

نقش راهبردها و کارآمدی مقابله‌ای در تجربه درد ماموگرافی

محمدعلی اصغری مقدم*، زهرا بیسادی*، شهین پرتوی*،
شیماییدری*، محبوبه رضایی*، مرضیه ذکری*،
فاطمه عزیزی*، زهرا کمال آرانی*، زهره نورعلی*

چکیده

مقاله حاضر درد ماموگرافی و نقش راهبردها و ادراک کارآمدی مقابله در درد مذکور را مورد مطالعه قرار داده است. در این مطالعه، ۱۱۹۹ زن با میانگین سنی ۴۶/۱۲ سال ($Sd=۸/۴۷$) شرکت داشتند و بلافاصله پس از پایان ماموگرافی، با استفاده از پرسشنامه موقعیتی راهبردهای مقابله‌ای فراوانی و نیز میزان کارآمدی راهبردهایی را که برای مقابله با درد و ناراحتی ماموگرافی بکار بسته بودند، درجه‌بندی کردند. این زنان همچنین شدت درد ناشی از ماموگرافی را با استفاده از دو ابزار «مقیاس درجه‌بندی عددی» و «مقیاس پیوسته بصری» و میزان ناراحتی تجربه شده به هنگام ماموگرافی را با استفاده از ابزاری ۶ درجه‌ای به نام «مقیاس درجه‌بندی ناراحتی/درد»، گزارش کردند. بر اساس یافته‌های این مطالعه ۹۲٪ از زنان در مقیاس پیوسته بصری و ۸۹٪ از آنها در مقیاس درجه‌بندی عددی، ماموگرافی را دردناک گزارش کردند. میانگین شدت درد با استفاده از مقیاس پیوسته بصری ۳۶/۸۵ ($Sd=۲۵/۶۶$) و با استفاده از مقیاس درجه‌بندی عددی ۳/۷۸ ($Sd=۲/۶۶$) گزارش شده است. اگرچه میانگین درد گزارش شده با استفاده از این دو مقیاس در دامنه درد خفیف قرار

* گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه شاهد

می‌گیرد اما حدود یک سوم زنان مورد مطالعه دردهایی را با شدت متوسط و بین ۱۱ تا ۱۲٪ از آنها دردهایی را که در دامنه دردهای شدید قرار می‌گیرد گزارش کرده‌اند. در مقیاس درجه‌بندی ناراحتی/درد، ۷/۸٪ از زنان شرکت‌کننده ماموگرافی را بسیار ناراحت‌کننده و ۱/۶٪ آن را دردناک و غیر قابل تحمل عنوان کردند. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین کارآمدی مقابله و شدت درد ماموگرافی رابطه‌ای وجود ندارد. اما نتایج رگرسیون چند متغیره که با هدف بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و شدت درد ماموگرافی انجام شد نشان داد در حالیکه بکارگیری دو راهبرد مقابله‌ای توجه برگردانی و نادیده انگاشتن درد با درد خفیف‌تری به هنگام ماموگرافی همراه است، زنانی که به هنگام ماموگرافی از دو راهبرد مقابله‌ای «گفتگو با خود» و «فاجعه آفرینی» بیشتر استفاده کرده‌اند درد شدیدتری را در ماموگرافی تجربه کرده‌اند.

کلید واژه‌ها: ارزیابی درد، درد ماموگرافی، راهبردهای مقابله‌ای، کارآمدی مقابله‌ای.



● مقدمه

«سرطان پستان» یکی از مسائل میرم بهداشت در سراسر جهان به شمار می‌آید. برآورد می‌شود که طی سال ۲۰۰۳ میلادی، در سراسر جهان، بیش از یک میلیون زن به سرطان پستان مبتلا شده و تنها در کشورهای عضو اتحادیه اروپا حدود یک میلیون زن دارای این سرطان، به حیات خود ادامه می‌دهند (بویل، ۲۰۰۳). سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان به شمار می‌آید و ۳۱ درصد از مجموع سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد (شارپ و همکاران، ۲۰۰۳). این بیماری دومین علت مرگ ناشی از سرطان است و ۱۵ درصد اینگونه مرگ‌ها را تشکیل می‌دهد (شارپ و همکاران، ۲۰۰۳)؛ همه ساله بیش از ۱۰۰ هزار زن در کشورهای عضو اتحادیه اروپا (بویل، ۲۰۰۳) و ۴۰ هزار زن در آمریکا (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۰۲) به دلیل این بیماری می‌میرند و متأسفانه اکثر این مرگ‌ها در سنی روی می‌دهد که بیمار در حد‌اعلای مسئولیت‌های اجتماعی خود است (بویل، ۲۰۰۳).

پیشرفت در درمان این سرطان کند اما مستمر است. مرگ ناشی از این بیماری بین سال‌های ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۸ بطور معنی‌داری پایین آمده است و تشخیص زود هنگام بیماری یکی از علل عمده کاهش در میزان مرگ و میر عنوان شده است. مطالعات آسیب‌شناختی و بالینی به وضوح نشان می‌دهد که احتمال زنده ماندن بیمار به دنبال تشخیص و درمان زود هنگام، بسیار بیش از موقعی است که سرطان به بافت همجوار سرایت کرده است. برای مثال، احتمال زنده ماندن به مدت پنج سال پس از تشخیص بیماری، در بیماران مبتلا به سرطان پستان موضعی ۹۶ درصد، در

بیمارانی که سرطان به دیگر بخش‌های پستان سرایت کرده است ۷۸ درصد و در زنانی که سرطان به بافت‌های سایر نقاط بدن انتشار یافته است، فقط ۲۱ درصد است (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۰۲). لذا، استفاده از روش‌های مؤثر غربالگری و تشخیص زود هنگام بیماری ضرورتی غیرقابل انکار به شمار می‌آید.

معاینه پستان توسط خود شخص، معاینه بالینی پستان توسط پزشک و «ماموگرافی» سه روش عمده غربالگری این سرطان است. «ماموگرافی» می‌تواند وجود تومور را در مراحل اولیه وجود آنها به لحاظ بالینی قابل تشخیص نیست، تعیین کند. تشخیص این تومورها در مراحل اولیه معمولاً با پیش‌آگهی خوب همراه است و می‌توان آنها را با روش‌های مؤثر درمان کرد. بدنبال انتشار گزارش شاپیرو و همکاران (۱۹۷۱) و تبار و همکاران (۱۹۸۷)، اکنون این نکته مسجل است که ماموگرافی مؤثرترین شیوه موجود برای تشخیص زود هنگام این سرطان است؛ انجام آن برای زنان بالاتر از ۴۰ سال ضروری است و می‌تواند به نحو چشم‌گیری میزان مرگ و میر ناشی از این سرطان را کاهش دهد (ادی و همکاران، ۱۹۸۸؛ تیلور و همکاران، ۱۹۹۲؛ بویل، ۲۰۰۳؛ شارپ و همکاران، ۲۰۰۳). «ماموگرافی» عکس برداری از پستان با استفاده از اشعه X است (کیف و همکاران، ۱۹۹۴).

