

## A study on the Role of Coping Strategies in Decreasing Depression Caused by Mammogram Pain

## بررسی رابطه نقش راهبردها و کارآمدی مقابله با افسردگی در تجربه درد ماموگرافی

Masoomeh Azizi

معصومه عزیزی<sup>۱</sup>

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۹/۱۰/۸۹

تاریخ بازنگری: ۲۰/۸/۸۹

تاریخ دریافت: ۲۵/۱/۱۳۸۹

### Abstract

In this research, mammogram pain and the role of pain - coping strategies and their relationship to depression were studied. In this study, 150 women aged between 21 and 46 participated. Before the subjects underwent mammography, they filled out Beck's depression inventory and pain history questionnaire. After the subjects underwent mammography, frequency and effectiveness of coping strategies for pain and annoyance, caused by mammography, were measured through coping strategies questionnaire. Pain intensity was measured by numerical grading scale and visual analog scale and level of annoyance was measured by a device called annoyance and pain grading scale. According to the results, 92 percent of women measured by visual analog scale and 89 percent of women measured by numerical grading scale considered mammography a painful experience. Among the subjects participated in the study, 4 to 7 percent of them completely disagree with undergoing mammography again and 30 percent of them agree to undergo mammography again. Furthermore, 9, 27, 24, 2, 33 and 5 percent of women considered mammography very comfortable, comfortable, a little annoying, annoying, annoying but tolerable and annoying but intolerable respectively. Results of the correlation analysis showed that there is no relationship between coping strategies and intensity of mammogram pain. However, results of the multivariable regression, which was carried out to investigate the relationship between coping strategies and mammogram pain, showed that there was a significant relationship (1) between disastrous consequences and pain intensity ( $P=0/0001$  and  $R=0/29$ ) and (2) between self conversation and pain intensity ( $P=0/0001$  and  $R=0/363$ ), even though there was no relationship between coping strategies and intensity of mammogram pain.

### Keywords

Evaluation of pain, Mammogram pain, Coping strategies, Coping efficacy

### چکیده

مقاله حاضر درد ماموگرافی و نقش راهبردهای مقابله در درد و رابطه آن با افسردگی را مورد مطالعه قرار داده است. در این مطالعه، ۱۵۰ زن بامیانگین سنی ۴۶/۲۱ سال ( $sd=7/91$ ) شرکت داشتند، که قبل از ماموگرافی پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه تاریخچه درد به آزمودنی ها داده می شد و بلافاصله پس از پایان ماموگرافی با استفاده از «پرسشنامه موقعیتی راهبردهای مقابله ای»، فراوانی و نیز میزان کارآمدی راهبردهایی را که برای مقابله با درد و ناراحتی ماموگرافی به کار بسته بودند، درجه بندی کردند. این زنان همچنین شدت درد ناشی از ماموگرافی را با استفاده از دو ابزار؛ «مقیاس درجه بندی عددی» و «مقیاس پیوسته بصری» و میزان ناراحتی تجربه شده به هنگام ماموگرافی را با استفاده از ابزاری ۶ درجه ای به نام «مقیاس درجه بندی ناراحتی/درد» گزارش کردند. بر اساس یافته های این مطالعه ۹۲٪ از زنان در مقیاس پیوسته بصری و ۸۹٪ از آنها در مقیاس درجه بندی عددی، ماموگرافی را دردناک گزارش کردند. از بین زنان مراجعه کننده ۴/۷ درصد افراد، کاملاً مخالف ماموگرافی دوباره و ۳۰ درصد کاملاً موافق بودند. از بین این افراد ۹ درصد ماموگرافی را خیلی راحت، ۲۷ درصد راحت، ۲۴ درصد کمی ناراحت کننده، ۲ درصد ناراحت کننده، ۳۳ درصد ناراحت کننده اما قابل تحمل و ۵ درصد ناراحت کننده و غیر قابل تحمل دانستند. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین کارآمدی مقابله و شدت درد ماموگرافی رابطه ای وجود ندارد. اما نتایج رگرسیون چند متغیره که با هدف بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله ای و شدت درد ماموگرافی انجام شد، نشان داد در حالی که بین شدت درد و افسردگی هیچ گونه رابطه ای وجود ندارد، بین فاجعه آفرینی و شدت درد ( $P=0/0001$ ،  $r=0/29$ ) و گفتگو با خود و شدت درد ( $P=0/0001$ ،  $r=0/363$ ) همبستگی معنی داری وجود دارد.

### کلیدواژه‌ها

ارزیابی درد، درد ماموگرافی، راهبردهای مقابله ای، کارآمدی مقابله ای.



## مقدمه

سرطان پستان یکی از شایع ترین سرطان‌ها و عامل ۱۹ درصد از مرگ و میر وابسته به سرطان در زنان است (اسفرجانی، ۱۳۸۸). علی رغم وخیم بودن این بیماری، در صورت تشخیص زود هنگام، پیش آگهی بیمار بهتر خواهد شد (قره خانلو، ۱۳۸۹).

