

سبک های دلبستگی مربوط به والدین با ناتوانی جسمانی در افراد مبتلا به درد مزمن

تاریخ دریافت مقاله:

تاریخ پذیرش مقاله:

دکتر مهدیه صالحی*

دکتر شیرین کوشکی**

دکتر آیتنا باغداداساریانس***

سارا حقیقت****

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی سبک های دلبستگی مربوط به والدین با ناتوانی جسمانی در افراد مبتلا به درد مزمن بود. به این منظور، تعداد ۵۸ نفر از افراد مبتلا به درد مزمن به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ۲۱ سوالی دلبستگی بزرگسال (بشارت و دیگران، ۱۳۸۰) و پرسشنامه ۲۴ سوالی ناتوانی جسمانی مربوط به درد (رولند و موریس، ۱۹۸۳) بود. داده های پژوهش با استفاده از روش های مختلف آمار توصیفی (شاخص های مرکزی و پراکندگی) و آمار استنباطی (روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان می دهد ناتوانی جسمانی با سبک های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرای مربوط به پدر رابطه مثبت معنادار دارد، اما بین ناتوانی جسمانی و سبک های ایمن، اجتنابی و دوسوگرای مربوط به مادر و نیز سبک ایمن مربوط به پدر؛ رابطه معناداری مشاهده نشد.

واژه های کلیدی: سبک های دلبستگی، ناتوانی جسمانی و درد مزمن.

Email: M-Salehi@iauctb.ac.ir

Email: shirin-kooshki@yahoo.com

Email: s.haghighat57@yahoo.com

* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز
** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز
*** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز
**** مربی گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

درد مزمن^۱، وضعیتی تحلیل برنده است که فرد دردمند را نه تنها با فشار ایجاد شده به وسیله درد، بلکه با بسیاری از عوامل تنیدگی زای مستمر مواجه می سازد که وجوه گوناگون زندگی وی را تحت تاثیر قرار می دهد. زندگی کردن با درد، مستلزم متحمل شدن فشار عاطفی قابل توجهی است که توانمندی های جسمانی و هیجانی انسان دردمند را کاهش می دهد (ترک و مونارچ^۲، ۲۰۰۲).

متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی - ویراست چهارم^۳ - مدت ۶ ماه را برای تمایز بین درد حاد^۴ و درد مزمن قرار داده است. این مجموعه، دردی را حاد تلقی می کند که کمتر از ۶ ماه ادامه داشته است و اگر ۶ ماه یا بیشتر طول بکشد، آن را درد مزمن می داند. علیرغم تاریخچه بسیار طولانی در مورد درد، پیشرفت های به دست آمده در مورد مکانیسم های جسمانی درد و تحول روش های پیچیده آزمایشگاهی و روشهای جدید درمان دارویی، تا به امروز درمانی که بتواند برای همیشه درد مزمن را در بیماران از بین ببرد، به دست نیامده است. مدل زیست-طبی^۵ درد به سبب عدم توجه به عوامل روانی - اجتماعی^۶ در سلامت و بیماری و یا به دلیل نادیده گرفتن تعامل پویای این عوامل با عوامل پاتوفیزیولوژیک مورد انتقاد قرار گرفته است، به طوری که به مرور و بیشتر از حدود سه دهه قبل تلاشهای منظمی برای جای دادن این عوامل در درون الگوی جامعی از درد انجام شده است و حجم وسیعی از آگاهی هایی که از این زمان به بعد فراهم آمده است، از نقش عوامل روان شناختی و اجتماعی در شدت درد، پایداری و وخیم تر شدن آن خبر می دهد (لی هی^۷، ۲۰۰۱). در این راستا، تجاربی که در بافت روابط ناسالم بین والدین و کودکان شکل گرفته اند؛ در چارچوب مطالعات درد مورد توجه قرار گرفته است (سالیوان و تریپ^۸، ۲۰۰۰).

