بررسی سیستماتیک تأثیر تکنیک‌های آرامسازی عضلانی (muscle relaxation) و تجسم هدایت شده (guided imagery) بر کاهش درد و دیسترس ناشی از بیماری یا عوارض درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان طی سال های ۲۰۰۷-۱۹۹۸

سپیده حاجیان: دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
خدیجه میرزایی نجم آبادی: دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
افسانه کرامت: دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
حمیدرضا میرزایی: استادیار، متخصص رادیوتراپی انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

چکیده

مقدمه: این مطالعه، یک بررسی نظام مند یا سیستماتیک در مورد تمامی مطالعاتی است که مورد تأثیر روش آرامسازی عضلانی و تجسم هدایت شده بر کاهش درد در مبتلایان به سرطان پستان طی ۱۰ سال اخیر، تا کنون انجام شده است.

روش بررسی: این مقاله حدود ۸ مطالعه انجام شده در این زمینه را مورد بررسی قرار داده است که اولاً مشخص نماید که آیا تکنیک‌های آرامسازی عضلانی یا تجسم هدایت شده بر کاهش درد و دیسترس روانی ناشی از سرطان پستان مؤثر واقع می باشد، ثانیاً روش‌های آموزش فردی در کاهش درد یا دیسترس روانی بیشتر مؤثرند یا روش‌های آموزش گروهی. در این راستا، کلیه مقالاتی که از سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷ در این موضوع انجام شده، از منابع الکترونیک اطلاعاتی زیر جستجو شدند: CINAHL, Medline, Cancer Lit و بر اساس معیارهای ورودی به مطالعه جهت بررسی قرار گرفتند. تعداد ۲۴ مقاله با کمک کلید واژه های مورد نظر که بر اساس روش کارآزمایی بالینی بر روی تسکین درد و تخفیف تنش روانی انجام شده بود، به دست آمد. نتایج کلیه مطالعات مرتبط با موضوع توسط دو پژوهشگر دیگر نیز مورد بررسی و مرور قرار گرفتند که بر اساس چک لیست مطالعات ارزیابی کارآزمایی‌های بالینی موجود در CASP و CEBM و معیارهای ورود به مطالعه مورد نظر، ۱۶ مطالعه از بررسی خارج شده و تعداد ۸ مطالعه باقی ماند.

نتیجه گیری: دو مقاله به مقایسه تأثیر آرامسازی عضلانی و تجسم هدایت شده بر تخفیف درد و همه ۸ مقاله بر کاهش دیسترس روانی پرداخته بودند. از این تعداد، ۷ مطالعه، محققان، تأثیر آرامسازی عضلانی و روش تجسم هدایت شده را بر کاهش درد و دیسترس ناشی از سرطان پستان، مفید ارزیابی کرده و در یک مطالعه نیز پژوهشگران، در مرحله اول و دوم مداخلات آنها را مؤثر و در مرحله سوم مداخلات، تفاوت معناداری بین گروه مداخله و کنترل در تخفیف علایم مشاهده نکردند.

واژه های کلیدی: آرامسازی عضلانی، تجسم هدایت شده، سرطان پستان، درد، دیسترس روانی

آدرس نویسنده پاسخگو: شاهرود، میدان هفتم تیر، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، گروه بهداشت باروری، سپیده حاجیان
تلفن همراه: ۰۹۱۲۳۸۳۷۶۴۹ پست الکترونیک: hajian74@yahoo.com

مقدمه

سرطان پستان در حدود یک سوم تمامی سرطان‌های زنان را شامل می شود و دومین علت مرگ به علت بدخیمی زنان تنها بعد از سرطان ریه است، به طوریکه گفته می شود از هر ۸ زن، یک‌نفر در طول عمر خود به آن مبتلا می شود [۱]. در حال حاضر تخمین زده می‌شود که بیش از ۲۱۵۰۰۰ مورد جدید سرطان در ایالات متحده در سال ۲۰۰۵ و در حدود ۴۰۰۰۰ مورد مرگ به علت این بدخیمی در آن سال به آن نسبت داده شد [۲]. با وجود پیشرفت‌های انجام شده در زمینه درمان سرطان پستان و افزایش میزان بقاء (از ۷۵٪ در دهه ۱۹۷۰ به میزان ۸۷٪ در دهه ۱۹۹۰)، اما همچنان خود سرطان و نیز درمان این بدخیمی با عوارض و ناراحتی های متعددی همراه است که شاید بیشترین و شایعترین عارضه را بتوان درد و دیسترس روانی معرفی کرد [۳]. حداقل نیمی از زنان مبتلا به سرطان پستان تجربه دیسترس را ذکر کرده‌اند [۴]. مفهوم دیسترس را در طیفی از علائم ازقبیل نگرانی خفیف و حس غمگینی تا ناتوانی های جدی روانی همچون افسردگی و اضطراب می توان تعریف کرد. علائم اختصاصی دیسترس عبارتند از: نگرانی درباره بیماری و کاهش سلامت، عصبانیت، اختلالات خواب، کاهش اشتها، اختلالات تمرکز و پریشانی حواس همراه با ترس از ناتوانی و مرگ [۵]. ترس از سرطان خود به تنهایی گاهی بدون تشخیص قطعی سرطان عارض می شود. مثلاً در برخی بیماران با تشخیص احتمالی تومور بدخیم حتی پیش از عمل جراحی و نتیجه آزمایش آسیب شناسی پدیدار می‌گردد [۶]. همچنین زنان مبتلا به سرطان پستان درجاتی از درد را نیز تجربه می‌کنند. در واقع درد یکی از شایعترین عوارض این بدخیمی و نتایج درمان آن است. به عنوان مثال، درد همراه با جراحی سرطان، شیمی درمانی، پرتو درمانی و هورمون درمانی در درجات مختلف ظاهر می گردد [۴]. علاوه بر این دیده شده که دیسترس در اغلب مواقع با درجاتی از درد همراه است [۶].

روش‌های دارویی متعددی برای درمان این فشارهای روانی و درد ناشی از سرطان تاکنون بکار رفته اند. عواملی مانند مسکن‌های غیر استروئیدی، ضد افسردگی ها و عوامل مخدر، استفاده وسیعی در این زمینه دارند. اما به هر حال این عوامل دارویی اغلب تمامی علائم ناشی از فشار روانی یا درد را کاملاً برطرف نمی کنند و اکثراً چون به صورت دراز مدت مصرف می شوند، همراه با طیفی از عوارض جانبی همراهند. بنابراین محققان زیادی همواره بر بکارگیری روش‌های غیردارویی در کاهش عوارض بیماری اهتمام ورزیده اند. در کل به این روش‌ها که به عنوان روشی کمکی و مکمل در تخفیف علایم بیماری مانند درد و دیسترس کاربرد دارند، درمان‌های جایگزین یا مکمل گفته می شود [۷]. در حال حاضر در بیشتر کشورهای توسعه یافته نظیر آمریکا، انگلستان، فرانسه و آلمان از این شیوه ها در کنار سایر درمان‌های طبی استفاده می گردد.

