

خرده پیوست

اشاره

خرده پیوست حاضر دربرگیرنده بررسی رابطه متغیر
شخصیتی افزایش و کاهش دهنده درد و سلامت روانی
می باشد که توسط آقای دکتر محمدرضا جلالی تنظیم
گردیده است.

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال دوازدهم - دوره جدید

شماره ۱۰

اردیبهشت ۱۳۸۴

بررسی رابطه متغیر شخصیتی افزایش دهنده و کاهش دهنده درد (میزان تحمل درد در افراد) و سلامت روانی

نویسندگان: دکتر محمدرضا جلالی* و مریم قلعه بان**

* استاد یار دانشگاه بین المللی امام خمینی قزوین

** کارشناس روان شناسی

چکیده

پژوهش حاضر در واقع، با هدف بررسی میزان تحمل درد در افراد با توجه به متغیر همبسته سلامت روانی انجام شده است. جامعه مورد مطالعه، دانشجویان دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره) بوده، که به روش نمونه گیری طبقه ای ۸۰ نفر از میان آن ها انتخاب شدند. دو پرسشنامه انتخابی (پرسشنامه سلامت روانی و پرسشنامه محقق ساخته برای اندازه گیری متغیرهای شخصیتی افزایش دهنده و کاهش دهنده درد) به عنوان ابزار پژوهش بر روی آن ها اجرا گردید. نتایج نشان داد که همبستگی میان متغیرها، یعنی متغیر شخصیتی و سلامت روانی وجود دارد و میزان این همبستگی ۰/۴۹۴ بوده که در سطح آلفای یک درصد معنادار است. در عین حال، میان نمره افراد دارای سطوح تحمل بالا، پایین و متوسط درد و نمره سلامت عمومی آن ها همبستگی بالایی مشاهده نشد.

واژه های کلیدی: درد، تحمل، افزایش دهنده، کاهش دهنده، سلامت روانی

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال دوازدهم - دوره جدید

شماره ۱۰

اردیبهشت ۱۳۸۴

مقدمه

رویارویی با انواع دردها و بیماری های جسمانی را در وضعیتی مثبت و یا منفی قرار دهد؛ چنان که می تواند موجب تسریع و یا تأخیر اثرگذاری بیماری جسمانی باشد و می تواند اساساً به عنوان بخشی مؤثر از تمام درمان تلقی گردد.

شیاع گزارش های مواجهه های مرتاض های هندی و دراویش قادری با محرک های دردزا تا حدی است که برآورد قدرت رویارویی انسان با موارد درد و دردزایی، بیش تر مورد امعان نظر

قدما غالباً بر بازاری درد (pain) به وسیله تقویت قوای نفسانی (روانی) اطمینان داشتند [۶،۵،۴،۳،۲،۱]. از سوی دیگر با تشکل هرچه پیشرفته تر علم روان شناسی، این معنا با روش شناسی های علمی و سازوکاری معین و قابل انتقال، از نو احیا شد و مورد توجه قرار گرفت. رویکردها و روان شناسان بسیاری بر این امر واقف و معتقدند که حالت های روانی می تواند

قرار گیرد؛ اما در این زمینه و دیگر بافت‌های فرا روان‌شناسی، همچنان مشکل روش‌شناسی پرده حائل میان روان‌شناسان و انبوه چنین رویدادها و داعیه‌هایی است. پرسش‌هایی نظیر سازوکار ارتباط‌گیری جسم و روان در عدم احساس و ادراک درد، چگونگی مهار و اندازه‌گیری، قابلیت انتقال، عمومیت دادن و عینیت یافتن، از جمله مسائلی اساسی هستند.

اما صرف نظر از این‌ها، موضوع در درون روان‌شناسی علمی به جد موضوع فعالیت پژوهشی است. پزشکی رفتاری با تمرکز بر توان تشخیص، درمان و توان بخشی و روان‌شناسی سلامت، خاصه در زمینه پیش‌گیری و مداخله‌هایی که در اصلاح شیوه رفتاری و سبک زندگی صورت می‌دهند از مهم‌ترین حوزه‌های پژوهشی در این مورد است.

