

## مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت بر اساس پرسشنامه‌ی بالینی چند

### محوری میلون در زنان

حسن احدی<sup>۱</sup>، فرحناز مسچی\*<sup>۲</sup>، فرناد ایمانی<sup>۳</sup> و محمد رهگذر<sup>۴</sup>

#### چکیده

هدف از این مطالعه، مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت بر اساس پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون سه در دو گروه از زنان مبتلا به درد مزمن و نامبتلا بود. برای این منظور، ۲۰۲ نفر شرکت کننده شامل ۱۹ زن مبتلا به درد مزمن و ۸۳ زن نامبتلا با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب شدند. افراد مبتلا به درد مزمن ابتدا پرسشنامه‌ی ارزیابی پزشکی درد جهت تشخیص نوع، شدت و سیر درد را پاسخ دادند و سپس، هر دو گروه شرکت‌کننده پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون سه را تکمیل کردند. داده‌های بدست آمده از پژوهش از راه تحلیل واریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتیجه نشان داد که بین گروه‌های مبتلا به انواع درد مزمن با یکدیگر و با گروه سالم در برخی زیر مقیاس‌های الگوهای بالینی شخصیت به لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: الگوهای بالینی شخصیت، درد مزمن، پرسشنامه‌ی بالینی چندمحوری میلون.

۱-استاد دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی. dr.ahadi1@yahoo.com

۲- عضو هیئت علمی دانشکده‌ی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

۳-استادیار دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. farimani@tums.ac.ir

۴- دانشیار دانشگاه توانبخشی و علوم بهزیستی. m.rahgozar@uswr.ac.ir

\* نویسنده‌ی مسئول مقاله: fa\_meschi@yahoo.com

## پیشگفتار

عوامل روانی اجتماعی بر بیماری و سلامتی تأثیر دارند. این امر مبنای دیدگاه متنفذی است که مدل زیستی - روانی - اجتماعی<sup>۱</sup> نام دارد. این مدل از بسیاری جهات ادغام دو دیدگاه زیستی طبی و روانی - اجتماعی است. همان گونه که نام این مدل نشان می‌دهد، بیماری و سلامتی تابع عوامل زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی است. عوامل زیست شناختی می‌توانند آمادگی ژنتیکی، کمبودهای غذایی و عدم تعادل‌های بیوشیمیایی باشند. عوامل روان شناختی هم رفتارها، هیجان‌ها و شناخت‌های افرادند و در نهایت، عوامل اجتماعی شامل: دوستان، اعضای خانواده، محیط خانه و وقایع می‌باشند. مدل زیستی - روانی - اجتماعی نمایانگر چگونگی مفهوم بندی و طراحی مداخلات درمانی به وسیله‌ی متخصصین بالینی است.

از این رو، تلاش در جهت بررسی عوامل روان شناختی و بیماری‌های مزمنی مانند دردهای مزمن که از دیدگاه زیستی بیش‌تر اساس پزشکی دارد و تلاش در جهت برنامه‌ریزی و ارتقای مداخلات درمانی رایج پزشکی در سامانه‌ی مراقبت از سلامتی با استفاده از علم روان شناسی دارای اهمیت است.

## مبانی نظری

درد مزمن وضعیتی تحلیلی برنده است که فرد مبتلا را نه تنها با استرس ناشی از درد بلکه با بسیاری از عوامل پرفشار دیگر که بر جنبه‌های متفاوت زندگی وی اثر دارد، مواجه می‌کند ( Gachel,1946 quoted by Sanderson, 2003 ). درد مزمن دردی است که بیش از ۳ ماه ادامه داشته باشد. هنگامی که درد به مدت طولانی وجود دارد، کارکرد بیولوژیک خود را که هشدار دادن صدمه یا بیماری است، از دست داده و استرس جسمی و روانی به فرد تحمیل می‌کند. افراد مبتلا به درد مزمن ممکن است «سندرم درد مزمن»<sup>۲</sup> را تجربه کنند، وضعیتی که با بدکارکردی جسمی، اجتماعی و رفتاری مشخص می‌شود (Tayllor, 2003).

برای شناخت پاسخ‌های متغیر بیمار به شرایط درد مزمن ضروری است که تمام عوامل زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی مورد نظر قرار گیرند. در واقع انطباق فرد با درد مزمن برآیندی از عوامل زیستی - روانی و اجتماعی است. بنابراین، هیچ عاملی خواه پاتوفیزیولوژیک، روان شناختی یا اجتماعی به تنهایی قادر به تبیین شرایط درد مزمن نیست ( Gachel & Turk, 1947 translated ) (by Asghari moghadam et al,2002).

<sup>۱</sup> . Biopsychosocial model

<sup>۲</sup> - Chronic pain Syndrome

یکی از تأکیده‌های اصلی طب روان تنی، تلاش برای یافتن عوامل شخصیتی اختصاصی بوده که ممکن است افراد را برای درد مزمن مستعد سازند. افراد بر اساس تجربیات پیشین خود، روش‌های اختصاصی برای تفسیر داده‌ها و روبرویی با فشارهای روانی ایجاد می‌کنند. بی‌گمان، این الگوهای اختصاصی بر ادراک آن‌ها از درد و پاسخ به درد تأثیر می‌گذارند. شواهد موجود نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به درد مزمن به دلیل شکست در تسکین درد خود، مشکلات روان شناختی ویژه‌ای را بروز می‌دهند که آن‌ها را از بیماران دارای دردهای حاد متمایز می‌سازد. اگر درد از دوره‌ای که برای درد حاد قابل قبول است فراتر رود، فرد با دامنه‌ای وسیع‌تر از واکنش‌ها و مشکلات روان-شناختی و رفتاری مانند درماندگی آموخته شده، افسردگی، پریشانی، خشم و جسمانی کردن همراه خواهد شد که این واکنش‌ها و مشکلات، برآیند رنجی است که به ماهیت مزمن درد بر می‌گردد. این طور فرض می‌شود که این مشکلات و واکنش‌ها اساساً به الگوی شخصیتی پیش از بیماری فرد و ویژگی‌های روان شناختی او بستگی دارد (Gregory et al, 2005).

شخصیت، الگوی بسیار پیچیده و عمیقی از ویژگی‌های روان‌شناختی است که خود را در تمامی جنبه‌های عملکرد فرد آشکار می‌سازد. این ویژگی‌ها فراگیر بوده و ماتریس پیچیده‌ای از پیش‌آمادگی‌های زیستی و یادگیری‌ها، الگوی احساس، ادراک، تفکر و شیوه‌های مقابله‌ی فرد را تشکیل می‌دهند (Millon, 1996). شخصیت، سبک کم و بیش منحصر به فرد انسان در تطابق با محیط است که با شیوه‌ی سایر انسان‌ها تا حدودی متفاوت است. خزانه‌ی رفتاری هر فرد او را از دیگران متفاوت کرده و شیوه‌ی مقابله‌ی وی را در برخورد با دیگران تعیین می‌کند. با این تعریف، اختلال شخصیت یک بیماری نیست (Millon, 2000). از این رو، می‌لون به جای واژه‌ی «اختلال» از اصطلاح «الگوهای بالینی شخصیت» استفاده می‌کند. بنابراین، وجود هر نوع تشخیصی در محور II می‌تواند بازتابی از وجود نقص کلی در مهارت‌های مقابله‌ای باشد که با ناتوانی مزمن مانند درد مزمن در ارتباط است (Gachel & Turk, 1996). می‌لون (Millon, 1981) هم‌چنین، ذکر می‌کند که ویژگی عمده‌ی افراد در اختلالات شخصیتی، شیوه‌ی مقابله‌ی ناکافی آن‌هاست.