در مطالعه حاضر، بطور اختصاصی تکنیک آرامسازی عضلانی و تجسم هدایت شده، بررسی شده است. این تکنیک‌ها در مطالعات بسیاری جهت تسکین درد و کاهش دیسترس روانی در بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پیشرفته به کار رفته است [۸]. عمدتاً آرامسازی یا Relaxation به معنای رفع تنش یا رهاسازی جسمی و روانی از عوامل تنش‌زای بیرونی می باشد که در انتهای انجام آن فعالیت، فرد درجاتی از کاهش اضطراب، درد یا نگرانی را احساس کند. یکی از انواع طرق رسیدن به آرامش جسمی و روانی با استفاده از فعالیت‌های تنش زدا، تکنیک آرامسازی عضلانی می باشد. در این روش، شخص با انجام حرکات انقباضی و برگشت آنها به طور ارادی به حالت شل و منبسط طی ۵ تا ۱۰ ثانیه، سبب افزایش جریان خون و بهبود عملکرد خون رسانی اعضا می شود. این حرکات ابتدا از عضلات سر و صورت و گردن به طور منظم شروع شده و در انتها اعضای میانی و انتهایی بدن شامل انقباض عضلات کمر، سرین، ران‌ها، ساق‌ها و انگشتان پاها را شامل می شود. این روش بطور وسیع در برنامه‌های آموزش کنترل استرس به افراد به کارگرفته می شود که نتیجه آن کاهش فشار عضلانی، کاهش ضربان قلب و فشار خون ناشی از استرس یا نگرانی و کاهش تعداد تنفس در دقیقه بوده که باعث احساس بهبودی و رضایتمندی فرد پس از پایان این فعالیت است. یکی از کاربردهای این تکنیک در کنترل درد است که به طور شایعی در تقلیل درد ناشی از سرطان یا درمان‌های مرتبط با این بیماری به کار می‌رود [۷]. تجسم هدایت شده (Guided Imagery) به عنوان یک تکنیک- ذهن- بدن بر این پایه استوار است که ذهن و بدن با هم مرتبط هستند و می توانند در درمان بیماری و ایجاد سلامتی برهم اثر بگذارند و یکدیگر را تقویت کنند. در

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

تجسم همان ناحیه مغز فعال شده که در زمان تجربه اتفاق، فعال می‌شود یعنی فرد دقیقاً در خود یک جریان فکری ایجاد کند که در آن قادر به دیدن، شنیدن، احساس کردن یا بوییدن آن چیزی باشد که خود تمایل دارد در آن زمان احساس کند و بتواند آن را در تصور خود مجسم سازد. این روش هم یکی از دیگر روش‌های طب مکمل است که شخص می تواند به وسیله کتاب یا نوار خودآموز یا مربی، آن را یاد گرفته و از آن در موارد درد یا اضطراب و تنش روانی برای کاهش درد و دیسترس روانی خود بهره گیرد [۹].

کاربرد دو روش آرامسازی عضلانی و تجسم هدایت شده، در مطالعات متعددی جهت کاهش علائم ناشی از دیسترس و درد ناشی از سرطان، ارزشمند شناخته شده‌اند [۱۰و ۱۱]. نتایج ضد و نقیضی در خصوص تأثیرات این دو روش در تغییر علائم ناشی از سرطان وجود دارد؛ به طوریکه در دو مطالعه، آرامسازی عضلانی را روشی اثربخش در کاهش دیسترس ناشی از سرطان ذکر کرده اند [۱۲و ۱۳] و دو بررسی دیگر این روش را در کاهش درد و دیسترس بی‌تأثیر عنوان نمودند [۱۴و ۱۵]. همچنین در دو متاآنالیز، نتایج دلگرم کننده‌ای از تأثیر این روش ها بر کاهش درد ناشی از سرطان‌های مختلف بدست آمده است [۱۶و ۱۷]. اما مهم این است که درک زنان مبتلا به سرطان پستان از درد یا دیسترس با درک سایر افراد مبتلا به انواع سرطان متفاوت بوده و از سوی دیگر در دو متاآنالیز مذکور، روش آرامسازی عضلانی و تجسم هدایت شده همراه با چند روش دیگر بکار رفته است و در نهایت اینکه سرطان‌های مختلف، طیف وسیعی از آثار و علائم همراه، مانند درد و دیسترس را همراه دارند که نمی توان نتایج یک روش واحد درمانی را به یک سرطان خاص و در یک جنس خاص (زنان) تعمیم داد.

در این بررسی سعی شده است تا اولاً ضمن در نظر داشتن همگونی موارد مورد مطالعه از نظر جنسیت و نوع سرطان، اثر مضاعف احتمالی همراهی سایر روش‌هایی که در مطالعات عنوان شده اند، حذف یا کاهش یابد؛ لذا تأثیر این دو تکنیک بطور اختصاصی بر کاهش درد و دیسترس ارزیابی شوند. ثانیاً تأثیر روش‌های آموزش فردی و گروهی بر کاهش درد و دیسترس ناشی از سرطان پستان در زنان با هم مقایسه گردند.

روش مطالعه:

در این بررسی، کلیه مطالعاتی را که در زمینه تأثیر روش‌های آرامسازی و تجسم در تخفیف علائم درد و دیسترس ناشی از سرطان پستان و یا درمان آن در زنان مبتلا طی سال‌های ۲۰۰۷- ۱۹۹۸ انجام شده بود جستجو شدند. پایگاه‌های اطلاعاتی مورد جستجو عبارت بودند از: CINAHL, Medline, Cancer Lit، کلید واژه ها مشتمل بودند بر:

Breast cancer, pain, distress, muscle relaxation, guided imagery, treatment outcome

اساس جستجو بر مبنای انتخاب مطالعات کارآزمایی بالینی بود که به زبان انگلیسی منتشر شده بودند. مطالعات دیگری نیز در مورد چگونگی تکنیک آرامسازی عضلانی و یا تجسم هدایت شده و کاربرد آن در درد سرطان با مروری بر متون مرتبط با موضوع انجام شد [۸، ۹، ۱۰و ۱۸].

سایر معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از:

۱- عدم استفاده از هیچگونه درمان مکمل به غیر از درمان استاندارد در گروه کنترل در طراحی مطالعه
۲- کارآزمایی‌های شاهددار تصادفی شده
۳- عدم بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی افزون بر دو روش مذکور جهت کاهش علایم درد یا دیسترس در بیماران مبتلا به سرطان پستان
۴- زنان مبتلا به سرطان پستان در هر یک از مراحل سرطان (متاستاتیک یا غیرمتاستاتیک)

بنابراین، مطالعاتی که دارای شرایط زیر بودند وارد بررسی نشدند:

۱- به صورت گذشته نگر یا مروری تأثیر این روش‌ها را بررسی کرده بودند.
۲- کارآزمایی‌های بدون گروه کنترل (نیمه تجربی)
۳- همراهی برخی روش‌های شناختی دیگر علاوه بر دو تکنیک آرامسازی عضلانی و تجسم هدایت شده
۴- بررسی متغیرهایی غیر از درد یا دیسترس ناشی از سرطان پستان

جهت بررسی درد، سنجش آن بر اساس مقیاس‌های مورد استفاده در مراجع معتبر معیار قرار گرفت؛ به طوریکه این میزان‌ها شدت، تکرار یا طول مدت درد را اندازه‌گیری کرده بودند. همچنین جهت سنجش دیسترس روانی جنبه‌های احساسی آن مانند وجود افسردگی و

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

درجات آن، اضطراب و یا اختلالات خلق در نظر گرفته شد.