از جمله متغیرهایی که سلامت روانی افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد، متغیر شخصیتی افزایش‌دهنده (agumenter) و کاهش‌دهنده (reducer) درد است. به دلیل ارزش نشان‌گری درد برای بیماری، جدا از تفاوت‌گیرندگی افراد نسبت به درد و میزان متفاوت تحمل آن‌ها نسبت به این مقوله، احساس آن در موارد مشترک بسیاری در عموم انسان‌ها، جنبه آگاهی‌دهندگی نسبت به وضعیت بیماری، خاصه شروع آن دارد. از این نظر، بیماری‌هایی که در شروع، درد هشدارگر ندارند، مانند سرطان، آسیب‌زننده‌تر هستند و به همین قیاس، تحمل کتمان‌کننده درد نمی‌تواند موجه باشد و موجب نوعی غفلت عمدی از هشکاری است.

بلیک مور [۷] ادراک درد را بنیادی‌ترین جنبه هشکاری می‌داند. بنابراین در هر سطحی، درد و در واقع دردخواهی می‌تواند محرکی انگیزشی و مفید باشد و در آغاز هر رفتار انگیزشی در صرافت درمان قرار گیرد. درد معمولاً نشانه‌ای است که به احتمال قوی فرد را وامی‌دارد به دنبال مراقبت پزشکی برود. افراد غالباً تا زمانی که احساس درد نکنند، نشانه‌های بسیار وخیم و گاهی کاملاً آشکار بیماری را تحمل می‌کنند [۸]. تجربه درد، متضمن انتظارها، ترس‌ها و باورها است و همه این امور از نوع مسائل روانی هستند [۸]. شاید درد، عمومی‌ترین فشار روانی باشد که با آن مواجه می‌شویم و با وجود امکانات دارویی بسیار، اجتناب از درد اجتناب‌ناپذیر است. انجمن بین‌المللی درد، درد را احساسی در نقطه یا نقاطی از بدن تعریف می‌کند که همواره ناخوشایند است و بنابراین تجربه‌ای هیجانی نیز محسوب می‌شود [۹]. این تجربه ناخوشایند با آسیب واقعی یا بالقوه بافت

همراه است [۸]. درد، سازوکار دفاعی بدن است و هنگامی که بافتی دچار آسیب می‌شود، ایجاد می‌شود و موجب واکنش شخص به آن می‌گردد و از آن‌جا که موجود زنده سعی می‌کند از درد دوری جوید، درد نیز به عنوان یک انگیزه به حساب می‌آید و برعکس انگیزه‌های جاذب، انگیزه درد، حالت دفع دارد [۱۰]. تحقیقات بافت‌شناسی نشان می‌دهد که علاوه بر دانه‌های پاپینی و مایسنر، انتهای آزاد اعصاب در پوست، به عنوان گیرنده‌های درد، نقش اساسی دارند [۱۱]. گیرنده‌های درد برخلاف قسمت اعظم گیرنده‌های حسی دیگر بدن، تطابق بسیار کمی دارند یا اصلاً تطابق پیدا نمی‌کنند [۱۲]. محققان زیادی معتقدند که برادی‌کینین ممکن است تنها عاملی باشد که بیش از همه موجب ایجاد درد ناشی از آسیب‌بافتی است [۱۲].