از جمله مباحثی که در حوزه تعاملات والد-فرزندی مطرح است، نظریه دلبستگی^۹ است. بالبی^{۱۰} (۱۹۷۰)، فرایند شکل گیری دلبستگی نوزاد به مادر را تشریح کرد و نشان داد چگونه سیستم احساسات و رفتارهای دلبستگی؛ نوزاد را به مادر نزدیک و از خطر دور می سازد و جدایی از نگاره دلبستگی^{۱۱} (مادر)، اضطراب و درماندگی کودک را در پی خواهد داشت. حساسیت، پاسخگویی، حضور فعال مادر و دسترسی منظم نوزاد به وی؛ خطوط اصلی دلبستگی ایمن^{۱۲} را در کودک ترسیم می کند و سبک دلبستگی^{۱۳} که در چارچوب رابطه مادر-کودک شکل گرفته و استقرار می یابد، روش های مواجهه با موقعیت های تنیدگی زا را با به کار بستن مکانیزمهای دفاعی^{۱۴} متاثر می سازد (بشارت، حبیبی و شمسی پور، ۱۳۸۲).

1. chronic pain
2. Turk & Monarch
3. diagnostic & statistical manual of mental disorders. text revised (4 thed)
4. acute pain
5. bio medical
6. psycho- social
7. Leahy
8. Sallivan & Tripp
9. attachment theory
10. Bowlby
11. attachment figure
12. secure attachment
13. attachment style
14. defense mechanisms

مادری که به نیازهای کودک خود، حساس و پاسخگو است و خود را به طور منظم در دسترس نشان می دهد، دارای کودکی ایمن خواهد بود؛ اما مادری که بی تفاوت یا طردکننده باشد، کودک نیز در برابر وی موضعی انفعالی و به دور از عواطف گرم کودکانه در پیش می گیرد. این کودکان، اعتماد بسیار کمی به رابطه خود با دیگران دارند و در کوتاه سخن، نایمن - اجتنابی^۱ نامیده می شوند (گودمن^۲، ۲۰۰۳). در این میان، مادرانی نیز وجود دارند که گاه همچون مادران ایمن به نیازهای کودک حساس و پاسخگو جلوه می کنند و گاه چنان مشغول خود و نیازهای ایمنی بخش خود می شوند که از کودک و نیازهای او غافل می مانند. کودکان این مادران، همواره در اضطراب از دست دادن مادر به سر می برند و بنابراین با دیگران به شیوه ای چسبیده برخورد می کنند. اصطلاحاتی نظیر: مضطرب دوسوگرا^۳، وابسته^۴، تکانشی^۵ و در پی تایید^۶ برای توصیف این افراد به کار می روند (ماندر و هانتز^۷، ۲۰۰۳). استمرار سبک دلبستگی در فرایند تحول، موضوع پژوهش های جدید در این زمینه بوده و نتایج به دست آمده؛ این استمرار را تایید می کنند (مین، کاپلان و کسیدی^۸، ۱۹۸۶؛ به نقل از بشارت و دیگران، ۱۳۸۲). در همین راستا، بالبی معتقد بود حفظ الگوها یا سبک های دلبستگی در طول زندگی از طریق ایجاد الگوی فعال درونی^۹ میسر است. الگوی فعال درونی می تواند به عنوان یک «طرحواره شناختی^{۱۰}» در نظر گرفته شود. این مدل، رفتار محتمل خود و دیگران را در زمان تهدید (بیماری جسمانی) پیش بینی کرده و سپس؛ کنش رفتاری مناسبی را طرح ریزی می کند (اصغری مقدم، ۱۳۸۰).