سه روش عمده غربالگری سرطان پستان عبارتند از معاینه پستان توسط خود شخص، معاینه بالینی پستان توسط پزشک و ماموگرافی<sup>۱</sup>. ماموگرافی روشی بسیار کارآمد برای کشف سرطان می باشد. برای اکثریت زنان ماموگرافی یک شیوه نسبتاً روشن و قابل فهم می باشد که اگر چه مقداری ناراحت کننده است اما تقریباً راحت می توان با آن مبارزه کرد. اما برای عده ای دیگر از آنها ماموگرافی شیوه دردناکی است که به یک منبع اضطراب و تنش قابل ملاحظه تبدیل می شود. در نظر بعضی از زنان ترس از درد ممکن است به اندازه ای بزرگ باشد که آنها را از انجام ماموگرافی باز دارد. کاهش در میزان مرگ و میر فقط هنگامی عملی خواهد شد که زنان بالای پنجاه سال به طور منظم ماموگرافی‌های غربالگری را انجام دهند. یک تجربه دردناک از ماموگرافی ممکن است زنان را از انجام ماموگرافی‌های بعدی باز دارد و به این وسیله کشف اولیه سرطان پستان، زمانی که هنوز قابل درمان می باشد، صورت نمی گیرد. در تحقیق کورنگات و همکاران (۱۹۹۶)، ۹۱ درصد از مجموع ۱۱۹ زن مورد مطالعه، وجود درد را به هنگام ماموگرافی گزارش کردند. اگر چه بیشتر زنان شرکت کننده در این مطالعه دارای دردی با شدت خفیف تا متوسط بودند اما حدود ۱۵ درصد از آنها درد خود را شدید گزارش کردند. در مطالعه دیگری توسط اصغری و همکاران (۱۳۸۴) ۶۰/۷ درصد از زنان شرکت کننده، آزمایش ماموگرافی را دردناک گزارش کردند. به طور خلاصه، ماموگرافی برای بخش قابل توجهی از زنان آزمایشی است همراه با درد و آنها به هنگام ماموگرافی دردهایی را با شدت‌های متفاوت (خفیف، متوسط یا شدید) گزارش می کنند. در اینجا سؤال مهمی که باید به آن پاسخ

داده شود این است که چه عواملی را می توان مسئول بروز پاسخ های متنوع رفتاری و تجربه های ذهنی گوناگونی دانست که بیماران دارای درد از خود نشان می دهند؟ الگوی پزشکی - زیستی درد به دلیل عدم توجه به نقشی که عوامل روانشناختی و روانی - اجتماعی در سلامت و بیماری ایفا می کنند و به دلیل نادیده انگاشتن تعامل پویای این عوامل با عوامل پاتوفیزیولوژیک مورد انتقاد قرار گرفته است (اصغری مقدم، ۱۳۷۸، ص ۲).

در سال ۱۹۶۵، ملزاک و وال نظریه کنترل دروازه را برای درد پیشنهاد کردند. این نظریه ضرورتاً یک مبنای تشریحی را برای این عقیده ارائه کرد که درونداد حسی می تواند توسط فرآیندهای معین فیزیولوژیکی و روانشناختی تعدیل شود. این گونه تصور شد که درونداد گیرنده های حس درد پیرامونی قبل از انتقال به مغز از طریق یک «دروازه» نورونی در نخاع شوکی می گذرد. این دروازه ممکن است بر فعالیت مربوط در فیبرهای اوران کوچک و بزرگ و فعالیت در فیبرهای نزولی مغز، باز و بسته شود. این دروازه همچنین از طریق راه های نزولی از نواحی کورتکس مرکزی کنترل می شود. این مدل از درد، مکانیسمی ارائه می کند که از طریق آن عوامل روانشناختی نظیر توجه، حواسپرتی، خلق، انتظارات و شخصیت می تواند بر ادراک درد تأثیر داشته باشد.

فیلپس<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) مدلی را تعریف می کند که در آن تأثیر شناخت بر رفتار مربوط به درد را تشریح می کند، در این مدل بر انتظاراتی که بیماران درباره تأثیر اعمال خود و نیز عقایدی که در مورد ظرفیت خود برای کنترل رویدادهای درد دارند، تأکید می گردد.

دیدگاه شناختی-رفتاری درد مزمن، پژوهش های گسترده ای را با هدف تعیین عوامل روانشناختی مؤثر بر درد و ناتوانی همراه با آن انجام داده است، برای نمونه (ترک<sup>۳</sup> و رودی<sup>۴</sup>، ۱۹۸۶، ۱۹۹۲، جنسن<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۱، ۱۹۹۴) در پژوهش هایشان همواره نشان داده اند که نگرش ها، باورها، انتظارات بیماران و نیز منابع و شیوه هایی که برای مقابله با درد خود بکار

<sup>2</sup>. Fealps

<sup>3</sup>. Turk

<sup>4</sup>. Rudy

<sup>5</sup>. Gensoun

<sup>1</sup>. mammograms



## روش

آزمودنی‌های این مطالعه از ۱۵۰ نفر که برای انجام ماموگرافی به سه مرکز دولتی و دو مرکز خصوصی در شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌شد. نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد.

شیوه جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا اطلاعاتی در مورد ویژگی‌های مردم شناختی، سابقه ماموگرافی قبلی و علت مراجعه برای ماموگرافی، گردآوری و پرسشنامه افسردگی بک نیز به آنها داده می‌شد. سپس آزمودنی توسط تکنسین پرتو شناس برای عکسبرداری آماده می‌شد، بلافاصله پس از پایان ماموگرافی مقیاس‌های اندازه‌گیری شدت درد و ناراحتی و پرسشنامه موقعیتی راهبردهای مقابله توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید. همچنین با پاسخ به یک سؤال، شرکت‌کنندگان در مطالعه، میزان تمایل خود را برای انجام ماموگرافی بعدی اعلام می‌کردند.

## ابزارهای پژوهش

۱- **مقیاس پیوسته بصری:** مقیاس پیوسته بصری خط صافی است به طول ۱۰۰ میلی‌متر که در یک انتهای آن عبارت «عدم درد» و در انتهای دیگر عبارت «شدیدترین درد ممکن» نوشته شده است و از آزمودنی خواسته می‌شود تا با گذاشتن نقطه‌ای بر روی خط، شدت درد خود را در طی ماموگرافی مشخص کند. مطالعات مختلف ویژگی‌های روانسنجی (اعتبار، روایی و حساسیت در برابر تأثیرات درمانی) این ابزار را تأیید کرده است (ترنر و همکاران، ۱۹۸۲؛ جنسن و همکاران، ۱۹۸۶؛ پرایس و هارکینز، ۱۹۸۷). این مقیاس در مطالعات ماموگرافی به کار برده شده و اعداد برابر یا کوچکتر از ۲ میلی‌متر معادل عدم درد، اعداد بزرگتر از ۲ میلی‌متر تا ۴۰ میلی‌متر به عنوان درد خفیف، اعداد بین ۴۰ تا ۷۰ میلی‌متر به عنوان درد متوسط و اعداد بزرگتر از ۷۰ به عنوان درد شدید گزارش شده‌اند (کورنگات و همکاران، ۱۹۹۶؛ کاشیکار-زوک و همکاران، ۱۹۹۷). در این مقیاس نمره آزمودنی بین صفر تا ۱۰۰ می‌تواند تغییر کند (اصغری، ۱۳۸۴).