عوامل مؤثر در واکنش به درد

واکنش به درد، در افراد، بسیار متفاوت است. عواملی مانند سن، جنس، زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و ساخت شخصیتی در واکنش به درد تأثیر دارند. اگر چه در چند پژوهش گزارش شده که در انواع خاصی از دردها که در آزمایشگاه القا می‌شد، زنان تا اندازه‌ای آستانه و تحمل کم‌تری نسبت به مردان داشتند، اما بیش‌تر تحقیقات نتوانسته‌اند نقشی برای تفاوت جنسی بیابند [۸]. تحقیق درباره تفاوت‌های سنی و درد نشان می‌دهد که ظاهراً آستانه درد به‌طور یکنواخت همراه با سن افزایش می‌یابد [۸]. نگرش‌ها، باورها و انتظارهای بیماران بر میزان تحمل و ابراز درد تأثیر می‌گذارد. لیندزی [۱۳] بر این باور است که شناخت و انتظارهای بیماران درباره تأثیر اعمال و عقاید و باورهایشان در کنترل رویدادهای درد مؤثر است. افرادی که درد خود را به وخیم‌تر شدن بیماری نسبت می‌دادند در مقایسه با کسانی که تفسیرهای امید بخش‌تری از درد خود داشتند، درد بیش‌تری را تحمل و گزارش کردند. به نظر لیندزی [۱۳] متغیرهای اجتماعی و فرهنگی شاید به اندازه فعالیت فیزیکی گیرنده حسی درد بر رفتارهای مربوط به درد، تأثیر می‌گذارند.

علاوه بر این، بین گروه‌های اجتماعی و فرهنگی در واکنش به درد تفاوت‌های اساسی وجود دارد. این واکنش‌ها در تشخیص بالینی و حتی انتخاب نوع درمان اثر می‌گذارد. تفاوت در نگرش‌های فرهنگی، آشکارا بر واکنش روانی فرد تأثیر می‌گذارد [۸]. مثلاً معلوم شده که یانکی‌ها (پروtestان‌هایی که نژاد

انگلیسی دارند) نسبت به درد، جهت گیری واقع بینانه ای داشته، سریع تر از گروه های فرهنگی دیگر خود را با شوک الکتریکی که در تحقیقات بر آن ها وارد می شود، سازگار می کنند. در موقعیت های بالینی، آزمودنی های یهودی بسیار آینده نگرند و بر دانستن این که درد برای سلامتش چه عوارضی دارد، اصرار می ورزند. زوبروسکی در سال ۱۹۶۹، واگان و لاترتا در ۱۹۸۰ نشان داده اند که پاسخ های فیزیولوژیک به محرک های دردآور ممکن است از طریق مشاهده افرادی که دچار درد هستند، به طور مشاهده ای، شرطی شوند. عوامل روان شناختی و اجتماعی ممکن است به طور غیرمستقیم و از طریق کاهش فعالیت جسمانی و کاهش انعطاف عضلانی بر توان و مقاومت جسمانی در برابر درد و یا ناتوانی در برابر آن تأثیر بگذارند [۹]. از طرفی، میزان شدت و ضعف درد در نحوه ادراک آن مؤثر است. اگر شک قوی باشد و شخص قادر به پیش بینی آن نباشد یا نتواند از آن اجتناب کند، اثر منفی بر ادراک دارد [۱۴]. تفسیرهای شناختی و برانگیختگی هیجانی ممکن است به وسیله افزایش تحریک سیستم عصبی سمپاتیک، فیزیولوژی آدمی را متأثر سازند [۹].

از دیگر عوامل مؤثر بر درد می توان به مفهوم منبع کنترل اشاره کرد. مفهوم کنترل درونی در نظریه راتر [۱۵] و خودکارآمدی در نظریه بندورا [۱۶] عملاً منجر به کنترل مسلط رویدادهای می گردند. این دو مفهوم در این دو نظریه، نگرش و باور فرد را راجع به میزان نقش خود در دریافت محرک های تقویتی نشان می دهند. افراد دارای منبع کنترل بیرونی که معتقدند رفتارها و توانایی شان تأثیری در تقویت هایی که دریافت می کنند، ندارد، اغلب ارزش کمی برای هر گونه تلاش به منظور بهبود شرایط خود قائل هستند و در مقابل، افرادی که با متغیر شخصیتی منبع کنترل درونی مشخص می شوند، اعتقاد دارند تقویتی که دریافت می کنند، تحت کنترل ویژگی های خود آن ها است [۱۷]. بالا بودن کارایی شخصی و احساس کنترل که دو مفهوم نزدیک به هم ولی مستقل هستند، به صورت مثبت به توانایی کنار آمدن با فشار روانی و به حداقل رساندن اثرهای زیان بخش آن بر کارکرد زیستی مربوط است. کارایی شخصی با تقویت دستگاه ایمنی بدن، کاهش آزاد شدن هورمون های مربوط به فشار روانی، و کاهش آسیب پذیری نسبت به عفونت های تنفسی مربوط بوده است [۱۷]. در عین حال، بندورا سازوکار یادگیری مشاهده ای فرزندان در اثر الگوپذیری (مدلینگ) از والدین را که می تواند به نوع مواجهه و میزان تحمل