میکائیل، هندرسن و تاسکا^{۱۱} (۱۹۹۹) در مطالعه ای تحت عنوان «مدل بین فردی درد مزمن»،^{۱۲} دیدگاه دلبستگی را در حوزه درد گسترش داده، پیشنهاد کردند که نظریه دلبستگی می تواند چارچوب امیدوارکننده ای برای فهم واکنش های بیماران به درد و تعیین گروه های فرعی بیماران مبتلا به درد مزمن (که با پیامد تحولی خاص خود تعریف می شوند)، باشد. آنها این گونه توضیح می دهند که سبک های دلبستگی بر تلاش های مقابله ای و فعالیت های کمک جویانه ای که افراد برای مقابله با درد اتخاذ می کنند، تاثیر می گذارد و تفاوت در مقابله و کمک جویی منجر به تفاوت هایی در دوره تحولی درد مزمن می شود. به عبارتی، طولانی تر شدن مدت علائم درد هم می تواند متأثر از این گونه تلاشها و مقابله ها باشد و هم اینکه خود عاملی برای ماندگاری علائم محسوب شود (گچل و ویزبرگ^{۱۳}، ۲۰۰۱). میکائیل و دیگران (۱۹۹۹) چنین پیشنهاد کردند که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، مراقبت بهداشتی متناسبی را برای مقابله با بیماری شان جستجو می کنند و انتظار می رود که زودتر هم بهبود یابند. در مقابل، افراد دارای سبک دلبستگی نایمن؛ مراقبت های بهداشتی را به تاخیر می اندازند. در چنین شرایطی خسارتهای ناشی از بیماری شان افزایش می یابد. در پژوهش آنها مشخص

-
1. insecure- avoidant
 2. Goodeman
 3. anxious- ambivalent
 4. dependent
 5. impulsive
 6. approval seeking
 7. Maunder & Hunter
 8. Mian , Kaplan & Cassidy
 9. internal active model
 10. cognitive schema
 11. Mikail, Henderson & Tasca
 12. interpersonal model of chronic pain
 13. Gachel & Vizeberg

شده است که افراد دلبسته ایمن در مقایسه با افراد دلبسته نایمن (۱) کمتر احتمال دارد که مبتلا به درد مزمن شوند. (۲) آشفتنگی کمتری در مواجهه با درد، در زندگی تجربه می کنند و (۳) به طور مطلوب تری به درمان های استاندارد پاسخ می دهند.

میکالینسر و فلورین^۱ (۲۰۰۱) مشخص کردند سبک های دلبستگی بر مقابله و سازگاری با درد مزمن موثر است. آنها متوجه شدند بیماران مبتلا به دردمزمن دارای سبک دلبستگی ایمن درمقایسه با بیماران مبتلا به درد مزمن دارای سبک دلبستگی نایمن، دردشان را کمتر آسیب رسان و خودشان را برای روبه روشن شدن با درد؛ توانمند تر ارزیابی و بیشتر از راهبردهای متمرکز بر مساله^۲ و کمتر از راهبردهای متمرکز بر هیجان^۳ استفاده می کردند که این مساله هماهنگ با ارزیابی مثبت تر آنها و استفاده بیشتر آنها از راهبردهای مقابله ای سازگارانه^۴ (متمرکز بر مساله) بود. در ضمن، بیماران مبتلا به درد مزمن دلبسته ایمن؛ ناراحتی روان شناختی کمتری را گزارش کردند.

مک ویلیامز و کوکس^۵ (۲۰۰۲) دریافتند نایمن بودن آزمودنی ها به طور مثبت و معنا داری با درد و سطوح ناتوانی آنها همبستگی دارد و در تحلیل رگرسیون چندگانه توسط آنها نشان داده شد که دلبستگی مضطرب دوسوگرا، ۲۰/۳٪ واریانس ناتوانی جسمانی در درد را تبیین می کند. لن تم^۶ (۱۹۸۴)، پیشنهاد کرد به هنگام وجود درد، ترس بیمار از فعالیت های حرکتی که انتظار دارد به درد منجر شود، ممکن است توسعه یافته و به عنوان انگیزه ای برای اجتناب از حرکت عمل کند و در نهایت حتی در غیاب درد؛ به عنوان تقویت کننده قدرت مندی برای کاهش فعالیت به شمار آید.

