

اثربخشی مدیتیشن های هندسی فرشاد بر راهبردهای مقابله در بیماران

سرطانی

فاطمه حسینی پناه^۱ و مسعود محمدی^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه. با توجه به لزوم ابداع و آزمون روشهای درمانی غیر دارویی برای بیماران مبتلا به سرطان، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مدیتیشن های هندسی فرشاد بر راهبردهای مقابله در بیماران سرطانی انجام گرفت. روش تحقیق. روش این پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. بدین منظور تعداد ۳۰ نفر خانم ۴۰ تا ۶۰ ساله مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به بنیاد حمایت از بیماران مبتلا به سرطان (امید) شیراز، به شیوه تصادفی، انتخاب و همتاسازی شده و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس از آنها خواسته شد به پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس (CISS) پاسخ دهند. بیماران گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت آموزش مدیتیشن های هندسی فرشاد قرار گرفتند. در پایان دوره آموزش، مجدد از بیماران خواسته شد به پرسشنامه پاسخ دهند. یافته ها. نتایج پژوهش نشان داد، مدیتیشن های هندسی فرشاد بر راهبردهای مقابله ای مسأله مدار، هیجان مدار در گروه آزمایش تأثیر گذاشته و موجب تغییر معنادار آنها در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین در زمینه استفاده از راهبردهای مقابله ای اجتنابی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. نتیجه گیری. نتایج، از تاثیر روش مدیتیشن هندسی فرشاد بر راهبردهای مقابله و بر بیماران حمایت می کند، بنابراین پیشنهاد می شود این روش به عنوان یک روش مکمل درمان های پزشکی، مورد استفاده قرار گیرد

واژه های کلیدی: سرطان، مدیتیشن های هندسی فرشاد، راهبردهای مقابله

مقدمه

محور هر گزارش بیماری، شخصی است که عملکرد فیزیولوژیک او تغییر یافته و از حالت تعادل خارج شده و ممکن است محدودیت های روانشناختی به او تحمیل و روابط اجتماعی اش بطور جدی تهدید شده باشد. سرطان یک بیماری نیست بلکه مجموعه ای متجاوز از یکصد بیماری گوناگون می باشد که تنها نقطه مشترکشان رشد بی رویه و خارج از نظم یاخته های بدن است (۱). در ایران از لحاظ بار بیماری ها^۱ مقام سوم و از لحاظ علت مرگ با نسبت ۴ درصد در هزار نفر، مقام پنجم را دارد (۲). شیوع سرطان هر ساله یک درصد افزایش می یابد و در مقابل نیز آمار درمان موفقیت آمیز این بیماری هر سال ۱/۴ درصد افزایش یافته است. با توجه به افزایش جمعیت بقاء یافته، نیازهای روانی، اجتماعی، آموزشی دارای اهمیت بوده و باید مورد توجه قرار گیرد (۳).

سرطان پستان شایع ترین سرطان در سراسر جهان است که شرایط روانی زنان مبتلا را تحت تأثیر قرار می دهد. بیماران مبتلا به انواع سرطان دارای درجات بالایی از اختلالات روانی هستند که دامنه این اختلالات از افسردگی^۲، اضطراب، عدم سازگاری با بیماری و کاهش اعتماد به نفس تا اختلالات احساسی و ترس از عود بیماری و مرگ متفاوت است (۴).