درد و نحوه پذیرش درمان منجر گردد به تفصیل نشان داده است [۱۸].

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 بازشناساند [۱۹] و آیزنک [۲۰] آن ها را در ارزیابی های عینی شخصیت وارد ساخت. وی دریافت که این دو گروه از نظر سطح برانگیختگی مغزی هم 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 محرک های سطح پایین، حساسیت بیش تر نشان می دهند و آستانه پایین تری نسبت به برون گرایان دارند [۱۷].

از دیگر متغیرهای شخصیتی که در واکنش به درد مؤثرند و در این پژوهش، رابطه آن با سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفته، متغیر افزایش دهنده و کاهش دهنده نسبت به درد است. این متغیر شخصیتی، افراد را به دو دسته افزایش دهنده و کاهش دهنده درد تقسیم می کند. غالباً افرادی که در برابر درد تحمل دارند، کاهش دهنده های ادراکی اند، یعنی محرک های اطراف خود را بخشی از زمینه بزرگ تری می بینند که محرک ها در آن ریشه دارند. افزایش دهنده ها بنابر خصلت خود، تحریک را بیش تر از حد میانگین احساس می کنند و به محرک های بیرونی مستقیماً واکنش نشان می دهند [۸]. میسارا و همکاران او [۲۱] نیز بر مبنای تفاوت های فردی به توان تعدیل درد افراد کاهش دهنده و ناتوانی تعدیل آن در افراد افزایش دهنده، اشاره می کنند.

مجموعه عوامل روان شناختی، اجتماعی و فرهنگی و از جمله متغیر کاهش دهنده و افزایش دهنده درد، توان افراد را در تحمل یا عدم تحمل درد تغییر داده، تعیین می کنند و می توانند سلامت روانی فرد را تضمین یا دچار اختلال کنند. روان شناسی نوین، رفتار بهنجار را معادل سلامت روانی و رفتار نابهنجار را معادل بیماری به کار برده است [۲۲].

روش

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده و چون متغیرهای مورد مطالعه در مقیاس فاصله ای قرار می گیرند برای محاسبه رابطه میان متغیرهای سلامت روانی و عامل شخصیتی

افزایش‌دهنده و کاهش‌دهنده درد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

الف) ابزار پژوهش

الف-۱) احساس درد براساس تعریفی که انجمن بین‌المللی درد ارائه می‌دهد، تجربه‌ای ذهنی است [۲۳]. بنابراین، پژوهش درباره مدت، شدت، ماهیت و دیگر ویژگی‌های درد به روش‌های گزارش خود (self report) انجام می‌گیرد [۲۴] میزان تحمل درد و بررسی همبستگی متغیر شخصیتی با آن نیز از این مقوله است. ابزار این پژوهش در بررسی متغیر شخصیتی افزایش‌دهنده و کاهش‌دهنده درد، پرسشنامه محقق ساخته بوده که با این منظور تهیه، آماده و اجرا گردیده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال است و مواردی نظیر نگرانی در مورد بیماری‌های شایع، میزان توجه به علائم بیماری، بازخورد به درد، مصرف دارو، و میزان هزینه اختصاصی برای مراقبت‌های پزشکی را در بر می‌گیرد. مقیاس نمره‌گذاری در این پرسشنامه به شیوه لیکرتی است و آزمودنی، درجه اشتغال خویش به هر یک از شاخص‌ها را در هر سؤال معین می‌کند. اعتبار آزمون به روش بازآزمون و با اجراهای مقدماتی بر روی دانشجویان، و روایی آن با استفاده از روایی محتوا و با دریافت نظر متخصصان روان‌شناس، روان‌پزشک و پزشک واریسی شده است.

