

بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان

چکیده:

زمینه: بیماری سرطان مشکلات فراوانی در ابعاد جسمانی، روان شناختی و اجتماعی از جمله تحمل درد و کاهش کیفیت زندگی ایجاد می کند. **هدف:** 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 پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری است. برای این منظور طی دعوت نام‌های غیر رسمی از 34 بیمار که دارای شرایط مطالعه بودند ثبت نام به عمل آمد. این بیماران به صورت تصادفی به دو گروه 17 نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت آموزش برنامه 8 هفته‌ای 1/5 ساعته مهارت‌های مقابله با استرس (لازاروس و فولکمن، 1984) 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. نتایج تحلیل کواریانس 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.

کلمات کلیدی: مهارت‌های مقابله ای، درد، کیفیت زندگی، سرطان پستان

مقدمه

سرطان¹ احتمالاً بیماری است که اغلب مردم بیشتر از سایر بیماری‌ها، از آن می ترسند. خود کلمه سرطان مردم را خستگی می ترساند و بیشتر مردم، میزان مرگ و می ناشی از آن را خستگی بیشتر تصور می کنند (سارافینو²، 1387). سرطان در کشورهای غربی دومین عامل مرگ و می است و سالانه بیش از 7 میلیون نفر را به کام مرگ می کشاند (مردانی حموله و شهرکی واحد، 1389؛ نهی، لطفی نژاد و ژلن، 1391) و در ایران سومین عامل مرگ و می است (علیپور، 1390) و سالانه 300 هزار نفر از این‌ها جان خود را بر اثر

¹ . cancer

² . Sarafino, E. P.

سرطان از دست م ی دهند (لطفی کاشانی، وزی، ارج مند، موسوی و هاشم بی، 1391). سرطان پستان¹ شایعترین نوع سرطان و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در میان زنان است. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، سرطان پستان با 502000 مورد مرگ در سال 2005، از میان سرطانهای ریه، معده، کولورکتال و دهانه رحم، به عنوان اولین عامل مرگ بر اثر سرطان در میان زنان معرفی شده است. بر اساس آمار سازمان بهداشت امریکا، در جهان سالانه بیش از 1/1 میلیون مورد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی میشود که این رقم معادل 10 درصد از کل موارد جدید سرطان و 23 درصد از کل سرطانهای زنان است. در ایران سرطان پستان 22/26 درصد از موارد سرطانهای زنان را تشکیل میدهد و شایع ترین سرطان در میان زنان ایرانی است. تقریباً برای تمام افراد مبتلا به سرطان تشخ یص بجماری، مشکلات فراوانی در ابعاد شخصی، خانوادگی و اجتماعی زندگی وی ایجاد می کند و منجر به ایجاد احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس و افزایش احساس آسیب پذیری و گنجی، درد، علائم جسمانی می شود و عملکردهای روزانه و فعالتهای اجتماعی را دچار نابسامانی می کند (بالجانی، خشایی، امانپور و عطهی، 1390؛ آلتشور، روزنهام، گوردون و آونیز، 2012 و گارسن، 2004).

یکی از چندی عوارض ناراحت کننده بجماران مبتلا به سرطان درد⁴ است (آپونه، برتتو، کاراسنی⁵ و همکاران، 2006 و شرین و همکاران، 2012) این عارضه مخصوصاً در بجمارانی که در مرحله متاستاز هستند بیشتر دیده می شود (چرنی، 2000) و در 70 درصد بجماران مبتلا با توجه به نوع سرطان و مرحله درد طاقت فرسا وجود دارد (هرن و ه یگنسون، 2003؛ بنت⁶ و همکاران، 2012). در جایی دیگر فراوانی درد را 57 درصد گزارش کرده اند (مارکوس، 2011). انجمن بین المللی درد¹⁰ (IASP، 1986) درد را به عنوان تجربه ای حسری ی ه بجمانی ناخوشایندی که با آسیب واقعی ی بالقوه مرتبط است تعریف کرده است. درد مرتبط با سرطان اثرات زکلی بخشی بر عملکرد و کیفیت زندگی افراد می گذارد (کرونکه، توبلاد، وو، توو و کربس¹¹، 2012؛ هولن، ل بجمان، کلپستد، لوگز و کاسا¹²، 2008؛ کاسا و د یگران، 2011؛ نوروسکی، 2006 و تاوولی، منتظری، روشن، تاوولی و میلانی، 2008). درد سرطان به علل مختلفی ایجاد می شود که شامل رشد و گسترش خود تومور، عوارض روش ها ی درمانی مانند شیمی درمانی¹³،