در این راستا، مدل مفهومی زیستی روانی اجتماعی درد به عنوان مدلی چندبعدی جایگزین مدل درد با منشأ جسمانی شده است (Gachel & Turk, 1996). به لحاظ مفهومی، روی هم رفته بیمار مبتلا به درد مزمن، در پیوستاری میان وضعیتی با عملکرد نسبتاً طبیعی پیش از بیماری و یا مشکلات روانی پیش از ابتلا به درد مزمن جای می‌گیرد (Hardin, 1999).

در مدل زیستی روانی اجتماعی، عوامل روان‌شناختی و اجتماعی به عنوان عواملی تلقی می‌شوند که به گونه‌ی غیرمستقیم با فرایند ادراک درد رابطه دارند و به مرور که درد مزمن‌تر می‌شود، این عوامل در استمرار رفتار درد و رنج ناشی از آن نقش مسلط‌تری ایفا می‌کنند (Gachel & Turk, 1996).

از آن‌جا که چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> به گونه‌ی صریح اختلال شخصیت را برحسب خصلت‌ها یا شیوه‌هایی تعریف می‌کند که انعطاف ناپذیر و ناسازگارانه است و به آسیب قابل توجه در عملکرد فرد منجر می‌شود و یا برای او پربشانی ذهنی بسیاری بوجود می‌آورد و همچنین، به دلیل این‌که فرهنگ مراقبت از سلامتی در عصر حاضر بایستی نگاه خود را از مدل زیستی پزشکی سنتی متمرکز بر اعصاب و گیرنده‌ها به سویی برده که بر چگونگی تعامل بدن، ذهن و جامعه متمرکز شود (Hardin, 1999)، لازم است بمنظور مستند کردن این گونه کاستی‌های مهارتی در افراد مبتلا به درد مزمن ارزیابی‌های مستقلی از شیوه‌های مقابله‌ای، ویژگی‌های روان‌شناختی و آسیب‌شناسی روانی مبتلایان انجام شود. مسئله‌ی اساسی در این پژوهش این است که با ارزیابی الگوهای بالینی شخصیت و نشانگان بالینی شخصیت به وسیله‌ی آزمون بالینی چند محوری میلون سه<sup>۲</sup> مبتلایان به انواع درد مزمن می‌توان به تابلوهای بالینی متعدد روان‌شناختی درد دست یافت و از این راه، به برنامه‌ریزی و کاربردهای درمانی گوناگون در سامانه‌های مراقبت از سلامتی نظیر استفاده از روش‌های زود هنگام برای درمان مؤثرتر و کنترل قابل قبول‌تر بیماری در مبتلایان به درد مزمن مبادرت نمود.

با توجه به آنچه که گفته شد، این مطالعه درصدد است ارزیابی جامعی از «الگوهای بالینی شخصیت» به وسیله‌ی آزمون بالینی چندمحوری میلون سه انجام دهد تا بتواند در مشخص کردن، تفکیک و طبقه‌بندی ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن مفید واقع شود و به پرسش زیر پاسخ دهد.

۱. آیا بین الگوهای بالینی شخصیت در افراد مبتلا به دردهای مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد؟

### پیشینه‌ی پژوهش

کنراد و اسپیلینگ (Conrad & Schilling, 2007) بر اساس مدل زیستی-روانی-اجتماعی به بررسی نیمرخ ویژگی‌های شخصیت و اختلالات شخصیت در بیماران مبتلا به درد مزمن پرداختند. در این پژوهش ۲۰۷ بیمار مبتلا به درد مزمن با ۱۰۵ بیمار بدون درد مقایسه شدند. هر دو گروه به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی خلق (مزاج) و منش<sup>۳</sup> (TCI)، مصاحبه‌ی بالینی ساخت دار، پرسشنامه‌ی

<sup>1</sup>- Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders

<sup>2</sup>- Millon clinical Multiaxial Inventory

<sup>3</sup>- Temperament and character Inventory (TCI)

افسردگی بک و پرسشنامه‌ی اضطراب اشپیلبرگر مورد سنجش قرار گرفتند. نتیجه نشان داد که ۴۱٪ افراد مبتلا به درد مزمن دست‌کم دارای یک اختلال شخصیت هستند.

در مطالعه‌ی مک ویلیامز و همکاران (McWilliams et al, 2008) بیماران مبتلا به آرتروز، ۷ نوع اختلال شخصیت شامل اختلال شخصیت وسواسی- جبری<sup>۱</sup>، پارانویید<sup>۲</sup>، اسکیزوئید<sup>۳</sup>، نمایشی<sup>۴</sup> و ضداجتماعی<sup>۵</sup> نشان دادند.

در مطالعه‌ای دیگر، چیکنتی و فیلوس (Chikenty, Fillows et al, 2002) به بررسی و مقایسه‌ی وضعیت روان شناختی مبتلایان به درد مزمن و افرادی درد پرداختند. آن‌ها در مطالعه‌ی خود از ۵۰ فرد بدون درد و ۱۰۰ بیمار مبتلا به درد استفاده کردند. تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش با پرسشنامه‌ی میلیون سه، آزمون شدند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که تفاوت معناداری میان الگوهای بالینی شخصیت در دو گروه بدست نیامد.

در مطالعه‌ی جانووسکی و همکاران (Janowski et al, 2009) ۱۲۰ نفر از مبتلایان به درد مزمن پشت، پرسشنامه‌ی پنج عاملی شخصیت، پرسشنامه‌ی روش‌های کنار آمدن<sup>۶</sup>، مقیاس حمایت اجتماعی مرتبط با بیماری<sup>۷</sup>، مقیاس ارزیابی‌های مرتبط با بیماری<sup>۸</sup> و پرسشنامه‌ی کارکردهای روانی اجتماعی<sup>۹</sup> را تکمیل کردند. نتایج این پژوهش حاکی از این بود که ارزیابی شناختی از بیماری قویاً با همه‌ی ابعاد کارکردی ارتباط داشت. گرچه، سایر ارزیابی‌ها نظیر تهدید، چالش، ضرر و آسیب، فایده و اهمیت بیماری پیشرفته با ابعاد ویژه‌ای از جنبه‌های کارکردی ارتباط داشتند. هم‌چنین، حمایت اجتماعی عامل پیش‌بین مهمی نسبت به دیسترس تجربه شده در زمینه‌های بین فردی بود و از میان صفات اساسی شخصیت نظیر خوشایندی (خوش قلبی، دلسوزی، ساده دلی، ادب) همبستگی منفی با استرس بین فردی داشت و وظیفه شناسی (دقت، قابل اعتماد، سخت کوشی و نظم) همبستگی مثبت با پذیرش زندگی توأم با بیماری داشت. سبک کنار آمدن مسئله محور با پذیرش بالای زندگی توأم با بیماری ارتباط داشت.

فیچر- کرن و همکاران (Ficher-Kern et al, 2011) به مطالعه‌ی رابطه‌ی بین طبقه بندی‌های روان‌پزشکی و سازمان شخصیتی در گروهی از بیماران مبتلا به درد مزمن پرداختند. نتیجه نشان

<sup>1</sup>- Obsessive-Compulsive Personality Disorder

<sup>2</sup>- Paranoid

<sup>3</sup>- Schizoid

<sup>4</sup>- Histrionic

<sup>5</sup>- Antisocial

<sup>6</sup>- Ways of coping Questionnaire

<sup>7</sup>- Disease-Related social support scale

<sup>8</sup>- Disease-Related Appraisals scale

<sup>9</sup>- Psychosocial functioning Questionnaire (PFQ)

داد که شیوع اختلالات محور I و محور II با سازمان شخصیت این بیماران مرتبط است و ۶۳٪ از بیماران مبتلا به درد مزمن ملاک‌های تشخیصی محور II (اختلالات شخصیت) را دارا بودند.

