

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۸، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۷

نقش سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده

در پیش‌بینی درد مزمن

رسول حشمتی*^۱، سمانه میرزامحمدی^۲، امین حامد صبحی^۳، فردین افشاری^۴، الهام نظری^۵، حمید دودکانلو میلان^۶



۱. دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۲. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۳. کارشناسی، روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۴. کارشناسی، روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۵. کارشناسی، روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
۶. کارشناسی، روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۲۱

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۳/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: سبک‌های دفاعی نقش مهمی در تجارب درون فردی و بین فردی دارند. یکی از تجارب مهم، تجربه درد است. در تحقیقات قبلی رابطه انواع سبک‌های دفاعی با تجربه درد مزمن روشن نیست. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده در پیش‌بینی درد مزمن در افراد سالم است.

مواد و روش‌ها: در یک پژوهش توصیفی همبستگی، گذشته‌نگر و مقطعی ۱۵۰ دانشجویان دانشگاه تبریز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه درد روان‌شناختی مک‌گیل و پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) استفاده شد.

یافته‌ها: برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی گشتاوری پیرسون و رگرسیون چندگانه استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند که متغیرهای روان آزرده و رشد نیافته، درد مزمن را پیش‌بینی می‌کند. همچنین متغیر رشد یافته، نقش تعیین‌کننده‌ای در جلوگیری از تجربه درد دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که سبک‌های دفاعی رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته نقش تعیین‌کننده‌ای در درد مزمن دارد. پیشنهاد می‌شود که از مداخلات روان‌شناختی جهت اصلاح سبک‌های دفاعی بیماران مبتلا به درد مزمن استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، سبک دفاعی رشد یافته، سبک دفاعی رشد نیافته، سبک دفاعی روان آزرده

مقدمه

یا در اصطلاح با چنین آسیبی شرح داده شده است^(۱) درد همیشه یک تجربه شخصی، ذهنی، منحصر به فرد است و همچنین چند بعدی بوده و توسط جنسیت بیمار^(۲)، سن، فرهنگ، تجربه درد قبلی و عوامل عاطفی، مانند شادی،

شاید شناخته شده‌ترین و پذیرفته شده‌ترین تعریف درد^(۱) توسط انجمن بین‌المللی درد ارائه شده باشد: درد تجربه حسی و هیجانی / عاطفی و تجربه شناختی ناخوشایندی است که با آسیب بافتی واقعی یا بالقوه همراه بوده

نویسنده مسئول: رسول حشمتی، دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز
پست الکترونیک: psy.heshmati@gmail.com

مورد تأکید قرار داده است. درد روان زاد، نیازی به پیروی از مدل پزشکی درد ندارد. روان درمانگر از این دیدگاه به مسئله درد می‌نگرد که درد روان زاد بیش از آن که یک ضرورت زیستی باشد، نوعی احساس هدفمند است. لذا به‌جای آن که پی علل درد باشد، بیشتر به پیامدهای آن توجه دارد^(۱۳).

تحقیقات نشان می‌دهند که اضطراب پیش‌بینی شده نقش بسزایی در توجیه مکانیسم‌های روان‌شناختی مربوطه درد دارد. در شرایط مساوی افرادی که دارای اختلال شخصیت خاصی هستند مثلاً تا حدی تقاضا کننده یا شکایت کننده‌اند، احتمالاً به دردهای مزمن مبتلا می‌شوند. همچنین نشان داده شده که پایین بودن سطح تحصیلات، شغل روزانه و یکنواخت و کمبود حمایت‌های محیطی می‌تواند افزایش دردهای مزمن را به دنبال داشته باشد. تصور می‌شود که برخی افراد مبتلا به درد مزمن، از این علامت به‌عنوان یک مکانیسم هیجانی علیه تعارض هسته‌ای یا فرآیندهای سایکوتیک سود می‌جویند. فرد مبتلا به درد مزمن، به دلیل وجود بیماری یا آسیب‌های جسمانی ممکن است دچار فقدان‌های حاد روان‌شناختی و واقعی شود^(۱۴).

مکانیسم‌های دفاعی، فرآیندهای تنظیم کننده خودکاری هستند که برای کاهش ناهماهنگی شناختی و به حداقل رساندن تغییرات ناگهانی در واقعیت درونی و بیرونی از طریق تأثیرگذاری بر چگونگی ادراک حوادث تهدیدکننده وارد عمل می‌شوند^{(۱۵)(۱۶)}.

اگرچه مکانیسم‌های دفاعی خصوصیات مختلفی دارند اما دارای دو ویژگی مشترک هستند: همه آن‌ها، واقعیت را تحریف یا انکار می‌کنند و فعالیت‌شان به‌صورت ناهشیار است^(۱۷). اندروز، ساینف و بوند بر اساس طبقه‌بندی سلسله مراتبی ویلاننت از مکانیسم‌های دفاعی، بیست مکانیسم را به سه سبک دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان آزرده تقسیم کردند^(۱۸). سبک دفاعی رشد یافته؛ شیوه‌های مواجهه انطباقی، بهنجار و کارآمد که شامل والایش، شوخ‌طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی است. سبک

اندوه، ترس، هیجان و باورها و نگرش بیمار نسبت به درد^(۱۹) تحت تأثیر قرار می‌گیرد. درد به دو نوع حاد و مزمن تقسیم می‌شود. درد حاد به‌عنوان "درد با شروع اخیر و مدت زمان محدود احتمالی تعریف شده است. این حالت معمولاً یک رابطه علی و موقتی قابل‌شناسایی با آسیب یا بیماری دارد." درد مزمن، معمولاً فراتر از زمان بهبودی از آسیب همچنان ادامه دارد و اغلب ممکن است هیچ علت قابل‌شناسایی به وضوح وجود نداشته باشد^(۵). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که بیش از ۱/۵ میلیارد نفر در سراسر جهان از درد مزمن رنج می‌برند^(۶) و شیوع آن رو به افزایش است^(۷)؛ از این‌رو، درد مزمن، نه تنها از این نظر که رنج و عوارض بسیار برای انسان به همراه دارد، بلکه از این نظر که دارای پیامدهای عظیم اقتصادی برای جامعه نیز است، به یک مشکل شدید مراقبت بهداشتی تبدیل شده است^(۸) و اثر منفی عمده‌ای بر بودجه‌های مراقبت بهداشتی و هزینه‌های ملی دارد^(۹).

درد بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد، از همین رو شناسایی و اهمیت دادن به نقشی که درد در سلامت و بهداشت روانی و جسمی فرد دارد، یکی از مؤلفه‌های نظام‌های بهداشت و درمان پیشرفته به شمار می‌رود. دردهای غیرقابل کنترل و طولانی مدت ممکن است از طریق شکل‌پذیری نورونی و حساسیت‌زدایی مرکزی، تغییراتی را در نظام‌های عصبی مرکزی و پیرامونی به وجود آورد و در نتیجه باعث بروز بیماری شوند. از بررسی پژوهش‌های مربوط به درد می‌توان نتیجه گرفت که درد مزمن و پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی آن بر بهداشت روانی و عملکرد شغلی و خانوادگی افراد مبتلا آسیب جدی وارد می‌آورد. عوامل روان‌شناختی و اجتماعی به‌عنوان عواملی تلقی می‌گردند که به‌طور غیرمستقیم با فرایند ادراک درد رابطه دارند. به‌مرور که درد مزمن‌تر می‌شود، نقش عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در بدتر شدن درد و استمرار آن در مقایسه با نقش عوامل زیستی پررنگ‌تر می‌گردد^{(۱۰)(۱۱)(۱۲)}.

