

بررسی ارتباط بین صفت‌های شخصیتی با راهکارهای مقابله با درد

در سوء مصرف کنندگان مواد

علیرضا آقا یوسفی*، علیرضا همایونی**، مهدی صحراگرد طوقچی***، ارسلان خانمحمدی اطاقسرا****،

غلامعلی نیکپور****

دریافت مقاله:

۹۱/۱۲/۷

پذیرش:

۹۲/۹/۲۰

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و راهکارهای مقابله با درد در معتادان به مواد مخدر می‌باشد.

روش: روش پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی می‌باشد. برای انتخاب نمونه تعداد ۸۵ نفر از معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در طی سه ماه انتخاب شدند و به آزمون‌های پنج عامل شخصیتی مک کری و کاستا و راهکارهای مقابله با درد روزنشتاین و کیفی پاسخ دادند. نتایج با آزمون همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که معتادان در ویژگی شخصیتی روان رنجوری و راهکار منفی مقابله با درد «فاجعه آفرینی» بیشترین نمره کسب کرده بودند. نتایج نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، باز بودن به تجربه‌های جدید، توافق و مسئولیت‌پذیری با راهکارهای مثبت مقابله با درد «توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، نادیده انگاشتن درد و دعا - امیدواری» رابطه مثبت و معنی‌دار و با راهکار منفی مقابله با درد «فاجعه آفرینی» رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها توصیه می‌شود که در درمان دارویی برای تغییر نگرش و تفکر در مورد مواد، درمان‌گران روش‌های درمان روان‌شناختی به ویژه رفتار درمانی شناختی را به کار ببرند تا بتوانند سطح تفکر نابهنجار و ناکارآمد در مورد درد ناشی مصرف نکردن مواد در زمان درمان را تغییر دهند و در نتیجه مشکلات شخصیتی مرتبط با اعتیاد را قبل و در طول درمان دارویی کاهش دهند.

کلیدواژه‌ها: ویژگی‌های شخصیتی، راهکارهای مقابله با درد، اعتیاد.

مقدمه

درد به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی انسان از آغاز پدیدآیی جهان جنبه‌های مختلف حیات زیستی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، نژادی و اقتصادی بشری را تحت تأثیر قرار داده است. درد به عنوان یک نشانه در اکثر موارد یک مفهوم پزشکی برای تشخیص بیماری تلقی می‌شود. طی قرن‌ها تصورات مربوط به درد به طرز چشمگیری تغییر کرده است. در قرون وسطی نظامی‌ها درد را به چشم حقارت می‌نگریستند و آن را خصلتی زنانه می‌دانستند در حالی که علمای الهیات آن را مجازات الهی می‌دانستند (کورتیس، ۱۳۸۵). روابط پیچیده و چندگانه درد با عوامل مختلف و ارائه راهبردهایی برای کاهش یا حذف آن، همواره تقاضای اغلب بیماران و خواسته بسیاری از روانشناسان، پزشکان و درمان‌گران بوده است (تراک و رودی، ۱۹۸۷، واعظ، ۱۳۷۴ به نقل از روشن و همکاران، ۱۳۸۵). در قرن بیستم به دنبال شکست درمان‌های طبی درد، متخصصان به جنبه‌های غیر حسی و شناختی درد روی آوردند. بُعد شناختی به شیوه‌های تفکر فرد درباره درد و به معنایی اطلاق می‌گردد که درد برای بیمار به همراه دارد. انجمن جهانی درد (۱۹۹۵) درد را به عنوان احساس ناخوشایند و تجربه هیجانی همراه با آسیب بافتی تعریف می‌کند. با توجه به این تعریف چگونگی واکنش به درد با الگوهای ساده و تنهای زیستی - پزشکی قابل بررسی نیست بلکه باید از الگوهای چندبُعدی زیستی - روانی - اجتماعی و عوامل تأثیر گذار دیگری مانند سن، جنس، فرهنگ، محیط و ساختارهای ژنتیکی منحصر به فرد افراد برای