در میان متون کلی، ۲۴ مطالعه که در ابتدا مرتبط با موضوع بنظر می رسیدند، جمع آوری شد. کلیه مقالات مرتبط با موضوع، مورد توسط دو پژوهشگر با تجربه مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس چک لیست ارزیابی کارآزمایی‌های بالینی تصادفی شاهددار (RCTs) و در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند.

از این میان، ۴ مطالعه بررسی مروری بر روش‌های مکمل بر درد و دیسترس بودند که از بررسی حذف شدند. همچنین در ۷ مطالعه دیگر کارآزمایی ها بر انجام مداخلاتی همچون مشاوره در بحران، هیپنوتیزم، موسیقی درمانی، تکنیک مراقبه به همراه آرامسازی تدریجی استفاده شده بود که از مطالعه کنار گذاشته شدند. از آنجا که تأکید اولیه بر تأثیر آرامسازی عضلانی و یا تجسم هدایت شده بر دو عارضه شایع یعنی درد یا دیسترس بود، کارآزمایی‌هایی که عوارضی غیر از این دو مورد را بررسی کرده بودند، از بررسی حذف گردیدند که در این بین ۳ مطالعه عوارضی مانند تهوع، چاقی و بی اشتهایی را بررسی کرده بودند که از بررسی کنارگذاشته شدند. ۲ مطالعه نیز گذشته نگر بودند که وارد بررسی نشدند. در ۲ مطالعه، درد و در تمام ۸ مطالعه، دیسترس بررسی شده بود. ۴ مطالعه بررسی نقش مداخلات به صورت آموزش های گروهی و ۴ مطالعه، تأثیر مداخلات به صورت آموزش های فردی را ارزیابی کرده بودند.

خصوصیات مطالعات به همراه میانگین و انحراف معیار مقادیر سنجش درد و دیسترس، قبل و بعد از مداخلات، در جدول شماره ۱ موجود می باشند. تمامی این پژوهش‌ها در هدف نهایی، روش مطالعه و متغیرهای وابسته (درد یا دیسترس روانی) دارای نقاط مشترکی هستند.

دو مطالعه [۲۰ و ۲۴] تأثیر روش آرامسازی را بر کاهش علایم درد و تنش عصبی بیماران مبتلا به سرطان پستان ارزیابی کردند و ۶ مطالعه دیگر تأثیر این مداخلات را تنها بر تخفیف علایم تنش عصبی و عاطفی بررسی نمودند:

۱- در مطالعه "هلگسون" و همکاران (۱۹۹۹)، ۳۱۲ زن ۷۵-۲۷ ساله در مراحل ۱، ۲ و ۳ سرطان پستان که تحت یکی از روش‌های جراحی یا شیمی درمانی کمکی بودند، به طور تصادفی در چهار گروه آموزش آرامسازی، بحث آزاد با همسالان و بیماران مشابه خود، آموزش و بحث آزاد (مداخله ترکیبی) و گروه کنترل تقسیم شده که در ۷ گروه با ۴ دسته مذکور (در مجموع ۲۸ گروه) مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۴۵ بیمار با تماس با بیش از ۴۰ مطب متخصص انکولوژی انتخاب شدند که ۳۱۲ نفر با رضایت کتبی حاضر به همکاری شدند. در مرحله اول، انجام ویزیت‌های هفتگی تا هشت هفته متوالی و در مرحله دوم مداخلات، ۲ هفته پس از نوبت آخر مرحله نخست صورت می گرفت که به روش مصاحبه تلفنی و ارسال پرسشنامه پستی از وضعیت بیماران (در مورد درد یا تنش های عصبی) آگاه می شدند و مرحله سوم یا آخر نیز به همین صورت در ۶ ماه بعد از نوبت دوم و بوسیله پرسشنامه پستی با آنها تماس گرفته و از شرایط عمومی شان مطلع می شدند. روش ارزیابی میزان درد و تنش عصبی بر اساس معیار مندرج در جدول شماره ۱ می باشد. مداخلات در گروه های آموزشی مبتنی بر آموزش روش‌های آرامسازی به بیماران جهت مقابله با درد وتنش عصبی و در گروه بحث گروهی با سایر بیماران، احساسات، تجارب و نظرات آنها در مورد چگونگی تقابل با بیماری انجام می شد در گروه مداخلات ترکیبی نیز هر دوی این روش‌ها (ابتدا آموزش آرامسازی در مدت ۴۵ دقیقه و سپس ۶۰ دقیقه بحث آزاد) انجام می‌شد. گروه کنترل نیز هیچ یک از این مداخلات را (به غیر از مداخلات روتین طبی و پزشکی مورد نیاز) دریافت نمی کردند. نتیجه آن که زنان واقع در گروه آموزش روش‌های آرامسازی نتایج بهتری از مداخلات در مقایسه با گروه های دیگر بعد از اتمام مطالعه گرفتند بطوری که افزایش اعتماد به نفس در انجام امور شخصی، بهتر شدن تصویر ذهنی از بدن، کاهش افکار تنش زای عصبی و تقلیل درد در این گروه بطور معناداری بیش از سه گروه دیگر بود. در حالی که انتظار می رفت در گروه ترکیبی این اتفاق بیفتد، اما زنان در این گروه‌ها ذکر کردند بعد از اجرای آرامسازی، بحث در گروه‌های همسان، به بدتر شدن علایم و تشدید نگرانی‌ها درباره بیماری آنها منجر می‌شود. هرچند در گروه مداخله بحث‌های

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

جدول ۱- خصوصیات مطالعات به همراه میانگین و انحراف معیار مقادیر سنجش درد و دیسترس، قبل و بعد از مداخلات

محققین و سال پژوهش	نوع مداخله	ابزار سنجش درد یا دیسترس	روش مداخله	تعداد نمونه (n)	Mean After Intervention	Mean Before Intervention	ابزار مورد استفاده در سنجش درد یا دیسترس
Helgeson, et al. 1999	Relaxation	Pain& Distress: Affect scale	گروهی	۳۱۲	Affect Scale: Pain: C 43.82 E 45.12 P>0.05 Dist. C 45.75 E 46.93 P> 0.05		
Walker et al. 1999	Guided imagery& Relaxation	Distress : Mood Rating Scale & HADS	فردی	۹۶	MRS: C 514.63 E 473.56 P=0.03 HADS:C 1.79 E 1.79 P=0.35		
Fukui et al. 2000	Imagery &Relaxation	Distress:HADS & POMS	گروهی	۵۰	POMS: C 20.7 E 22.2 P=0.003 HADS: C 3.4 E 4.5 P=0.19		
Molassiotis et al. 2002	Imagery & Relaxation	Distress: POMS & STAI					
Bordelau et al. 2003	Relaxation	Pain: Johnson Pain Intensity Distress: EROTC	فردی	۷۰	STAI :C 43.06 E 46.88 P= 0.01		
Williams & Schreier,2004	Relaxation	Distress: STAI	گروهی	۲۱۵	EROTC: C 67.5 Dist .E 67.6 P=0.5 Pain: C 32.9 E 31.4 P=.34		
Yoo et al. 2005	Relaxation & Guided imagery	Distress: MAALCL& FACT-B Scales	فردی	۷۰	STAI: C 41.53 E 33.55 P=0.017		
Antoni et al. 2006	Relaxation & Guided imagery	Distress:Hamilton Rating scale for Anxiety(HRSA)& Affect Balance Scale(ABS)	فردی	۶۰	MAACL: C 12.9 E 8.2 P=0.01 FACT-B: C 87.88 E 93.41 P=0.03 HRSA: C 6.6 E 7.8 P< 0.01		
			گروهی	۱۹۹	ABS: C 1.6 E 1.6 P<0.02		

Visual Analogue Scale (VAS), European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 (EORTC QLQ-C30), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), POMS (Profile of Mood Scale), STAI (State Trait Anxiety Inventory), MAALCL (Multiple Affect Adjective Checklist), Fact-B (Functional Assessment of Cancer Therapy–Breast)

گروهی تنها، بیماران پس از اتمام مطالعه تمایل بیشتری به ادامه شرکت در جلسات نسبت به گروه‌های مداخله نشان می دادند. محققان نتیجه گرفتند که شرکت در کلاس‌های تمرین آرامسازی برای تقلیل درد و تنش روانی مناسب تر از روش‌های دیگر است.