آیا «ماموگرافی» دردناک است؟ گروهی از متخصصان بر این باورند که ماموگرافی آزمایشی سریع، ساده و بدون درد است (برای مثال، شاختر و همکاران، ۱۹۹۰)؛ اینگونه باورها احتمالاً برخاسته از مطالعاتی است که در آنها برای سنجش درد از ابزارهای مناسب استفاده نشده است. به عنوان مثال استامپر و همکاران (۱۹۸۸)، در مطالعه‌ای با ۱۸۴۷ زن از آنها خواستند تا با استفاده از یک مقیاس شش درجه‌ای (بدون ناراحتی، ناراحتی خفیف، ناراحتی متوسط، ناراحتی شدید، درد متوسط و درد شدید) تجربه خود را به هنگام ماموگرافی گزارش کنند. در این مطالعه، ماموگرافی توسط ۴۹ درصد از زنان بدون ناراحتی، ۳۹ درصد با ناراحتی خفیف، ۹ درصد با ناراحتی متوسط، یک درصد با ناراحتی شدید و یک درصد با درد متوسط درجه‌بندی شد. هیچ‌یک از زنان گزینه درد شدید را انتخاب نکردند. این مطالعه دارای محدودیتی بزرگ است: در این مطالعه دو گروه توصیف‌کننده - که یکی ناراحتی و دیگری درد را می‌سنجد - در قالب یک مقیاس به آزمودنی عرضه شده و وی می‌باید تنها یکی از آن دو (ناراحتی یا درد) را انتخاب کند. اما نظریه‌هایی که از سال ۱۹۶۵ به بعد درباره درد عنوان شده است (ملزک و وال، ۱۹۶۵)، درد را پدیده‌ای «چند وجهی»^۲ می‌داند و گروهی از مطالعات کارآمدی سنجش جداگانه ابعاد درد (یعنی دو بعد عاطفی و حسی) را مورد تاکید قرار داده است (گاگلینز، ۲۰۰۱). بدیهی است

که با ترکیب توصیف‌کننده‌های حسی و عاطفی درد در قالب یک مقیاس و ملزم ساختن آزمودنی به انتخاب تنها یکی از آن دو، امکان ارزیابی ابعاد مختلف درد فراهم نیست. با وجودی که این مقیاس در مطالعات بسیاری به تنهایی بکار رفته است، باید دانست ارزیابی دقیق درد و ناراحتی ناشی از هر روش درمانی و تشخیصی مانند ماموگرافی هنگامی میسر است که برای سنجش درد یک مقیاس مثلاً «مقیاس درجه‌بندی عددی»^۳ یا «مقیاس پیوسته بصری»^۴ و برای سنجش ناراحتی مقیاسی دیگر (مثلاً مقیاس شش درجه‌ای ناراحتی/درد) بطور مستقل از یکدیگر بکار رود.

مطالعاتی که با استفاده از مقیاس‌های مناسب سنجش درد و ناراحتی، تجربه زنان به هنگام ماموگرافی را بررسی کرده به وسیله کیف و همکاران (۱۹۹۴)، مرور شده است. بر اساس نتایج این بررسی در حالی که گروهی از زنان به هنگام انجام آزمایش، درد و ناراحتی بسیار کمی را تجربه می‌کنند، گروهی دیگر ناراحتی و درد شدیدی را تا به آن پایه تجربه می‌کنند که ممکن است تصمیم بگیرند تا برای انجام ماموگرافی بعدی مراجعه نکنند. مطالعات دیگر صحت این نتیجه‌گیری را تایید کرده است. به عنوان مثال، ۹۱ درصد از مجموع ۱۱۹ زنی که در مطالعه کورنگات و همکاران (۱۹۹۶)، شرکت کرده بودند وجود درد را به هنگام ماموگرافی گزارش کردند. اگرچه بیشتر زنان شرکت‌کننده 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 کاشیکار - زوک و همکاران (۱۹۹۷)، ۹۳ درصد از زنان شرکت‌کننده، آزمایش ماموگرافی را دردناک گزارش کردند. در این مطالعه نیز نوسان قابل توجهی در شدت درد گزارش شده توسط زنان وجود داشت. در مطالعه شارپ و همکاران (۲۰۰۳)، نیز ۷۲ درصد از زنان به هنگام ماموگرافی وجود دردی را با شدت‌های متفاوت گزارش کرده‌اند. بطور 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 می‌کنند. در اینجا این پرسش مطرح است که چرا شدت درد زنان به هنگام ماموگرافی بطور وسیعی متغیر است؟

مطالعات اولیه‌ای که با هدف درک علل نوسان در شدت درد ماموگرافی صورت گرفت بر آن گروه از متغیرهای مردم شناختی چون نژاد، قومیت، تحصیلات، وضعیت تاهل (برو و همکاران، ۱۹۸۹؛ نیلسن و همکاران، ۱۹۹۱) و یا زیست شناختی از قبیل میزان مصرف کافئین، دوره عادت ماهانه، یائسگی، میانگین شدت درد در ماموگرافی قبلی و اندازه پستان (جکسون و همکاران، ۱۹۸۸؛ کورنگات و همکاران، ۱۹۹۶) متمرکز بود. این مطالعات نتوانسته است

متغیری را بیابد که در چند مطالعه بطور مستمر توانسته باشد نوسان موجود در شدت درد ماموگرافی در بین زنان آزمودنی را تبیین کند.

کاشیکار - زوک و همکاران (۱۹۹۷)، کوشیدند تا با استفاده از تبیین‌های روانشناختی درد ماموگرافی را تبیین کنند. این پژوهشگران نقش «راهبردهای مقابله‌ای» و نیز ادراک «کارآمدی مقابله‌ای» را در درد ماموگرافی با استفاده از یک نمونه ۱۲۵ نفری از زنان پنجاه ساله و مسن‌تر مورد بررسی قرار دادند. آنها قبل از انجام ماموگرافی از زنان شرکت‌کننده در مطالعه خواستند تا با استفاده از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای (روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳)، مشخص کنند که در مواجهه با دردهایی که بطور معمول در زندگی روزمره برای آنها پیش می‌آید، تا چه میزان از راهبردهای مقابله مطرح شده در پرسشنامه مذکور استفاده می‌کنند. علاوه بر این از شرکت‌کنندگان در مطالعه خواسته شد تا مشخص نمایند که با استفاده از راهبردهایی که به کار بسته‌اند تا چه میزان توانسته‌اند درد خود را کاهش دهند و تا چه میزان بر درد خود احساس مهار داشته‌اند (کارآمدی مقابله‌ای). نتایج تحلیل آماری نشان داد زنانی که توانایی خود را برای ایجاد کاهش درد با استفاده از راهبردهای مقابله ضعیف ارزیابی کرده بودند، در مقایسه با کسانی که توانایی خود را برای کاهش دردهای روزمره بالا ارزیابی کرده بودند، درد شدیدتری را به هنگام ماموگرافی تجربه کرده بودند. این مطالعه همچنین همبستگی منفی و معنی‌داری را بین شدت درد ماموگرافی و میزان استفاده از راهبرد مقابله افزایش میزان فعالیت رفتاری گزارش کرد؛ به سخن دیگر، زنانی که به هنگام مواجهه با دردهای معمولی و روزمره میزان فعالیت رفتاری خود را افزایش می‌دادند در ماموگرافی نیز درد خفیف‌تری را گزارش کرده بودند.

