

مقایسه راهکارهای مقابله با درد در بیماران معتاد درون گرا و برون گرای در حال ترک

مجید شفیعی امیری^{۱*}، سید محمد موسوی^۲، نازنین فرخی^۱

تاریخ وصول: ۹۱/۴/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۱۴

چکیده:

زمینه و هدف: از پژوهش حاضر، مقایسه راهکارهای مقابله با درد افراد معتاد درون گرا و برون گرای در حال ترک است. روش بررسی: روش پژوهش از نوع علی-مقایسه ای و جامعه پژوهشی در برگیرنده کلیه افراد وابسته به مواد افیونی بود که تحت پوشش مرکز درمانی ترک اعتیاد دکتر مازدرانی، شهرستان ساری در حال ترک بودند. نمونه آماری مشتمل بر ۴۵ فرد درون گرا و ۴۵ فرد برون گرای در حال ترک بود. و در آن از دو پرسشنامه: ۱. راهکارهای مقابله با درد روزنشستایل و کیف و ۲. آزمون شخصیتی درون گرا و برون گرای آیزنگ استفاده گردید. به منظور تجزیه تحلیل داده ها از آزمون پارامتریک MANOVA استفاده شد. یافته ها: یافته های آزمون نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین میانگین های مؤلفه های درد، در بین معتادین برون گرا و درون گرا در سطح ۰/۰۰۱ وجود داشته است.

بحث و نتیجه گیری: یافته های پژوهش حاکی از این بود که افراد معتاد در حال ترک برون گرا در مقایسه با افراد درون گرا از راهبردهای مقابله ای مناسب تری استفاده می کردند و تفاوت بین مؤلفه های نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود در برون گرایان معتاد در حال ترک، بیشترین کاربرد نسبت به درون گرایان داشته است.

واژگان کلیدی: درد، معتاد درون گرا و برون گرا، راهکارهای مقابله ای

مقدمه

این که مکمل پیامهای کلامی شد، نشان دهنده بهتری از افکار و احساسات واقعی بیماران هستند(۲).

روان شناسان بسیاری بر این واقف و معتقدند که ویژگی شخصیتی می تواند، رویارویی با انواع درد ها و بیماری های جسمانی را در وضعیتی مثبت یا منفی قرار دهد؛ چنان که می تواند موجب تسریع و یا تاخیر بیماری جسمانی شود و می تواند اساساً به عنوان بخشی مؤثر از روند درمان قرار دهد. آنها معتقدند که درد، تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایندی است که در نتیجه صدمه واقعی یا احتمالی بافت به وجود می آید(۳).

بلیک مور^۲، ادراک درد را بنیادی ترین جنبه هوشیاری می داند. بنابراین در هر سطحی، درد و در واقع درد خواهی می تواند محرکی انگیزشی و مفید باشد و در آغاز هر رفتار انگیزشی در صرافت جستجوی درمان قرار گیرد. معمولاً درد نشانه ای است که به احتمال قوی فرد را وا می دارد به دنبال مراقبت پزشکی

راهبردهای مقابله ای^۱، در تجربه درد، نقش واسطه ای قدرتمندی ایفا می کند. مقابله به تلاشهای فکری، هیجانی و رفتاری فرد به هنگام روبه رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه، تحمل یا به حداقل رساندن عوارض اطلاق می گردد(۱). مقابله با درد نیز به عنوان افکار و رفتارهای خاصی تعریف می شود که افراد از آنها برای اداره درد یا واکنش های عاطفی خویش به درد استفاده می کنند. این رفتارها در غالب پیامهای کلامی و غیر کلامی در فرد در حال درد کشیدن مشاهده می گردد. پیامهای غیر کلامی مانند رفتارهای صوتی، تغییرات شکل چهره، حرکات بدن، مشت کردن دستها و کشیدن بدن علاوه بر

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، باشگاه پژوهشگران دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن
*نویسنده مسؤل Email: shafeim@yahoo.com
۲. گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

آنان منجر می شود و یک مؤلفه روانشناختی به تجربه درد فیزیکی افزوده می شود (۱۱).

