

رابطه بین فاجعه سازی، اضطراب درد و راهبردهای مقابله ای در بیماران سرطانی

نرگس صفری^۱، علی کاوسی^۲، لیلا جویباری^۳، *اکرم ثناگو^۴، غلامرضا محمدی^۵

چکیده

مقدمه: درد ناشی از سرطان ۵۰ تا ۹۰٪ بیماران مبتلا به سرطان را تحت تاثیر قرار می دهد و اضطراب ناشی از این دردها و درمان های سرطان باعث افزایش نیازهای حمایتی بیماران می گردد در نتیجه راهبردهای مقابله ای اتخاذ شده بیماران در انطباق و سازگاری آن ها نقش بسزائی دارد. هدف از این مطالعه تعیین رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای درد، در بیماران مبتلا به سرطان می باشد.

روش ها: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی، تعداد ۱۱۰ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر گرگان در سال ۱۳۹۲ به صورت نمونه گیری دسترس، در مطالعه شرکت داده شدند. پرسشنامه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای درد مورد استفاده قرار گرفت. اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار آماری SPSS v.16 آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری مطالعه ($P < 0.05$) در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار فاجعه سازی درد ($23/9 \pm 8/8$)، اضطراب درد ($35/7 \pm 18/4$)، راهبرد مقابله ای ($10/7/9 \pm 38/8$)، حمایت اجتماعی در بیماران ($151/1 \pm 15/8$) بود. با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون بین فاجعه سازی درد ($P = 0/00$, $R = -0/46$)، اضطراب درد ($P = 0/00$, $R = -0/47$)، راهبرد مقابله ای ($P = 0/00$, $R = -0/30$) با حمایت اجتماعی ارتباط معنی دار آماری دیده شد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که بین متغیرهای فاجعه سازی درد، حمایت اجتماعی، اضطراب درد و راهبردهای مقابله ای در بیماران سرطانی رابطه معناداری وجود دارد. لذا تدوین یک برنامه جامع مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان با تقویت راهبردهای مقابله ای، توسعه و افزایش حمایت اجتماعی در جهت کاهش سطح اضطراب و فاجعه سازی در داین بیماران پیشنهاد می گردد.

کلید واژه ها: درد، سرطان، فاجعه سازی، اضطراب، حمایت اجتماعی، راهبرد مقابله ای.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۵

- ۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی ساری، مازندران، ایران.
 - ۲- کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گروه اتاق عمل، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران.
 - ۳- دانشیار، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
 - ۴- دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران (نویسنده مسؤول)
- پست الکترونیکی: sanagoo@goums.ac.ir
- ۵- کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گروه اتاق عمل، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران.

مقدمه

می کنند و تخمین زده اند که حداقل ۳/۵ میلیون نفر بیمارسرطانی از درد در جهان رنج می برند (۶).

فاجعه سازی، فرایند شناختی - عاطفی منفی است که شامل مولفه های بزرگنمایی، درماندگی و نشخوارفکری می باشد میزان فاجعه سازی یکی از مهمترین پیش بینی کننده های نتایج درمانی درد است و همچنین متغیری کلیدی در رویکردهای شناخت رفتاری و مدل ترس-اجتناب است (۷). فاجعه آفرینی درد تاثیر معنی داری بر تجربیات درد مزمن دارد و یکی از ابعاد کوچک انطباق با درد است که ارتباطات قوی و پایدار با تجربه درد دارد. مهم ترین تاثیر فاجعه آفرینی بر درد مزمن، آن است که بیماران مبتلا به درد، یک ارزیابی از دردشان به دست می آورند که ممکن است باعث گوش به زنگی آن ها نسبت به احساسات دردناک یا تهدید آمیز ترس از تجربه احساسات دردناک در آینده شود (۸). یک حوزه جدید از پژوهش های مرتبط با درد مزمن، ترس از درد است. اغلب مطالعات دریافته اند که اضطراب بر درد تاثیرگذار است (۹). اگرچه بیشتر پژوهشهای درد و اضطراب بر دردهای حاد متمرکز شده اند (۱۰). پژوهش ها اضطراب مرتبط با درد را نیز به عنوان یکی از مهمترین متغیرهای سهمیم در ایجاد و باقی ماندن دردها مطرح می کنند (۱۱).

حمایت اجتماعی نیز نقش عمده ای در تطابق و کنار آمدن با بیماریهای مزمن و جدی، چون سرطان دارد. منظور از حمایت، برقراری یک تعامل اجتماعی است که با برقراری ارتباط شروع می شود و با تداوم آن، به ایجاد ارتباطی همدلانه و در نهایت به یک شبکه ایمنی برای بیمار می انجامد. افراد خانواده، بستگان، دوستان، پزشکان و سایر پرسنل بهداشتی - درمانی و نیز انجمن های حمایت از بیماران سرطانی می توانند منبع چنین حمایتی برای بیمار باشند (۱۲).

راهبردهای مقابله ای عبارت از روشهای مدیریت موقعیت ها و مقابله با رویدادهای زندگی است (۱۳). درد مزمن و مشکلات شغلی، جسمی، روان شناختی و اجتماعی همراه با آن را می توان به عنوان فشارزاهایی (Stressor) در نظر گرفت که باعث می گردد تا بیمار برای اعمال کنترل و مدیریت بر آن ها

سرطان یکی از معضلات مهم و اساسی بهداشت و درمان در سراسر جهان و سومین علت مرگ و میر و دومین بیماری مزمن غیر واگیر به شمار می رود. درحال حاضر ۱۲٪ مرگ ها درجهان ناشی از سرطان است. پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۱۵ میلادی حدود ۵۴ درصد کل مرگ و میر ها در دنیا ناشی از بیماری های غیرواگیر خواهد بود و از این آمار حداقل ۱۰٪ به سرطان اختصاص خواهد داشت. درحال حاضر نیز سالیانه ۹ میلیون مورد جدید سرطان بروز می کند که ۴ میلیون آن مربوط به کشورهای توسعه یافته و ۵ میلیون مربوط به کشورهای در حال توسعه است (۱). بر اساس گزارش بهداشت جهانی انتظار می رود افزایش موارد مرگ و میر ناشی از سرطان ها به ۹ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ و ۱۱/۴ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ با نسبت حدود ۷۰٪ از مرگ و میر ها در کشورهایی با درآمد پایین یا متوسط می باشد. بروز سالانه سرطان ها در کشور محدود ۷۰۰۰۰ مورد و مرگ و میر حدود ۹۸ نفر روزانه است. باتوجه به افزایش درصد سالمندی در کشور انتظار می رود که در دهه های آینده میزان بروز به صورت قابل توجه افزایش یابد (۲).

