

# The mediating role of pain catastrophe and perceived injustice in the relationship between acceptance of pain and quality of life in women with breast cancer in Isfahan city

Elaheh Serajzade Esfahani<sup>1</sup>, Parinaz Sadat Sajjadian<sup>2\*</sup>

1- M A, Department Psychology and Education, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan , Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

## Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the mediating role of pain catastrophizing and perceived injustice in the relationship between pain acceptance and quality of life of women with breast cancer in Isfahan city. The current research is of a descriptive-correlation type, which was conducted based on the structural equation model. The statistical population of the research included all women with breast cancer in 1401, who were selected using the available sampling method, 240 people. The measurement tools included quality of life questionnaires (Ovar et al., 1996), pain acceptance questionnaire (McCracken et al., 2004), pain catastrophizing scale (Sullivan et al., 1995) and injustice experience questionnaire (Sullivan et al., 2008). Data analysis was done using 24SPSS and 22AMOS software. The results showed that the model has a good fit with the observed data ( $3\text{CMIN}/df < 90$ ,  $\text{IFI} > \text{GFI}$ ,  $\text{AGFI}$  and  $\text{RSME} < 10$ ). The results indicated that the direct effect of pain acceptance on catastrophizing ( $p < 0.001$ ), pain acceptance on perceived injustice ( $\beta = 0.40$ ,  $p < 0.001$ ), catastrophizing on quality of life ( $\beta = 0.40$ ,  $p < 0.019$ ) and perceived injustice on quality of life ( $\beta = 0.40$ ,  $p < 0.001$ ) is significant, while acceptance of pain did not have a direct and significant effect on quality of life ( $p < 0.067$ ). Also, the results showed that pain acceptance is significant on quality of life through the mediation of pain catastrophizing ( $p < 0.01$ ) and perceived injustice ( $p < 0.006$ ). Based on the results of the present study, it can be concluded that in the process of treatment and counseling of breast cancer patients, therapists and psychologists can pay special attention to the role of the catastrophizing components of pain and perceived injustice in increasing the quality of life.

**Key words:** perceived injustice, acceptance of pain, breast cancer, quality of life, pain catastrophizing.

## OPEN ACCESS Research Article

\*Correspondence : Parinaz Sadat Sajjadian\*  
[p.sajjadian@phu.laun.ac.ir](mailto:p.sajjadian@phu.laun.ac.ir)

Received: September 11, 2024  
Accepted: September 22, 2024  
Published: Autumn 2024

**Citation:** Sajjadian, P S (2024). The mediating role of pain catastrophe and perceived injustice in the relationship between acceptance of pain and quality of life in women with breast cancer in Isfahan city .Journal of Psycho Research and Educational Studies, 2(3): 1-19

## **Extended Abstract**

### **Introduction**

Breast cancer is a challenging phenomenon with physical, emotional and practical effects and is the most common cancer in women (Barak et al., 2019). Therefore, it is necessary to identify and investigate the factors that affect the quality of life in women with breast cancer; Based on past research results, many factors affect quality of life in women with breast cancer. one of the factors is acceptance of pain.

Acceptance of pain is strongly related to more involvement in daily life activities. One of the factors related to the reduction of pain acceptance is the catastrophizing of pain (Tajikzadeh et al., 2015). In Mousavi et al.'s research (2019), the relationship between catastrophizing and quality of life in women with breast cancer has been shown. Among other psychological factors related to the quality of life of people with breast cancer is perceived injustice. Considering the relationship between the quality of life and acceptance of pain, in this research, therefore pain catastrophizing and perceived injustice as mediating variables of related psychological factors in people with cancer.

### **Methodology**

The design of the current descriptive and correlational research was carried out using the structural equation modeling method. The statistical population of the present study included all women with breast cancer in Isfahan city in the second half of 1401. The sample size of the research was 240 people, and this number was selected using the available sampling method from among the people referring to public and private hospitals and centers in Isfahan city. For data collection, quality of life questionnaires (Ovar et al., 1996), pain acceptance questionnaire (McCracken et al., 2004), pain catastrophizing scale (Sullivan et al., 1995) and injustice experience questionnaire (Sullivan et al., 2008) were used. Data analysis was done using SPSS-24 and AMOS22 software.

### **Discussion and Results**

In explaining these results, it can be said that accepting pain makes patients accept their inconsistent internal experiences and be in touch with the present (Luciano et al., 2014). Quality appears in various aspects of a person's life and is not specific to a specific factor, and from the point of view of each person, that aspect can have a decisive role. Based on the present results, the tendency to catastrophize about pain may have a negative effect on a person's perception of what they are physically capable of doing, as well as on their actual physical performance. On the other hand, the willingness to continue important activities without trying to avoid pain (i.e., acceptance of pain) may have a positive effect on mental and actual physical performance. The results showed that acceptance of pain has a direct effect on perceived injustice and a mediating effect on quality of life. Based on the results of the present study, it can be concluded that in the process of treatment and counseling of breast cancer patients, therapists and psychologists can pay special attention to the role of the catastrophizing components of pain and perceived injustice in increasing the quality of life.

## بررسی نقش میانجی فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک شده

### در رابطه بین پذیرش درد با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان

الهه سراج زاده اصفهانی<sup>۱</sup>، پریناز سادات سجادیان<sup>۲\*</sup>

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک شده در رابطه بین پذیرش درد با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان انجام شد. پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی که براساس مدل معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه در سال ۱۴۰۱ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری درد سترس تعداد ۲۴۰ نفر انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی (اوار و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسشنامه پذیرش درد (مک کراکن و همکاران، ۲۰۰۴)، مقیاس فاجعه‌پنداری درد (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵) و پرسشنامه تجربه بی‌عدالتی (سالیوان و همکاران، ۲۰۰۸) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS۲۴ و AMOS۲۲ انجام شد. نتایج نشان داد که مدل با داده‌های مشاهده شده برازش مطلوب دارد ( $CMIN/df < 3$ ،  $GFI > 0.90$ ،  $AGFI$ ،  $RSME >$ ). نتایج حاکی از این بود که اثر مستقیم پذیرش درد بر فاجعه‌پنداری ( $p < 0.001$ )، پذیرش درد بر بی‌عدالتی ادراک‌شده ( $\beta = 0.40$ ،  $p < 0.001$ )، فاجعه‌پنداری بر کیفیت زندگی ( $\beta = 0.40$ ،  $p < 0.019$ ) و بی‌عدالتی ادراک‌شده بر کیفیت زندگی ( $\beta = 0.40$ ،  $p < 0.001$ ) معنی‌دار است، درحالی‌که پذیرش درد بر کیفیت زندگی اثر مستقیم و معنی‌داری نداشت ( $p < 0.067$ ). همچنین نتایج نشان داد که پذیرش درد بر کیفیت زندگی از طریق میانجی‌گری فاجعه‌پنداری درد ( $p < 0.01$ ) و بی‌عدالتی ادراک‌شده ( $p < 0.006$ ) معنی‌دار است. براساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که در پروسه درمان و مشاوره بیماران مبتلا به سرطان سینه درمانگران و روان‌شناسان می‌توانند به نقش مولفه‌های فاجعه‌انگاری درد و بی‌عدالتی ادراک‌شده در افزایش کیفیت زندگی توجه ویژه‌ای نمایند.