تحقیقات بونیکا و رودی حاکی از آن است که حتی بیماران مبتلا به درد مزمن که به ظاهر دارای یافته های بالینی و نتایج آزمون های تشخیصی همانندی هستند، درجات به شدت متفاوتی از اختلال در عملکرد جسمی و شخصیتی را نشان می دهند (۱۲).

نتایج با یافته های به دست آمده از تحقیقات هرن و میشل^۱ (۱۳) نشان می دهد که عامل شخصیتی روان نژندگرایی با راهبردهای مقابله ای هیجانی رابطه دارد.

می توان گفت که درد، وضعیتی تحلیل برنده است، به گونه ای که فرد دردمند را نه تنها با فشار ناشی از درد، بلکه با بسیاری از عوامل فشار آور دیگر که بخش های گوناگون زندگی وی را تحت تاثیر قرار می دهد، رو به رو می کند. زندگی کردن با درد مزمن، مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجه ای است. همچنین درد، توانایی های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می دهد و خواست مداوم فرد برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست نیافتنی می شود؛ این امر، نهایتاً باعث تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در وی می گردد. گذشته از این درد همراه با وابستگی مخدرها نه تنها توانمندی های بیمار؛ بلکه توانایی های اطرافیان حامی وی را نیز به تحلیل می برد. از نظر اجتماعی، درد به نظام های تولیدی و مالیاتی آسیب می رساند، برای نظام بهداشتی هزینه ایجاد می کند و در نهایت به از کارافتادگی بیمار منجر می گردد (۱۴). با توجه به آنچه ذکر شد، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تفاوت راهکارهای مقابله با درد در افراد معتاد در حال ترک (متادون درمانی) درون گرا و برون گرا می باشد.

روش بررسی

جامعه این پژوهش، ۱۲۰ نفر از سوء مصرف کنندگان مواد مخدر در حال ترک که تحت پوشش مرکز درمانی دکتر مازدرانی، شهرستان ساری (متادون درمانی) بودند تشکیل می دهند. از این جامعه و برای مقایسه میزان درون گرایی و برون گرایی، و پس از غربالگری افراد گروه نمونه، ۴۵ مرد در حال ترک درونگرا و

برود. افراد غالباً تا زمانی که احساس درد نکنند، نشانه های بسیار وخیم و گاهی کاملاً آشکار بیماری را تحمل می کنند (۴). از عوامل شخصیتی دیگری که در واکنش به درد تأثیر می گذارد، مفهوم درون گرایی و برون گرایی است! این دو سنخ شخصیتی را یونگ با ویژگی های تفصیلی از یکدیگر تفکیک می کند و آیزنگ آن ها را در ارزیابی عینی شخصیت وارد ساخت. وی دریافت که این دو گروه از نظر سطح برانگیختگی مغزی با یکدیگر تفاوت دارند و برون گراها از سطح برانگیختگی پایین تری برخوردارند، بنابراین به تحریک نیاز دارند و به طور فعال آن را می جویند. بررسی ها نشان می دهد که درون گرایان به محرکهای سطح پایین حساسیت بیش تر نشان می دهند و آستانه پایین تری نسبت به برون گرایان دارند (۵).

ضرورت آگاهی از راهبرد های رایجی که افراد معتاد به هنگام مواجه با درد استفاده می کنند، شناسایی راهکار های ناکارآمد در افراد معتاد و عوامل احتمالی مؤثر بر گزینش راهکارهای مقابله به منظور آموزش راهکار های مقابله با درد مثبت به معتادان مطرح می شود (۶). در درد و پریشانی هیجانی غیر آزارنده، نظام های روان شناختی -زیستی مشترکی عمل می کنند (۷) به طور کلی، هر چقدر فرد معتاد به لحاظ هیجانی، درمانده تر و پریشان تر باشند، درد آنها نیز شدیدتر و یا ناخوشایندتر خواهد بود (۸).

پیش بینی نظریه شناختی ظرفیت توجهی محدود، در زمینه انحراف مسیر توجه به عنوان یک تکنیک مدیریت درد این است که محرک هایی که ظرفیت توجهی بیشتری را درگیر می کنند، به منابع توجهی کمتری فرصت می دهند که به تجربه درد اختصاص یابند (۹).