۲- در مطالعه "بوردلو" و همکاران (۲۰۰۳) از زنانی که طی سال‌های ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۸ در چند مرکز درمانی سرطان در تورنتو و اتاوا کشور کانادا جهت درمان‌های تکمیلی سرطان پستان با متاستاز مراجعه داشتند، طی نمونه گیری ۴ماهه، ۲۳۵ نفر حاضر به شرکت در مطالعه شدند. شرایط ورود به

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

مطالعه، عدم متاستاز مغزی، عدم ابتلا به بیماری‌های عصبی و افسردگی، تسلط به مکالمه به زبان انگلیسی، فاصله بیش از یک ساعت از خانه تا محل درمان، بیماران بدحال و کسانی که احتمال بقاء کمتر از ۳ ماه داشته باشند، بود. تخصیص تصادفی افراد به نسبت ۲ به ۱ (مداخله/ کنترل) بود و بیماران از نظر فاکتورهای پروگنوستیک (گیرنده استروژن و پروژسترون، زمان ظهور اولین متاستاز، سن تشخیص، درگیری غدد لنفاوی، استفاده یا عدم درمان با داروهای شیمی درمانی) همسان سازی شدند. روش مداخلات به صورت برگزاری جلسات هفتگی آموزش آرامسازی در ۹۰ دقیقه در گروه‌های ۱۰-۶ نفری به کمک دو راهنما انجام می‌شد. راهنمایان از گروه‌های پرستاری، روانشناسی و روانپزشکی انتخاب شده بودند. پیش از اجرای تمرینات طی بحث های کوتاهی به بیماران اجازه داده می شد تا با یکدیگر در مورد تجارب، ارتباطات با نزدیکان و دوستان و پرسنل خدمات بهداشتی و رضایت از نتایج درمان و اثری که بیماری بر سلامت و امور زندگی آنها تا آن موقع داشته است، به بحث بپردازند. پس از آن جلسات آموزشی و تمرینی آرامسازی آغاز می شد. کلیه این جلسات پس از طی مراحل اولیه آموزش، خاتمه یافته و به بیماران گفته می شد هر زمان نیاز به ادامه تشکیل کلاس‌ها را احساس کردند، می توانند با راهنمایان خود تماس داشته و از آنها کمک بگیرند. بیماران ادامه درمان ها را با استفاده از نوار آموزشی شنیداری در مورد آرامسازی در منزل دنبال می کردند. وضعیت زنان بر حسب میزان درد، تنش عاطفی و روانی و سایر علایم جسمانی در فواصل ۴ماه ، ۸ ماه و ۱۲ ماه از ابتدای شروع مداخلات به وسیله ابزار بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت و نیز پرسشنامه" سنجش کیفیت زندگی وابسته به سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا" (مندرج در جدول شماره ۱) ارزیابی می شد. یافته های این تحقیق حاکی از آن است که هر چند در نوبت نخست و دوم مداخلات، علایم درد و تنش‌های روانی و عاطفی در گروه مداخلات کمتر از گروه کنترل بود، اما تفاوت معناداری در انتهای مداخلات در هیچ یک از دو گروه مداخله و کنترل بر طبق معیار ارزیابی سنجش کیفیت زندگی متعلق به سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا دیده نشد. بنابراین محققین نتیجه گرفتند این مداخلات آرامسازی، تأثیری بر تخفیف درد و دیسترس بیماران متاستاتیک مبتلا به سرطان پستان ندارد.

۳- مطالعه "واکر" و همکاران (۱۹۹۹)، تأثیر مداخلات آرامسازی و تجسم برنامه ریزی شده بر میزان بروز افسردگی، اضطراب و نگرانی را در ۹۶ نفر از زنان کمتر از ۷۵ سال مبتلا به مراحل اولیه تا پیشرفته سرطان پستان بررسی کردند. انتخاب این افراد براساس شرایط زیر صورت گرفته بود: مراجعه‌کنندگان به واحد انکولوژی بیمارستان سلطنتی در شهر لندن انگلستان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه (سن کمتر از ۷۵ سال و قابلیت درمان با داروهای مرسوم شیمی درمانی برای سرطان پستان). همچنین وضعیت روانی افراد منتخب توسط معیار سنجش اختلالات اضطرابی توسط یک روانشناس بررسی شده و در صورت ابتلا به یکی از حالات اختلال اضطرابی یا احتمال سایکوز شدید، از مطالعه خارج می شد. زنانی که منع مصرف داروهای شیمی درمانی خاصی داشتند که نمی توانستند تحت این درمان‌ها قرار گیرند و یا قادر به تکمیل پرسشنامه سنجش وضعیت روانی- عاطفی نبودند از مطالعه خارج شدند. بیماران به طور تصادفی در دو گروه مداخله و درمان پیش از شروع شیمی درمانی قرار گرفتند. نسبت یک به یک و تخصیص تصادفی بیماران در گروه مداخله و کنترل از لحاظ متغیرهای مداخله‌ای رعایت شده بود. آموزش آرامسازی و تجسم برنامه ریزی شده در واحد انکولوژی بیمارستان مذکور انجام می شد. ابتدا قبل از شیمی درمانی و سپس در جلسات آموزش‌های فردی نوارهای شنیداری جهت آموزش آرامسازی و بعد از آن فیلم‌های کارتونی رنگی در مورد چگونگی از بین رفتن سلول‌های سرطانی بوسیله تفکرات مطلوب و تجسم به شرکت کنندگان جهت تماشا به صورت ویدیویی داده می شد و از آنها خواسته می شد که حداقل این برنامه آموزشی را روزانه در برنامه زندگی خود قرار دهند. سنجش حالات اضطرابی قبل، در هنگام شروع شیمی درمانی و هفته‌های ۳، ۶،۶،۱۲،

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

۱۵ و ۱۸ بعد از شروع مداخلات بر اساس ابزارهای سنجش روانی مندرج در جدول شماره ۱ انجام می‌شد. هر ارزیابی در فواصل ۲۱ روزه از شیمی‌درمانی صورت می گرفت. پس از اتمام دوره مداخلات، یافته‌ها نشان از بهبود معنادار علایم اضطراب و افسردگی در بیماران گروه مداخله می‌داد. کیفیت زندگی نیز در این گروه بهتر از گروه کنترل بود. لذا پژوهشگران، این شیوه از مداخلات را مفید و کارا و در عین حال ارزان، جهت کاهش علایم تنیدگی عصبی ناشی از سرطان ارزیابی کردند.