توصیف علت درد و اتخاذ راهکار مؤثر برای مقابله با آن استفاده شود. بیماری‌های روانی و میزان بالای اضطراب، افسردگی و اختلالات خلقی موجب پیچیدگی درمان‌ها و مداخله‌های مناسب برای کاهش درد می‌شود (آلن، تاسو، سیدمن، ایهرنریچ و زلتزر، ۲۰۱۲). توجه به نظام باورها، عقاید و شخصیت فرد می‌تواند نوع نگرش افراد را به درد مشخص کند. در بعضی افراد توجه نکردن به درد به عنوان یکی از راهبردهای مؤثر مورد استفاده است، در حالی که در بعضی دیگر دعا کردن از راهبردهای مؤثر مورد استفاده می‌باشد. در حالی که برخی از بیماران درد را به عنوان مبارزه تلقی می‌کنند (تا آنجا که بتوانم با درد می‌جنگم و نمی‌گذارم مرا از پای درآورد)، گروهی دیگر از بیماران آن را به عنوان بخشی از سرنوشت خود در نظر می‌گیرند (قسمت من از زندگی این بود)، و گروهی نیز به درد به عنوان تنبیه و مجازات می‌نگرند (چرا خداوند مرا تنبیه کرد). (بلک ول، ۱۹۹۱ به نقل از اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۴). استفاده از راهبردهای مقابله با درد مانند گفتگو با خود و توجه برگردانی و فاجعه‌انگاری در ایجاد خلق افسرده مؤثر است. این راهبردهای مقابله به طور بالقوه قابل اصلاح و تعدیل بوده و می‌تواند هدف اقدامات درمانی برای کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن پشت باشد (رضائی، افشارنژاد، کافی، سلطانی و فلاحکهن، ۱۳۸۸). پژوهش‌های کاسکیکار - زوک و همکاران (۱۹۹۷) و اصغری و نیکولاس (۲۰۰۴) در مورد تجربه درد در هنگام ماموگرافی، باکلو و همکاران (۱۹۹۲) تجربه درد الکترومیوگرافی، روزنشتاین و کیف (۱۹۸۳)،

گستافسون و همکاران (۱۹۹۹) و سورجین و همکاران (۲۰۰۱) در مورد تجربه درد مزمن و راهکارهای مقابله با درد نشان داد هنگامی که زنان شرکت‌کننده در پژوهش از راهبردهای فاجعه‌آفرینی استفاده می‌کردند درد شدیدتری را احساس کرده و طول درمان بیشتری را نیز داشته‌اند، ولی زنانی که از راهبردهای نادیده انگاشتن درد و توجه برگردانی استفاده می‌کردند درد کمتری را احساس کرده و طول درمان کمتری نیز داشته‌اند. همچنین پارانتیوف هامیلتون، وو، لاتینیس، واکسنبرگ و برینکمیر در سال ۲۰۱۱ دریافتند که نگرش مذهبی و ارزیابی در مورد بخشش از طرف خداوند با راهکارهای مقابله-ای توجه برگردانی، احساس غفلت از درد و تفسیر مجدد از درد ارتباط دارد. یکی از موضوعاتی که در پژوهش‌های مرتبط با راهکارهای مقابله با درد بسیار کم مورد توجه قرار گرفته است اعتیاد است. در اکثر پژوهش‌های انجام شده در مورد درد، نمونه‌های پژوهش از بین افراد بیمار جسمانی یا کسانی بودند که مورد عمل جراحی قرار گرفته بودند. عوامل مختلفی در ایجاد درد در معتادان نقش دارند مانند محیط اجتماعی، تأثیر داروها بر مکانیزم‌ها و سازگاری مغزی، بروز آسیب در سیستم عصبی و همچنین زمینه‌های ژنتیکی. درد (به ویژه درد مزمن) و سوء مصرف مواد اغلب با هم وجود دارند و نوعی همپوشانی بین آنها وجود دارد (ایگن، هاس، سیزی، وبستر، سورل و چرماک، ۲۰۱۱). اساساً درد آسیب‌زا نیست، ولی دارای ابعاد اجتماعی و روان‌شناختی است که می‌تواند به طور جدی به سلامت روانی و عملکردهای ذهنی و جسمی آسیب برساند (انجمن سلامت روانی و مدیریت سوء مصرف مواد، ۲۰۱۲).