دومین ابزار پژوهشی در این بررسی پرسشنامه سلامت عمومی (general health questionnaire: GHQ) بوده است. اولین بار این پرسشنامه از سوی گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم و به‌طور وسیع به‌منظور تشخیص اختلال‌های خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به‌کار برده شده است. فرم اصلی این پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که وجوه اضطرابی، افسردگی، ناسازگاری، اختلال در روابط اجتماعی و احساس نابسندگی را ارزشیابی می‌کند. این پرسشنامه، مکرر مورد تجدید نظر واقع شده، و به‌صورت فرم‌های کوتاه ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی مورد استفاده قرار گرفته است. در پژوهش حاضر، فرم ۳۰ سؤالی از زوایه مقیاس کلی (سلامت روانی) مورد استفاده قرار گرفته و به لحاظ تمرکز بر موضوع از ارائه نتایج در خصوص خرده‌مقیاس‌های آزمون مذکور اجتناب شده است [۲۵]. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس طیف لیکرت صورت می‌گیرد و اعتبار و روایی آن در بررسی‌های مختلف در مقایسه با HSEL،

پرسشنامه خودسنجی SRQ و جدول مصاحبه تشخیصی DIS، به‌وسیله گلدبرگ و ویلیامز در ۱۹۸۸ سنجیده شده است. آن‌ها در مرور ۴۳ مطالعه انجام یافته، نتایج حساسیت و اختصاصی بودن فرم ۳۰ سؤالی را به ترتیب ۷۴ و ۸۲ درصد اعلام داشتند. اعتبار فرم ۳۰ سؤالی که با استفاده از بازآزمایی آلفا کرونباخ صورت پذیرفته، ۰/۸۸ بوده است. در این پرسشنامه، سلامت عمومی افراد در طول یک ماه گذشته (قبل از اجرای آزمون) ارزیابی می‌شود. هر سؤال با این عبارت آغاز می‌شود: «آیا از یک ماه گذشته تا به امروز» و مضامینی چون وضعیت خواب و بیداری، دمای بدن، سردرد، احساس ضعف و سستی، فکر خودکشی، امیدواری به زندگی، و قدرت تصمیم‌گیری مورد پژوهش قرار می‌گیرد. نمره هر آزمودنی بین ۳۰ تا ۱۲۰ متغیر است.

ب) آزمودنی

جمعیت آماری این پژوهش، دانشجویان دوره کارشناسی روزانه دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) بوده است. تعداد ۸۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر این دانشگاه به شیوه نمونه‌گیری طبقه‌ای (نسبت افراد در نمونه برابر با نسبت آن‌ها در جامعه است) انتخاب شدند. توزیع نمونه به شکل زیر بوده است:

جدول ۱. توزیع نمونه پژوهشی بر حسب دانشکده‌های دانشگاه

دانشکده	فنی و مهندسی	علوم پایه	علوم انسانی
تعداد	۲۵	۲۰	۳۵

جدول ۲. توزیع نمونه پژوهشی بر حسب جنسیت

جنسیت	مرد	زن	جمع
تعداد	۳۵	۴۵	۸۰

نتایج

جدول ۳، میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌ها را در دو پرسشنامه مربوط به درد و سلامت روانی نشان می‌دهد. میانگین این نمره‌ها به ترتیب ۴۶/۵۶ و ۵۰/۰۹ بوده است. جدول ۴، میزان همبستگی میان دو متغیر پژوهش (متغیر شخصیتی افزایش‌دهنده و کاهش‌دهنده درد و متغیر سلامت روانی) را

نشان می‌دهد. این میزان برابر ۰/۴۹۴ بوده که در مقایسه با مقادیر بحرانی همبستگی در سطح آلفای یک درصد معنادار است. بدین ترتیب، فرضیه پژوهش مبنی بر وجود رابطه میان این دو متغیر به اثبات می‌رسد. جدول ۵ مقایسه سلامت روانی را در گروه‌های با تحمل درد بالا، پایین و متوسط نشان می‌دهد که به ترتیب میزان این همبستگی‌ها ۲/۳۴ -، ۰/۱۹۸ و ۰/۲۳۱ بوده است. هر چند ارتباطی محسوس مشاهده می‌شود، اما هیچ یک معنادار نیست.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها در دو پرسشنامه درد و سلامت روانی

شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
درد	۴۶/۵۶	۹/۴۸	۸۰
سلامت روانی	۵۰/۰۹	۱۱/۹۲	۸۰

جدول ۴. همبستگی میان متغیرهای پژوهش (افزایش و کاهش دهنده درد با سلامت روانی)

متغیر	درد	تعداد
درد	۱/۰۰	۸۰
سلامت روانی	۰/۴۹۴	۸۰

جدول ۵. مقایسه سلامت روانی در گروه‌های با تحمل بالا، پایین و متوسط

متغیر	سلامت روانی	درد	تعداد
درد (تحمل بالا)	۰/۲۳۴	۱/۰۰	۲۵
درد (تحمل پایین)	۰/۱۹۸	۱/۰۰	۲۰
درد (تحمل متوسط)	۰/۲۳۱	۱/۰۰	۳۵

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با موضوع بررسی رابطه میان متغیر شخصیتی افزایش دهنده و کاهش دهنده درد و متغیر سلامت روانی اجرا شد و با محاسبه همبستگی میان این متغیرها، فرضیه پژوهش با معناداری همبستگی تأیید شد و از این نظر مؤید و مکمل پژوهش‌های گچل و ترک، تیلور و بندورا، بلومر و هیلبرون، فیلیپس و فارس است. گچل و ترک در سال ۱۹۹۹ در بررسی تعامل عوامل روان‌شناختی و توان تحمل درد به نتایج مثبتی

رسیدند. به اعتقاد آن‌ها، احساس خود کفایی ضعیف برای کنترل درد با تحمل پایین درد همبستگی دارد. بندورا در ۱۹۷۷ و بندورا و تیلور در ۱۹۸۵ بر تأثیر تفسیرهای شناختی و برانگیختگی عاطفی بر تغییر توان فیزیولوژی انسان از طریق تحریک عصب سمپاتیک تأکید داشتند. بلومر و هیلبرون در ۱۹۸۲ سعی کردند شخصیت میگرنی، آرتریدروماتوئیدی به مفهوم کلی‌تر، «شخصیت مستعد درد» را مشخص سازند. با این حال از این تلاش‌ها، حمایت علمی چندانی به عمل نیامده است. فیلیپس در ۱۹۷۸ به تأثیر شناخت بر رفتار مربوط به درد توجه داشت. فارس در ۱۹۹۳ معتقد است افرادی که کنترل شخصی دارند نسبت به پیام‌های تندرستی، حساس‌ترند و با احتمال بیش‌تر برای حفظ سلامتی خود می‌کوشند.

غالب این نظریه‌ها، متغیری روان‌شناختی مانند خودبستگی، کنترل شخصی، ساخت شخصیتی، و تفسیرهای شناختی را عاملی مؤثر بر تحمل درد دانسته‌اند. مطلوبیت سلامت روانی که با وجود متغیرها و مؤلفه‌هایی نظیر سازگاری و کنترل درونی، کارآمدی اجتماعی، فقدان و یا کمی اضطراب و افسردگی همبسته و محقق است، آستانه تحمل درد را افزایش می‌دهد و از وابستگی‌های فوری پزشکی و دارویی و بالطبع تبعات مستقیم و جانبی آن‌ها (خواب‌آلودگی، کاهش قدرت تمرکز، گیجی و بی‌وست) کاسته و بازداري می‌کند. در پژوهشی که بر روی کارکنان یکی از واحدهای بزرگ صنعتی تهران صورت گرفته ۹۲ درصد افراد به پزشکان متخصص و عمومی مراجعه کرده و ۴۰ درصد گفته‌اند به‌طور متوسط ۶۸ ماه دارو مصرف کرده‌اند. این در حالی است که تنها ۱۲ درصد بهبودی چشمگیر و ۲ درصد رهایی کامل از درد را اظهار داشته‌اند [۲۶]. بر مبنای چنین نظریه‌ها و پژوهش‌هایی و با عنایت به زمینه‌های تاریخی و فرهنگی مواجهه‌گر و مقاوم‌گر در برابر درد و بازداري‌کننده از آن، نظر بر آن بود که گونه‌ای همبستگی و ارتباط میان متغیر شخصیتی افزایش دهنده و کاهش دهنده درد - که با تحمل درد مترادف است - و سلامت روانی وجود دارد.

با انجام بررسی‌های مقدماتی و نظری و اجرای پژوهش و تحلیل کمی و کیفی نتایج، این ارتباط به اثبات رسید. با این حال، تصور و فرض پژوهشی دیگر آن بود که با افزایش سلامت روانی، ظرفیت و توان تحمل درد نیز افزایش می‌یابد که نتایج مؤید چنین فرضی نبود. تداوم پژوهش‌های اصلاحی می‌تواند در این خصوص بیش‌تر روشن‌گر باشد. اما آنچه در پس زمینه

9. Gatchel, Robert. J. Turk, Dennis, C. (1999) Psycho social factor in pain, The Guilford Press, New York, London.

۱۰. موری، ادوارد، جی. (۱۳۶۳) انگیزش و هیجان. مترجم محمدنقی براهنی. انتشارات چهر.

۱۱. ایروانی، محمود. خداپناهی، محمدکریم (۱۳۷۴) روان‌شناسی احساس و ادراک. انتشارات سمت.

۱۲. گایتون، آرتور و هال جان. (۱۳۷۸) فیزیولوژی پزشکی. مترجم فرخ شادان. انتشارات چهر.

۱۳. لیندزی، ای، جی، یی. پاول جی تی. (۱۳۷۸) روان‌شناسی بالینی بزرگسال. مترجم رضا نائینیان.

۱۴. ورنسون، ام، دی. (۱۳۶۱) روان‌شناسی احساس و ادراک. مترجم علی پورمقدس. انتشارات مشعل. اصفهان.

۱۵. آناستازی، آن. (۱۳۶۴) روان آزمایی. مترجم محمد نقی براهنی. انتشارات دانشگاه تهران.

16. Bandura, A (1977) Social learningtheory, Englewood cliffs, N. J. Prentice. Hall.

۱۷. شولتز، دوان. شولتز، سیدنی آلن (۱۳۷۷) نظریه‌های شخصیت. مترجم یحیی سید محمدی. نشر هما.

18. Bandura, A (1977) Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, Vol 84.

۱۹. سیاسی، علی اکبر (۱۳۷۰) نظریه‌های شخصیت. انتشارات دانشگاه تهران.

20. Eysenck, H. J. and Eysenck, M. W. (1985) Personality and individual differences: A natural science approach, New York, Plenum.

۲۱. میشارا، بریان لی. راییدن، روبرت جی. (۱۳۷۱) روان‌شناسی بزرگسالان. مترجم حمزه گنجی و همکاران. انتشارات اطلاعات.

۲۲. کاپلان، هارولد. سادوک، بنیامین (۱۳۷۱) خلاصه روان پزشکی. مترجم نصرت‌الله پورافکاری. نشر ذوقی.