۴- در بررسی " فوکویی" و همکاران (۲۰۰۰) محققین به تأثیر روش‌های مداخله‌ای مهارت‌های مقابله با استرس، آموزش بهداشت، کنترل تنش و حمایت عاطفی- روانی بر بیماران مبتلا به سرطان پرداختند. در این بررسی، مبتلایان دارای شرایط زیر از یک مرکز درمان سرطان در شرق ژاپن در مطالعه شرکت داده شدند. روش انتخاب آنها بر مبنای ارسال پرسشنامه و بررسی وضعیت روانی آنان از طریق مقیاس "سنجش اضطراب در بیمارستان" به نشانی آنها بود که در صورت داشتن نمره ۲۰ یا بیشتر طبق مقیاس، تشخیص افسردگی شدید داده می شد و از مطالعه حذف و جهت درمان روانشناختی ارجاع داده می شد. با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش (انجام جراحی برای سرطان پستان طی مدت ۱۸-۴ ماه اخیر از مطالعه، سن کمتر از ۶۵ سال، داشتن متاستاز به غدد لنفاوی مثبت زیر بغل یا پاتولوژی مهاجم و گرید تومور ۲ و ۳ خاتمه شیمی درمانی) تعداد ۵۰ نفر از ۱۵۱ نفر از زنان واجد شرایط، در این مطالعه شرکت کرده و در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه‌های مداخله در تعداد ۱۰-۶ نفر طی ۹۰ دقیقه هر هفته برای مدت ۶ هفته تحت آموزش و مداخله درمانی بودند و بر اساس راهنمای آموزشی روش‌های مداخله‌ای مذکور توسط دو روانشناس و روانپزشک، مهارت‌های مقابله‌ای و آموزشی و در انتهای بررسی آموزش آرامسازی ذهنی و تجسم برنامه ریزی شده به افراد داده می شد. از بیماران خواسته می شد این مهارت‌ها را بر طبق راهنمایی های گفته شده در طی زندگی روزمره خود بکار برده و آنرا طی درمان و پس از آن متوقف نکنند. ارزیابی روانی زنان شرکت کننده، یک بار در ابتدای شروع مداخله و یکبار در هفته ۶ و سپس در ماه ششم از مداخله توسط معیارهای ارزیابی تنش و اختلالات روانی مندرج در جدول، انجام و مقایسه شدند. نتایج نشان داد که گروه مداخله پس از اتمام درمان دارای نمره کمتری از جهت سنجش اضطراب و نگرانی و امتیاز بالاتری از لحاظ ثبات روانی و عاطفی نسبت به گروه کنترل بر اساس مقیاس مطالعه داشتند. محققین نتیجه گرفتند با وجود گذشت ۶ ماه از اتمام مداخلات درمانی، هنوز این کاهش علایم تنش‌های روانی در بیماران طی پیگیری‌های بعدی باقی مانده است. لذا این گونه مداخلات را آسان، به صرفه و مؤثر در درمان اختلالات روحی و عاطفی ناشی از سرطان پستان دریافتند.

۵- " مولازیوتیس" و همکاران (۲۰۰۲)، مطالعه دیگری در مورد تأثیر آرامسازی عضلانی و تجسم برنامه ریزی شده بر کاهش اختلالات اضطرابی و افسردگی ناشی از سرطان پستان به صورت کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی انجام دادند. شرکت کنندگان از بیماران غیر بستری در بیمارستانی در هونگ کونگ انتخاب شدند. زنان در هر دو گروه مداخله و کنترل از نظر پاتولوژی تومور و نوع رژیم درمانی مشابه انتخاب شدند که به یکسان بودن نمونه ها در دو گروه می افزاید. سپس افراد به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل وارد شدند. ابتدا ۹۲ نفر (۴۶ نفر در هر دوگروه) ثبت نام شده که در هنگام مداخلات تنها ۷۱ نفر انتخاب شدند (۳۸ نفر مداخله و ۳۳ نفر کنترل) متوسط سن شرکت کنندگان ۴۵ سال بود. تفاوت معناداری از لحاظ خصوصیات دموگرافیک زنان در دو گروه مداخله و کنترل وجود نداشت. معیارهای ورود به مداخلات عبارت بودند از: جنس زن، تشخیص سرطان پستان بدون سابقه اولیه، درمان با داروهای شیمی درمانی، سن بالای ۳۰ سال، عدم ممنوعیت درمان با رژیم های متداول شیمی درمانی، تسلط به مکالمه و نوشتن زبان چینی و تمایل به شرکت تا انتهای مطالعه. افرادی که متاستاز مغزی داشته، حساسیت به متوکلوپرامید و دگزامتازون تاریخچه‌ای

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

از انسداد روده و نیز مرحله آخر بیماری شدید بودند وارد مطالعه نشدند. این پژوهش از ابتدای سال ۱۹۹۷ شروع و تا ۱۸ ماه به طول انجامید. بیماران یک روز پیش از شروع شیمی درمانی ویزیت شده و از آنها ضمن موافقت کتبی و آگاهانه، خواسته شد تا پرسشنامه مربوط به ارزیابی وضعیت روانی مندرج در جدول شماره ۱ را تکمیل کنند و همین پرسشنامه در روزهای ۷ و ۱۴ بعد از شیمی درمانی نیز تکمیل شد. گروه مداخله علاوه بر دریافت آموزش‌های فردی درباره تکنیک‌های آرامسازی عضلانی، یک نوار ویدیویی ۳۰ دقیقه‌ای از جلسات کلاس‌های آموزشی جهت استفاده در منزل نیز دریافت کردند. همچنین نوار کاستی از صدای خود آنها در جلسات برای هر یک از آنان ضبط شده بود که در منزل با صدای خودشان به تمرین آموزش‌های تجسم برنامه‌ریزی شده بپردازند. سپس هر بیمار یک ساعت پیش از شروع شیمی درمانی توسط درمانگر خود جلسه آرامسازی عضلانی در بیمارستان داشته و این فرآیند طی ۵ روز آینده در منزل بیمار نیز تکرار می‌شد. نتایج نشان داد که اختلالات خلقی از جمله افسردگی و تنش عصبی در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. اما میزان اضطراب در دو گروه تفاوت آماری نشان نداد. با این وجود پژوهشگران خاطرنشان کردند که استفاده از روش‌های مکمل شناختی همچون آرامسازی عضلانی و تجسم برنامه ریزی شده، می تواند به طور مؤثری در کاهش اختلالات خلقی و تنش های عصبی مبتلایان به سرطان پستان در همراهی با درمان‌های استاندارد روتین مفید واقع شود.