در مطالعه‌ی پولاتین، کینی، گچل و لیلو (Polatin, Kinney, Gachel & Lillo, 1993) ۲۰۰ بیمار دارای کمر درد مزمن (با میانگین درد ناتوان کننده به مدت بیش‌تر از یک سال) از نظر وجود اختلالات روانی در زمان مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. ۵۱٪ از افراد مورد مطالعه ملاک‌های تشخیصی دست کم یک اختلال شخصیت را دارا بودند.

در مطالعه‌ای با عنوان ابعاد ویژگی‌های شخصیت و خلق در مبتلایان با اختلالات درد عضلانی اسکلتی نشان داده شد که ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به گونه‌ای معنادار از گروه کنترل متفاوت است، به صورتی که پروفایل شخصیتی ویژه‌ی نظیر نمره‌های بالا در خصلت‌های اجتناب از تهدید و نمره‌های پایین در خود راهبردی برای آن‌ها ترسیم شد (Malmgren-Olsson, Eva-Britt & Bergdahl-Gan, 2006).

### فرضیه‌های پژوهش

- ۱- بین الگوی بالینی شخصیت اسکیزوئید در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۲- بین الگوی بالینی شخصیت دوری‌گزین در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۳- بین الگوی بالینی شخصیت افسرده در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۴- بین الگوی بالینی شخصیت خودشیفته در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۵- بین الگوی بالینی شخصیت منفی‌گرا در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۶- بین الگوی بالینی شخصیت وابسته در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۷- بین الگوی بالینی شخصیت نمایشی در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.
- ۸- بین الگوی بالینی شخصیت ضداجتماعی در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.

۹- بین‌الگوی بالینی شخصیت دیگرآزار در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.

۱۰- بین‌الگوی بالینی شخصیت وسواسی در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.

۱۱- بین‌الگوی بالینی شخصیت خودآزار در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد.

### روش پژوهش

پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) است. در این نوع پژوهش‌ها، پژوهشگر با مطالعه‌ی یک ویژگی در یک گروه و مقایسه‌ی آن با گروهی که فاقد آن ویژگی است به کشف علت پدیده‌ی مورد پژوهش می‌پردازد (Delavar, 2008, P.210).

### جامعه

جامعه‌ی آماری مورد بررسی در پژوهش مشتمل بر زنان مبتلا به درد مزمن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های تخصصی درد شهر تهران، هم‌چنین، زنان غیرمبتلا در شهر تهران بودند.

### نمونه‌ی پژوهش

در این پژوهش ۲۰۲ زن شرکت داشتند که از این میان ۱۱۹ نفر مبتلا به درد مزمن و ۸۳ نفر غیرمبتلا به درد مزمن بودند.

### روش نمونه‌گیری

در این پژوهش نمونه‌های مورد مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که برای انتخاب افراد مبتلا به درد مزمن، ابتدا فهرست اسامی تمامی درمانگاه‌های تخصصی درد در شهر تهران تهیه گردید که شامل درمانگاه‌های تخصصی درد بیمارستان حضرت رسول (ص)، بیمارستان سینا، بیمارستان لبافی‌نژاد، بیمارستان کسری و بیمارستان اختر بودند. سپس، به روش تصادفی و به قید قرعه دو مرکز تخصصی درد در بیمارستان کسری و حضرت رسول (ص) برگزیده شدند.

همزمان با نمونه‌گیری افراد مبتلا به درد مزمن، نمونه‌گیری افراد سالم نیز بر اساس نمونه‌گیری در دسترس به وسیله‌ی مرکز افکارسنجی جهاد دانشگاهی انجام گرفت.

## مراحل و شیوه‌ی اجرا

ابتدا روزها و ساعات کار دو مرکز تخصصی درد در بیمارستان‌های کسری و حضرت رسول (ص) مشخص گردید. سپس وضعیت تمامی بیماران سرپایی که در محدوده‌ی زمانی ۸۸/۷/۱ تا ۸۹/۵/۱ به این مراکز مراجعه و پذیرش شدند، بررسی گردید.

نمونه‌های مبتلا به درد، به وسیله‌ی متخصصان درد مورد معاینات پزشکی (استفاده از پرسشنامه‌ی معاینه پزشکی ارزیابی درد) و تشخیصی قرار گرفتند. مبتلایان به درد که مدت ۶ ماه از دوره‌ی درد آن‌ها گذشته بود، بر اساس تشخیص نوع و محل درد به پنج گروه درد مفصل، سر و گردن، قفسه‌ی سینه، کمر و شکم تقسیم شدند. پس از کسب رضایت و اعلام آمادگی شرکت کنندگان پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون سه بمنظور بررسی الگوهای بالینی شخصیت در مورد افراد ذکر شده اجرا شد.

در گروه مبتلا به درد مزمن، روی هم ۱۵۰ نفر از زنان مبتلا به درد مزمن پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند که به دلیل نامعتبر بودن پرسشنامه‌ها بر اساس بررسی، مقیاس‌های افشاگری، مطلوبیت و بدنمایی (مقیاس‌های روایی آزمون) تعداد ۳۱ آزمودنی حذف و در نهایت، پرسشنامه‌ی ۱۱۹ آزمودنی که نتایج بدست آمده از آزمون در مورد آن‌ها معتبر بود، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

هم‌چنین، در گروه نامبتلا به درد مزمن، از مجموع تعداد ۱۵۰ پرسشنامه‌ی تکمیل شده، ۶۷ پرسشنامه فاقد اعتبار کافی برای بررسی و تجزیه و تحلیل آماری تشخیص داده شد و در نهایت، ۸۳ پرسشنامه دارای ملاک‌های اعتبار بود و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. گفتنی است، متغیرهای دموگرافیکی که در این مطالعه کنترل شدند و گروه‌های مورد مطالعه بر اساس آن‌ها هم‌تا گردیدند، عبارتند از:

۱. گروه سنی: دوره‌ی سنی اوایل بزرگسالی (جوانی) و میانه‌های بزرگسالی (میان‌سالی).
۲. وضعیت اقتصادی (پایگاه متوسط اقتصادی برای شرکت کنندگان پژوهش در نظر گرفته شد).
۳. پایه‌ی تحصیلات (مقطع تحصیلی دیپلم تا لیسانس برای شرکت کنندگان پژوهش منظور شد).
۴. شاغل و غیرشاغل (نمونه‌های پژوهش از میان شاغلان برگزیده شدند).



## ابزار پژوهش

**الف) آزمون بالینی چند محوری میلون<sup>۱</sup> - ۳:** یک مقیاس خودسنجی است و برای تصمیم‌گیری بالینی و تشخیص ابتدای آزمودنی به یک اختلال ویژه یا حضور ویژگی روان‌شناختی ویژه‌ای در آزمودنی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

این آزمون دارای ۱۷۵ گویه بلی/خیر است. اجرای آن بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه زمان می‌برد. ۱۱ الگوی بالینی شخصیت و نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. الگوهای بالینی شخصیت در آزمون بالینی چند محوری میلون سه شامل ۱۱ زیر مقیاس به شرح زیر است: شخصیت اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، آزارگر - دیگرآزار، وسواسی، منفی‌گرا، و شخصیت آزارگر - خودآزار.