والدمن تأثیر انحصاری جنبه‌های روان‌شناختی درد را

را پیش‌بینی کند؟

روش مطالعه

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی، مقطعی و گذشته‌نگر است. جامعه آماری پژوهش حاضر دانشجویان زن و مرد در سطح کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز که در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ مشغول تحصیل بودند را دربر می‌گیرد. نمونه‌گیری به شیوه نمونه در دسترس از دانشجویان دانشگاه تبریز بر اساس نقطه برش پرسشنامه درد مک‌گیل (MPQ) به‌عنوان شرکت‌کننده این پژوهش انتخاب شدند. بعد از انتخاب آزمودنی‌ها، محقق فرم کتبی رضایت‌نامه شرکت در مطالعه را که در ابتدای پرسشنامه قرار داشت به بیماران خواند و از آن‌ها رضایت کتبی و شفاهی دریافت کرد و پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب مشارکت و همکاری آن‌ها، پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40) و پرسشنامه درد مک‌گیل را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد که به‌دقت سؤال‌ها را مطالعه نموده و پاسخ‌های موردنظر را متناسب با ویژگی‌ها، باورها، احساسات، تجارب و رفتار خود انتخاب نمایند و سؤالی را تاحد امکان بی‌جواب نگذارند. پس از اجرای پژوهش پرسشنامه‌های ۱۴ نفر از شرکت‌کنندگان به دلیل ناقص بودن، حذف و در مجموع ۱۳۶ شرکت‌کننده موردسنجش و ارزیابی قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه:

ابتلا به درد براساس نقطه برش پرسشنامه درد مک‌گیل داشتن رضایت شخصی جهت شرکت در پژوهش

معیارهای خروج از مطالعه:

داشتن سن بین ۱۸ تا ۳۰ سالگی

ابزارهای سنجش

پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-40): پرسشنامه

دفاعی روان‌آزرده؛ شیوه‌های مواجهه‌ای غیر انطباقی و ناکارآمد که شامل نوع‌دوستی کاذب، واکنش متضاد، آرمانی‌سازی و ابطال می‌باشد و سبک دفاعی رشد نیافته؛ مانند سبک دفاعی روان‌آزرده شیوه‌های مواجهه‌ای غیرانطباقی و ناکارآمد که شامل دلیل‌تراشی، فرافکنی، انکار، دوپارگی، بدنی‌سازی، جابجایی، مجزاسازی، ناآرزنده‌سازی، عملی‌سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، تفرق، پرخاشگری منفعلانه هست^(۱۹).

مرسکی با بررسی بیماران مبتلا به درد، به شواهدی دال بر وجود تفاوت میان آن‌ها و بیمارانی که فاقد درد بودند، دست نیافت. بلکه فقط اظهارات شفاهی درد در بیماران دردمند بیشتر رواج داشت. شواهد اندکی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد تنفر و به میزان کمتری، خصومت و گناه، نسبت سایر شکایات روانپزشکی و روان‌تنی، رابطه مستقیم‌تری با درد دارد^(۲۰). آرایوچو، ریست و استینر به بررسی رویدادهای تنش‌زای زندگی و مکانیسم‌های دفاعی پرداختند و نتایج نشان داد که افزایش عوامل تنش‌زا با سبک‌های دفاعی نابالغ ارتباط مثبت دارد^(۲۱). تاشک، مرسکی و هلمز در یک تحقیق مقایسه‌ای بین بیماران با درد مزمن و بیماران روان‌پزشکی به این نتیجه رسیدند بیماران با درد مزمن شواهد زیادی از اضطراب و افسردگی در مقیاس بیمارستانی داشتند. در کل، این تحقیق نشان داد بیماران با درد مزمن نسبت به بیماران روان‌پزشکی، دوران کودکی نرمالی داشته و از دفاع‌های بالغ بیشتری استفاده می‌کنند^(۲۲).