۶- مطالعه "ویلیامز" و همکاران (۲۰۰۴) نیز به موضوع فوق به روش کارآزمایی شاهددار تصادفی در مبتلایان به سرطان پستان پرداخته است. نمونه از زنان غیربستری مراجعه کننده به یک کلینیک اقماری واقع در منطقه‌ای روستایی تحت نظارت مرکز درمان سرطان دانشگاهی در جنوب شرقی آمریکا و از جمعیت تحت درمان این مرکز انتخاب شدند. هیچیک از بیماران سابقه شیمی درمانی نداشته و بیماری آنها تازه تشخیص داده شده بود. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: سن بیش از ۱۸ سال، تسلط به مکالمه و درک مطالب انگلیسی و سکونت در منطقه مورد پژوهش. در نهایت ۷۰ نفر از افراد واجد شرایط انتخاب و با تمایل آگاهانه، در بررسی شرکت نمودند (۳۳ نفر گروه کنترل و ۳۸ نفر گروه مداخله). آموزش مهارت آرامسازی در دو نوار کاست ۲۰ دقیقه ای به بیماران داده شده و از آنها خواسته شد تا ضمن گوش دادن و تمرین آموزش‌ها، از طریق فرم یادداشت برداری روزانه، شدت عوارض بیماری، تکرار آنها و مراقبت‌های مقابله‌ای آموخته شده‌ای که در این مورد توسط آنها انجام می شود را یادداشت کنند. پیش از اجرای مداخلات، میزان اختلالات اضطرابی بیماران با استفاده از مقیاس درجه بندی اضطراب مندرج در جدول شماره ۱ از لحاظ وجود یا عدم وجود اختلالات اضطرابی ارزیابی و کسانی که نمره پرسشنامه آنان طبق اصول این ابزار ۸۰ بود، حالات شدید اضطراب و نمره ۲۰، کمترین حالت ممکن یا به عبارتی بدون اضطراب تشخیص داده می شدند. تمامی شرکت کنندگان توسط مصاحبه با تلفن توسط مصاحبه گران آموزش دیده در ۳ نوبت (پیش از اولین نوبت شیمی درمانی، نوبت ۲، ۱ ماه بعد از شروع درمان و نوبت ۳، ۳ ماه پس از شروع درمان) از نظر وضعیت حالات خلقی بوسیله زیر مجموعه ابزار موجود مورد بررسی و ارزیابی روانی قرار می‌گرفتند. نتایج در نهایت نشان دادند که علاوه بر کاهش عوارض جسمانی منتج از شیمی درمانی مورد بحث محققین، میزان اضطراب در دو گروه در یک ماه بعد از درمان‌های مداخله‌ای تفاوتی نداشته اما در نوبت سوم بعد از شروع درمان، این علایم در گروه مداخله به طور معناداری کاهش یافته بود. پژوهشگران استفاده از این روش ها را در مناطق دورافتاده‌ای که دسترسی به مراکز عالی تر درمان‌های مراقبتی و مکمل ندارند، به گروه مراقبین پرستاری و طب تکمیلی توصیه کردند.

۷- "یو" و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه مداخله‌ای شاهددار تصادفی خود تأثیر روش‌های آرامسازی عضلانی و تجسم برنامه ریزی شده را بر علایم افسردگی، اضطراب و عصبانیت و همچنین کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در سئول کره جنوبی بررسی کردند. بیماران از افراد پذیرش شده

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

یک بیمارستان در سئول بودند که با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. معیارها عبارت بودند از: غیر بستری بودن و نوع پاتولوژی سرطان یکسان و همگی یک نوبت شیمی درمانی گرفته بودند که در نهایت ۶۰ نفر (۳۰ نفر در هر دو گروه کنترل و مداخله) وارد بررسی شدند. بیماران به طور تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله به روش "انتخاب پاکت" تخصیص داده شدند. افرادی که در مرحله ۴ بیماری بوده یا احتمال بقای آنان کمتر از ۶ ماه تشخیص داده شده بود، متاستاز مغزی و سابقه انسداد روده داشته و به رژیم های متداول شیمی‌درمانی در سرطان پستان حساسیت داشتند، وارد بررسی نشدند. بیماران شرکت کننده از نظر متغیرهای دموگرافیک و بالینی همسان گردیدند. در جلسه اول گروه مداخله یک ساعت پیش از شیمی‌درمانی آموزش آرامسازی داده شد و یک نوار کاست آموزشی در این مورد نیز جهت استفاده در منزل گرفتند. در تمامی جلسات مداخله یک ساعت قبل از شیمی درمانی، آرامسازی عضلانی و تجسم برنامه‌ریزی شده توسط درمانگران به هر بیمار ارائه شده و این روند درتمام ۶ جلسه درمان ادامه داشت. پیش از هر جلسه مداخله، ارزیابی روانی و خلقی و حالات عمومی وضعیت بیماران به طریق ابزارهای مندرج در جدول انجام شده و این ارزیابی ها در ابتدای مطالعه، ۳ ماه بعد و ۶ ماه بعد از شروع درمان، مجدداً انجام شدند. نتایج حاصل از بررسی نشان داد هم میزان اضطراب و افسردگی وهم کیفیت زندگی در بیماران گروه مداخلات به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. لذا محققین استفاده از این روش‌ها را توأماً در بهبود علایم روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بدخیمی پستان مفید و کمک کننده ذکر کردند.

۸- مطالعه نهایی در این بررسی توسط "آنتونی" و همکاران (۲۰۰۶) به روش کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی مورد بررسی قرار گرفت. این پژوهش تأثیر روش‌های آرامسازی عضلانی و تجسم برنامه‌ریزی شده را بر کاهش علایم بیماری همچون نگرانی و اضطراب و هجوم افکار تنش زا در زنان مبتلا به سرطان پستان بدون متاستاز، در مراحل ۳ بیماری و کمتر، ارزیابی کرده است. زنان واجد شرایط که توسط انجمن سرطان آمریکا توسط دعوتنامه پستی به مطالعه دعوت شدند، در صورت داشتن شرایط زیر از بررسی حذف می شدند: ابتلا به یکی از حالات روانی مانند سایکوز، افسردگی شدید، حملات پانیک، سابقه اقدام یا افکار خودکشی. لذا ۷۰٪ از این افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه شناخته شده که ۵۷٪ از آنان (۱۹۹ نفر) در بررسی شرکت نمودند. طی ۴ تا ۸ هفته بعد از جراحی اولیه وارد بررسی شده و همگی در گروه‌های مداخله و کنترل به طور تصادفی تخصیص یافتند. روش مداخلات به صورت آموزش گروهی طی ۱۰ تا ۱۲ ساعت درهفته در محل کلینیک درمان سرطان و در کلاس‌های آموزشی تمرینات آرامسازی اختصاص یافته به این کار، توسط متخصصین آموزش دیده روانشناسی انجام می شد. همچنین بحث گروهی آزاد در جلسات، در انتهای مداخله به مدت یک تا دو ساعت بین بیماران انجام می شد. افراد در گروه مداخله پس از اتمام جلسات، نوار کاست آموزشی ضبط شده در جلسات را با خود جهت استفاده به منزل می بردند که در آنها چگونگی مقابله با استرس و مهارت در کنترل اضطراب و ممانعت از هجوم افکار تنش زا آموزش داده شده بود. ارزیابی اختلالات و حالات روانی در شرکت کنندگان در ابتدای مطالعه و سپس در ماه ۶ و ماه ۱۲ از ابتدای بررسی و درمان، با استفاده از ابزار سنجش مندرج در جدول شماره ۱ انجام می‌شد. نتایج نشان داد که با در نظر گرفتن موارد ریزش یافته و علل عدم مشارکت در مداخله، تأثیر این روش‌ها بر تخفیف علایم مورد نظر و بهبود حالات خلقی بیماران مؤثر بوده است.

