکنش‌های هیجانی و

-
1. gate control mechanism
 2. fear-avoidant model

شناختی تأثیرگذارند و هم واکنش‌های هیجانی و شناختی مانند فاجعه‌سازی درد^۱، بر تجربه درد مؤثرند. برای تغییر و چالش با این شناخت‌های غیرسودمند، مداخله‌های روان‌شناختی زیادی از جمله درمانگری شناختی رفتاری استفاده شده است (ویلیامز و مک‌کراکن، ۲۰۰۴). رویکردهای در حال پیشرفت دیگری که به موج سوم مداخله‌های روان‌شناختی مرسومند، نیز مورد استقبال قرار گرفته‌اند. این رویکردها، برخلاف موج دوم یا همان درمانگری‌های شناختی رفتاری، متغیرهای فراشناختی را هدف قرار می‌دهند. یکی از این رویکردها، ذهن‌آگاهی است که بر پذیرش تجارب درونی مانند افکار می‌پردازد، بدون این‌که سعی در تغییر آن‌ها داشته باشد (شوتز و همکاران، ۲۰۱۰).

به نظر می‌رسد برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به چند دلیل در کاهش درد مؤثر باشد. براساس نظر کابات-زین (۱۹۹۰ و ۲۰۰۳)، افراد می‌بایست در مراقبه‌های طولانی‌مدت و بدون حرکت بر حس‌های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره‌گر باشند. این مشاهده‌گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به‌وسیله درد فراخوانی شده‌اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین برای مهارت در ذهن-آگاهی، توانایی مراجعان را برای تحمل حالت‌های منفی افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر وامی‌دارد (بائر، ۲۰۰۳). یکی دیگر از دلایل احتمالی این تأثیر این است که ذهن‌آگاهی از طریق کاهش راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌سازی درد، ممکن است در کاهش شدت و تداخل درد در زندگی روزمره تأثیرگذار باشد (گارلند، گیلرود و فردریکسون، ۲۰۱۱). قضاوت و پیش‌داوری در بسیاری از شرایط موجب ایجاد تنش، استرس و ناآرامی در افراد می‌شود و این امر آغازی برای وقوع فاجعه‌سازی است. در این میان افزایش فاجعه‌سازی نیز هیجان‌های منفی و استرس را افزایش می‌دهد و این چرخه مخرب می‌تواند به افزایش شدت درد و کاهش کیفیت زندگی منجر شود. جهت کاهش استفاده از راهبرد فاجعه‌سازی لازم است افراد از قضاوت و داروی فاصله گرفته و احساسات، هیجان‌ها و رویدادها را آن‌گونه که وجود دارند، درک کنند. ذهن‌آگاهی با ارائه شیوه‌های پذیرش بدون قضاوت و آرام‌بخش، به کاهش این راهبر غیرانطباقی کمک می‌کند. بعضی از محتواهای برنامه آموزش ذهن‌آگاهی مانند فنون تنش‌زدایی به افزایش مهارگری و خویشتن‌داری بیماران کمک کند و از این طریق در کاهش شدت درد آنان مؤثر واقع می‌شود (گلچین، جان-بزرگی، علی‌پور و آگاه‌هریس، ۱۳۹۰).

از این‌رو با توجه به نتیجه این پژوهش و سایر پژوهش‌های مشابه، لازم است که به درمان‌های پزشکی اکتفا نکرد و با تأسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی و استفاده از مداخله‌های روان-

1. pain catastrophizing

اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر...

شناختی در بیمارستان‌ها و مراکز سرطان‌شناسی، به بهبود کیفیت زندگی، کاهش درد و ابعاد گوناگون عملکرد این بیماران و در نتیجه درمان بیماری آنان کمک کرد.

منابع

بالجانی، اسفندیار، خشایبی، جواد، امان‌پور، الهام، و عظیمی، ندا. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت‌معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. *حیات*. ۱۷(۳): ۳۷-۲۷.

بساک‌نژاد، سودابه، آقاچان افجدی، اعظم، و زرگر، یدالله. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت‌خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دختر. *مجله دستاوردهای روان-شناختی*، ۱۸ (۲): ۱۹۸-۱۸۱.

سارافینو، پ. ادوارد. (۱۳۸۷). *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه الهه میرزایی، فروغ شفيعی، حسن افتخار اردبیلی، سید علی احمدی ابهری، پرپوش قوامیان، ابوالقاسم جزایری، ابوالفضل ندیم و غلامرضا گرمارودی. تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۲).

شبان، مرضیه، رسول زاده، نسرین، مهران، عباس، و مرادعلی‌زاده، فرناز. (۱۳۸۵). تاثیر دو روش غیر دارویی (آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی و موسیقی‌درمانی) بر میزان درد بیماران سرطانی. *حیات*، ۱۲ (۳): ۷۲-۶۳.

صفایی، آزاده، مقیمی‌دهکردی، بیژن، و طباطبایی، سید حمیدرضا. (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان. *ارمغان دانش*، ۱۲ (۲): ۴۶-۲۵.

علی‌پور، احمد. (۱۳۹۰). *مقدمات روان‌شناسی سلامت*. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور. کویانی، حسین، حاتمی، ندا، و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی بر کیفیت‌زندگی افراد افسرده (غیربالینی). *تازه‌های علوم‌شناختی*، ۱۰ (۴): ۴۸-۳۹. کهرازی، فرهاد، دانش، عصمت، و آزادفلاح، پرویز. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانگری‌شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵ (۲ پیاپی ۱۸): ۳۲-۷.

گلچین، ندا، جان‌بزرگی، مسعود، علی‌پور، احمد، و آگاه‌هریس، مژگان. (۱۳۹۰). اثربخشی درمانگری‌شناختی رفتاری در به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای و کاهش درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *اصول بهداشت روانی: تابستان ۱۳* (۲): ۱۶۹-۱۶۰.

لطفی‌کاشانی، فرح، وزیری، شهرام، ارجمند، سوگند، موسوی، سیدمهدی، و هاشمیه، مژگان. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله معنوی بر کاهش پریشانی مادران کودکان مبتلا به سرطان. *مجله اخلاق پزشکی*، ۶ (۲۰): ۱۸۶-۱۷۳.

مردانی حموله، مرجان، شهرکی واحد، عزیز. (۱۳۸۹). ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*، ۱۸ (۲): ۱۱۷-۱۱۱.

نریمانی، محمد، آریاپوران، سعید، ابوالقاسمی، عباس، و احدی، بتول. (۱۳۹۱). اثربخشی روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق جانبازان شیمیایی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره‌آورد دانش)*، ۱۵ (۲): ۱۱۸-۱۰۸.

وکیل‌زاده، پرویز، و نخعی، نوذر. (۱۳۸۵). پایایی و روایی نسخه فارسی پرسش‌نامه کوتاه درد در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۵ (۴): ۲۵۸-۲۵۳.

- Albert, U. S., Koller, M., Wagner, U., & Schulz, K. D. (2004). Survival chances and psychological aspects of quality of life in patients with 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. Corli, O., De. Conno, F., Labianca, R., (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): 1- 7.
- Baer, R. A., Smith, G. T, Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006) Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13: 27–45.
- 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., Rayment, 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.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71– 83.
- 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.
- Branstrom, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y. & Moskowitz, T. J. (2010). Self-report Mindfulness as a Mediator of Psychological Well-being in a Stress Reduction Intervention for Cancer Patients A Randomized Study. *Annual behavior. medicine*. 39: 151– 161.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inq*, 18: 211– 237.

- Carlson, L. E., & Garland, S. N. (2005). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 278–285.
- Cherny, N. (2000). 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, Pp, 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.
- Collard, P., Avny, N., & Boniwelly, L. (2008). Teaching Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) to students: The effects of MBCT on the levels of Mindfulness and Subjective Well-Being. *Counselling Psychology*, 21, 4, 323-336.
- 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.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008) Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 22 (4): 716- 21.
- Flugel Colle, F. K., Vincent, A., Cha, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, A. B., Wahner-Roedler, D. L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16 (1): 36- 40.
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., & Fredrickson, B. L. (2011). Positive Reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: *An upward spiral process*. *Mindfulness*, 2, 59– 67.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (1): 35– 43.
- Haren, E., & Mitchell, C. W. (2003). Relationship between the five factor personality model and coping styles. *Psychology & Education, An interdisciplinary Journal*, 40 (1): 38- 49
- 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, E. D., & Portenoy, R. K., 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.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacourt.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144– 156.
- Kaasa, S., Apolone, G., Klepstad, P., Loge, J. H., Hjermland, 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 Palliative Care* 1: 281- 287.
- Krebs, E. E., Bair, M. J., Wu, J., Damush, T. M., Tu, W., & Kroenke, K. (2010). Comparative responsiveness of pain outcome measures among primary care patients with musculoskeletal pain. *Med Care* 48: 1007- 1014.
- 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.
- Mirzamani, S. M., Sadidi, A., Sahrai, J., Besharat, M.A. (2005). Anxiety & Depression in Patients with Lower Back Pain. *Psychological Reports*; 96: 553- 558.
- Lee, C. (2003). Pain in chronic disease. *Nurs Stand*. 7 (3): 24- 28.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008a). “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.
- Morone, N. E., Greco, C. M., & Weiner, D. K. (2008b). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain*, 134, 310– 319
- Nakamura, Y., Lipschitz, D. L., Landward, R., Kuhna, R., & West, G. (2011). Two sessions of sleep mind- body bridging improve self reported symptom of sleep and PTSD in veterans: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 335- 345.
- Ostafin, B. D., Chawla, N., Bowen, S., Dillworth, T. M., Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. (2006). Intensive Mindfulness Training and the Reduction of Psychological Distress: A Preliminary Study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 13 (3): 191-197.
- Ott, M. J., Norris, R., & Bauer-Wu, S. (2006). Mindfulness meditation for oncology patients: A discussion and critical review. *Integrative Cancer Therapies*, 5, 98– 108.
- 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.
- Plews-Ogan, M., Owens, J., Goodman, M., Wolfe, P., & Schorling, J. (2005). Brief report: A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and