**واژگان کلیدی:** بی‌عدالتی ادراک شده، پذیرش درد، سرطان سینه، کیفیت زندگی، فاجعه‌پنداری درد.

دسترسی آزاد

مقاله علمی پژوهشی

نویسنده مسئول\*: پریناز سادات سجادیان

[p.sajadian@phu.laun.ac.ir](mailto:p.sajadian@phu.laun.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۷/۱

تاریخ انتشار: پاییز ۱۴۰۳

استناد: سجادیان، پریناز سادات. (۱۴۰۳). بررسی نقش میانجی فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک شده در رابطه بین پذیرش درد با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان در رانندگان با سوءمصرف مواد. فصلنامه روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری پاییز ۱۴۰۳ (۳): ۱-۱۹

## بیان مسئله

سرطان یکی از خطرناک‌ترین و پیچیده‌ترین بیماری‌ها است که با عوامل مختلفی از جمله محیطی، ژنتیکی، اجتماعی، فرهنگی، قومیتی، جغرافیایی و بسیاری عوامل ناشناخته دیگر در ارتباط است که باعث آسیب‌های جبران‌ناپذیر می‌شود (فاروقی و همکاران، ۲۰۲۳؛ کوفلین، ۲۰۱۹). سرطان سینه<sup>۲</sup> یک پدیده چالش‌برانگیز با تأثیرات فیزیکی، عاطفی و عملی و شایع‌ترین سرطان و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است (بارک و همکاران، ۲۰۱۹) که میزان ۲/۳ میلیون مورد تشخیص جدید در سال تخمین زده می‌شود و نرخ مرگ و میر آن ۷ درصد است (حیدری و همکاران، ۲۰۲۳). نرخ بروز ۱ در ۴ در همه موارد سرطان و ۱ از ۶ مرگ ناشی از سرطان است که در رتبه اول بروز در کشورهای در حال توسعه قرار دارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳؛ کورنیک و همکاران، ۲۰۱۹). در حال حاضر، سرطان سینه ۱۲٪ از زنان در سراسر جهان، یا ۱ در ۸، با نرخ بقای ۵ ساله ۹۰٪ را تحت تأثیر قرار می‌دهد (استرانک و همکاران، ۲۰۱۸). سرطان سینه ۲۵ درصد از کل موارد سرطان در زنان را در ایران تشکیل می‌دهد (فاروقی و همکاران، ۲۰۲۳). سرطان سینه به نوعی سرطان گفته می‌شود که از بافت سینه آغاز می‌شود. علائم سرطان می‌تواند یک توده در سینه، تغییر در شکل سینه، گودی پوست، ترشح مایع از نوک سینه، یا پوسته شدن قسمتی از پوست باشد (دسراکس، ۲۰۱۸). عواملی نظیر چاقی، عدم تمرین فیزیکی، نوشیدن نوشیدنی‌های الکلی، درمان جایگزینی هورمون در طول یائسگی، پرتوهای یونی، اولین قاعدگی در سن پایین و دیر بچه دار شدن یا بچه دار نشدن، به عنوان عوامل احتمالی سرطان سینه نام برده می‌شود (هوا و همکاران، ۲۰۱۶).

در سال‌های اخیر، پیشرفت قابل توجهی در تشخیص و درمان زودهنگام سرطان سینه صورت گرفته است که نشان‌دهنده پیشرفت‌های قابل توجهی در میزان بقا از طریق اتخاذ بهترین شیوه‌ها برای مدیریت سرطان است (آلوارز-پاردو و همکاران، ۲۰۲۲). با این حال، با توجه به افزایش نرخ بقای سرطان سینه، مهم است که یک جنبه اساسی به نتایج بیمار و زندگی روزمره، یعنی ارزیابی کیفیت زندگی<sup>۱۰</sup> (QOL) اضافه شود. سرطان به دلیل اثرات روحی و جسمی خود منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا می‌شود (لرچ و ثران، ۲۰۱۹؛ پائولو و همکاران، ۲۰۱۹). تحقیقات نشان داده است که تشخیص و درمان سرطانها باعث ایجاد انواع تغییرات عاطفی منفی مانند استرس، اضطراب، ترس و افسردگی قابل توجه می‌و این پاسخ‌های عاطفی می‌تواند به طور قابل توجهی کیفیت زندگی را مختل کند شود (دیناپولی و همکاران، ۲۰۲۱؛ ایتکن و همکاران، ۲۰۱۷). کیفیت زندگی عامل مهمی در ارزیابی اثرات درمانی و قابلیت‌های عملکردی بیماران در طول زندگی است (ژو و همکاران، ۲۰۲۲).

<sup>1</sup> Coughlin

<sup>2</sup> Breast Cancer

<sup>3</sup> Burke & et.al.

<sup>4</sup> Zhang & et.al.

<sup>5</sup> Kocarnik & et.al.

<sup>6</sup> Strunk & et.al.

<sup>7</sup> Desreux

<sup>8</sup> Hu & et.al.

<sup>9</sup> Alvarez-Pardo & et.al.

<sup>10</sup> Quality of Life

<sup>11</sup> Lerch & Thrane

<sup>12</sup> Paulo & et.al.

<sup>13</sup> Dinapoli & et.al.

<sup>14</sup> Aitken & et.al.

<sup>15</sup> Zhou & et.al.

در سال‌های اخیر علاقه زیادی به شناسایی مکانیزم‌های سازگاران‌های که افراد با درد مزمن از طریق آنها سلامت روان‌شناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ می‌کنند، به وجود آمده است (ریچاردسون و همکاران، ۲۰۰۹). یکی از این عوامل روان‌شناختی مثبت، پذیرش درد است. پذیرش، علائمی را بهبود می‌دهد که مشکل و غیر قابل تغییرند و شکل دیگری از مقابله، تسلیم، نادیده گرفتن درد یا افزایش فعالیت رفتاری با هدف کنترل درد نیست، بلکه منظور از پذیرش، تغییر هدف کنترل از رویدادهای کنترل‌ناپذیر به سمت عوامل قابل کنترل است؛ به عبارت دیگر، تغییر رفتاری که متضمن کارکرد روزانه بهتر برخلاف وجود درد است (ویهوف و همکاران، ۲۰۱۱). در حقیقت بیماران با درد مزمن، گاهی با سرسختی زیاد به جست‌وجو جهت یافتن راهی برای کنترل درد خود اصرار می‌ورزند. تناقض موجود در موقعیت‌هایی از این قبیل، منجر به گرایش به رویکردهای مبتنی بر پذیرش شده است که در آنها به بیمار جهت کنترل جنبه‌های قابل کنترل و پذیرش جنبه‌های غیرقابل کنترل آموزش داده می‌شود (تالیافرو و همکاران، ۲۰۱۵). پذیرش درد ارتباط قوی با درگیری بیشتر در فعالیت‌های روزمره زندگی دارد. بنابراین پذیرش درد به جای تلاش برای کنترل آن با سازگاری بیشتری همراه است (دی‌بور و همکاران، ۲۰۱۴). یکی از عوامل مرتبط با کاهش پذیرش درد، فاجعه‌سازی درد است (تاجیک‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵).

بیماران مبتلا به سرطان سینه علائم جسمی و روحی زیادی را در طول درمان بیماری تجربه می‌کنند (کوگی و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که بیش از یک سوم بیماران مبتلا به سرطان در طول درمان بیماری درد متوسط تا شدیدی را تجربه می‌کنند. هو و همکاران (۲۰۱۷) دریافتند که بیماران مبتلا به سرطان سینه بیشتر از درد، خستگی و سایر عوارض جانبی بالقوه رنج می‌برند. با این حال، به دلیل کنترل ضعیف درد، بیماران اغلب با احساسات منفی و بدبینانه ظاهر می‌شوند. فاجعه‌سازی درد به تشخیص منفی رویدادهای خطرناک دردناک توسط افراد، یکی از مهم‌ترین متغیرهای روان‌شناختی در مدیریت درد است و تأثیر زیادی دارد. فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی فرآیندهای عاطفی و همچنین ناتوانی و کاهش روش‌های موثر مقابله با درد همراه است (طهماسبی و منشی، ۱۳۹۶). در واقع فاجعه‌پنداری درد تمایل به بزرگ‌نمایی در میزان تحریک درد، احساس درماندگی در مقابل درد و ناتوانی در مهار افکار مربوط به درد در هنگام درد یا انتظار درد است و در شکست مداخلات درمانی نقش غیرقابل انکار دارد (ورتلی و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین این راهبرد انطباق ناسازگارانه، شامل سه بعد نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی<sup>۷</sup> و درماندگی<sup>۸</sup> در مواجهه با تجربیات زندگی می‌باشد و این وضعیت به ترس از درد و فعالیت و رفتارهای اجتنابی منجر می‌شود که پیامد آن از کارافتادگی و مشکلات روان‌شناختی می‌باشد (بارانف و همکاران، ۲۰۱۳). فاجعه‌پنداری به عنوان یک متغیر میانی نقش مهمی در مزمن شدن درد دارد. تعریف‌های شناختی در مکانیسم فاجعه‌پنداری به عنوان اولین مکانیسم فعال در بیماران با تجربه درد، در تفسیر کارکرد هر یک از متغیرهای دیگر مربوط به درد، نظیر شدت درد مفید می‌باشد (بارنس و کاسیدی، ۲۰۱۸). بررسی نقش واسطه‌ای فاجعه‌آمیز کردن درد در رابطه بین درد و عملکرد روزانه نیز نشان داد، افرادی که بیشتر درد خود را فاجعه‌آمیز می‌کنند، به میزان بیشتری درد، آشفتگی هیجانی، عواطف منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند (استورژن و زوترا، ۲۰۱۳).