۲- **مقیاس درجه بندی عددی:** مقیاس درجه‌بندی عددی خط صافی است که در یک انتهای

می‌گیرند بر چگونگی گزارش آنها از شدت درد، میزان ناتوانی و پاسخ به درمان مؤثر است. به سخن دیگر این دیدگاه، باورهای بیماران نسبت به درد و نیز نوع راهبردهای مقابله‌ای که در مواجهه با درد خود، به کار می‌گیرند، واسطه بین درد و سازگاری هستند. در این رویکرد، سازگاری با درد، تابعی است از باورهای مربوط به درد و نیز ماهیت راهبردهای مقابله‌ای که افراد به هنگام مواجهه با درد آنها را به کار می‌گیرند.

رودی، کرنز و ترک (۱۹۸۸) در مطالعه‌ای دریافتند که بین افسردگی و شدت درد بیماران رابطه معنی‌داری وجود ندارد، بلکه دو عامل شناختی میزان کنترل احساس شده بر درد و ارزیابی بیمار از میزان اختلالی که درد در فعالیت‌های روزمره وی به وجود آورده است می‌توانند شدت افسردگی در بین بیماران را تبیین نمایند. بیدرمن و همکاران (۱۹۸۷) در تحقیق خود نشان داده‌اند که ارزیابی‌های منفی و ناسازگارانه از موقعیت و کارایی شخصی می‌تواند افسردگی، عدم فعالیت و واکنش افراطی در قبال تحریکات درد آور را به وجود آورد.

مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای فعال (برای نمونه، تلاش برای انجام فعالیتی علی‌رغم وجود درد، بی‌توجهی به درد یا توجه برگردانی از درد و درگیر شدن در انجام فعالیتی خاص) دارای نتایج انطباقی هستند و راهبردهای مقابله‌ای منفعل (برای نمونه، وابسته شدن یا تکیه کردن به دیگران برای دریافت کمک در جهت کنترل درد، و افسردگی رابطه دارند (براون<sup>۱</sup> و نیکاسیو<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷، براون و همکاران، ۱۹۸۹، لوسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۰، توتوفاویست<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۳).

راهبردهای مقابله‌ای هم در جهت تغییر ادراک از شدت درد و هم در جهت تغییر توانایی برای کنترل یا تحمل درد و استمرار بخشیدن به فعالیت روزمره تأثیر مستقیم دارند (ترک و همکاران، ۱۹۸۳).

مطالعه حاضر کوشیده است تا درد ماموگرافی و رابطه آن با راهبردها و کارآمدی مقابله با افسردگی را مورد بررسی قرار دهد.

<sup>1</sup>. Brown

<sup>2</sup>. Nicassiol

<sup>3</sup>. Lawson

<sup>4</sup>. Toto- Faucette



نیز میزان ادراک خود از کارآمدی مقابله را درجه‌بندی کردند. پرسشنامه راهبردهای مقابله موقعیتی از نسخه ایرانی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای اقتباس و به گونه‌ای که توضیح داده می‌شود برای به کارگیری در مطالعه حاضر متناسب شد (اصغری مقدم، ۱۳۸۴). پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای (روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳) برای سنجش فراوانی راهبردهایی که افراد از آنها برای مقابله با درد استفاده می‌کنند، ساخته شده است. با استفاده از ۴۲ عبارت، این پرسشنامه شش راهبرد مقابله‌ای شناختی («توجه برگردانی»، «تفسیر مجدد درد»، «گفتگو با خود»، «نادیده انگاشتن درد»، «فاجعه آفرینی» و «دعا-میدواری») و یک راهبرد مقابله رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد. هر راهبرد مقابله دارای شش عبارت است و آزمودنی باید با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص نماید که معمولاً به هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از راهبرد مذکور استفاده می‌کند. همچنین پرسشنامه مذکور از آزمودنی‌ها می‌خواهد تا مشخص کنند که با استفاده از راهبردهایی که برای مواجهه با درد به کار بسته اند تا چه میزان توانسته اند درد خود را کاهش دهند و نیز تا چه میزان بر درد خود احساس کنترل داشته اند. «ضریب همسانی درونی» هفت خرده مقیاس این پرسشنامه بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳). روایی همزمان و ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در پژوهشی با ۱۵۴ بیمار ایرانی مبتلا به درد مزمن مورد تأیید قرار گرفته است (اصغری و همکاران، ۱۹۹۹). در مطالعه حاضر، ضریب همسانی درونی هفت خرده مقیاس پرسشنامه بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ متغیر بود و با توجه به اینکه حداقل ضریب همسانی درونی قابل قبول ۰/۷۰ است (نانالی و برنشتاین، ۱۹۹۴) نسخه ایرانی پرسشنامه راهبردهای مقابله، از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است. به منظور تدوین پرسشنامه ای برای ارزیابی فراوانی راهبردهای مقابله‌ای با درد ماموگرافی، در پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای (اصغری و همکاران، ۱۹۹۹) دو تغییر داده شد: ۱- از آنجا که به کارگیری راهبرد مقابله رفتاری (انجام فعالیت هایی چون قدم زدن، رفتن به مکانی دیگر، پیوستن به جمع افراد دیگر و انجام فعالیت) به هنگام ماموگرافی امکان پذیر نیست لذا