دردی که تخفیف نیابد پیامدهای جسمانی و روان شناختی منفی دارد. عدم کاهش مناسب درد، از کیفیت زندگی رضایت بخش ممانعت به عمل می آورد (۵). پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله، هم ادراک افراد از شدت درد و هم توانایی آنها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت های روزمره را تحت تأثیر قرار می دهد (۶). راهبردهای مقابله، مشتمل بر کوششهایی از نوع اقدام عملی و درون روانی^۳ برای مهار (یعنی کنترل، تحمل، کاهش یا به حداقل رساندن) مقتضیات درونی و محیطی و تعارض های میان آنهاست (۷). مطالعه روش های مقابله^۴ از این رو اهمیت دارد که سازگاری پیامد مقابله می باشد. وجود تنش برای سلامتی زیانبار است اما مقابله مناسب باعث کاهش اثرات زیانبار تنش می گردد. افرادی که با تنش به خوبی مقابله می کنند در مقایسه با افرادی که مقابله مؤثر ندارند کمتر بیمار می شوند (۸). مبتلایان به سرطان تحت درمان با طب متداول غالباً جهت کاهش عوارض جانبی بیماری یا به منظور ایجاد وقفه و پیشگیری در رشد متاستازها و گاه به امید دریافت شفای کامل به درمانگران طب مکمل مراجعه می نمایند (۹). درمان های طب مکمل شامل مجموعه اعمال و عقایدی است که توسط بیماران برای پیشگیری و درمان بیماری ها و یا بالا بردن سطح سلامتی و بهتر شدن وضعیت کلی در کنار درمان های مرسوم به کار می روند. برخی از شاخه های طب مکمل که بین مبتلایان به سرطان استفاده بیشتری دارند عبارتند از: طب سنتی، طب سوزنی، استفاده از ویتامین ها، یوگا، مدیتیشن (مراقبه)، مشاوره حضوری یا تلفنی، گروه های حمایتی و ... (۱۰). مراقبه، عبارت است از رسیدن به حالت تغییر یافته هوشیاری با انجام آئینها و تمرین های ویژه ای مثل کنترل و تنظیم تنفس، محدود کردن دقیق دامنه توجه، حذف محرک های خارجی، اتخاذ وضعیت های بدنی یوگایی و تشکیل انگاره های ذهنی از یک واقعه یا نماد. نتیجه این کار، رسیدن به حالت ذهنی نسبتاً تغییر یافته خوشایند است که در آن فرد به آرامش روانی و جسمی دست می یابد (۱۱).

مدیتیشن های هندسی فرشاد^۵ شیوه ای بسیار نوین، مؤثر و عاری از تعلقات فکری سایر روش های مدیتیشن است. این شیوه توسط دکتر فرشاد نظرآقایی ابداع گردیده که در دو بخش مجزا با اشکال اختصاصی تر با عناوین مدیتیشن های هندسی بدن مدار - نفس مدار^۶ و مدیتیشن های هندسی مبتنی بر درون نگری^۷ ارائه می شود. مدیتیشن در این روش فرایند دنبال کردن اثرات محسوس و یا ظریف ناشی از تنفس در قالب نوع، جهت یا مسیر حرکات عضلات تنفسی، ورود و خروج جریان هوا و یا

1 disease burden

2 depression

3 intrapsychic

4 coping method

5 Farshad's Geometric Meditation

6 Geometric Somatic-Breathing Based Meditation

7 Geometric Introspective Based Meditation

ارتعاشات ناشی از هر دو در مراحل دم و بازدم و سامان دادن آن به اشکال هندسی منطبق بر نواحی مختلف بدن در انواع خطی^۱، سطحی^۲ و حجمی^۳ با هدف دستکاری، ماساژ و تعدیل توجه برای رسیدن به تمرکز، ذهن آرامی و تجربه حالات تغییر یافته هوشیاری می باشد (۱۲). اکنون که درباره سرطان واثرات زیانبار آن بر فرد و جامعه و ضرورت و اثربخشی مداخلات روانشناختی به بحث پرداختیم، تحقیق حاضر با هدف بررسی اثر بخشی مدیتیشن های هندسی فرشاد بر افسردگی، راهبردهای مقابله، کاهش شدت درد در بیماران سرطانی انجام گرفت.

