

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۷، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۵

مقایسه‌ی تاب آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی

فخری تاجیک زاده*^۱، راضیه صادقی^۲، فرحناز رئیس کریمیان^۳

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز

۳. کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشکده‌ی پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شیراز

تاریخ دریافت: ۹۴/۱/۴

تاریخ بازبینی: ۹۵/۴/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: افراد با توجه به تفاوت‌های فردی واکنش‌های متفاوتی نسبت به سرطان نشان می‌دهند. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی از نظر تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد می‌باشد. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه پژوهش تمامی بیماران مبتلا به سرطان یکی از بیمارستانهای شیراز بودند که برای شیمی درمانی مراجعه کرده بودند. از این جامعه نمونه‌ای شامل ۶۰ بیمار انتخاب شدند. از همراهان بیماران سرطانی نیز بعنوان نمونه سالم، ۶۱ نفر انتخاب شدند. آنها پرسشنامه‌های مقیاس تاب آوری (CD-RIS) کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های فشارزا (CISS) اندلر و پارکر (۱۹۹۵) و مقیاس فاجعه‌سازی درد (PCS) سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) پر کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری با نرم‌افزار SPSS 22 استفاده شد. **یافته‌ها:** تحلیل یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه سالم و بیمار در تمامی خرده مقیاس‌ها به جز کنترل، تاثیرات معنوی و راهبرد مقابله اجتنابی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و بین دو جنس مرد و زن هیچ تفاوت معنی‌داری در خرده مقیاس‌ها یافت نشد. **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بیماری سرطان منجر به ایجاد تفاوت بین دو گروه سالم و بیمار از نظر تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد می‌گردد. بنابراین تدوین یک برنامه جامع مراقبتی در بیماران سرطانی با تقویت تاب‌آوری و بهبود راهبردهای مقابله با استرس با کمک به کاهش فاجعه‌سازی درد پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، مقابله با استرس، فاجعه‌سازی درد، سرطان

مقدمه

بشری محسوب می‌شود و همچنین بیماری متنوعی است که می‌تواند قسمت‌های مختلف بدن را درگیر کند و نه تنها تاثیرات جسمی بلکه تاثیرات روانی بسیاری بر افراد دارد (۲،۳). تجربه‌ی درد منجر به عدم تحمل بیماری سرطان

دومین علت مرگ و میر در جهان بعد از بیماری قلبی عروقی، سرطان می‌باشد. آمار سرطان روز به روز در جهان رو به افزایش است (۱). پس سرطان تهدیدی برای سلامت جوامع

نویسنده مسئول: فخری تاجیک زاده، دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.

پست الکترونیک: f.tajikzade@shirazu.ac.ir

فاجعه‌سازی نسبت به درد ندارند یا کمتر به سمت فاجعه‌سازی پیش می‌روند^(۱۶، ۱۷).

با توجه به مبانی نظری پیشین و مطالعه‌ی متغیرهای پژوهش و لزوم کمک به ارتقای زندگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، ضرورت انجام این پژوهش برای کمک به ارائه‌ی پیشنهاد در مورد تدوین یک برنامه جامع مراقبتی احساس می‌شود. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی از نظر تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه‌ی پژوهش حاضر کلیه‌ی بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شیراز بودند. از میان این بیمارستانها، بیمارستان شهید مطهری به صورت تصادفی انتخاب شد. از میان کلیه‌ی بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مطهری، ۶۰ بیمار سرطانی به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس (با توجه به عدم امکان انتخاب با روش‌های نمونه‌گیری تصادفی) انتخاب شدند و این نمونه‌گیری از آذر ۱۳۹۴ تا اسفند ۱۳۹۴ به طول انجامید و افراد داوطلب از بین بیماران سرپایی که برای شیمی‌درمانی مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. همچنین با توجه به هدف پژوهش که مقایسه‌ی بیماران سرطانی با افراد عادی بود، از همراهان بیماران سرطانی به عنوان نمونه‌ی سالم با توجه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش ۶۱ نفر انتخاب شد که به صورت داوطلبانه پرسشنامه‌ها را پر کنند.