مداخلات شناختی، با مشغول کردن منابع هوشیاری و ظرفیت توجه فرد، از ادراک محرک دردناک جلوگیری می کند در نتیجه مداخلات شناختی می تواند درد را کاهش دهد (۱۰).

آلبرت ایلس و بک به نقل از اپستین و همکاران دریافتند که عوامل شناختی بر اساس باورها و استانداردهای شناختی است و احساس های خود کارآمدی به شدت بر رفتار تأثیر می گذارد. رویکرد شناختی فرض می کند که بیماران مبتلا به درد به کرات محتویات تفکر خود را بزرگ جلوه می دهند (فاجعه آفرینی) در نتیجه این کار به افزایش احساس های ذهنی درد در

سازندگان اصلی آزمون گزارش کرده اند، بین حداقل ۰/۷۶ برای شاخص روان پریش گرای و حداکثر ۰/۹۰ برای شاخص برون گرای است همچنین ضریب روایی این آزمون برای شاخص های اعتیاد ۰/۷۰، جرم جویی ۰/۶۸، برون گرای ۰/۸۴، دروغ سنجی ۰/۷۳، روان نژندگرای ۰/۷۳ و روان پریشی گرای ۰/۷۵ محاسبه شده است.

- پرسشنامه راهبردهای مقابله، توسط روزنشتایل و کیف^۱، در سال ۱۹۸۳ طراحی شده است که ۴۲ سوال مقابله با درد را مورد سنجش قرار می دهد. این راهبرد ها در قالب ۶ راهبرد شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی و دعا- امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) طبقه بندی شده است. علاوه بر این؛ دارای ۷ راهبرد شناختی - رفتاری است، پرسشنامه دارای ۲ خرده مقیاس است که توانایی کنترل و توانایی کاهش درد با استفاده از راهبردهای به کار گرفته شده را می سنجد. از آزمودنی خواسته می شود تا هر عبارت را به دقت خوانده و با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه ای (صفر تا شش) مشخص نماید که به هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هر یک از راهبردهای مذکور استفاده کرده است (صفر = هیچ، ۳ = گاهی و ۶ = همیشه). ضریب همسانی درونی هفت مقیاس آن بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شد. این پرسشنامه در واقع به شیرازه پژوهش هایی بدل گشته است که موضوع مهم مقابله و سازگاری با درد را مورد توجه قرار داده است (۴).

یافته‌ها

یافته ها نشان می دهد که در گروه برون‌گرایان، تعداد ۳۱ نفر معادل ۷۳/۳ درصد از کل پاسخگویان در گروه ۳۰ سال و کمتر و در حالی که تنها ۱۴ نفر از پاسخگویان در گروه سنی از ۳۱ تا ۳۵ سال قرار گرفتند؛ ولی در گروه درون‌گرایان، تعداد ۲۰ نفر از پاسخگویان معادل ۲۶/۷ درصد از کل پاسخگویان در گروه سنی بیشتر از ۳۵ سال و در حالی که تنها ۲۵ نفر در گروه سنی ۳۰ سال و کمتر قرار داشته اند. در گروه درون‌گرایان بیشترین فراوانی با تعداد ۳۶ نفر با میزان ۶۶/۷ درصد که دارای مدرک تحصیلی راهنمایی (اول، دوم و سیکل) بوده اند. در حالی که

۴۵ مرد در حال ترک برون‌گرا به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و آزمون آیزنگ روی آنها اجرا شد. برای افزایش اعتبار درونی پژوهش معیارهای ورود و خروج برای نمونه پژوهش در نظر گرفته شد. ملاکهای ورود برای بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد به پژوهش، دارا بودن ملاک های تشخیصی DSM-IV برای وابستگی مواد بدون همبودی یا آلودگی با اختلال های محور یک و دو DSM-IV به تشخیص روان شناس بالینی، عدم دریافت درمانهای روان شناختی قبل از ورود به پژوهش، داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، داشتن حداقل سواد سیکل و موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بود. لازم به ذکر است معنادانی که دارای مشکلاتی به غیر از اعتیاد مانند ابتلا به بیماری های روانی (افسردگی، اختلالات اضطرابی و ...) بیماری جسمانی (هیپاتیت، ایدز، مشکلات ریوی ...) بودند، از نمونه اصلی کنار گذاشته شدند. همچنین روش نمونه گیری پس از کسب اجازه نامه کتبی از بیماران و خانواده آنها انجام گردید. این پژوهش از نوع علی مقایسه ای است و برای تجزیه و تحلیل یافته های آن از روش آماری MANOVA استفاده شد.