روش تحقیق

روش پژوهش، تجربی از نوع آزمایشی بوده و جامعه آماری آن، شامل کلیه زنان ۴۰ تا ۶۰ ساله مبتلا به سرطان سینه در شهر شیراز بودند که در فاصله زمانی آذر تا اسفند ماه سال ۹۴ به بنیاد حمایت از بیماران سرطانی (امید) مراجعه کردند. با هماهنگی مسئولین بنیاد امید و با در نظر گرفتن نمره سطح عملکرد بیماران و ملاک ورود، در مدت ۴ ماه، تعدادی از بیماران پذیرفتند که در طرح پژوهش همکاری نمایند و نهایتاً ۴۰ نفر داوطلب شرکت شدند. بعد از آن پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس (CISS)، در اختیار گروه قرار گرفت و از آنها خواسته شد با صبر و حوصله پرسشنامه ها را پاسخ دهند که داده های آن به عنوان پیش آزمون مورد استفاده قرار گرفت. سپس آزمودنی ها با استفاده از نمونه گیری تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره جای گذاری شدند در آخر تحلیل نتایج بر روی دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل صورت پذیرفت. گروه کنترل که داده های آن برای مقایسه مورد استفاده قرار گرفت، بدون آموزش ماندند و گروه آزمایش تحت آموزش تکنیک های مدیتیشن هندسی فرشاد قرار گرفت. بدین صورت که جلسات آموزشی در ۶ هفته متوالی و هر هفته دو جلسه یک ساعته برگزار می شد و تکنیک های آموزشی هر جلسه نیز به صورت صوتی روی CD که از قبل آماده شده بود به بیماران ارائه می شد و از آنها درخواست می گردید هر روز حداقل به مدت ۳۰ دقیقه با کمک فایل صوتی تکنیک ها را انجام دهند و هر روز با تماس تلفنی تلاش به ترغیب بیماران بود. هر جلسه شامل انجام و آموزش یکی از مدیتیشن هندسی و صحبت در مورد احساسات ناشی از آن و تحویل فایل صوتی همان تکنیک به بیماران می شد. بعد از اتمام دوره نیز از بیماران خواسته شد مجدداً به پرسشنامه ها پاسخ گویند و داده ها به عنوان پس آزمون معرفی شد و نهایتاً در تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت. پژوهش در ماه های فروردین، اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۹۵ در سالن اجتماعات بنیاد برگزار شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: گذراندن حداقل یک دوره شیمی درمانی، برخوردار بودن تمام بیماران از روش درمان یکسان، دارا بودن حداقل مدرک سیکل، گذشت حداقل دو ماه از ابتلا به بیماری، عدم مداخله روان درمانی در زمان پژوهش، و همچنین بیماران بر اساس معیارهای خروج از فرایند پژوهش خارج شدند که این معیارها عبارت است از: ابتلا به بیماری جسمی شدید دیگر، استفاده از داروهای روان پزشکی در دوره مطالعه، قرار گرفتن در معرض رویدادهای استرس زا مانند: طلاق، فوت بستگان و مشکلات حاد، شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک همراه تیم، ابتلای بیمار به اختلالات روان پزشکی حاد، وجود اختلال روان پزشکی بارز در بیمار، تمایل بیمار برای خروج از طرح پژوهش، هر گونه متاستاز مسجل شده

پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس^۴: این پرسشنامه اولین بار توسط (۱۳) ساخته شده است و در ایران توسط اکبر زاده، ترجمه و هنجاریابی و برای سبک های مقابله با استرس نوجوانان در تهران در سال ۱۳۷۷ به کار گرفته شده است (۱۴). این آزمون شامل ۴۸ سوال می شود که پاسخ به هر عبارت به روش لیکرت از هرگز تا خیلی زیاد مشخص شده و از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شود. آزمون مقابله با استرس چند زمینه اصلی رفتارهای مقابله ای را در بر می گیرد که عبارتند از مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی. در سال ۱۹۹۴ اندلر و پارکر عامل اجتنابی را به دو خرده مقیاس متمایز حواس پرتی و مشغولیت اجتماعی تقسیم نمودند که بر این اساس و با توجه به پژوهش شکری (۱۳۸۷) در این پرسشنامه چهار عامل مسئله مدار،

1 liner

2 planer

3 solid

4 coping inventory for stressful situations

هیجان مدار، حواس پرتی و مشغولیت اجتماعی مورد ارزیابی قرار می گیرند. سبک مقابله ای غالب فرد، با توجه به نمره ای که در این آزمون کسب می کند مشخص می شود، یعنی در هر کدام که نمره بالاتری دریافت نماید، سبک غالب دفاعی وی را تشکیل می دهد. همچنین روایی سازه این مقیاس نیز در پژوهش اندلر و پارکر مورد تأیید قرار گرفته است. اندلر و پارکر (۱۹۹۴) ضریب آلفای کرونباخ را برای سبک مقابله مسئله مدار ۰/۹۲، سبک هیجان مدار ۰/۸۲ و سبک اجتنابی را ۰/۸۵ برای نوجوانان پسر گزارش کردند که حاکی از اعتبار مقیاس است. همچنین در پژوهش شگری ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس مقابله مسئله مدار ۰/۷۵، مقابله هیجان مدار ۰/۸۲ و مقابله اجتنابی ۰/۷۳ گزارش کردند.