آن عدد صفر و در انتهای دیگر آن عدد ۱۰ نوشته شده و با استفاده از این اعداد، خط مذکور به یازده قسمت مساوی تقسیم شده است. در زیر عدد صفر عبارت «عدم درد» و در زیر عدد ۱۰ عبارت «شدیدترین درد ممکن» نوشته شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود که با انتخاب عددی بین صفر تا ۱۰ شدت درد خود را مشخص کند. روایی، اعتبار و حساسیت این ابزار نسبت به اثرات درمانی مورد تأیید است (جنسن و کارولی، ۱۹۹۲). کورنگات و همکاران (۱۹۹۶) و کاشیکار-زوک و همکاران (۱۹۹۷)، این مقیاس را در مطالعات ماموگرافی به کار برده و اعداد کوچکتر از ۱ را معادل «عدم درد»، اعداد بین ۱ تا ۴ را معادل «درد خفیف» اعداد بین ۴ تا ۷ را معادل «درد متوسط» و اعداد بزرگتر از ۷ را معادل «درد شدید» گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر همین نقاط برش مورد استفاده قرار گرفت. در این مقیاس نمره آزمودنی بین صفر تا ۱۰ می‌تواند تغییر کند (اصغری، ۱۳۸۴).

**۳- مقیاس درجه بندی ناراحتی/درد:** از تمام زنان شرکت کننده در مطالعه خواسته شد تا میزان ناراحتی و درد تجربه شده به هنگام ماموگرافی را با استفاده از مقیاس درجه بندی ناراحتی/درد گزارش کنند. این مقیاس که در مطالعات ماموگرافی بسیاری به کار گرفته شده است (کیف و همکاران، ۱۹۹۴) دارای شش توصیف کننده است و آزمودنی باید از بین آنها تنها یکی را که به بهترین وجه تجربه او را به هنگام ماموگرافی منعکس می‌کند، انتخاب کند. این شش توصیف کننده عبارتند از: «بسیار راحت»، «راحت»، « کمی ناراحت کننده»، «ناراحت کننده اما قابل تحمل»، «ناراحت کننده و غیر قابل تحمل» و «دردناک و غیر قابل تحمل». این مقیاس به دلیل ترکیب دو گروه توصیف کننده درد و ناراحتی در قالب یک مقیاس و تقاضا از آزمودنی برای انتخاب تنها یک گزینه، ارزیابی صحیحی از درد نمی‌تواند به دست دهد اما به منظور مقایسه یافته های این مطالعه با یافته‌های سایر مطالعات، تصمیم گرفته شد تا از این مقیاس نیز استفاده شود.

**۴- راهبردهای مقابله موقعیتی:** پس از پایان ماموگرافی، تمام زنان، با استفاده از «پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای موقعیتی»، فراوانی راهبردهایی را که برای مقابله با درد ماموگرافی به کار گرفته بودند و



جدول ۱- فراوانی و درصد ویژگی های مردم شناختی نمونه آماری

| شاخص        | فراوانی | درصد |
|-------------|---------|------|
| نژاد        |         |      |
| فارس        | ۱۰۲     | ۶۸   |
| ترک         | ۳۲      | ۲۱   |
| لر          | ۴       | ۳    |
| کرد         | ۲       | ۱    |
| عرب         | ۱       | ۱    |
| سایر نژادها | ۹       | ۶    |
| جمع         | ۱۵۰     | ۱۰۰  |

نشانه تغییرات در علایم زمینه ای باشد و پایایی<sup>۳</sup> آن نیز با سایر مقیاس های افسردگی همبستگی دارد (صالحی، ۱۳۸۷).

### نتایج

جدول ۱ ویژگی های مردم شناختی نمونه مورد مطالعه را نشان می دهد. همان گونه که در جدول دیده می شود، اکثریت افراد مورد مطالعه از نژاد فارس می باشند (۱۰۲ نفر یا ۷۲ درصد) پس از آن نژاد ترک (۳۲ نفر یا ۲۲/۷ درصد) و لر (۴ نفر یا ۳ درصد)، کرد (۲ نفر یا ۱ درصد)، عرب (۱ نفر یا ۱ درصد) می باشند، ۳ نفر (۲ درصد) متعلق به سایر نژادها می باشند.

جدول ۲ نشان می دهد که اکثریت افراد خانه دار هستند (۸۹ نفر یا ۵۹ درصد) پس از آن بیشترین تعداد متعلق به افراد کارمند (۵۴ نفر یا ۳۶ درصد) و از بین ۱۵۰ نفر نمونه مورد مطالعه ۱ نفر (۱ درصد) بیکار بود.

جدول ۳ اطلاعات توصیفی به دست آمده از دو مقیاس اندازه گیری شدت درد (مقیاس پیوسته بصری و مقیاس درجه بندی عددی) را نشان می دهد. همان گونه که دیده می شود درصد بسیار بالایی از زنان شرکت کننده در مطالعه، صرف نظر از نوع مقیاس مورد استفاده، ماموگرافی را دردناک گزارش کرده اند

جدول ۲- فراوانی و درصد ویژگیهای شغلی نمونه آماری

| شاخص           | فراوانی | درصد |
|----------------|---------|------|
| ویژگی های شغلی |         |      |
| خانه دار       | ۸۹      | ۵۹   |
| کارمند         | ۵۴      | ۳۶   |
| بیکار          | ۱       | ۱    |
| پاسخ نداده     | ۶       | ۴    |
| جمع            | ۱۵۰     | ۱۰۰  |

راهبرد مذکور از پرسشنامه حذف شد؛ ۲- شیوه بیان عبارات یا موقعیت آزمایش متناسب شد، مثلاً عبارت «وقتی که درد دارم هیچ گونه توجهی به آن نمی کنم» با عبارت «هیچ گونه توجهی به درد نکردن» جایگزین گردید. سپس در مطالعه ای مقدماتی، پرسشنامه در مورد یک نمونه ۵۰ نفری از زنانی که برای ماموگرافی مراجعه کرده بودند به کار گرفته شد. نتایج این مطالعه مقدماتی حاکی از امکان پذیری کاربرد پرسشنامه مذکور بود. بدین ترتیب، پرسشنامه راهبردهای مقابله موقعیتی با ۳۶ عبارت، شش راهبرد شناختی را در مواجهه با درد ماموگرافی می سنجد. آزمودنی با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه ای (صفر تا شش)، مشخص می کند که به هنگام مواجهه با درد ماموگرافی تاچه میزان از هر یک از راهبردهای مذکور استفاده کرده اند. همچنین، در پایان پرسشنامه با طرح دو پرسش ادراک آزمودنی از کارآمدی مقابله و توانایی کاهش درد و میزان کنترل احساس شده بر درد در نتیجه راهبردهای به کار گرفته شده، سنجیده می شود (اصغری، ۱۹۹۹).

۵- تمایل برای انجام ماموگرافی بعدی: پس از پایان ماموگرافی از تمام زنان شرکت کننده در مطالعه خواسته شد تا میزان تمایل خود را برای انجام ماموگرافی بعدی اعلام کنند.

۶- پرسشنامه افسردگی بک: این آزمون توسط آردن، تی بک در سال ۱۹۶۱ تدوین گردیده است. آزمون افسردگی بک دارای دو شکل بلند و کوتاه می باشد. فرم بلند آن دارای ۲۱ گروه سؤال و فرم کوتاه دارای ۱۳ گروه سؤال است، که در این پژوهش از فرم بلند استفاده شده است. آزمون افسردگی بک به دلیل اینکه تمام مشخصات روانی- عاطفی و بدنی بیماران افسرده مانند بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، اختلال در خواب و خستگی پذیری، گوشه گیری از اجتماع و سایر عوارض این بیماران از خفیف ترین تا شدیدترین اندازه را مورد سنجش قرار می دهد (بی آزار، ۱۳۸۵). پایداری داخلی<sup>۱</sup> این پرسشنامه در مطالعه های متعدد، بالا بوده است و روایی<sup>۲</sup> آن به طور ثابت بالا نیست که این ممکن است

1. Internal consistency

2. Test retest reliability

3. Validity



جدول ۳- اطلاعات توصیفی بدست آمده از مقیاس پیوسته بصری و مقیاس درجه بندی عددی

| شاخص ها                | مقیاس پیوسته بصری به درصد | مقیاس درجه بندی عددی به درصد |
|------------------------|---------------------------|------------------------------|
| متغیر                  |                           |                              |
| عدم درد                | ۸                         | ۱۱                           |
| درد خفیف               | ۴۷                        | ۴۸                           |
| درد متوسط              | ۳۳                        | ۳۰                           |
| درد شدید               | ۱۲                        | ۱۱                           |
| میانگین (انحراف معیار) | ۳۶/۸۵ (۲۵/۶۶)             | ۳۶/۷۸ (۲/۶۶)                 |

(۹۲٪ در مقیاس پیوسته بصری و ۸۹٪ در مقیاس درجه بندی عددی). تقریباً یک سوم زنان شدت درد خود را متوسط و حدود ۱۲٪ از آنها درد خود را شدید گزارش کرده‌اند. میانگین شدت درد با استفاده از مقیاس پیوسته بصری ۳۶/۸۵ (sd = ۲۵/۶۶) و با استفاده از مقیاس درجه بندی عددی ۳۶/۷۸ (sd = ۲/۶۶) گزارش شده است. با توجه به انحراف معیارهای به دست آمده می‌توان گفت که پراکندگی قابل توجهی در درجه بندی شدت درد ماموگرافی وجود دارد و اگر چه میانگین درد گزارش شده با استفاده از هر دو مقیاس در دامنه درد خفیف قرار می‌گیرد اما درصد قابل توجهی از افراد دردهایی را با شدت متوسط تا شدید گزارش کرده‌اند.

جدول ۴- اطلاعات توصیفی به دست آمده از مقیاس ناراحتی/درد

| شاخص ها                      | فراوانی | درصد |
|------------------------------|---------|------|
| متغیر                        |         |      |
| بسیار راحت                   | ۱۴      | ۹    |
| راحت                         | ۴۰      | ۲۷   |
| کمی ناراحت                   | ۳۶      | ۲۴   |
| ناراحت کننده                 | ۳       | ۲    |
| ناراحت کننده اما قابل تحمل   | ۴۹      | ۳۳   |
| ناراحت کننده و غیر قابل تحمل | ۸       | ۵    |
| کل                           | ۱۵۰     | ۱۰۰  |

جدول ۴ اطلاعات توصیفی به دست آمده از مقیاس ناراحتی/درد را خلاصه کرده است.

جدول ۵- همبستگی بین افسردگی و ۶ خرده مقیاس راهبردهای مقابله با شدت درد، NRS VAS در حین ماموگرافی

| متغیر            | مقیاس عددی اندازه گیری | مقیاس پیوسته |
|------------------|------------------------|--------------|
|                  | درد NRS                | بصری VAS     |
| افسردگی          | ۰/۰۸                   | ۰/۰۹         |
|                  | P = ۰/۲۸۲              | P = ۰/۲۴۴    |
| فاجعه آفرینی     | ۰/۳۲ <sup>۱</sup>      | ۰/۲۹ *       |
|                  | P = ۰/۰۰۰۱             | P = ۰/۰۰۰۱   |
| انحراف توجه      | ۰/۰۲                   | ۰/۰۳         |
|                  | P = ۰/۷۹۵              | P = ۰/۶۴۴    |
| نادیده گرفتن درد | ۰/۰۴                   | ۰/۰۴         |
|                  | P = ۰/۵۹۱              | P = ۰/۵۸۴    |
| امیدواری         | ۰/۳۳۱                  | ۰/۱۹۲        |
|                  | P = ۰/۰۰۴              | P = ۰/۰۲     |
| تفسیر مجدد درد   | ۰/۰۶۳                  | ۰/۱۵۵        |
|                  | P = ۰/۴۳۷              | P = ۰/۸۵۳    |
| گفتگو با خود     | ۰/۳۷۱ *                | ۰/۳۶۳ *      |
|                  | P = ۰/۰۰۰۱             | P = ۰/۰۰۰۱   |
| کنترل درد        | ۰/۱۲                   | ۰/۱۴         |
|                  | P = ۰/۱۳۴              | P = ۰/۰۹     |
| کاهش درد         | ۰/۰۰۴                  | ۰/۰۱۱        |
|                  | P = ۰/۹۵۸              | P = ۰/۸۹۱    |

\* نشانه وجود همبستگی است.

همانگونه که دیده می‌شود ۹۵٪ از زنان ماموگرافی را به درجات متفاوتی ناراحت کننده گزارش کرده‌اند، تنها ۵٪ از زنان تجربه خود را به هنگام ماموگرافی دردناک و غیر قابل تحمل دانسته‌اند. از بین زنان ۷ نفر (۴/۷ درصد) مخالف ماموگرافی مجدد و ۴۵ نفر (۳۵ درصد) متمایل برای ماموگرافی دوباره بودند. در جدول ۵ همبستگی بین افسردگی و ۶ خرده مقیاس راهبردهای مقابله‌ای با شدت درد نشان داده شده است. با توجه به تعداد متغیرهای زیادی که در ماتریس همبستگی وجود دارد استفاده از سطح معناداری (α = ۰/۰۵) احتمال خطای نوع اول را بالا می‌برد. به منظور اجتناب از این خطا از آزمون سازگار کردن بون فرنی<sup>۱</sup> استفاده شد. با توجه به عدد ۰/۰۰۴ (۰/۰۵ ÷ ۱۱ = ۰/۰۰۴) سطح معناداری را انتخاب می‌کنیم.

نتایج به دست آمده از جدول ۵ نشان می‌دهد که

<sup>۱</sup> Bon feroni. Adjsted test



جدول ۶- بررسی متغیرها بر اساس میزان احساس درد در حین ماموگرافی ( $\alpha = 0.05$ )

| FRatio | سطح معناداری<br>Fprob | میانگین و              |                                     | میانگین و              |                                     | میانگین و              |                  | شاخص<br>متغیر |
|--------|-----------------------|------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|------------------------|------------------|---------------|
|        |                       | انحراف معیار<br>گروه ۵ | میانگین و<br>انحراف معیار<br>گروه ۴ | انحراف معیار<br>گروه ۳ | میانگین و<br>انحراف معیار<br>گروه ۲ | انحراف معیار<br>گروه ۱ |                  |               |
| ۰/۷۸   | ۰/۵۴                  | ۱۰/۱۴<br>(۲/۷۳)        | ۱۱/۶۲<br>(۳/۰۲)                     | ۱۰/۸۶<br>(۲/۹۳)        | ۱۰/۳۷<br>(۲/۱۰)                     | ۱۰/۷۷<br>(۲/۸۸)        | افسردگی          |               |
| ۱/۷۲   | ۰/۱۵                  | ۵/۴۲<br>(۶/۷۵)         | ۵/۷۵<br>(۵/۸۰)                      | ۴/۹۰<br>(۵/۳۱)         | ۲/۲۵<br>(۴/۸۳)                      | ۳/۸۳<br>(۵/۴۵)         | فاجعه آفرینی     |               |
| ۰/۸۶   | ۰/۴۹                  | ۸/۱۹<br>(۱۰/۳۸)        | ۱۱/۶۲<br>(۹/۳۳)                     | ۸/۱۱<br>(۸/۰۲)         | ۵/۷۵<br>(۷/۷۸)                      | ۶/۸۸<br>(۸/۲۶)         | انحراف توجه      |               |
| ۰/۸۵   | ۰/۴۹                  | ۱۴/۶۵<br>(۱۱/۳۵)       | ۱۱/۳۷<br>(۹/۵۳)                     | ۱۰/۷۹<br>(۹/۲۰)        | ۱۲/۲۵<br>(۱۰/۶۱)                    | ۱۲/۸۸<br>(۹/۴۹)        | نادیده گرفتن درد |               |
| ۱/۴۶   | ۰/۲۲                  | ۱۸/۴۴<br>(۹/۸۶)        | ۱۷<br>(۵/۷۵)                        | ۱۴/۷۷<br>(۸/۶۱)        | ۱۴/۵۳<br>(۸/۷۵)                     | ۱۴/۳۸<br>(۸/۷۶)        | امیدوار بودن     |               |
| ۱/۳۶   | ۰/۲۵                  | ۹/۷۲<br>(۹/۴۲)         | ۶/۳۷<br>(۷/۳۶)                      | ۷/۴۶<br>(۸/۴۲)         | ۵/۶۵<br>(۷/۸۸)                      | ۵/۹۱<br>(۷/۵۷)         | تفسیر مجدد درد   |               |
| ۳/۰۸   | ۰/۰۱ <sup>۱</sup>     | ۲۰/۵۱<br>(۱۱/۶۵)       | ۱۶/۷۵<br>(۸/۸۴)                     | ۱۴/۵۹<br>(۱۱/۵۲)       | ۱۱/۸۷<br>(۱۱/۶۹)                    | ۱۴/۹۴<br>(۱۱/۱۱)       | گفتگو با خود     |               |
| ۱۶/۶۴  | ۰/۰۰۱ <sup>*</sup>    | ۵/۴۲<br>(۲/۳۳)         | ۶/۶۲<br>(۲/۲۶)                      | ۳/۳۰<br>(۲/۱۶)         | ۲/۸۷<br>(۲/۰۷)                      | ۱/۴۴<br>(۲/۰۳)         | شدت درد NRS      |               |
| ۱۲/۰۷  | ۰/۰۰۱ <sup>*</sup>    | ۴/۸۹<br>(۲/۵۲)         | ۶/۹۲<br>(۲/۱۲)                      | ۳/۴۹<br>(۲/۳۱)         | ۲/۷۱<br>(۲/۰۸)                      | ۱/۴۰<br>(۱/۷۸)         | شدت درد VAS      |               |

<sup>۱</sup> نشانه وجود رابطه معنا دار است.

راحت، راحتی، کمی ناراحت، ناراحت کننده، ناراحت کننده اما قابل تحمل) تفاوت معناداری وجود دارد. در مورد متغیر «گفتگو با خود» نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان می دهد که گروه دوم (راحت) به نحو معناداری از گروه پنجم (ناراحت کننده اما قابل تحمل) متفاوت است. یعنی اینکه افراد گروه پنجم در مقایسه با گروه دوم به نحو معناداری بیشتر از مکانیسم گفتگو با خود استفاده کرده اند.

در رابطه با متغیر NRS نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان می دهد که افراد گروه اول (خیلی راحت)، گروه دوم (راحت) و گروه سوم (کمی ناراحت) در مقایسه با افراد گروه پنجم (ناراحت کننده اما قابل تحمل) از شدت درد کمتری برخوردار بوده اند. همچنین افراد گروه اول (خیلی راحت)، گروه دوم (راحت) و گروه سوم (کمی ناراحت) در مقایسه با گروه چهارم (ناراحت کننده) شدت درد کمتری را گزارش کرده اند. در رابطه با متغیر VAS نتایج آزمون تعقیبی شفه<sup>۱</sup> نشان می دهد که افراد گروه اول (خیلی راحت) نسبت به افراد گروه سوم

همبستگی به دست آمده بین شدت درد در مقیاس پیوسته بصری و افسردگی ( $P=0.244$ ) ( $r=0.09$ ) نشان دهنده این مسئله است که بین شدت درد و افسردگی هیچ گونه رابطه معناداری وجود ندارد، یعنی افزایش افسردگی باعث افزایش شدت درد نخواهد شد. در عین حال بر اساس محاسبات انجام شده مشخص شد، افرادی که از راهبردهای مقابله ای «فاجعه آفرینی» بیشتر استفاده کرده اند، درد بیشتری را گزارش کرده اند ( $P=0.0001$ ,  $r=0.29$ ) و همین طور افرادی که از راهبرد مقابله ای «گفتگو با خود» نیز بیشتر استفاده می کنند، درد بیشتری را گزارش می دهند ( $P=0.0001$ ,  $r=0.363$ ). بین بقیه خرده مقیاس ها یعنی «انحراف توجه»، «نادیده گرفتن درد»، «امیدوار بودن» و «تفسیر مجدد احساس درد» با «شدت درد در حین ماموگرافی» ارتباط معناداری وجود ندارد.

همانگونه که در جدول ۶ دیده می شود در سه متغیر «گفتگو با خود» «شدت درد سنجیده شده به وسیله NRS» و «شدت درد سنجیده شده به وسیله VAS» بین گروه های پنج گانه طبقه بندی شده از احساس افراد مورد مطالعه در حین ماموگرافی (خیلی

<sup>۱</sup>. Scheffe test



می‌داند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مقیاس ناراحتی/درد نمی‌تواند درد ماموگرافی را به خوبی مورد سنجش قرار دهد و باید از به کارگیری آن به عنوان تنها ابزار سنجش در مطالعات ماموگرافی خودداری کرد.

نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین ادراک فرد از کارآمدی مقابله و شدت درد وی به هنگام ماموگرافی رابطه معنی داری وجود ندارد که این مسئله با یافته‌های اصغری و نیکولاس (۲۰۰۴) که عنوان کردند، زنان برخوردار از کارآمدی مقابله‌ای قوی‌تر در مواجهه با درد ماموگرافی، در مقایسه با آنهایی که از کارآمدی مقابله‌ای ضعیف‌تری برخوردار بودند، درد خفیف‌تری را به هنگام ماموگرافی گزارش کردند، همخوانی ندارد.

یکی از علل احتمالی این ناهماهنگی در یافته‌ها ممکن است به نمونه مورد مطالعه مربوط باشد. در حالی که نمونه مورد مطالعه اصغری و نیکولاس را زنان سالم تشکیل می‌داد مطالعه حاضر نمونه‌ای مرکب از زنان سالم و زنان دارای علامت (احساس درد در سینه، لمس غده در سینه و ...) را مورد مطالعه قرار داده است. براساس یافته‌های این مطالعه شاید بتوان این احتمال را مطرح کرد که کارآمدی مقابله‌ای فقط تحت شرایط خاصی می‌تواند عملکرد انطباقی خود را نشان داده و با درد خفیف‌تری در آزمایش ماموگرافی همراه باشد. علاوه بر این نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که استفاده بیشتر از دو راهبرد مقابله توجه برگردانی و نادیده انگاشتن درد و نیز استفاده کمتر از دو راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی و گفتگو با خود، با درد خفیف‌تر به هنگام ماموگرافی همراه است، که این نتایج با یافته‌های کورنگات و همکاران، ۱۹۹۶؛ کاشیکار-زوک و همکاران، ۱۹۹۷؛ شارپ و همکاران، ۲۰۰۳؛ اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۴ همسویی دارد.

در این تحقیق مشخص شد کسانی که نمره افسردگی بالاتری داشته‌اند نسبت به سایر افراد گروه نمونه درد بیشتری نداشته‌اند و در نتیجه فرضیه مربوط به رابطه بین افسردگی و میزان درد تأیید نمی‌شود که البته این مسأله با نتیجه تحقیقات رودی، کرنر و ترک که در سال (۱۹۸۸) انجام داده‌اند، همخوانی دارد.

پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی به بیماران که مستعد درد هستند راهبردهای انطباقی گوناگون

(کمی ناراحت) درد کمتری را احساس کرده‌اند، همچنین افرادی که در گروه اول (خیلی راحت) و گروه دوم (راحت) هستند نسبت به افراد گروه پنجم (ناراحت‌کننده اما قابل تحمل) درد کمتری را احساس کرده‌اند. افراد گروه اول (خیلی راحت)، گروه دوم (راحت) و گروه سوم (کمی ناراحت) نیز نسبت به گروه چهارم (ناراحت‌کننده) درد کمتری را گزارش کرده‌اند.

## بحث

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ماموگرافی آزمایشی است همراه با درد و درد مذکور از شدت‌های متفاوتی برخوردار است؛ در حالی که بیشتر زن‌ها شدت درد خود را خفیف تا متوسط درجه بندی کرده‌اند، برخی از آنها به هنگام ماموگرافی درد شدیدی داشته‌اند.