از آنجایی که جنبه‌های روان‌شناختی در تبیین درد مزمن نقش کلیدی دارند^(۲۳-۲۷)، می‌توان به نقش عوامل روانی ناهشیار که به‌صورت مکانیسم‌های دفاعی بروز می‌کنند، در پیش‌بینی درد مزمن اشاره کرد. با این حال تاکنون روابط بین درد مزمن با مکانیسم‌های دفاعی به‌عنوان عامل روانی ناهشیار روشن نیست. بر این اساس، پژوهش حاضر برای پر کردن این خلاء پژوهشی به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشد نیافته و روان‌آزرده می‌تواند درد مزمن

حاکمی از اعتبار و پایایی قابل قبول آن است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکمی از وجود ۴ خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتی و درد عاطفی بود و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۶ و ۰/۸۶ گزارش شده است. در ایران نشان داده شده است که ضریب آلفای این مقیاس برابر با ۰/۸۵ و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها برابر با ۰/۸۰ بوده است. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار 22SPSS استفاده شد. قبل از تحلیل، داده‌های گم شده مورد بررسی قرار گرفت و از طریق روش ای‌ام لگاریتم جایگزین شدند. برای توصیف داده‌های آماری ابتدا از روش آماری توصیفی، درصد و فراوانی جهت تعیین مشخصه‌های دموگرافیک استفاده شد. جهت بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش از همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده شد. برای آزمون این فرض که کدام‌یک از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پیش‌بینی کننده بهتری برای هر یک از دردهای عاطفی، نوروپاتی، پیوسته و متنوع است از رگرسیون چند متغیره به روش گام‌به‌گام استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های مدل رگرسیون چند متغیره یعنی مفروضه نرمال بودن، خطی بودن، هم‌چندخطی و همگنی واریانس باقیمانده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. تمامی مفروضه‌ها مورد تأیید بود^(۳۰).

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به تحلیل همبستگی گشتاوری پیرسون نشان داد که بین درد مزمن با سبک‌های دفاعی رشد یافته رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$, $r = -0/30$). بدین معنا که با افزایش نمره سبک دفاعی رشد یافته، از نمره درد مزمن

سبک‌های دفاعی اندروز و همکاران (۱۹۹۳) ۴۰ سؤال دارد که در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) ۲۰ مکانیسم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته می‌سنجد. مکانیسم‌های سبک دفاعی رشد یافته شامل والایش، شوخ‌طبعی، پیش‌بینی و فرونشانی و سبک دفاعی روان آزرده شامل ابطال، نوع‌دوستی کاذب، آرمانی‌سازی و واکنش متضاد است و سبک دفاعی رشد نیافته نیز از ۱۲ مکانیسم دفاعی فراقنی، پرخاشگری نافع، عملی‌سازی، مجزاسازی، نارزنده سازی، خیال‌پردازی اوتیستیک، انکار، جابجایی، تفرق، دوپارگی، دلیل تراشی و بدنی‌سازی تشکیل شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از سبک‌های دفاعی رشد یافته، روان آزرده و رشد نیافته به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳ و ۰/۷۴ و ضریب اعتبار باز آزمایشی را بافاصله ۴ هفته ۰/۸۲ گزارش کرد^(۳۸). حیدری نسب (۱۳۸۵) هم در پژوهشی که برای دانشجویان متأهل انجام دادند اعتبار این پرسشنامه را به روش باز آزمایشی برای مردان ۰/۸۱ و برای زنان ۰/۶۹ به دست آورد و ضریب آلفای کرونباخ برای سبک دفاعی رشد یافته ۰/۷۸، روان آزرده ۰/۷۵ و رشد نیافته ۰/۷۲ به دست آورد^(۳۹).

پرسشنامه درد روان‌شناختی مک‌گیل (MPQ): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران بر اساس پرسشنامه قدیمی مک‌گیل تنظیم شد که درد نوروپاتی و غیرنوروپاتی را می‌سنجد. این پرسشنامه ۲۲ ماده دارد که به هر ماده بر مبنای شدت درد نمره صفر تا ۱۰ داده می‌شود. یافته‌های حاصل از این پرسشنامه بر روی ۸۸۲ بیمار مبتلا به درد متنوع و همچنین ۲۲۶ بیمار دارای درد نوروپاتی

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴
درد مزمن	۴۵/۳۵	۸/۹۲	۱			
رشد یافته	۴۴/۸۸	۸/۱۸	۰/۳۰***	۱		
رشد نیافته	۱۲۱/۴۲	۱۷/۸۶	۰/۳۲***	۰/۰	۱	
روان آزرده	۴۴/۷۷	۹/۰۹	۰/۳۶***	۰/۱۳	۰/۴۷	۱

دارد. بدین معنا که با افزایش سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان آزرده، نمره‌های درد مزمن نیز بالا می‌رود.

کاسته می‌شود. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که بین درد مزمن و سبک‌های دفاعی رشد نیافته ($r=0/32, p<0/01$) و روان آزرده ($r=0/36, p<0/01$) رابطه مثبت و معنی‌دار وجود

جدول ۲: ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی بین روان‌شناختی بر اساس سبک‌های دفاعی

متغیر	R	Adj.R	B	β	T	Sig.
رشد یافته	0/49	0/20	-0/32	-0/26	-2/41	0/01
رشدنیافته			0/22	0/23	2	0/04
روان آزرده			0/23	0/20	0/92	0/05

مزمن رابطه مثبت معنادار دارند. یعنی با افزایش سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان آزرده، درد مزمن هم افزایش می‌یابد. سبک دفاعی روان رنجوری قادر به پیش‌بینی درد مزمن هست. این یافته با یافته‌های مرسکی^(۲۰) از این جهت که تنفر، خصومت و گناه نسبت به سایر شکایات روانپزشکی رابطه مستقیم‌تری با درد دارد، هماهنگ می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت روان رنجور خویی زمینه درد را فراهم می‌کند. وجود مشخصه‌های روان‌شناختی اضطراب، افسردگی، حساسیت بین فردی بالا، آستانه حسی و تحمل پایین، آستانه تحمل استرس پایین باعث می‌گردد که این افراد آستانه پایینی در درک و تجربه حس درد داشته باشند. از جهت دیگر، سرکوب احساسات و عدم تجربه آن توسط افراد دارای روان رنجور خویی بالا باعث می‌شود که انرژی احساسات تجربه و حل‌وفصل نشده در بخشی از بدن تخلیه‌شده و زمینه‌های درد، خصوصاً درد حسی و عاطفی را فراهم آورد. زمانی که افراد درد عاطفی را تجربه می‌کنند و این تجربه در طول زمان ادامه پیدا کرده و بدون پاسخ می‌ماند، دچار درد مزمن می‌شوند که به مراتب شرایط سخت‌تری پیش‌آمده و عمق و شدت این درد بیشتر می‌شود. همچنین سبک دفاعی رشدنیافته در درد مزمن نقش پیش‌بین دارد که با یافته‌های آرایوچو و همکاران^(۲۱) همسو می‌باشد. آرایوچو و همکاران^(۲۱) دریافتند که سبک‌های دفاعی نابالغ باعث به وجود آمدن تنش و اضطراب در زندگی می‌شوند. در تبیین این مطلب می‌توان گفت

برای پیش‌بینی درد روان‌شناختی با مکانیسم‌های دفاعی از روش رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که متغیرهای مکانیسم دفاعی قادر به تبیین ۰/۲۰ از واریانس متغیر درد روان‌شناختی هستند. همچنین ضرایب رگرسیون حاکی از آن است که از بین مؤلفه‌های ابعاد سبک‌های دفاعی، متغیرهای رشد یافته، روان آزرده و رشدنیافته قادر به پیش‌بینی درد مزمن می‌شود. ضریب پیش‌بینی کننده این متغیرها به ترتیب $-0/26$ ($p<0/01, \beta=-0/26$) و $0/23$ ($p<0/05, \beta=0/23$) و $0/20$ ($p<0/05, \beta=0/20$) هست که نشان از تأثیرگذاری این متغیرهایی باشد. براین اساس می‌توان گفت که افزایش یک واحد در متغیرهای روان آزرده و رشد نیافته، درد مزمن به ترتیب $-0/26$ ، $0/23$ و $0/20$ افزایش می‌یابد.