در این پژوهش، علاوه بر فرم مشخصات دموگرافیک و اطلاعات معنادین، از دو پرسشنامه راهکارهای مقابله با درد و آیزنگ استفاده شد. این پرسشنامه ها عبارتند از ۱- فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی آیزنگ (EQP-R): این پرسشنامه برای سنجش ابعاد شخصیت روان نژندگی (ثبات هیجانی/بی ثباتی هیجانی)، برون گرای (برون گرای/درون گرای) و روان پریش گرای در دامنه سنی ۷۰-۱۶ سال مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه علاوه بر مؤلفه های اشاره شده، دارای مقیاسی برای سنجش دروغ یا پوشیده گویی هم می باشد. فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی آیزنگ ۱۰۶ ماده دارد که شامل ۹۰ پرسشنامه شخصیتی آیزنگ، ۱۰ ماده جدید مقیاس p و شش ماده ای است که جرم جویی و اعتیاد را اندازه می گیرد. این پرسشنامه نیز با جواب های بلی/خیر پاسخ داده می شود. در ایران، کاویانی، پور ناصح و موسوی (۱۳۸۴) ضریب پایایی فرم تجدید نظر شده این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی برای شاخص های اعتیاد ۰/۸۶، جرم جویی ۰/۸۸، برون گرای ۰/۹۲، دروغ سنجی ۰/۸۸، روان نژند گرای ۰/۸۹ و روان پریشی گرای ۰/۷۲ به دست آورده اند. ضرایب پایایی بازآزمایی که

پاسخگویان با میزان فراوانی ۹ نفر و ۱۳/۳ درصد دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بوده و کمترین درصد را به خود اختصاص داده و در گروه برون گرایان، بیشترین فراوانی با تعداد ۱۵ نفر را پاسخگویان برون‌نگرا با میزان ۳۳/۳ درصد تشکیل داده اند که به طور مشترک دارای مدرک تحصیلی راهنمایی (اول، دوم و سیکل) و دیپلم بوده اند. در حالی که پاسخگویان با میزان فراوانی ۱ نفر و ۶/۷ درصد دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بوده و کمترین درصد را به خود اختصاص داده اند.

فرضیه های پژوهش با استفاده از آزمون آماری پارامتریک، MANOVA مورد بررسی قرار گرفت که در فرض اول، توجه برگردانی در معتادین در حال ترک درون‌نگرا برابر با ۱۰/۲۷ و میانگین توجه برگردانی در معتادین برون‌نگرا برابر با ۱۵/۶۰، میانگین تفسیر مجدد درد در معتادین در حال ترک درون‌نگرا برابر با ۹/۹۳ و میانگین تفسیر مجدد درد در معتادین برون‌نگرا برابر

با ۱۵/۲۰، میانگین گفتگو با خود در معتادین در حال ترک درون‌نگرا برابر با ۱۱/۱۳ و میانگین گفتگو با خود در معتادین برون‌نگرا برابر با ۱۷/۰۷، میانگین نادیده انگاشتن درد در معتادین در حال ترک درون‌نگرا برابر با ۱۰/۶۰ و میانگین نادیده انگاشتن درد در معتادین برون‌نگرا برابر با ۱۶/۰۷، میانگین فاجعه آفرینی در معتادین در حال ترک درون‌نگرا برابر با ۱۱/۸۷ و میانگین فاجعه آفرینی در معتادین برون‌نگرا برابر با ۱۷/۰۷، میانگین دعا در معتادین در حال ترک درون‌نگرا برابر با ۱۲/۸۷ و میانگین دعا در معتادین برون‌نگرا برابر با ۲۰/۸۷، میانگین امیدواری در معتادین در حال ترک درون‌نگرا برابر با ۱۴/۴۷ و میانگین امیدواری در معتادین برون‌نگرا برابر با ۲۰/۱۳ بوده و این مقدار با توجه نتیجه آزمون نشان دهنده این است که اختلاف معنی داری بین میانگین های مؤلفه های درد، در بین معتادین برون‌نگرا و درون‌نگرا وجود دارد.