از زمان انتشار آن در سال ۱۹۶۹ دو بار تجدید نظر شده است. این آزمون یکی از پرکاربردترین آزمون‌های روانی است و در پژوهش‌های بین فرهنگی متعدد بکار رفته است. ام.سی.ام.آی بر اساس مدل آسیب‌شناسی روانی میلون ساخته شده است (Millon, 1983, 1969 quoted by Million, 2000).

این آزمون در ایران ۲ بار هنجاریابی شده است. نسخه‌ی دوم این آزمون یک بار در شهر تهران به وسیله‌ی خواجه‌مُوگهی ترجمه و در سال ۱۳۷۲ هنجاریابی شده است و نسخه‌ی سوم آن در شهر اصفهان به وسیله‌ی شریفی در سال ۱۳۸۱ هنجاریابی شده است.

در مورد پایایی مقیاس‌های آزمون میلون، ۵۳ مجموعه داده گزارش شده است. فاصله‌ی بازآزمایی از ۵ روز تا ۶ ماه است. برای مقیاس‌های اختلال شخصیت همبستگی‌هایی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ و برای مقیاس افسردگی متوسط ۰/۷۸ بدست آمده است.

در مورد مقیاس‌های نشانگان بالینی همبستگی‌هایی از ۰/۴۴ تا ۰/۹۵ و برای مقیاس افسردگی اساسی میانگین ۰/۸۰ بدست آمده است (Khajeh Mogehi, 1993 quoted by Kreig, 1999).

پایایی مقیاس‌ها در مطالعه‌ی هنجاریابی ام.سی.ام.آی - ۳ به فاصله‌ی زمانی ۵ تا ۱۴ روز (N=۸۷) از دامنه‌ی ۰/۸۲ (مقیاس بدنمایی) تا ۰/۹۶ (مقیاس شبه جسمی) با میانگین ۰/۹۰ برای تمام مقیاس‌ها گزارش شده است (Khajeh Mogehi, 1993 quoted by Kreig & Olsson, 1998).

خواجه‌مُوگهی (Khajeh Mogehi, 1993) بمنظور هنجاریابی این آزمون در شهر تهران مطالعه‌ی انجام داده است. در این مطالعه ضریب پایایی مقیاس‌های ام.سی.ام.آی - ۲ به روش بازآزمایی با فاصله‌ی ۷ تا ۱۰ روز از دامنه ۰/۷۸ (مقیاس نمایشی) تا ۰/۸۷ (مقیاس اختلال هذیانی) بدست آمده است.

<sup>1</sup> - Millon clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III)

در این مطالعه، میانگین همسانی درونی به روش KR ۰/۲۰- در تمام مقیاس‌ها با دامنه‌ی ای از ۰/۶۹ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۲ (اختلال مرزی) با میانگین ۰/۸۴ بدست آمده است. در مطالعه‌ی شریفی (Sharifi, 2002) در شهر اصفهان همبستگی نمره‌های خام نخستین اجرا و بازآزمایی در دامنه‌ی ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین، در مطالعه‌ی بالا پایایی آزمون از راه روش همسانی درونی محاسبه شده است و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه‌ی ۰/۸۵ (اختلال وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) بدست آمده است.

در این پژوهش نیز برای محاسبه‌ی ضریب پایایی پرسشنامه‌ی میلون از روش آلفای کرونباخ یک گروه ۳۰ نفره از افراد مبتلا به درد انتخاب گردید. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای خرده مقیاس‌های نشانگان بالینی و الگوهای بالینی شخصیت و کل پرسشنامه به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ بدست آمد که حاکی از ثبات و پایایی بسیار بالای این آزمون است.

**ب) پرسشنامه‌ی معاینه‌ی پزشکی و ارزیابی درد:** این بخش پرسشنامه یک پرسشنامه متخصص ساخته است که به وسیله‌ی آقای دکتر فرناد ایمانی متخصص بیهوشی درد تهیه و تدوین شد و شامل پرسش‌هایی است که موارد زیر را معین می‌کند:

شکایت اصلی بیمار، توصیف بیمار از درد، چگونگی شروع درد و محل آن، طول مدت و دفعات تکرار، زمان شروع و تشدید یا انتشار درد، بیش‌ترین و کم‌ترین زمان درد در طی روز، الگوی درد، مکان یابی درد.

- مقیاس نمره بندی بینایی و مقیاس نمره بندی کلامی درد، بررسی عوامل مؤثر در افزایش تشدیدکننده، کاهش (تسکین دهنده) یا بی اثر بر درد.

- تاریخ نخستین بروز و سابقه‌ی درد، سوابق خانوادگی، اختلال در عملکرد روزمره، سوابق مداخلات و اقدام‌های درمانی نظیر داروهای مصرفی و میزان تأثیر آن‌ها، سابقه‌ی جراحی، بلوک‌های عصبی، فیزیوتراپی، طب سوزنی و ... سابقه‌ی ابتلا به سایر بیماری‌های جسمی یا اختلالات روان‌پزشکی، نتایج روش‌های تشخیص نظیر آزمایش‌ها، رادیولوژی، سی تی اسکن، ام آر آی و سایر اقدام‌های تشخیصی با ذکر تاریخ، ارزیابی بالینی شامل ارزیابی وضعیت ذهنی بیمار، معاینات اعصاب جمجمه‌ای، معاینات بالینی، معاینات حسی، معاینات حرکتی، نمره بندی قدرت انقباضی عضلات، معاینات رفلکس‌های عمقی و نمره‌بندی آن، اندازه‌گیری اندام مربوطه، معاینه‌ی راه رفتن، بررسی

علایم حیاتی (فشار خون، نبض، تنفس، درجه حرارت)، بررسی انتظار بیمار از مداخله‌های درمانی، تشخیص احتمالی و تشخیص‌های افتراقی.

این پرسشنامه به وسیله‌ی متخصصان درد و بیهوشی درمانگاههای درد برای گروههای درد شرکت کننده در پژوهش، بمنظور تشخیص نوع درد آنان تکمیل می‌شد. به بیان دیگر، گروه‌بندی بیماران مبتلا به درد در گروههای متفاوت، به وسیله‌ی این پرسشنامه انجام گرفت.

در پژوهش کنونی، روایی محتوایی پرسشنامه‌ی معاینه‌ی پزشکی و ارزیابی درد، به وسیله‌ی سه نفر از متخصصان درد مورد تایید قرار گرفت. همچنین، برای بررسی پایایی پرسشنامه‌ی یاد شده، از روش پایایی بین درجه بندی کنندگان (پایایی مصححان) استفاده گردید. به این صورت که هر بیمار به وسیله‌ی سه متخصص با استفاده از پرسشنامه‌ی معاینه‌ی پزشکی و ارزیابی درد مورد معاینه قرار گرفت. سپس، همبستگی بین نمره‌های این سه متخصص محاسبه و مقدار آن ۰/۸۶ بدست آمد که حاکی از دقت و پایایی بالای پرسشنامه است.