ملاک‌های ورود به مطالعه در نمونه‌ی سرطانی عبارت بود از: داشتن پرونده‌ی پزشکی و دریافت تشخیص ابتلا به سرطان زیر نظر متخصص، مدت بیماری سرطان بالاتر از یکسال، دریافت حداقل یکبار شیمی‌درمانی، عدم ابتلا به اختلالات روانپریشی. ملاک‌های ورود به مطالعه در نمونه‌ی نرمال عبارت بود از: عدم ابتلای فرد به بیماری سرطان، عدم ابتلا و عدم سابقه‌ی بیماریهای اعصاب و روان بود. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بود از: ابتلا به اختلالات

در افراد سرطانی می‌شود و همچنین تحمل شرایط را برای آنها زجر آور می‌کند^(۴). درد تجربه‌ای تنش‌زاست که منجر به کمبود رضایت فرد از زندگی می‌شود و به دنبال آن موجب رنج و ناراحتی، کاهش کیفیت زندگی، اختلال در عملکرد روزانه، به هم ریختن اوضاع زندگی می‌گردد^(۵، ۶). به همین دلیل بعد از نجات جان بیمار تسکین درد از اولویت‌های پزشکی به شمار می‌رود^(۷). باورهای فاجعه‌سازی درد، افکاری هستند که سبب توجه افراطی فرد بر علایم بدنی و در نتیجه اجتناب از فعالیت‌های روزمره اش می‌گردد که این اجتناب با پیامدهای بعدی درد مثل ناتوانی و اختلال عملکرد جسمانی و هیجانی مرتبط است^(۸). نگرش‌ها و باورهای فرد و نیز منابع و شیوه‌های مقابله با درد بر چگونگی گزارش آنها نسبت به درد موثر است^(۹). پاسخ و واکنش والدین به درد کودک به صورت بازبینی بیش از حد، حفاظت زیاد و نگرانی فراوان در مورد علایم کودک، سبب می‌شود که در آینده کودک دچار باورهای فاجعه‌سازی درد گردد و نتواند به خوبی در برابر درد مقاوت کند و راهبردهای مناسب مقابله با درد و استرس را به کار گیرد^(۱۰). استرس واکنش در برابر یک تهدید ادراک شده‌ی واقعی یا خیالی می‌باشد که منجر به واکنش‌های فیزیولوژیک می‌گردد. راهبردهای مقابله با استرس می‌تواند هیجان مدار، مساله‌مدار یا اجتنابی باشد و هر فردی به سبک خاصی نسبت به استرس واکنش نشان می‌دهد^(۱۱). پژوهش‌ها نشان داده است اگر فرد از راهبردهای مقابله‌ای با درد و بیماری استفاده نکند درد ناشی از بیماری با سرعت کمتری بهبود می‌یابد^(۱۲).

تاب‌آوری توانایی سازگاری موفقیت آمیز فرد با شرایط تهدیدکننده و عوامل استرس‌زای زندگی است و نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است^(۱۳، ۱۴). تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است^(۱۵). پژوهش‌ها نشان داده است که افراد با تاب‌آوری بالا سطح کمتری از اجتناب را نشان می‌دهند و با درد ناشی از بیماریشان کنار می‌آیند و نگرش

همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۲۱) هنجاریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده ۰/۸۹ می‌باشد.

پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های فشارزا (CISS) توسط اندلر و پارکر^(۲۲) ساخته شد. این پرسشنامه‌ی ۴۸ سوالی دارای سه خرده مقیاس مقابله مساله مدار (برخورد فعال با مساله در جهت مدیریت و حل آن)، مقابله هیجان مدار (تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مساله) و مقابله‌ی اجتنابی (فرار از مساله) می‌باشد. پاسخها به صورت لیکرتی از هرگز^(۱) تا همیشه^(۵) مشخص شده است. بنابراین نمره‌ی افراد در هر یک از سبک‌های مقابله‌ای از ۱۶ تا ۸۰ است و سبک خاص فرد با توجه به نمره‌ای که در پرسشنامه گرفته است مشخص می‌شود. پایایی پرسشنامه توسط اندلر و پارکر^(۲۲) با آلفای کرونباخ به ترتیب در دانشجویان پسر و دختر عبارت است از: مقابله مساله مدار ۰/۹۲ و ۰/۸۵، هیجان مدار ۰/۸۲ و ۰/۸۵ و اجتنابی ۰/۸۲ و ۰/۸۵. قریشی راد^(۲۳) با آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس‌های مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۵۵ و ۰/۸۳ گزارش کرد.

دو گروه بیماران و افراد سالم فقط از لحاظ تحصیلات همتا شدند چون هم‌تاسازی آنها از نظر جنس، سن و وضعیت زناشویی منجر به از دست دادن بسیاری از افراد نمونه می‌شد در حالی که در پژوهش حاضر تعداد نمونه‌ها اندک بودند. ۶۰ درصد افراد مورد مطالعه تحصیلات لیسانس داشتند.

