

نقش انکار و الکسی تایمی بر ادراک درد در زنان مبتلا به سرطان سینه

پرویز مولوی^{۱*}، نیلوفر میکابیلی^۲، سمیه دانشور^۳، محمد نریمانی^۴، سعید مهری^۵

تاریخ دریافت 1393/10/22 تاریخ پذیرش 1393/12/25

چکیده

پیش زمینه و هدف: سرطان سینه یکی از شایع ترین و جدی ترین مشکلات در سلامتی زنان است. یکی از بارزترین جلوه های آن، درد است که تحت تأثیر عوامل بیرونی و درونی متعددی قرار دارد. در راستای شناسایی عوامل تأثیرگذار بر ادراک درد در زنان مبتلا به سرطان سینه، پژوهش حاضر باهدف تعیین نقش انکار و الکسی تایمی بر ادراک درد در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام گرفت.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک پژوهش همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مراکز بالینی و درمانی نمازی شیراز در نیمه اول سال ۹۳ تشکیل داده اند. با در نظر گرفتن ملاک های شمول که سن آزمودنی ها بین ۱۸ تا ۶۰ سال و حداقل تحصیلات سیکل بود، تعداد ۵۰ بیمار مبتلا به سرطان سینه که تحت شیمی درمانی بودند، به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای جمع آوری اطلاعات مشتمل بر پرسشنامه الکسی تایمی، مصاحبه نیمه ساختاریافته انکار و مقیاس دیداری شدت درد بود که به صورت فردیه فرد با بیماران توسط پژوهشگر تکمیل گردید. داده های به دست آمده نیز با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که درد با انکار ($P<0/001$, $r=-0/52$) رابطه ی معکوس و معنی دار و با الکسی تایمی ($P<0/01$, $r=0/40$) و دشواری در شناسایی احساسات از مؤلفه های الکسی تایمی ($P<0/05$, $r=0/30$) رابطه ی مستقیم و معنی دار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۴۳ درصد از کل واریانس درد به وسیله ی متغیرهای انکار و الکسی تایمی تبیین می شود.

نتیجه گیری: نتایج نقش انکار و الکسی تایمی را بر میزان ادراک درد در بیماران شیمی درمانی مبتلا به سرطان سینه نشان می دهند که نشانگر اهمیت عوامل روان شناختی بر میزان ادراک درد در این بیماران است.

واژه های کلیدی: انکار، الکسی تایمی، ادراک درد، سرطان سینه

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره دوم، ص 111-102، اردیبهشت 1394

آدرس مکاتبه: اردبیل، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، تلفن: ۰۴۵۳۳۲۲۳۹۰۳۳

Email: p.molavi@arums.ac.ir

مقدمه

مرگ ناشی از سرطان در زنان ۲۰ تا ۵۹ ساله است. این سرطان ۲۶ درصد تمام سرطان های تازه تشخیص داده شده در زنان را تشکیل می دهد و عامل ۱۵ درصد مرگ های وابسته به زنان است. همچنین سرطان سینه عامل عمده مرگ و میر وابسته به سرطان در زنان تا سال ۱۹۸۷ بود (۲، ۳). در دهه های اخیر به موضوع بین ذهن و بدن و کشف چگونگی این ارتباط علاقه نشان داده شده است (۴). در زمینه روابط متغیرهای روان شناختی با سرطان هم پژوهش های متعددی

مؤلفه های روانی با کمیت ها و کیفیت های خویش ارتباطی تنگاتنگ و متقابل با جسم و بیماری های جسمی دارد که در شرایط و حالات مختلف از هم تأثیر می پذیرند. در میان بیماری های مختلف و شایع جسمی، سرطان از شایع ترین و در عین حال کشنده ترین بیماری هاست که در آن این تأثیر متقابل جسم و روان تعبیر می شود (۱). از میان انواع مختلف، سرطان سینه شایع ترین سرطان خاص در زنان و عامل عمده

^۱ دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۴ استاد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۵ دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