اگرچه مطالعه کاشیکار - زوک و همکاران (۱۹۹۷)، توانسته است نقش راهبردهای مقابله‌ای را در درد ماموگرافی نشان دهد اما پژوهشگران مذکور از زنان شرکت‌کننده در مطالعه‌ی نخواستند بودند تا راهبردهایی را به هنگام انجام ماموگرافی واقعاً بکار گرفته بودند گزارش کنند و این موضوعی است که پژوهشگران از آن به عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه خود یاد کرده‌اند. اطلاعات موجود حکایت از آن دارد که راهبردهای مقابله‌ای بکار گرفته شده در مواجهه با دردهای آزمایشگاهی می‌تواند بر شدت درد مؤثر باشد (فرناندز و ترک، ۱۹۸۹). پژوهش‌های مختلف نشان داده است که استفاده از راهبرد مقابله‌ای فاجعه‌آفرینی طی آزمایش‌های پزشکی که با درد همراه هستند می‌تواند به تجربه درد شدیدتر کمک کند (برای بررسی این مطالعات رجوع کنید به سولیوان و همکاران، ۲۰۰۱).

اصغری و نیکولاس (۲۰۰۴)، در مطالعه‌ای درد ماموگرافی را در یک نمونه ایرانی متشکل از

۲۲۰ زن مورد بررسی قرار دادند. کلیه افراد این نمونه را زنانی تشکیل می‌دادند که فاقد هرگونه علامت بالینی بودند و برای معاینه سالانه مراجعه کرده بودند. در این مطالعه رابطه بین درد ماموگرافی و فراوانی راهبردهایی که آزمودنی‌ها از آنها برای مواجهه با دردهای معمولی زندگی روزمره و نیز درد ماموگرافی استفاده کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. همچنین درد با استفاده از مقیاس پیوسته بصری و ناراحتی ناشی از ماموگرافی با استفاده از مقیاس شش درجه‌ای «ناراحتی‌درد» مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه ۹۲ درصد از زنان ماموگرافی را دردناک یافتند. 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 مطالعه همچنین نشان داد زنان برخوردار از کارآمدی مقابله‌ای قوی‌تری در مواجهه با درد ماموگرافی، در مقایسه با آنهایی که از کارآمدی مقابله‌ای ضعیف‌تری برخوردار بودند، درد خفیف‌تری را به هنگام ماموگرافی گزارش کردند. علاوه بر این «تحلیل رگرسیون چندگانه»^۷ نشان داد استفاده بیشتر از دو راهبرد مقابله «فاجعه آفرینی»^۸ و «گفتگو با خود»^۹ و نیز استفاده کمتر از راهبرد مقابله نادیده انگاشتن درد به هنگام ماموگرافی پیش‌بینی‌کننده درد شدیدتر در ماموگرافی بود. مطالعه حاضر کوشیده است تا درد ماموگرافی و رابطه آن را با راهبردها و کارآمدی مقابله در یک نمونه بزرگتر متشکل از زنان سالم و زنان دارای علامت مورد بررسی قرار دهد.

● روش مطالعه

○ «آزمودنی‌های» این مطالعه از ۱۱۹۹ 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 می‌شد. سپس آزمودنی توسط تکنیسین پرتوشناس 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 اندازه‌گیری

□ 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 تاثیرات درمانی) این ابزار را تأیید کرده است (ترنر و همکاران، ۱۹۸۲؛ جنسن و همکاران، ۱۹۸۶؛ پرایس و هارکینز، ۱۹۸۷). این مقیاس در مطالعات ماموگرافی بکار برده شده و اعداد برابر یا کوچکتر از ۲ میلی‌متر معادل عدم درد، اعداد بزرگتر 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.

□ مقیاس درجه بندی عددی. مقیاس درجه بندی عددی خط صافی است که در یک انتهای آن عدد صفر و در انتهای دیگر آن عدد زیر 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 بکار 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.

□ مقیاس درجه بندی ناراحتی/درد. از تمام زنان شرکت‌کننده 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 بکار گرفته شده است (کیف و همکاران، ۱۹۹۴) دارای ۶ توصیف‌کننده 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 توصیف‌کننده عبارتند از: «بسیار راحت»، «راحت»، «کمی ناراحت‌کننده»، «ناراحت‌کننده اما قابل تحمل»، «ناراحت‌کننده و غیرقابل تحمل» و «دردناک و غیرقابل تحمل». این مقیاس به دلیل ترکیب دو گروه

توصیف‌کننده 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 یافته‌های این مطالعه با یافته‌های سایر مطالعات، تصمیم گرفته شد تا از این مقیاس نیز استفاده شود.

□ راهبردهای مقابله موقعیتی پس از پایان ماموگرافی، تمام زنان، با استفاده از «پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای موقعیتی»^{۱۰}، فراوانی راهبردهایی را که برای مقابله با درد ماموگرافی بکار گرفته بودند و نیز میزان ادراک خود از کارآمدی مقابله را درجه‌بندی کردند. پرسشنامه راهبردهای مقابله موقعیتی از نسخه «ایرانی پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای»^{۱۱} اقتباس و به گونه‌ای که توضیح داده می‌شود برای بکارگیری در مطالعه حاضر متناسب شد.

«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»^{۱۲}، «تفسیر مجدد درد»^{۱۳}، «گفتگو با خود»^{۱۴}، «نادیده انگاشتن درد»^{۱۴}، «فاجعه آفرینی» و «دعا-امیدواری»^{۱۵}) و یک راهبرد مقابله رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری)^{۱۶} 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 آزمودنی می‌خواهد تا با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص نماید که با استفاده از راهبردهایی که برای مواجهه با درد بکار بسته تا چه میزان توانسته است درد خود را کاهش دهد و نیز تا چه میزان بر درد خود احساس مهار داشته است. «ضرب همسانی درونی»^{۱۷} هفت خرده مقیاس این پرسشنامه بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳). «روایی همزمان»^{۱۸} و «ضرب 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، ضرب همسانی درونی هفت خرده مقیاس پرسشنامه بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ متغیر بود و با توجه به اینکه که حداقل ضرب 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 پرسشنامه‌ای 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 فعالیت‌هایی چون قدم زدن؛ رفتن به مکانی دیگر،

پیوستن به جمع افراد دیگر و انجام فعالیت) به هنگام ماموگرافی امکان پذیر نیست لذا راهبرد مذکور از پرسشنامه حذف شد؛ ۲. شیوه بیان عبارات با موقعیت آزمایش متناسب شد، مثلاً عبارت «وقتی که دردم هیچگونه توجهی به آن نمی‌کنم» با عبارت «هیچگونه توجهی به درد نکردم» جایگزین گردید. سپس در مطالعه‌ای مقدماتی، پرسشنامه در مورد یک نمونه ۵۰ نفری از زنانی که برای ماموگرافی مراجعه کرده بودند بکار گرفته شد. نتایج این مطالعه مقدماتی حاکی از امکان‌پذیری کاربرد پرسشنامه مذکور بود. بدین ترتیب، پرسشنامه راهبردهای مقابله موقعیتی با ۳۶ عبارت، شش راهبرد شناختی را در مواجهه با درد ماموگرافی می‌سنجد. آزمودنی با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه‌ای (صفر تا شش)، مشخص می‌کند که به هنگام مواجهه با «درد ماموگرافی» تا چه میزان از هر یک از راهبردهای مذکور استفاده کرده‌اند. همچنین، در پایان پرسشنامه با طرح دو پرسش ادراک آزمودنی از کارآمدی مقابله (توانایی کاهش درد و میزان مهار احساس شده بر درد در نتیجه راهبردهای بکارگرفته شده) سنجیده می‌شود.