در عین حال در تحقیقی دیگر اصغری و نیکولاس (۲۰۰۴)، در مطالعه‌ای دریافتند که ۹۲ درصد از زنان شرکت‌کننده برای ماموگرافی، این آزمایش را دردناک گزارش کردند. علاوه بر این، نوسان قابل توجهی در شدت درد مشاهده شد؛ ۳۷ درصد از زنان درد خفیف، ۴۴ درصد درد متوسط و ۱۱ درصد درد شدید را گزارش کردند. این یافته با نتایج مطالعات قبلی همسو است (کورنگات و همکاران، ۱۹۹۶؛ کاشیکار-زوک و همکاران، ۱۹۹۷؛ شارپ و همکاران، ۲۰۰۳). همان‌گونه که قبلاً بیان شد در حالی که بسیاری از مطالعات، ماموگرافی را آزمایش همراه با درد می‌داند، بررسی منابع پرتوشناسی (رادیولوژی) ماموگرافی را آزمایش بدون درد معرفی می‌کند (برای نمونه استامپر و همکاران، ۱۹۸۸؛ شاختر و همکاران، ۱۹۹۰). مطالعه حاضر نشان داد که استفاده از ابزارهای سنجش متفاوت می‌تواند یکی از دلایل این نتیجه‌گیری‌های مختلف باشد، در حالی که ۹۲ درصد از زنان با استفاده از مقیاس درجه‌بندی عددی ماموگرافی را دردناک ارزیابی کرده‌اند. در مقیاس ناراحتی/درد که به طور وسیعی در مطالعات پرتوشناسی به کار گرفته شده است، تنها ۵ درصد از زنان ماموگرافی را ناراحت‌کننده و غیرقابل تحمل گزارش کرده‌اند. این یافته که با نتایج برخی از مطالعات قبلی (کیف و همکاران، ۱۹۹۴؛ اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۴) همسو است، نشان می‌دهد که چرا مطالعات پرتوشناسی ماموگرافی را بدون درد





presented at the 9th world congress on pain, Vienna, Austria.

Asghari, A.; Nicholas, M. K. (2004). Pain during mammography: The role of coping strategies. Pain, Vienna, Austria.

Brew, M. D.; Billings, J. D; & Chisholm, R.J. (1989). Mammography and breast pain. Australian Radiology, 33: 335- 336.

De Good, D. E.; & Rait, R. C. (2001). Assessment of pain beliefs and pain. In: Turk, D. C, Melzack, R; editors. Handbook of pain Assessment. (pp. 320- 345), New Yourk: Guil ford press.

Fernandez, E.; & Turk, D.C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: Ameta analysis. Pain, 35: 123-135.

Jensen, M.P.; Karoly, P.; & Braver,S. (1985). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods,. pain, 27: 117-126.

Kaskikar- zuck, S. keefe,F.J.; kornuth,P.:Beaupre, P.; Holzberg, A & Delong, D. (1997). Pain coping and the pain experience during mammography: A preliminary study. Pain; 73: 155-172.

Kornguth, P.J.; keefe F.J.; conaw, M. R. (1995). Pain during mammography: characteristics and relationship to demographic and medical variables. Pain, 55: 187-194.

Rosenstiel, A. K.; & keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment, pain 17: 33-44.

Turk, D. C.; & Melzack, R. (1992). The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. In: Turk, D. C.; and Melzack, R.; editors. Hand book of pain Assessment. (pp. 3-12), New York: Guilford press

مثل آرامش فیزیکی، خیالبافی و انحراف توجه آموزش داده شود و نتایج آن با گروه گواه (آموزش ندیده) مقایسه شود.

## منابع

اسلامی سهریباچی، حیدر (۱۳۷۹). بررسی رابطه بین سبک تبیین افسردگی در بیماران افسرده. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شاهد.

اسلامی نسب، علی (۱۳۷۸). بررسی میزان افسردگی در پرستاران مراکز دانشگاهی. پایان نامه کارشناسی ارشد علامه طباطبایی.

ایرونی، محمود و خدانهای، محمد کریم (۱۳۷۱). روانشناسی احساس و ادراک. تهران، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه ها (سمت).

اصغری مقدم، محمدعلی (۱۳۸۴). دیدگاه زیستی روانی اجتماعی درد مزمن. مقاله آزاد. عضو هیأت علمی دانشگاه شاهد و عضو انجمن بین المللی مطالعه درد و انجمن بررسی و مطالعه درد در ایران.

اصغری مقدم، محمدعلی (۱۳۷۸). بررسی میزان های شیوع درد در طول عمر (شیوع عمرانه)، درد مزمن و مستمر و برخی از ویژگی های همراه با درد مزمن مستمر در دو شهر قروه و ایلام.

اسفرجانی، شهلا و چچی اهوازی، نگاه و دوبرجاوی، میاده (۱۳۸۸). بررسی مقایسه ای برخی از عوامل خطر سرطان پستان در زنان مبتلای به سرطان پستان و لوسمی در بیمارستان شفا اهواز، مقاله آزاد. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز.

سالنامه آماری کشور، (۱۳۷۹). مرکز آمار ایران. عمار، پروانه (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین دردهای سرطانی با افسردگی و باورهای مربوط به درد. پایان نامه کارشناسی دانشگاه شاهد.

قره خانلو، فریده و ترابیان، سعادت و کامرانی، سحر (۱۳۸۹). بررسی نقش سونوگرافی تکمیلی در تشخیص سرطان پستان، مقاله آزاد. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان.

محمدی، گلزار (۱۳۸۵). بررسی شیوع درد مزمن و رابطه آن با سلامت و افسردگی در بین پرستاران شهرستان کرمانشاه و جویزود. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران.

## References

Asghari, A.; Mafi,A.R.; & Mohammadi, S.M. (1999). Pain coping strategies in an Franian population of chronic pain sufferers. poster



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی