



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

THE INDIAN PSYCHOLOGICAL SOCIETY
INDIAN PSYCHOLOGICAL SOCIETY
INDIAN PSYCHOLOGICAL SOCIETY
Department of Psychological
Studies & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

مقایسه نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد سالم

عادل زاهد^۱، زهره وحیدی^۲، سمیرا رحمانی جوانمرد^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد سالم می‌باشد. برای انجام این پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از افرادی که در کلینیک‌ها و مراکز درمانی به عنوان افراد مبتلا به درد مزمن تشخیص داده شده بودند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۳۰ نفر از افراد سالم مورد مقایسه قرار گرفتند. ابزار سنجش عبارت بود از پرسشنامه آلکسی‌تیمی تورنتو و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن. داده‌ها به کمک شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میانگین نمرات نارسایی هیجانی و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار در بیماران مبتلا به درد مزمن بیشتر از افراد سالم است در حالی که میانگین نمرات راهبرد مسأله‌مدار در افراد سالم بیشتر از بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، نارسایی هیجانی.

Comparison of alexithymia and coping strategies in chronic pain patients and healthy individuals

Abstract

The purpose of the study is to compare of alexithymia and coping strategies in chronic pain patients and healthy individuals. For this study, a sample size of 30 patients the people at clinics and medical centers who were diagnosed as chronic pain sufferers sampling methods were selected And were compared with 30 healthy individuals. Measurement tools included questionnaires Toronto Alexithymia and Lazarus and Folkman's Coping Strategies Questionnaire. Data were analyzed using descriptive measures and multivariate analysis of variance. Results indicated that mean scores on alexithymia and Emotion-focused coping

^۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران: zahed@uma.ac.ir

^۲. کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۳. کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

strategies in patients with chronic pain than healthy individuals. While scores problem-oriented strategies in healthy individuals, patients with chronic pain is more.

Keywords: problem-oriented strategies, Emotion-focused coping strategies, alexithymia.

مقدمه

احساس درد تجربه‌ای است که معمولی‌ترین نشانه‌ی بیماری یا آسیب به شمار می‌آید. تجربه‌ی درد از دو بعد حسی و عاطفی تشکیل می‌شود. بعد حسی درد بیانگر شدت درد و بعد عاطفی آن نشان‌دهنده‌ی میزان ناخشنودی فرد از تجربه درد است [۱].

اصطلاح درد مزمن، وابسته به نوع بیماری، آسیب یا پیش‌آگهی آن نیست بلکه در توصیف دردی بکار می‌رود که بیش از مقدار مورد انتظار ادامه یافته و نشانه‌های اندکی از رفع آن دیده شده است. افراد مبتلا به درد مزمن، ممکن است سندرم درد مزمن را تجربه کنند که وضعیتی است همراه با بدکارکردی جسمی، اجتماعی و رفتاری. این افراد تغییرات مشخصی در رفتار خود دارند که شامل افسردگی، اضطراب، محدودیت در فعالیت‌های روزانه، استفاده‌ی بیش از حد از داروها و استفاده‌ی مکرر از خدمات پزشکی است.

از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر در درد مزمن، نارسایی هیجانی است. آلکسی‌تایمیا یا نارسایی هیجانی به عنوان یک پدیده هیجانی شناختی به اختلال خاص در کارکرد روانی اطلاق می‌شود که در نتیجه فرایند بازداری خودکار اطلاعات و احساسات هیجانی به وجود می‌آید. برخی محققان اختلال در سیستم لیمبیک، جانبی شدن نابهنجار مغز و یا اشکال در کارآمدی ارتباط بین دو نیمکره‌ای را در ایجاد آن مؤثر دانسته‌اند. ویژگی‌های اصلی آلکسی‌تایمیا عبارتند از: ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان‌های شخصی، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی بازخوردها، احساسات، تمایلات و ساقی‌ها را محدود می‌کند، ناتوانی در بکارگیری احساسات به عنوان علائم مشکلات هیجانی، تفکر انتزاعی در مورد واقعیت‌های کم اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی [۲].

نارسایی هیجانی، به عنوان ویژگی مشترک افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی، پدیدآیی و استمرار بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳و۴]. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که نارسایی هیجانی با درد در گروهی از بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد [۵و۶و۷و۸و۹].

راهبردهای مقابله‌ای نیز، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که فرد مضطرب به منظور کنترل نیازهای خاص درونی و بیرونی فشارآور به کار می‌گیرند. آلدوین و ریونسون (۱۹۸۸) معتقدند که نوع انتخاب راهبرد مقابله با فشار روانی، بسته به دوره و شدت

استرس است به این معنا که راهبرد احساس محور در ارتباط منفی با سلامت روانی و راهبرد مساله محور در ارتباط مثبت با سلامت روانی قرار دارد [۱۰]. پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله، هم ادراک فرد از شدت درد و هم توانایی آن‌ها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت‌های روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۱].

مطالعات انجام شده با بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده در حالی که استفاده از راهبردهای مقابله فعال (مانند تلاش برای انجام وظایف علی‌رغم وجود درد، عدم توجه به درد، استفاده از آرامش عضلانی) دارای نتایج انطباقی است، استفاده از راهبردهای مقابله غیر فعال (وابستگی و یا تکیه به دیگران برای دریافت کمک جهت کنترل درد و محدود کردن فعالیت) با افسردگی، درد و ناتوانی جسمی شدیدتر همراه است [۱۳]. علاوه بر این پژوهش‌های متعددی نشان داده است که استفاده از فاجعه‌آفرینی بیش‌تر در مواجهه با درد با میزان سازگاری ضعیف در میان بیماران دارای درد مزمن همراه است [۱۲].

لذا پژوهش حاضر به دنبال مقایسه نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد سالم می‌باشد.

روش

روش این پژوهش علی‌مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه افراد مبتلا به درد مزمن بود که در کلینیک‌ها و مراکز درمانی به عنوان افراد مبتلا به درد مزمن تشخیص داده شده بودند. با توجه به اینکه در روش‌های علی-مقایسه‌ای باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد، با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی و همچنین وجود اعتبار بیرونی بالا، برای هر گروه (بیماران دارای درد مزمن و افراد بهنجار) ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در کل نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر بود که با استفاده از پرسشنامه آلکسی تایمی تورنتو و پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها نیز با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مانوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه آلکسی تایمی تورنتو: پرسشنامه آلکسی تایمی تورنتو که توسط بگبی و همکاران ساخته شده، یک پرسشنامه خودسنجی و ۲۰ سوالی است که برای ارزیابی آلکسی تایمی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای سه بعد دشواری در شناسایی احساسات (۷ سوال)، دشواری در توصیف احساسات (۵ سوال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (۸ سوال) می‌باشد [۱۳].

سوال‌ها برحسب معیار ۵ نقطه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات ۶۰ به بالا به عنوان آلکسی تایمی بالا و نمرات ۵۲ به پایین به عنوان آلکسی تایمی پایین (بدون آلکسی تایمی) در نظر گرفته می‌شوند [۱۴]. اعتبار این

پرسشنامه برحسب آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی برای کل مقیاس TAS-۲۰ برابر ۰/۷۹. و برای DIF و DDF و EOT به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۶. گزارش گردید. اعتبار کل مقیاس TAS-۲۰ و ابعاد DIF، DDF و EOT در نمونه‌ی بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۶۵. بدست آمد [۱۵].

پرسشنامه راهبردهای مقابله ای: این پرسشنامه توسط لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۵ ساخته شده است، شامل ۶۵ ماده است که ۸ روش مقابله ای مساله مدار و هیجان مدار را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه شامل راهبردهای: مقابله، دوری گزینی یا فاصله، خویشتن داری، جست و جوی حمایت های اجتماعی، مسئولیت پذیری، فرار- اجتناب، حل مساله برنامه ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت می باشد.

این الگوهای هشت گانه به دو دسته روش های مساله محور (جست و جوی حمایت های اجتماعی، مسئولیت پذیری، حل مساله برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان محور (رویاری، دوری گزینی، فرار- اجتناب و خویشتن) تقسیم شده است (لازاروس، ۱۹۸۴). لازاروس و فولکمن ضریب همسانی درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هر یک از روش های مقابله ای گزارش کرده است. دژکام (۱۹۹۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ و ضریب همبستگی ۰/۰۱ تا ۰/۳۹ را گزارش کرده است.

یافته‌ها

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان مدار در بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد سالم

متغیر وابسته		بیماران مبتلا به درد مزمن		افراد سالم	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نارسایی هیجانی		۶۳/۹۶۶۷	۳/۴۹۸۶۰	۴۸/۳۰۰۰	۳/۸۳۴۰۶
راهبرد مسئله مدار		۳۱/۱۶۶۷	۳/۳۵۳۶۷	۳۳/۲۶۶۷	۲/۹۸۱۹۴
راهبرد هیجان مدار		۳۳/۱۳۳۳	۳/۰۰۲۶۸	۳۰/۵۰۰۰	۳/۲۱۳۶۶

در جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق در دو گروه مورد پژوهش ارائه گردیده است.

جدول ۲: نتایج آماری معناداری مانوا

شاخص	ارزش	F	df1	df2	P
اثر پیلایی	۰/۸۴۱	۹۸/۹۱۹	۳/۰۰۰	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۱۵۹	۹۸/۹۱۹	۳/۰۰۰	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
تی هوتلینگ	۵/۲۹۹	۹۸/۹۱۹	۳/۰۰۰	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه ری	۵/۲۹۹	۹۸/۹۱۹	۳/۰۰۰	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار می‌باشد [$P < 0/000$ ، Wilks، $F_{(56/000, 3/000)} = 98/919$] بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معنی‌داری دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد سالم

متغیر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	Sig
نارسایی هیجانی	۳۶۸۱/۶۶۷	۱	۳۶۸۱/۶۶۷	۲۷۳/۳۲۱	۰/۰۰۰
راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار	۶۶/۱۵۰	۱	۶۶/۱۵۰	۶/۵۶۹	۰/۰۱۳
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	۱۰۴/۰۱۷	۱	۱۰۴/۰۱۷	۱۰/۷۵۵	۰/۰۰۲

در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نارسایی هیجانی و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار برای مقایسه میانگین نمرات دو گروه مورد پژوهش ارائه گردیده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میزان F محاسبه شده در متغیرهای نارسایی هیجانی و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار معنادار می‌باشد و گروه‌های مورد بررسی در این متغیرها با همدیگر تفاوت معناداری دارند.

بحث

هدف این پژوهش، مقایسه نارسایی هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد سالم بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات نارسایی هیجانی و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار در بیماران مبتلا به درد مزمن بیشتر از افراد سالم است در حالی که میانگین نمرات راهبرد مسأله‌مدار در افراد سالم بیشتر از بیماران مبتلا به درد مزمن می‌باشد.

این نتایج تا حدودی با تبیین‌های ارائه شده در برخی از پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسو است. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که نارسایی هیجانی با درد در گروهی از بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد [۹و۷و۶و۸و۹]. و از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر بر درد مزمن، نارسایی هیجانی می‌باشد [۱۶و۵].

همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که نوع انتخاب راهبرد مقابله با فشار روانی، بسته به دوره و شدت استرس است به این معنا که راهبرد احساس محور در ارتباط منفی با سلامت روانی و راهبرد مساله محور در ارتباط مثبت با سلامت روانی قرار دارد [۹]. پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله، هم ادراک فرد از شدت درد و هم توانایی آن‌ها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت‌های روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۱].

احساس درد، تجربه‌ای است که معمولی‌ترین نشانه بیماری یا آسیب به شمار می‌رود. زندگی کردن با درد مزمن مستلزم فشار عاطفی قابل توجهی است. به‌طوری‌که توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد بیمار را کاهش داده و نهایتاً باعث تضعیف روحیه‌ی بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در وی می‌گردد.

دردهای مزمن به عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی در تمام جهان بوده و خواهند بود. سالانه میلیون‌ها نفر از افراد بشر گرفتار آن بوده، ولی متأسفانه درمان مناسبی دریافت نمی‌کنند. در سراسر دنیا دردهای مزمن، مهم‌ترین علت رنج و معلولیت انسان بوده است و این موضوع به طور جدی بر روی کیفیت زندگی افراد بشر تأثیر می‌گذارد [۱۷].

منابع

[1]Turk, D.C., & Monarch, E.S. Chronic Pain, In P. Kennedy, & S. Llewelyn (Eds.), The Essentials of Clinical Health Psychology.2006. 111-134.

[10]Aldwin, C.M, & Revenson.T.A. " A Reexamination of the Relation Between coping and Mental Health ", Journal of Personality and Social Psychology . 1988. 337-348 .

[11]Asghari A, Nicholas MK. Pain during mammography: the role of coping strategies.2004.170-179.

[12]De Good DE, Tait RC. Assessment of pain beliefs and pain coping. In:Turk DC, Melzack R (Eds.) Handbook of pain Assessment, Second Edition. 2001. 320-345.

[13]Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, Discriminant, and Concurrent Validity. Journal of Psychosomatic Research,1994. 38, 33-40.

- [14]Muller J, Alpers GW, Reim N. Abnormal attentional bias in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*,2010: 56(6): 617.
- [15]Besharat MA.Relation of Alexithymia with ego defense styles.*Journal of Fundamentals of mental health.*, 2008. 10(3) :181-90.(Persian)
- [16]Hosoi, M., Molton, I.R., Jensen, M.P., Ehde, D.M., Amtmann, S., O'Brien, S., Wrimura, T., & Kubo, C. Relationship among Alexithymia and Pain Intensity, Pain Interference, and Vitality in Persons with Neuromuscular Disease: Considering the Effect of Negative Affectivity. *Pain*. 2010. 149, 273-277.
- [17]Loeser DJ, Butter HS, Chapman CR, Turk CD. *Bonica`s Management of Pain*. 3 th Edition, Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, 2002.
- [2]Besharat MA.Relation of Alexithymia with ego defense styles.*Journal of Fundamentals of mental health.*, 2008: 10(3) :181-90.(Persian)
- [3]Ahlberg, J., Nikkila, H., Kononen, M., Partinen, M., Lindholm, H., Sarna, S.,& Savolainen, A. Associations of Perceived Pain and PainlessTMD-related Symptoms with Alexithymia and Depressive Mood in Media Personnel with or Without Irregular Shift Work, *Acta Odontol Scand*,2004. 62,119-23.
- [4]Bach, M., & Bach, D. Predictive Value of Alexithymia: A Prospective Study in Somatizing Patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1995.64, 43-8.
- [5]Lumley, M.A., Smith, J.A., & Longo, D.J. The Relationship of Alexithymia to Pain Severity and Impairment among Patient Chronic Myofascial Pain Comparison with Self-efficacy, Catastrophizing and Depression, *Journal of Psychosomatic Research*. 2002. 53, 823-830.
- [6]Lumley, M.A., Radcliffe, A.M., Macklem, D.J., Mosley-Williams, A., Leisen, J.C., Huffman, J.L., D'Souza, P.J., Gillis, M.E., Meyer, T.M., Kraft, C.A., & Rapport, L.J. Alexithymia and Pain in Three Chronic Pain Samples: Comparing Caucasians and African Americans, *Pain and Medicine*. 2005. 6, 251-61.
- [7]Mehling, W.E., & Krause, N. Alexithymia and 7.5-year Incidence of Compensated Low Back Pain in 1207 Urban Public Transit Operators, *Journal of Psychosomatic Research*,2007. 62, 667-74.
- [8]Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G., Todarello, O. Alexithymia, Coping, and Illness Behavior Correlates of Pain Experience in Cancer Patients, *Psychooncology*,2007. 16, 644-50.
- [9]Huber, A., Suman, A.L., Biasi, G., & Carli, G. Alexithymia in Fibromyalgia Syndrome: Associations with Ongoing Pain, Experimental Pain Sensitivity and Illness Behavior, *Journal of Psychosomatic Research*. 2009. 66, 425-33.