دشواری‌های ترک اعتیاد و احتمال برگشت اغلب معتادان ترک کرده، نشان می‌دهد که هنگام ترک اعتیاد که به نوعی همراه با درد و همچنین عدم تحمل آن در اکثر معتادان است، ویژگی‌های شخصیتی و نوع راهکار اتخاذ شده توسط فرد معتاد برای مقابله با درد می‌تواند در روند ترک اعتیاد، کاهش یا افزایش عود دوباره آن نقش داشته باشد. پژوهش دکتر کریک از بخش نورویبولوژی دانشگاه راکفلر در سال ۲۰۰۷ در مورد کاربرد مواد مخدر در پزشکی، اعتیاد و درمان درد در مؤسسه ملی سوءاستفاده مواد در پزشکی و فیزیولوژی نشان داد که تعامل بین گیرنده‌های مواد مخدر، تغییر و دگرگونی در آزادسازی و تنظیم تعدیل‌کننده‌های پاسخ‌های استرسی و درد و چند شکلی‌های ژنتیکی در گرایش و ادامه سوء مصرف مواد نقش دارند. این روند با توجه به نوع و شرایط مصرف مواد، الگوهای پاسخ‌های استرسی و درد، کاهش وابستگی و پیشرفت میزان تحمل، شخصیت و نوع ماده جایگزین شده برای ترک در طول درمان، در اجتناب افراد از مواد یا گرایش دوباره آنها به مصرف مواد می‌تواند مؤثر باشد. رفتار هر فرد در مورد درد ممکن است با توجه به عوامل شخصیتی و حتی اجتماعی علائم مختلفی دربرداشته باشد. زوبورسکی (۱۹۶۹) پاسخ‌های افراد به درد را که می‌تواند با ویژگی‌های شخصیتی آنها در ارتباط باشد در پنج طبقه رفتاری فهرست کرده است: ۱. پاسخ‌های حرکتی (به خود پیچیدن، پریدن، دندان‌ها را به هم ساییدن، راه رفتن به اطراف)؛ ۲. پاسخ‌های صوتی یا صدایی (گریه و زاری کردن، ناگهان جیغ زدن)؛ ۳. پاسخ‌های کلامی (شکایت کردن، دشنام و ناسزا دادن، صحبت دائمی

در مورد درد، کمک طلبیدن؛ ۴. پاسخهای حرکتی (دوری گزیدن از اطرافیان، تغییر الگوهای ارتباطی با دیگران، تغییر در ظاهر فردی و اجتماعی)؛ ۵. فقدان رفتار آشکار (پنهان کردن درد یا سرکوب کردن علائم بیرونی درد). در مورد عوامل شخصیتی و وابستگی به مواد مخدر، کورنر و نوردویک در سال ۲۰۰۷ دریافتند افراد معتاد به تریاک دارای نمرات بالاتر در روان رنجوری و نمرات پایینتر در برو نگرایی و مسئولیت پذیری نسبت به افراد عادی بوده- اند. تراس سیانو و کاستا (۲۰۰۴) عوامل شخصیتی و سیگار کشیدن را در ۱۶۳۸ نفر بررسی کردند. آنها دریافتند افراد سیگاری نسبت به غیر سیگاریها نمرههای بیشتری در ویژگی شخصیتی روان رنجوری و نمره کمتری در موافقت و مسئولیت- پذیری نسبت به افراد عادی کسب کردند. گیلبرت (۱۹۹۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ۴۹ درصد افرادی که اعتیاد به سیگار داشتند در مقایسه با افراد عادی نمرههای بالاتری در شاخص روان رنجوری کسب کردند. مک کاسکر و براون (۱۹۹۱) در پژوهشی در مورد اعتیاد به الکل دریافتند که ارتباط مثبتی بین ویژگی شخصیتی روان رنجوری و اعتیاد به الکل وجود دارد. همچنین تحقیقی دیگر نشان داد که بین روان رنجوری و تکانشگری با میل و ولع شدید در معتادان به تریاک رابطه مثبت وجود دارد. اعتیاد به سیگار و ناتوانی در تحمل و مقابله با درد مزمن ناشی از نکشیدن آن باعث می شود که فرد دوباره آن را مصرف کند و چرخه معیوبی شکل بگیرد که ترک سیگار را بسیار مشکل می کند (دیتری، براندون، زیل و میقر، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش همایونی

