

به نام خدا

سایکو آنکولوژی اینترنتشن (IPOM)

رویکرد مبتنی بر شواهد در مدیریت درد بیماران سرطانی

مؤلف :

ثریا همتی پور

انتشارات ارسطو

(سازمان چاپ و نشر ایران - ۱۴۰۵)

نسخه الکترونیکی این اثر در سایت سازمان چاپ و نشر ایران و اپلیکیشن کتاب رسان موجود می باشد

Chaponashr.ir



سرشناسه: همتی پور، ثریا، ۱۳۴۷
عنوان و نام پدیدآور: سایکوآنکولوژی اینترنتشن (IPOM) رویکرد مبتنی بر شواهد در مدیریت
درد بیماران سرطانی / مولف: ثریا همتی پور
مشخصات نشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)، ۱۴۰۵.
مشخصات ظاهری: ۴۷۴ ص.
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۱۲۹-۴۴۱-۱
وضعیت فهرست نویسی: فیفا
یادداشت: کتابنامه.
موضوع: سایکوآنکولوژی اینترنتشن - سرطان - بیماری
رده بندی کنگره: TP ۹۸۳
رده بندی دیویی: ۶۶۸/۵۵
شماره کتابشناسی ملی: ۸۸۹۶۵۲۱۴۷
اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیفا

نام کتاب: سایکوآنکولوژی اینترنتشن (IPOM) رویکرد مبتنی بر شواهد در مدیریت درد بیماران سرطانی
مولف: ثریا همتی پور
ناشر: انتشارات ارسطو (سازمان چاپ و نشر ایران)
صفحه آرایشی، تنظیم و طرح جلد: الهام غفاری
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد
نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۵
چاپ: زیر جلد
قیمت: ۸۰۰۰۰۰ تومان
فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:
<https://chaponashr.ir/ketabresan>
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۱۲۹-۴۴۱-۱
تلفن مرکز پخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵
www.chaponashr.ir



این کتاب را با نهایت احترام، عشق و سپاس، به استاد فرهیخته، جناب آقای دکتر سیروس

امیرعلوی، فوق تخصص اینترونشن درد، تقدیم می‌کنم؛

برخی انسان‌ها، تنها پزشک نیستند؛ آنان با هر تپش امید، مرهمی بر جان رنج‌دیدگان می‌نهند و از دل درد، روشنایی می‌آفرینند.

به اندیشمندی که دانش را به هنر التیام پیوند زد و با دستانی آراسته به مهارت و قلبی سرشار از انسانیت، درد را به سکوت و امید را به سخن واداشت. اگر درد، تاریک‌ترین روایت زندگی است، شما از آن، پنجره‌ای به روشنایی گشوده‌اید؛ و اگر علم، راهی به سوی حقیقت است، نام شما در این مسیر، چون چراغی فروزان، راهنمای نسل‌های امروز و فرداست.

باشد که این اثر، قطره‌ای باشد در برابر دریای دانش، تجربه و خدمات ارزشمند شما؛ ادای احترامی صمیمانه به پزشکی که شکوه علم را با اصالت اخلاق و مهر انسانی درآمیخت و نام خویش را نه بر سنگ، که بر قلب بیماران و حافظه‌ی پزشکی این سرزمین نگاشت.

با نهایت ارادت و سپاس

ثریا همتی‌پور، روانشناس و سایکوآنکولوژیست

فهرست

پیشگفتار :	۹
مقدمه :	۱۷
فصل اول: مبانی سایکوانکولوژی درد	۳۱
تاریخچه سایکوانکولوژی :	۳۸
تعریف سایکوانکولوژی :	۴۴
مفهوم درد کل نگر (Total Pain) :	۵۲
تفاوت درد جسمی و رنج روانی :	۵۸
مدل biopsychosocial در درد سرطان :	۶۶
نقش ذهن در ادراک درد :	۷۳
تعامل مغز-ایمنی-تومور :	۸۰
جایگاه روان درمانی در درد :	۸۶
ادغام سایکوانکولوژی با IPOMI :	۹۳
فصل دوم: نورویبولوژی و پردازش مرکزی درد	۱۰۱
مسیرهای انتقال درد در CNS :	۱۰۷
مغزی مرتبط با درد :	۱۱۵
نقش سیستم لیمبیک در درد :	۱۲۳
محور HPA و استرس :	۱۳۱
نوروترانسمیترهای درد (Serotonin, Dopamine) :	۱۳۸
التهاب عصبی در سرطان :	۱۴۳
پلاستیسیته عصبی در درد مزمن :	۱۴۸
کنترل نزولی درد (Descending Modulation) :	۱۵۶