هست و این که آیا انکار یک مکانیسم دفاعی آگاهانه یا ناخودآگاه است و به‌ویژه این که آیا انکار علامت یک اختلال آسیب‌شناختی است یا فقط یک سیستم دفاعی سالم است (۱۷، ۱۸). همان‌طور که فروید هم معتقد بود، مکانیسم‌های دفاعی هم می‌توانند در خدمت کاهش اضطراب و مشکلات روانی باشند و هم در خدمت افزایش مشکلات روانی. از نظر کریترل^۷ (۱۹)، انکار یک مکانیسم اصلی برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زاست که در افراد سالم و بیمار رایج است. انکار بیماری در بیماران مبتلا به بیماری‌های فیزیکی از اواخر قرن نوزدهم با شروع تمرکز بر ناآگاهی از علائم فیزیکی در بیماران عصبی مطرح شد (۱۶). ماسکین^۸ و همکاران (۲۰) پیشنهاد دادند که انکار ناسازگار بیماری فیزیکی را به‌عنوان یک تشخیص جدید در DSM-4 مشخص کنند. در واکنش به این پیشنهاد، اپل بام^۹ (۲۱) استدلال کرد که انکار پدیده‌ای است که در همه‌جا موجود است که معمولاً خارج از محدوده‌ی روان‌پزشکی است. انکار یک مفهوم مرتبط بالینی در بیماران مبتلا به سرطان است. در بیماران مبتلا به سرطان ریه، استفاده متوسط یا رو به بالای انکار به‌طور مداوم با پیامدهای فیزیکی بهتر بیماران مرتبط است. آن‌ها کمتر از خستگی، حالت تهوع و استفراغ، از دست دادن اشتها، اشکال در بلع غذا و درد شانه و دست شکایت می‌کردند تا آن‌هایی که انکار کمتری داشتند. انکار در بیماران مبتلا به سرطان ریه می‌تواند یک مکانیسم انطباقی خوب باشد (۱۶). در تحقیقی که توسط وارد، لون تال و لاو^{۱۰} (۲۲) انجام شد، بیماران شیمی‌درمانی که از واپس رانی استفاده می‌کردند علائم فیزیکی کمتری را نسبت به آن‌هایی که از این مکانیسم استفاده نمی‌کردند، گزارش کردند. در پژوهش خدامرادی و همکاران (۴) که بر روی بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام گرفت، انکار به‌عنوان یک مکانیزم نوروتیک و نابالغ در این بیماران در نظر گرفته شده است که تبعات جسمانی و روانی متعددی را بر سلامت این افراد به جای می‌گذارد.

طبق پژوهش‌های انجام شده (۲۳، ۲۴)، از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر بر درد مزمن، الکسی تایمی^{۱۱} است. این اصطلاح را سیفنئوس^{۱۲} برای توصیف افرادی به کار برده است که هیجانات را بر حسب احساسات جسمی یا واکنش‌های رفتاری تعریف می‌کنند تا ارتباط دادن آن‌ها با افکار خود (۲۵). در توصیف الکسی تایمی سه ویژگی عنوان شده است که عبارت‌اند از:

انجام شده که از آن میان می‌توان به رابطه حمایت خانوادگی و سرطان سینه و پروستات (۵)، متغیرهای شخصیتی پیش‌بینی کننده سرطان (۶)، عوامل روان‌شناختی سبب‌ساز سرطان (۷)، مقایسه تأثیر فائق آمدن و اختلالات روان‌شناختی بر سرطان سینه (۵)، پاسخ‌های روان‌شناختی به سرطان (۸) و مداخله روان‌شناختی در بیماران سرطانی (۹) اشاره کرد.

یکی از عوامل مهم در بیماران مبتلا به سرطان، احساس درد^۱ است. درد یکی از ترس‌آورترین و پریشان کننده ترین علائم سرطان است (۱۰). درد از نظر طول مدت به دودسته تقسیم می‌شود: درد حاد و درد مزمن. درد حاد معمولاً نتیجه‌ی بیماری یا صدمه است و کمتر از سه ماه ادامه دارد، اما درد مزمن به مدت حداقل سه ماه ادامه دارد، می‌تواند با آسیب بافتی همراه باشد و یا در طول زمان عود کند. درد مزمن جنبه‌های متفاوت از زندگی فرد از قبیل عملکرد هیجانی، بین شخصی، شغلی و فیزیکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و هزینه‌های گزافی را بر جامعه و سیستم بهداشت و درمان تحمیل می‌نماید (۱۱). درد همبستگی‌های بین فردی، درون فردی و بیولوژیکی متعددی دارد (۱۲). زیمرمن^۲ و همکاران (۱۳) بیان کردند که بین شدت درد و وضعیت روحی و روانی رابطه وجود دارد. بیماران مبتلا به سرطانی که درد داشتند نسبت به آن‌هایی که درد نداشتند بیشتر مضطرب، افسرده و متخاصم بودند و شکایات جسمانی بیشتری داشتند. از راهبردهای غیر دارویی به‌طور گسترده‌ای در مدیریت درد و مقابله با پریشانی هیجانی استفاده می‌شود (۱۴).

یک عامل تأثیرگذار بر ادراک درد در بیماران مبتلا به سرطان، انکار^۳ است. لازاروس^۴ (۱۵) تأکید کرد که انکار یک فرایند است و بیان می‌کند که "انکار یک عمل واحد نیست بلکه مجموعه‌ای گوناگون از فرایندهایی است که به وضعیت‌های مختلف درونی و بیرونی پاسخ می‌دهند". تعریف انکار از نظر هکت و کسم^۵ این‌گونه است: "رد آگاهانه و ناآگاهانه همه یا بخشی از مفهوم در دسترس کلی رویدادی برای کاهش ترس، اضطراب یا تأثیرات ناخوشایند دیگر" (۱۶). تعریف روان تحلیلی انکار که توسط آنا فروید^۶ در سال ۱۹۶۳ مطرح شد به یک مکانیسم دفاعی سایکوتیک ناخودآگاه در مقابل تأثیرات خارجی برمی‌گردد. در دهه‌های بعدی، منظره بر این متمرکز شد که آیا انکار فقط یک مکانیسم دفاعی در مقابل تهدیدات خارجی است یا این که در مقابل تعارضات درونی هم