جدول (۱): شاخص های توصیفی روش های مقابله با درد در دو گروه از معتادین درون‌نگرا و برون‌نگرا

تعداد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار	واریانس	
۴۵	۶	۲۷	۱۵/۶۰	۵/۸۷۷	۳۴/۵۴۳	توجه برگردانی
۴۵	۶	۲۵	۱۵/۲۰	۵/۵۳۲	۳۰/۶۰۰	تفسیر مجدد درد
۴۵	۱۲	۲۷	۱۷/۰۷	۳/۷۸۸	۱۴/۳۵۲	گفتگو با خود
۴۵	۱۲	۲۱	۱۶/۰۷	۲/۷۶۴	۷/۶۳۸	نادیده انگاشتن درد
۴۵	۱۱	۲۵	۱۱/۰۷	۴/۷۵۸	۲۲/۶۳۸	فاجعه آفرینی
۴۵	۱۲	۳۰	۲۰/۸۷	۵/۴۷۵	۲۹/۹۸۱	دعا- امیدواری
۴۵	۶	۱۵	۱۰/۲۷	۳/۶۹۳	۱۳/۶۳۸	توجه برگردانی
۴۵	۶	۱۸	۹/۹۳	۳/۸۸۲	۱۵/۰۶۷	تفسیر مجدد درد
۴۵	۶	۱۶	۱۱/۱۳	۲/۷۴۸	۷/۵۵۲	گفتگو با خود
۴۵	۶	۱۸	۱۰/۶۰	۳/۵۴۲	۱۲/۵۴۳	نادیده انگاشتن درد
۴۵	۶	۱۸	۱۷/۸۷	۴/۲۴۰	۱۷/۹۸۱	فاجعه آفرینی
۴۵	۶	۳۶	۱۲/۸۷	۷/۵۷۷	۵۷/۴۱۰	دعا- امیدواری

برون‌نگرا

درون‌نگرا

جدول (۲): مانوای محاسبه شده از مؤلفه های مقابله با درد و تیپ های شخصیتی درون‌نگرا و برون‌نگرا در معتادین در حال ترک

اثر	مقدار	F	سطح معنی داری
اثر پیلای	۰/۷۳۸	۸/۸۳۰	۰/۰۰۰
لانداى ويلک	۰/۲۶۲	۸/۸۳۰	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۲/۸۱۰	۸/۸۳۰	۰/۰۰۰
اثر ریشه ای رویز	۲/۸۱۰	۸/۸۳۰	۰/۰۰۰

جدول (۳): نتیجه آزمون MANOVA

شیوه های مقابله با درد	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آزمون f	سطح معنی داری
توجه برگردانی	۲۱۳/۳۳۳	۱	۲۱۳/۳۳۳	۸/۸۵۶	۰/۰۰۶
تفسیر مجدد درد	۲۰۸/۰۳۳	۱	۲۰۸/۰۳۳	۹/۱۱۱	۰/۰۰۵
گفتگو با خود	۲۶۴/۰۳۳	۱	۲۶۴/۰۳۳	۲۴/۱۰۷	۰/۰۰۰
نادیده انگاشتن درد	۲۲۴/۱۳۳	۱	۲۲۴/۱۳۳	۲۲/۲۱۲	۰/۰۰۰
فاجعه آفرینی	۲۰۲/۸۰۰	۱	۲۰۲/۸۰۰	۹/۹۸۵	۰/۰۰۴
دعا - امیدواری	۲۴۰/۸۳۳	۱	۲۴۰/۸۳۳	۹/۲۴۴	۰/۰۰۵

تفاوت دارند و برون گراها از سطح برانگیختگی پایین تری برخوردارند، بنابراین به تحریک نیاز دارند و به طور فعال آن را می جویند. بررسی ها نشان می دهد که درون گرایان به محرک های سطح پایین، حساسیت بیشتری نشان می دهند و آستانه پایین تری نسبت به برون گرایان دارند (۱۷).