فصل سوم: روان‌شناسی شناختی درد در سرطان	۱۶۱
ادراک ذهنی درد :	۱۶۶
اضطراب و تشدید درد :	۱۷۲
افسردگی و آستانه درد :	۱۷۷
فاجعه‌سازی درد (Catastrophizing) :	۱۸۲
ترس از درد و اجتناب :	۱۸۹
توجه و تمرکز بر درد :	۱۹۴
حافظه درد :	۱۹۹
الگوهای شناختی ناکارآمد در درد :	۲۰۴
فصل چهارم: مداخلات سایکوانکولوژیک در مدیریت درد	۲۱۱
درمان شناختی-رفتاری (CBT) :	۲۱۶
درمان پذیرش و تعهد (ACT) :	۲۲۰
ذهن‌آگاهی (Mindfulness-Based Therapy) :	۲۲۵
هیپنوتیزم پزشکی :	۲۲۹
درمان معنایی (Meaning-Centered Therapy) :	۲۳۶
درمان گروهی در سرطان :	۲۴۳
آموزش مهارت‌های مقابله‌ای :	۲۵۲
psychoeducation در مدیریت درد :	۲۶۰
فصل پنجم: IPOM و مداخلات اینترنتی در درد سرطان	۲۶۷
مفهوم IPOM در درد سرطان :	۲۷۲
nerve block و اثرات روانی-فیزیولوژیک :	۲۷۶
radiofrequency ablation (RFA) :	۲۸۱

۲۸۵.....	: intrathecal drug delivery systems
۲۹۰.....	: نقش placebo و nocebo
۲۹۵.....	: تنظیم انتظار بیمار (Expectation Modulation)
۳۰۰.....	: انتخاب بیمار برای مداخلات
۳۰۴.....	: ترکیب IPOM با روان درمانی
۳۱۱.....	: فصل ششم: عوامل اجتماعی و فرهنگی در تجربه درد
۳۱۵.....	: نقش خانواده در درد سرطان
۳۲۲.....	: حمایت اجتماعی و کاهش درد
۳۲۶.....	: تنهایی و افزایش درد
۳۳۱.....	: رابطه درمانی (Therapeutic Alliance)
۳۳۵.....	: بار مراقب (Caregiver Burden)
۳۴۱.....	: فرهنگ و بیان درد
۳۴۵.....	: معنویت و معنای رنج
۳۴۹.....	: کیفیت زندگی بیماران
۳۵۵.....	: فصل هفتم: تکنولوژی‌های نوین در سایکوانکولوژی درد
۳۵۹.....	: درمان‌های دیجیتال شناختی (Digital CBT)
۳۶۲.....	: واقعیت مجازی (VR) در کاهش درد
۳۶۷.....	: هوش مصنوعی در پیش‌بینی درد
۳۷۱.....	: پایش دیجیتال علائم درد
۳۷۴.....	: telepsychiatry در سرطان
۳۷۹.....	: wearable biosensors
۳۸۴.....	: تحلیل داده‌های رفتاری بیمار

۳۸۸.....	پزشکی شخصی سازی شده درد :
۳۹۷.....	فصل هشتم : آینده سایکوانکولوژی درد و IPOM
۴۰۴.....	پزشکی دقیق در روان پزشکی سرطان :
۴۱۰.....	بیومارکرهای روانی درد :
۴۱۶.....	نقش AI در تصمیم گیری درمانی :
۴۲۵.....	brain-computer interface و درد :
۴۳۳.....	اخلاق در دستکاری ادراک درد :
۴۴۱.....	مدل های یکپارچه IPOM :
۴۴۸.....	پیشگیری از درد مزمن سرطان :
۴۵۵.....	آینده درمان ذهن-مغز-تومور :
۴۶۳.....	نتیجه گیری :
۴۶۷.....	منابع :
۴۷۱.....	منابع انگلیسی:

پیشگفتار :