23. International Association For The Study Of Pain (1994) Classification Of Chronic Pain; International Association For The Study Of Pain Press. Seattle.

24. Asghari, A. Nicholas, MK. (2001) Pain Self Efficacy Beliefs and Pain Behavior: A Prospective Study. Pain; 94: 85 – 100.

۲۵. تقوی، محمد رضا (۱۳۸۰) بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) مجله روان‌شناسی. شماره ۲۰. سال پنجم.

۲۶. اصغری مقدم، محمدعلی (۱۳۸۳) بررسی میزان شیوع درد مزمن مستمر و عودکننده و تأثیر آن بر عملکرد اجتماعی و زندگی

ذهنی در انجام این پژوهش وجود داشته، باور به ظرفیت بالای تحمل درد در انسان است. گذشتگان خوگیری بیش‌تری با این امر داشته و با آن سریع‌تر سازگار می‌شده و انطباق می‌یافته‌اند. شاید به اقتضای محدودیت‌های امکانات مقابله‌ای افزایش توانمندی تحمل درد توفیق اجباری بوده است. در عین حال، این توانایی در زمینه‌های کاربردی، آموزشی و درمانی وسیعاً مورد استفاده بوده و امروز مواجهه، بازداری و بالطبع افزایش تحمل در درمان‌های پزشکی و روان‌شناختی واجد اهمیت بسیار است. معنای سلامت نیز می‌تواند در دو قرائت مدرن و سنتی متفاوت باشد. احتمالاً آنچه امروز به عنوان سلامت، مطلوب و مورد تلقی است، موضوع و یا مطلوب ادراک نبوده است.

متغیرهای دیگری، نظیر سن و جنسیت نیز در مقوله مورد بررسی واجد اهمیت بوده‌اند. گزارش نتایج دومین طرح ملی سلامت و بیماری در ایران [۲۷] که بر روی ۶۱۱۴۰ نفر انجام یافته نشان می‌دهد احتمال بروز دردهای استخوان و مفاصل (پشت و کمر، گردن، لگن خاصره، درد مفاصل کوچک و درد مفاصل بزرگ) با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و در کلیه سنین، میزان شیوع این دردها در زن‌ها بیش‌تر از مردها است. اما در پژوهش حاضر، تفاوتی میان آزمودنی‌های دختر و پسر مشاهده نشد. دامنه پایین سنی شرکت‌کننده‌ها نیز ضرورت مقایسه تطبیقی با پژوهش مورد اشاره را از میان می‌برد.

منابع

۱. معین، محمد (۱۳۶۳) فرهنگ فارسی جلد ۲. انتشارات امیرکبیر.
۲. فروزان‌فر، بدیع‌الزمان (۱۳۷۴) فرهنگ لغات و اصطلاحات. مریم‌السادات رنجبر. نشر پرستش.
۳. دهخدا، علی‌اکبر (۱۳۶۱) امثال و حکم جلد ۲. انتشارات امیرکبیر.
۴. معین، محمد (۱۳۶۲) برهان قاطع جلد ۲. انتشارات امیرکبیر.
۵. قزوینی غنی (۱۳۶۸) حافظ. انتشارات اساطیر.
۶. فروغی، محمد علی (۱۳۶۷) کلیات سعدی. نشر محمد.
۷. بلیک مور، کالین (۱۳۶۹) ساخت و کار ذهن. مترجم محمد رضا باطنی. انتشارات فرهنگ معاصر.
۸. دیماتئو، ام، رابین (۱۳۷۸) روان‌شناسی سلامت جلد ۱. ترجمه کیانوش هاشمیان و همکاران. انتشارات سمت.

- کارکنان یکی از واحدهای بزرگ صنعتی تهران. دو ماهنامه دانشور. سال یازدهم. دوره جدید. شماره ۴.
۲۷. بررسی سلامت و بیماری در ایران (۱۳۸۰) انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، تهران.