یافته‌ها

از ۱۲۲ نفر آزمودنی ۶۱ نفر (۵۰ درصد) از این افراد زن و ۶۰ نفر (۴۹/۲ درصد) از این افراد مرد بودند و یک آزمودنی نیز به دلیل پاسخ‌های نامعتبر کنار گذاشته شد در نتیجه تعداد افراد نمونه ۱۲۱ نفر بودند. بررسی اطلاعات دموگرافیک نشان داد که دامنه‌ی سنی افراد شرکت کننده در پژوهش بین ۱۸-۸۷ سال و میانگین سنی 38 ± 15 بود.

روانپزشکی، بروز هر عارضه‌ی جسمانی یا روانی که مانع پاسخگویی بیماران به پرسشنامه شود، داشتن وابستگی به مواد یا سومصرف مواد و ابتلا به اختلال پزشکی عمده‌ای به جز سرطان یا بیماری جسمانی مزمنی به جز سرطان. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل مقیاس فاجعه‌سازی درد، مقیاس راهبردهای مقابله‌ای و مقیاس تاب‌آوری بود.

مقیاس فاجعه‌سازی درد (PCS) توسط سالیوان و همکاران^(۱۸) ساخته شد و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درد و مکانیزم اثر این فاجعه‌سازی بود. این مقیاس ۱۳ سوالی دارای سه خرده مقیاس نشخوار، بزرگ‌نمایی و درماندگی می‌باشد و این سه خرده مقیاس افکار منفی با درد مرتبط را ارزیابی می‌کنند. پرسشنامه به صورت لیکرتی از ۰ (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) می‌باشد و شرکت کنندگان از بین آنها برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب می‌کنند. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده‌ی فاجعه‌سازی کمتر می‌باشد. نمره کلی با جمع کردن پاسخ‌های داده شده به هر ۱۳ آیتم با دامنه ۰ تا ۵۲ به دست می‌آید. در پژوهش محمدی و همکاران^(۱۹) آلفای کرونباخ در خرده مقیاس نشخوار برابر با ۰/۶۵، در بزرگ‌نمایی برابر با ۰/۵۳، در درماندگی برابر با ۰/۸۱ و در نمره کل مقیاس برابر با ۰/۸۴ گزارش شد.

مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC) توسط کونور و دیویدسون^(۲۰) ساخته شد و هدف از تهیه‌ی آن تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده است و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی می‌باشد. کونور و دیویدسون^(۲۰) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند.

میانگین سنی افراد سالم و بیماران تفاوت معناداری نداشت. همچنین بین متغیرهای پژوهش از نظر جنسیت تفاوت معنی‌داری یافت نشد. اطلاعات مربوط به وضعیت تاهل دو نمونه‌ی بیمار و سالم در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد فراوانی وضعیت تاهل افراد نمونه

نمونه	تعداد	درصد فراوانی
مجرد	۳۵	۲۹/۴
متاهل	۶۷	۵۵/۹
مطلقه	۱۳	۹/۸
بیوه	۶	۴/۹
کل	۱۲۱	۱۰۰

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خرده‌مقیاس‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد در گروه سالم و بیمار سرطانی

متغیر	گروه سالم		انحراف معیار	میانگین
	انحراف معیار	میانگین		
تصور از شایستگی فردی	۱۵/۶۵	۱/۹۰	۱۳/۳۷	۳/۱۳
تحمل عاطفه منفی	۱۳/۴۰	۲/۵۵	۱۱/۷۲	۲/۷۶
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۹/۴۷	۲/۲۴	۸/۲۵	۲/۴۰
کنترل	۶/۰۴	۱/۴۱	۵/۵۴	۱/۳۸
تأثیرات معنوی	۳/۷۳	۱/۲۸	۳/۲۵	۱/۵۹
نمره کل تاب‌آوری	۴۸/۳۲	۴/۵۶	۴۲/۱۵	۷/۷۹
راهبرد مساله‌مدار	۴۹/۷۳	۳/۹۹	۵۲/۶۶	۶/۰۰
راهبرد هیجان‌مدار	۵۰/۰۳	۳/۱۷	۵۳/۶۴	۵/۲۳
راهبرد اجتنابی	۵۰/۴۲	۴/۲۱	۵۱/۸۷	۶/۰۹
نشخوار	۶/۴۴	۲/۴۱	۶/۸۸	۲/۱۰
درماندگی	۹/۹۶	۳/۷۶	۱۱/۰۱	۴/۱۹
بزرگنمایی	۴/۵۹	۱/۶۹	۵/۷۶	۲/۲۱
نمره ی کل درد	۲۱/۰۰	۵/۸۵	۲۳/۶۶	۶/۵۲