یافته های پژوهش

در جدول ۱ نتایج توصیفی مربوط به متغیر پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

وضعیت	متغیر	گروه	M	SD	N
پیش آزمون	سبک مساله مدار	آزمایش	۱۷/۱۳	۲/۸۲	۱۵
		کنترل	۱۷/۵۳	۲/۶۶	۱۵
	سبک هیجان مدار	آزمایش	۲۳/۵۳	۳/۲۲	۱۵
		کنترل	۱۷/۴۶	۲/۷۲	۱۵
	سبک اجتنابی	آزمایش	۲۲	۲/۸۲	۱۵
		کنترل	۲۳/۱۳	۲/۶۶	۱۵
پس آزمون	سبک مساله مدار	آزمایش	۱۵/۴	۲/۷۴	۱۵
		کنترل	۲۳/۱۳	۳/۹۴	۱۵
	سبک هیجان مدار	آزمایش	۲۲/۱۳	۴/۹۶	۱۵
		کنترل	۲۳/۸۶	۳/۱۵	۱۵
	سبک اجتنابی	آزمایش	۲۱/۰۶	۴/۴۳	۱۵
		کنترل	۲۲/۹۲	۳/۲۱	۱۵

نتایج تحلیل واریانس برای بررسی اختلاف میانگین ها در پیش آزمون نشان داد که در هیچکدام از زیر مقیاس ها تفاوت معناداری میان دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد. نتایج به دست آمده نشان می دهد که نمرات راهبردهای مقابله بیماران گروه آزمایش در پس آزمون تفاوت معناداری داشته است. برای آزمون فرضیه ها تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از انجام تحلیل، آزمون پیش فرض های تحلیل واریانس انجام شد و نتایج نشان دهنده همگونی واریانس ها بود.

جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تأثیرمدیتیشن های هندسی فرشاد بر سبک مقابله ای در بیماران

متغیر واریانس	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P	η^2
پیش آزمون	راهبرد مسئله مدار	۱۲/۴۱	۱	۱۲/۴۱	۳/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	راهبرد هیجان مدار	۱۰/۱۸	۱	۱۰/۱۸	۲/۵۸	۰/۰۵	۰/۲۴
	راهبرد اجتنابی	۰/۳۲	۱	۰/۳۲	۰/۱۷	۰/۶۸	۰/۰۰۷
متغیر گروه بندی	راهبرد مسئله مدار	۳۰۵/۹۵	۱	۳۰۵/۹۵	۴۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	راهبرد هیجان مدار	۳۶۶/۰۸	۱	۳۶۶/۰۸	۵۶/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	راهبرد اجتنابی	۰/۴۵	۱	۰/۴۵	۰/۲۳	۰/۶۳	۰/۰۰۹
خطا	راهبرد مسئله مدار	۱۵۷/۹۱	۲۵	۶/۳۱			
	راهبرد هیجان مدار	۱۶۰/۷۷	۲۵	۶/۴۳			
	راهبرد اجتنابی	۴۷/۴۳	۲۵	۱/۸۹			
کل	راهبرد مسئله مدار	۱۳۱۲۳	۳۰				
	راهبرد هیجان مدار	۱۱۹۰۸	۳۰				
	راهبرد اجتنابی	۱۴۹۶۶	۳۰				

مطابق با نتایج موجود در جدول، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر راهبردهای مقابله تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بررسی جدول میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمرات راهبرد مقابله مسئله مدار در گروه آزمایش (۲۳/۵۳) نسبت به گروه کنترل (۱۷/۴۶) افزایش یافته است. همچنین میانگین نمرات راهبرد هیجان مدار در گروه آزمایش (۱۵/۴) نسبت به گروه کنترل (۲۳/۱۳) کاهش یافته است. اما بین میانگین نمرات راهبرد اجتنابی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوتی مشاهده نشده است. از سوی دیگر بررسی مجذور اتای تفکیکی (اندازه‌ی اثر) حاکی از آن است که مدیتیشن‌های هندسی فرشاد، ۰/۶۶ از واریانس راهبرد مسئله مدار و ۰/۶۹ از واریانس راهبرد هیجان مدار را تبیین می‌کند. در مجموع یافته‌های فوق حاکی از اثربخشی مدیتیشن‌های هندسی فرشاد بر راهبردهای مقابله بیماران سرطانی بود.