<sup>1</sup> Richardson, & et.al.

<sup>2</sup> Veehof, & et.al.

<sup>3</sup> Taliaferro, & et.al.

<sup>4</sup> De Boer, & et.al.n

<sup>5</sup> Kibbey, & et.al.

<sup>6</sup> Rumination

<sup>7</sup> Magnification

<sup>8</sup> Helplessness

<sup>9</sup> Baranoff, & et.al.

<sup>10</sup> Barnes & Cassidy

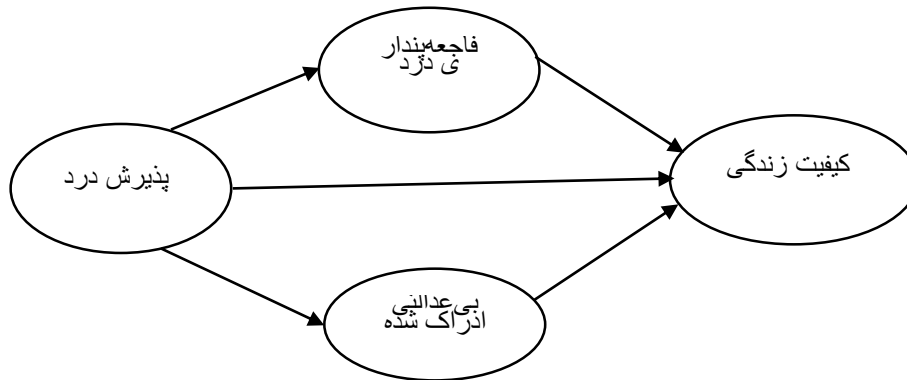
<sup>11</sup> Sturgeon & Zautra

در پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۹) ارتباط فاجعه‌پنداری و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه نشان داده شد. همچنین پژوهش علیزاده (۲۰۲۰) نیز مبنی بر ارتباط فاجعه‌پنداری و بی‌عدالتی ادراک شده در زنان مبتلا به سرطان بود.

از دیگر عوامل روان‌شناختی مرتبط با کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان سینه، بی‌عدالتی ادراک شده است. بی‌عدالتی درک شده به عنوان یک ارزیابی شناختی منفی منعکس‌کننده سرزنش، ناعادلانه بودن و شدت و جبران‌ناپذیری از دست دادن فرد یا ابتلا به یک بیماری است (سالیوان و همکاران، ۲۰۰۸). سطوح بالای بی‌عدالتی ادراک شده ممکن است شدت درد و علائم افسردگی را افزایش دهد. همچنین نمرات بالا در مورد بی‌عدالتی درک شده با بهبودی از مشکلات سلامت روان رابطه منفی دارد. در واقع بی‌عدالتی ادراک شده می‌تواند، به عنوان یک عامل پیش‌آگهی در درمان بیماران مبتلا به درد مزمن استفاده شود (سالیوان و همکاران، ۲۰۱۲). در حقیقت بی‌عدالتی مرتبط با درد مفهومی نوظهور با حجم رو به رشدی از ادبیات است، که نقش آن را در پیش‌آگهی و نتیجه درمان برای افراد مبتلا به شرایط مختلف درد نشان می‌دهد (سالیوان و همکاران، ۲۰۱۲). تجربه بی‌عدالتی در بیماران مبتلا به درد مزمن شامل ارزیابی های منفی از شدت و جبران‌ناپذیری درد است. زیان مرتبط، انتساب سرزنش و احساس ناعادلانه بودن، رنج غیر ضروری در نتیجه اعمال دیگران، یا احساس شدید از دست دادن (مثلاً شغل یا سایر فعالیت‌های ارزشمند) به دلیل درد، می‌تواند منجر به احساس سوء تفاهم و انگ زدن به بیماران و همچنین افزایش احساس خشم و ادراک بی‌عدالتی شود. درک ناعادلانه از درد ابعاد مختلفی دارد و یکی از آنها ناتوانی است. در دنیای بی‌عدالتی، درد نتیجه بی‌عدالتی سرنوشت است، زیرا افراد نقشی در ایجاد درد ندارند، اما نمی‌توانند کنترل کنند و همچنین به جای استفاده از مدیریت درد و مقابله تکنیک‌ها، برخی واکنش‌ها مانند خشم، انتقام و سرزنش استفاده می‌شود. بنابراین این واکنش‌های منفی باعث افزایش احساسات منفی مانند افسردگی و ناامیدی می‌شود که مرتبط با پذیرش و شدت درد است. در نتیجه شدت درد و ناتوانی بیشتر درک خواهد شد که منجر به فاجعه‌سازی درد می‌شود (لیونگ، ۲۰۱۲). همچنین در پژوهش لیسن و همکاران (۲۰۲۱) درد و بی‌عدالتی ادراک شده تأثیر مستقیم و غیر مستقیم معنادار با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان مبتلا به سرطان سینه داشت.

با توجه به رابطه بین کیفیت زندگی و پذیرش درد، در این پژوهش محقق به دنبال عواملی است که بتواند روابط بین عوامل مذکور را میانجی‌گری کند و از آنجا فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک‌شده از عوامل روان‌شناختی مرتبط با سازگاری افراد درگیر سرطان سینه یاد شده است؛ بنابراین در این پژوهش به عنوان متغیرهای میانجی یاد شده است.

هرچند پژوهش‌های پیشین بیشتر به جستجوی روابط مستقیم عوامل مرتبط با کیفیت زندگی پرداخته‌اند اما به نقش آنها در بیماران مبتلا به سرطان کمتر پرداخته شده است. همچنین بیشتر این پژوهش‌ها در جوامع خارج از کشور صورت گرفته است و با وجود اینکه سرطان سینه در ایران در حال افزایش است، پژوهش‌های کمی در زمینه افزایش کیفیت زندگی این افراد و راه‌های سازگاری بهتر با آن صورت گرفته است. در این مطالعه تلاش شد، با وارد نمودن متغیرهای فاجعه‌سازی درد و بی‌عدالتی ادراک‌شده در رابطه کیفیت زندگی با پذیرش درد مدل نسبتاً جامعی از این سازه ارائه دهد تا شاید بتواند مبنای مناسبی برای مداخلات پیشگیرانه باشد. لذا هدف این مطالعه بررسی نقش میانجی فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک شده در رابطه بین پذیرش درد و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان بود. با توجه به مبانی نظری مطرح‌شده، مدل مفهومی پژوهش در قالب شکل ۱ طراحی شد.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

## روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی که با استفاده از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه پژوهش، ۲۴۰ نفر بود که این تعداد با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد مراجعه کننده به مراکز و بیمارستانهای دولتی و خصوصی شهر اصفهان انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: فقدان اختلال روان‌پزشکی عمده و جدی براساس ارزیابی و مصاحبه توسط روانشناس، فقدان هرگونه بیماری جسمی مزمن جدی دیگر، دامنه سنی ۲۰ تا ۷۰ سال، بیماری با مرحله اول یا دوم براساس تشخیص پزشکی معالج، فقدان عود مکرر، حداقل تحصیلات دیپلم معیارهای خروج عبارت بودند از: تشخیص بیماری مزمن دیگر، تشخیص مرحله ۳ یا ۴ بیماری، بروز علائم عمده روان‌پزشکی، عدم پاسخگویی کامل به پرسشنامه‌ها. در راستای اجرای پژوهش ابتدا برای آزمودنی‌ها توضیح کلی در باب نحوه پاسخگویی پرسشنامه‌ها ارائه گردید و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، پذیرش درد مزمن، فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک شده جمع‌آوری گردید. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اختیار خروج از پژوهش بود. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و نرم افزار AMOS نسخه ۲۲ تحلیل شد.

## ابزار پژوهش

### پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-12)<sup>۱</sup>

پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-12) فرم تعدیل شده پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) است. این پرسشنامه توسط وار و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) ساخته شد و شامل ۱۲ سوال مربوط به ۸ بُعد است که دو بُعد سلامت جسمانی و روانی را در مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای مورد سنجش قرار می‌دهد. بُعد سلامت جسمانی شامل: عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات فیزیکی، درک سلامت عمومی، درد جسمانی و سلامت روانی شامل: محدودیت نقش به علت مشکلات روحی- روانی، انرژی و زنده دلی، وضعیت ذهنی و عملکرد اجتماعی است. با توجه به تعداد کم گویه‌ها اغلب نمره کلی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. در پژوهش وار و همکاران (۱۹۹۶) از روش بازآزمون برای تعیین پایایی ابزار استفاده شد که ضریب همبستگی دو مرحله ۰/۸۹ به دست آمد.

<sup>۱</sup>. Item Short Form Health Survey (SF-12)

<sup>۲</sup> Ware & et.al.

در ایران روایی و پایایی فرم ۱۲ سوالی این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۹) مورد مطالعه قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد سلامت جسمانی و روانی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ بدست آمد. در پژوهش حاضر جهت سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۲ بدست آمد که بیانگر ضریب مطلوب پایایی پرسشنامه است.

### پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CPAQ)

پرسشنامه پذیرش درد مزمن یک پرسشنامه خودتوصیفی ۲۰ سوالی است که به منظور سنجش پذیرش درد توسط مک‌کراکن و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) تدوین شده است. این پرسشنامه از دو خرده‌مقیاس تعهدکاری و رضایت از درد تشکیل شده است. نحوه محاسبه نمره کل پذیرش بدین صورت است، که ابتدا عبارات مقیاس تعهد به فعالیت براساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای، از ۰ (اصلاً) تا ۶ (همیشه) و عبارات مقیاس رضایت از درد به طور معکوس، یعنی از ۶ (اصلاً) تا ۰ (همیشه) نمره‌گذاری شده است و سپس نمرات حاصل از دو خرده‌مقیاس با هم جمع می‌شوند. در این مقیاس، نمره بین ۰ تا ۱۲۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیشتر درد خواهد بود. مک‌کراکن و همکاران (۲۰۰۴) ضرایب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ برای عامل اول (تعهدکاری) ۰/۸۲ و برای عامل دوم (رضایت از درد) ۰/۷۸ گزارش کرده است. در بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شد (مسگریان، ۱۳۸۹). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۴، خرده‌مقیاس تعهد به فعالیت ۰/۷۷ و خرده‌مقیاس رضایت از درد ۰/۸۰ محاسبه شد.

### مقیاس فاجعه‌پنداری درد (PCS)

این مقیاس ۱۳ سوالی توسط سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) جهت ارزیابی فاجعه‌پنداری درد بیماران طراحی شد که آنها پاسخ‌های خود را با جملات در دامنه‌ای از ۰ (اصلاً) تا ۴ (همیشه) اعلام می‌دارند. این مقیاس، سه زیر مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی را در بر می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸ گزارش شده است و این مقیاس پایایی و روایی خوبی در دو جمعیت بالینی و غیربالینی داشته است (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵). این پرسشنامه توسط سجادیان و همکاران (۱۳۹۰) به فارسی ترجمه و اجرا شد. ضریب پایایی کل مقیاس در این پژوهش ۰/۹۳ و برای زیر مقیاس‌های نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ بدست آمد. همچنین در این پژوهش آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

### پرسشنامه بی‌عدالتی ادراک شده

پرسشنامه تجربه بی‌عدالتی از سالیوان و همکاران (۲۰۰۸) می‌باشد و متشکل از ۱۲ گویه مربوط به احساسات و افکار مربوط به ادراک بی‌عدالتی است، که ممکن است فرد در لحظه داشته باشد. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد. در این پرسشنامه شرکت کننده از ۰ تا ۴ پاسخ می‌دهد، که در آن ۰ (هرگز) و ۴- (همیشه) است. این پرسشنامه شامل دو خرده‌مقیاس است، که در آن احساس سرزنش و بی‌انصافی از مجموع گویه‌های ۳، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ تشکیل شده است و در گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۵، ۶ و ۸ شدت درد توسط مقیاس عددی درجه‌بندی درد (NPRS) ارزیابی شد که از یک خط کش ۱۰ سانتی‌متری با نمره صفر تا ۱۰ تشکیل شده است که در آن شرکت‌کنندگان درد خود را طبقه‌بندی می‌کنند که صفر فقدان درد و ۱۰ بدترین درد ممکن است.

<sup>1</sup> Chronic Pain Acceptance Questionnaire

<sup>2</sup> McCracken & et.al.



همچنین نمره کل پرسشنامه به مجموع هر ۱۲ گویه اشاره دارد و هر چه نمره بالاتر باشد، درک بیمار از بی‌عدالتی بیشتر است. در پژوهش علیزاده فرد (۲۰۲۰) آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد. همچنین در این پژوهش آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمد.

## یافته‌ها

یافته‌های توصیفی جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد که ۵۸ نفر (۲۴/۲ درصد) نمونه مجرد و ۱۸۲ نفر (۷۵/۸ درصد) متأهل بودند. ۸۴ نفر (۳۸٪)، دیپلم، ۱۹ نفر (۷٪/۹) فوق دیپلم، ۱۱۱ نفر (۴۶/۲ درصد) لیسانس و ۴۵ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین، انحراف معیار و انحراف استاندارد ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
پذیرش درد	۵۹/۵۸	۱۳/۰۴	-۰/۳۸۸	۰/۷۰۹
کیفیت زندگی	۳۰/۹۲	۷/۸	-۰/۱۳۳	-۱/۱۹
فاجعه‌پنداری درد	۱۸/۵۸	۸/۲۵	۰/۷۳۹	۰/۳۱۲
بی‌عدالتی ادراک شده	۲۶/۹	۸/۱۵	-۰/۴۳۳	-۰/۳۱۷

نتایج در جدول ۱ نشان داده است، میانگین متغیر مستقل پذیرش درد برابر با ۵۹/۵۸، میانگین کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر وابسته ۳۰/۹۲ و میانگین متغیرهای بی‌عدالتی و فاجعه‌پنداری در به‌عنوان متغیرهای میانجی به ترتیب برابر با ۲۶/۹ و ۱۸/۵۸ به دست آمده است.

قبل از انجام آزمون فرضیات به بررسی پیش‌فرض‌های آزمون آماری پرداخته می‌شود. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کجی و کشیدگی استفاده شد که نتایج آن در تمامی متغیرها بین ۲/۵۸+ تا ۲/۵۸- بود که نشان از نرمال بودن داده‌ها است. همچنین نتایج هم خطی چندگانه نشان داد، عامل تورم واریانس پایین‌تر از مقدار ۱۰ بود. همچنین ضریب تحمل نیز بالاتر از مقدار ۰/۱۰ قرار داشت، به این ترتیب مفروضه هم خطی بودن در متغیرهای پژوهش برقرار است. با توجه به این نکته که ماتریس همبستگی مبنای تجزیه و تحلیل مدل‌های علی، خصوصاً مدلیابی معادلات ساختاری است، لذا قبل از پرداختن به آزمون الگوی نظری، ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش همراه با ضرایب همبستگی آنها در جدول ۲ ارائه شده است تا رابطه بین متغیرها مورد بررسی قرار گیرد.

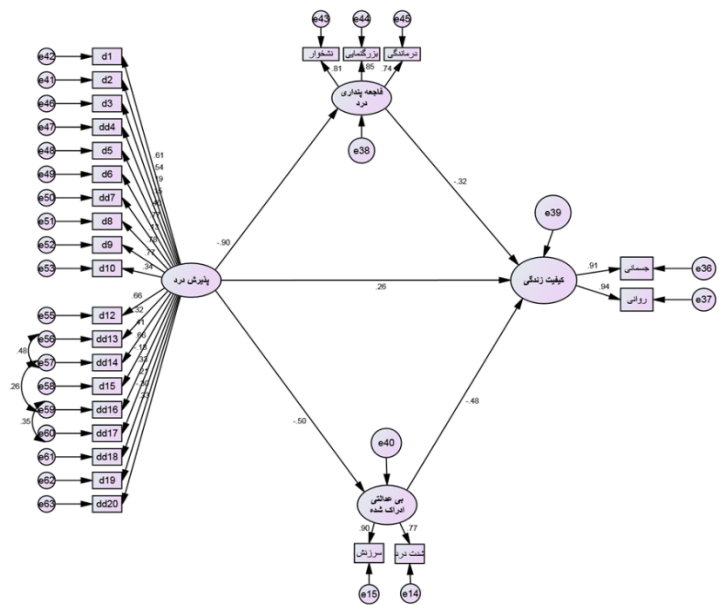
جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱ پذیرش درد	۱			
۲ کیفیت زندگی فاجعه	۰/۶۴**	۱		
۳ پنداری درد بی‌عدالتی	-۰/۷۴**	-۰/۷۴**	۱	
۴ ادراک شده	-۰/۴۴**	-۰/۶۸**	۰/۵۴**	۱

$p < 0.001$ ,  $p < 0.05$

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین پذیرش درد، کیفیت زندگی، فاجعه‌پنداری و بی‌عدالتی ادراک‌شده رابطه معنادار وجود دارد ( $p < 0.01$ ).

جهت ارزیابی نقش میانجی فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک‌شده لازم است که اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیر پذیرش درد با کیفیت زندگی محاسبه گردد. لذا پس از اطمینان یافتن از نرمال بودن متغیر وابسته، کلیه روابط میان متغیرها بر اساس مدل مفهومی پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. شکل ۲ اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش بر اساس مدل مفهومی را نشان می‌دهد.



شکل ۲: الگوی نهایی نقش میانجی فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک‌شده در رابطه بین پذیرش درد با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان

در جدول ۳ شاخص‌های مربوط به برازش مدل مسیر ارائه شده است که نشان‌دهنده برازش نسبتاً مطلوب مدل است.

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی الگوی پیشنهادی و نهایی پژوهش

نشانگر برازش	مقدار برازش	مقدار رضایتبخش	نتیجه
نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی (CMIN/df)	۳/۷۷	کمتر از ۵	قابل قبول
نرم شده برازندگی (NFI)	۰/۶۰۹	بیشتر از ۰/۵	تایید مدل
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۳	بزرگتر از ۰/۹	تایید مدل
تعدیل شده نیکویی برازش (AGFI)	۰/۹۲	بزرگتر از ۰/۹	تایید مدل
برازندگی فزاینده (IFI)	۰/۹۲۳	بزرگتر از ۰/۹	تایید مدل
مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۷۸	بین ۰/۰۸ الی ۰/۱۰	قابل قبول

لازم به ذکر است، مقدار مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA) را بین ۰/۰۵ الی ۰/۰۸ قابل قبول و مقادیر بین ۰/۰۸ الی ۰/۱۰ برازش متوسط و مقادیر بالاتر از ۰/۱۰ را برازش ضعیف مدل تلقی می‌کنند.

بر اساس نمودار برازش یافته معادلات ساختاری تحلیل مسیر اثرات مستقیم و غیرمستقیم نتایج جدول ۴ را به همراه دارد.

جدول ۴: پارامترهای اثر مستقیم در مدل پیشنهادی پژوهش

مسیر	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد	نسبت بحرانی	سطح معناداری (p)
پذیرش درد --- کیفیت زندگی	۰/۲۶۲	۰/۸۱۹	۱/۸۳	۰/۰۶۷
پذیرش درد --- فاجعه‌پنداری درد	-۰/۹۰۴	-۲/۹۳	-۸/۲۲	۰/۰۰۱
پذیرش درد --- بی‌عدالتی ادراک شده	-۰/۵۰۴	-۱/۷۶	-۵/۶۲	۰/۰۰۱
فاجعه‌پنداری درد --- کیفیت زندگی	-۰/۳۲۴	-۰/۳۱۲	-۲/۳۴	۰/۰۱۹
بی‌عدالتی ادراک شده --- کیفیت زندگی	-۰/۴۸	-۰/۴۲۹	-۸/۴۹	۰/۰۰۱

جدول ۴ نشان داد که ضریب مسیر بین پذیرش درد و کیفیت زندگی  $\beta=0/262$  و نسبت بحرانی به دست آمده برابر با ۱/۸۳ می‌باشد که در سطح  $p < 0/067$  قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار نیست در حالی که ضریب مسیر بین پذیرش درد و فاجعه‌پنداری درد  $-0/901$  و  $\beta=$  نسبت بحرانی به دست آمده برابر با  $-8/22$  می‌باشد که در سطح  $p < 0/001$  قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار است. ضریب مسیر بین پذیرش درد و بی‌عدالتی ادراک شده نیز  $-0/504$  و  $\beta=$  نسبت بحرانی به دست آمده برابر با  $-5/62$  می‌باشد که در سطح  $p < 0/001$  قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. همچنین ضریب مسیر بین فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی،  $\beta= -0/324$  و نسبت بحرانی به دست آمده برابر با  $-2/34$  می‌باشد که در سطح  $p < 0/019$  قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار و ضریب مسیر بین بی‌عدالتی ادراک شده و کیفیت زندگی،  $\beta= -0/48$  و نسبت بحرانی به دست آمده برابر با  $-8/49$  می‌باشد که در سطح  $p < 0/001$  قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار است.

برای تعیین معنی‌داری متغیرهای میانجی فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک شده در رابطه بین متغیرهای دیگر پژوهش از آزمون بوت استرپ استفاده گردید. بوت استرپ قدرتمندترین و منطقی‌ترین روش را برای بررسی اثرات غیرمستقیم فراهم می‌آورد. در روش بوت استرپ، سه مقدار اثر کل، اثر مستقیم و اثر غیرمستقیم باید مدنظر قرار گیرد؛ اگر هر سه مقدار معنی‌دار شد ( $p < 0/5$ ) آنگاه متغیر مزبور نقش میانجی جزئی را دارد ولی اگر اثر مستقیم معنادار نشد، متغیر میانجی، اثر میانجی کامل دارد. نتایج آزمون تحلیل مسیر و تعیین معناداری آن از آزمون بوت استرپ در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: نتایج ضرایب غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
پذیرش درد --> فاجعه‌پنداری درد --> کیفیت زندگی	۰/۷	۲/۱۶	۰/۴۴	۰/۹۹	۰/۰۱
پذیرش درد --> بی‌عدالتی ادراک شده --> کیفیت زندگی	۰/۲۴۲	۰/۷۶۱	۰/۱۵۶	۰/۳۷	۰/۰۰۶

جدول ۵ نشان داد که ضریب غیرمستقیم پذیرش درد بر کیفیت زندگی با میانجی‌گری فاجعه‌پنداری درد، برابر با ۰/۷ به دست آمده است که در سطح معنی‌داری  $p < 0/01$  قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود حد پایین آزمون بوت استرپ برابر با ۰/۴۴ و حد بالای آن ۰/۹۹ است که صفر در این فاصله قرار ندارد و ضریب غیرمستقیم پذیرش درد بر کیفیت زندگی با میانجی‌گری بی‌عدالتی ادراک‌شده، برابر با ۰/۲۴۲ به دست آمده است که در سطح معنی‌داری  $p < 0/006$  قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود حد پایین آزمون بوت استرپ به برابر با ۰/۱۵۶ و حد بالای آن ۰/۳۷ است که صفر در این فاصله قرار ندارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین نقش میانجی فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک‌شده در رابطه بین پذیرش درد با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان بود. نتایج همبستگی پیرسون نشان داد بین فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک‌شده و پذیرش درد با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/5$ ).

نتایج نشان داد پذیرش درد بر کیفیت زندگی تأثیر مستقیم و معنی‌داری ندارد. این یافته‌ها با نتایج سمیرو و حالیم<sup>۱</sup> (۲۰۱۹)، کاپادی و الاندر (۲۰۲۰) و جانکوسکا-پلانسکا و همکاران (۲۰۲۰)، حیدری و همکاران (۲۰۲۳) که نشان دادند پذیرش درد، کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد، ناهمسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که پذیرش درد باعث می‌شود، بیماران تجربیات درونی ناسازگار خود را بپذیرند و با زمان حال در تماس باشند (لوسیانو و همکاران، ۲۰۱۴). پذیرش درد اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به صورتی که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه دهد و درعین حال، برای کنترل درد نیز تلاش کند. به دنبال پذیرش درد، فرد اقدامات غیرمؤثر برای کاهش درد را متوقف نموده و به جای آن بر مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند و پیگیری اهداف مناسب شخصی خود تمرکز می‌کند و در نتیجه، عملکرد روانی و جسمی مناسب‌تری خواهد داشت.

<sup>1</sup> Bootstrap

<sup>2</sup> Semeru & Halim

اما در مورد تبیین عدم رابطه معنادار پذیرش درد با کیفیت زندگی در پژوهش حاضر می توان اینگونه ادعان داشت که مفهوم کیفیت زندگی برای هر کس منحصر به فرد و با دیگران متفاوت است و عواملی که در کیفیت زندگی نقش دارند با توجه به ترجیحات شخصی نیز متفاوت است، کیفیت در جنبه های مختلفی از زندگی فرد نمود پیدا می کند و فقط مختص به یک عامل خاص نیست و از نظر هر فردی آن جنبه می تواند نقش تعیین کننده ای را داشته باشد.

به عبارتی دیگر کیفیت زندگی احساس رضایت کلی از زندگی است و تنها بعد بیماری و درد نمی تواند کل احساس فرد را از کیفیت زندگی اش تحت تاثیر قرار دهد. کیفیت زندگی ادراک از زمینه های فرهنگی، نظام ارزشی و وضعیت مبتنی بر اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق است، که افراد در آن زندگی می کنند (لیما و همکاران، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی نشان دهنده آسایش و آرامش ناشی از رضایت یا عدم رضایت از جنبه های مختلف زندگی است (لیو و همکاران، ۲۰۱۸). قطعاً در فرد بیمار، قسمتی مهم از زندگی فرد تحت تاثیر قرار گرفته است ولی جنبه های دیگر توانسته نقص پیشامده را بپوشاند به طوری که کیفیت زندگی فرد با پذیرش درد دستخوش تغییر قرار نگیرد. بنابراین پذیرش درد نتوانسته است، عامل مؤثر در کیفیت زندگی فرد باشد.

نتایج نشان داد پذیرش درد بر فاجعه پنداری درد تأثیر مستقیم و بر کیفیت زندگی اثر میانجی دارد. این نتایج با فاروقی و همکاران (۲۰۲۳)؛ موسوی و همکاران (۱۳۹۹)، برزگری و همکاران (۱۳۹۹)، آناگوتوپولوس و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۲۲)، کازی و همکاران (۲۰۲۱)، سمیرو و حالیم (۲۰۱۹) و هایاشی و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۹) است به طوری که فاجعه سازی درد با کیفیت زندگی ارتباط دارد همسو است.

در تبیین این نتایج می توان گفت افرادی که فاجعه پردازی می کنند تمایل دارند درد را به عنوان یک تجربه فاجعه بار و مضر ارزیابی کنند و اغلب در مورد آن نشخوار فکری کرده و احساس ناامیدی می کنند. بر اساس نتایج حاضر، تمایل به فاجعه سازی در مورد درد ممکن است بر ادراک فرد از آنچه که از نظر عملکرد فیزیکی قادر به انجام آن هستند (آنچه فکر می کنم می توانم انجام دهم) و همچنین بر عملکرد فیزیکی واقعی آنها تأثیر منفی بگذارد (کاری که می توانم انجام دهم). فاجعه سازی درد ممکن است سطح توجه و آگاهی از احساسات دردناک را افزایش دهد، بنابراین رفتارهای محافظتی را افزایش می دهد. افراد مبتلا به درد مزمن که فاجعه آفرین هستند، برای جلوگیری از بدتر شدن علائم درد، انواع رفتارهای ایمنی (مانند اجتناب از فعالیت، محدودیت حرکت، و حرکات محافظت شده) را انجام می دهند. از سوی دیگر، تمایل به ادامه فعالیت های مهم بدون تلاش برای اجتناب از درد (یعنی پذیرش درد) ممکن است تأثیر مثبتی بر عملکرد ذهنی و واقعی فیزیکی داشته باشد. افرادی که درد را به عنوان یک تجربه ناخوشایند می پذیرند که برای دستیابی به اهداف خود مایل به تحمل آن هستند، ممکن است علیرغم درد، تحرک بیشتری داشته باشند و در فعالیت های ارزشمند شرکت کنند. علاوه بر این، پذیرش ممکن است با تمرکز بر اهداف شخصی به جای کنترل درد، سازگاری با درد مزمن را تسهیل کند و در نتیجه از اجرای رفتارهای اجتناب از درد جلوگیری کند (بارانوف و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲؛ مک کراکن و همکاران؛ ۱۹۹۸؛ ولز و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). با در نظر گرفتن تمام نکات قبلی، کاهش فاجعه سازی درد و افزایش پذیرش درد با اجرای مداخلات روان شناختی ممکن است به افراد مبتلا به درد مزمن کمک کند تا رفتارهای حفاظتی غیرضروری و مضر را که چرخه اجتناب، بی شرطی کردن و افزایش ناتوانی را تداوم می بخشد، کاهش دهند (وارالو و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱).

<sup>1</sup> Anagnostopoulos & et.al.

<sup>2</sup> Hayashi & et.al.

<sup>3</sup> Baranoff & et.al.

<sup>4</sup> Vowles & et.al.

<sup>5</sup> Varallo & et.al. Parker

نتایج نشان داد پذیرش درد بر بی‌عدالتی ادراک‌شده تأثیر مسقیم و بر کیفیت زندگی اثر میانجی دارد. این نتایج با یافته‌های لیسن و همکاران (۲۰۲۱)، پارکر<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) و کریری و همکاران (۲۰۲۰)، دای و تورن (۲۰۱۶)؛ بهرامی‌راد و همکاران (۱۳۹۶)، گانگون و همکاران (۲۰۱۶) همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت بی‌عدالتی مرتبط با بیماری نیز تجربه‌ای است که می‌تواند فرد را از نظر روانی، جسمی و عاطفی تحت تأثیر قرار دهد. این اتفاق ممکن است پس از ابتلا به یک بیماری مزمن و گرفتن تشخیص پزشکی اتفاق افتد. درد و رنجی که همراه با بیماری مزمن است پیچیده می‌باشد. سطوح بالاتری از بی‌عدالتی درک شده می‌تواند تجربه درد را تقویت کند و همچنین به رفتارهای اجتنابی و ناتوانی طولانی مدت کمک نماید (ولاین و لیتون، ۲۰۱۲). تصورات از بی‌عدالتی می‌تواند با عواقب عمیقی همراه باشد و مقابله و سازگاری صحیح با بیماری را مختل کند. به طور کلی بیماری (سرطان) باعث کمتر شدن فعالیت‌های جسمی می‌گردد. مصرف داروهای زیاد باعث خستگی عمومی و ازکارافتادگی بیمار می‌شود و به دنبال این مسایل ممکن است مشکلات خانوادگی نیز ایجاد گردد. دردهای مداوم و شدید ممکن است بر روند فکری بیمار نیز تأثیر گذاشته و در فرد مشکلات روان‌شناختی به وجود آید و در نهایت کیفیت زندگی فرد تحت الشعاع قرار گیرد. گذراندن مراحل پذیرش درد می‌تواند به فرد در ادامه درمان، رسیدن به سلامت نسبی و حفظ کیفیت زندگی کمک کند. به این صورت که درد، جزئی از زندگی فرد می‌شود؛ بیمار می‌داند نمی‌تواند درد را از خود دور کند بنابراین با آن همراه می‌شود. تسلیم آن نمی‌شود. تصمیم‌های آینده خود را براساس آن برنامه‌ریزی نمی‌کند. زیرا متوجه می‌شود پذیرش درد بیماری را به میزان بسیار زیادی قابل تحمل می‌کند. فرد راهکارهای مناسبی برای جبران نقص‌های ناشی از دردش پیدا می‌کند، فعالیت‌های روزمره زندگی خود را ادامه می‌دهد. بیمار عواملی چون محیط زندگی، شغل، کادر درمان، خدا و غیره را مقصر در بیماری نمی‌داند. افکار و تصورات غلط کاهش می‌یابد. از آنجا که شالوده کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی و عوامل ذهنی است و عوامل ذهنی بیشتر بر رضایت از زندگی تأکید دارند، در حالی که عوامل عینی بیشتر بر نیازهای مادی و مشارکت در فعالیت‌ها و روابط بین فردی متمرکز هستند (دومید و همکاران، ۲۰۱۷). کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد زیرا افکار ناشی از بی‌عدالتی (عوامل ذهنی) که نقش مهمی در کیفیت زندگی دارند، کاهش می‌یابد.

پذیرش درد باعث ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و در نهایت تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها با وجود درد می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن، بر رضایت از زندگی بیمار افزایش دهد و او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار منفی که به نوبه خود باعث افزایش شدت درد نیز می‌شود، رهایی بخشد (دیاموند و همکاران، ۲۰۱۶). پذیرش به این معنی نیست که اشکالی ندارد بیمار هستم بلکه به این معنی است که بیمار هستم اما زندگی خواهم کرد. بیمار دوباره وارد واقعیت زندگی می‌شود و با واقعیت جدید کنار می‌آید. واقعیت این است که فرد به یک بیماری مبتلا شده است که ممکن است یک روند ناتوانی را طی کند. در این مرحله، از ناامیدی دور شده، دوباره به زندگی ماقبل از بیماری نزدیک می‌شود و حتی ممکن است با گذشت زمان روابط جدیدی برقرار کند. بیمار می‌پذیرد که ممکن است به دلیل بیماری با محدودیت‌هایی رو به رو شود، اما در واقعیت جدید خود رشد و حرکت کرده و پیشرفت می‌کند. در این بین باورهای افراد به عدالت نیز می‌تواند بر روند بیماری مؤثر باشد.

هر پژوهشی دارای محدودیت‌هایی است که پژوهش حاضر از آن مستثنی نیست؛ اولین محدودیت در این پژوهش مسئله قابلیت تعمیم آن به سایر جوامع آماری است؛ چرا که این پژوهش بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان انجام شد و بهتر است

برای تعمیم نتایج به سایر شهرهای کشور جانب احتیاط رعایت شود. همچنین لحاظ نشدن ویژگی‌های اقتصادی و خانوادگی از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. براساس این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی روی جوامع آماری مشابه در شهرهای دیگر و همچنین ویژگی‌های اقتصادی و خانوادگی لحاظ و مورد مطالعه قرار گیرند.

## سیاسگزار

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی با عنوان «بررسی نقش میانجی فاجعه‌پنداری درد و بی‌عدالتی ادراک‌شده در رابطه بین پذیرش درد با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان» است که در سال ۱۴۰۱ با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1402.148 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به ثبت رسیده است.

## تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

## منابع

- برزگری سلطان احمدی، مهدیه، اخلاقی، معصومه، زاهدی، سدید محمد، محمودی، محمد، جمشیدی، احمدرضا (۱۳۹۹). نقش خودکارآمدی، فاجعه‌سازی درد و ترس از حرکت در میزان سازگاری با درد مزمن بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید. مجله بیهوشی و درد، ۱۱ (۴): ۸۰-۹۳.
- بهرامی‌راد، مینو؛ رافضی، زهره؛ شکرگزار، علیرضا (۱۳۹۶). پیش بینی پذیرش درد، براساس فاجعه‌سازی درد در افراد مبتلا به آرتريت روماتوئید. کنفرانس بین المللی دانشگاه شیراز.
- تاجیک‌زاده، فخری؛ صادقی، راضیه؛ رییس کریمیان، فرحناز. (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی. مجله بیهوشی و درد، ۷ (۱): ۳۸-۴۸.
- سجادیان، ایلناز؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین؛ باقریان سرارودی، رضا (۱۳۹۰). عوامل شناختی و هیجانی موثر بر کمر درد مزمن زنان: بین نقش باورهای ترس - اجتناب، فاجعه آفرینی درد و اضطراب. تحقیقات علوم رفتاری، ۹ (۵): ۷۹-۹۰.
- طهماسبی، فاطمه؛ منشی، غلامرضا (۱۳۹۶). بررسی رابطه تجارب معنوی با فاجعه‌پنداری درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان. اولین کنفرانس پژوهش‌های نوین ایران و جهان در روانشناسی و علوم تربیتی حقوق و علوم اجتماعی.
- مسگریان، فاطمه (۱۳۸۹). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش درد مزمن در بیماران درد مزمن ایرانی (پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شاهد). تهران.
- موسوی، سید حکیمه؛ باقریان سرارودی، رضا؛ مسچی، فرحناز؛ خلعتبری، جواد؛ تاجری، بیوک. (۱۳۹۹). نقش میانجی فاجعه‌سازی درد در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۸: ۴۸-۵۹.

Alizadeh-Fard , S. (2020). Predicting Pain Catastrophizing of Women with Breast Cancer Based on Perceived Injustice and Past Time Perspective. *International Journal of Cancer Management in Press*, 13 (4): e98949. [Persian]

- Alvarez-Pardo, S.; Romero-Pérez, E.M.; Camberos-Castañeda, N.; de Paz, J.A.; Horta-Gim, M.A.; González-Bernal, J.J.; Mielgo-Ayuso, J.; Simón-Vicente, L.; Fernández-Solana, J.; González-Santos, J. (2022). Quality of Life in Breast Cancer Survivors in Relation to Age, Type of Surgery and Length of Time since First Treatment. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 16229. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316229>.
- Anagnostopoulos, F., Paraponiari, A., Kafetsios, K. (2022). The Role of Pain Catastrophizing, Emotional Intelligence, and Pain Intensity in the Quality of Life of Cancer Patients with Chronic Pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7. doi: 10.1007/s10880-022-09921-5.
- Baranoff, J., Hanrahan, S., Kapur, D., Connor, J. (2012). Acceptance as a process variable in relation to catastrophizing in multidisciplinary pain treatment. *Eur. J. Pain.*;17:101–110. doi: 10.1002/j.1532-2149.2012.00165.x.
- Barnes MS, Cassidy T. (2018). Diet, exercise and motivation in weight reduction: The role of psychological capital and Stress. *JOJ Nurse Health Care*; 9(5):555775.
- Baranoff, J., Hanrahan, S.J., Kapur, D., Connor, J.P. (2013). Acceptance as a process variable in relation to catastrophizing multidisciplinary pain treatment. *Europ Journal Pain*, 17(1):101-110.
- Barnes, M.S., Cassidy, T. (2018). Diet, exercise and motivation in weight reduction: The role of psychological capital and Stress. *JOJ Nurse Health Care*; 9(5):555-775.
- Burke, E.E., Kodumudi, K., Ramamoorthi, G., Czerniecki, B.J. (2019). Vaccine Therapies for Breast Cancer. *Surgical Oncology Clinics of North America*, 28(3): 353-367.
- Carriere, J.S., Sturgeon, J.A., Yakobov, E., Kao, M-C., Mackey, S.C., Darnall, B.D. (2018). The impact of perceived injustice on pain-related outcomes: A combined model examining the mediating roles of pain acceptance and anger in a chronic pain sample. *Clin J Pain*; 34(8):739-47.
- Coughlin, S.S. (2019). Epidemiology of Breast cancer in women. *Breast Cancer Metastasis and Drug Resistance: Challenges and Progress*, 9–29
- Day, M.A., Thorn, B.E. (2016). The mediating role of pain acceptance during mindfulness-based cognitive therapy for headache. *Complementary Therapies in Medicine*; 25:51-4.
- De Boer, M.J., Steinhagen, H.E., Versteegen, G.J., Struys, M.M., Sanderman, R. (2014). Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PloS one*, 9(1): e87445.
- Desreux, J.A.C.(2018). Breast cancer screening in young women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 230: 208-211.
- Dumuid, D., Olds, T., Lewis, L.K., Martin-Fernandez, J.A., Katzmarzyk, P.T., Barreira, T., et al. (2017). Health-Related Quality of Life and Lifestyle Behavior Clusters in School-Aged Children from 12 Countries. *J Pediatr*; 183: 178-83.
- Faroughi, F., Fathnezhad-Kazemi, A., Sarbakhsh, P. (2023). Factors affecting quality of life in women with breast cancer: a path analysis. *Faroughi et al. BMC Women's Health (2023) 23:578*
- Gambrel, L.E., Piercy, F.P. (2015). Mindfulness based relationship education for couples expecting their first child part 1 a randomized mixed methods program evaluation. *J Marit Fam Ther*; 41:5 - 24.
- Gracely, R.H., Geisser, M.E., Giesecke, T., Grant, M.A.B., Petzke, F., Williams, D.A., Clauw, D.J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*;127:835–843. doi: 10.1093/brain/awh098.



- Ho, P.J., Gernaat, S.A.M., Hartman, M., et al. (2018). Health-related quality of life in Asian patients with breast cancer: a systematic review. *BMJ Open*;8:e020512. 10.1136/bmjopen-2017-020512 Available: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020512>
- Hou, X., Niu, H., Huang, X., Gao, Y. (2016). Correlation of Breast Ultrasound Classifications with Breast Cancer in Chinese Women, *Ultrasound in Medicine & Biology*, 42(11): 2616-2621.
- Hayashi, K., Ikemoto, T., Miyagawa, H., Morishima, T. (2019). Pain Catastrophizing Is Independently Associated with Quality of Life in Patients with Severe Hip Osteoarthritis. *Pain Medicine*, 11: 2220- 2227.
- Heidary, z., Ghaemi, M., Rashidi, B.H., Gargari, O.K., Montazeri, A. (2023). Quality of Life in Breast Cancer Patients: A Systematic Review of the Qualitative Studies. *Cancer Control Volume* 30: 1–10.
- Kocarnik, J.M., Compton, K., Dean, F.E., et al. (2019). Cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disabilityadjusted life years for 29 cancer groups from 2010 to 2019: A systematic analysis for the global burden of disease study.
- Kugbey, N., Meyer-Weitz A., Asante, K.O. (2019). Access to health information, health literacy and healthrelated quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. *Patient Education and Counseling*, 102(7): 1357-1363.
- Leung, L. (2012). Pain catastrophizing: An updated review. *Indian J Psychol Med*; 34(3):204–17.
- Leysen, L., Cools, W., Nijs, J., Adriaenssens, N., Pas, R., van Wilgen, C.P., Bults, R., Roose, E., Lahousse, A., Beckwée, D. (2021). The mediating effect of pain catastrophizing and perceived injustice in the relationship of pain on health-related quality of life in breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, 29 (5): 1-9.
- Lima, S., Teixeira, L., Esteves, R., Ribeiro, F., Pereira, F., Teixeira, A & Magalhães, C. (2020). Spirituality and quality of life in older adults: a path analysis model. *BMC Geriatr*, 20(1): Article 259.
- Lu, L., Xu, D., Liu, H. (2018). Internet addiction in Tibetan and Han Chinese middle school students: prevalence, demographics and quality of life. *Psychiatry Research*, 26(8): 131-136.
- Luciano, J. V., Guallar, J. A., Aguado, J., López-del-Hoyo, Y., Olivan, B., Magallón, R., Alda, M., Serrano, B., Gili, M., & Garcia- Campayo, G. (2014). “Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a 6- month randomized controlled trial (EFFIGACT study)”. *Pain*, 155(4), 693–702.
- McCracken, L. M. & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14(2): 170-175.
- McCracken, L.M. (1998). Learning to live with the pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*;74:21–27. doi: 10.1016/S0304-3959(97)00146-2.
- McCracken, L.M., Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*; 118(1):164-9.
- Miles, R.C., Amornsiripanitch, N., Scheel, J. (2017). Inflammatory breast cancer in accessory abdominal breast tissue. *Radiology Case Reports*, 12(4): 6390664.
- Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. (2009). The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC public health*; 9 (341):1-10. [persian]
- Pérez-Flores, J., Hernández-Torres, A., Montón, F., Nieto, A. (2020). Healthrelated quality of life and depressive symptoms in Friedreich ataxia. *Quality of life research*, 29(2):413- 420.
- Parker, A. (2020). Injustice, quality of life, and psychiatric symptoms in people with migraine. [Doctoral dissertation, Yeshiva University]. PQDT

- Richardson, E.J., Ness, T.J., Doleys, D.M., Banos, J.H., Cianfrini, L., Richards, J.S. (2009). Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain: catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. *Pain*, 147 (1–3): 147–52.
- Romano, J.M., Molton, I.R., Alschuler, K.N., Jensen, M.P., Schmaling, K.B., Buchwald, D.S. (2016). Reported Pain and Fatigue Behaviors Mediate the Relationship Between Catastrophizing and Perceptions of Solicitousness in Patients With Chronic Fatigue. *The Journal of Pain*, 17(3): 328-335.
- Semeru, G.M., Halim, M.S. (2019). Acceptance versus catastrophizing in predicting quality of life in patients with chronic low back pain. *Korean J Pain*, 32 (1): 22-29.
- Spivey, C. A., Stallworth, S., Olivier, E., & Chisholm-Burns, M. A. (2020). Examination of the relationship between health-related quality of life and academic performance among student pharmacists. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 12(11): 1304- 1310.
- Strunk, M.A.; Zopf, E.M.; Steck, J.; Hamacher, S.; Hallek, M.; Baumann, F.T. (2018). Effects of kyusho jitsu on physical activity-levels and quality of life in breast cancer patients. *In Vivo* 32, 819–824.
- Sturgeon, J.A., Zautra, A.J. (2013). State and trait pain catastrophizing and emotional health in rheumatoid arthritis. *Behavior Medicin*, 45 (1): 69-77.
- Sullivan, M. J., Scott, W., Trost, Z. (2012). Perceived injustice: A risk factor for problematic pain outcomes. *The Clinical Journal of Pain*, 28: 484 – 488.
- Sullivan, M.J.L., Adams, H., Horan, S., Maher, D., Boland, D., Gross, R. (2008). The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: Scale development and validation. *J Occup Rehabil* 18:249–261.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S.R., Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7 (4): 524-532.
- Taliaferro, A.R., Hammond, L., Wyant, K. (2015). Preservice physical educators' self-efficacy beliefs toward inclusion: The impact of coursework and practicum. *Adapt Phys Activ Q*, 32 (1):49-67.
- Varallo, G.; Scarpina, F.; Giusti, E.M.; Suso-Ribera, C.; Cattivelli, R.; Guerrini Usubini, A.; Capodaglio, P.; Castelnovo, G. (2021). The Role of Pain Catastrophizing and Pain Acceptance in Performance-Based and Self-Reported Physical Functioning in Individuals with Fibromyalgia and Obesity. *J. Pers. Med.*, 11, 810. <https://doi.org/10.3390/jpm11080810>
- Veehof, M.M., Oskam, M.J., Schreurs, K.M., Bohlmeijer, E.T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and metaanalysis. *PAIN®*; 152(3):533-42.
- Vlaeyen, J.W., Linton, S.J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153 (6): 1144-1147.
- Vowles, K.E., McCracken, L.M., Eccleston, C.(2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: The mediating effects of acceptance. *Health Psychol*;27:S136–S143. doi: 10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S136.
- Ware, J. R., Kosinski, M. and Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care journal*, 34(3): 220-233.
- Wertli, M. M., Burgstaller, J. M., Weiser, S., Steurer, J., Kofmehl, R., & Held, U. (2014). Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with nonspecific low backpain: a systematic review. *Spine*, 39(3): 263–73.

- Wicksell, R.K., Lekander, M., Sorjonen, K., Olsson, G.L. (2010). The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – Statistical Properties and Model Fit of an Instrument to Assess Change Processes in Pain Related Disability. *European Journal of Pain*, 14(7): 771-779.
- Zhang, Y., Long, W., Wang, H., et al. (2023). Pain catastrophising in Chinese patients with breast cancer during postoperative chemotherapy: a qualitative study. *BMJ Open*;13:e076362. doi:10.1136/ bmjopen-2023-076362.