بحث

درد و تنش عصبی ناشی از سرطان یا درمان آن، دو یافته شایع و آزاردهنده در مبتلایان به سرطان پستان می‌باشد. یافته ها در این مطالعه مؤید این مطلب است که روش‌های آرامسازی و تجسم در کاهش این دو عارضه کمابیش مؤثر واقع می شوند. اگرچه در دو متاآنالیز [۱۸و ۱۹] نتایج حاصل از بررسی مطالعات متعدد نشان داد که دیسترس موجود در بیماران مبتلا به سرطان بیشتر ناشی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

از تهوع، استفراغ و درد ناشی از بیماری است و مداخلاتی که سبب کاهش این عوارض شوند، منجر به تقلیل دیسترس نیز می شوند. لذا در این بررسی سعی شد تا به طور اختصاصی به تأثیر دو روش آرامسازی عضلانی و تجسم هدایت شده برکاهش درد و دیسترس ناشی از سرطان پستان پرداخته شود. از یک سو به علت از میان برداشتن ناهمگونی (هتروژنیتی) در بیماران مورد مطالعه، و از سوی دیگر اهمیت و شیوع بالای سرطان پستان در زنان در سال‌های اخیر که به نوعی به نگرانی مهم تبدیل شده است.

در پاسخ به هدف اول مطالعه حاضر باید اظهار کرد، در ۷ پژوهش انجام شده از ۸ مورد بررسی انجام شده، بیماران مبتلا به سرطان پستان که تحت درمان مکمل با روش‌های آرامسازی عضلانی و تجسم هدایت شده به تنهایی یا بطور توأم قرار گرفتند، بطور معناداری میزان درد یا دیسترس ناشی از بیماری در آنها نسبت به قبل از درمان مداخله‌ای، کاهش یافته بود. تنها در یک مطالعه، [۲۰] میانگین متغیرهای درد و دیسترس در ابتدای شروع مطالعه و نوبت دوم مداخله در بین گروه های مداخله و کنترل تفاوت معنادار وجود داشت، اما در نوبت سوم مداخله و طی مدت طولانی تر پیگیری موارد در دو گروه مطالعه، تفاوت های بین آنها معنادار نبود. در مطالعه‌ای دیگر [۲۴]، تفاوت معنادار در مقادیر درد و دیسترس ناشی از سرطان، قبل و بعد از مداخلات دیده نشد. این عدم تفاوت را شاید بتوان به استفاده از پرسشنامه EORTC QLQ- C30 نسبت داد، چرا که این پرسشنامه، جهت ارزیابی اثرات ناشی از سرطان و عوارض درمان بر کیفیت زندگی مبتلایان به انواع سرطان، طراحی شده و بکار می رود و محتوای آن تنها ۴- ۲ آیتم برای سنجش دیسترس و ۲ آیتم جهت سنجش درد ناشی از سرطان دارد و هر آیتم هم به ۴ حالت برای پاسخ دهی محدود می‌شود. لذا باید گفت شاید اگر محققین از ابزار اختصاصی‌تر و همراه با پاسخ های گسترده تری برای ارزیابی میزان درد و دیسترس افراد استفاده می کردند، نتایج و تأثیر حاصل از مداخلات به عنوان مداخله‌ای مؤثر و یا به گونه‌ای دیگر نمود پیدا می کرد. از سوی دیگر تمامی ۶ مداخله به استثناء مطالعه مذکور [۲۴]، در تخصیص تصادفی نمونه ها سخت گیری بیشتری کرده بودند و نمونه گیری تصادفی در این مطالعه به صورت طبقه بندی شده در دو گروه کنترل و مداخله، انجام شده بود که البته این روش، ارزش مطالعه را کاهش نمی دهد.

در چند مطالعه [۲۱، ۲۴ و ۲۷]، ارزیابی اثر مداخله با محاسبه مقادیر متغیرها (درد و دیسترس) به کلیه افرادی که در ابتدای مطالعه قصد شرکت در آن را داشتند انجام شد، (intention to treat) که این مزیت با در نظر گرفتن داده‌های ریزش یافته، نتیجه مداخلات را واقع‌بینانه‌تر نشان می دهد و گاهی تورش نتایج مطالعات دیگران را بازگو می کند.

از سوی دیگر در یکی از همین مطالعات [۲۷]، با استفاده از مدل پیشگویی latent growth–curve تأثیر مداخلات با احتساب داده های ریزش یافته، ارزیابی شده‌اند. در این مدل مانند آنالیز واریانس، تفاوت های درون گروهی و بین گروهی محاسبه می شوند ضمن اینکه در این مدل با درنظر گرفتن داده های حذف شده، می‌توان روند تأثیرگذاری مداخله را در گروه های مداخله، محاسبه و رسم کرد؛ در حالیکه در روش آنالیز واریانس ملزم به استفاده از داده های در دسترس بوده و در صورتی که داده های ریزش یافته در دسترس نباشند، می باید از مطالعه خارج شده که این خود باعث کاهش حجم نمونه و تقلیل توان آزمون و مستعد شدن به سوگیری می شود. این مشکلی است که در اغلب کارآزمایی های بالینی بوجود می آید که محققین با مقادیر کم تا متوسط ریزش داده ها مواجه می شوند.

در پاسخ به هدف دوم این بررسی، می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به نوع مطالعات حاضر که همگی در طراحی اولیه از وجوه مشترک یکسانی (به لحاظ متودولوژیک) برخوردارند، روش مداخله گروهی دارای تأثیرات بیشتری در مقایسه با روش مطالعه فردی در جهت کاهش میزان دیسترس می باشد در حالیکه در مورد درد، تفاوت معنادار بین گروه ها وجود نداشت؛ هر چند با توجه به محدود بودن تعداد مطالعات کار شده بر متغیر درد نمی توان به طور قاطع این مطلب را بیان کرد اما با وجود آنکه در ۲ بررسی، غیر از مطالعات حاضر نیز [۲۸ و ۲۹] تأثیر مداخلات گروهی بهتر از مداخلات فردی گزارش شده است، اما همیشه اینطور نیست؛ چرا که اولاً در مداخلات گروهی امکان بحث و تبادل افکار، بهبود حالات خلقی یا تغییر نگرش های آنها در بین اعضای شرکت کننده در بین گروه های مختلف وجود دارد ثانیاً،

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

تفاوت‌های این مقایسه به اندازه نمونه کوچکتر در مداخلات فردی در مقابل مداخلات گروهی نیز بستگی دارد و مهمتر اینکه این مطالعات هیچ یک تأثیر مداخلات را همزمان به روش مداخله فردی و گروهی با هم اجرا و مقایسه نکرده اند. بنابراین، برای اثبات این استدلال، مطالعات گروهی و فردی همزمان و مطالعات فردی با اندازه نمونه بیشتر نسبت به تحقیقات قبلی، لازم است.

هر چند این مطالعات، نقش درمان مکمل با دو روش آرامسازی عضلانی و تجسم هدایت شده را به عنوان روش‌های مؤثر تسکین درد و کاهش دیسترس در زنان مبتلا به سرطان پستان معرفی کرده اند، اما هیچ یک، زنان بیمار را در مراحل مختلف بیماری به طور جداگانه بررسی نکرده است و تنها در سه مطالعه [۲۱، ۲۴ و ۲۵]، بیماران متاستاتیک و غیرمتاستاتیک سرطان پستان در دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شده بودند؛ حال آنکه به نظر می‌رسد درد و دیسترس در مراحل اولیه تشخیص بدخیمی پستان و مراحل انتهایی یا متاستاتیک بیماری با یکدیگر در نوع و شدت آن تفاوت دارد که انجام کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی بیشتری در بررسی این تفاوت لازم بنظر می رسد.