نتیجه‌گیری

سوال دوم: آیا مدیتیشن‌های هندسی فرشاد بر راهبردهای مقابله در بیماران سرطانی اثر دارد؟ بررسی جدول میانگین‌ها نشان داد که میانگین نمرات راهبرد مقابله مسئله مدار در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. همچنین میانگین نمرات راهبرد هیجان مدار در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. اما بین میانگین نمرات راهبرد اجتنابی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوتی مشاهده نشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت روش‌های مقابله با تغییرات زندگی و تنش‌های حاصله از این تغییرات در افراد مختلف و بر حسب موقعیت‌های گوناگون متفاوت است. همچنان که یک موقعیت خاص ممکن است تغییر یابد، راهبردهای استفاده شده توسط یک فرد هم ممکن است، تغییر و رشد یابد (۱۵).

در پژوهشی که با عنوان اثربخشی مدیتیشن ترمیمی جمع‌کننده (IREST) بر سطوح استرس ادراک شده در بیماران مولتیپل اسکروززیس و بیماران سرپایی سرطان انجام شد و در آن ۱۰ بیمار مبتلا به سرطان و ۱۲ بیمار مبتلا به ام‌اس شرکت داشتند و به مدت ۶ هفته تحت آموزش مراقبه نیدرا یوگا قرار گرفتند و سطح استرس ادراک شده آنان، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفت. نتایج بررسی‌ها نشان داد سطوح استرس ادراک شده در طول اجرای برنامه کاهش معناداری پیدا کرد.

(۱۶) در پژوهشی که با عنوان اثرات مراقبه ذهن آگاهی بر کارکرد ایمنی، کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای در زنانی که به تازگی تشخیص یک مرحله زودرس از سرطان پستان را دریافت نموده‌اند، انجام گرفت. زنانی که شیمی‌درمانی دریافت نکرده بودند داوطلبانه به مدت ۸ هفته در برنامه کاهش استرس برپایه مراقبه ذهن آگاهی شرکت کردند. پس از آن، سنجش‌های صورت گرفته در دو گروه نشان داد که در گروه مداخله ساخته شدن «سلول‌های کشنده طبیعی»^۲ و «سایتوکاین‌ها»^۳ تقویت شده و افزون بر آن کاهش میزان «کورتیزول»^۴ دیده شد و در مقایسه با گروه کنترل، «کیفیت زندگی»^۵ افراد و نیز فرایندهای مقابله‌ای آنها بهبود یافت.

(۱۷) در پژوهشی با عنوان تأثیر آموزش و مراقبه با روش آرمیدگی بر بهبود خودکنترلی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه بر بیش‌فعالی. نتایج پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری نشان داد که خودکنترلی دانش‌آموزان افزایش معنی‌دار داشته است. یعنی انجام مراقبه با روش پاسخ آرمیدگی موجب بهبود خودکنترلی دانش‌آموزان با اختلال نارسایی توجه بر بیش‌فعالی می‌شود.

از نظر (۷)، مقابله دو کارکرد مهم دارد که عبارت است از تنظیم هیجان‌های ناگوار و درمانده‌کننده و در پیش‌گرفتن کنشی برای تغییر و بهبود مسئله‌هایی که باعث ناراحتی شده است. بنابراین در سبک مسئله مدار راهبردهایی توصیف می‌شود که بر اساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاهش یا از بین بردن استرس انجام دهد در نظر می‌گیرد و رفتارهای مسئله محور، جستجوی اطلاعات در مورد مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام‌هایی برای مواجهه با مسئله را

1 Integrative restoration meditation

2 natural killer cells

3 cytokines

4 cortisol

5 quality of life(QOL)