ترنر، ارزگ و کمپ نتیجه گرفتند که بین خود اثربخشی ناتوانی مربوط به درد و درون گرایی، ارتباط منفی و معناداری وجود دارد؛ اما خود اثر بخشی با راهبردهای مقابله با درد همچون پشتکار و انجام وظایف، ورزش کردن و گفتگوی مثبت با خود ارتباط مثبت و معناداری داشت. این پژوهشگران در توجیه یافته های خود که بخشی از آن، هماهنگی با پژوهش حاضر است، بیان می کنند که خود اثر بخشی معمولاً با مقابله فعال و سازگارانه همراه است و باعث می شود که فرد به جای اجتناب از موقعیت ها به آن ها گرایش پیدا کند و پشتکار و تلاش بیشتری از خود نشان دهد (۱۸).

مونت^۱ گزارش داد، سوء مصرف کنندگانی که تحت آموزش مهارتهای مقابله ای قرار می گرفتند، مواد کمتری مصرف می کردند (۱۹). در بررسی دیگری، کاستلانی^۲ آموزش مهارتهای مقابله ای را یک درمان خوش خیم و مؤثر برای غلبه بر درد و در نتیجه پیشگیری از عود دانست (۲۰).

هر چند پژوهشی با عنوان بررسی راهکارهای مقابله با درد در افراد معتاد درونگرا و برونگرای در حال ترک یافت نشد؛ اما در پژوهش های مشابه ای مؤید و مکمل پژوهش های گچل و ترک، تیلور و بندورا، بلومر و هیلبرون، فیلیپس و فارس است. گچل و ترک در بررسی تعامل عوامل روانشناختی و توان تحمل درد به نتایج مثبتی رسیدند غالب این نظریه ها، متغیر روانشناختی مانند ساخت شخصیتی و تفسیرهای شناختی، خود بسندگی و کنترل شخصی را عاملی مؤثر بر تحمل درد می دانستند (۴).

همان طوری که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، تمامی ضرایب اثر محاسبه شده از لحاظ آماری معنی دار بوده و نشان دهنده این است که درونگرایی و برونگرایی در بروز توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی، دعا و امیدواری در کلیه معنادین در حال درد تأثیر معنی داری دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان می دهد که دو گروه درون گرایان و برون گرایان معتاد در حال ترک در استفاده از راهبرد های مقابله با درد در همه ابعاد تفاوت معنا داری با یکدیگر دارند. در تبیین این نتایج می توان به راهبرد های متفاوت مورد استفاده در این دو گروه اشاره کرد، بدین صورت که افراد برون گرای معتاد به طور کل از راهبرد های مقابله ای مناسب تری نسبت به درونگرایان معتاد استفاده نمودند و اختلاف بین مؤلفه های نادیده انگاشتن درد و گفتگو با خود در برونگرایان معتاد در حال ترک محسوس تر و بارز تر بوده است و این نشان می دهد که در درونگرایان، میزان واکنش به درد ناکارآمد تر از برون گرایان می باشد. این پژوهش با نظرات یونگ و بندورا همسان می باشد. بندورا (۱۵) پیشنهاد کرده است که اگر فردی انگیزش کافی برای شروع رفتاری را داشته باشد؛ باورهای خودکفایی و کنترل مقابله ای وی در انتخاب فعالیتی که آغاز می کند، میزان تلاشی که به کار خواهد برد و بر مدت زمانی که فرد در مقابل موانع و تجربیات آزاردهنده پایداری می کند، اثر خواهد گذاشت و چون برونگرایان به اعتقاد یونگ در مقابل مشکلات اجتماعی جسورانه پایداری می نمایند و با شرایط متغیر خود را سازگار می سازند، می توانند از راهبرد های مقابله ای مناسب تری استفاده نمایند. همچنین آیزنگ (۱۶). مفهوم درون گرایی و برون گرایی را به تفضیل بازناساند وی دریافت که این دو گروه از نظر سطح برانگیختگی مغزی هم با یکدیگر

است که راهبرد فاجعه انگاری حتی پس از متغیرهای زیست-پزشکی همچون شدت درد و مدت زمان ابتلا قوی ترین ارتباط را با درون گرایی معتادان داشت. علاوه بر آن، راهبردهای فاجعه انگاری و گفتگو با خود به ترتیب قوی ترین پیش بینی کننده های انطباقی و غیر انطباقی در معتادان درون گرا و برون گرا بود.