¹ . breast cancer

² . Altschuler, A., Rosenbaum, E., Gordon, P., Canales, S., & Avins, L. A.

³ .Garssen B

⁴ . pain

⁵ . Apolone, G., Bertetto, O., Caraceni, A.

⁶ . Shin, D.W.

⁷ . Cherny, N.

⁸ . Hearn, J., Higginson, I.J.

⁹ . Bennett, M.

¹⁰ . international association of pain

¹¹ . Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Tu, W., & Krebs, E.

¹² . Holen JC, Lydersen S, Klepstad P, Loge JH, Kaasa S.

¹³ . Chemotherapy

پرتودرمانی^۱، جراحی و بهارهای زمینی ای می باشد (لی^۲، 2003). روش های تسکین درد شامل استفاده از روش های دارویی و جراحی و نخی روش های رفتاری است (جانسون^۳، 2001). داروهای مسکن اثرات جانبی زیادی بر جسم و روان بهاران دارند. مسکن ها علاوه بر خطر اعتیاد و وابستگی دارویی، باعث افت فشار خون، تضعیف اعمال حلی، خواب آلودگی، تهوع و حتی شوک می شوند. علاوه بر این صرف هزینه های گزاف، کمبود دارو، و صرفه جو بی در زمان مر اقبان بهاران، استفاده از روش های جایگزین دارای عوارض کمتر و مقرون به صرفه تر ضروری به نظر می رسد. امروزه تأکید زیادی روی روشهای غی دارویی تسکین درد که اصطلاحاً به آنها روشهای رفتاری می گویند 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 مرادعلی‌اده، 1385).

همچنین تشخیص و درمان سرطان، سبب اختلال در الگوی خواب و فعالیت، ایجاد علائم جسمانی و روانشناختی، مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فردی می شود. این عوارض کیفیت زندگی^۴ بهاران را دستخوش تغییرات می کنند (بجلیک رادیسیک^۵ و همکاران^۵، 2012؛ پالمر، تووز، ژو و او یس^۶، 2013، آلبرت، کولر، واگنر و شواز^۷، 2004؛ تاکاهاشی، هوندا، نیشیمورا و همکاران^۸، 2008، صفایی و همکاران، 2008، کهرزایی، دانش و آزادفلاخ، 1390). در دو دهه اخیر، بحث کیفیت زندگی در حوزه درمان سرطان ها به طور جدی مطرح شد و به سرعت گسترش یافت. در اینکه کیفیت زندگی را چگونه تعریف کنیم، اشتراک نظر چندانی دیده نمی شود ولی سازمان بهداشت جهانی^۹، کیفیت زندگی را مفهوم چند بعدی می داند و آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش ها، اهداف، استانداردها و علائق فردی تعریف کرده است، احساس امنیت، تعارض های هیجانی، عقایف شخصی، اهداف و مینان تحمل ناکامی ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن طی احساس ناخوشی) تأثیری دارند (سازمان بهداشت جهانی، 1993؛ نقل از کهرزایی و همکاران، 1390). در بهاران سرطانی مثل دیگر بهاران مزمن، ارتقاء کیفیت زندگی، هدف اولی مراقبت است و هدف دوم مراقبت سلامتی در درمان مبتلانی، به حداکثر رساندن توانایی های شغلی و بهیود وضعیت عملکرد در کیفیت زندگی است (حسن پور و آذری، 1385؛ نقل از مردانی حموله و شهرکی واحد، 1389). بنابراین می توان با مداخلات لازم به افزایش کیفیت زندگی،

1 . . radiotherapy

2 . Lee, C.

3 . Johnson, B.

4 . quality of life

5 . Bjelic-Radisic, V.

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

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

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

9 World health organization

تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بهارستان و در نهایت کاهش هزینه های بهاران و جامعه کمک کرد.

یکی از مداخلات روانشناختی در کاهش استرس و بهبود وضعیت روانشناختی بیماران سرطانی مهارت های مقابله با استرس¹ است. وانت اسپیگر و همکاران (1997) روشهای مقابله با استرس در بیماران سرطانی بزرگسال را به روشهایی که با سازگاری روانشناختی بهتری همراهاند مانند مواجهه، داشتن روحیه 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، 1390). همچنین اجتناب، ناامیدی و درماندگی بالا، پیشبینی کننده افزایش احتمال عود بیماری است (پتی، کرو، بل و هانتز²، 2002). مطالعه رینولد³ و همکاران (2005) 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 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 می گیرد ممکن است کاهش فشار روانی را به دنبال داشته باشند و از این رو 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 پدید آورند (برای نمونه، سوء مصرف الکل یا مواد مخدر). 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 نمی رود. همچنین، در برخی رویکردهای نظری، مقابله یک ویژگی شخصیتی به شمار میرود که در موقعتهای گوناگون تغییر نمیکند (آگیلار و فای، 1385).

راهبردهای مقابله در تجربه روانشناختی و فیزیولوژیک درد نقش واسطهای قدرتمندی ایفا میکند (اصغری مقدم و همکاران، 1384). درد مرتبط با سرطان و مشکلات جسمی، روانشناختی و اجتماعی همراه با آن را میتوان به عنوان 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، فاجعه آفرینی، توجه برگردانی از درد، کسب اطلاعات درباره درد، حل مسأله و نیز راهبردهای رفتاری مانند افزایش یا کاهش فعالیت خاص، مانند استراحت، فعالیت بدنی، استفاده از کیسه آبگرم و یا یخ باشد. پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله هم ادراک فرد از شدت درد و هم

¹ . coping skills

² . Pettierew, Bell & Hunter

³ . Raynolds

توانایی فرد برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیتهای روزمره را تحت تأثیر قرار میدهد (اصغری و نیکلاس، 2004؛ دیگود و تیت، 2001)

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 آشفته‌گیهای هیجانی تمرکز نمودهاوند و کمتر به گسترش مفهوم کیفیت زندگی در این راستا توجه کرده‌اند (رانسوم و همکاران، 2005). یک مطالعه طولی بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داد که رفتارهای مقابله‌ای پذیرش بیماری و درگیری فعال پیش‌بینی‌کننده بهتری از کیفیت زندگی است. در مقابل نشخوار فکری و انکار آشفته‌گی بیشتر و کیفیت زندگی کمتری را پیش‌بینی میکند (آستر¹ و همکاران 2014). اما در گروههای بالینی دیگر مطالعات زیادی در ارتباط کیفیت زندگی و مقابله انجام شده است. به طور مثال کرونجی و پرتوریوس² (2013) نشان دادند که بیماران مبتلا به غشهای روانزاد غیر صرعی که از راهبردهای غیرانطباقی اجتناب و فاصله گرفتن استفاده میکردند از کیفیت زندگی کمی برخوردار بودند. همچنین پرایس³ و همکاران (2013) دریافتند که راهبردهای مقابله‌ای انطباقی مانند خوشبینی باعث افزایش کیفیت زندگی و راهبردهای غیرانطباقی مانند ناامیدی و درماندگی باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تخمدان میشود. در جمعیت غیر بالینی نیز راهبردهای مسأله مدار و هیجان مدار با کیفیت زندگی رابطه مثبت و راهبردهای اجتنابی رابطه منفی نشان داده‌اند (کراسینوم⁴، 2013). 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 دعوت‌نامه‌های غیر رسمی 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 18 تا 55 سال سن داشتند، در مراحل ابتدایی تشخیص و درمان نبودند و در مرحله شیمی‌درمانی و پرتو درمانی نبودند، داده شد. شرکت‌کنندگان از لحاظ دیگر بیماریها جسمانی و روانی بررسی شدند. از 38 بیمار که دارای شرایط مطالعه بودند ثبت نام به عمل آمد. این بیماران به صورت تصادفی به دو گروه 19 نفری تقسیم شدند. در طول مطالعه دو نفر از 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

¹ . Oster, I.

² . Cronje, G & Pretorius, C.

³ . Price, M.A.

⁴ . Cracinum, B.

افزایش نمره انحراف معیار گروه میشدند از تحلیل حذف شدند. بنابراین تعداد هرکدام از گروهها در پایان مطالعه 17 نفر بود. یکی از این گروهها به عنوان گروه کنترل (لیست انتظار) و گروه دیگر به عنوان گروههای آزمایشی در نظر گرفته شد. گروه آزمایش تحت آموزش مهارتهای مقابله با استرس قرار گرفت و گروه کنترل تا پایان 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 جمع آوری اطلاعات گروه کنترل در صورت تمایل مشاوره فردی مرتبط با محتوای آموزشی دریافت نمودند. ابزار تحقیق:

پرسشنامه مختصر شدت درد¹ (BPI) یک پرسشنامه استاندارد برای اندازه گیری شدت درد مزمن در بیماران سرطانی و دیگر بیماران بالینی دچار درد مزمن است (کلیند، 1991؛ کلیند، ناکامورا، مندوزا، ادواردز، داگلاس و سرلین، 1996 و کربس، پیر، وو، داموش و کرونیکه، 2010). این پرسشنامه از دو بخش اصلی سنجش شدت درد و میزان تداخل در امور روزمره و سوالات زمینه ای تشکیل شده است. بخش حسی شامل 4 آیتم که شدت درد اخیراً، حداقل درد، بدترین درد و متوسط درد طی هفته گذشته را اندازه گیری می کند. نمره گذاری 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 7 سوال تشکیل شده است (کلیند 1991). این پرسشنامه توسط میرزمانی، سعیدی، سلیمی و بشارت (2005) هنجاریابی شده است. همچنین وکیل زاده و نخعی (1385) 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 0/87 و 0/89 گزارش کردند. همچنین روایی سازه پرسشنامه را 0/87 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 سرطان²» است که توسط آرنسون (1987)، به نقل از صفایی، دهکردی و طباطبایی (1386) تهیه شده است. این پرسشنامه دارای 30 سوال است که کیفیت زندگی بیماران سرطانی را در 5 حیطه عملکردی شامل عملکرد جسمانی، ایفای نقش، عملکرد هیجانی، شناختی و اجتماعی، و 9 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 اعتباریابی، این پرسشنامه را به عنوان مقیاسی معتبر و پایا برای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در موقعیت های پژوهشی چند فرهنگی تأیید کردهاند (کهرزایی و همکاران، 1390). صفایی و همکاران (1386) نشان دادند که سومین ویرایش نسخه فارسی

¹ . Brief Pain Inventory

² . European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)

این پرسشنامه ابزاری پایا و معتبر برای سنجش کیفیت زندگی بیماران سرطانی است. آلفای کرونباخ مقیاس خستگی 0/65، درد 0/69، تهوع و استفراغ 0/66 و بقیه مقیاسها بالای 0/70 برآورد شده است که نشان-دهنده پایایی این پرسشنامه است (کهرزایی و همکاران، 1390).