سرطان در پزشکی معاصر تنها نام یک بیماری یا مجموعه‌ای از اختلالات تکثیر سلولی نیست، بلکه تجربه‌ای پیچیده و چندلایه است که هم‌زمان بدن، ذهن، روابط انسانی، هویت فردی و ادراک بیمار از آینده را درگیر می‌کند. ورود بیماری به زندگی انسان، اغلب مرز میان سلامت و بیماری را به گونه‌ای تغییر می‌دهد که بسیاری از مفاهیم پیشین زندگی نیازمند بازتعریف می‌شوند. در این میان، درد یکی از مهم‌ترین و در عین حال پیچیده‌ترین ابعاد تجربه سرطان است؛ پدیده‌ای که نمی‌توان آن را صرفاً به فعالیت گیرنده‌های محیطی، انتقال پیام در مسیرهای عصبی یا شدت آسیب بافتی فروکاست. درد سرطان در بسیاری از بیماران حاصل برهم‌کنش پویای فرایندهای زیستی، روان‌شناختی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و معنایی است و همین چندبعدی بودن، ضرورت عبور از نگاه تک‌محوری به سوی الگویی جامع‌تر را آشکار می‌سازد.

پیشرفت‌های چشمگیر در تشخیص زودهنگام، درمان‌های ضدسرطان، جراحی، پرتودرمانی، درمان‌های هدفمند و روش‌های مداخله‌ای کنترل درد، چشم‌انداز مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان را به‌طور اساسی دگرگون کرده است. با این همه، افزایش طول بقا و پیچیده‌تر شدن مسیر درمان، مسائل تازه‌ای را نیز در برابر تیم‌های درمانی قرار داده است. بسیاری از بیماران، حتی در شرایط کنترل نسبی بیماری، با درد پایدار، ترس از بازگشت بیماری، اضطراب ناشی از پیگیری‌های پزشکی، اختلال خواب، خستگی، کاهش عملکرد، نگرانی درباره وابستگی به دیگران و تغییر در نقش‌های خانوادگی و اجتماعی مواجه می‌شوند. بنابراین موفقیت درمان را نمی‌توان تنها با کوچک شدن توده، کنترل شاخص‌های آزمایشگاهی یا افزایش طول عمر سنجید. کیفیت تجربه زیسته بیمار و توانایی او برای حفظ معنا، عملکرد و ارتباط با زندگی نیز بخشی اساسی از پیامد درمان است.

درد در سرطان گاه مستقیماً از گسترش تومور، درگیری استخوان، فشار بر ساختارهای عصبی یا نفوذ به بافت‌ها ناشی می‌شود و گاه پیامد جراحی، پرتودرمانی، شیمی‌درمانی یا سایر مداخلات درمانی است. با این حال، منشأ جسمانی درد به معنای مستقل بودن آن از فرایندهای روانی نیست. دستگاه عصبی انسان پیام‌های دردناک را در خلأ پردازش نمی‌کند. توجه، حافظه، انتظار، اضطراب، خلق، احساس کنترل، تجربه‌های پیشین، حمایت اجتماعی و معنایی که فرد به بیماری نسبت می‌دهد، می‌توانند بر شدت و کیفیت تجربه درد اثر بگذارند. از این منظر، پذیرش نقش عوامل روان‌شناختی نه به معنای انکار واقعیت جسمانی درد، بلکه نشانه درکی دقیق‌تر از سازوکارهای پیچیده‌ای است که تجربه نهایی درد را شکل می‌دهند.

سایکوانکولوژی در پاسخ به همین پیچیدگی شکل گرفته و توسعه یافته است. این حوزه در نقطه تلاقی سرطان‌شناسی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی، علوم رفتاری، پزشکی درد و مراقبت حمایتی قرار دارد و می‌کوشد پیامدهای روانی و اجتماعی سرطان را در سراسر مسیر بیماری شناسایی و مدیریت کند. اهمیت این حوزه زمانی آشکارتر می‌شود که بدانیم واکنش بیمار به درد، تنها بازتاب شدت محرک آسیب‌رسان نیست. دو بیمار با یافته‌های جسمانی نسبتاً مشابه ممکن است تجربه‌هایی کاملاً متفاوت از درد داشته باشند؛ یکی قادر است با وجود علائم، سطح قابل قبولی از فعالیت و مشارکت در زندگی را حفظ کند و دیگری در چرخه‌ای از ترس، اجتناب، بی‌خوابی، کاهش حرکت، انزوای اجتماعی و تشدید رنج گرفتار شود. فهم این تفاوت‌ها بدون توجه به ابعاد روان‌شناختی ممکن نیست. یکی از چالش‌های اساسی در مدیریت درد سرطان، تمایز میان «درد» و «رنج» و در عین حال درک ارتباط عمیق میان این دو است. درد می‌تواند یک تجربه حسی و هیجانی مرتبط با آسیب واقعی یا بالقوه باشد، اما رنج دامنه‌ای گسترده‌تر دارد و ممکن است از تهدید هویت، احساس از دست دادن استقلال، نگرانی برای خانواده، ترس از مرگ، ابهام درباره آینده یا احساس بی‌معنایی ناشی شود. در برخی بیماران، شدت رنج از شدت درد جسمانی فراتر می‌رود و خود به عاملی برای تقویت تجربه درد تبدیل می‌شود. از این رو، درمانی که تنها عدد