سیکانووسکی، کاتون و روسو^۷ (۲۰۰۲) در مطالعه ای بر روی بیماران مبتلا به هپاتیت نوع C^۸ (هپاتیت مزمن) نشان دادند بیماران با سبک دلبستگی ترسان^۹، علائم نامشخص جسمانی را به طور معناداری بیشتر از بیماران با سبک دلبستگی ایمن گزارش می کردند. سبک دلبستگی، در عین تاثیر بر فراوانی گزارش درد افراد مبتلا به درد مزمن؛ بر به کارگیری مراقبت های بهداشتی متناسب برای کنترل درد مزمن آنها نیز تاثیر می گذارد، به طوری که افراد با سبک دلبستگی مشغول^{۱۰} (پرمشغله) بیشترین هزینه را برای به کارگیری مراقبت های بهداشتی اولیه صرف می کنند و افراد با سبک دلبستگی ترسان کمترین هزینه را برای این امور صرف می کنند. مطالعات دیگر هم نشان داده اند سبک های دلبستگی بر راهبردهای مقابله ای افراد مبتلا به درد مزمن، تاثیر می گذارند؛ به طوری که سبک دلبستگی نایمن به مقابله هایی که انعطاف کمتری دارند مربوط می شود، مثلاً افراد با سبک دلبستگی نایمن - دوسوگرا در یک مقیاس خودگزارشی^{۱۱} به فعالیت بیش از حد در مقابله رفتاری با دردشان تمایل نشان دادند و افراد با سبک دلبستگی اجتنابی بیشتر منفعل بودند (اشمیت، ویتربیک و موورتون^{۱۲}، ۲۰۰۲).

1. Mikalinsler & Florian
2. strategies focused on problem
3. strategies focused on emotion
4. adjustmental confrontive strategies
5. MC Williams & Cox
6. Lenthem
7. Ciechanowski, Katon & Russo
8. hepatitis c
9. afraid attachment style
10. engagemental attachment style
11. self reporting scale
12. Schmidt, Wuehrich & Mortone

جنسن و ترنر^۱ (۲۰۰۱) نیز اهمیت دل‌بستگی مختل شده را در بیماران مبتلا به درد مزمن مورد بحث قرار دادند. این پژوهشگران دریافتند، احتمال اینکه افراد دارای پیشینه ای از ضربه های روان شناختی مهم؛ عمل جراحی ناموفق و یا رخداد‌های بیشتری از مزمن شدن بیماری داشته باشند، بیشتر بود و همچنین کمتر از سایرین از مداخلات روان شناختی بهره می بردند. آنها براساس تفسیر این نتایج، عنوان داشتند قابلیت یک فرد برای اینکه بتواند مورد تسلی قرار گیرد، (بهبودی از آسیب ناشی از درد) به طور مستقیم با احساس ناایمنی، تعلق و دل‌بستگی وی مرتبط است. هرچه فرد در احساس تعلق خود، ناایمن تر باشد؛ کمتر مورد تسلی قرار می گیرد و در نتیجه بیشتر نسبت به درد مزمن، آسیب پذیر می شود. بنابراین، «ناتوانی در تحمل و کنار آمدن با درد» می تواند با توجه به فقدان ایمنی پایه در دوران کودکی و عارضه ناایمنی در احساس تعلق و دل‌بستگی مربوط، پیش بینی گردد. (ترک و گچل، ۲۰۰۲).

براساس آنچه گفته شد پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین متغیرهای سبک های دل‌بستگی مربوط به والدین و ناتوانی جسمانی در افراد مبتلا به درد مزمن انجام شده است.