- massage for the management of chronic pain. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1136–1138.
- Pradham, E. K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerger, B., Gilpin, A. K., Magyari, T., Hochberg, M. C., & Berman, B. M. (2007). Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism*, 57 (7): 1134–1142.
- Sagula, D., & Rice, K. G. (2004). The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 333–342.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- Sephton, S. E., Salmon, P., & Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., & Studts, J. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum*, 57, 77–85.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62: 373–386.
- Shapiro, L. S., Bootzin, R. R., Figueredo, J. A. Lopez, A. M., & Schwartz, E. G. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54 (1): 85–91.
- Shih, M. H., Kao, S. C., Wang, W., Yaster, M., & Tao X. Y. (2012). Spinal Cord NMDA Receptor-Mediated Activation of Mammalian Target of Rapamycin Is Required for the Development and Maintenance of Bone Cancer-Induced Pain Hypersensitivities in Rats. *The Journal of Pain* 13,(4): 338–349.
- Schutze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fearavoidance model of chronic pain. *PAIN*, 148, 120–127.
- Smith, J. E., Richardson, J., Hoffman, C., & Pilkington, K. (2005). Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52: 315–327.
- 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*. <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/8/177>.
- Williams, A. C., & McCracken, L. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for chronic pain: an overview with specific reference to fear and avoidance*. In: Asmundson, G. J., Vlaeyen, J. W., & Crombez, G. editors. *Understanding and treating fear of pain*. Oxford: Oxford University Press. 293–312.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی

به هیچ وجه = ۱، کمی = ۲، زیاد = ۳، خیلی زیاد = ۴

ردیف	سوال	۱	۲	۳	۴
۱	آیا شما هیچ مشکلی در در انجام کارهای سنگین دارید؟ (مثل حمل یک چمدان یا بار سنگین)	۱	۲	۳	۴
۲	آیا پیاده‌روی‌های طولانی شما را دچار مشکل می‌کند؟	۱	۲	۳	۴
۳	آیا در پیاده‌روی‌های کوتاه خارج از خانه دچار مشکل می‌شوید؟	۱	۲	۳	۴
۴	آیا شما در طول روز باید در رختخواب بمانید یا در جایی به‌طور ثابت بنشینید؟	۱	۲	۳	۴
۵	آیا به هنگام غذا خوردن، پوشیدن لباس، حمام گرفتن و استفاده از دستشویی نیازمند کمک هستید؟	۱	۲	۳	۴