## یافته‌های پژوهش

جدول ۱- بررسی همگنی واریانس‌ها در نمونه‌های پژوهش در الگوهای بالینی شخصیت

زیر مقیاس‌ها	شاخص آماری لون	درجه‌ی آزادی ۱	درجه‌ی آزادی ۲	سطح معناداری
اسکیزوپید	۲/۸۴۹	۵	۳۱۵	۰/۰۱۶
دوری‌گزین	۳/۳۷۳	۵	۳۱۵	۰/۰۰۶
افسرده	۴/۲۱۲	۵	۳۱۵	۰/۰۰۱
وابسته	۱/۹۳۲	۵	۳۱۵	۰/۰۸۹
نمایشی	۱/۸۱۱	۵	۳۱۵	۰/۱۱۰
خودشیفته	۲/۳۷۸	۵	۳۱۵	۰/۰۳۹
ضداجتماعی	۰/۴۰۱	۵	۳۱۵	۰/۸۴۸
دیگر آزار	۰/۵۴۳	۵	۳۱۵	۰/۷۴۴
وسواسی	۰/۷۳۴	۵	۳۱۵	۰/۵۹۹
منفی‌گرا	۳/۳۸۴	۵	۳۱۵	۰/۰۰۵
خودآزار	۱/۹۲۹	۵	۳۱۵	۰/۰۸۹

همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود، آزمون لون برای برای زیرمقیاس‌های اسکیزوپید، دوری‌گزین، افسرده، خودشیفته و منفی‌گرا از نظر آمادری معنادار است. بنابراین، شرط همگنی واریانس‌ها برقرار نیست و برای تحلیل داده‌ها باید آزمون ناپارامتریک کراسکال والیس را بکار برد، اما شرط یاد شده برای زیر مقیاس‌های وابسته، نمایشی، ضداجتماعی، دیگر آزار، وسواسی-جبری و

## ۶۰ مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت بر اساس پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون در زنان

خودآزار برقرار است و می‌توان برای مقایسه‌ی زیر مقیاس‌های یاد شده در شش گروه مورد مطالعه از آزمون آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده کرد.

فرضیه‌ی نخست " بین الگوی بالینی شخصیت اسکیزوئید در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

### جدول ۲- آزمون کراسکال والیس برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت اسکیزوئید در شش گروه مورد مطالعه

شاخص آماری زیر مقیاس	خی‌دو	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
اسکیزوئید	۲۶/۶۱	۵	۰/۰۰۰

بمنظور مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت اسکیزوئید در شش گروه مورد مطالعه به دلیل عدم برقراری فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون ناپارامتریک کراسکال والیس استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود، مقدار خی دو محاسبه شده برابر با (۲۶/۶۱) است و این مقدار از نظر آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت میان گروه‌های مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت اسکیزوئید تفاوت معنادار وجود دارد.

آزمون تعقیبی شفه نشان داد که از نظر اختلال شخصیت اسکیزوئید میان گروه بی درد و دو گروه سردرد و کم‌درد تفاوت معنادار وجود دارد. هم‌چنین، میان گروه درد شکم و سه گروه درد کمر، سردرد، و درد مفاصل از نظر این الگوی بالینی شخصیت تفاوت معنادار وجود دارد.

فرضیه‌ی دوم" بین الگوی بالینی شخصیت دوری گزین در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

جدول ۳- آزمون کراسکال والیس برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت دوری گزین در شش گروه مورد مطالعه

زیر مقیاس	خی‌دو	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
دوری گزین	۱۸/۶۱	۵	۰/۰۰۲

بمنظور مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت دوری گزین در شش گروه مورد مطالعه به دلیل عدم برقراری فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود، مقدار خی دو محاسبه شده برابر با (۱۸/۶۱) است که این مقدار از نظر آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت میان گروه‌های مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت دوری گزین تفاوت معنادار وجود دارد. آزمون تعقیبی شفه نشان داد میان گروه دردشکم و گروه‌های بی درد، درد کمر، سردرد و درد مفاصل در الگوی بالینی شخصیت دوری گزین تفاوت وجود دارد.

فرضیه‌ی سوم" بین الگوی بالینی شخصیت افسرده در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

جدول ۴- آزمون کراسکال والیس برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت افسرده در شش گروه مورد مطالعه

زیر مقیاس	خی‌دو	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
افسرده	۱۸/۰۵	۵	۰/۰۰۳

بمنظور مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت افسرده در شش گروه مورد مطالعه به دلیل عدم برقراری فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود، مقدار خی دو محاسبه شده برابر با (۱۸/۰۵) است که این مقدار از نظر

## ۶۲ مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت بر اساس پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون در زنان

آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت میان گروه‌های مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت افسرده تفاوت معنادار وجود دارد. آزمون تعقیبی شفه نشان داد، از نظر الگوی بالینی شخصیت افسرده میان گروه بی درد و دو گروه سردرد و کمردرد تفاوت وجود دارد. همچنین، میان گروه درد شکم و سه گروه درد کمر، سردرد و درد مفاصل از نظر این الگوی بالینی شخصیت تفاوت معنادار وجود دارد.

**فرضیه‌ی چهارم** " بین الگوی بالینی شخصیت خودشیفته در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

### جدول ۵- آزمون کراسکال والیس برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت خودشیفته در شش گروه مورد مطالعه

زیر مقیاس	خی‌دو	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
خودشیفته	۱۵/۲۹	۵	۰/۰۰۹

بمنظور مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت خودشیفته در شش گروه مورد مطالعه به دلیل عدم برقراری فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون ناپارامتریک کراسکال والیس استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود، مقدار خی دو محاسبه شده برابر با (۱۵/۲۹) است که این مقدار از نظر آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت میان گروه‌های مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت خودشیفته تفاوت معنادار وجود دارد. آزمون تعقیبی شفه نشان داد، از نظر الگوی بالینی شخصیت خودشیفته میان گروه بی درد و گروه درد قفسه‌ی سینه تفاوت وجود دارد.

فرضیه‌ی پنجم" بین الگوی بالینی شخصیت منفی گرا در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

جدول ۶- آزمون کراسکال والیس برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت منفی گرا در شش گروه  
مورد مطالعه

زیر مقیاس	خی‌دو	درجه‌ی آزادی	سطح معناداری
منفی‌گرا	۷/۲۱	۵	۰/۲۰۵

بمنظور مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت منفی گرا در شش گروه مورد مطالعه به دلیل عدم برقراری فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود، مقدار خی دو محاسبه شده برابر با (۷/۲۱) است که این مقدار از نظر آماري در سطح ۰/۰۱ معنادار نیست. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت میان گروه‌های مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت منفی گرا تفاوت معنادار وجود ندارد.

فرضیه‌ی ششم" بین الگوی بالینی شخصیت وابسته در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

جدول ۷- آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت وابسته  
شخصیت در شش گروه مورد مطالعه

زیرمقیاس	شاخص پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	مجذور میانگین	میزان F	سطح معناداری
وابسته	بین گروه‌ها	۶۴۵/۷۹	۵	۱۲۹/۱۶		
	درون گروه‌ها	۵۹۵۹/۸۸	۳۱۵	۱۸/۹۲	۶/۸۲	۰/۰۰۰
	کل	۶۶۰۵/۶۸	۳۲۰			

برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت وابسته در شش گروه مورد مطالعه از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. مقدار F محاسبه شده برابر با (۶/۸۲) است و این مقدار از نظر آماري معنادار است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت میان گروه‌های مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت وابسته تفاوت معنادار وجود دارد.

## ۶۴ مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت بر اساس پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون در زنان

آزمون تعقیبی شفه نشان داد که در خرده مقیاس وابسته گروه بی درد با گروه‌های درد شکم، درد کمر، سردرد و درد مفاصل متفاوت است. به این معنا که میانگین خرده مقیاس شخصیت وابسته در گروه بی درد کم‌تر از گروه‌های درد شکم، درد کمر، سردرد و درد مفاصل است.