7.Kreitler

8.Muskin

9.Applbaum

10.Ward & Lonthal & Love

6.Alexithymia

12.Siphneos

1.pain

2.Zimmerman

3.denial

4.Lazarus

5.Hackett & Cassem

6.Anna Freud

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی بود که جامعه آماری آن را کلیه افراد مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز بالینی و درمانی نمازی شیراز در نیمه اول سال ۹۳ تشکیل داده‌اند. با در نظر گرفتن ملاک‌های شمول که سن آزمودنی‌ها بین ۱۸ تا ۶۰ سال و حداقل تحصیلات سیکل بود، تعداد ۵۰ بیمار مبتلا به سرطان که تحت شیمی‌درمانی بودند، از جامعه پژوهش به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین بیمارستان، همه روزه از ساعت ۸ صبح الی ۲ ظهر به بخش شیمی‌درمانی بیمارستان که در آن بیماران تحت درمان سرپایی بودند و بخش‌هایی که بیماران تحت نظر پزشک بستری بودند، مراجعه شد. به علت مشکلات جسمانی بیماران مبتلا به سرطان و اجرای بهتر پرسشنامه‌ها و هم چنین انجام مصاحبه نیمه ساختار یافته انکار، پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی اجرا شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات عبارت بودند از:

۱- مقیاس بیست ماده ای الکسی تایمی تورنتو^{۱۶} (TAS-20): این مقیاس در سال توسط تیلور^{۱۷} ساخته شد و سپس توسط بگی^{۱۸}، پارکر^{۱۹} و تیلورتجدید نظر گردید. در این مقیاس، سازه ناگویی خلقی در سه زیر مقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت گیری خارجی ارزیابی می‌شود. مطالعات صورت گرفته در زمینه این ابزار ثبات درونی (آلفای کرونباخ ۰/۸۱) و اعتبار آزمون-بازآزمون با فاصله زمانی ۳ هفته مناسبی را ($r=0/77$) گزارش کرده‌اند (۳۴). قربانی، بینگ^{۲۰}، واتسون^{۲۱} و دویسون^{۲۲}، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه ایرانی برای دشواری در تشخیص احساسات، ۰/۷۴ و برای دشواری در توصیف احساسات، ۰/۶۱ و برای تفکر با جهت گیری بیرونی ۰/۵۰ به دست آوردند (۳۵).

۲- مصاحبه انکار سرطان^{۲۳} (DCI): DCI یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که در سال ۲۰۰۹ توسط واس ساخته و طراحی شد و مختص ارزیابی انکار در بیماران مبتلا به سرطان است. DCI از ۹ آیتم خاص (PAS) که مقیاس ارزیابی بیماران است و دو نمره‌ی برداشت بالینی که نوع انکار (CIT) و میزان کلی انکار (CIL) را در بر می‌گیرد، تشکیل شده است. پایایی DCI با اندازه گیری ثبات درونی و پایایی ارزیاب‌ها آزمایش شد. همه‌ی نه آیتم

دشواری در شناسایی احساسات^{۱۳} (DIF)، دشواری در توصیف احساسات^{۱۴} (DDF)، و "سبک تفکر برون مدار"^{۱۵} (EOT) (۲۶). این نقص هیجانی یکی از عوامل خطر برای انواع اختلال‌های روان‌پزشکی و پزشکی است (۲۷). الکسی تایمی مجموعه‌ای از صفات شخصیتی مانند نوروزگرایی و عاطفه مثبت پایین است که فرد را برای درد مزمن و سایر اختلالات مستعد می‌سازد (۲۸). نقص در آگاهی از عواطف و فعالیت‌های شناختی نمادین در افراد مبتلا به الکسی تایمی، عامل آسیب پذیری آن‌ها در مقابله با استرس است و درد مزمن مسیری است که از طریق آن عواطف و احساسات فرد در رابطه با عوامل استرس‌زای زندگی، خود را در قالب نشانه‌های بدنی متجلی می‌سازند (۲۳). عده ای از پژوهشگران معتقدند افراد مبتلا به الکسی تایمی از ظرفیت کمتری جهت سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس آور برخوردارند (۴۳). بشارت و شهیدی (۳۰) عنوان کردند که افراد الکسی تایمیک کمتر قادر به مقابله مناسب با موقعیت‌های استرس‌زا هستند و در نتیجه علائم بدنی (جسمانی) بیشتری را هنگام رو به رو شدن با استرس و اضطراب تجربه می‌کنند. بنابراین با توجه به بعد عاطفی درد و مشکلات عاطفی مطرح در الکسی تایمی، انتظار می‌رود که بین این عامل و درد مزمن رابطه وجود داشته باشد (۳۱).

سرطان نه تنها به دلیل شیوع نسیتا بالا، بلکه به دلیل پیامدهای زیان بار آن، بستری شدن و مرگومیر بالا مورد توجه بسیاری از پژوهشگران است. اگرچه اطلاعات زیادی در مورد نقش شناخت‌های مربوط به درد در بیماران غیر مبتلا به سرطان وجود دارد ولی فقط تعداد کمی پژوهش وجود دارند که ارتباط بین هیجانات و باورهای مربوط به درد را با شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان نشان داده‌اند (۳۲). در علم پزشکی مطالعات گوناگونی درباره علل ایجاد کننده‌ی سرطان بیان شده است ولی جدای علل و ریشه‌ها، باید از بعد دیگری به مساله نگریسته شود؛ یک روانشناس چگونه می‌تواند سلامت روان فرد مبتلا را افزایش دهد چرا که علم پزشکی فقط طول عمری با زجر به بیمار غالب می‌کند (۳۳). بنابراین با در نظر گرفتن مطالب فوق و با توجه به یافته‌های متناقض در مورد نقش انکار به‌عنوان یک مکانیسم دفاعی، این پژوهش در صدد پاسخ گویی به این سؤال اساسی است که آیا انکار و الکسی تایمی می‌توانند بر ادراک درد بیماران مبتلا به سرطان نقش داشته باشند؟

16.Tornto Alexithymia Scale(TAS-20)

17.Taylor

18.Bagby

19.Parker

20.Bing

21.Watson

22.Davison

23.Denial of Cancer Interview

13.difficulty describing feeling

14.difficulty identifiyng feeling

15.external orientation thinking

اعتبار سازه، در بیماران مبتلا به انواع بیماری‌های روماتوئید، مقیاس دیداری شدت درد همبستگی بالایی با مقیاس توصیفی ۵ درجه ای (هیچ، کم، متوسط، شدید و خیلی شدید) از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ دارد (۴۵).

در نهایت داده‌های به‌دست‌آمده نیز با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

تعداد ۵۰ بیمار مبتلا به سرطان سینه با در نظر گرفتن مدت زمان تشخیص بیماری با میانگین ۱۸/۲۸ ماه و انحراف معیار ۲۸/۸۷ در این پژوهش شرکت داشتند. تعداد ۵ نفر (۱۰ درصد) آن‌ها مجرد و تعداد ۴۵ نفر (۹۰ درصد) متأهل بودند. از این میان ۷ نفر (۱۴ درصد) تحصیلات سیکل، ۳۰ نفر (۶۰ درصد) دیپلم، ۴ نفر (۸ درصد) فوق دیپلم و ۹ نفر (۱۸ درصد) تحصیلات لیسانس داشتند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمرات سن ۴۷/۴۶ (و ۲/۳۵)، مدت زمان تشخیص بیماری ۱۸/۲۸ (و ۲۸/۸۷)، مکانیزم انکار ۱۰/۶ (و ۳/۰۷)، الکسی تایمی ۵۵/۸۸ (و ۹/۹۰)، دشواری در تشخیص احساسات ۲۰/۴۶ (و ۵/۹۸)، دشواری در توصیف احساسات ۸۰/۱۳ (و ۵۹/۵)، تفکر با جهت‌گیری بیرونی ۲۰/۵۲ (و ۴/۹۲) و درد ۶۳/۳۸ (و ۱۸/۱۶) می‌باشد.

کم و بیش در مقیاس PAS (مقیاس ارزیابی بیماران) نقش داشتند. DCI نهایی شامل سه زیر مقیاس PAS، CIL و CIT، ثبات درونی خوبی را در چهار نمره‌ی ارزیابی نشان داد (۰/۸۲ (PAS)، ۰/۸۴ (CIL)، ۰/۸۶ (CIT) و ۰/۸۴ (DCI) = آلفای کرونباخ). مقیاس PAS همبستگی کمتری را نسبت به دو خرده مقیاس دیگر داشت. در پایایی ارزیاب‌ها، خرده مقیاس‌ها و مقیاس کلی در طیفی از خوب (PAS) تا متوسط (CIL و CIT) قرار داشت. انکار (DCI) از جمع سه زیر مقیاس PAS، CIT و CIL به دست می‌آید که در یک مقیاس زنجیره ای از ۳ تا ۱۹ است که نمرات پایین تر، انکار کمتر را نشان می‌دهد (۱۶).

۳- مقیاس دیداری شدت درد^{۲۴} (VAS): مقیاس دیداری شدت درد یک محور درجه بندی نشده است که از صفر تا صد نمره گذاری شده و از فرد خواسته می‌شود تا شدت درد ادراک شده را بر روی محور به صورت دیداری علامت بزند. نمره بالاتر نشان دهنده‌ی شدت درد بیشتر است (۳۶). نمره با استفاده از خط کش با اندازه گیری فاصله (بر حسب میلی متر) بر روی خط ۱۰ سانتی متری که طیفی از نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ را در بر می‌گیرد، مشخص می‌شود (۳۷). طبق پژوهش فراز^{۲۵} و همکاران (۴۴) پایایی آزمون بازآزمون مقیاس دیداری شدت درد خوب گزارش شده است، اما در بین بیماران باسواد ($r=0/94, P<0/001$) بیشتر از بیماران بیسواد ($r=0/71, P<0/001$) قبل و بعد از مراجعه به کلینیک سرپایی روماتولوژی بوده است. به خاطر عدم وجود یک استاندارد مشخص، اعتبار ملاک نمی‌تواند اندازه گیری شود. برای

جدول (۱): میانگین، انحراف معیار و ضرایب آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن	۴۷/۴۶	۸/۷۷	الکسی تایمی	۵۵/۸۸	۹/۹۰
مدت زمان تشخیص بیماری	۱۸/۲۸	۲۸/۸۷	دشواری در تشخیص احساسات	۲۰/۴۶	۵/۹۸
درد	۶۳/۳۸	۱۸/۱۶	دشواری در توصیف احساسات	۸۰/۱۳	۵۹/۵
انکار	۱۰/۶	۳/۰۷	تفکر با جهت گیری بیرونی	۲۰/۵۲	۴/۹۲