طی هفته گذشته

ردیف	سوال	۱	۲	۳	۴
۶	آیا در انجام وظایف یا سایر فعالیت‌های روزانه دچار محدودیت شده بودید؟	۱	۲	۳	۴
۷	آیا در پرداختن به سرگرمی مورد علاقه و یا سایر فعالیت‌های اوقات فراغت خود دچار محدودیت شده بودید؟	۱	۲	۳	۴
۸	آیا تنگی نفس داشتید؟	۱	۲	۳	۴
۹	آیا درد داشتید؟	۱	۲	۳	۴
۱۰	آیا به استراحت احتیاج داشتید؟	۱	۲	۳	۴
۱۱	آیا مشکل خواب داشتید؟	۱	۲	۳	۴
۱۲	آیا احساس ضعف کردید؟	۱	۲	۳	۴
۱۳	آیا احساس بی‌اشتهایی کردید؟	۱	۲	۳	۴
۱۴	آیا احساس تهوع داشتید؟	۱	۲	۳	۴
۱۵	آیا استفراغ کردید؟	۱	۲	۳	۴
۱۶	آیا یبوست داشتید؟	۱	۲	۳	۴
۱۷	آیا اسهال داشتید؟	۱	۲	۳	۴
۱۸	آیا خسته بودید؟	۱	۲	۳	۴
۱۹	آیا درد در انجام کارهای روزمره شما خللی ایجاد کرد؟	۱	۲	۳	۴
۲۰	آیا مشکلی در تمرکز حواس مثلاً خواندن روزنامه داشتید؟	۱	۲	۳	۴
۲۱	آیا احساس تنش (فشار عصبی) می‌کردید؟	۱	۲	۳	۴
۲۲	آیا نگران بودید؟	۱	۲	۳	۴
۲۳	آیا احساس تحریک‌پذیری (بی‌حوصلگی) داشتید؟	۱	۲	۳	۴
۲۴	آیا احساس افسردگی کردید؟	۱	۲	۳	۴
۲۵	آیا در یادآوری مسائل دچار مشکل بودید؟	۱	۲	۳	۴

اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر...

۴	۳	۲	۱	آیا وضعیت جسمانی یا درمان طبی شما خللی در زندگی خانوادگی شما ایجاد کرده بود؟	۲۶
۴	۳	۲	۱	آیا وضعیت جسمانی یا درمان طبی شما خللی در زندگی اجتماعی شما ایجاد کرده بود؟	۲۷
۴	۳	۲	۱	آیا وضعیت جسمانی یا درمان های طبی شما باعث مشکلات اقتصادی برای شما شده بود؟	۲۸

لطفاً در پرسش های زیر بین اعداد ۱ الی ۷، دور مناسب ترین عددی را که گویای وضعیت شما است خط بکشید.
 ۲۹. در مجموع در هفته گذشته وضع سلامتی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

بسیار بد ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ عالی

۳۰. در مجموع کیفیت زندگی خود را طی هفته گذشته چگونه ارزیابی می کنید؟

بسیار بد ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ عالی

پرسش نامه مختصر درد

۱. در طول زندگی، اکثر ما گاه و بی گاه دچار دردهایی شده ایم (مانند سردردهای خفیف، پیچ خوردگی و درد دندان). آیا امروز دردی به غیر از این نوع دردهای معمولی داشته اید؟ (۱) بلی (۲) خیر

۲. لطفاً دور عددی که بدترین دردی را که طی ۲۴ ساعت گذشته داشته اید، به بهترین وجه توصیف می کند دایره ای بکشید.

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

شدیدترین دردی که می توانید تصور کنید بدون درد

۳. لطفاً دور عددی که کمترین دردی را که طی ۲۴ ساعت گذشته داشته اید، به بهترین وجه توصیف می کند دایره ای بکشید.

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

شدیدترین دردی که می توانید تصور کنید بدون درد

۴. لطفاً دور عددی که به طور متوسط دردی را که طی ۲۴ ساعت گذشته داشته اید، به بهترین وجه توصیف می کند دایره ای بکشید.

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

شدیدترین دردی که می توانید تصور کنید بدون درد

۵. لطفاً دور عددی که مشخص می کند در حال حاضر چقدر درد دارید، دایره ای بکشید.

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

شدیدترین دردی که می توانید تصور کنید بدون درد

۶. چه درمان ها یا داروهایی برای تسکین دردتان دریافت می کنید؟

۷. در ۲۴ ساعت گذشته معالجه ها و داروها تا چه حد سبب کاهش درد شما شده اند؟ لطفاً دور درصدی که بیشتر از همه میزان

تسکین درد را نشان می دهد، دایره ای بکشید.

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

بهبود کامل بدون بهبود

۸. دور عددی که نشان می دهد طی ۲۴ ساعت گذشته درد تا چه حد سبب ایجاد اختلال در هر یک از موارد زیر شده است، دایره ای بکشید.

الف) فعالیت همیشگی

	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
بدون تداخل	تداخل کامل (ب) حال و حوصله										
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
بدون تداخل	تداخل کامل (ج) توانایی راه رفتن										
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
بدون تداخل	تداخل کامل (د) کار طبیعی (منظور کار در خارج از خانه و کارهای خانه است)										
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
بدون تداخل	تداخل کامل (ه) ارتباط با دیگران										
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
بدون تداخل	تداخل کامل (و) خواب										
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
بدون تداخل	تداخل کامل (ز) لذت بردن از زندگی										
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
بدون تداخل	تداخل کامل										