**فرضیه‌ی هفتم** "بین الگوی بالینی شخصیت نمایشی در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

### جدول ۸- آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت نمایشی در شش گروه مورد مطالعه

زیرمقیاس	شاخص پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	مجذور میانگین	میزان F	سطح معناداری
نمایشی	بین گروه‌ها	۱۷۸/۸۷	۵	۳۵/۷۷	۲/۵۸	۰/۲۶
	درون گروه‌ها	۴۳۶۷/۰۸	۳۱۵	۱۳/۸۶		
	کل	۴۵۴۵/۹۵	۳۲۰			

برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت وابسته در شش گروه مورد مطالعه از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. مقدار F محاسبه شده برابر با (۲/۵۸) است و این مقدار از نظر آماری معنادار نیست. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت میان گروه‌های مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت نمایشی تفاوت معنادار وجود ندارد.

**فرضیه‌ی هشتم** "بین الگوی بالینی شخصیت ضداجتماعی در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

### جدول ۹- آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت ضداجتماعی در شش گروه مورد مطالعه

زیرمقیاس	شاخص آماری پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	مجذور میانگین	میزان F	سطح معناداری
ضد اجتماعی	بین گروه‌ها	۱۲۴/۲۵	۵	۲۴/۸۵	۱/۷۶	۰/۱۲۰
	درون گروه‌ها	۴۴۴۳/۱۳	۳۱۵	۱۴/۱۰		
	کل	۴۵۶۷/۳۸	۳۲۰			



برای مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت ضداجتماعی در شش گروه مورد مطالعه از تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد. مقدار  $F$  محاسبه شده برابر با (۱/۷۶) است که این مقدار از نظر آماری معنادار است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت میان گروههای مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت ضداجتماعی تفاوت معنادار وجود ندارد.

فرضیه‌ی نهم " بین الگوی بالینی شخصیت دیگرآزار در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

جدول ۱۰- آزمون تحلیل واریانس یکطرفه برای مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت دیگر آزار در شش گروه مورد مطالعه

زیرمقیاس	شاخص	مجموع	درجه‌ی	مجذور	میزان	سطح
	پراکندگی	مجذورات	آزادی	میانگین	F	معناداری
دیگرآزار	بین گروهها	۳۱۹/۸۹	۵	۶۳/۹۷	۲/۹۱	۰/۰۱۴
	درون گروهها	۶۹۱۳/۲۹	۳۱۵	۲۱/۹۴		
	کل	۷۲۳۳/۱۸	۳۲۰			

برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت دیگر آزار در شش گروه مورد مطالعه از تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد. مقدار  $F$  محاسبه شده برابر با (۲/۹۱) است و این مقدار از نظر آماری معنادار است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت میان گروههای مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت دیگرآزار تفاوت معنادار وجود دارد.

آزمون تعقیبی شفه نشان داد که از نظر الگوی بالینی شخصیت دیگر آزار میان گروه درد شکم و سه گروه سردرد و کمردرد و درد مفاصل تفاوت وجود دارد. همچنین، میان گروه درد قفسه‌ی سینه و سه گروه درد کمر، سردرد، و درد مفاصل نیز از نظر این ویژگی شخصیتی تفاوت معنادار وجود دارد.

## ۶۶ مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت بر اساس پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون در زنان

فرضیه‌ی دهم " بین الگوی بالینی شخصیت و سواسی در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

### جدول ۱۱- آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت و سواسی در شش گروه مورد مطالعه

زیرمقیاس	شاخص پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	مجذور میانگین	میزان F	سطح معناداری
وسواسی	بین گروه‌ها	۶۹/۸۰	۵	۱۳/۹۶	۱/۳۷	۰/۲۳۳
	درون گروه‌ها	۳۱۹۸/۹۵	۳۱۵	۱۰/۱۵		
	کل	۳۲۶۸/۷۵	۳۲۰			

برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت و سواسی در شش گروه مورد مطالعه از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. مقدار F محاسبه شده برابر با (۱/۳۷) است و این مقدار از نظر آماری معنادار نیست. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که میان گروه‌های مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت و سواسی تفاوت معنادار وجود ندارد.

فرضیه‌ی یازدهم " بین الگوی بالینی شخصیت خودآزار در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه نامبتلا تفاوت معنادار وجود دارد."

### جدول ۱۲- آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه‌ی الگوی بالینی شخصیت خود آزار در شش گروه مورد مطالعه

زیر مقیاس	شاخص پراکندگی	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	مجذور میانگین	میزان F	سطح معناداری
خود آزار	بین گروه‌ها	۳۰۴/۰۹	۵	۶۰/۸۱	۵/۴۸	۰/۰۰۰
	درون گروه‌ها	۳۴۹۲/۷۱	۳۱۵	۱۱/۰۸		
	کل	۳۷۹۶/۸۱	۳۲۰			

برای مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت خودآزار در شش گروه مورد مطالعه، از تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. مقدار F محاسبه شده برابر با (۵/۴۸) است و این مقدار از نظر آماری معنادار است. بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت میان گروه‌های مورد مطالعه از نظر الگوی بالینی شخصیت خودآزار تفاوت معنادار وجود دارد.

آزمون تعقیبی شفه نشان داد، از نظر الگوی بالینی شخصیت خودآزار میان گروه بی درد با گروه‌های درد شکم، سردرد، کمردرد، درد مفاصل و درد قفسه‌ی سینه تفاوت وجود دارد. همچنین، بین میان گروه سردرد و درد مفاصل نیز از نظر این ویژگی شخصیتی تفاوت معنادار وجود دارد.

## بحث و نتیجه گیری

**فرضیه‌ی پژوهش:** بین الگوهای بالینی شخصیت و زیرمقیاس‌های آن در افراد مبتلا به انواع درد مزمن با گروه غیر مبتلا تفاوت معنادار وجود دارد. برای آزمون این فرضیه از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون کراسکال والیس استفاده شد که یافته‌ها به شرح زیر می‌باشند:

۱. در دو گروه سردرد و کمردرد میانگین الگوی بالینی شخصیت اسکیزوئید بیش‌تر از گروه بی درد است. همچنین، میانگین الگوی بالینی شخصیت اسکیزوئید در گروه درد شکم کم‌تر از سه گروه درد کمر، سردرد، و درد مفاصل است.

۲. در گروه درد شکم میانگین الگوی بالینی شخصیت دوری‌گزين کمتر از گروه‌های بی درد، کمر، سردرد و درد مفاصل است.

۳. میانگین الگوی بالینی شخصیت افسرده در گروه بی درد کم‌تر از دو گروه سردرد و کمردرد است. همچنین، میانگین الگوی بالینی شخصیت افسرده در گروه درد شکم کمتر از سه گروه درد کمر، سردرد، و درد مفاصل است.

۴. میانگین الگوی بالینی شخصیت خودشیفته در گروه بی درد کمتر از گروه درد قفسه‌ی سینه است.

۵. میانگین الگوی بالینی شخصیت وابسته در گروه بی درد کم‌تر از گروه‌های درد شکم، درد کمر، سردرد، و درد مفاصل است.

۶. میانگین الگوی بالینی شخصیت دیگرآزار در گروه درد شکم و درد قفسه‌ی سینه کم‌تر از سه گروه سردرد و کمردرد و درد مفاصل است.