شامل می شود. در سبک هیجان محور راهبردهایی توصیف می شود که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز می شود و تمام تلاش او متوجه کاهش احساس های ناخوشایند خویش است. واکنش های مقابله ای هیجان محور شامل گریه کردن، عصبانی شدن، پرداختن به رفتارهای عیب جویانه، اشتغال ذهنی و خیال پردازی است. و در نهایت سبک اجتنابی راهبردهایی است که مستلزم فعالیت و تغییرات شناختی است که هدف آن ها اجتناب از موقعیت استرس زا است. رفتارهای مقابله ای اجتنابی ممکن است به شکل درگیر شدن در یک فعالیت تازه و یا روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر باشد. با توجه به مطالب گفته شده می توان این گونه نتیجه گیری کرد که مدیتیشن می تواند شرایط را برای افزایش راهبردهای مسئله مدار افزایش دهد و به طبع آن از وفور راهبردهای هیجانی بکاهد. اما به نظر می رسد در تغییر راهبردهای اجتنابی یا کاهش آنان چندان موثر عمل نمی کند. شاید بتوان دلیل این مسئله را در کوتاهی دوره درمان جستجو کرد.

این نتایج با مطالعات (۱۶)، (۱۷) همسو می باشد.

مهمترین یافته ی پژوهش این بود که: چگونه درمان های روانی می توانند بر دردهای جسمی تأثیر بگذارند. پیشنهاد می شود مؤسسات درگیر در سلامت این بیماران درمان های روانشناختی را در اولویت های خود قرار دهند. با توجه به اهمیت و ضرورت آموزش راهبردهای مقابله ای در مواجهه با استرس در تمام سطوح جامعه، آموزش مدیتیشن های هندسی فرشاد به عنوان یک راهبرد مقابله مؤثر، هیجان انگیز و شادی بخش در محیط های آموزشی مثل مدارس و دانشگاه ها، پیشنهاد می شود..

- 1- Naseri K. Cancer and fight against them. Iranian Journal of Epidemiology. 2005; 1: 1-8.
- 2- Akbari MI, Abachizadeh K, Khayamzadeh M, Tabatabee M, Asna FG. Cancer in iran. Qom Daerolfekr. 2009;1.
- 3- Lewis M. Child and adolescent psychiatry. (Third Edition). New York: J.B. Lippincott William and Wilkins. 2002.
- 4- Lee SJ, Fairclough D, Parsons SK, Soiffer RJ, Fisher DC, Schlossman RL, et al. Recovery after stem cell transplantation for hematologic diseases. Journal of Clinical Oncology. 2001; 19(1): 242-52.
- 5- Ivani G, Mossetti V, Italiano S. Pediatric acute pain management. Cambridge University Press U.S.A. 2009; 487-490.
- 6- Asghari A, Nicholas MK. Pain during mammography: the role of coping strategies. Pain. 2008; 10: 170-9.
- 7- Lazarus RS, Launier R. Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin, M. Lewis (Eds.), internal and external determinants of behavior. New York: Plenum. 1978.
- 8- Folkman S. User manual of coping and health department of medicine. University of California_Sanfrancisco. 2001.
- 9- Lerner IJ. The whys of cancer quackery. Cancer. 1984; 53:815-19.
- 10- Downer SM, Cody MM, Mc CP. Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional treatment. British Medical Journal. 1994; 309:86-9.
- 11- Holmes DS. The influence of meditation versus rest on physiological arousal: a second examination. The psychology of meditation. 1987:81-103.
- 12- Nazaraghaie F. The study of the synergistic effect of geometric mediation on drug therapy in women aged 40-40 years with asthma in Dashtestan. First World Conference on Third-Behavioral Therapy. 2015; 15-17.
- 13- Endler NS, Parker J D. A state - trait coping, Trait anxiety and academic performance, Personality individual difference. 1990; 5(16): 663 - 676.
- 14- Sarmad Z, Bazergan A, Hejazi A. Research Methods in Behavioral Sciences. Tehran: Awareness. 2011.
- 15- Ghazanfari F, Ghadampor A. The Relationship between Coping Strategies and Mental Health in Residents of Khorramabad. Journal of Principles of Mental Health. 2008; 37: 47-54.
- 16- Witek JA, Kevin C, Karen R, Chroniak C, Durazeo A, Ramon, M, Herbert L. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in woman newly diagnosed with early stage breast cancer, Brain Behavior and Immunity, 22,6:pp969-981
- 17- Davari BA. The Effect of Meditation Education with Responsiveness Response Method on Improving Self-Control of Students with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder. Unpublished Thesis, Allameh Tabatabaei University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of Human Sciences. 2011.