بیماری سرطان عوارض زیادی دارد که یکی از مهمترین آنها درد است. درد ناشی از سرطان یا اثرات جانبی اقداماتی که برای درمان آن به عمل می آید ۵۰ تا ۹۰٪ بیماران مبتلا به سرطان را تحت تاثیر قرار می دهد (۳). میزان شیوع و شدت درد سرطان به نوع سرطان بستگی دارد در حالیکه سرطان خون با درد نسبتاً خفیفی همراه است افراد مبتلا به سرطان دستگاه گوارش و مجاری ادراری - تناسلی معمولاً از درد شدید شکایت می کنند و درد بیمارانی که سرطان به بافت استخوانی آن ها سرایت کرده است، شدیدتر است (۴). درد سرطان کیفیت زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد این بیماران از افسردگی، نگرانی، اضطراب، احساس بی پناهی و درماندگی، رفتارهای اجتنابی، ناتوانی جسمانی و محدودیت فعالیت رنج می برند (۵). تجربه مهمی که بیشتر بیماران سرطانی دارند درد یا ترس از درد می باشد. ۷۰٪ از بیماران سرطانی با سرطانی پیشرفته درد را تجربه

در سال ۱۳۹۲ به روش نمونه گیری در دسترس، وارد مطالعه شدند.

ملاک هایی که طبق آنها پرسشنامه به افراد داده شد عبارت بودند از: سن بالاتر از ۱۶ سال و کمتر از ۷۵ سال، تشخیص ابتلای فرد به سرطان توسط یک متخصص و حذف افرادی که علیرغم داشتن مشکلات درد و ناتوانی و علائم مشکوک به سرطان هنوز تشخیصی دریافت نکرده بودند و داشتن دردهای شدید که مانع تمرکز و تکمیل پرسشنامه توسط فرد شود یا بی حوصله بودن بیمار بود.

لازم بذکراست حجم نمونه با فرمول مطالعه همبستگی برابر با ۱۱۰ نفر بدست آمد.

$$n = \left(\frac{z_{\alpha} + z_{\beta}}{C(r)} \right)^2 + 3$$

جهت گردآوری اطلاعات در این مطالعه از چهار ابزار، پرسشنامه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای درد استفاده شد.

پرسشنامه فاجعه سازی درد: مقیاس فاجعه سازی درد

توسط سالیوان و همکاران (۱۸) در سال ۱۹۹۵ با هدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه آمیز فرد ساخته شد. مقیاس فاجعه سازی درد برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه سازی درباره درد و درک بهتر مکانیزم تاثیر فاجعه سازی بر تجربه درد، ساخته شده است. تحلیل عوامل نشان داده که شامل زیر مقیاس های نشخوار یا اندیشناکی، بزرگ نمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی است. این سه مولفه افکار منفی با درد مرتبط را ارزیابی می کردند. مقیاس مختلف فاجعه سازی درباره درد و درک بهتر مکانیزم تأثیر فاجعه سازی بر تجربه درد، ساخته شده است. تحلیل عوامل نشان داده که شامل زیر مقیاس های نشخوار یا اندیشناکی، بزرگنمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی است.

از شرکت کنندگان خواسته شد که یک عدد از ۰ (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) را برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب کنند. دامنه امتیازات زیر مقیاس نشخوار با امتیاز بین (۰-۱۶)، زیرمقیاس بزرگنمایی با امتیاز بین (۰-۱۲) و

از راهبردهای مقابله استفاده کند (۱۴). فرایند مقابله یک پدیده پیچیده و چند بعدی است که دارای ویژگی های شناختی، عاطفی و رفتاری است. مقابله به عنوان یک فرایند ویژه در برابر استرس تعریف می شود که به وسیله آن، ادراکات، عواطف و رفتارهای فرد جهت تطابق و تغییر، آماده می شود (۱۵). مقابله با درد با شناسایی شاخص های رفتاری درد، نمود پیدا می کند. این رفتارها در غالب پیام های کلامی و غیر کلامی در فرد در حال درد کشیدن، مشاهده می شود (۱۶). پیام های غیر کلامی مانند رفتارهای صوتی، تغییرات شکل چهره، حرکات بدن، گریستن، مشت کردن دست ها و کشیدن بدن، علاوه بر این که مکمل پیام های کلامی می باشند، نشان دهنده بهتری از افکار و احساسات واقعی بیمار هستند تا پیام های کلامی حتی گاهی ممکن است پیام های کلامی نادرست باشند، در حالی که رفتار غیر کلامی دلالت بر احساسات حقیقی دارد (۱۵). راهبردهای مقابله با درد می تواند شامل راهبردهای شناختی مانند گفتگو با خود، فاجعه آفرینی (Catastrophising)، توجه برگردانی از درد (Distraction)، کسب اطلاعات درباره درد، حل مساله و نیز راهبردهای رفتاری مانند افزایش یا کاهش فعالیت های خاص مانند استراحت، فعالیت بدنی، استفاده از کیسه آب گرم و یا یخ باشد (۱۷). بیماران از راهبردهای گوناگونی برای مقابله با مشکلاتشان استفاده می کنند و تفاوت بیماران در استفاده از راهبردهای مقابله ای، تبیین کننده تفاوت های بین آنها در انطباق و سازگاری است (۹). از آنجا که درد و ازجمله آن درد مزمن می تواند ناامیدی، و پریشانی به وجود آورد، در بسیاری از مواقع در راهبردهای مقابله بیمار تاثیر منفی می گذارد (۱۷). لذا هدف از این مطالعه تعیین رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای درد، در بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش مطالعه

روش تحقیق این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است. جامعه آماری کلیه بیماران سرطانی بود. تعداد ۱۱۰ بیمار سرطانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی ۵ آذر گرگان

زیرمقیاس درماندگی با امتیاز (۲۴-۰) بود و امتیاز کلی مربوط به فاجعه سازی درد (۵۲-۰) است. بدین معنی که هرچه بیمار در این قسمت نمره بیشتری کسب کند فاجعه سازی درد آن بیشتر خواهد بود.

پرسشنامه اضطراب درد : مقیاس علائم اضطراب درد

یک ابزار خودگزارش است که برای ارزیابی اضطراب و واکنش های ترس مرتبط با درد در افراد مبتلا به دردهای مزمن توسط مک کراکن در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است. اضطراب درد علائم اضطراب مرتبط با درد را ارزیابی می کند و شامل ۳ زیر مقیاس علائم رفتار فرار و اجتناب مرتبط با کاهش درد، ارزیابی ترسناک از درد و علائم اضطراب فیزیولوژیک مرتبط با درد است (۱۰). فرم کوتاه این مقیاس دارای ۲۰ ماده بوده و توسط مک کراکن و دینگرا (۱۹) در سال ۲۰۰۲ و براساس مقیاس اصلی ۴۰ سوالی علائم اضطراب درد ساخته شده است. دامنه نمرات فرم کوتاه بین ۰ تا ۱۰۰ است و آزمودنیها باید در دامنه ای از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤال های این مقیاس پاسخ دهند. یک نمره کلی و ۳ نمره برای خرده مقیاس به دست آمد که نمره کلی عموماً با جنبه های زیادی از عملکرد بیماران مرتبط است و ۳ خرده مقیاس نیز در پیش بینی جنبه های متفاوت عملکرد بیماران مفید است. دامنه امتیازات زیرمقیاس پرسشنامه اضطراب درد شامل اجتناب امتیاز بین (۳۵-۰)، ارزیابی ترسناک امتیاز بین (۴۰-۰)، واکنش فیزیولوژیک امتیاز بین (۲۵-۰) است و همچنین امتیاز کلی اضطراب درد (۱۰۰-۰) بود.

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای درد : پرسشنامه

راهبردهای مقابله در سال ۱۹۸۳ توسط روزنشتاین و کیف (۲۰) ساخته شده و دارای ۴۲ ماده است که راهبردهای مقابله با درد را مورد سنجش قرار می دهد. راهبردهای مقابله ای شامل ۶ راهبرد شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده گرفتن درد، فاجعه سازی، دعا و امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) است. هر یک از راهبردهای مقابله از ۶ عبارت تشکیل شده است از آزمودنی خواسته می شود که با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه ای (صفر

تا شش) مشخص نماید که به هنگام مواجهه با درد تا چه حد از هر کدام از راهبردها استفاده کرده است. نمره های شش عبارت با هم جمع شده یک نمره ترکیبی برای هر راهبرد به دست می آید که بین صفر تا ۳۶ می تواند متغیر باشد. امتیاز کلی راهبردمقابله ای (۲۵۲-۰) می باشد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی : پرسشنامه حمایت

اجتماعی (۲۱) در سال ۱۹۸۸ توسط نورتوس (Northouse) ساخته شده و دارای شامل ۶ قسمت است. ۵ قسمت اول آن هر کدام ۸ گویه داشت که میزان حمایت اجتماعی درک شده بیماران را از سوی همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک، پرستار می سنجید. قسمت آخر ابزار، با یک پرسش باز پاسخ، از بیماران خواسته شد تا افرادی را که از آنها حمایت می کنند را براساس نوع ارتباطشان با فرد مثل خواهر، مادر، دوست و غیره نام ببرند که تعداد افراد نام برده شده اندازه شبکه اجتماعی بیماران را نشان می دهد. گویه هابه صورت مقیاس پنج گزینه ای لیکرت بود و محدوده ی امتیاز بندی از یک تا پنج نمره شامل: کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴)، و کاملاً موافقم (۵) است. نمره حمایت اجتماعی درک شده از سوی هریک از منابع حمایتی به صورت جداگانه از مجموع نمرات کسب شده مربوط به هر منبع و نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده از مجموع نمرات کسب شده در کلیه منابع محاسبه شد. دامنه تغییرات نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده پنج منبع، از ۴۰ تا ۲۰۰ و محدوده تغییرات نمره حمایت اجتماعی درک شده هریک از منابع به صورت جداگانه ۸ تا ۴۰ است. نمره کلی حمایت درک شده به سه سطح پایین (۹۲-۴۰)، متوسط (۱۴۶-۹۳) و بالا (۲۰۰-۱۴۷) و نمره حمایت اجتماعی درک شده هریک از منابع حمایتی نیز به سه سطح پایین (۱۸-۸)، متوسط (۲۹-۱۹) و بالا (۴۰-۳۰) طبقه بندی شدند (۲۱).

لازم بذکر تمامی پرسشنامه های مورد استفاده در این پژوهش برای اولین بار در پژوهش داودی و همکاران (۹) ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است. روائی و پایایی پرسشنامه ها نیز در مطالعات خارجی (۱۹، ۱۸، ۱۰) و در مطالعه مشابه داخلی توسط داودی [پرسشنامه فاجعه سازی درد (۹۲/۰)]=r

اضطراب درد ($r=0/88$)، حمایت اجتماعی ($r=0/85$)، راهبردهای مقابله ای درد ($r=0/80$) [سنجیده شده است. در این مطالعه اعتبار ابزار از طریق اعتبار محتوی مشخص گردید بدین ترتیب که با مطالعه کتب، مجلات، نشریات داخلی و خارجی و استفاده از پایگاههای اطلاعاتی الکترونیک ابزار های پژوهش تهیه گردید و سپس براساس نظرات ۱۰ تن از اساتید دردانشگاه آزاد اسلامی ساری و دانشگاه علوم پزشکی گلستان، اصلاحات لازم صورت گرفته و بدین ترتیب ابزار گردآوری اطلاعات از نظر محتوی علمی، معتبر گردید. و برای پایایی ابزار داده ها در این پژوهش، از روش همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب [پرسشنامه فاجعه سازی درد ($\alpha=0/9$)، اضطراب درد ($\alpha=0/90$)، حمایت اجتماعی ($\alpha=0/83$)، راهبردهای مقابله ای درد ($\alpha=0/82$)] بدست آمد.

پس از ثبت داده‌های پرسشنامه در نرم‌افزار SPSS v.16، با استفاده از دستورالعمل‌های راهنمای این پرسشنامه، نمرات زیرمقیاس‌ها محاسبه و استخراج گردید. درنهایت از آمار

جدول ۱ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران

توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون) برای تجزیه و تحلیل داده ها مورد استفاده قرار گرفت. لازم بذکر است در تمامی آزمون های آماری سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر در ابتدا هدف از انجام پژوهش را برای واحدهای مورد پژوهش و افراد شرکت کننده توضیح داد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد بود و نیازی به نوشتن نام نمی باشد و شرکت در مطالعه برحسب تمایل شخصی آنها بود.

یافته ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی ۴۷٪ از افراد شرکت کننده در مطالعه بین ۵۵ تا ۷۰ سال بود و ۷۳/۶٪ آنها متأهل بودند. طبق نتایج میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت کننده به ترتیب $61/75 \pm 6/92$ بود. با بررسی محل سکونت نمونه های مورد مطالعه مشاهده شد که ۸۲٪ افراد ساکن شهرو ۱۸٪ افراد ساکن روستا بودند. جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک بیماران را نشان می دهد.

ویژگیهای دموگرافیک بیماران	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
جنس	زن	۵۶
	مرد	۵۴
سن	زیر ۲۵ سال	۷
	۲۵ تا ۴۰ سال	۱۶
	۴۰ تا ۵۵ سال	۲۷
	۵۵ تا ۷۰ سال	۴۸
	بالای ۷۰ سال	۱۲
قومیت	فارس	۸۸
	ترکمن	۱۵
	سیستانی	۷
وضعیت تاهل	مجرد	۱۴
	متاهل	۸۱
شغل	بیوه	۱۵
	کارمند	۱۴
	بیکار	۷
	خانه دار	۳۴
	بازنشسته	۲۱
	محصل	۷
	دانشجو	۲
	کشاورز	۹
	آزاد	۱۶

سطح تحصیلات	بیسواد	۲۶	٪۲۳/۶
	زیردیپلم	۲۶	٪۲۳/۶
	دیپلم و فوق دیپلم	۳۴	٪۳۱/۱
	لیسانس	۲۰	٪۱۸/۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۴	٪۳/۶
وضعیت درآمد	تا ۵۰۰ هزار تومان	۳۷	٪۳۳/۶
۵۰۰-۱۰۰۰ هزار تومان	۵۲	٪۴۷/۳	
بالای ۱۰۰۰ هزار تومان	۲۱	٪۱۹/۱	

جدول شماره ۲ نتایج مربوط به میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره ها در متغیرهای فاجعه سازی درد، می دهد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار و بیشترین و کمترین نمره متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص	میانگین	انحراف معیار	بیشترین نمره	کمترین نمره
فاجعه سازی درد (۰-۵۲)	۲۳/۹	۸/۸	۵۲	۶	
اضطراب درد (۰-۱۰۰)	۳۵/۷	۱۸/۴	۱۰۰	۰	
راهبردهای مقابله ای (۰-۲۵۲)	۱۰۷/۹	۳۸/۸	۲۱۰	۱۸	
حمایت اجتماعی (۴۰-۲۰۰)	۱۵۱/۱	۱۵/۸	۱۹۶	۱۱۵	

نتایج مطالعه با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین اضطراب درد با متغیرهای راهبردهای مقابله ای درد حمایت اجتماعی و فاجعه سازی درد رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین آزمون آماری همبستگی پیرسون در این مطالعه نشان می دهد که بین فاجعه سازی درد با متغیرهای اضطراب درد، راهبردهای مقابله ای درد و حمایت اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). (جدول شماره ۳)

جدول ۳ - ضریب همبستگی بین فاجعه سازی درد و اضطراب درد با راهبردهای مقابله ای درد و حمایت اجتماعی

متغیر	آزمون	اضطراب درد	راهبردهای مقابله ای	حمایت اجتماعی
		ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی
		P-Value	P-Value	P-Value
فاجعه سازی درد	۰/۸۰	$P < 0/001$	$P < 0/001$	$P < 0/001$
اضطراب درد	---	---	$P < 0/001$	$P < 0/001$

بحث

مطالعه حاضر با هدف رابطه بین فاجعه سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای درد در بیماران سرطانی انجام شد که در آن ۱۱۰ بیمار واجد شرایط در پژوهش شرکت داشتند. نتایج مطالعه نشان داد که بین متغیرهای فاجعه سازی درد، حمایت اجتماعی، اضطراب درد و راهبردهای مقابله در بیماران سرطانی رابطه معناداری وجود دارد. براساس نتایج مطالعه، میانگین فاجعه سازی درد درحد متوسط (۲۳/۹) بدست آمد و همچنین نمره زیر مقیاس بزرگنمایی، کمترین امتیاز و حیطة نشخوار ذهنی بیشترین امتیاز را اخذ نموده است. در مطالعه بدر و شن (۲۰۱۴)، میانگین نمره فاجعه سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان درحد متوسط (۲۴/۹۳) ذکر شده است (۲۲). همچنین در مطالعه داودی و همکاران (۱۳۹۱) نیز میانگین نمره کل در جامعه مورد نظر ۳۰/۴۳ ذکر گردیده است (۹). به نظر می رسد میانگین نمرات مورد نظر در جوامع مختلف مورد مطالعه نزدیک به هم می باشد و تفاوت چندانی را در نمرات اخذ شده مشاهده نمی نماییم، اگر چه فاکتورهای متعددی بر تجربه و تصور ذهنی فرد از درد تاثیر می گذارد اما برخی مولفه ها، مانند سطح تحمل درد در جوامع مختلف و نوع فرهنگ نیز بر این میزان تاثیر می گذارد.

در بررسی اضطراب دردمیانگین نمره کل آن ۳۵/۷ به دست آمد. پژوهش حاضر با مطالعه سانکان و همکاران (۲۰۱۰) که

مطالعه حاضر با هدف رابطه بین فاجعه سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای درد در بیماران سرطانی انجام شد که در آن ۱۱۰ بیمار واجد شرایط در پژوهش شرکت داشتند. نتایج مطالعه نشان داد که بین متغیرهای فاجعه سازی درد، حمایت اجتماعی، اضطراب درد و راهبردهای مقابله در بیماران سرطانی رابطه معناداری وجود دارد. براساس نتایج مطالعه، میانگین فاجعه سازی درد درحد متوسط (۲۳/۹) بدست آمد و همچنین نمره زیر مقیاس بزرگنمایی، کمترین امتیاز و حیطة نشخوار ذهنی بیشترین امتیاز را اخذ نموده است. در مطالعه بدر و شن (۲۰۱۴)، میانگین نمره فاجعه سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان درحد متوسط (۲۴/۹۳) ذکر شده است (۲۲). همچنین در مطالعه داودی و همکاران (۱۳۹۱) نیز میانگین نمره کل در جامعه مورد نظر ۳۰/۴۳ ذکر گردیده است (۹). به نظر می رسد میانگین نمرات مورد نظر در جوامع مختلف مورد مطالعه نزدیک به هم می باشد و تفاوت چندانی را در نمرات اخذ شده مشاهده نمی نماییم، اگر چه فاکتورهای متعددی بر تجربه و تصور ذهنی فرد از درد تاثیر می گذارد اما برخی مولفه ها، مانند سطح تحمل درد در جوامع مختلف و نوع فرهنگ نیز بر این میزان تاثیر می گذارد.

در بررسی اضطراب دردمیانگین نمره کل آن ۳۵/۷ به دست آمد. پژوهش حاضر با مطالعه سانکان و همکاران (۲۰۱۰) که

به بیماران می شود و بارزایت و ناراضایتی بیماران ارتباط دارد (۲۶).

در بررسی راهبرد مقابله ای، میانگین نمره کل در پژوهش ۱۰۷/۹ بدست آمد که این میانگین اندکی پایین تر در مطالعه لور و همکاران (۲۰۰۷)، بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان برابر با ۱۴۱/۰۵ به دست آمد. در این مطالعه بیماران از راهبرد دعا و امیدواری بیشتر استفاده کردند و در مطالعه اور و همکاران زیرمقیاس های توجه برگردانی و امیدواری بیشترین امتیاز را اخذ نموده است (۲۷). در پژوهش حاضر که بیماران بیشتر از راهبرد فاجعه آفرینی استفاده کردند که این راهبرد با احساس کنترل و توانایی کاهش درد رابطه معکوس دارد و همچنین مطالعه سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) همسو با مطالعه حاضر می باشد که گرایش به فاجعه انگاری در طی تحریک دردناک در شدت بخشیدن درد و افزایش ناراحتی هیجانی نقش دارد (۱۸). فاجعه انگاری به طور گسترده ای به عنوان یک آمایه ذهنی منفی اغراق شده است که در طی وقوع تجربه درد واقعی یا مورد انتظار پدید می آید. مطالعه بناور و همکاران (۲۰۰۸) در مورد مرتبط بودن فاجعه انگاری با تجربه درد مطرح کردند فاجعه انگاری باعث می شود که فرد توجه انتخابی به بعضی محرکات داشته باشد. افراد فاجعه انگار نمی توانند بردرد خویش تسلط داشته باشند. این افراد اشتغال ذهنی زیادی به درد دارند و باتوجه به پیش بینی درد، عملکرد شناختی و جسمی خود را مختل می کنند. این افراد درمورد احساسات بدنی خودشان سردرگم هستند و حتی فاجعه انگاری می تواند مستقیماً بر فرآیند درد در دستگاه عصبی مرکزی اثر بگذارد (۲۸).

بین فاجعه سازی درد و حمایت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد. در مطالعه سیکانوفسکی و همکاران (۲۰۰۳) بین حمایت اجتماعی و فاجعه سازی درد رابطه منفی و معکوس وجود داشته است و در افراد با حمایت های اجتماعی قویتر، فاجعه سازی درد نمرات کمتری داشته است (۲۹). در مطالعه کانو (۲۰۰۴) ارتباط منفی متوسط و معکوس بین فاجعه سازی درد و حمایت اجتماعی وجود داشته است (۳۰). همانطور که نتایج سایر مطالعات نشان می دهند، در بسیاری از یافته ها

بروی بیماران با درد مزمن انجام دادند و میانگین اضطراب درد ۴۹/۴۰ ذکر شد (۲۳)، همسو می باشد و همچنین با مطالعه ای که استرال و همکاران (۱۰) بر روی بیماران آرتریت روماتوئید انجام دادند و اضطراب در مورد درد را به طور فزاینده ای به عنوان یک عامل برای کمک به افزایش احساس درد به رسمیت شناختند. باتوجه به نتایج مطالعات می توان گفت که اضطراب درد در بیماران با بیماری های مزمن مبتلا علی الخصوص سرطان، زیاد می باشد.

در بررسی حمایت اجتماعی که شامل منابع حمایتی همسر، اعضای خانواده، دوست و همکار، پزشک و پرستار بود، میانگین نمره کل آن ۱۵۱/۱ بدست آمد. سامارکو (۲۰۰۱) نیز در مطالعه ای که روی بیماران مبتلا به سرطان پستان با استفاده از پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس انجام داد، دریافت که بیماران مورد پژوهش، حمایت اجتماعی نسبتاً بالایی با میانگین (۱۵۴/۳۴) از سوی منابع حمایتی شان دارند (۲۴) و همچنین حیدری و همکاران (۱۳۸۸) نیز در مطالعه ای که بر روی بیماران سرطانی انجام داد، مشخص شد که بیماران مورد پژوهش، حمایت اجتماعی نسبتاً بالایی با میانگین (۱۳۶/۴۴) از سوی منابع حمایتی شان دریافت کردند (۲). اغلب بیماران بیشترین حمایت را اول از سوی اعضای خانواده و فامیل دریافت کردند. این موضوع علاقه بیماران به همراهان را منعکس می کند. حمایت از سوی فامیل و دوستان به طور مستقیم با ارضای نیاز فرد به احساس پیوستگی و تعلق و بنابراین مقابله با احساس تنهایی، تندرستی روان شناختی فرد را بالا می برد. منابع حمایت اجتماعی می توانند از طریق افزایش پیروی از توصیه های درمانی و بالا بردن سازگاری روانشناختی و در نتیجه افزایش بهبود، سپری در برابر پیامدهای بیماریهای مزمن باشد (۲۵). همچنین، اکثر بیماران کمترین حمایت را از سوی پرستاران اعلام کردند. حمایت ناکافی پرستاران از بیماران را می توان به ناراضایتی و فرسودگی شغلی پرستاران نسبت داد. فرسودگی و ناراضایتی شغلی پرستاران روی رفتارهای مراقبتی آن ها تاثیر می گذارد و منجر به کاهش کیفیت و کمیت مراقبت اریه شده

همبستگی بین فاجعه سازی درد و حمایت اجتماعی وجود دارد که این رابطه معکوس است، بسیار واضح است که حمایت های اجتماعی از فرد می توان آستانه سطح تحمل درد و پایداری وی را در شرایط سخت بیشتر نماید.

در این مطالعه بین اضطراب درد با حمایت اجتماعی رابطه معناداری وجود داشته است. در مطالعه کامبل و همکاران (۲۰۰۳) ارتباط مثبتی بین خلق، فقدان حمایت اجتماعی و ارتباط آن با سطوح بالاتر افسردگی و مهارت های ضعیف تری کنار آمدن با درد در افراد مطالعه مشاهده گردید (۳۱). همچنین در مطالعه لوپزوهومکاران (۲۰۰۸) نیز ارتباط مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی و پیامدهای مرتبط با درد مشاهده شد (۳۲). که با یافته های مطالعه حاضر همخوانی داشته است. حمایت اجتماعی می تواند حسی از آرامش و اطمینان را به افراد هدیه دهد و این آرامش سطح اضطراب و تشویش افراد را کم می نماید که بر سیکل معیوب درد و اضطراب ناشی از آن تاثیر می گذارد (۳۳).

بین راهبرد مقابله ای و حمایت اجتماعی رابطه معنی داری وجود دارد مطالعه حاضر با پژوهشی که اندریا و همکاران (۲۰۰۳) انجام دادند ناهمسو می باشد و در مطالعه اندریا و همکاران، بین حمایت اجتماعی و راهبرد مقابله ای رابطه معکوس، منفی برقرار می باشد (۳۴). در این مطالعه برای درمان شناختی - رفتاری در مراحل اولیه بیماری طراحی کردند که باهدف کاهش عوامل اجتناب مربوط به درد و افزایش منابع حمایتی در بیماران آرتریت روماتوئید در معرض خطر است. و همچنین مطالعه ای که ازکان و همکاران (۲۰۱۰)، بر روی بیماران سرطان خون انجام دادند، همبستگی منفی ضعیف بین راهبرد مقابله ای و حمایت اجتماعی وجود داشت و به این نتیجه رسیدند که متخصصان سلامت باید به رفتارهای مقابله ای و سیستم های حمایت اجتماعی ادراک شده برای همسران مبتلا به سرطان خون آگاه باشند (۳۵)، که این مطالعه نیز با پژوهش حاضر ناهمسو می باشد. در یافته های مطالعه حاضر راهبرد مقابله ای با حمایت اجتماعی رابطه معنی دار داشته است. در مطالعه جانگیوم و همکاران (۲۰۱۰) ارتباط مثبتی بین حمایت اجتماعی و

راهبردهای مقابله درد وجود داشته است و در بیماران با حمایت اجتماعی ضعیف تر، راهبردهای مقابله ای غیر کاربردی تری به کار گرفته شده است. حمایت اجتماعی و راهبرد مقابله ای می توانند اثر همپوشانی و سینرژی با هم داشته باشند، که تقویت یک آیتم دیگر را فعال می نماید، ضعیف در یک حیطه بر حیطه دیگر اثر منفی می گذارد (۳۶). در این مطالعه نیز چنین نتیجه ای حاصل آمده است.

در یافته های این مطالعه رابطه معناداری بین فاجعه سازی درد با راهبردهای مقابله ای درد مشاهده شد. در مطالعه تورنرو همکاران (۲۰۰۳) بین راهبردهای مقابله ای و شدت درد رابطه وجود داشته است و شدت درد افراد با راهبردهای مقابله ای موثر کمتر گزارش گردیده است (۳۷). در مطالعه جاکوبسن و همکاران (۱۹۹۶) ارتباط مثبت و معنی داری بین شدت درد درک شده (فاجعه سازی درد) و راهبرد مقابله وجود داشته است (۳۸). راهبردهای مقابله ای موثر بر تمرکز و مدیریت بهتر درد می تواند اثر گذار باشد، و فردی که می تواند به خوبی از مهارت های سازگارانه و مقابله ای استفاده نماید به همان میزان نیز می توان مدیریت بهتری بر درد خود داشته و به مراتب درد کمتری را درک و گزارش نماید (۳۹).

بین اضطراب درد و فاجعه سازی درد رابطه معنی داری وجود دارد و مطالعه ای که گرانتوت و همکاران (۲۰۰۵) انجام دادند نشان داد مقیاس فاجعه درد سطح اضطراب پس از عمل را پیش بینی می کنند (۴۰). در مطالعه سالیوان و همکاران (۱۹۹۸) گزارش گردید که درد با فاجعه سازی و اضطراب افراد رابطه مثبت داشته است (۴۱). شاید بتوان این طور تفسیر نمود که هر چه میزان اضطراب و ترس و تشویش بیمار بیشتر باشد موجب درک سخت تر و سنگین تری از درد در افراد می گردد و مقیاس فاجعه سازی این امر را به خوبی آشکار نموده است. چرخه اضطراب می تواند بر درک درد و شدت آستانه تحمل آن تاثیر بگذارد.

از محدودیت های مطالعه، دسترسی کم به بیماران سرطانی واجد شرایط، استفاده تنها از یک مرکز درمانی برای نمونه گیری، به کار نبردن روش های معتبرتر سنجش بالینی مثل

بیماران سرطانی رابطه معناداری وجود دارد. لذا توجه به درد و اضطراب این بیماران و فراهم کردن محیطی مناسب جهت حمایت از این بیماران و همچنین فراهم نمودن و راه کارهایی برای مقابله با این درد و اضطراب امری ضروری است. در نتیجه تدوین یک برنامه جامع مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان توسط تیم پزشکی و روانشناسی با تقویت راهبردهای مقابله ای، توسعه و افزایش حمایت اجتماعی در جهت کاهش سطح اضطراب و فاجعه سازی در دین بیماران پیشنهاد می گردد.

تشکر و قدردانی

از سرپرستار محترم بخش سرطان و تمامی بیماران شرکت کننده که نهایت همکاری را برای اجرای این طرح داشته اند، صمیمانه سپاسگذاری می کنیم. در پایان لازم به ذکر است که این مقاله مستخرج بخشی از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی ساری می باشد که (در تاریخ ۹۱/۲/۲۳ با شماره ثبت ۳۵/۲۳۷۳) در معاونت پژوهشی دانشگاه مورد تصویب و حمایت مالی قرار گرفته و انجام شده است.

مصاحبه و همچنین شرایط روحی و روانی بیماران که بر نحوه پاسخ دهی به سوالات تاثیرگذار بود. لذا برای انجام تحقیقات مشابه پیشنهاد می شود محدودیت های بیان شده، کنترل شود. برای پژوهش های بعدی توسط همکاران محترم پیشنهاد می شود متغیرهایی که با سازگاری روانی اجتماعی و تندرستی روانشناختی سروکار دارند، بررسی شود و همچنین پیشنهاد می شود رابطه متغیرهای مطالعه با کیفیت زندگی بیماران سرطانی و متغیرهای مطالعه در بیماران غیر سرطانی با دردهای مزمن سنجیده شوند.

این پژوهش بر گروه نمونه ای از بیماران سرطانی مراجعه کننده به بیمارستان آذر در شهر گرگان انجام شده است. این بیماران از استان گلستان به بیمارستان مراجعه می کردند؛ بنابراین، تعمیم نتایج این پژوهش به بیماران مناطق دیگر کشور باید با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه گیری نهایی

همانطور که نتایج نشان داد بین متغیرهای فاجعه سازی درد، حمایت اجتماعی، اضطراب درد و راهبردهای مقابله در

منابع

- 1- Jemal A, Bray F, Center M, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2011; 61: 69-90.
- 2- Diantai Z, Abedini Z, Tehran H, Mohamadgholizade L. Epidemiology of cancer in Qom, Iran. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2014; 13(2):155-163. [Persian]
- 3- Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, blum RH, Stewart KJ . Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. New England Journal of Medicine. 1994; 330-596-592.
- 4- Lesage P, Portenoy RK. Trends in cancer pain management. Cancer Control. 1999; 6:145-126.
- 5- Breitbart W, Payne DK. Pain in cancer patient. J Holland Psych-oncology. 1998; 467-450
- 6- Yousefinejad Ostadkelayeh A, Madadi A, Majedzadeh SR, Shabannia R and etal. The effect of music therapy on chronic pain in patients with cancer. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2005; 34:39-42. [Persian]
- 7- Rafiee S, Foroughi A, Momenzadeh S. Comparing the comorbidity of psychological disorder among women and men with chronic musculoskeletal pain. . Journal of Hormozgan of Medical. 2012; 15(4):295-303. [Persian]
- 8- Sajjadian I, Taher Neshat H, Molavi H, Bagherian-Sararoudi R. Cognitive and emotional factors effective on chronic low back pain in women: Explanation the role of fear-

avoidance believes, pain catastrophizing and anxiety. Behavioral Sciences Research for a psychosomatic disorders. 2012; 9(5):305-316. [Persian]

9- Davoudi I, Zargar Z, Mozaffaripour E, Nargesi F, Molah K. The Relationship between Pain Catastrophizing, Social Support, pain-related Anxiety, Coping Strategies and Neuroticism, with Functional Disability in Rheumatic patients. The Journal of Health Psychology. 2012; 1(1):1-15. [Persian]

10- Stral C, Kleinknecht RA, Dinnel DL. The Role of pain anxiety coping, and pain self efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. Behaviour Research and Therapy. 2000; 38:863-873.

11- Asmundson G, Antony M, McCabe R. Pain relate anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. Journal of anxiety disorder. 2009; 23:791-798.

12- Taghavi M, Kalafi Y, Taleie A, Dehbozorgi Gh, Taghavi A. Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. Journal of Isfahan Medical School. 2011; 115:67-79. [Persian]

13- Lilijana S, Mojca S. Psychosocial coping strategies in cancer patients. Radiol Oncol. 2004; 38(1): 35-42.

14- Bentur N, Yaira Stark D, Resnizky S, Symon Z. Coping strategies for existencial and spiritual suffering in Israeli patients with advanced cancer. Journal Health Policy Res. 2014; 3: 21.

15- Golmakani N, Hashemi asl M, Sajjadi AR, Poorjavad M. Investigation of factors related to coping with labor pain behaviors. Iranian Journal of Obstetric Gynecology and Infertility. 2013; 15(24):17-25. [Persian]

16- Asghari moghadm M, Galk N. The role of coping strategies to cope with chronic pain. Journal of Daneshvar Raftar. 2005; 12(10):1-23. [Persian]

17- Asghari moghadm M, Karimzadeh N, Amarloo P. The role of beliefs in coping with cancer-related pain. Journal of Daneshvar Raftar. 2005; 12(13):1-22. [Persian]

18- Sullivan M, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation, Psychol Assess. 1995; 7(4):524-532.

19- McCracken L, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptom Scale (PASS-20): Preliminary development and validity. Pain res mange. 2002; 7:45-50.

20- Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain. 1983; 17(1):33-44.

21- Northouse LL. Social support in patients' and husbands' adjustment to breast cancer. Nurs Res. 1988; 37(2):91-5.

22- Badr H, Shen MJ. Pain catastrophizing, pain intensity, and dyadic adjustment influence patient and partner depression in metastatic breast cancer. Clin J Pain. 2014; 30(11):923-33.

23- Sungkun C, Heiby EM, McCracken LM, Lee SM, Moon DE. Pain-related anxiety as a mediator of the effects of mindfulness on physical and psychosocial functioning in chronic pain patients in Korea. J Pain. 2010; 11(8):789-97

24- Sammarco A. Perceived social support uncertainty, and quality of life of younger survivors. Cancer Nurs. 2001; 24(3):212-219.

- 25- Bisschop M, Kriegsman D, Beekman A, Deeg D. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social Science & Medicine*. 2004; 59:721-733.
- 26- Woodrow P. Nurse advocacy: Is it in the patient's best interests? *British Journal of Nursing*; 1997. 6(4): 225-229.
- 27- Lauver DR, Connolly-Nelson K, Vang P. Stressors and coping strategies among female cancer survivors after treatments. *Cancer Nurs*. 2007; 30(2):101-11.
- 28- Buenaver LF, Edwards RR, Smith M.T., Gramling S E, Haythornthwaite J A. Catastrophizing and pain coping in Young Adults: Associations with Depressive symptoms and Headache pain. *Journal of pain*. 2008; 9:311-319.
- 29- Ciechanowski, P., Sullivan, M., Jensen, M., et al. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*. 2003; 104: 627 - 637.
- 30- Cano A. Pain catastrophizing and social support in married individuals with chronic pain: the moderating role of pain duration. *Pain*. 2004; 110(3): 656-664.
- 31- Campbell L, Clauw D, Keefe F. Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Biological Psychiatry*. 2003; 54:399-409.
- 32- Lopez Martinez A E, Esteve Zarazaga R, Ramirez Maestre C. Perceived social support and coping Responses Are Independent Variables Explaining pain Adjustment among Chronic pain patients. *Journal of pain*, in press. 2008; 123-141.
- 33- Usta YY. Importance of social support in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012; 13(8):3569-72.
- 34- Andrea WM, Floris W , Rinie G, Johannes WG , Johannes W.J. Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41(11):1295-1310.
- 35- Ozkan S, Kutlu Y. Evaluation of coping strategies, social support, and depressive symptoms in spouses of patients with hematological. cancer *Turk J Med Sci*. 2010; 40 (6): 925-936.
- 36- Junghyun K, Jeong Y H, Bert S, Fiona M, David G. The Roles of Social Support and Coping Strategies in Predicting Breast Cancer Patients' Emotional Well-being. *J Health Psychol*. 2010; 15(4): 543-552.
- 37- Turner JA, Jensen MP, Romano JM. One- and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain*. 2003; 104(3):453-69.
- 38- Jacobsen PB, Butler RW. Relation of cognitive coping and catastrophizing to acute pain and analgesic use following breast cancer surgery. *J Behav Med*. 1996; 19(1):17-29.
- 39- Severeijns R, Vlaeyen JW, Van den MA, Weber W. pain catastrophizing predicts pain intensity, disability and psychological distress independent of the level of impairment. *Clinical Journal of Pain*. 2001; 17:165-172.
- 40- Granot M, Ferber SG. The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: a prospective study. *Clin J Pain*. 2005; 21(5):439-45.
- 41- Sullivan MJL, Neish N. catastrophizing, anxiety and pain during dental hygiene treatment. *Comm. Dent oral Epidemiol*. 1998; 37:243-50.

The Relationship Between Catastrophizing, and Coping Strategies in Cancer Patients

Safari¹ N(Msc) – Kavosi² A(Msc) – Jouybari³ L(PhD) - *Sanagoo⁴ A(PhD) – Mohammadi⁵ Gh(Msc)

Abstract

Introduction: The pain caused by cancer affected by 50 to 90 percent of patients with cancer and anxiety caused by these diseases and cancer treatment increases the need for supporting patients, Therefore their coping strategies adopted by patients in adapt is important roles. The aim of this study was to determine the relationship between pain catastrophizing, pain-related anxiety, social support and coping strategies of pain in patients with cancer.

Methods: Type of cross - sectional study was correlational. A total of 110 cancer patients referred to 5th Azar Hospital (2013) were recruited Convenience sampling into the study. Questionnaire pain catastrophizing, pain anxiety, pain, social support and coping strategies were used. Data were collected and analyzed using SPSS16 software and doing descriptive and inferential statistics, and considering levels of significance ($P < 0.05$).

Results: The results showed that Mean and standard deviation of Pain Catastrophizing in patients (23.9 ± 8.8), pain-related anxiety (35.7 ± 18.4), coping strategies (107.9 ± 38.8), social support (151.1 ± 15.8). The Pearson correlation test, showed is significant differences between pain catastrophizing ($P=0.00$, $R=-0.46$), pain-related anxiety ($P=0/00$, $R=-0/47$), coping strategies ($P=0/00$, $R=0/46$) with social support.

Conclusions: The results showed that significant differences are between pain catastrophizing pain-related anxiety, coping strategies and social support patients with cancer. Therefore, developing a comprehensive care program for patients cancer with Strengthen coping strategies, Increase social support In order to reduce the level of anxiety and pain catastrophizing is recommended.

Key words: pain, cancer, Catastrophization, anxiety, social support, coping strategies.

Received: 27August 2014 **Accepted:** 20June2015

1- MSC in General Psychology, Islamic Azad University, Sari, Mazandaran, Iran.

2- MSc in Nursing , Department of operation room, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran.

3- Associate of Professor, Education Development Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

4- Associate of Professor, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.
(Corresponding Author)

E-mail: sanagoo@goums.ac.ir

5- MSc in Nursing , Department of operation room, Neyshabur University of Medical Sciences, Neyshabur, Iran.