۷. میانگین الگوی بالینی شخصیت خودآزار در گروه بی درد کمتر از گروه‌های درد شکم، سردرد، کمردرد، درد مفاصل و درد قفسه‌ی سینه است. همچنین، میانگین گروه سردرد بیش‌تر از درد مفاصل است.

۸. بین گروه‌های مورد مطالعه در الگوهای بالینی شخصیت منفی‌گرا، ضداجتماعی، نمایشی و وسواسی تفاوتی مشاهده نشد.

یافته‌های پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در این زمینه هماهنگ است. برای نمونه، اشترباخ (sternbach, 1974) نشان داد افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند، فرسوده و بی‌رمق

هستند؛ مشکل خواب دارند و به فعالیت‌های اجتماعی کم‌تر می‌پردازند؛ اشتغال ذهنی آن‌ها بیش‌تر معطوف به دردشان است و با دوستان و خانواده خود با تندخویی رفتار می‌کنند (Halroid & Velichic, 1999 quoted by Mccord & Drerup, 2011). تصور مشترکی دارند مبنی بر این که افراد مبتلا به درد مزمن دارای نوع خاصی از شخصیت هستند. برای مثال، افرادی که از میگرن رنج می‌برند، به عنوان افرادی عصبی، برانگیخته، متخاصم و کمال‌گرا تصور می‌شوند.

نتیجه‌ی پژوهش هررو و همکاران (Herrero et al, 2008) حاکی از آن بود که الگوهای بالینی شخصیت همانند با سازگاری ضعیف در میان مبتلایان به درد است و ارزیابی شناختی نسبت به تهدید و آسیب، سطح اضطراب بیش‌تر و ادراک درد شدیدتری را در بیماران پیش‌بینی کرد.

در مطالعه‌ای با عنوان رابطه‌ی بین راهبردهای کنار آمدن، باورهای مرتبط با درد و شخصیت، نتایج حاکی از این بود که از ۵ بعد شخصیت تنها بعد روان رنجورخویی با متغیرهای مرتبط با درد ارتباط دارد و عامل پیش‌بین مهمی برای تغییر در باورهای خود کارآمدی درد و ارزیابی کنترل درد داشته است. در نهایت، یافته‌های این پژوهش حاکی از این بود که صفات شخصیتی از گذشته در برخی از افراد مبتلا به درد مزمن وجود داشته که آن‌ها را در معرض خطر سازگاری ضعیف با درد مزمن قرار می‌دهد (Asghari, Nicholas & Michael K, 2006).

در مطالعه‌ای با عنوان ابعاد ویژگی‌های شخصیت و خلق در مبتلایان به اختلالات درد عضلانی اسکلتی نشان داده شد که ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به گونه‌ای معنادار از گروه کنترل متفاوت است، به گونه‌ای که پروفایل شخصیتی ویژه‌ای نظیر نمره‌های بالا در خصلت‌های اجتناب از تهدید و نمره‌های پایین در خود راهبردی برای آن‌ها ترسیم شد (Malmgren-Olsson, Eva-Britt & Bergdahl-Gan, 2006).

در یک مطالعه ۲۰۰ بیمار دارای کم‌درد مزمن (با میانگین درد ناتوان کننده به مدت بیش‌تر از یکسال) از نظر وجود اختلالات روانی در طول زمان مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. ۵۱٪ از افراد مورد مطالعه ملاک‌های تشخیصی دست کم یک اختلال شخصیت را دارا بودند (Polatin, Kinney, Gachel & Lillo 1993). این نتایج با یافته‌های بدست آمده از این پژوهش که وجود تفاوت معنادار میان الگوهای بالینی شخصیت اسکیزوئید، افسرده، وابسته و نمایشی و خود آزار و بالاتر بودن میانگین گروه با درد مزمن نسبت به گروه غیر مبتلا را مشخص می‌سازد، همسو است.

در مدل مفهومی انتقال از درد حاد به درد مزمن این گونه فرض می‌شود که بیماران با خود ویژگی‌های شخصیتی/ روان شناختی مستعد کننده‌ی معینی را به همراه دارند که از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. در واقع، ارتباط بین فشار روانی و بدتر شدن مشکلات بهداشت روانی در منابع علمی مستند شده است. مدل یاد شده فرض را بر این می‌نهد که به موازات استمرار مشکلات

رفتاری- روان شناختی، بیمار به مرحله‌ی سوم که می‌توان آن را به عنوان قبول « نقش بیمار » نامید، وارد می‌شود. در طی این دوره وی از وظایف و مسئولیت‌های طبیعی خود و نیز پذیرش اجبارهای اجتماعی سرباز می‌زند. هم‌چنین، ناتوانی‌های پزشکی و روان شناختی یا رفتار بیمار گونه غیر عادی در طی این مرحله تقویت می‌شوند و قوام می‌یابند.

پژوهش‌ها به گونه‌ی هماهنگ با یکدیگر تغییرات روان شناختی مهمی را که به موازات پیشرفت بیمار از مرحله حاد به مرحله مزمن روی می‌دهند، مورد تاکید قرار داده اند.

بمنظور ارزیابی جامع از ویژگی‌های روانی اجتماعی و شخصیتی بیماران دارای کمر درد مزمن، ۳۲۴ بیمار را مورد مجموعه‌ی استاندارد از آزمون‌های روان شناختی قرار گرفتند. نتایج حاکی از وجود اختلال شخصیت در محور دوم تشخیصی<sup>۱</sup> DSM-IV و وجود نمره بالا در مقیاس هیستری اندازه گیری شده به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی چند وجهی مینه سوتا<sup>۲</sup> بود ( Polatin, Gachel & Turk, 1996 quoted by Gachel & Kinney, 1995). این یافته همانند با فرضیه‌ی پژوهش و وجود تفاوت معنادار دو گروه درد مزمن و بی درد در مقیاس شخصیت نمایشی (هیستری) است. بدین ترتیب که میانگین گروه با درد مزمن بیش‌تر از گروه غیر مبتلا به درد مزمن است. این نتایج ثابت می‌کند که وجود هر نوع تشخیصی در محور دوم می‌تواند بازتابی از وجود نقص کلی در مهارت‌های مقابله‌ای باشد که با ناتوانی مزمن در ارتباط است.

در نهایت، از نظر پژوهشگران عوامل زیر در دستیابی به نتایج این پژوهش موثر بوده اند. برای نمونه، می‌توان به پل ارتباطی که بین ویژگی‌های وابسته به بیمار و فناوری کنترل درد در مراکز درمانی وجود دارد، اشاره کرد. بیماران در محیط‌های درمانی دچار نوعی بازداری و درماندگی آموخته شده می‌شوند، شخصیت مطیع و آرامی پیدا می‌کنند تا امتیاز درمانی دریافت کنند و با واکنش حداکثری مراقبت پزشکی از سوی کادر درمان روبه‌رو شوند. از نظر آن‌ها بیمار خوب و دارای ویژگی‌هایی بدون اختلال روان‌شناختی بودن، کادر درمان را جهت فرایند بهبود و مراقبت آن‌ها همراه تر خواهد کرد. هم‌چنین، بیماران به سختی و با اکراه، درمان کل نگر را که نقش عوامل روان‌شناختی در طرحهای درمانی را دارای اهمیت می‌داند، می‌پذیرند زیرا بیماران مشتاق روش‌های زود بازده و سریع اثر درمانی هستند و رویکردهای روان‌شناختی روش‌هایی طولانی مدت‌اند. هم‌چنین، آن‌ها از عوامل غیر پزشکی به عنوان واقعیتی غیر عینی که فرایند درمان‌شان را واجد پیچیدگی‌های رویکرد زیستی روانی اجتماعی می‌کنند، می‌پرهیزند. افزون بر این، بیماران نگران محرمانه نماندن داده‌های شخصی‌شان هستند، شاید آن‌ها بر این باورند که این داده‌ها تصمیم‌گیری

1- Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders

2- Minnesota Multiphasic Personality Inventory

در مورد اقدام‌های پزشکی را تحت تاثیر قرار خواهد داد. هم‌چنین، آن‌ها ارزیابی خطر و احساس خطرهای متصور از ابراز علائم و نشانگان روان‌شناختی دارند. مثل زمانی که گمان می‌برند گزارشی از وضعیت روان‌شناختی به محیط‌های کاریشان ارسال خواهد شد و احتمال اخراج یا بازنشستگی را فراهم خواهد نمود. کلیه‌ی موارد فوق باورهایی است که بیماران با خود به محیط‌های درمانی می‌آورند و می‌تواند در فرایند سنجش و ارزیابی صحیح و دقیق مبتلایان به درد مزمن و در نتیجه، بهبود آن‌ها مداخله نماید.

### پیشنهاد‌های پژوهش

- پژوهشگر امیدوار است با شناخت بیشتر عوامل و اختلالات روان‌شناختی بیماران مبتلا به درد مزمن، مراکز درمانی، بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی درد، به عنوان سازمان‌های ارایه دهنده‌ی خدمات مدیریت و کنترل درد، چارچوبی مناسب برای ارزیابی دقیق مبتلایان به درد مزمن فراهم آورند. بنابراین، با توجه به تنگناهای این پژوهش به سایر پژوهشگران توصیه‌های زیر ارایه می‌شود:
- پژوهش‌هایی مشابه این مطالعه در حوزه‌ی عوامل روانی اجتماعی درد مزمن انجام گیرد.
- پژوهش‌هایی با هدف مدل‌سازی زیستی روانی اجتماعی در بیماران مبتلا به درد مزمن صورت گیرد.
- پژوهشگران به انجام پژوهش‌های طولی با هدف بررسی عوامل روانی اجتماعی درد مزمن بپردازند.
- مراکز تخصصی درد، بیمارستان‌ها و مطب‌هایی که مراجعین مبتلا به درد مزمن دارند، به بررسی و سنجش عوامل روان‌شناختی موثر در بیماری بپردازند و بر اساس یافته‌های بدست آمده از آن طرح‌های درمانی بیماران را برنامه ریزی کنند.
- ترویج فرهنگ کار تیمی و پذیرش متخصصین بین رشته‌ای در مدیریت دردهای مزمن.
- غنی‌سازی منابع نظری و در دسترس قرار دادن یافته‌های پژوهشی در مورد بیماران مبتلا به درد مزمن.
- مراکز تخصصی درد به جذب و استخدام متخصصین بین رشته‌ای همت گمارند تا برنامه‌های مدون درمانی بر اساس رویکردهای زیستی روانی اجتماعی و استانداردهای مناسب علمی شکل گیرد.

### References

- 1- Asghari Ali, Nicholas, Michael K. (2006). personality and pain-Related Belifs/ Coping Strategies: A Persopective study. *The Clinical Journal of Pain*, vol, 22, 10-18.
- 2- Canard, R., Schilling, G. (2007). The profiles of personality traits and personality disorders in chronic pain patients. *Journal of pain*, vol,132, 197-209.
- 3- Chikenti, G. & filivez, R. (2002). Compersion of psychological status of chronic pain patient and the general population. *Journal of physician*, vol, 5, 40-48.
- 4- Delavar, Ali. (2008). Research methods in human sciences. Tehran: Roshd publisher. [Persian]
- 5- Ficher-Kern, Melitta., Kapusta, Nestor D., Doring, Stephan., Horz, Susanne., Mikutta, Christian., Aigner, Martin. (2011). the relationship between personality organization and psychiatric classification in chronic pain patients. *Journal of psychopathology*, vol, 44, 21-26.
- 6- Gatchel, Robert. & Turk, Dennis. (1947). Health Psychology. Translated by Ali Asghar moghadam. Tehran: Roshd publisher (2002). [Persian]
- 7- Gatchel, Robert. & Turk, Dennis. (1996). Psychological approaches to pain management. The Guilford Press.
- 8- Gregory, Robert, J., Manring, John, & Wade, Michael. (2005). Personality traits related to chronic pain location. *Annals of clinical psychiatry*, vol, 17, 56-64.
- 9- Hardin, Kimeron N. (1999). Chronie pain Management in paul M.camic and Sara, J .Knight (eds), *Clinical Handbook of Health Psychology:A Practical Guide To Effective Interventions*, Second Edition, Seattle. Bern.Gottingen, Hogrefe and Huber Publishers.
- 10- Herrero, Ana A, Ramirez-Maestre, Carmen, Gonzalez, Vanessa. (2008). Personality, cognitive appraisal and adjustment in chronic pain patients. *The Spanish Journal of psychology*, Vol, 11, 531-542.
- 11- Janowski, K., Steuden. S., Kury, Owicz, J. (2009). Factors accounting for psychosocial functioning in patients with low back pain. *Journal of Eur Spine*, vol.10, 326-44.
- 12- Khajeh Mogehe, Nahid. (1993). Preparing primary Persian form of clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) in Tehran. M.A Theses, psychiatric Institute of Tehran. [Persian]
- 13- Malmgren - olsson, Eva-Britt, Bergdahl- gan. (2006). Temperment and Character Personality Dimensions in patients With Nonspecific Musuloskeletal Disorders. *The Clinical journal of pain*, vol.22, 625-637.
- 14- McCord, David. M., & Drerup, Lauren. C. (2011). Relative practical utility of the Minnesota multiphasic personality inventory-2 restructured clinical scales

versus the clinical scales in a choronic pain patients sample. *Journal of clinical & Experimental Neuropsychology*, vol, 33, 140-146.

15- McWilliams. A., Clara, Ian P, Murphy, Paul D.J, Cox, Brain J., Sareen, Jitender. (2008). Association between arthritis and a broad range of psychiatric disorder: Findings from a nationally representative sample. *Journal of pain*, vol, 9, 37-44.

16- Millon,T. And Davis, R .D. (2000). *Personality disorder in Modern life*.Newyork: Wiley.

17- Millon, T. (1981). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*.(Third Edition). Minneapolis,Mn:National Computer Systems.

18- Millon, T and Davis, R.D.(1996). An evolutionary Theory of Personality Disorders. In Clarkin, g.F.And Lenzenweger, M.F.(Eds). *Magor Theories of Personality Disorder*. Newyork: Guilford Press.

19- Polatin PB, Kinney RK, Gatchel RJ,Lillo, E., Mayer, TG., (1993).Psychiatric illness and chronic low back pain, *Journal of Spine*, vol, 18, 66-71.

20- Sanderson, Catherin,A., (2003). *Health psychology*. New York: Willy.

21- Sharifi, Ali. A. (2002). Normalization clinical Multiaxial Inventory(MCMI-III) in Isfahan. M.A Theses, Isfahan university.[Persian]

22- Sternbach, R. A. (1974). *Pain patient: Traits and treatment*. New York. Academic press.

23- Tayllor Shelley E. (2003). *Health Psychology*. Fifth Edition, Los Angeles, Mc Graw Hill.