(۲۰۱۱) نشان داد افراد معتاد در ویژگیهای شخصیتی روان رنجوری و باز بودن به تجربههای جدید نمره بالاتری نسبت به افراد عادی کسب کردند. پژوهشهای فیش بین و همکاران (۲۰۰۶)، جس و بک (۱۹۹۸ و ۱۹۹۴)، ملزاک و وال (۱۹۹۶)، کریترلر و نیو (۲۰۰۷) نشان داده اند که بالا بودن نمره افراد در شاخص روان رنجوری نسبت به شاخص- های دیگر باعث ایجاد درد مزمن می شود. هنگامی که با روشها و مداخلات درمانی از شدت درد کاسته می شود اضطراب و روان رنجوری آنها کاهش می یابد. در مورد تفاوت های جنسیتی و اعتیاد زیلبرمن، تاواریس و گوبالی (۲۰۰۳) در تحقیقی بر روی زنانی که اقدام به ترک اعتیاد کرده بودند دریافتند که آنها نمرات بالاتری در شاخص روان رنجوری و برون گرایی نسبت به شاخصهای دیگر کسب کرده بودند. همچنین تجزیه و تحلیل بیشتر نشان داد که بین روان رنجوری و میل و ولع شدید به مواد در این زنان رابطه مثبت وجود دارد. با توجه به گامهای بلندی در زمینه فهم، درک و درمان اعتیاد در طول سالیان گذشته برداشته شده است سوءاستفاده از مواد و دگرگونی در نوع استفاده از آن هنوز یک مسئله مهم و پیچیده است. بنابراین انجام پژوهش می تواند پزشکان، روان شناسان و متخصصان درگیر در زمینه اعتیاد را در فهم بهتر و دقیقتر ویژگیها و منشهای شخصیتی افراد در گرایش به اعتیاد و راهکارهای مقابله با درد و به کارگیری روشهای مؤثرتر درمانی با توجه به تفاوت های فردی یاری رساند. همچنین نتایج این پژوهش می- تواند کارشناسان را در بکارگیری روشهای مناسب

درمان‌ها و مداخله‌های شناختی - رفتاری به منظور اثربخش‌تر کردن درمان‌های دارویی و کاهش عود در افراد ترک‌کننده و در نهایت کاهش آسیب‌های اجتماعی یاری رساند.

روش

روش تحقیق در این پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد دولتی شهرستان ساری می‌باشد که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۸۵ نفر انتخاب شدند و به آزمون‌های زیر پاسخ دادند.

آزمون شخصیت (FFI- NEO): مک کری و کاستا (۱۹۸۵) پرسشنامه‌ای را تحت عنوان (NEO) برای اولین بار با ۱۸۵ سؤال تدوین کردند در ادامه این دو پژوهشگر با بررسی‌هایی که انجام دادند توانستند دو پرسشنامه با تعداد سؤالات ۲۴۰ و ۶۰ سؤال را برای اندازه‌گیری ویژگی‌های شخصیتی افراد تهیه کنند. این پرسشنامه در جوامع مختلف به کار رفته است و به عنوان ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری ویژگی‌های شخصیتی افراد به حساب می‌آید. در این پژوهش به منظور بررسی ویژگی‌های شخصیتی از فرم کوتاه آزمون NEO که دارای ۶۰ سؤال می‌باشد، استفاده شده است. این آزمون ۵ مورد از ویژگی‌های شخصیتی افراد را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارت‌اند از: روان رنجوری (N)، برون‌گرایی (E)، باز بودن به تجربه (O)، توافق (A) و وجدانی بودن (C). هر کدام از این ویژگی‌ها در این آزمون با ۱۲ سؤال مورد سنجش قرار می‌گیرند. شیوه پاسخ‌دهی به این پرسشنامه به این صورت می‌باشد که آزمودنی