به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه از لحاظ متغیرهای پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. پیش از بیان نتایج، ابتدا مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش با آزمون لوین تأیید شد. به منظور مقایسه‌ی دو گروه سالم و بیمار از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۳. نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیری بر روی میانگین‌های متغیرهای پژوهش در گروه سالم و بیمار

معنیداری	خطا df	فرضیه‌ی df	F	ارزش	نام آزمون
۰/۰۱۲	۲۱۶/۰۰	۲۰/۰۰	۱/۹۲	۰/۳۰	اثر پیلاپی
۰/۰۰۶	۲۱۴/۰۰	۲۰/۰۰	۲/۰۶	۰/۷۰	لامبدای ویلکز
۰/۰۰۳	۲۱۲/۰۰	۲۰/۰۰	۲/۱۹	۰/۴۱	اثر هتلینگ
۰/۰۰۰	۱۰۸/۰۰	۱۰/۰۰	۴/۲۴	۰/۳۹	بزرگترین ریشه‌ی روی

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با توجه به معنی‌داری لامبدای ویلکز، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای پژوهش بین دو گروه سالم و بیمار تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت از تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل آنوا در متن مانوا بر روی میانگین‌های متغیرهای پژوهش در گروه سالم و بیمار

معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه‌ی آزادی	مجموع مجذورات	متغیر
۰/۰۰	۱۱/۹۸	۸۱/۲۶	۲	۱۶۲/۵۲	تصور از شایستگی فردی
۰/۰۰۳	۶/۰۸	۴۳/۰۷	۲	۸۶/۱۴	تحمل عاطفه منفی
۰/۰۱۸	۴/۱۸	۲۲/۹۳	۲	۴۵/۸۶	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
۰/۱	۱/۷۸	۳/۵۲	۲	۷/۰۴	کنترل
۰/۱	۲/۲۰	۴/۶۸	۲	۹/۳۶	تأثیرات معنوی
۰/۰۰	۱۴/۳۶	۵۸۴/۵۸	۲	۱۱۶۹/۱۷	نمره کل تاب آوری
۰/۰۰۷	۵/۱۱	۱۳۱/۳۲	۲	۲۶۲/۶۳	راهبرد مساله مدار
۰/۰۰	۱۱/۶۸	۲۱۵/۴۶	۲	۴۳۰/۹۳	راهبرد هیجان مدار
۰/۳	۱/۱۴	۳۱/۰۲	۲	۶۲/۰۵	راهبرد اجتنابی
۰/۰۰	۰/۷۸	۴/۱۲	۲	۸/۲۵	نشخوار
۰/۰۲	۰/۹۶	۱۵/۳۶	۲	۳۰/۷۱	درماندگی
۰/۰۳	۵/۰۲	۱۹/۷۳	۲	۳۹/۴۷	بزرگنمایی
۰/۰۰	۲/۷۳	۱۰۶/۲۸	۲	۲۱۲/۵۶	نمره ی کل درد

منفی می‌گردد که راهبردهای کنار آمدن با بیماری و استرس ناشی از بیماری را نیز برای این افراد دچار مشکل می‌کند. محققان دریافته‌اند که خصوصیت فاجعه‌سازی درد نقش با اهمیتی را در انطباق با درد روزانه‌ی ناشی از بیماری بازی می‌کند^(۳۷). باورهای فاجعه‌سازی درد، سبب می‌شود فرد با شدت بیشتری درد را حس کند و در نتیجه تحمل درد برای وی سخت و طاقت فرسا خواهد بود و تاب‌آوری فرد نیز کاهش می‌یابد. معمولاً درد مزمن در بیماری‌ها با سلامت روان پایین مرتبط شده است. افراد با سطح بالای تاب‌آوری معمولاً می‌توانند با درد ناشی از بیماری‌ها مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در این افراد به دلیل مقابله‌ی کارآمد کاهش می‌یابد. ولی افراد بیمار به دلیل سیر طولانی بیماری کم‌کم تحلیل می‌روند و تاب‌آوری آن‌ها کاهش می‌یابد و به سمت فاجعه‌سازی درد پیش می‌روند^(۳۸). در واقع تاب‌آوری می‌تواند تفاوت‌های فردی را در تجارب روبه‌رو شدن با درد توضیح دهد و این خصیصه به خوبی می‌تواند توضیح دهد که چرا برخی افراد در برابر بیماری خود را می‌بازند و ناامید می‌شوند در عین حال برخی افراد از همین بیماری و درد برای ارتقای زندگی و بهبود کیفیت زندگی خود بهره می‌برند^(۳۹). آلچولر و همکاران^(۴۰) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری نقش مهمی در سلامت روان فرد بازی می‌کند ولی افرادی که با درد ناشی از بیماری دست و پنجه نرم می‌کنند سطح تاب‌آوری به مرور کاهش پیدا می‌کند و آسیب‌پذیری این افراد در برابر درد ممکن است افزایش پیدا کند. والکر و همکاران^(۴۱) نشان دادند راهبردهای مقابله با استرس و کنار آمدن با درد به خصوصیات و تفاوت‌های فردی نیز بستگی دارد. همچنین پژوهشگران دریافته‌اند که راهبردهای مقابله با استرس و کنار آمدن با درد می‌تواند به فرایندهای رشدی فرد، سبک دلبستگی و پیچیدگی‌های فرایند درمانی نیز مربوط باشد. از طرف دیگر برخلاف پژوهش حاضر، پژوهش مک کراکن و اکلستون^(۴۲) نشان داد که هیچ کدام از راهبردهای مقابله‌ای مشخصاً برای بیماران مبتلا به درد از دیگری