در مجموع، اگر چه هنوز خط پایه تعریف شده ای برای اظهارات کلامی و غیر کلامی درد (رفتارهای مقابله ای با درد) وجود ندارد و تحقیقات انگشت شماری در این موارد صورت گرفته است؛ اما به نظر می رسد نیاز به شناسایی رفتارهای حین درد و اداره درد بر اساس آن وجود داشته باشد. بر طبق نتایج این مطالعه، رفتارهای حین درد، بیانگر شدت درد و احساسات بیمار است و عوامل شخصیتی نقش مهمی در فرایند مقابله ای می تواند داشته باشد تا به فرد بیمار (معتاد) این توانایی بالقوه را بدهد که مقابله ماهرانه تری داشته باشد.

از جمله کاستی های این پژوهش، حجم نمونه کم می باشد که به علت شناسایی افراد معتاد درونگرا و برونگرا، تعداد نمونه گیری به طور محدود انتخاب گردیدند. جهت هدف اصلی مطالعه و برای رسیدن به ارتباط این گونه متغیرها، نیاز به حجم نمونه بالاتری می باشد تا نتایج این پژوهش را بتوان به جامعه مورد نظر تعمیم داد.

تشکر و قدردانی

شایسته است از تلاش های بی شایبه و زحمات صادقانه دفتر تحقیقات بهداری کل ناجا که در تدوین این پایان نامه حمایت مالی داشته است؛ به جهت همکاری بی دریغشان تشکر و قدردانی شود.

انواع راهبردهای مقابله می تواند عامل شدت درد و طول دوره ابتلا را تحت تأثیر قرار دهد؛ به طوری که راهبردهای مقابله ای غیرفعال خصوصاً فاجعه انگاری با شدت درد بیش تر و در نتیجه با افسردگی اما نه با مقابله فعال رابطه داشته باشد (۲۱). ترک^۱ و همکارانش به این نتیجه رسیده اند، که مهمترین عامل در مقابله ضعیف با درد را می توان در استفاده از راهبرد مقابله ای فاجعه آفرینی دانست، آن چه به نظر می رسد، افراد با تحمل درد بالا را از افراد دارای تحمل پایین متمایز می سازد، که عبارتند از پردازش های شناختی، افکار فاجعه آفرین و احساساتی که افراد پیش از تحریک آزاددهنده و همزمان با آن و در ادامه آن از خود نشان می دهند (۱۴).

بناور و همکاران در مورد مرتبط بودن فاجعه انگاری با تجربه درد و افسردگی مطرح کردند که فاجعه انگاری باعث می شود که فرد، توجه انتخابی به بعضی محرکات داشته باشد. افراد فاجعه انگار نمی توانند بر درد خویش تسلط پیدا کنند یا آن را به ناخودآگاه خویش بسپارند این افراد اشتغال ذهنی زیادی به درد دارند و با توجه به پیش بینی درد، عملکرد شناختی و جسمی خود را مختل می کنند این افراد در مورد احساسات بدنی خودشان سردرگم هستند و حتی فاجعه انگاری می تواند مستقیماً بر فرآیند درد در دستگاه عصبی مرکزی اثر بگذارد (۲۲).

نتایج جعفری زاده مبین این مطلب است که که رابطه پیش بینی شده در فرضیه افراد معتاد و غیر معتاد به طور مجزا معنادار نمی باشد، یعنی با بالا رفتن برون گرایی، میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای مؤثر، بیشتر می شود (۲۳).

به طور کلی می توان گفت مجموع میانگین مؤلفه های شیوه های مقابله با درد در معتادین در حال ترک برونگرا از معتادین در حال ترک درونگرا بیشتر است و این نشان می دهد که معتادین در حال ترک برونگرا از شیوه های مقابله با درد نامطلوب تری نسبت به معتادین در حال ترک درونگرا برخوردار بوده اند در این پژوهش، تمامی ضرایب اثر محاسبه شده از لحاظ آماری معنی دار بوده و نشان دهنده این است که درونگرایی و برونگرایی در بروز توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی، دعا و امیدواری در کلیه معتادین در حال ترک، تأثیر معنی داری دارد. در مجموع، درباره اولویت بندی راهبردهای مقابله می توان گفت دعا-امیدواری و فاجعه آفرینی، هریک به ترتیب، پرکاربردترین و کم کاربردترین راهبردهای مورد استفاده معتادان برون گرا و درون گرای در حال ترک بودند. با این وجود، گفتگو با خود و نادیده انگاشتن درد جزء اثر بخش ترین راهبردها در کاهش و کنترل درد یافت شد. نتایج پژوهش حاضر، همچنین مبین آن

References:

1. Aldvin M, Carolin M. Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective. The Guilford Press. New York. 2007; 22: 19-26.
2. Brunner, LS. Pain Treatment, Health Check, Critical Thinking, Ethical Decision and the Nursing Process. Sami Puran. Tehran: Boshra. 2008; 18-19.
3. Kushan M, Vaghei S. Psychiatric Nursing (Mental Health 1). Tehran. Andishe Rafia Publisher. 2007; 91-3.
4. Asghari A. Nicholas MK. Pain self Efficacy Beliefs and pain Behavior: A prospective Study. Pain. 2001; 94: 85-100. [Persian]
5. Dimateo M. Health Psychology. Translated by: Hashemian K. Tehran. Samt, publication. 2009. [Persian]
6. De Good DE, Tait RC. Assessment of pain beliefs and pain coping. In: Turk DC, Melzack R (Eds.) Handbook of Pain Assessment, Second Edition, New York: Guilford press. 2001; 320-345.
7. Craig KD. Emotions and psychobiology. In: McMahon SB, Koltzenburg M. Wall and Melzack's Textbook of pain 5 the ed. Churchill Livingstone, Elsevier UK. 2006; 126-130.
8. Young KD. Pediatric procedural pain. Ann Emerg Med. 2005; 45: 160-171.
9. Blount RL, Zempsky WT, Jaaniste T. Management of Pediatric Pain and Distress Due to Medical Procedures. In: Roberts MC, Steele RG. Handbook of Pediatric Psychology 4 the Ed. The Guilford Press New York. 2009; 174-176.
10. De More M, Cohen LL. Distraction for pediatric immunization pain: A critical review. J Cline Psycho Med Settings. 2005; 12(4): 281-291.
11. Epstien NB, Chen F, Beyder-Kamjou I. Relationship standards and marital satisfaction In Chinese and American couples, Journal of Marital and Family Therapy. 2005; 31(1): 59-74.
12. Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain, Ir J.J Bonica (ED). The management of Pain (2 and Ed). Malvem. PA: lea & Febiger. 1990; 18-27.
13. Haren E, Mitchell CW. Relationships between the five-factor personality Model and coping Styles. Psychology & Education: An Interdisciplinary Journal. 2003; 40 (1): 38-49.
14. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: A Cognitive Behavioral perspective. New York: Guilford Press. 1994.
15. Bandura A. Self- efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977; 84: 191-215.
16. Eysenck HJ. Eysenck MW. Personality and individual differences: a natural since approach. New York, Plenum. 1990.

17. Fist J, Fist G. Personality psychology. Translated by: Seyed Mohammadi Y. Personality Psychology. Tehran. Homa publication. 2010; 246-8. [Persian]
18. Turner JA, Ersek M, Kemp C. Self-Efficacy for Managing pain Is Associated with Disability Depression, and pain coping Among Retirement Community Residents with Chronic pain. The Journal of pain. 2005; 6:471-479.
19. Monti PM, Rohsnow DJ, Michaiel B, Martin RA, Abrams DB. Brief coping Skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three month. Addiction. 1997; 92:1717-1728.
20. Castellany B, Wedge, Worth R, Wotton E, Rugle LA. Bi-directional theory of Addiction: Examining coping and the factors related to substance relapse. Addictive Behaviors. 1997; 22: 139-144.
21. Lopez – Martinez AE, 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. 2008; 8:34-8.
22. Buenaver LF, Edwards RR, Smith MT, Gramling SE, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and Pain coping in Young Adults: Associations with Depressive symptoms and Headache pain. Journal of Pain. 2008; 9: 311-319.
23. Jafarizadeh Z. Comparison between personality traits and coping strategies in the 36-30 year old Opium addict, Master's thesis. University of Welfare and Rehabilitation Sciences. 2004; 6(23):31-9. [Persian]