جواب را در یک طیف ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم) انتخاب می‌کند. نمره‌گذاری این آزمون براساس (۴، ۳، ۲، ۱، ۰) و بالعکس می‌باشد و حداقل و حداکثر نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها بین ۰ و ۴۸ می‌باشد. این آزمون برای افراد بالای ۱۷ سال مناسب می‌باشد. مک کری و کاستا (۲۰۰۴) در تحقیقی که برای تجدیدنظر در پرسشنامه (FFI- NEO) بر روی ۱۴۹۲ نفر انجام دادند ضریب همبستگی این آزمون را با آزمون NEO، ۲۴۰ سؤالی برای ۵ ویژگی شخصیتی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۹۱، ۰/۷۶ و ۰/۸۶ گزارش کردند. کوک (۱۹۹۹) در تحقیقی که بر روی ۱۱۷ زوج انجام داد آلفای کرونباخ پرسشنامه NEO را از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ گزارش کرد. کیامهر (۱۳۸۱) در تحقیقی که بر روی دانشجویان علوم انسانی دانشگاه تهران انجام داد ضریب پایایی آزمون NEO را برای پنج ویژگی N، E، O، A، C به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۳، ۰/۴۲، ۰/۵۸ و ۰/۷۷ ذکر کرد. امان‌اللهی فرد (۱۳۸۴) در تحقیقی که انجام داد پایایی آزمون NEO را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی مورد بررسی قرار داد و نتایج زیر را گزارش داد. پایایی آزمون با استفاده از روش بازآزمایی برای پنج عامل به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴، ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۸۲ و آلفای کرونباخ پنج عامل به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۵، ۰/۵۹، ۰/۴۸ و ۰/۸۵.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای روزنستاین و کیفی (CSQ)^۱: این پرسشنامه توسط روزنستاین و کیفی در سال ۱۹۸۳ برای سنجش فراوانی

1. Coping strategy questionnaire

طراحان این پرسشنامه ضریب همسانی خرده مقیاسهای آن را بین ۰.۷۱ تا ۰.۸۵ گزارش کردند. این پرسشنامه توسط اصغری و همکاران در سال ۱۹۹۹ به فارسی برگردانده شد. روایی همزمان و ضریب همسانی این پرسشنامه در پژوهشی با ۱۵۴ بیمار مبتلا به درد مزمن مورد تأیید قرار گرفته است. اصغری مقدم و همکاران در پژوهش خود در مورد کارآمدی مقابله‌ای در تجربه درد ماموگرافی در سال ۱۳۸۴ ضریب همسانی خرده مقیاسها را بین ۰.۷۱ تا ۰.۸۳ به دست آوردند و با توجه به اینکه حداقل ضریب همسانی درونی قابل قبول ۰.۷۰ است (اصغری مقدم، ۱۳۸۳).

راهبردهایی که افراد از آنها برای مقابله با درد استفاده می‌کنند، ساخته شده است. این پرسشنامه شش راهبرد مقابله شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه-آفرینی، دعا - امیدواری) را می‌سنجد. هر راهبرد مقابله دارای شش عبارت است و از آزمودنی خواسته می‌شود تا هر عبارت را به دقت خوانده و با استفاده از یک مقیاس از ۰ = هیچ تا ۶ = همیشه مشخص نماید که به هنگام مواجهه با درد تا چه میزان از هر یک از راهبردهای مذکور استفاده کرده است و با به کار بستن آن درد خود را کاهش داده و تا چه میزان بر درد خود احساس مهار داشته است.

یافته ها

جدول ۱. میانگین انحراف استاندارد، واریانس، حداقل و حداکثر نمره متغیرها

میانگین	واریانس	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
۲۹/۳۸	۶۱/۵۷	۷/۸۴	۸	۴۴
۲۸/۵۲	۷۲/۲۲	۸/۴۹	۱۳	۴۴
۲۹/۲۵	۴۱/۸۳	۶/۴۶	۱۶	۴۳
۲۸/۸۷	۹۶/۳۷	۹/۸۱	۴	۴۷
۲۸/۰۱	۷۶/۳۲	۸/۷۳	۴	۴۶
۱۰/۷۱	۳۷/۳۷	۶/۱۱	۰	۲۷
۹/۹۲	۳۱/۵۶	۵/۶۱	۰	۲۵
۱۰/۲۰	۳۳/۰۶	۵/۷۴	۰	۲۷
۱۰/۶۴	۳۴/۲۷	۵/۸۵	۰	۲۴
۱۶/۳۵	۵۳/۰۸	۷/۲۸	۲	۳۰
۱۱/۱۷	۶۲/۸۱	۷/۹۲	۰	۳۰

راهکار مقابله با درد استفاده شده در معنادان به هنگام ترک مواد فاجعه‌آفرینی بوده است.