بحث

در تحقیق حاضر نقش سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشدنیافته و روان آزرده در پیش‌بینی درد مزمن بررسی شد. یافته‌ها نشان داد که از بین سه سبک دفاعی، هر سه سبک‌های دفاعی یعنی سبک‌های دفاعی رشد یافته، رشدنیافته و روان آزرده قادر به تبیین و پیش‌بینی درد مزمن می‌باشد. بدین‌صورت که بین سبک دفاعی رشد یافته و درد مزمن رابطه منفی معنادار وجود دارد و هرچه سبک دفاعی رشد یافته افزایش یابد احتمال کاهش درد مزمن وجود دارد. همچنین سبک‌های دفاعی رشدنیافته و روان آزرده با درد

سبک رشدنیافته و روان آزاده نقش تعیین‌کننده در تجربه درد و تبدیل درد به درد مزمن دارد و سبک دفاعی رشد یافته نقش تعیین‌کننده در جلوگیری از تجربه درد دارد. مکانیسم‌های دفاعی شیوه‌های واکنش فرد به تعارض هیجانی و تنیدگی‌های درونی و بیرونی روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهند که سبک‌های دفاعی سازش یافته با پیامدهای سلامت جسمانی و روانی در ارتباط قرار می‌گیرند و سبک‌های دفاعی سازش نیافته با بسیاری از شاخص‌های منفی سلامت مرتبط هستند. براین اساس می‌توان به نقش مداخلات روان‌شناختی اشاره کرد که روان‌درمانگر می‌تواند با آموزش راهبردهای مقابله (آگاهی کامل، تصمیم‌گیری برای مدیریت و حل موقعیت مشکل‌آفرین)، مهارت‌های بین فردی، کنترل احساسات و هیجان‌ها، بهبود آستانه تحمل افراد و توانمندسازی ایگو افراد در ایجاد و حفظ تعادل بین ایدوسوپرایگو، در کاهش تنش افراد مبتلا به درد مزمن تأثیرگذار بوده و در ادامه شاهد کاهش و حتیاز بین رفتن درد مزمن در بیماران شود.

تحقیق دارای محدودیت‌هایی است. تحقیق حاضر شدت و نوع درد را بررسی نکرده است و همچنین عوامل فرهنگی و مذهبی که عوامل مؤثر در برچسب‌زنی به درد هستند، و نیز عوامل مربوط به متغیرهای دموگرافیک تا هل، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، تحصیلات و سن کنترل نشده است. پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی محدودیت‌های این پژوهش جبران شود. با توجه به پژوهش انجام‌گرفته روی دانشجویان، می‌توان این پژوهش را روی نمونه بزرگ‌تر و بین بیماران بیمارستانی که علت مراجعه‌شان درد مزمن می‌باشد، انجام داد و از این طریق با اطمینان کامل برای پیشگیری، درمان و بهبود افراد مبتلا به درد مزمن اقدام کرد.

تقدیر و تشکر

محققان بر خود لازم می‌دانند که از تمامی دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