ثبت شده در مقیاس شدت درد را هدف قرار دهد، ممکن است بخش مهمی از مسئله بالینی را نادیده بگیرد.

در محیط‌های درمانی، گاه هنوز این تصور وجود دارد که مداخلات روان‌شناختی زمانی ضرورت پیدا می‌کنند که بیمار به اختلال روان‌پزشکی مشخصی مبتلا شده باشد. چنین برداشتی دامنه واقعی سایکوانکولوژی را محدود می‌کند. مداخله روان‌شناختی می‌تواند از نخستین مراحل تشخیص آغاز شود و در پیشگیری از تشدید آشفتگی، اصلاح برداشت‌های ناکارآمد، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، بهبود ارتباط با تیم درمان و افزایش مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری نقش داشته باشد. در زمینه درد نیز هدف صرفاً درمان افسردگی یا اضطراب همراه نیست؛ بلکه تنظیم فرایندهایی است که می‌توانند ادراک درد، تحمل آن، رفتارهای مرتبط با بیماری و کیفیت عملکرد روزانه را تحت تأثیر قرار دهند. ترس یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تجربه درد در سرطان است. برای بسیاری از بیماران، ظهور یک درد تازه صرفاً یک علامت جسمانی نیست، بلکه می‌تواند به سرعت به نشانه‌ای ذهنی از پیشرفت بیماری یا شکست درمان تبدیل شود. این تفسیر تهدیدآمیز، توجه بیمار را به بدن افزایش می‌دهد و پایش مداوم نشانه‌ها را تقویت می‌کند. در چنین شرایطی، تغییرات طبیعی یا کم‌اهمیت جسمانی نیز ممکن است با حساسیت بیشتری ادراک شوند. اضطراب حاصل از این فرایند می‌تواند تنش عضلانی، اختلال خواب و کاهش ظرفیت مقابله را افزایش دهد و چرخه‌ای ایجاد کند که در آن درد و ترس یکدیگر را تقویت می‌کنند. شناخت این چرخه برای طراحی مداخلات مؤثر اهمیت بنیادی دارد.

برخی بیماران ممکن است درد خود را کمتر از میزان واقعی گزارش کنند. نگرانی از ایجاد مزاحمت برای پزشک، ترس از مصرف داروهای قوی، تصور اینکه درد بخش اجتناب‌ناپذیر سرطان است، نگرانی از وابستگی دارویی یا تمایل به حفظ تصویر فردی مقاوم می‌تواند به پنهان‌سازی علائم منجر شود. بنابراین ارزیابی درد باید فراتر از پرسش ساده درباره شدت آن باشد. گفت‌وگو درباره باورهای بیمار، نگرانی‌های

او، معنای درد و موانع گزارش علائم می‌تواند اطلاعاتی فراهم کند که در تصمیم‌گیری درمانی به اندازه معاینه جسمانی اهمیت دارد. رویکرد زیستی - روانی - اجتماعی، چارچوبی فراهم می‌کند که در آن درد نه محصول یک علت منفرد، بلکه نتیجه تعامل چندین سطح از فرایندهای انسانی تلقی می‌شود. در سطح زیستی، ویژگی‌های تومور، التهاب، آسیب عصبی، تغییرات ساختاری و پیامدهای درمان اهمیت دارند. در سطح روان‌شناختی، هیجان‌ها، افکار، انتظارات، سبک مقابله، حافظه درد و میزان احساس کنترل مطرح هستند. در سطح اجتماعی نیز کیفیت روابط، حمایت خانواده، وضعیت اقتصادی، دسترسی به مراقبت، فرهنگ و شیوه ارتباط با نظام درمانی بر تجربه بیمار اثر می‌گذارند. هیچ‌یک از این سطوح به‌تنهایی توضیح کاملی ارائه نمی‌کند و ارزش واقعی این رویکرد در بررسی ارتباط میان آن‌هاست.

درمان مداخله‌ای درد جایگاهی مهم در مراقبت از بیمارانی دارد که درد آنان با روش‌های معمول به اندازه کافی کنترل نشده یا مصرف دارو با عوارض قابل توجه همراه است. بلوک‌های عصبی، روش‌های نورولیتیک، مداخلات هدایت‌شده و سایر فنون تخصصی می‌توانند در بیماران منتخب کاهش معناداری در شدت درد ایجاد کنند. با این حال، موفقیت فنی یک اقدام لزوماً به معنای حل کامل تجربه درد نیست. بیماری که ماه‌ها با درد شدید زندگی کرده ممکن است حتی پس از کاهش ورودی دردناک، همچنان با ترس از حرکت، انتظار بازگشت درد، بی‌خوابی، کاهش اعتماد به بدن یا اجتناب از فعالیت مواجه باشد. در چنین شرایطی، پیوند میان مداخلات تخصصی درد و مراقبت سایکوانکولوژیک می‌تواند به بازگشت بهتر بیمار به عملکرد و زندگی روزمره کمک کند.

همین نقطه، یکی از محورهای اصلی این کتاب را شکل می‌دهد: ضرورت نگاه یکپارچه به مدیریت درد سرطان. هدف، قرار دادن درمان روان‌شناختی در برابر درمان پزشکی یا مداخله‌ای نیست، بلکه نشان دادن ظرفیت هم‌افزایی میان آن‌هاست. مداخلات جسمانی می‌توانند بار درد را کاهش دهند و مداخلات روان‌شناختی می‌توانند به بیمار کمک کنند تا با پیامدهای هیجانی، شناختی و رفتاری درد مواجه شود،

احساس کنترل بیشتری به دست آورد و از چرخه‌های تشدیدکننده رنج فاصله بگیرد. این دو مسیر زمانی بیشترین اثر را دارند که نه به‌عنوان درمان‌های رقیب، بلکه به‌عنوان اجزای مکمل یک برنامه فردمحور در نظر گرفته شوند.

در سال‌های اخیر، مفهوم مراقبت مبتنی بر شواهد اهمیت ویژه‌ای در علوم سلامت یافته است. این رویکرد صرفاً به معنای پیروی مکانیکی از نتایج پژوهش‌ها نیست، بلکه حاصل تلفیق بهترین شواهد موجود با تخصص بالینی و ویژگی‌ها، نیازها و ترجیحات بیمار است. در حوزه درد سرطان، این اصل اهمیت دوچندان دارد؛ زیرا ناهمگونی بیماران، تفاوت در نوع و مرحله بیماری، مسیر درمان، وضعیت روانی، حمایت اجتماعی و اهداف مراقبتی، امکان ارائه یک نسخه واحد برای همه را از میان می‌برد. تصمیم بالینی مطلوب باید بر شواهد استوار باشد، اما هم‌زمان با واقعیت زندگی فردی که در برابر درمانگر قرار گرفته هماهنگ شود.

سایکوانکولوژی مبتنی بر شواهد نیز بر همین مبنا شکل می‌گیرد. هر مداخله‌ای که عنوان روان‌شناختی دارد الزاماً مؤثر نیست و هر روش محبوبی نیز از پشتوانه علمی کافی برخوردار نیست. انتخاب مداخله باید بر اساس کیفیت شواهد، ویژگی‌های بیمار، هدف درمان و امکان اجرای صحیح آن انجام شود. درمان‌های شناختی و رفتاری، مداخلات مبتنی بر پذیرش، روش‌های تنظیم هیجان، آرام‌سازی، آموزش روان‌شناختی، مداخلات خانواده‌محور و برخی رویکردهای مبتنی بر توجه‌آگاهی، هر یک در شرایط خاص می‌توانند سودمند باشند؛ اما کاربرد مسئولانه آن‌ها نیازمند ارزیابی دقیق، انتخاب هدفمند و پرهیز از تعمیم‌های ساده‌انگارانه است.