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد بیشترین ویژگی شخصیتی معنادان روان رنجوری و بیشترین

جدول ۲. ضریب همبستگی بین متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و راهکارهای مقابله با درد

توجه برگردانی	تفسیر مجدد درد	گفتگو با خود	نادیده انگاشتن درد	فاجعه‌آفرینی	دعا و امیدواری
روان‌رنجوری	۰.۱۱	۰.۱۲	۰.۱۳	۰.۰۶	۰.۰۹
برون‌گرایی	۰.۳۲**	۰.۴۵**	۰.۲۸**	-۰.۲۴*	۰.۳۴**
باز بودن	۰.۱۸*	۰.۲۴**	۰.۲۳**	-۰.۲۰*	۰.۲۸**
توافق	۰.۳۱**	۰.۳۲**	۰.۳۳**	-۰.۳۴**	۰.۳۹**
مسئولیت‌پذیری	۰.۳۱**	۰.۴۲**	۰.۳۱**	-۰.۲۵**	۰.۳۲**

** P > ۰/۰۱

* P > ۰/۰۵

شاخص‌های برون‌گردی، مقبولیت، مسئولیت-پذیری نمره کمتر و در شاخص روان‌رنجوری نمره بیشتری گرفته‌اند. تحقیقات متعدد ثابت کرده‌اند که سلامت عمومی معتادان مصرف‌کننده مواد مخدر دچار اختلال و بی‌نظمی است و این اختلال افراد را در تمایل به اعتیاد مستعد می‌سازد. از طرفی بیماران در جمعیت سوء مصرف‌کنندگان مواد غالباً از هیجان‌ات منفی رنج می‌برند. ادامه مصرف مواد فراوانی بالای خشم، ناراحتی، ناخشنودی، اختلالات شخصیتی، اضطراب و افسردگی را به همراه دارد. حتی هنگامی که این افراد به دنبال درمان می‌روند دچار یک تشخیص دوگانه می‌شوند و با ادامه این روند اختلالات عاطفی، سایکوتیک و شخصیت احتمال بروز پیدا می‌کند (غنیمی، ۱۳۸۵). عوامل شخصیتی به ویژه در معتادان که دارای ویژگی‌های نپذیرفتن مسئولیت، گریز از درد و لذت‌طلبی هستند در تعامل با عوامل مختلف محیطی که موجب بروز رفتار خاصی در هر فرد می‌شود، می‌تواند رویارویی با انواع دردها و بیماری‌های جسمانی را در وضعیتی قرار دهد که آنها به دلیل رهایی از دردهای جسمانی و کم کردن آنها، دوباره به سمت مواد

همانگونه که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، باز بودن به تجربه‌های جدید، توافق و مسئولیت‌پذیری با تمام راهکارهای مقابله با درد، به غیر از فاجعه-آفرینی، رابطه مثبت و معنی‌دار و با راهکار فاجعه‌آفرینی رابطه منفی و معنی‌دار دارند. ولی ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری با هیچ یک از راهکارهای مقابله با رابطه‌ای ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پدیده درد و چگونگی مقابله یا واکنش به آن تا قبل قرن بیست و یکم از دیدگاه فیزیولوژیکی نگریسته می‌شد. اما پژوهش‌های اخیر به جنبه‌های غیر جسمانی احساس درد روی آورده‌اند. یافته‌های این پژوهش در راستای پژوهش‌های انجام شده در داخل و خارج از کشور، ایگن و همکاران (۲۰۱۱) و پاول، بردلی و گری (۱۹۹۲)، دیتری و همکاران (۲۰۱۱)، گیلبرت (۱۹۹۵)، رضایی و همکاران (۱۳۸۸)، زیلبرمن، تاواریس و گوبالی (۲۰۰۳)، تراس سیانو و کاستا (۲۰۰۴)، همایونی (۲۰۱۱)، آلن و همکاران (۲۰۱۲) و کورنر و نوردویک (۲۰۰۷) نشان می‌دهد افراد معتاد نسبت به افراد عادی در

به متغیرهای شخصیتی می‌تواند موجب درک بهتر و همچنین به عنوان ابزار جدیدی در مقابله کارآمد با درد باشند و درک بهتر و کامل‌تری از رفتار انسان را ارائه می‌دهند. بنابراین با توجه به یافته‌ها توصیه می‌شود که در درمان دارویی برای تغییر نگرش و تفکر در مورد مواد، درمانگران روش‌های درمان روان‌شناختی به ویژه رفتار درمانی شناختی را به کار ببرند تا بتوانند سطح تفکر نابهنجار و ناکارآمد در مورد درد ناشی مصرف نکردن مواد در زمان درمان را تغییر دهند و در نتیجه مشکلات شخصیتی مرتبط با اعتیاد را قبل و در طول درمان دارویی کاهش دهند.