با توجه به جدول ۴، از نظر تمامی متغیرهای پژوهش بین دو گروه سالم و بیمار تفاوت معنی‌داری وجود دارد به جز متغیرهای کنترل، تاثیرات معنوی و راهبرد اجتنابی.

بحث

سرطان علاوه بر اینکه یک بیماری جسمی است، یک بیماری روانی نیز محسوب می‌شود و باید فاکتورهای روانی را در این بیماری مورد توجه قرار داد و بر روی آن کار کرد. همچنین سرطان می‌تواند یک بیماری مرتبط با شرایط زندگی نیز باشد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی از نظر تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد می‌باشد. تحلیل یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه سالم و بیمار در تمامی خرده مقیاس‌ها به جز کنترل، تاثیرات معنوی و راهبرد مقابله اجتنابی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و بین دو جنس مرد و زن هیچ تفاوت معنی‌داری در خرده مقیاس‌ها یافت نشد. به تازگی توجه به عوامل روانشناختی و نقش آن‌ها در چگونگی شرایط زندگی بیماران درد مزمن و توجه به راهکارهای بهبود این عوامل توجه ویژه‌ای اعمال شده است. پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که با نتایج پژوهش حاضر همسوست. از جمله ویگر و کالتیانو^(۴۴) نقش تاب‌آوری و استراتژی کنار آمدن با استرس را بر کارکرد روانشناختی بیماران با درد مزمن بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری اگرچه بر سلامت روان و کیفیت زندگی تاثیر مثبت دارد ولی بر درد مزمن افراد تاثیری نداشت و این افراد درد را فاجعه‌آمیز برداشت می‌کردند. گلکاری و همکاران^(۴۵) نشان دادند نشانه‌های افسردگی و تفکر فاجعه‌آمیز در دوره‌ی بیماری وخیم بود ولی بعد از بهبودی از آسیب و بیماری، این علائم به سمت بهبود پیش رفت ولی اضطراب درد در دوره‌ی بیماری و بعد از بهبود همچنان وجود داشت. استرجن^(۴۶) بیان کرد که ویژگی شخصیتی فاجعه‌سازی درد در برخی افراد سبب می‌شود درد را با شدت بیشتری احساس کنند و در نتیجه این امر سبب بروز پیامدهای اجتماعی-هیجانی