که وجود ساختار شخصیتی ناپخته و استفاده از سبک‌ها و روش‌های مقابله‌ای نامناسب برای حل مسئله باعث می‌شود که این افراد دچار مشکلات متعددی در زندگی روزمره خود شوند. این مشکلات و به‌تبع آن افزایش استرس، اضطراب و سایر هیجانات حل‌نشده زمینه درد را فراهم می‌کند. از جمله مشخصه‌های افراد مبتلا به سبک رشدنیافته، جسمانی‌سازی عواطف و هیجانات بین فردی است. درونی‌سازی و جسمانی‌سازی عواطف باعث می‌شود که فرد به‌جای تجربه آن‌ها در روابط بین فردی، آن‌ها را در بدن خود تجربه کند. در طول زمان درونی‌سازی و جسمانی‌سازی‌های مداوم باعث افزایش درد در این افراد می‌گردد. گاهی چنین دردهایی منجر به سود ثانویه در فرد می‌شود که می‌تواند در طول زمان باعث تقویت این رفتار شده و فرد از آن به‌عنوان رسیدن به مقاصد روانی خود استفاده کند که در این صورت فرد شخصیت ناپخته و رشدنیافته به خود می‌گیرد. یافته‌های پژوهش مبنی بر نقش پیش‌بین سبک دفاعی رشد یافته بر درد مزمن نشان می‌دهد که افزایش سبک دفاعی رشد یافته از میزان درد می‌کاهد. این یافته با یافته‌های تاشک و همکاران^(۳۲) هماهنگ می‌باشد. تاشک و همکاران بیان می‌کنند افرادی که از دفاع‌های بالغ استفاده می‌کنند، احتمال اینکه بعدها دچار اختلالات هیجانی شوند خیلی کم است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که خصایص بخشایش‌گری، توانمندی، توانمندی بالا ایگو در حل مسائل، آستانه بالای تحمل عواطف و هیجانات باعث می‌گردد که افراد بتوانند هیجانات خود را به‌جای درون‌ریزی و جسمانی‌سازی به شکل معقولانه در روابط بین فردی حل‌وفصل نموده و درد نورویاتیک، حسی و روان‌شناختی کمتری را تجربه کنند. افرادی که چنین تیپ شخصیتی دارند معمولاً در زندگی فردی، شاداب بوده و در روابط بین فردی موفق هستند.

نتیجه‌گیری

بر اساسی یافته‌های تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که دو

References

1. IASP: Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP (1979) Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 6: 249.
2. McCaffery, M (1979) *Nursing Management of the Patient with Pain*. J.P. Lippincott, Philadelphia.
3. Cepeda MS, Carr DB (2003) Women experience more pain and require more morphine than men to achieve a similar degree of analgesia. *AnesthAnalg* 97: 1464-1468.
4. Dahl J, Kehlet H (2006) Postoperative pain and its management. In McMahon SB, Koltzenburg M (edit) *Wall and Melzack's Textbook of Pain* (5th edn), Churchill Livingstone.
5. Ready LB & Edwards WT (1992) *Management of Acute Pain: a Practical Guide*. Taskforce on Acute Pain. Seattle, IASP Publications.
6. Global Industry Analysts Inc. *Pain Management: A Global Strategic Business Report*. Available at: <http://www.prweb.com/pdfdownload/8052240.pdf> (Accessed January 10, 2011).
7. Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *European Journal of Pain* 2004; 8:555-65.
8. Sjogren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. *European Journal of Pain* 2009; 13: 287-92.
9. Bala M, Bekkering T, Riemsma R, Harker J, Huygen F, Kleijnen J. Epidemiology of chronic pain in the Netherlands. Available at: https://secure.grunenthal.com/cms/cda/_common/inc/display_file.jsp?fileID=189100037 (Accessed September 14, 2012).
10. Turk, DC., Okifuji, A. Psychological factors in chronic pain: evolution and resolution. *J Consult clin Psychol*. 2002; 70 (3): 678-90.
11. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*. 1999 Oct 1;83(1):9-16.
12. Magni G, Marchetti M, Moreschi C, Merskey H, Luchini SR. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the National Health and Nutrition Examination I. Epidemiologic follow-up study. *Pain*. 1993 May 1;53(2):163-8.
13. Waldman RD. Pain as fiction: A perspective on psychotherapy and responsibility. *American journal of psychotherapy*. 1968.
14. Jazayeri AR. Psychological aspects of pain and its perception in children. *The Journal of Rehabilitation*. 1994;5(1-2):16-17
15. Vaillant GE. The historical origins and future potential of Sigmund Freud's concept of the mechanisms of defence. *International review of psycho-analysis*. 1992.
16. Vaillant GE. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*. 1994 Feb;103(1):44.
17. Cramer P, Jones CJ. Defense mechanisms predict differential lifespan change in self-control and self-acceptance. *Journal of Research in Personality*. 2007 Aug 1;41(4):841-55.
18. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nery Ment Dis*. 1993; 181 (4):246-56.
19. Ehteshamzade P, Pasha R, Samimi Z. Comparison of defense mechanisms among employees of Khouzestan steel company. *JOURNAL OF SOCIAL PSYCHOLOGY (NEW FINDINGS IN PSYCHOLOGY)*. 2012;24(7) .
20. Merskey H. Psychological aspects of pain. *Postgraduate Medical Journal*. 1968 Apr; 44(510): 297.
21. Araujo K, Ryst E, Steiner H. Adolescent defense