عمده‌ترین محدودیت این تحقیق جلب رضایت افراد معتاد برای انجام آزمون بود که عدم دقت و کندی پاسخ به سؤالات موجب می‌شد تا انجام یک پرسشنامه مدت زیادی طول بکشد.

سپاسگزاری

گروه نویسندگان این پژوهش مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش اعلام می‌دارند.

منابع

اصغری مقدم، محمدعلی؛ کریم‌زاده، نرگس؛ عمارلو، پروانه (۱۳۸۴). «نقش باورهای مرتبط با درد در سازگاری با بیماری سرطان». *دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار*. سال ۱۲، شماره ۱۳.

امان‌الهی، عباس (۱۳۸۴). «بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و عوامل فردی - خانوادگی با رضایت زناشویی». پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران.

رضائی، سجاد؛ افشارنژاد، طاهر؛ کافی، موسی؛ سلطانی، رضا؛ فلاحکهن، صفیه (۱۳۸۸). «ارتباط افسردگی با راهبردهای مقابله با درد در بیماران مبتلا به درد

مخدر کشیده می‌شوند. بنابراین راهکارهایی که افراد در مقابله با این درد استفاده می‌کنند نقش به‌سزایی در گرایش دوباره معتادان به مواد دارد. راهکارهای شناختی مقابله با درد مانند توجه برگردانی^۱ (مانند فکر کردن به موضوعات خوشایند، شمارش اعداد یا زمزمه تصنیفی در ذهن، فکر کردن درباره کارهایی که انجام آنها خوشایند است)، تفسیر مجدد درد^۲ و گفتگو با خود (برای نمونه تلقی کردن درد به عنوان یک مبارزه) و نادیده انگاشتن درد^۳ (مانند فکر کردن به درد، تمرکز به آزمایش و ادامه دادن) و فاجعه‌آفرینی (به عنوان مثال، وحشتناک پنداشتن درد، ترسیدن، نگران شدن، احساس در هم شکسته شدن و به پایان رسیدن تحمل) و دعا - امیدواری^۴ هم ادراک فرد از شدت درد و هم توانایی آنها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت‌های روزمره تحت تأثیر قرار می‌دهد (بونیکا^۵، ۱۹۹۰). فرایند درمان معتادان نیاز به یک تیم درمانی از متخصصان چند رشته و درگیر شدن بیمار و خانواده‌های آنها دارد (بونیکا، ۱۹۹۰). عملکرد این تیم باید شامل درمان دارویی، بازتوانی جسمانی، حمایت خانوادگی و معنوی، مداخلات روان‌شناختی و تغییر رفتار باشد. اگرچه از دیدگاه پزشکی درد به عنوان عامل محافظت‌کننده از خطر در نظر گرفته می‌شود، ولی عدم توجه به عوامل روان - شناختی به ویژه شخصیت متفاوت و منحصر به فرد افراد می‌تواند باعث تجربه دردناک و نگرستن درد به عنوان رنج و فاجعه باشد. توجه