به بیماران شهرهای دیگر. همچنین جمع آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و کم بودن تعداد افراد نمونه به دلیل خاص بودن نمونه از دیگر محدودیت‌های پژوهش است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه بر پرسشنامه از ابزارهای دیگری مثل مصاحبه نیز استفاده شود، همچنین از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و تاثیر عواملی که در این پژوهش بررسی شد بر سایر بیماری‌ها نیز بررسی شود. از آنجا که از همراهان بیماران سرطانی بعنوان نمونه سالم استفاده شد می‌توان به عنوان محدودیت پژوهش در نظر گرفت چون اکثرا از اعضا خانواده بیماران سرطانی هستند و بدلیل داشتن ارتباط عاطفی تنگاتنگ با بیمار ممکنست پاسخ معمولی از نظر مکانیسم‌های تاب آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد که اصلی‌ترین متغیرهای مورد بررسی است نداشته باشند و باید در پژوهش‌های آتی این نکته مورد توجه قرار گیرد و نمونه‌ی افراد سالم بهتر است از بستگان و نزدیکان بیمار نباشد. همچنین خود گزارشی بودن ابزارهای مورد استفاده از محدودیت پژوهش به شمار می‌رود لذا در پژوهش‌های آتی از ابزارهای عینی‌تری که سوگیری کمتری در رابطه با نظر آزمودنی دارند، به کار گرفته شود. با توجه به اینکه این پژوهش بر روی بیماران سرطانی انجام گرفت، پیشنهاد می‌شود این متغیرها را بر روی سایر بیماران نیز مورد پژوهش قرار دهند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی متغیرهای دیگری نیز در پژوهش بر روی بیماران سرطانی مورد توجه قرار گیرد و با پژوهش حاضر مقایسه گردد. به منظور بررسی بهتر حفظ نتایج می‌توان از دوره‌های طولانی‌تر پیگیری نیز استفاده کرد.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که بیماری سرطان منجر به ایجاد تفاوت بین دو گروه سالم و بیمار از نظر تاب آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد می‌گردد. بنابراین تدوین یک برنامه جامع مراقبتی در بیماران

مفیدتر نیست و نسبت به هم ارجحیتی ندارند. در پژوهش پراسرتسری، هولدن، کیف و ویلکی^(۳۳) سبک‌های مقابله‌ای دیگری از جمله سبک برخلاف سبک پژوهش حاضر در نظر گرفته شده بود و فقط در جنس مرد پژوهش را انجام داده بودند و جنسیت زن را در نظر نگرفته بودند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که شواهد تجربی نشان داده‌اند عوامل روانشناختی نسبت به شاخص‌های مرتبط با بیماری ارتباط قوی‌تری با ناتوانی دارد^(۳۴). بیماری‌های مزمن می‌توانند فرد را با چالش‌ها و تهدیدهایی از جمله درد، بدشکلی، تخریب و صدمه رساندن به عملکرد جسمانی، تهدید زندگی و تغییر در دورنمای آینده مواجه سازند^(۳۵). فاجعه‌سازی درد می‌تواند یک عامل خطر ساز برای درد مزمن و ناتوانی باشد^(۳۶). میزان بالای فاجعه‌سازی می‌تواند در افراد به توجه انتخابی مرتبط با درد منجر شود. افراد با فاجعه‌سازی درد برای کنترل یا فرونشانی افکار مرتبط با درد سختی و مشکل بیشتری را تجربه می‌کنند و عملکرد جسمانی و شناختی آنها بیشتر توسط انتظار درد آشفته می‌شود^(۳۷). اگر درد به عنوان تهدید کننده تفسیر شود، از طریق فرایند شناختی فاجعه‌سازی، ترس مرتبط با درد تشکیل می‌گیرد. این منجر به رفتار اجتنابی و گوش به زنگی نسبت به احساسات بدنی و درد می‌شود که یک الگوی مزمن و همیشگی از ناتوانی تداوم می‌یابد^(۳۸). افراد با توجه به تفاوت‌های فردی واکنش‌های متفاوتی نسبت به سرطان نشان می‌دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تفاوت‌های فردی در تجربه هیجانات منفی در تندرستی ضعیف نقش دارد. در واقع این بعد شخصیتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری را بیشتر می‌کند^(۳۹). پژوهشگران نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله هم ادراک افراد از شدت درد و هم توانایی آنها برای کنترل و تحمل درد و نیز فعالیت‌های روزمره را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

این پژوهش به دلیل شرایط خاص بیماران سرطانی دارای محدودیت‌های خاصی بود از جمله ناتوانی در تعمیم‌پذیری یافته‌ها به انواع دیگر بیماری‌ها و تعمیم‌پذیری یافته‌ها

پیشایندها و تاثیر پیامدها در بیماری سرطان می‌توان به درمان و رفع این عوامل کمک کرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی افراد اعم از سالم و بیمار که در پژوهش شرکت کردند و با صبر و حوصله به سوالات پاسخ دادند کمال تشکر را داریم و همچنین از مدیریت بیمارستان شیراز و پرسنل و کادر درمانی که اجازه‌ی انجام پژوهش را دادند و با ما همکاری کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم. پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است.