برنامه آموزش مهارت‌های مقابله با استرس:

آموزش مورد استفاده در این مطالعه تلفیقی از برنامه های آموزشی مورد استفاده در مطالعات خلعتبری و عزیززاده حقیقی (1390) و بهروزیان (1390) و همچنین مطالبی از کتاب مهارت‌های زندگی کلینیکه (ترجمه محمدخانی، 1384) بود که در 8 جلسه 90 دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه شد. این برنامه بر اساس رویکرد لازاروس و فولکمن (1984) 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 مسأله گشایی، جستجوی حمایت اجتماعی، مقابله با هیجانات منفی. خلاصه برنامه آموزشی به تفکیک جلسات در زیر نشان داده شده است.

جلسه	هدف	محتوای آموزشی
اول	آشنایی و گرم شدن گروه، روشن نمودن چارچوب‌های اساسی گروه	معارفه و آشنایی اعضا، بیان قوانین گروه (شرکت به موقع 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	تأثیر استرس 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 مدار (شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسأله، تغییر ساختار مسأله از نظر شناختی)؛ تشریح سبک مقابله‌ای هیجان مدار (پرداختن به رفتارهای عیب جویانه، عصبی و ناراحت شدن، اشتغال ذهنی و خیال پردازی)؛ 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 مسأله گشایی	تشریح مراحل پنج گانه حل مسأله؛ پذیرش این موضوع که اضطراب امتحان عملکرد تحصیلی را تحت تأثیر قرار می دهد؛ تعریف مسأله و شناخت دقیق موقعیتهای اضطراب‌زا؛ فهرست کردن راه حل‌های مختلف؛ تصمیم گیری در مورد مناسبترین راه حل؛ ارزشیابی راه حل انتخابی و در صورت مواجهه با شکست تکرار مراحل قبل

آموزش چگونگی کنترل بدن	آموزش مهارت مقابله با هیجانهای منفی	پنجم
آموزش آرمیدگی تن		
آموزش چگونگی کسب حمایت عاطفی؛ آموزش چگونگی کسب حمایت عملی؛ آموزش چگونگی کسب حمایت اطلاعاتی؛ توصیه به استفاده از کمک متخصصین	توانایی استفاده از سیستمهای حمایتی	ششم
مقایسه ویژگیهای افراد با منبع کنترل بیرونی و درونی؛ آموزش مهارت خود کنترلی یا خود گردانی؛ آموزش کنترل رفتار و هیجانها از طریق ایفای نقش	آموزش خود کنترلی	هفتم
انتقال تجربه به زندگی واقعی؛ ارزیابی دوره توسط شرکت کنندگان	نتیجه گیری و جمع بندی	هشتم

نتایج:

از بین بیماران گروه آزمایش 12 نفر متأهل، 2 نفر مجرد و 3 نفر بیوه بودند. بیماران گروه کنترل نیز 13 نفر متأهل، 2 نفر مجرد و 2 نفر بیوه بودند. همچنین از بیماران گروه آزمایش 4 نفر دارای سواد ابتدایی، 5 نفر سواد تا مقطع دبیرستان، 5 نفر دیپلم، و 3 نفر تحصیلات کاردانی داشتند. از بیماران گروه کنترل نیز 6 نفر سواد ابتدایی، 5 نفر دیپلم، 4 نفر کاردانی و 2 نفر تحصیلات کارشناسی داشتند. متوسط زمان تشخیص بیماری بر حسب ماه در بیماران گروه آزمایشی 23 ماه و گروه کنترل 31 ماه بود.

جدول (1) 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 1. میانگین و انحراف معیار مقیاسهای کیفیت زندگی گروههای آزمایش و کنترل در مراحل پیشآزمون و پسآزمون

متغیر	شاخص			
	مرحله	گروه	تعداد	میانگین
حیطه کلی کیفیت زندگی	پیش آزمون	آزمایش	17	6.94
		کنترل	17	1.53
	پس آزمون	آزمایش	17	7.88
		کنترل	17	2.23
حیطه علائم	پیش آزمون	آزمایش	17	34.47
		کنترل	17	2.77
	پس آزمون	آزمایش	17	28.05
		کنترل	17	3.52
حیطه عملکردی	پیش آزمون	آزمایش	17	25.23
		کنترل	17	3.08
	پس آزمون	آزمایش	17	38.88
		کنترل	17	3.07