یکی از اصول اساسی این کتاب، فاصله گرفتن از دوگانه نادرست «جسمی یا روانی» است. درد می‌تواند منشأ آشکار جسمانی داشته باشد و در عین حال تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی قرار گیرد. وجود اضطراب یا افسردگی، واقعی بودن درد را نفی نمی‌کند و پاسخ به مداخله روان‌شناختی نیز به معنای خیالی بودن

آن نیست. چنین سوءبرداشت‌هایی می‌توانند رابطه درمانی را آسیب‌پذیر کنند و احساس شنیده نشدن را در بیمار افزایش دهند. زبان درمانگر باید به گونه‌ای باشد که واقعیت درد را به رسمیت بشناسد و هم‌زمان امکان اثرگذاری بر برخی سازوکارهای تعدیل‌کننده آن را توضیح دهد.

ارتباط درمانی در این زمینه صرفاً مهارتی جانبی نیست. نحوه ارائه اطلاعات، انتخاب واژه‌ها، پاسخ به نگرانی‌ها و میزان مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری می‌تواند تجربه او از درمان را تغییر دهد. ارتباط مبهم یا تهدیدآمیز ممکن است اضطراب را افزایش دهد، در حالی که توضیح روشن و واقع‌بینانه می‌تواند عدم قطعیت را قابل تحمل‌تر سازد. امید نیز در این چارچوب به معنای ارائه اطمینان‌های غیرواقعی نیست. امید بالینی می‌تواند بر اهداف دست‌یافتنی مانند کاهش رنج، بهبود خواب، افزایش توانایی حرکت، حضور در کنار خانواده یا دستیابی به کنترل بیشتر بر زندگی روزمره استوار باشد. بیمار مبتلا به سرطان در طول مسیر درمان بارها با عدم قطعیت روبه‌رو می‌شود. انتظار برای نتیجه آزمایش، پاسخ به درمان، احتمال عود، تغییر برنامه درمانی و ظهور نشانه‌های تازه می‌تواند ذهن را در وضعیت آماده‌باش نگه دارد. درد در چنین زمینه‌ای ممکن است به محرکی برای فعال شدن نگرانی‌های عمیق تبدیل شود. مداخله سایکوانکولوژیک می‌کوشد توانایی بیمار را برای زندگی در شرایطی افزایش دهد که همه پاسخ‌ها از پیش معلوم نیستند. هدف حذف کامل نگرانی نیست، بلکه کمک به فرد برای جلوگیری از تسلط نگرانی بر تمام ابعاد زندگی است.

موضوع این کتاب تنها کاهش یک علامت نیست. موضوع، مواجهه علمی و مسئولانه با انسانی است که در بستر بیماری جدی، درد را تجربه می‌کند. هر تصمیم درمانی در زندگی واقعی فردی رخ می‌دهد که تاریخچه، روابط، ترس‌ها، امیدها، ارزش‌ها و اهداف خاص خود را دارد. پزشکی زمانی به کامل‌ترین ظرفیت خود نزدیک می‌شود که دقت علمی را با شناخت این واقعیت انسانی همراه سازد. سایکوانکولوژی در مدیریت درد سرطان، نه حاشیه‌ای بر درمان و نه جایگزینی برای مداخلات پزشکی، بلکه بخشی از معماری

مراقبتی است که می‌کوشد فاصله میان کنترل بیماری و مراقبت از انسان را کاهش دهد. این کتاب با هدف فراهم کردن چارچوبی علمی، منسجم و کاربردی برای فهم این معماری تدوین شده است؛ چارچوبی که در آن شواهد پژوهشی، قضاوت بالینی، مداخلات تخصصی درد و شناخت روان‌شناختی بیمار در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند. امید است مباحث پیش رو بتوانند برای متخصصان حوزه سرطان، درد، روان‌شناسی سلامت، روان‌پزشکی، مراقبت تسکینی و دیگر اعضای تیم درمان، زمینه‌ای برای گفت‌وگوی دقیق‌تر و همکاری مؤثرتر فراهم آورند و در نهایت به مراقبتی بینجامند که نه تنها بیماری و درد، بلکه تمامی ابعاد تجربه بیمار را با دقت و مسئولیت حرفه‌ای در نظر می‌گیرد.