سرطانی با تقویت تاب‌آوری و بهبود راهبردهای مقابله با استرس با کمک به کاهش فاجعه‌سازی درد پیشنهاد می‌گردد. در نهایت می‌توان با استفاده از درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی و کار بر روی ویژگی‌های مورد بحث در این پژوهش، به ارتقای کیفیت زندگی و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان کمک کرد. پژوهش حاضر می‌تواند ما را نسبت به عوامل دخیل در شرایط و زندگی بیماران سرطانی آگاه سازد و آگاهی ما زمینه را برای کمک و ایجاد شرایط بهتر برای این بیماران فراهم می‌کند. از دیگر موارد کاربرد عملی می‌توان به افزایش دانش نسبت به درمان این بیماران اشاره کرد، با آگاهی از متغیرهای زمینه‌ساز،

References

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2013;63:11-30.
2. Meacham CE, Morrison SJ. Tumor heterogeneity and cancer cell plasticity. *Nature*. 2013;501:328-37.
3. Fisher R, Puztai L, Swanton C. Cancer heterogeneity: implications for targeted therapeutics. *Br J Cancer*. 2013;108:479-85.
4. Vadalouca A, Moka E, Argyra E, Sikioti P, Siafaka I. Opioid rotation in patients with cancer: a review of the current literature. *J Opioid Manag*. 2008; 4(4): 213-250.
5. World Health Organization. Access to Controlled Medications Programme: Framework. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. Available at: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Framework_ACMP_withcover.pdf. Accessed November 2, 2010.
6. Sun VC, Borneman T, Ferrell B, Piper B, Koczywas M, Choi K. Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model. *J Pain Symptom Manage*. 2007; 34(4): 359-69.
7. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin*. 2011; 61(3): 157-82.
8. Jahangiri M, Montazeri K, Mohammadian F. The effect of two types of analgesic suggestion on the reduction of cold pressor pain in hypnotic state. *J Anesth & Crit Care*. 2007; 29(57): 52-57. [Persian].
9. Evers A W M, Kraaimaat F W, Geenen R, Jacobs J W G, Bijlsma J W J. Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behav Res Therapy*. 2003; 41: 1295-1310.

10. Cunningham N R., Lynch- Jordan A., Barnett K., Peugh J., Sil S., Goldschneider K., Kashikar- Zunk S. Child pain catastrophizing mediates the relationship between parent responses to pain and disability in youth with functional abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014; 59 (6): 732- 738.
11. Fata L, Mootabi F, Bolhari J, Kazemzadeh Atoofi M. Stress management: A guide book for workshop training, Tehran: Danjeh, 2008: 12.
12. Carroll L J, Ferrari R, Cassidy J, David D, Cote P. Coping and Recovery in Whiplash-associated Disorders: Early use of Passive Coping Strategies is Associated With Slower Recovery of Neck Pain and Pain-related Disability. *Clin J Pain.* 2014; 30: 1: 1-8.
13. Karoly P, & Ruehlman L S. Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. *Pain.* 2006; 123: 90–97.
14. Inzlicht M, Aronson J, Good C & McKay L. A particular resiliency to threatening environments. *J Exp Soc Psychol* 2006; 42: 323-336.
15. Block J. Personality as an affect-processing system. Mahwah, NJ: Erlbaum. 2002.
16. Ong A D, Zautra A J, Reid M C. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychol Aging.* 2010; 25(3): 516-523.
17. Toby R O, Newton-John C M, Mick H. The Role of Resilience in Adjustment and Coping With Chronic Pain Rehabilitation. *Psychology.* 2014; 59 (3): 360–365.
18. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess.* 1995; 7 (4): 524-532.
19. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, & Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. *J Behavior Sciences.* 2013; 7 (1): 57- 66. (Persian)
20. Connor K M, Davidson J R T. Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *J Depres Anxiety* 2003; 18: 76- 82.
21. Mohamadi M. Effectiveness variables in addict people. Thesis for master degree. Psychological college. Beheshti university. 2005. (Persian)
22. Endler N S, Parker J D A. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Personal Soc Psychol* 1990; 58: 844-854.
23. Ghoreishi Rad F. Validation for Andler & Parker s, coping stressor situation inventory. *J behavior sci* 2009; 4 (1): 1-7.
24. Viggers L C, Caltabiano M L. Factors affecting the psychological functioning of Australian adults with chronic pain. *Nurs Health Sci* 2012; 14: 508–513.
25. Golkari S, Teunis T, Ring D, & Vranceanu A M. Changes in Depression, Health Anxiety, and Pain Catastrophizing Between Enrollment and 1 Month After a Radius Fracture. *Psychosomatics.* 2015; 56 (6): 652- 657.
26. Sturgeon J. Pain Acceptance and Catastrophizing: Processes of Social and Cognitive Pain Adaptation. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy. ARIZONA STATE UNIVERSITY. 2013
27. Sturgeon J A, Zautra A J. State and Trait Pain Catastrophizing and Emotional Health in Rheumatoid Arthritis. *Ann behav med.* 2013; 45 (1): 69- 77.
28. Bauer H, Emeny R T, Baumert J, Ladwig K.- H. Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *Eur J Pain.* 2016; 20 (4).
29. Ramirez- Maestre C, Esteve R, Lopez- Martinez A E. Fear-Avoidance, Pain Acceptance and Adjustment to Chronic Pain: A Cross-Sectional Study on a Sample of 686 Patients with Chronic Spinal Pain. *Ann Behavior Med.* 2015; 48 (3).

30. Alschuler, Kevin N.; Kratz, Anna L.; Ehde, Dawn M. Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. *Rehabilitation Psychology*. 2016; 61(1): 7-18.
31. Walker L S., Baber K F., Garber J., Smith C A. A typology of pain coping strategies in pediatric patients with chronic abdominal pain. *Adoles Med Behavior Sci*. 2008; 137 (2): 266- 275.
32. McCracken L M, Eccleston C & Bell L. Clinical assessment of behavioral coping responses: preliminary results from a brief inventory. *Eur J Pain*, 2005; 9: 69-78.
33. Prasertsri N, Holden J, Keefe F J, Wilkie D J. Repressive coping style: Relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer out patients. *Lung cancer*, 2011; 71, 2:235-240.
34. Sharpe L, Sensky T, Timberlake N, Ryan B, Brewin C R & Allard S. A blind, randomized, controlled trial of cognitive-behavioral intervention for patients with recent onset rheumatoid arthritis: preventing psychological and physical morbidity. *Pain* 2001; 89: 275-283.
35. Bisschop M I, Kriegsman D M W, Beekman A T F, & Deeg D J H. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social Sci Med* 2004; 59: 721-733.
36. Drahovzal D N, Stewart S H, & Sullivan M J L. Tendency to Catastrophize Somatic Sensations: Pain Catastrophizing and Anxiety Sensitivity in Predicting Headache. *Cogn Behavior Ther* 2006; 35, 4: 226-235.
37. Goubert L, Crombez G, & Van Damme S. The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. *Pain* 2004; 107: 234-241.
38. Roelofs J, McCracken L, Peters M L, Crombez G, Van Breukelen G, & Vlaeyen J W S. Psychometric Evaluation of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) in Chronic Pain Patients. *J Behavior Med* 2004; 27, 2: 167-183.
39. Smith T W. Personality as Risk and Resilience in Physical Health. *Personal Phys Health* 2006; 15, 5: 227-231.

The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing behavior between cancer patients and normal people

Fakhri Tajikzade^{1*}, Razieh Sadeghi², Farahnaz Raeskarimian³

1. PhD student of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz

2. Ms Candidate of Clinical Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz

3. Ms in Nursing, Faculty Member of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz

ABSTRACT

Aim and Background: According to individual differences, patients suffering from cancer show different reactions to life events. The purpose of this study are the comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing in cancer patients and normal people.

Methods and Materials: This study is ex post facto method. The target society of the research included every cancer patient who admitted Shiraz hospitals for Chemotherapy, out of which a sample of 60 patients was selected with convenient method. Besides we chose normal samples from caregivers of cancer patients, out of which a sample of 61 normal people was randomly selected. They completed Resilience inventory (Conver & Davidson, 2003), coping stressor situation inventory (Andler & Parker, 1995), and Pain Catastrophizing Scale (Sullivan, et. al., 1995). The findings were analyzed through descriptive statistics, Multivariate variance analysis using SPSS version 22.

Findings: Results showed that patients have a significant difference in all variables, such as concept control, spiritual effect and avoidant coping style, in comparison with normal people. Also, results showed that men in comparison with women have no significant difference in variables.

Conclusions: According to our results, cancer can make difference between patients and normal groups in resilience, coping style and pain catastrophizing behavior. Therefore, we suggest making comprehensive care plan in patients suffering from cancer for reinforcing resilience and coping style with decreasing pain catastrophizing.

Keywords: resilience, coping style, pain catastrophizing, cancer

► Please cite this paper as:

Tajikzade F, Sadeghi R, Raeskarimian F. [The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing behavior between cancer patients and normal people (persian)]. J anesth pain 2016;6(4):38-48.

Corresponding Author: Fakhri Tajikzade, PhD student of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz

Email: Email: f.tajikzade@shirazu.ac.ir