همانگونه که در جدول 1 دیده میشود میانگین گروهها در پیش آزمون با هم تفاوت زیادی ندارند، ولی گروه آزمایش در پس آزمون نمره حیطه کیفیت 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 کمتر، 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 پس آزمون به تفکیک در گروههای آزمایش و کنترل در جدول 2 نمایش داده شده است. در این اطلاعات نیز نشان میدهند که نمرات پس آزمون گروه آزمایش در هر دو شاخص شدت درد و تداخل در عملکرد روزانه نسبت به گروه کنترل کمتر است، هرچند که این تفاوتها در پیش آزمون چندان قابل تأمل نیست.

جدول 2: میانگین و انحراف معیار شدت درد و تداخل درد در عملکرد فرد گروههای آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	شاخص			
	مرحله	گروه	تعداد	میانگین
شدت درد	پیش آزمون	آزمایش	17	21.64
		کنترل	17	4.08
	پس آزمون	آزمایش	17	13.94
		کنترل	17	2.20
تداخل در عملکرد روزمره	پیش آزمون	آزمایش	17	36.29
		کنترل	17	5.54
	پس آزمون	آزمایش	17	26.76
		کنترل	17	4.33

جدول 3 نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره را با کنترل پیش آزمون ابعاد کیفیت زندگی و درد نشان می دهد. همانطور که دیده میشود به غیر از حیطه عملکردی کیفیت زندگی، هیچکدام از نمرات کنترل شده تأثیر معنی داری در نمرات پس آزمون نداشتند. ولی تأثیر عضویت گروهی (متغیر مستقل) معنی دار بود است. مجذور اتا 0/767 نشاندهنده اثربخشی مؤثر متغیر مستقل و توان آزمون 1 نشاندهنده متناسب بودن حجم نمونه است.

جدول 3: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (آزمون لامبدای ویکلز) گروههای آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون

منبع تغییرات	مقدار ویژه	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
مقدار ویژه	0.328	9.42	5	23	0.001	0.67	0.999
حیطه کلی کیفیت زندگی	0.942	0.24	5	23	0.917	0.05	0.106
حیطه عملکردی کیفیت زندگی	0.616	2.86	5	23	0.037	0.34	0.741
حیطه علائم کیفیت زندگی	0.662	2.31	5	23	0.076	0.33	0.635
شدت درد	0.712	1.85	5	23	0.141	0.28	0.525
تداخل درد در عملکرد روزمره	0.808	1.09	5	23	0.391	0.19	0.317
عضویت گروهی	0.074	3	5	23	0.001	0.92	1
		57.4				0.92	
		3				6	

برای بررسی تأثیر برنامه آموزش مهارتهای مقابله با استرس بر متغیرهای وابسته از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول 4 نشان داده شده است.

جدول 4: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تأثیر مهارتهای مقابلهای بر کیفیت زندگی و درد در پس آزمون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
حیطه کلی کیفیت زندگی		34.99	1	34.99		0.0001	0.441	0.994
عضویت گروهی	حیطه عملکردی	733.02	1	733.02		0.0001	0.519	0.999
	حیطه علائم	291.44	1	291.44		0.02	0.302	0.909
	شدت درد	682.80	1	682.80		0.0001	0.830	1
	تداخل درد در عملکرد	1773.8	1	1773.8		0.0001	0.883	1

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 نتیجه گیری

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 1 و 2 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 کواریانس چند متغیره (جداول 3 و 4) نیز با کنترل اثر پیش‌آزمون، مؤثر بودن برنامه مداخله‌ای را بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش درد بیماران گروه آزمایش را تأیید کرد.