- style and life stressors. *Child psychiatry and human development*. 1999 Sep 1;30(1):19-28.
22. Tauschke E, Merskey H, Helmes E. Psychological defence mechanisms in patients with pain. *Pain*. 1990 Feb 1;40(2):161-70.
 23. Heshmati F, ElmyManesh N, Heshmati R. Structural relationship of behavioral activation and inhibition system, dispositional mindfulness and chronic pain. *Health Psychology*, 2018, 6(4): 120-137
 24. Heshmati R. Predicting incidence of chronic pain based on early maladaptive schema (persian). *J anesth pain* 2016;6(4):49-60.
 25. Heshmati R, Zamanizad N, Setayeshi M. Structural equation modeling of chronic pain determinants: The role of early maladaptive schema and dispositional mindfulness (Persian). *J Anesth Pain* 2017;7(4):34-44
 26. Heshmati R, Hoseinifar J, Rezaeinejad S, Miri M. Sensation Seeking and marital adjustment in handicapped veterans suffering from PTSD. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010 Jan 1;5:1783-7.
 27. Jafari E, Eskandari H, Sohrabi F, Delavar A, Heshmati R. Effectiveness of coping skills training in relapse prevention and resiliency enhancement in people with substance dependency. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010 Jan 1; 5:1376-80.
 28. Besharat MA. Psychometric properties of defense style question naire. Reaserch report. Tehran University. 1997.
 29. BesharatMA. Reliability, Validity and Factor Analysis of Defense Styles Questionnaire. *The Journal of Contemporary Psychology*. 2001;12(2):33-24.
 30. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-SandnerS, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain* 2009;144:35-42.

The Role of Developed, Undeveloped and Neuroticism Defense Styles in Predicting Chronic Pain

Rasoul Heshmati¹, Samane Mirzamohamadi², Amin HamedSobhi³, Fardin Afshari³, Elham Nazari³,
Hamid DoodkanluMilan³

1. Assistant professor of Health Psychology, Faculty of psychology, University of Tabriz, Tabriz
2. MSc in clinical Psychology, Faculty of psychology, University of Tabriz, Tabriz
3. BSc in clinical Psychology, Faculty of psychology, University of Tabriz, Tabriz

ABSTRACT

Aims and background: Defensive styles play an important role in intrapersonal and interpersonal experiences. One of the most important experiences is experiencing pain. In previous researches, the relationship between different styles of defense with experience of chronic pain is not clear. So, the aim of this study was to examine the role of developed defense styles, undeveloped ones and neuroticism in predicting chronic pain.

Materials and methods: In a retrospective, descriptive-correlation and cross-sectional study, 150 college students of Tabriz university, were selected with using available sampling method. Mc Gill's psychological pain questionnaire and defense style questionnaire were used for data collection.

Findings: Pearson's correlation and multiple-regression were used for data analysis. Results of the study showed that neuroticism and undeveloped variables predict chronic pain. Also, developed variable has decisive role to avoid pain experience.

Conclusion: According to the results, we can conclude that developed, undeveloped and neuroticism defense styles have a determining role in chronic pain. So it is suggested to use psychological treatment to correct defense styles in chronic pain patients.

Keywords: Chronic pain, developed defense style, undeveloped defense style, neuroticism defense style

► Please cite this paper as:

Heshmat R, Mirzamohammadi S, Sobhi AM, Afshari F, Nazari E, Doodkhanlumilan H [The role of developed, undeveloped and neuroticism defense styles in predicting chronic pain(Persian)]. J Anesth Pain 2018;8(4):74-82.

Corresponding Author: Rasol Heshmati, Assistant professor of Health Psychology, Faculty of psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Email: psy.heshmati@gmail.com