1. Diverting attention
2. Reinterpretation pain sensation
3. Ignoring pain
4. praying- hoping
5. Bonica

- کورتیس، آنتونی. جی (۱۳۸۵). *روانشناسی سلامت*. ترجمه شهناز محمدی. نشر ویرایش.
- کیامهر، جواد (۱۳۸۱). «هنجار یابی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی نئو و بررسی ساختار عاملی آن در بین دانشجویان علوم انسانی دانشگاه های تهران». پایان-نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه گیری. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- Allen, L. B.; Tsao, J. C. I.; Seidman, L. C.; Ehrenreich-May, J.; Zeltzer, L. K. (2012). "A Unified, Transdiagnostic Treatment for Adolescents with Chronic Pain and Comorbid Anxiety and Depression". *Cognitive and Behavioral Practice*. V. 19. No 1. 56-67.
- Bonica, J. J. (1990). *General considerations of chronic pain*. The Management of Pain. Philadelphia, Lea & Ferbiger. 186-196.
- Ditre, J. W.; Brandon, T. H.; Zale, E. L.; Meagher, M. M. (2011). "Pain, Nicotine, and Smoking: Research Findings and Mechanistic Considerations". *Psychological Bulletin*. V. 137. No. 6. 1065-1093.
- Fishbain, D. A.; Cole, B.; Cutler, R. B.; Lewis, J.; Rosomoff, H.; Rosomoff, R. S. (2006). "Chronic Pain and the Measurement of Personality: Do States Influence Traits?" *Pain Medicine*. 7 (6). 509-529.
- Gilbert, D. (1995). *Smoking: Individual differences, psychopathology, and emotion*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Ilgen, M.A.; Haas, E.; Czyz, E.; Webster, L.; Sorrell, J. T.; Chermack, S. (2011). "Treating chronic pain in veterans presenting to an addictions treatment program". *Cognitive and Behavioral Practice*. V. 18. No. 1. 149-160.
- Homayouni, A. (2011). "The role of personality traits and religious beliefs in tendency to addiction". *Journal of Procedia - Social and Behavioral Sciences*. V. 30. 851 - 855.
- International association for study of pain* (1994). Classification of chronic pain. IASP press. Mersky H, Bogduk N (eds). Seattle. IASP Task Force on Taxonomy. 2nd ed. 209-214.
- مزمین پشت: یک مطالعه مقطعی با کنترل شدت درد و مدت زمان ابتلا». *دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشور پزشکی*. سال شانزدهم. شماره ۸. ۶۳-۷۴.
- روشن چلسی، رسول؛ سنجایی، بهزاد؛ رسولزاده طباطبایی، کاظم؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ عطری فرد، مهدیه (۱۳۸۵). «راهبردهای انحراف توجه در افزایش درد آزمایشگاهی». *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*. دوره ۱۲. شماره ۳. ۲۷-۳۴.
- Jess, P.; Bech, P. (1994). "The validity of Eysenck's neuroticism dimension within the Minnesota Multiphasic Personality Inventory in patients with duodenal ulcer. The Hvidovre Ulcer Project Group.". *Psychotherapy and psychosomatics*. 62 (3-4). 168-75.
- Jess, P.; Jess, H.; Bech, P. (1998). "Neuroticism in Relation to Recovery and Persisting Pain after Laparoscopic Cholecystectomy". *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 33 (5). 550-553.
- Khantzian, E. J. (1985). *The self-medication hypothesis of addictive disorders -focus on heroin and cocaine dependence*. Am J. psychiatry. 142: 1259-1264.
- Khantzian, E. J. (1997). *The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications*. Harv Rev Psychiatry. 4: 231-244.
- Korner, H. & Nordvik, H. (2007). "Five - factor model personality traits in opioid dependence". *Online Journal of BMD psychiatry*. <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/7/37>
- Kreitler S.; Niv, D. (2007). "Cognitive impairment in chronic pain". *Pain: Clinical Updates* (International Association for the Study of Pain) XV (4): 1-4. <http://www.iasp-pain.org>.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2004). "A contemplated revision NEO Five Factor Inventory". *Journal of Personality and Individual Differences*. 36. 578-596.
- McCusker C. G. & Brown, K. (1991). "The cue-responsively phenomenon in dependent drinkers: 'personality' vulnerability and anxiety as intervening variables". *British Journal of Addiction*. 86. 905-912.

- Melzack, R. & Wall, P. D. (1996). *The challenge of pain* (2 Ed.). London: Penguin. 31-32.
- Rosenstiel, A. K. & Keefe, F. J. (1983). *The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relation to patient characteristics and current adjustment*. *Pain* 17: 33-44.
- Nunally, J. C. & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill.
- Parenteau, S. C.; Hamilton, N. A.; Wu, W.; Latinis, K.; Waxenberg, L. B. & Brinkmeyer, M. Y. (2011). "The Mediating Role of Secular Coping Strategies in the Relationship between Religious Appraisals and Adjustment to Chronic Pain: The Middle Road to Damascus". *Social Indicators Research*. V. 104. No. 3. 407-425.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2012). *Managing chronic pain in adults with or in recovery from substance use disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 54. Guides - Non-Classroom; Reports - Descriptive.
- Terracciano, A. & Costa, P. T. (2004). *Smoking the five factor model of personality*. *Addiction*. 99. Issue 4. 472-481.
- Zilberman, M.; Tavares, H. & Guebaly, N. (2003). "Relationship between craving and personality in treatment-seeking women with substance-related disorders". *Online Journal of BMD psychiatry*. <http://www.biomedcentral.com/1471-244x/3/1>.
- Zborowski, M. (1969). *People in Pain*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.