24. Visual Analog Scale

25. Ferraz

جدول (2): ماتریس ضریب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	درد	انکار	الکسی تایمی	دشواری تشخیص	دشواری توصیف احساسات	تفکر با جهت گیری بیرونی
درد	۱	-۰/۵۲	۰/۴۰	۰/۳۰	-۰/۲۴	-۰/۲۲
انکار		۱	-۰/۵۵	-۰/۳۹	-۰/۵۴	-۰/۸۲
الکسی تایمی			۱	۰/۷۶	۰/۶۸	۰/۲۵
دشواری در تشخیص احساسات				۱	۰/۷۶	-۰/۱۸
دشواری در توصیف احساسات					۱	-۰/۴۹
تفکر با جهت گیری بیرونی						۱

P<0/05 P<0/01 P<0/001

مؤلفه‌های الکسی تایمی (P<0/03, r= 0/30) رابطه معنی‌دار و مستقیم دارد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میزان درد با انکار (P<0/000, r= -0/52) رابطه‌ی معنی‌دار و معکوس و با الکسی تایمی (P<0/003, r= 0/40)، ناتوانی در تشخیص احساسات از

جدول (3): نتایج ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی درد بر اساس مؤلفه‌های الکسی تایمی، الکسی تایمی و مکانیزم انکار.

متغیرهای پیش بین	MR	RS	Δ RS	F	ضرایب غیراستاندارد SE b	ضرایب استاندارد (B)	t
انکار	-۰/۵۲۰	-۰/۲۷۱	۰/۲۷۱	۱۷/۸۱۰	-۰/۷۲۹	-۰/۵۲۰	-4/220
الکسی تایمی	۰/۴۰۷	۰/۴۳۵	۰/۱۶۵	9/519	۰/۷۴۹	۰/۴۰۷	3/085

P<0/05 P<0/01 P<0/000

مرتبط با درد سرطان، پژوهش حاضر در باهدف تعیین نقش انکار و الکسی تایمی بر ادراک درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام گرفت.

نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه با انکار رابطه‌ی منفی و معنی‌دار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که مکانیزم انکار ۲۷ درصد از واریانس درد را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج همخوان با نتایج تحقیقات (۱۶، ۲۲، ۳۸) مبنی بر ارتباط بین انکار و پیامدهای فیزیکی بهتر در بیماران مبتلا به سرطان و در موقعیت‌های آزارنده و استرس‌زای مغلوب کننده است. از دیدگاه روان کاوی، انکار یک مکانیسم دفاعی بی فایده و آسیب رسان است؛ بنا به نظر آنا فروید انکار برای سال‌ها به‌عنوان یک پدیده‌ی آسیب‌شناختی دیده می‌شود. این واژه به‌طور غریزی یک تداعی منفی را در ذهن می‌آورد. از طرف دیگر با توجه به مدل کنار آمدن و استرس، انکار می‌تواند به‌عنوان روشی انطباقی برای محافظت در مقابل رویدادها و احساسات مغلوب کننده باشد. انکار می‌تواند انطباقی باشد اما

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرها، انکار و الکسی تایمی به‌عنوان متغیر پیش بین و درد به‌عنوان متغیر ملاک، با تحلیل رگرسیون چندمتغیری به روش گام به گام تحلیل شدند. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج نشان می‌دهد که حدود ۲۷ درصد از واریانس درد توسط متغیر انکار و ۱۶ درصد توسط الکسی تایمی تبیین می‌شود که به‌طور کلی حدود ۴۳ درصد از کل واریانس درد به‌وسیله‌ی متغیرهای انکار و الکسی تایمی تبیین می‌شود. با توجه به مقادیر بتا، به ترتیب انکار (Beta=-0/520) و الکسی تایمی (Beta=0/407) به‌عنوان قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی ادراک درد در زنان مبتلا به سرطان سینه بودند.

بحث

در فرایند سازگاری با بیماری، درد اغلب به‌عنوان نوعی زبان بدن عمل می‌کند که به بیمار اجازه می‌دهد بدون این‌که به‌طور مستقیم به سرطان اشاره کند، پریشانی‌اش را بیان کند ولی در عوض تأکید بیشتری بر درد دارد (۳۲). در راستای بررسی عوامل