نتیجه بدست آمده در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر کاهش شدت درد و تداخل آن در عملکرد روزمره، با یافته‌های (پراباکار، مروا و راجو¹، 2007؛ براون² و همکاران، 2009؛ وانگ، سان و چن³، 2008؛ عمان⁴ و همکاران، 2008) 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 کرومبز⁵). 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 راشیک⁶ (2008) و کارول، مردوکا، کسیدی و سیته⁷ (2002) 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 مقابله‌ای فعال به نظر میرسد بیماران به میزان بیشتری به ارزیابی مجدد پدیده‌ی درد پرداخته و از طریق آموزش مهارت‌های حل مسأله به مشکل‌گشایی برنامه ریزی شده می‌پردازند. این آموزش‌ها میتواند به افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالفت ورزی با افکار خودآیند منفی و در نتیجه مشکل‌گشایی برنامه ریزی شده گردد و از این طریق هم به کاهش ادراک درد و هم به افزایش مهارت‌های کارآمد منتهی گردد (فری⁸، 2007؛ نقل از گلچین و همکاران، 1390). از طرفی دیگر آموزش خودکنترلی به

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.

8. Free, M.

افزایش مهارگری و خویشنداری بیماران در مقابله با درد میانجامد. در این آموزشها فرد هیجانانگیزی 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، 2005؛ آستر و همکاران، 2014؛ کرونجی و پرتوریوس 2013؛ پرایس و همکاران و کراسینوم، 2013) 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 زندگی فرد را تهدید میکند. درمانهای سرطان پستان از قبیل جراحی برداشتن پستان، شیمی درمانی و پرتودرمانی توأم با عوارضی هستند که بهطور کوتاه مدت یا طولانی مدت کیفیت زندگی فرد را به خطر میاندازند، در این میان هرچه شدت عوارض جانبی تجربه شده در طول درمان بیشتر باشد، کیفیت زندگی بیشتر مورد تهدید قرار میگیرد (دیاستفانو و همکاران، 2008).

حمایت از سوی اطرفیان به طور مستقیم با رضای 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، 1391). 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.

به طور گستردهای اعتقاد بر این است که درد تأثیر عمیقی روی کیفیت زندگی افراد دارد (اسکوینگتون¹، 1998). 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 میبخشند (کاتز²، 2002) 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 اینرو 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

¹ . Skevington, S.M.

² . Katz, N.

مراکز سرطان‌شناسی، در بهبود کیفیت زندگی، کاهش درد و ابعاد گوناگون عملکرد این بیماران و در نتیجه درمان بیماری آنان کمک مؤثری ارائه نمود.

یکی از محدودیت‌های این تحقیق قابلیت تعمیم‌پذیری آن است، چراکه شرکت کنندگان 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 شرکت کنندگان در تحقیق است که ممکن است نشان از انگیزه آنان باشد. این انگیزه ممکن است به عنوان یک متغیر میانجی عمل کند که در این تحقیق کنترل نشده است و به محققین دیگر میتواند آن را بیازمایند.

منابع:

- آگلار وفایی، م. (1385). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌جویان در بررسی افراد تحت درمان سرطان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، 12(4)، 315-326.
- احمدی حسن، مهریار امیر هوشنگ، نفیسی غلامرضا، نیکوفر علیرضا، جهانیان سعید (1390). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و افسردگی در سه گروه از بیماران مبتلا به سرطان. اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)، 6(21): 35-42.
- اصغری مقدم، محمد علی و گلگ، ناصر (1384). نقش راهبردهای مقابله با درد در سازگاری با درد مزمن. دانشور رفتار، 12(10).
- بالجانی اسفندیار، خشابی جواد، امان پور الهام، عظیمی ندا (1390). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. حیات؛ 17(3): 27-37.
- بهروزیان، مریم (1390). 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.
- داودی، ایران؛ زرگر، یدالله؛ مظفری پور سی سخت، الهام؛ نرگسی، فریده و مولا، کریم (1391). رابطه فاجعه‌سازی درد، روانرنجور خوبی، حمایت اتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. روانشناسی سلامت، 1(1)، 54-67.
- خلعتبری، جواد و عزیززاده حقیقی، فرشته (1390). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی بر سلامت روان دانشجویان دختر. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، 12(2)، 30-37.
- سارافخو، پ. ا. (2002). روان‌شناسی سلامت. ترجمه گروهی از مؤلفان (1387). تهران: انتشارات رشد.
- شبان مرضیه، رسول زاده نسرين، مهران عباس، مرادعلی زاده فرناز (1385). تاثیر دو روش غیر دارویی (آرام‌سازی پیشرونده عضلانی و موسیقی درمانی) بر میزان درد بیماران سرطانی. حیات، 12(3): 63-72.
- صفایی، آزاده؛ مقیمی دهکردی، بیژن و طباطبایی، سربخ حمیدرضا (1386). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان. ارمغان دانش، 12(2)، 25-46.
- علی پور، احمد (1390). مقدمات روانشناسی سلامت. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه بلم نور.

کلچین، ک. مهارت‌های زندگی. ترجمه شهرام محمد لخانی (1380). تهران: انتشارات سپند هنر.

کهرزائی فرهاد، دانش عصمت، آزادفلاح پرویز (1390). اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان. روان‌شناسی کاربردی؛ 5(2): 3-7.

گلچین، ندا؛ جان بزرگی، مسعود؛ علی پور، احمد و آگاه هریس، مژگان (1390). اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری در به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای و کاهش درد زنان مبتلا به کمردرد مزمن. اصول بهداشت روانی تابستان 13(2): 160-169. مردانی حموله مرجان، شهرکی واحد عزیز (1389). ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد؛ 18(2): 111-117.

وکیلزاده، پرویز و نخعی، نوذر (1385). پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه کوتاه درد در بیماران مبتلا به سرطان. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، 5(4): 253-258.

ویجری، ا.؛ لطفی نژاد، ش. و ژلن، ف. (1391). ارتباط سرطان دهانه رحم با مصرف قرص‌های پیشگیری از بارداری. مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان، 3(4): 98-103.

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. & etal (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., Hjermsstad, 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-Radusic, 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 SC, Hart G, Chastain DP, 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 AC, Cassidy JD, Cjte PA. (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 CS. (1991). Pain assessment in cancer, in Osoba D (ed): Effect of Cancer on Quality of Life. Boca Raton, FL, CRC Press, 293-305

Cleeland CS, Nakamura Y, Mendoza TR, Edwards KR, Douglas J, Serlin RC. (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 DB, Rashedi S. (2008). Chronic low back pain: Review of treatment and standards. *J Behav Anal Health 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 JC, Lydersen S, Klepstad P, Loge JH, 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 IJ. (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, Classification of Chronic Pain, Descriptions of Chronic Pain Syndroms and Definition of Pain Terms, *Pain* (1986), 31-222.

Johnson, B. (2001). *Physiology of pain*. London: Bailliere Tineall; P. 203-210.

Kaasa S, Apolone G, Klepstad P, Loge JH, Hjermstad MJ, Corli O, Strasser F, Heiskanen T, Costantini M, Zagonel V, Groenvold M, Fainsinger R, Jensen MP, Farrar JT, McQuay H, Rothrock NE, 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 SM, Sadidi A, Sahrai J, Besharat MA. 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. (2008a). 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 AR, Marwah N, Raju OS. (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 SM. (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,
- Van'tspijker, A., Trisburg, R. W., & Duivenvoorden, H. (1997). A meta-analytic review of 58 studies of cancer. *Psychometric Medicine*, 59, 280-293.
- Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, et al. (2007). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Libr*. (3): 1-77.
- Wang ZX, Sun LH, Chen AP. (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 AC, 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.

The effect of coping skills training program on pain and quality of life in breast cancer patient

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 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. MANCOVA analysis demonstrates that coping training caused enhancement of quality of life and diminish the pain in experiment group.

Key Words: Coping Skills, Pain, Quality of life, Breast cancer