□ تمایل برای انجام ماموگرافی بعدی. پس از پایان ماموگرافی از تمام زنان شرکت‌کننده در مطالعه خواسته شد تا میزان تمایل خود را برای انجام ماموگرافی بعدی اعلام کنند.

● نتایج

○ ویژگی‌های آزمودنی‌های مورد مطالعه، اکثریت زنان شرکت‌کننده در مطالعه را افراد متأهل، دارای قومیت فارس و خانه‌دار تشکیل می‌دهند و میانگین سن زنان تحت مطالعه ۴۶/۱۱ سال ($Sd = ۴۷/۸$) است. حدود ۶۹٪ از زنان شرکت‌کننده در مطالعه میزان تحصیلات خود را دیپلم و بالاتر گزارش کرده‌اند. با توجه به اطلاعات منتشر شده توسط مرکز آمار ایران (سالنامه آماری کشور، ۱۳۷۹)، ۲۷٪ زنان ایرانی دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر هستند. لذا، این تفاوت در میزان تحصیلات مبین آن است که نمونه مورد مطالعه، دست‌کم در رابطه با تحصیلات، معرف جامعه زنان ایران نیست و این موضوعی است که باید به هنگام تعمیم یافته‌های این مطالعه، آن را به خاطر داشت. حدود ۳۵٪ از زنان شرکت‌کننده در مطالعه، قبلاً دست‌کم یک بار ماموگرافی انجام داده و درصد چشم‌گیری از آنها (۴۶/۹٪) به توصیه پزشک برای انجام ماموگرافی مراجعه کرده‌اند.

○ ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه راهبردهای مقابله. جدول ۱ ضرایب همسانی درونی ۶ راهبرد مقابله مورد مطالعه را خلاصه کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ بدست آمده بین ۰/۷۱

جدول ۱- ضرایب همسانی درونی ۶ راهبرد مقابله

ضرایب آلفا	تعداد عبارات	شاخص‌ها راهبرد
۰/۸۰	۶	توجه برگردانی
۰/۷۴	۶	فاجعه آفرینی
۰/۸۰	۶	نادیده انگاشتن درد
۰/۷۱	۶	دعا- امیدواری
۰/۸۵	۶	گفتگو با خود
۰/۸۱	۶	تفسیر مجدد درد

تا ۰/۸۵ متغیر است و آنها را می‌توان مطلوب قلمداد کرد (نانالی و برنشتاین، ۱۹۹۴).
 ○ یافته‌های مرتبط با درد. جدول ۲ اطلاعات توصیفی بدست آمده از دو مقیاس اندازه‌گیری شدت درد (مقیاس پیوسته بصری و مقیاس درجه‌بندی عددی) را نشان می‌دهد. همانگونه که دیده می‌شود درصد بسیار بالایی از زنان شرکت‌کننده در مطالعه، صرفنظر از نوع مقیاس مورد استفاده، ماموگرافی را دردناک گزارش کرده‌اند (۹۲٪ در مقیاس پیوسته بصری و ۸۹٪ در مقیاس درجه‌بندی 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 درجه‌بندی عددی ۳/۷۸ (Sd = ۲/۶۶) گزارش شده است. با توجه به انحراف معیارهای بدست آمده می‌توان گفت که پراکندگی قابل توجهی در درجه‌بندی شدت درد ماموگرافی وجود دارد و اگرچه 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 ۲- اطلاعات توصیفی بدست آمده از مقیاس پیوسته بصری و مقیاس درجه‌بندی عددی

متغیر	شاخص‌ها	مقیاس پیوسته بصری ٪	مقیاس درجه‌بندی عددی ٪
عدم درد		۸	۱۱
درد خفیف		۴۷	۴۸
درد متوسط		۳۳	۳۰
درد شدید		۱۲	۱۱
میانگین (انحراف معیار)		۳۶/۸۵(۲۵/۶۶)	۳/۷۸(۲/۶۶)

جدول ۳ اطلاعات توصیفی بدست آمده از مقیاس ناراحتی/درد را خلاصه کرده است. همانگونه که دیده می‌شود در حالیکه ۶۰/۷٪ از زنان ماموگرافی را به درجات متفاوتی

جدول ۳- اطلاعات توصیفی بدست آمده از مقیاس ناراحتی / درد

متغیر	شاخص‌ها	فراوانی	درصد
بسیار راحت		۱۲۶	۱۰/۵
راحت		۳۲۷	۲۷/۳
کمی ناراحت کننده		۳۳۴	۲۷/۹
ناراحت کننده اما قابل تحمل		۳۰۰	۲۵
ناراحت کننده و غیر قابل تحمل		۹۳	۷/۸
دردناک و غیر قابل تحمل		۱۹	۱/۶

ناراحت کننده گزارش کرده‌اند، تنها ۱/۶٪ از زنان تجربه خود را به هنگام ماموگرافی دردناک و غیر قابل تحمل دانسته‌اند. در حالیکه درصد بسیار بالایی (۸۷/۷٪) از زنان شرکت کننده در مطالعه موافق انجام ماموگرافی بعدی بودند، ۶/۷٪ اعلام کردند که برای انجام ماموگرافی بعدی مراجعه نخواهند کرد.

جدول ۴- مقایسه زنان دارای تجربه ماموگرافی با زنان فاقد چنین تجربه‌ای از نظر شدت درد، راهبردها، کارآمدی مقابله‌ای و ناراحتی ماموگرافی

متغیر	سابقه ماموگرافی		آزمون آماری	
	بله (۴۲۲ نفر)	خیر (۷۷۸ نفر)		
شدت درد				
	مقیاس پیوسته بصری	۳۶/۳۸ (۲۵/۸۸)	۳۶/۰۵ (۲۵/۵۳)	$t = 1/47, p = 0/139$
مقیاس درجه بندی عددی	۳/۹۵ (۲/۶۵)	۳/۶۹ (۲/۶۶)	$t = 1/60, p = 0/110$	
راهبردهای مقابله‌ای	تفسیر مجدد درد	۷/۲۶ (۸/۹۶)	۸/۰۹ (۹/۱۲)	$t = 1/51, p = 0/130$
	توجه‌پرگردانی	۶/۲۰ (۸/۵۲)	۷/۲۵ (۸/۸۱)	$t = 1/95, p = 0/52$
	فاجعه آفرینی	۴/۶۶ (۷/۰۷)	۵/۳۱ (۶/۶۸)	$t = 1/55, p = 0/121$
	نادیده انگاشتن درد	۱۷/۰۷ (۱۰/۶۸)	۱۶/۳۶ (۱۱/۰۸)	$t = 1/06, p = 0/288$
	دعا- امیدواری	۱۶/۶۸ (۱۴/۹)	۱۷/۰۳ (۹/۳۴)	$t = 0/61, p = 0/540$
	گفتگو با خود	۲۰/۸۴ (۱۱/۸۱)	۱۹/۵۹ (۱۱/۷۳)	$t = 1/75, p = 0/80$
کارآمدی مقابله‌ای	احساس مهار بر درد	۴/۳۹ (۱/۶۵)	۴/۳۴ (۱/۷۲)	$t = 0/49, p = 0/62$
	توانایی کاهش درد	۳/۵۱ (۲/۰۷)	۳/۵۷ (۱/۹۹)	$t = 48/0, p = 0/63$
ناراحتی / درد	بسیار ناراحت	۳۹ (۳/۲)	۸۷ (۳/۷)	$\chi^2 = 6/47$ $df = 5$ $p = 263/0$
	راحت	۱۱۵ (۶/۹)	۲۱۱ (۱۷/۶)	
	کمی ناراحت کننده	۱۰۷ (۹/۲)	۲۲۷ (۱۸/۹)	
	ناراحت کننده اما قابل تحمل	۱۲۱ (۱۰/۱)	۱۷۹ (۱۴/۹)	
	ناراحت کننده و غیر قابل تحمل	۳۱ (۲/۵۸)	۶۲ (۵/۲)	
	دردناک و غیر قابل تحمل	۸ (۰/۷)	۱۱ (۰/۹)	

○ تأثیر تجربه ماموگرافی قبلی بر درد/ناراحتی و راهبردهای مقابله‌ای. زنان دارای تجربه ماموگرافی با زنان فاقد چنین تجربه‌ای از نظر شدت درد و ناراحتی، راهبردهای مقابله و کارآمدی مقابله مقایسه شدند. نتایج این تحلیل‌های آماری که در جدول ۴ منعکس است هیچگونه تفاوت آماری معنی‌داری را بین دو گروه از نظر «شدت درد/ناراحتی»، نوع راهبردهای مقابله‌ای و نیز کارآمدی مقابله‌ای نشان نمی‌دهد.

○ یافته‌ها همچنین حاکی از عدم وجود رابطه‌ای معنی‌دار بین ادراک «کارآمدی مقابله‌ای» و شدت درد ماموگرافی است.

○ رابطه بین راهبردهای مقابله و شدت درد ماموگرافی. جدول ۵ نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری را که با هدف پیش‌بینی شدت درد ماموگرافی انجام شده است، نشان می‌دهد.

جدول ۵- پیش‌بینی درد ناشی از ماموگرافی با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای

Beta ^a	تغییرات F	کل R ²	
			● متغیر ملاک: شدت درد (پیوسته بصری) □ متغیرهای پیش‌بین: راهبردهای مقابله‌ای
۰/۲۵	۶۰/۳۳**		تفسیر مجدد درد
-۰/۰۲			توجه برگردانی
-۰/۱۰*			فاجعه آفرینی
۰/۳۰**			نادیده انگاشتن درد
-۰/۳۵**			دعا و امیدواری
۰/۰۵			گفتگو با خود
۰/۴۸**			
			● متغیر ملاک: شدت درد (درجه بندی عددی) □ متغیرهای پیش‌بین: راهبردهای مقابله‌ای
۰/۲۸	۷۴/۱۱**		تفسیر مجدد درد
۰/۰۷			توجه برگردانی
-۰/۱۴**			فاجعه آفرینی
۰/۳۲**			نادیده انگاشتن درد
-۰/۳۹**			دعا و امیدواری
۰/۰۵			گفتگو با خود
۰/۵۱**			

Beta^a ضریب رگرسیون معیار = *p = ۰/۰۰۴ **p < ۰/۰۰۱

هدف از این تحلیل آماری پیش‌بینی شدت درد ماموگرافی با استفاده از شش راهبرد مقابله بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که ترکیب شش راهبرد مقابله‌ای به ترتیب ۲۵٪ و ۲۸٪ از واریانس شدت درد را در دو مقیاس پیوسته بصری و درجه‌بندی عددی تبیین می‌کند. بررسی ضرایب رگرسیون معیار (بتا) نشان می‌دهد زنانی که به هنگام ماموگرافی از دو راهبرد مقابله «توجه برگردانی» و «نادیده انگاشتن» درد بیشتر استفاده کرده‌اند در مقایسه با آنهایی که از دو راهبرد مذکور کمتر استفاده کرده‌اند، درد خفیف‌تری را تجربه کرده‌اند. علاوه بر این، زنانی که به هنگام ماموگرافی از راهبردهای مقابله «فاجعه‌آفرینی» و «گفتگو با خود» زیاد استفاده کرده‌اند در مقایسه با زنانی که کمتر از این دو راهبرد استفاده کرده‌اند، درد شدیدتری را نیز تجربه کرده‌اند.

● بحث

○ نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ماموگرافی آزمایشی است همراه با درد و درد مذکور از شدت‌های متفاوتی برخوردار است؛ در حالیکه، بیشتر زنها شدت درد خود را خفیف تا متوسط درجه‌بندی کرده‌اند، برخی از آنها به هنگام ماموگرافی درد شدیدی داشته‌اند. همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که گروه کوچکی از زنان ممکن است به دلیل درد و ناراحتی ناشی از آزمایش، برای انجام ماموگرافی بعدی مراجعه نکنند. زنان دارای تجربه قبلی از ماموگرافی از نظر شدت درد/ناراحتی، نوع راهبردهای مقابله بکارگرفته شده و کارآمدی مقابله با زنانی که برای اول بار به انجام ماموگرافی اقدام کرده بودند، تفاوتی نداشتند. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین ادراک فرد از کارآمدی مقابله و شدت درد وی به هنگام ماموگرافی رابطه معنی‌داری وجود ندارد و نتایج تحلیل رگرسیون چند متغییری 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.

○ ماموگرافی آزمایشی است همراه با درد و شدت درد آن نیز متغیر است. این یافته با نتایج مطالعات قبلی هم‌سو است (کورنگات و همکاران، ۱۹۹۶؛ کاشیکار-زوک و همکاران، ۱۹۹۷؛ شارپ و همکاران، ۲۰۰۳، اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۴). همانگونه که قبلاً بیان شد در حالیکه بسیاری از مطالعات ماموگرافی را آزمایشی همراه با درد می‌دانند، بررسی منابع پرتوشناسی (رادپولوژی) ماموگرافی را آزمایشی 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 حالیکه ۹۲٪ از زنان با استفاده از مقیاس پیوسته بصری و ۸۹٪ با استفاده از مقیاس درجه‌بندی عددی ماموگرافی را دردناک ارزیابی کرده‌اند در مقیاس ناراحتی/درد که بطور وسیعی در مطالعات پرتوشناسی بکار گرفته شده است تنها ۱/۶٪ از زنان ماموگرافی را دردناک و غیرقابل تحمل گزارش کرده‌اند. این یافته که با نتایج برخی از مطالعات قبلی هم سو است (کیف و همکاران، ۱۹۹۴؛ اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۴) نشان می‌دهد که چرا مطالعات پرتوشناسی ماموگرافی را آزمایشی بدون درد می‌دانند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که مقیاس ناراحتی/درد نمی‌تواند درد ماموگرافی را بخوبی مورد سنجش قرار دهد و باید از بکارگیری آن به عنوان تنها ابزار سنجش در مطالعات ماموگرافی خودداری کرد.

اگرچه بخش قابل توجهی از زنان مورد مطالعه درد خفیفی را به هنگام ماموگرافی گزارش کردند (به ترتیب ۴۷٪ و ۴۸٪ در مقیاس‌های پیوسته بصری و درجه‌بندی عددی) اما یافته‌های این مطالعه توجه ما را به سوی دردهایی با شدت متوسط (تقریباً در یک سوم زنان) و شدید نیز جلب می‌کند. در این مطالعه ۱۱ تا ۱۲٪ از زنان درد شدیدی را گزارش کرده‌اند که با یافته‌های مطالعات قبلی هم سو است. ۱۵٪ از زنان در مطالعه کورنگات و همکاران، ۱۹۹۶؛ ۵٪ در مطالعه کاشیکار - زوک و همکاران، ۱۹۹۷ و ۱۰٪ در مطالعه اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۴؛ درد شدید را گزارش کرده‌اند. زنانی که در ماموگرافی درد شدیدی را تجربه می‌کنند ممکن است برای انجام ماموگرافی بعدی مراجعه نکنند (جکسون و همکاران، ۱۹۸۸). در این مطالعه ۶/۷٪ از زنان عدم تمایل خود را برای انجام ماموگرافی بعدی اعلام کرده‌اند.

○ مطالعه حاضر نشان داد که بین ادراک «کارآمدی مقابله‌ای» و شدت «درد ماموگرافی» رابطه‌ای وجود ندارد. این یافته با یافته قبلی مطالعه اصغری و نیکولاس (۲۰۰۴)، در تناقض است؛ یکی از علل احتمالی این ناهماهنگی در یافته‌ها ممکن است به نمونه مورد مطالعه مربوط باشد. در حالیکه 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 مانند اینها) 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. شاید بتوان گفت وجود علائم بالینی چون لمس غده در پستان، ترشح خون از نوک پستان، احساس درد در ناحیه

پستان و سایر علائمی که زنان را به سوی ماموگرافی سوق داده است باعث بوجود آمدن اضطراب و نگرانی در آنها شده و این اضطراب و نگرانی در عملکرد انطباقی کارآمدی مقابله اختلال ایجاد کرده است.

○ بر اساس یافته‌های این مطالعه، بکارگیری دو راهبرد مقابله توجه برگردانی و نادیده انگاشتن درد به هنگام ماموگرافی، با درد ماموگرافی خفیف‌تری همراه است و این یافته حاکی از نقش انطباقی دو راهبرد مذکور در مواجهه با دردهای آزمایشی مانند درد ماموگرافی است. در مطالعه دیگری که با استفاده از نمونه‌ای متشکل از زنان ایرانی انجام شده است نقش انطباقی راهبرد مقابله نادیده انگاشتن درد مورد تأیید قرار گرفته است (اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۴). همچنین نقش انطباقی راهبرد مذکور در مطالعاتی که با بیماران مبتلا به «آرترید روماتوئید»^{۱۹} انجام شده، نشان داده شده است (پارکر و همکاران، ۱۹۸۹؛ هاگلند و همکاران، ۱۹۸۹). یافته‌های این مطالعه همچنین حاکی از آن است که استفاده بیشتر از راهبرد مقابله گفتگو با خود به هنگام ماموگرافی با درد ماموگرافی شدیدتری همراه است. این یافته که در مطالعات بسیاری تکرار شده است (درد ماموگرافی، اصغری و نیکولاس، ۲۰۰۴؛ درد الکترو میوگرافی، باکلو و همکاران، ۱۹۹۲؛ درد مزمن، روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳؛ گستافسون و همکاران، ۱۹۹۹) حاکی از نقش غیرانطباقی راهبرد مقابله گفتگو با خود در مواجهه با درد است. علاوه بر این، مطالعه حاضر نشان داد که بکارگیری راهبرد مقابله فاجعه آفرینی به هنگام ماموگرافی با درد شدیدتری همراه است. به سخن دیگر، زنانی که به هنگام تجربه درد ماموگرافی بر راهبرد مقابله فاجعه آفرینی متکی بودند درد شدیدتری را گزارش کردند. هم سو با یافته‌های بدست آمده از بیماران مبتلا به درد مزمن (کیف و همکاران، ۱۹۸۹؛ فلور و همکاران، ۱۹۹۳؛ سورِیچین و همکاران، ۲۰۰۱) و نیز بررسی‌های انجام شده با افراد سالمی که در مطالعات درد آزمایشی شرکت داشته‌اند (سولیوان و همکاران، ۱۹۹۷)، یافته‌های این مطالعه نیز نشان می‌دهد که فاجعه آفرینی یک راهبرد مقابله ناسازگارانه است و استفاده از آن یک عامل خطر برای سازگاری نامطلوب با دردهای حاد و مزمن است (سولیوان و همکاران، ۲۰۰۱).

○ یافته‌های این مطالعه دارای کاربرد بالینی مهمی است. اگر بتوان مداخلاتی آموزشی طراحی کرد و طی آن از زنان خواست تا به هنگام ماموگرافی از راهبرد توجه برگردانی (مانند فکر کردن به موضوعات خوشایند، شمارش اعداد یا زمزمه تصنیفی در ذهن، فکرکردن درباره کارهایی که انجام آنها خوشایند است) و راهبرد نادیده انگاشتن درد (مانند فکر نکردن به درد، توجه نکردن به درد، تمرکز بر آزمایش و ادامه دادن آن) بیشتر استفاده کرده و در عین حال از

به کارگیری راهبردهایی چون گفتگو با خود (برای نمونه تلقی کردن درد به عنوان یک مبارزه) و فاجعه آفرینی (به عنوان مثال، وحشتناک پنداشتن درد، ترسیدن، نگران شدن، احساس درهم شکسته شدن و به پایان رسیدن تحمل) تا حد امکان اجتناب نمایند می‌توان انتظار داشت که این افراد بتوانند ماموگرافی را با درد و ناراحتی کمتری به پایان ببرند. برخی از شواهد پژوهشی اولیه از طرح مداخله‌ای فوق حمایت می‌کند. اسپانوس و همکاران (۱۹۸۱)، به گروهی از دانشجویانی که به هنگام تجربه محرکی درد آور از راهبرد فاجعه آفرینی به شدت استفاده کرده بودند اطلاعاتی در مورد راهبرد مذکور ارائه داده و از آنها خواستند تا در مواجهه بعدی با آن محرک درد آور تا حد امکان از بکارگیری راهبرد فاجعه آفرینی اجتناب کنند. نتایج آزمایش نشان داد که دانشجویان مذکور توانستند به هنگام تجربه مجدد آن محرک درد آور از راهبرد فاجعه آفرینی کمتر استفاده کنند. ویلس (۱۹۸۴) نیز گزارش کرده است که بدنبال یک برنامه درمانی «تلقیح تیدگی»^{۲۰} بیشتر افرادی که قبلاً به هنگام تجربه آب سرد از راهبرد فاجعه آفرینی استفاده کرده بودند در آزمایش بعدی از این راهبرد کمتر استفاده کردند. مداخله‌های شناختی- رفتاری بکار گرفته شده در بسیاری از مطالعات توانسته است شدت درد را کاهش دهد (کیف، ۱۹۹۶) و این برنامه‌ها می‌تواند بطور بالقوه به کاهش درد زنانی که قرار است تحت ماموگرافی قرار گیرند کمک کند.

به عنوان نتیجه‌گیری باید گفت در زنانی که تحت آزمایش ماموگرافی قرار می‌گیرند، درد پدیده شایعی است. این مطالعه نشان می‌دهد در حالی که کارآمدی مقابله‌ای با درد ماموگرافی رابطه‌ای ندارد به کارگیری برخی از راهبردهای مقابله‌ای در مواجهه با درد ماموگرافی می‌تواند بخشی از نوسان درد ماموگرافی را تبیین کند. در نتیجه احتمال می‌رود که طراحی و بکارگیری روش‌های مداخله‌ای شناختی مناسب بتواند به کاهش این درد کمک کند.

○ ○ ○

○ تشکر و قدردانی. بخشی از داده‌های مورد استفاده در این مطالعه در بخش بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران و بیمارستان امام خمینی (ره) جمع آوری شده است. نویسندگان مقاله بدین وسیله مراتب قدردانی و تشکر خود را از مسئولان و کارکنان دو واحد مذکور اعلام می‌دارند.

○ ○ ○

پرسشنامه موقعیتی راهبردهای مقابله‌ای

پاسخگوی گرامی: زنانی که برای ماموگرافی مراجعه می‌کنند ممکن است درجاتی از درد و ناراحتی را تجربه کرده و با استفاده از شیوه‌های گوناگونی با این درد و ناراحتی مواجه شوند. از شما می‌خواهیم که با استفاده از مقیاس زیر مشخص نمایید که به هنگام مواجهه با درد و ناراحتی ناشی از ماموگرافی تا چه میزان از هریک از عبارات این پرسشنامه استفاده کردید. در این مقیاس، صفر (۰) به معنی آن است که به هنگام احساس درد و ناراحتی مطلب مطرح شده در آن عبارت را هیچ‌گاه انجام ندادید، عدد سه (۳) به معنی آن است که مطلب مطرح شده در آن عبارت را گاهی انجام دادید و عدد شش (۶) به معنی آن است که به هنگام احساس درد و ناراحتی مطلب مطرح شده در آن عبارت را خیلی زیاد انجام دادید. لطفا پاسخ خود را در نقطه چینی که به دنبال هر عبارت آمده است بنویسید.

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶
هیچ‌گاه			گاهی			خیلی زیاد

- ۱- سعی کردم از درد فاصله بگیرم، گویی که درد در بدن شخص دیگری است
- ۲- سعی کردم در مورد چیز خوش آیندی فکر کنم
- ۳- کوشیدم تا درد را نه به عنوان درد بلکه به عنوان یک حس گنگ و مطبوع تلقی کنم
- ۴- حس کردم که درد خیلی وحشتناک است و هرگز تمام نخواهد شد
- ۵- به خودم گفتم شجاع باش و با وجود درد جلو برو (ادامه بده)
- ۶- به خودم گفتم می‌توانم بر درد پیروز شوم
- ۷- کوشیدم تا اعدادی را در ذهنم بشمارم یا تصنیفی را در ذهنم زمزمه کنم
- ۸- تلاش کردم تا درد را به عنوان حس دیگری مثل کرختی (بی‌حسی) تلقی کنم
- ۹- ترسیدم و حس کردم که درد مرا درهم خواهد شکست.
- ۱۰- در ذهنم به بازی‌های فکری پرداختم تا ذهنم را از درد منحرف کنم
- ۱۱- حس کردم که زندگی اصلاً ارزش ادامه دادن ندارد
- ۱۲- به خودم گفتم ایکاش کسی پیدا می‌شد و به من کمک می‌کرد تا دردم از بین برود

- ۱۳- به درگاه خدا دعا کردم که درد زیاد طول نکشد
۱۴- سعی کردم اینطور فکر کنم که درد در بدن من نیست و چیزی جدای از من است
۱۵- در باره درد فکر نکردم
۱۶- سعی کردم به آینده و اوضاع و احوال بعد از اینکه توانستم از درد خلاص شوم فکر کنم
۱۷- به خودم گفتم دردی ندارم
۱۸- به خودم گفتم که به درد اجازه نمی‌دهم که مانع انجام آزمایش بشود
۱۹- هیچگونه توجهی به درد نکردم
۲۰- مطمئن بودم که آزمایشگر یا متصدی دستگاه به من کمک می‌کند
۲۱- برایم مهم نبود که دردم چقدر بدتر می‌شود. می‌دانستم که می‌توانم آن را مهار کنم
۲۲- وانمود کردم دردی وجود ندارد
۲۳- شدیداً نگران این بودم که آیا درد تمام می‌شود
۲۴- تجربیات خوشایند گذشته را به خاطر آوردم
۲۵- به افرادی فکر کردم که انجام کاری با آنها برایم لذت بخش است
۲۶- برای توقف درد، دعا کردم
۲۷- کوشیدم اینطور فکر کنم که درد خارج از بدن من است
۲۸- طوری به آزمایشم ادامه دادم که گویی هیچ اتفاقی نیفتاده است
۲۹- درد را به عنوان یک مبارزه تلقی کردم و اجازه ندادم که مزاحم من بشود
۳۰- اگرچه درد آزارم می‌داد اما به آزمایشم ادامه دادم
۳۱- حس کردم که بیشتر از این نمی‌توانم درد را تحمل کنم
۳۲- درد را نادیده گرفتم
۳۳- به خداوند توکل کردم
۳۴- حس کردم نمی‌توانم آزمایش را به پایان ببرم
۳۵- به کارهایی که از انجام آنها لذت می‌برم فکر کردم
۳۶- تلاش کردم تا وانمود کنم که درد بخشی از وجودم نیست



یادداشت‌ها

- | | |
|---|---|
| 1- Mammography | 2- Multidimensional |
| 3- Numerical Rating Scale | 4- Visual Analogue Scale |
| 5- Coping strategies | 6- Coping efficacy |
| 7- Multiple regression analysis | 8- Catastrophising |
| 9- Self-statement | 10- Situational coping strategy questionnaire |
| 11- Iranian coping strategy questionnaire | 12- Diverting attention |
| 13- Reinterpretation pain sensation | 14- Ignoring pain |
| 15- Praying-hoping | 16- Increasing behavioural activity |
| 17- Internal consistency | 18- Concurrent validity |
| 19- Rheumatoid arthritis | 20- Stress inoculation |

منابع

- سالنامه آماری کشور، (۱۳۷۹). مرکز آمار ایران

- American Cancer Association*, Cancer Facts & Figures. (2002). Atlanta, Ala. American Cancer Society Inc.
- Asghari, A.; Mafi, A. R.; & Mohammadi, S. M. (1999). Pain coping strategies in an Iranian population of chronic pain sufferers, *Poster 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*, 108: 170-179.
- Boyle, P. (2003). Mammographic breast cancer screening: After the dust has settled. *The Breast*, 12: 351-356.
- Brew, M. D.; Billings, J. D.; & Chisholm, R. J. (1989). Mammography and breast pain. *Australian Radiology*, 33: 335-336.
- Buckelew, S. P.; Conway, R. C.; Shutty, M. S.; Lawrence, J. A.; Grafing, M. R.; Anderson, S. K.; Hewett, J. E.; & Keefe, F. J. (1992). Spontaneous coping strategies to manage acute pain and anxiety during electro diagnostic studies. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 23: 594-598.
- DeGood, D. E.; & Tait, R. C. (2001). Assessment of pain beliefs and pain coping. In: Turk, D. C., Melzack, R.; editors. *Handbook of Pain Assessment* .(pp.320-345), New York: Guilford Press.
- Eddy, D. M.; Hasselblad, V.; McGivney, W.; & Hendee, W. (1988). The value of mammography screening in women under age 50 years. *Journal of American Medical Association*, 259: 1512-1519.
- Fernandez, E.; & Turk, D. C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: A meta analysis. *Pain*, 36: 123-135.
- Flor, H.; Behle D. J.; & Birbaumer N. (1993). Assessment of pain-related cognitions in chronic

- pain patients. *Behaviour Research Therapy*, 31: 63-73.
- Gagliese, L. (2001). Assessment of pain in elderly people. In: Turk D. C.; & Melzack R.; editors. *Handbook of Pain Assessment*, Second Edition (pp. 119-133), New York: Guilford Press.
- Gustafsson, M.; Gaston-Johansson, F.; Aschenbrenner, D.; & Merboth, M. (1999). Pain, coping and analgesic medication usage in rheumatoid arthritis patients. *Patient Education and Counselling*, 37: 33-41.
- Hagglund, K. J.; Haley, W. E.; Reveille, J. D.; & Alarcon, G. S. (1989). Predicting individual differences in pain and functional impairment among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatoid*, 32: 851-858.
- Jackson, V. P.; Lex, A. M.; & Smith, D. J. (1988). Patient discomfort during screen-film mammography. *Radiology*, 168: 421-423.
- Jensen, M. P.; Karoly, P.; & Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods, *Pain*, 27: 117-126.
- Jensen M. P.; & Karoly, P. (1992). Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: Turk D. C.; & Melzack, R. (Eds.) *Handbook of Pain Assessment* (pp. 193-213), New York: Guilford Press.
- Kaskikar-Zuck, S. Keefe, F. J.; Kornguth, P.; Beaupre, P.; Holzberg, A.; & Delong, D. (1997). Pain coping and the pain experience during mammography: A preliminary study. *Pain*; 73: 165-172
- Keefe, F. J.; Brown, G. K.; Wallston, K. A.; & Caldwell, D. S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophising as a maladaptive strategy. *Pain*, 37: 51-56.
- Keefe, F. J.; Hauck, E. R.; Egert J.; Rimer, B.; & Kornguth, P. (1994). Mammography pain and discomfort: A cognitive-behavioural perspective. *Pain*, 56: 247-260.
- Keefe, F. J. (1996). Cognitive behavioural therapy for managing pain, *Clinical Psychology*, 49: 4-5.
- Kornguth, P. J.; Keefe F. J.; Conaway M. R. (1996). Pain during mammography: Characteristics and relationship to demographic and medical variables. *Pain*, 66: 187-194.
- Melzack, R.; & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, 50: 971-979.
- Nielsen, B. B.; Miaskowski, C.; Dibble, S. L.; Beber, B.; Altman, N.; & McCoy, C. B. (1991). Pain and discomfort associated with filmscreen mammography. *Journal of National Cancer Institute*, 83: 1754-1756.
- Nunnally, J. C.; & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*, 3rd edition. New York: McGraw-Hill.
- Parker, J. C.; Smarr, K. L.; Buescher, K. L.; Philips, L. R.; Frank. R. G.; Beck, N. C.; Anderson, S. K.; & Walke, S. E. (1989). Pain control and rational thinking: Implications for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatoid*, 32: 984-990.
- Price, D.; Harkins, S. W. (1987). Combined use of experimental pain and visual analogue scales in providing standardised measurement of clinical pain. *Clinical Journal of Pain*, 3: 1-8.

- 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.
- Schachter, C.; Vanchieri, C. F.; Crofton, C. (1990). Evaluating women's attitudes and perceptions in developing mammography promotion messages. *Public Health Report*, 105: 253-257.
- Severeijns, R.; Vlaeyen, J. W. S.; van den Hout, M. A.; & Weber, W. E. J. (2001). Pain catastrophising predicts pain intensity, disability and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clinical Journal of Pain*, 17: 165-172.
- Shapiro, S.; Strax M. D.; Venet, L. (1971). Periodic breast cancer screening in reducing mortality from breast cancer. *Journal of American Medical Association*, 215: 1777-1785.
- Sharp, P. C.; Michielutte, R.; Freimanis, R.; Cunningham, L.; Spangler, J.; & Burnette, V. (2003). Reported pain following mammography screening. *Archives of Internal Medicine*, 163: 833-836.
- Spanos, N. P.; Henderikus, J. S.; & Brazil, K. (1981). The effects of suggestion and distraction on coping ideation and reported pain. *Journal of Mental Imagery*, 5: 75-90.
- Stomper, P. C.; Kopans, D. B.; Sadowsky, N. L.; Sonnenfeld, M. R.; Swann, C. A.; Gelman, R. S.; Meyer, J. E.; Jochelson, M. S.; Hunt, M. S.; & Allen, P. D. (1988). Is mammography painful, a multicentre patient survey. *Archives of Internal Medicine*, 148: 521-524.1.
- Sullivan, M. J. L.; Rouse, D.; Bishop, S.; & Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophising and pain, *Cognitive Therapy & Research*, 21: 555-568.
- Sullivan, M. J. L.; Thorn, B.; Haythornthwaite, J. A.; Keefe, F. J.; Martin, M.; Bradley, L. A.; & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspective on the relation between catastrophising and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17: 52-64.
- Tabar, L.; Faberberg, G.; Day, N. E.; Holmberg, L. (1987). What is the optimum interval between mammographic screening examinations? An analysis based in the latest results of the Swedish two-county breast cancer screening trial. *British Journal of Cancer*, 55: 547-551.
- Taylor, V.; Taplin, S.; & Urban, N. (1992). Controversies in the use of screening mammography. *Washington Public Health*, 41: 43-56.
- Turk, D. C.; & Melzack, R. (1992). The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain. In: Turk, D. C.; & Melzack, R.; editors. *Handbook of Pain Assessment*. (pp. 3-12), New York: Guilford Press.
- Turner, J. A. (1982). Comparison of group progressive relaxation training and cognitive behavioural group therapy for chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 757-765.
- Vallis, T. M. (1984). A complete component analysis of stress inoculation for pain tolerance. *Cognitive Therapy & Research*, 8: 313-329.