آسیب رسان هم می‌تواند باشد. این مکانیسم دفاعی به‌ویژه وقتی موقتی باشد، می‌تواند یک روش محافظت کننده و مفید برای اجتناب از غرق شدن توسط هیجان‌ها مغلوب کننده و به دست آوردن زمانی برای خو کردن به رویدادهای ناخوشایند باشد. اگر انکار فردی خیلی شدید باشد، اثرات محافظت کننده آن ممکن است با اثرات جانبی مضر همراه باشد (۱۶). بنا به نظر کریتلر (۱۹) تأثیر منفی انکار هنگامی است که با دریافت درمان تداخل پیدا کند (مثل تأخیر در مراجعه به پزشک، حاضر نشدن برای پیگیری درمان و عدم پذیرش)، این امر می‌تواند فرایند وفق دادن با رویداد استرس‌زا را مختل کند، بر روابط بین فردی تأثیر منفی بگذارد و یک عامل استرس‌زای تجمعی را تشکیل دهد که ایمنی بدن را کاهش دهد. یافته‌های این تحقیق را می‌توان با توجه به دیدگاه وگنر^۱ (۲۹) نیز تبیین کرد، او می‌گوید: "به نظر نمی‌رسد که تا زمانی که انکار در درمان یا برنامه ریزی پزشکی مناسب دخالت کند، یک مشکل باشد. پزشک نباید بیمار را از مکانیسم‌های دفاعی ضروری‌اش محروم کند. انسان‌ها به‌طور معمول در تمام فعالیت‌های روزانه خود از مکانیزم‌های دفاعی جهت کاهش خطر و تهدیدات استفاده می‌کنند. این مکانیزم‌ها بخشی از شخصیت فرد را تشکیل می‌دهد که متناسب با موقعیت و جهت انسجام خود به کار برده می‌شوند. رو به رو شدن با خطرات باعث به هم ریختن تعادل درونی فرد می‌شود که در این حین استفاده مناسب از مکانیزم‌های دفاعی می‌تواند به فرد جهت برگشتن به حالت تعادل قبلی کمک کند. برخلاف باور رایج مبنی بر پاتولوژیک بودن انکار، این مکانیزم همیشه آسیب رسان نیست. می‌توانیم بین جنبه‌های بیمارگونه و سالم انکار تمایز قائل شویم. شاید در مراحل اولیه بیماری، انکار بتواند بست به میزان آن و مرحله‌ی بیماری به فرد کمک کند که با انگیزه بیشتری با بیماری مقابله کند و اگر با حمایت اجتماعی همراه شود چه بسا بتواند تا حدودی از بار منفی واژه‌ی سرطان کم کند که در نهایت به غلبه‌ی بهتر فرد بر بیماری خود منجر شود. استفاده از این مکانیزم همچنین می‌تواند باعث کاهش توجه انتخابی فرد به علائم بدنی شود که در نتیجه‌ی آن فرد درد کمتری را احساس می‌کند.

نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که ادراک درد با مؤلفه‌های الکسی تایمی و دشواری در تشخیص احساسات (مؤلفه الکسی تایمی) رابطه‌ی مثبت معنی‌دار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون هم نشان داد که الکسی تایمی ۱۶ درصد از واریانس درد را پیش‌بینی می‌کند. این نتایج همخوان با تحقیقات (۲۳، ۲۴، ۲۹، ۳۰، ۳۲) مبنی بر ارتباط درد با الکسی تایمی است. کمبود راه‌های مناسب

برای تخلیه کردن، به تنش مزمن منجر خواهد شد و باعث مشکلات مزمنی مانند فزون تنشی خواهد شد که این یکی از ویژگی‌های افراد با ناگویی خلقی بالا می‌باشد (۴۰). افراد مبتلا به نارسایی هیجانی در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و تنظیم هیجان با دشواری‌هایی مواجه هستند (۴۱). افراد مبتلا به الکسی تایمی، تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند (۴۲). گروهی از محققان (۲۹) فرض کرده‌اند که ناگویی خلقی یک الگوی شخصیتی است که بیماران مبتلا به درد مزمن را مستعد بیان عواطف خود از طریق نشانه‌های جسمی درد می‌سازد. عده‌ای از پژوهشگران معتقدند افراد مبتلا به الکسی تایمی از ظرفیت کمتری جهت سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور برخوردارند (۴۳). بنا بر یافته‌های بشارت و همکاران (۳۱) یکی از ویژگی‌های اصلی الکسی تایمی، تمرکز بر احساسات بدنی است. نقص در آگاهی از عواطف و فعالیت‌های شناختی نمادین در افراد مبتلا به الکسی تایمی، عامل آسیب‌پذیری آن‌ها در مقابله با استرس است و درد مزمن مسیری است که از طریق آن عواطف و احساسات فرد در رابطه با عوامل استرس‌زای زندگی، خود را در قالب نشانه‌های بدنی متجلی می‌سازند (۲۳). افرادی که ناگویی هیجانی بالایی دارند در تشخیص و بیان احساسات و هیجان‌ها خود دشواری دارند، احساسات خود را سرکوب می‌کنند و به نوعی نمی‌دانند که در درونشان چه می‌گذرد و از آنجایی که اگر هیجان‌ها به شیوه دست و به موقع ابراز نشوند به طریق دیگری خود را نشان می‌دهند، این افراد در شرایط درد مزمن، میزان درد بیشتری را نسبت به دیگران گزارش می‌کنند. بیماران با ناگویی هیجانی بالا پریشانی درون خود را با واکنش‌های بدنی نشان می‌دهند که در نتیجه‌ی آن درد و ناراحتی بیشتری را احساس می‌کنند. عدم کنترل متغیرهایی همانند شدت بیماری، سابقه ژنتیک، حمایت اجتماعی ادراک شده و نظایر آن می‌توانند یافته‌های تحقیق را با محدودیت رو به رو سازند. انجام مطالعه بر روی گروه‌های بزرگ‌تر، متمایز ساختن انواع سرطان‌ها و در نظر گرفتن متغیرهای خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر بیماری در پژوهش‌های آتی ضمن فهم بهتر موضوع می‌تواند قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش دهد.

نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که متغیرهای انکار و الکسی تایمی توان پیش‌بینی ادراک درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه را دارند، به نظر می‌رسد با کنترل این متغیرها بتوان به این بیماران کمک کرد تا درد کمتری را تجربه کنند و از آنجایی که احساس ذهنی

^۱Wagener

تشکر و قدردانی

از بیماران و خانواده‌های آنان و مسئولین مربوطه بیمارستان نمازی شیراز که با همکاری آن‌ها اجرای پژوهش امکان پذیر گردید، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

درد متفاوت از تجربه‌ی فیزیولوژیکی آن است، می‌توانیم با گذاشتن مشاوره روانشناسی برای این بیماران و کنترل عوامل روان‌شناختی به این بیماران کمک کنیم تا احساس ذهنی درد کمتری را تجربه کنند. یافته‌های پژوهش از نقش متغیرهای انکار و الکسی تایمی بر ادراک درد بیماران مبتلا به سرطان سینه حمایت می‌کند.

References:

- Masuoania A. Illness perception and delay in seeking help in women with breast cancer symptoms: An appraisal of self-regulation model. *Iran J Behav Sci* 2008; 2(3): 271-82. (Persian)
- Sobati M. Principle of surgery. 3th ed. Tehran: Arjemand; 2010. P. 203 (Persian)
- Shishegar A. Screening Breast cancer. *Iran J Army Univ* 2010; 9(1): 58-66. (Persian)
- Khodamoradi S, Besharat MA, Hemmati A. comparing defense styles in patients with breast cancer and nonclinical group. *Yafteh* 2013; 15(3): 76-86. (Persian)
- Baider L, Ever-Hadani P, Goldweing G, Wygoda MR, Peretz T. Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *J Psychosomatic Res* 2003; 55: 453-60.
- Hyphantis T, Paika V, Almyroudi A, Kampletsas EO, Pavlidis N. Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: A one-year prospective study. *J Psychosom Res* 2011 May; 70(5): 411-21.
- Dalton SO, Boesen EH, Ross L, Schapiro IR, Johansen C. Mind and cancer: do psychological factors cause cancer? *Euro J Cancer* 2002; 38(10): 1313-23.
- Schilder C, Seynaeve C, Linn SC, Boogerd W, Beex LV, Gundy CM, et al. Cognitive functioning of postmenopausal breast cancer patients before adjuvant systemic therapy, and its association with medical and psychological factors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010 Nov; 76(2): 133-41.
- Baider L, Andritsch E, Uziely B, Goldzweig G, Ever-Hadani P, Hofman G, et al. Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of two different geographical settings. *J Crit Rev Oncol Hematol* 2003; 46(1): 5-16.
- Bruera E, Kim HN. Cancer pain. *JAMA* 2003 Nov; 290(18): 2476-9.
- Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(3): 678-90.
- Woo KY. Pain during dressing change: how does attachment style affect pain in older adults? Institute of medical science, University of Toronto; 2009.
- Zimmerman L, Story KT, Gaston-Johansson F, Rowles JR. Psychological variables in cancer pain. *Cancer Nursing* 1994; 19(1): 44-53.
- Lichtman MA, Beutler E, Seligsohn U. *Williams Hematology*. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2007.
- Lazarus RS: Denial, its costs and benefits, in Ahmed P (Ed): *Living and dying with cancer*. New York: Elsevier; 1981.
- Vos MS. Denial and Quality of life in lung cancer patients. Amsterdam University Press: Pallas Publications; 2009.
- Dorpat TL. The cognitive arrest hypothesis of denial. *Int J Psycho-anal* 1983; 64(1): 47-58.
- Greer S. The management of denial in cancer patients. *Oncology (Williston Park, NY)* 1992;6(12):33-6; discussion 39-40.