روش

این پژوهش، با استفاده از روش همبستگی در جامعه آماری مشتمل بر افراد مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی درد شهر تهران که از سوی مراکز یاد شده تعداد آنها ۲۹۰ نفر بود، انجام شده است. برای تعیین حجم نمونه، از بین همه افراد مراجعه کننده؛ افرادی که دارای ملاک های پژوهش بودند (۵۸ نفر) با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ملاک های پژوهش شامل: غلبه اولیه عوامل جسمانی در ایجاد درد تا عوامل روان شناختی، گذشتن فاصله زمانی ۶ ماهه و تداوم درد، نگرفتن درمان جهت کنترل درد یا در غیر این صورت، برطرف نشدن علائم درد، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۵ سال و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه دل‌بستگی بزرگسال بشارت (۱۳۸۰) و ناتوانی جسمانی مربوط به درد رولند و موریس (۱۹۸۳) استفاده شد. پرسشنامه سبک دل‌بستگی بزرگسال در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده و در دو قسمت تنظیم گردیده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشهای هر یک از سبک های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای دانشجویان دختر؛ ۰/۷۱، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ و برای دانشجویان پسر؛ ۰/۷۳، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ بود که نشانگر هماهنگی درونی قابل قبول برای کل سوالات پرسشنامه است. ضریب همبستگی بین ضریب همبستگی بین نمره آزمودنی ها در دو قسمت پرسشنامه برای آزمودنی های دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ به دست آمده است (بشارت، ۱۳۸۰). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ناتوانی جسمانی مربوط به درد برای آزمودنی های ایرانی، ۰/۸۰ به دست آمده است که نشانگر هماهنگی درونی مناسب سوالات پرسشنامه است (تهرانی زاده، ۱۳۸۱). شیوه اجرا در پژوهش حاضر به جهت جمع آوری اطلاعات به این صورت بود که پس از تعیین نمونه براساس ملاک های پژوهش و تکمیل پرسشنامه ها توسط آزمودنی ها به صورت انفرادی داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی (شاخص های مرکزی و پراکندگی) و آمار استنباطی (روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

ویژگی های آزمودنی ها بر حسب سن و جنس در جدول های ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱- فراوانی و درصد آزمودنی ها بر حسب طبقه سنی

طبقه سنی	فراوانی	درصد	فراوانی تراکمی
۲۱-۲۵	۸	۱۳/۸	۱۳/۸
۲۶-۳۰	۱۴	۲۴/۱	۳۷/۹
۳۱-۳۵	۱۳	۲۲/۵	۶۰/۴
۳۶-۴۰	۱۲	۲۰/۷	۸۱/۱
۴۱-۴۵	۵	۸/۷	۸۹/۸
۴۶-۵۰	۲	۳/۴	۹۳/۲
۵۱-۵۵	۲	۳/۴	۹۶/۶
۵۶-۶۰	۱	۱/۷	۹۸/۳
۶۱-۶۵	۱	۱/۷	۱۰۰
کل	۵۸	۱۰۰	

جدول ۲- فراوانی و درصد آزمودنی ها بر حسب جنس

جنس	فراوانی	درصد
مرد	۲۵	۴۳/۱
زن	۳۳	۵۶/۹
کل	۵۸	۱۰۰

نتایج جدول های ۱ و ۲ نشانگر آن است که بخش عمده ای از آزمودنی ها در طبقه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار دارند، همچنین نزدیک به ۵۷ درصد آزمودنی ها را زنان تشکیل می دهند.

جدول ۳- شاخص های توصیفی مربوط به ناتوانی جسمانی

میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین	میانه	نما
۸/۵۵	۵/۵۱	۲۰	۰	۸	۱۰

با توجه به جدول فوق، حداقل نمره ناتوانی جسمانی افراد گروه نمونه ۰ و حداکثر آن ۲۰ و همچنین، میانگین آنها ۸/۵۵ با انحراف معیار ۵/۵۱ است.

جدول ۴- شاخص های توصیفی سبک های دلبستگی مربوط به والدین

سبک دلبستگی	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین	میانه	نما
سبک ایمن مربوط به پدر	۳/۵۳	۱/۳۸	۵	۱	۴	۵
سبک اجتنابی مربوط به پدر	۲/۳۲	۱/۴۵	۵	۱	۲	۱
سبک دوسوگرا مربوط به پدر	۱/۹۰	۱/۱۵	۵	۱	۱	۱
سبک ایمن مربوط به مادر	۳/۸۰	۱/۳۰	۵	۱	۴	۵
سبک اجتنابی مربوط به مادر	۱/۹۶	۱/۲۵	۵	۱	۱	۱
سبک دوسوگرا مربوط به مادر	۱/۷۳	۱/۱۴	۵	۱	۱	۱

مقایسه میانگین سبک های دلبستگی نشان می دهد میانگین سبک دلبستگی ایمن مربوط به مادر از سبک دلبستگی ایمن مربوط به پدر بیشتر است؛ اما در مورد سبک های دلبستگی نایمن، میانگین سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرای مربوط به پدر از سبک های دلبستگی اجتماعی و دوسوگرای مربوط به مادر بیشتر است. مقایسه انحراف معیار سبک های دلبستگی مشخص می کند که پراکندگی در سبک اجتنابی مربوط به پدر بیشتر از سایر سبک ها است. کمترین نمره برای هر سبک ۱ و بیشترین نمره ۵ است. به منظور بررسی این که آیا بین سبک های دلبستگی مربوط به والدین و ناتوانی جسمانی در افراد مبتلا به درد مزمن رابطه وجود دارد، نتایج جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- نتایج ضریب همبستگی برای فرضیه اول

سبک دلبستگی	ناتوانی جسمانی
سبک ایمن مربوط به پدر	-۰/۱۹۰
سبک اجتنابی مربوط به پدر	۰/۴۱۲**
سبک دوسوگرا مربوط به پدر	۰/۳۵۰*
سبک ایمن مربوط به مادر	۰/۱۴۴
سبک اجتنابی مربوط به مادر	۰/۱۴۴
سبک دوسوگرا مربوط به مادر	۰/۰۷۶

* $P \leq 0/05$

** $P \leq 0/01$

اطلاعات به دست آمده نشان می دهد بین ناتوانی جسمانی و سبک های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرای مربوط به پدر، رابطه مثبت و معناداری در مقایسه با مقادیر بحرانی ضریب همبستگی وجود دارد؛ اما بین ناتوانی جسمانی و سبک های ایمن، اجتنابی و دوسوگرای مربوط به مادر و همچنین سبک ایمن مربوط به پدر در مقایسه با مقادیر بحرانی ضریب همبستگی، رابطه معناداری وجود ندارد.

برای بررسی این که آیا سبک های دلبستگی نایمن مربوط به پدر، واریانس ناتوانی جسمانی را در افراد مبتلا به درد مزمن پیش بینی می کند، نتایج رگرسیون چند متغیری در جداول ۶ و ۷ ارائه شده است.

جدول ۶- خلاصه نتایج معناداری مدل رگرسیون برای پیش بینی ناتوانی جسمانی

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	R	R ²	F	سطح معناداری
رگرسیون	۲	۴۸۵/۶	۲۴۲/۸۱				
باقیمانده	۴۰	۸۵۱	۲۰/۰۳	۰/۶۱۴	۰/۳۹۶	۱۲/۱۲۵	۰/۰۰۱
جمع	۴۲	۱۳۳۶/۶	۲۶۲/۸۴				

با فرض اینکه R²، درصد واریانس مشترک متغیرهای پیش بین سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرای مربوط به پدر در پیش بینی متغیر ملاک ناتوانی جسمانی هستند و در جدول بالا چون سطح معناداری محاسبه شده در آزمون F در گام اول مدل رگرسیون کمتر از سطح معناداری $\alpha = 0/01$ است، لذا مدل رگرسیون خطی معنادار است. نتایج برآورد مدل معنادار در قالب جدول ضرایب رگرسیون در جدول پایین ارائه شده است.

جدول ۷- خلاصه نتایج ضرایب رگرسیون

متغیر	B	خطای معیار	Beta	T	سطح معناداری
ثابت	-۰/۸۸	۲/۰۴		-۰/۴۳	۰/۶۷
سبک اجتنابی	۰/۶۲۲	۰/۵۴۲	۰/۱۶۲	۱/۱۸	۰/۲۵

نتایج جدول ۷ که در دو گام به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفت و نتیجه نهایی آن در جدول آمده نشان می دهد که از بین متغیرهای پیش بین سبک های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرای مربوط به پدر، سبک دلبستگی اجتنابی می تواند ناتوانی جسمانی افراد مبتلا به درد مزمن را پیش بینی کند.

بحث

فرضیه اول پژوهش به بررسی رابطه بین سبک های دلبستگی مربوط به والدین و ناتوانی جسمانی در افراد مبتلا به درد مزمن پرداخت. نتایج نشان داد ناتوانی جسمانی با سبک های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرای مربوط به پدر، رابطه مثبت و معنادار داشته است ($0/05 < P \leq 0/01$)، اما؛ ناتوانی جسمانی با سبک های ایمن، اجتنابی و دوسوگرای مربوط به مادر و همچنین سبک ایمن مربوط به پدر، رابطه معنادار نشان نداده است ($0/05 < P \leq 0/01$). این یافته ها با یافته های میکائیل و دیگران (۱۹۹۹) و میکالینسر و فلورین (۲۰۰۱) همسو بوده است. براساس نتایج این فرضیه، سبک های دلبستگی بر تلاش های مقابله ای و فعالیت های کمک جویانه ای که افراد برای مقابله با درد اتخاذ می کنند، تاثیر می گذارد و تفاوت در مقابله و کمک جویی منجر به تفاوتی در دوره های تحولی درد مزمن می شود. قابلیت یک فرد برای اینکه بتواند مورد تسلی قرار گیرد، به طور مستقیم با احساس نایمنی؛ تعلق و

دلبستگی وی مرتبط است. هر چه فرد در احساس تعلق خود، ناایمن تر باشد؛ کمتر مورد تسلی قرار می گیرد و در نتیجه بیشتر نسبت به درد مزمن، آسیب پذیر می شود.

نتایج فرضیه دوم پژوهش نشان داد از بین سبک های دلبستگی ناایمن مربوط به پدر، سبک دلبستگی اجتنابی؛ پیش بینی کننده ناتوانی جسمانی افراد مبتلا به درد مزمن بوده است و به طور کلی می توان گفت که سبک دلبستگی اجتنابی ۴۰ درصد از واریانس ناتوانی جسمانی در درد مزمن را تبیین می کند ($P \leq 0/01$). نتایج پژوهش حاضر با یافته های لن تم (۱۹۸۴) و مک ویلیامز و کوکس (۲۰۰۲) همسو بوده است.

براساس نتایج این فرضیه، اجتناب از فعالیت ها بیشتر به اضطراب درباره درد مربوط است و همچنین اضطراب مبتنی بر درد، پیش بینی کننده قدرتمندی در ارتباط با ناتوانی می باشد (مک کراکن^۱، ۲۰۰۱). از طرف دیگر اجتناب ممکن است علاوه بر پیامدهای روان شناختی، پیامدهای جسمانی هم ایجاد کند و در نهایت به ناتوانی واقعی فرد منجر شود (بوئر و لنتین^۲، ۲۰۰۷). توجه به جنبه های کاربردی پژوهش حاضر نیز اهمیت قابل توجهی دارد. مطالعات مختلف نشان داده اند که سالانه هزینه های هنگفتی بابت درمان و کنترل درد افراد مبتلا به دردهای مزمن چه توسط خود افراد و چه توسط شرکتهای بیمه پرداخت می شود و در این خصوص با کاهش نیروی انسانی کارآمد (به خاطر بازنشستگی زودهنگام) رو به رو هستیم. از این رو توجه به راهکارهایی که بتواند باعث اثربخش تر شدن مداخلات و صرفه جویی در وقت و هزینه شود، می تواند مفید باشد.

این پژوهش بر روی آزمودنی های با ویژگی های خاص صورت گرفته و با محدودیت زمانی مواجه بوده است، بنابراین نمونه گیری پژوهش حاضر نیز محدود بوده و این امر ممکن است به تعمیم پذیری یافته ها لطمه وارد سازد. به پژوهشگران پیشنهاد می شود سبک های دلبستگی و ناتوانی جسمانی را در گروه های متفاوت سنی، اجتماعی و شخصیتی بررسی کنند.

¹ -Mc Cracken

² - Buer & Lentin

منابع

- اصغری مقدم، م.ع. (۱۳۸۰). بررسی نقش روان نژند گرایی، باورهای مربوط به درد و راهبردهای مقابله ای در سازگاری با درد مزمن. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، شماره های ۱ و ۲.

- بشارت، م.ع. حبیبی، م و شمسی پور، ح. (۱۳۸۲). مقایسه سبک های دلبستگی دوقلوها و تکزادگان. مجله علوم روانشناختی، شماره ۷.

- **Buer, N & Lentin, S. (2007).** Fear- avoidance beliefs and catastrophizing occurrence and risk factor in back pain and APL in the general population. *Pain* , 99, 485- 491.

- **Ciechanowoski, P.S, Katon, W.J., Russo , J.E. (2002).** attachment theory: A model for Health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine*, 64. 662.

- **Gatchel, R.J. & Wiesberg. J.N. (2001).** personality characteristics of patients with pain. Washington, D.C: American psychological Association.

- **Goodeman, J.E. (2003).** mothers modeling influences children. *Pain*, 104, 560.

- **Jensen, M,P , Turner, J.A. (2001).** changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated eith improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69, 655.

- **Leahy, R.L. (2001).** overcoming resistance in cognitive therapy. New York: Guilford press.

- **Lenthem, J. (1984).** Outline of a fear- avoidance model of exaggerated pain perception. *Behavior research and therapy*, 21, 401-408.

- **Mauder, R.G. & Hunter, J.J (2003).** using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychology* , 23, 179.

- **Mc Cracken, L.M. (2001).** Attention to pain in persons with chronic pain: a behavioral approach. *Behavior therapy* , 28, 271-284.

- **Mc Williams, L.A. Cox, B. (2002).** Impact of adult attachment style on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clinical Journal of Pain*. 16, 361.

- **Mikail, S.F., Henderson, P.R. & Tasca, G.A. (1999).** an interpersonally based model of chronic pain: an application of attachment theory. *Clinical Psychology review*, 14, 5-6.

- **Mikalinsler, M.H., Florian B.(2001).** attachment and coping with chronic pain. *Journal of psychosomatic research*. 53, 770.

- **Schmidt, S. , Wuethrich, N , & Marton, O. (2002).** attachment and coping with chronic disease. *Journal of psychosomatic research*. 50, 761.

- **Sullivan, M.J., & Tripp, D. (2000).** Gender differences in pain and pain behavior: the role of catastrophizing. *cognitive therapy and research*, 24, 122.

- **Turk , D.C , & R.J. Gatchel. (2002).** Psychological approaches to pain management: a practitioners handbook (2th ed. Pp. 3-4) New York: Guilford press.

- **Turk, D.C, & Monarch , E.S. (2002).** Biopsychosocial perspective on chronic pain.