در یک مطالعه [۲۰] شرکت کنندگان در روش بحث گروهی توأم با آرامسازی، تمایل بیشتری به شرکت در کلاس های آموزشی بعدی و در نتیجه کاهش درد و دیسترس ناشی از بیماری نشان دادند اما در هیچیک از مطالعات حاضر، بین تعداد ویزیت های درمانگران و بیماران با کاهش میزان درد یا دیسترس تفاوت معناداری دیده نشد.

همچنین در دو مطالعه [۲۰و ۲۵] پیگیری وضعیت عمومی و حالات خلقی افراد از طریق تماس تلفنی صورت می گرفت، که به نظر می رسد برقراری ارتباط با بیماران به این روش، مستقل از روش درمان، سبب بهبود خلق افراد و صرف انرژی کمتری در بیماران بجای مراجعه آنها به کلینیک جهت پیگیری بیماری می شود.

به هر حال، هیچ بررسی سیستماتیکی فاقد محدودیت نیست و این مطالعه نیز از این قضیه مستثنی نمی باشد. چرا که اولاً در برخی مطالعات گرچه مداخلات روش مؤثری بر کاهش درد یا دیسترس نام برده شده اند، اما تفاوت ها در حد نزدیک به مرز معناداری تعریف شده می‌باشند. از طرفی احتمال بررسی‌های مقایسه‌ای بیشتری در مورد روش‌های مداخله‌ای در مطالعات حاضر وجود دارد که ممکن است در اینجا به آن توجه نشده باشد.

نتیجه گیری

بررسی سیستماتیک حاضر علی‌رغم تأیید تأثیر روش‌های آرامسازی عضلانی و تجسم برنامه‌ریزی شده بر تخفیف علایم ناشی از بیماری همچون اضطراب، افسردگی، تنش های عصبی و درد در ۷ مورد از ۸ مقاله حاضر نتوانسته تأثیر مثبت این روش‌ها را در همه انواع سرطان‌ها و در تمام بررسی های انجام شده در کشورهای مختلف جهان بررسی و تأیید کند. اما از آنجا که این بررسی، تنها به مطالعه تحقیقات انجام شده و منتشر به زبان انگلیسی و در چند پایگاه معتبر الکترونیکی مبادرت کرده است، به نظر می رسد با توجه به روش مناسب کارآزمایی های انجام شده، مداخلات مذکور در بهبود عوارض روانی و درد ناشی از سرطان پستان می تواند تا حد زیادی مفید واقع شوند واز آنجا که اجرای این روش‌های مکمل، ارزان و آسان برای یادگیری و اجرا بوده و ضرری برای بیماران ندارد، می تواند جهت درمان‌های تکمیلی و پرستاری در مراکز تخصصی درمان سرطان مورد نظر قرار گیرد.

منابع

1. Wood W, Muss H, Solin L, Olopade O. Cancer: principles & practice of oncology. Vol 2, 7th edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2007.

2. American Cancer Society Cancer fact and figures. Atlanta 2005; 1-60.

3. Butler L, Koopman C, Cordova M.J, Garlan R.W. Psychological distress and pain significantly increase before death in metastatic breast cancer patients.Psychosom, 2003; 65: 416-26.

4. Kornblith A.B, Ligibel j. Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. Semin, Oncol 2003; 30: 700-813.

5. National Comprehensive Cancer Network Distress Management Panel. (2005) Clinical

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

Practice Guidelines in Oncology: Distress Management, Vol.1, Available at http://nccn.org.

6. Montgomery G.H, Bovbjerg D.H. Pre-surgery distress and specific response expectancies predict post– surgery outcomes insurgery patients confronting breast cancer. Health Psychol 2004; 23: 381-7.

7. Bernstein D.A, Borkovec T.D, Hazlett Stevens H. New direction in progressive relaxation training: A guide book for helping professionals. New York, Prager Publishing 2000.

8. Munday E.A, DuHamel K.N, Montgomery G.H. The efficacy of behavioral interventions for cancer treatment related side effects. Semin, Clin, Neuropsychiatry 2003; 8:253-75.

9. Campas B.E, Haaga D.A.F, Keefe F.J, Leitenberg H, Williams D.A. Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer and bulimia nervosa. J.Consult, Clin, Psychol 1998; 66: 89-112.

10. Arathuzik D. Effects of cognitive– behavioral strategies on pain in cancer patients. Cancer Nurs 1994; 17: 207-14.

11. Lyne M.E, Coyne P.J, Watson A. Pain management issues for cancer survivors. Cancer Pract 2002; 10: S27-S32.

12. Fawzy FL, Fawzy NW, Wheeler JG. Apost hoc comparison of the efficacy of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: an analysis of two studies. Psycho-oncology 1996; 5: 81-9.

13. Samrel N, Fawcett J, Tulman L. Effect of support group with coaching on adaptation to early stage breast cancer. Res, Nurs Health 1997; 20: 15-26.

14. Edelman S, Bell D.R, Kidman A.S. Agroup cognitive- behavioral therapy programme with metastatic breast cancer patients. Psychooncology 1999; 8: 295-305.

15. Gaston-JJohansson F, Fall-Dickson J.M, Nanda Y, Ohly K. The effectiveness of the comprehensive coping strategy programon clinical outcomes in breast cancer autologous bone marrow transplantation. Cancer Nurs 2000; 23: 277-85.

16. Devine E.C. Meta-analysis of the effect of psychoeducational interventions on pain in adults with cancer. Oncol, Nurs, Forum 2003; 30:75-89.

17. Tatrow K, Montgomery G.H. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. J. Behav 2006; 29(1): 17-27.

18. Graves K.D. Social cognitive theory and cancer pateints' quality of life: a meta- analysis of psychosocial intervention components. Health Psychol 2003; 22: 210-9.

19. Luebbert K, Dahme B, Hasenbring M. The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analysis review. Psychooncology 2001; 10: 490-502.

20. Helgeson V.S, Cohen SH, Schulz R, Yasko J. Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. Arch, Gen, Psychiatry 1999; 56(4): 340-7.

21. Walker LG, Walker MB, Ogston K, Heys SD, Ah-see AK, Miller ID, et al. Psychosocial, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. BJC 1999; 80(1-2): 262-8.

22. Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma: a randomized trial. Cancer 2000; 89: 1026-36.

23. Molassiotis A, Yung H.P, Yam B.M.C, Chan F.Y.S, Mok T.S.K. The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy–induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: a randomized controlled trial. Support Care Cancer 2002; 10(3): 237-46.

24. Bordeleau L, Szalai J.P, Ennis M, Leszcz M, Speca M, Sela R, et al. Quality of life in randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer: overall effects of the intervention and an exploration of missing data. JCO 2003; 21(10): 1944-1951.

25. Williams S.A, Schreier A.M. The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. Oncol, Nurs, Forum 2004; 3(1): E16-22.

26. Yoo H.J, Ahn S.H, Kim S.B, Kim W.K, Han O.S. Efficacy of progressive muscle relaxation

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]

training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. Support, Care cancer 2005; 13(10): 826-33.

27. Antoni M.H, Wimberly S.R, Lechner S.C, Kazi A, Sifre T, Urcuyo K.R, et al. Reduction of cancer– specific thout intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. Am.J, Psychiatry 2006; 163: 1791-7.

28. Fawzy F.L, Fawzy N.W. Group therapy in the cancer setting. J. Psychosom Res 1998; 45: 191-200.

29. Hosaka T.A. A pilot study of a structured psychiatric intervention for Japanese women with breast cancer. Psycho-oncology 1996; 5: 59-64.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1387.1.4.4.6]