19. Kreitler S. Denial in cancer patients. *Cancer Invest* 1999;17(7):514-34.
20. Muskin PR, Feldhammer T, Gelfand JL, Strauss DH: Maladaptive denial of physical illness: a useful new 'diagnosis'. *Int J Psychiatry Med* 1998;28(4): 463-77
21. Appelbaum PS: Why denial of physical illness is not a 'diagnosis'. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28: 479-82.
22. Ward SE, Leventhal H, Love R: Repression revisited: tactics used in coping with a severe health threat. *Pers Soc Psychol Bull* 1988; 14: 735-46.
23. Hosoi M, Molton IR, Jensen MP, Ehde DM, Amtmann S, O'Brien S, et al. Relationship among alexithymia and pain intensity, pain interference, and vitality in persons with neuromuscular disease: Considering the effect of negating affectivity. *Pain* 2010; 149(2): 273-7.
24. Lumley MA, Smith JA, Longo DJ. The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patient chronic myofascial pain comparison with self-efficacy, catastrophizing and depression. *J Psychosom Res* 2002 Sept; 53(3): 823-30.
25. Pourafkari N. Glossary of Educational science, Psychiatry and psychology. Tehran: Moaser; 1995.
26. Mehrabi Zade Honarmand M, Afshari A, Davoodi I. studying characteristic features, attachment styles, distressing events and gender as the predictors of Alexithymia. *J Psychol* 2010; 14(3): 319-34. (Persian)
27. Salminen JK, Saarijärvi S, Toikka T, Kauhanen J, Äärelä J. Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population. *J Psychosom Res* 2006; 61(2): 275-8.
28. Lumley MA, Asslin LA, Norman S. Alexithymia in chronic pain patients. *Comparative Psychology* 1997; 38(3): 160-5.
29. Pecukonis EV. Physical self-efficacy and alexithymia in women with chronic intractable back pain. *Pain Manag Nurs* 2009; 10(3): 116-23.
30. Besharat MA, Shahidi S. What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian J Psychiatry* 2011; 4(2): 145-9.
31. Besharat MA, Koochi S, Dehghani M, Farahani H, Momenzade S. studying the balancing role of positive and negative effects on the relationship of Alexithymia and pain severity in patients with chronic pain. *Scientific-research J Shahed Univ* 2012; 19(7): 103-13.
32. Petkova M, Nikolov V, Galabova M, Petrova B. psychological assessment of cancer patients with chronic pain. *Procedia Social behav Sci* 2010; 5: 421-5.
33. Afsar F, Esmaili L, Noori A, Jafari A, Salehi A, Paaki F. comparing the psychological dimension of quality of life in patients with cancer and healthy people in Esfahan. The 4th international psychosomatic congregation of evaluating and psychological interventions in psychosomatic disorders. 2012; 1-10.
34. Bressi C, Taylor G, Parke J. Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *J Psychosom Res* 1996; 41(6): 551-9.
35. Shahgholian M, Moradi AR, Kaafi SM. Studying the relationship of Alexithymia with emotion expressing styles and general health in university students. *J Psychiatry Clinical Psychol* 2007; 13(3): 238-48.
36. Gift AG. Visual Analysis Scales: Measurement of subjective phenomena. *Nurs Res* 1989 sep-oct; 38(5): 286-8.
37. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *J Pain* 1986; 27(1): 117-26.

38. Denise MA. Denial as a strategy for coping with cancer. *Journal of mental health counseling*. 1988; 10(2): 136-44.
39. Wagener DJTh, Hoesel QGCMvan, Mulder PHMde. De ongeneeslijk zieke patient gezien door de ogen van een clinicus. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987; 131: 1004-8.
40. Kennedy BL, Morris RL, Schwab JJ. Allergy in panic disorder patients: a preliminary report. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002; 24(4): 265-8.
41. Besharat MA. Attachment styles and Emotional deficiency. *J Psychol Res* 2009; 12(3, 4): 63-80.
42. Taylor GJ, Parker JD. A. Bagby M, Acklin MW. Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients *J Psychosom Res* 1992; 36(5): 417-24.
43. Evren C, Cagil D, Ulka M, Ozcetinkaya S, Gokalp P, Cetin T, Yigiter S. Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Compressive psychiatry* 2012; 53(6): 860-7.
44. Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1990; 17, 1022- 4.
45. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis* 1987; 37, 378 – 81.

THE ROLE OF DENIAL AND ALEXITHYMIA ON PAIN PERCEPTION IN WOMEN WITH BREAST CANCER

Parviz Molavi^{1*}, Niloofar Mikaeili², Somayeh Daneshvar³, Mohammad Narimani⁴, Saeid Mehri⁵

Received: 12 Jan, 2015; Accepted: 16 Mar, 2015

Abstract

Background & Aims: Breast cancer is one of the most common and serious problems in women health in which pain is one of the most obvious manifestations that is influenced by many internal and external factors. Hence, the current study was conducted to determine the role of denial and Alexithymia on pain perception in women with breast cancer.

Materials & Methods: This correlational study was conducted on all women with breast cancer who referred to the clinical centers of Namazi Hospital in Shiraz at the second half of 2014. Considering the inclusion criteria like subjects' age between 18 to 60 and the guidance school education as the minimum level of education, a number of 50 patients with breast cancer were selected by the method of purposive sampling method. The subjects were asked to respond to cancer denial interview, fill out the questionnaires of Alexithymia, and the visual assessment scale of pain individually. The collected data were analyzed by tests of Pearson correlation coefficients and multistage regression.

Results: The findings showed that pain is negatively and significantly correlated with denial ($P<0/001$, $r=-0/52$) and positively and significantly correlated with Alexithymia ($P<0/01$, $r=0/40$) and difficulty in identifying feeling (component of Alexithymia) ($P<0/05$, $r=0/30$). Regression analysis results also showed that 43% of the whole variance of pain can be explained by denial and Alexithymia.

Conclusion: The results showed the role of denial and Alexithymia on the level of pain perception in women with breast cancer which expresses the importance of psychological factors on the level of pain perception in these patients.

Keywords: Denial, Alexithymia, Pain perception, Breast cancer

Address: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Tel: +98 45332239033

Email: p.molavi@arums.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(2): 111 ISSN: 1027-3727

¹ Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran (Corresponding Author)

² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

³ MA Student, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

⁴ Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

⁵ PhD Student, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran