



The comparison of coping styles, psychological flexibility and hope in people with chronic pain and people without chronic pain

Fatemeh Naji Matanag¹ , Nastaran Mansouriyeh^{2*}

1. Master's degree in clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

ABSTRACT

Aim and background: Chronic pain can be a complex and overwhelming experience, impacting various aspects of a person's life and functioning. The aim of this research was to compare coping styles, psychological flexibility, and hope between individuals with chronic pain and those without chronic pain.

Material and Methods: This study employed a cross-sectional descriptive analytical design, specifically a causal-comparative study. The statistical population of this research included all individuals aged 20-65 who had visited Sina Hospital and Sheikh Al Raees Clinic in Tabriz during the fall of 1401. Initially, 120 individuals (60 with chronic pain and 60 without chronic pain) were selected from the statistical population using convenience sampling. Data was collected using the Rosenstiel and Keefe's Coping Strategies Questionnaire, Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II), and Snyder Hope Scale. Data was then analyzed using multivariate analysis of variance, univariate analysis of variance, independent t-tests, and SPSS version 25.

Results: The results indicated significant differences in coping strategies, psychological flexibility, and hope between individuals with chronic pain and those without chronic pain.

Conclusion: The findings of this study highlight the necessity of adopting a multidimensional approach to understand chronic pain. Furthermore, these findings can serve as an empirical basis for the development of educational and therapeutic programs for individuals with chronic pain.

Keywords: Chronic Pain, Coping Styles, Psychological Flexibility, Hope

►Please cite this paper as:

Naji Matanag F, Mansouriyeh N [The comparison of coping styles, psychological flexibility and hope in people with chronic pain and people without chronic pain (Persian)]. J Anesth Pain 2024;14(4): 25-35.

Corresponding Author: Nastaran Mansouriyeh, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Email: n.mansoreye1984@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۲

مقایسه سبکهای مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری روانشناختی و امید در افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن

فاطمه ناجی متنق^۱، نسترن منصوریه^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۷/۲۱

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۶/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن می‌تواند تجربه‌ای پیچیده و طاقت‌فرسا باشد. چنین وضعیتی می‌تواند ابعاد مختلف زندگی و عملکرد فرد را تحت تاثیر قرار دهد. هدف این پژوهش مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری روانشناختی و امید در افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد ۲۰ تا ۶۵ ساله بود که در پاییز سال ۱۴۰۱ به بیمارستان سینا و کلینیک شیخ‌الرئیس تبریز مراجعه کرده بودند. ابتدا از جامعه آماری ۱۲۰ نفر (۶۰ فرد مبتلا به درد مزمن و ۶۰ فرد بدون درد مزمن) به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله‌ای رزنتایل و کیف، پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم و مقیاس امید شنایدر گردآوری شدند. درنهایت داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره، تحلیل واریانس تک متغیره و آزمون T مستقل و همچنین SPSS نسخه ۲۵ مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که افراد دارای درد مزمن و افراد سالم تفاوت معناداری در مولفه‌های راهبردهای مقابله با درد، انعطاف‌پذیری روانشناختی و امید دارند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر لزوم استفاده از الگوی چندوجهی را در تبیین درد مزمن نشان می‌دهند. همچنین یافته‌های این پژوهش می‌توانند مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی برای افراد دارای درد مزمن قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، راهبردهای مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری روانشناختی، امید

نویسنده مسئول: نسترن منصوریه، استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

پست الکترونیک: n.mansoreye1984@gmail.com

مقدمه

درد پدیده‌ای بسیار شایع در حوزه پزشکی است. به طوری که شکایت اصلی بیشتر مراجعان تجربه درد می‌باشد^(۱). درواقع درد را می‌توان به عنوان عاملی تنش‌زا در نظر گرفت که تقریباً توسط هر فردی در طول زندگی تجربه می‌شود. دردمزمن یکی از انواع درد است که به صورت‌های مختلف تجربه می‌شود و معمولاً بهبود آن بیش از ۶ ماه طول می‌کشد^(۲). بر اساس نتایج تحقیقات، درد مزمن درصد قابل توجهی از جمعیت جهان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به طوری که شیوع طول عمر آن برای هر فرد ۱۱-۵۵ درصد مطرح شده است^(۳) و بر اساس گزارش‌ها این شیوع رو به افزایش است. درد به عنوان تجربه‌ی حسی و هیجانی ناخوشایند که با آسیب واقعی یا بالقوه همراه است، عاملی زیستی پزشکی محسوب می‌شود. اما با توجه به محدود بودن تاثیر درمان‌های زیستی و عدم دستیابی به بهبود کامل حتی با وجود استفاده مکرر از خدمات درمانی و صرف هزینه‌های گزاف^(۴)، احتمالاً بهتر است نقش عوامل روانی و اجتماعی را نیز مورد توجه قرار دهیم و بروز و تداوم درد را نه صرفاً بر اساس الگوی زیستی بلکه بر اساس یک الگوی چند وجهی تبیین کنیم^(۵-۶). بر اساس الگوی چند وجهی زیستی-روانی-اجتماعی نه تنها درد مزمن می‌تواند منجر به افت کارکرد و ناتوانی جسمی شود و بر فعالیت‌های روزانه، تحصیلی، شغلی، اجتماعی و تفریحی تاثیر منفی داشته باشد. بلکه هر یک از پیامدهای منفی درد نیز می‌توانند در تجربه درد و تداوم آن نقش مهمی را ایفا کنند.

نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که عوامل روانشناختی به عنوان یکی از عوامل آسیب‌پذیری و عواملی که می‌توانند در تداوم درد مزمن و پیامدهای ناشی از آن سهیم باشند و روند بهبود فرد را تحت تاثیر قرار دهند محسوب می‌شوند^(۷، ۸). یکی از متغیرهای روانشناختی که احتمالاً هم در ادراک و تداوم درد و هم در کاهش پیامدهای منفی ناشی از درد و همچنین در سازگاری با درد مزمن و چگونگی واکنش نشان دادن فرد به آن نقش قابل توجهی ایفا می‌کند راهبردهای مقابله می‌باشد. مقابله به استفاده از راهبردهای شناختی و رفتاری برای

مدیریت گروهی از مقتضیات درونی و بیرونی که به عنوان معضل ارزیابی می‌شوند و فرد حل کردن آنها را فراتر از توان و امکانات خود می‌داند گفته می‌شود. راهبردهای مقابله با درد شامل شش راهبرد شناختی و یک راهبرد رفتاری می‌شوند. برخی از این راهبردها راهبردهای فعال یا انطباقی برای درد مزمن تلقی می‌شوند شامل: ادامه دادن به فعالیت بدنی علیرغم وجود درد، توجه برگردانی از درد، گفتگوی مثبت درونی، تفسیر مجدد درد، نادیده گرفتن و دعا و امیدواری می‌شوند. در مقابل، برخی از این راهبردها غیرفعال و غیرانطباقی می‌باشند که عبارتند از: کاهش فعالیت بدنی و فاجعه‌سازی. نتایج تحقیقات نشان دادند که میان راهبردهای مقابله‌ای و اختلالات روانپزشکی و سلامت روان در بزرگسالان ارتباط معناداری وجود دارد. همچنین احتمالاً راهبردهای مقابله‌ای حتی می‌توانند بیشتر از شدت درد ناتوانی جسمانی افراد را تبیین کنند^(۹). انتخاب راهبردهای غیرفعال، غیرانطباقی و ناکارآمد با احتمال مزمن شدن درد و شدت آن ارتباط دارد و می‌تواند بر پیامدهای نامطلوب درد مزمن تاثیر قابل ملاحظه‌ای داشته باشد. نتایج مطالعه‌ای اعلام کرد که راهبردهای مقابله‌ای انطباقی می‌توانند در مقابله با درد تاثیر داشته باشند و افراد می‌توانند با ارزیابی موقعیت و اتخاذ و بکارگیری سبک مقابله‌ای موثر سازگاری با درد را در خود توسعه دهند^(۱۰). اما نتایج تمام پژوهش‌هایی که در رابطه با بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای در افراد دارای درد مزمن انجام شده‌اند همسو نیستند. برای مثال برخی مطالعات گزارش کردند که از بین راهبردهای مقابله‌ای تنها راهبرد فاجعه‌آفرینی است که به عنوان عامل خطری برای سازگاری بهتر با درد مزمن شناخته می‌شود. گزارش‌ها حاکی از آن است که از میان تمام راهبردهای مقابله با درد تنها فاجعه‌سازی می‌تواند شدت درد و ناتوانی جسمی را پیش‌بینی کند^(۱۱) و استفاده یا عدم استفاده از دیگر راهبردهای مقابله با درد بر شدت درد و ناتوانی فرد تاثیر معنی‌داری ندارد. از دیگر عوامل روانشناختی تأثیرگذار، انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌باشد^(۱۲-۱۵). انعطاف‌پذیری روانشناختی که

درد، شدت درد و همچنین شدت ناتوانی جسمی و آشفتگی‌های روانشناختی فرد تاثیر بگذارند و در سازگاری بهتر با درد مزمن نقش قابل توجهی ایفا کنند. اما با توجه به محدود بودن تعداد پژوهش‌هایی که به بررسی این متغیرها در افراد دارای درد مزمن می‌پردازند و همچنین با توجه به نتایج ضد و نقیضی که از پژوهش‌های پیشین به دست آمده است، هدف این پژوهش پاسخگویی به این سوال کلی است که آیا بین سبک‌های مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری روانشناختی و امید در افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن تفاوتی وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر با توجه به نوع متغیرها و عدم دستکاری آن‌ها از نوع مطالعات علی مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه افراد ۲۰-۶۵ ساله بود که در پاییز سال ۱۴۰۱ به بیمارستان سینا و کلینیک شیخ‌الرئیس شهر تبریز مراجعه کرده بودند. از جامعه آماری نمونه‌ای به حجم ۱۲۰ نفر شامل ۶۰ فرد مبتلا به درد مزمن که دوره درد آن‌ها بیش از شش ماه طول کشیده بود و ۶۰ فرد بدون درد مزمن (از بین بستگان و همراهان افراد دارای درد مزمن که از نظر سن و جنس با گروه افراد مبتلا به درد مزمن هم‌تا شده بودند) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ملاک‌های ورود برای افراد مبتلا به دردمزمن شامل داشتن سن بین ۲۰ تا ۶۵ سال، داشتن رضایت آگاهانه، داشتن درد مزمن عضلانی اسکلتی به مدت حداقل شش ماه بود. ملاک‌های ورود برای گروه افراد بدون دردمزمن نیز داشتن رضایت آگاهانه، نداشتن هیچ‌گونه درد مزمن عضلانی اسکلتی در شش ماه گذشته، داشتن ویژگی‌های هم‌تا از نظر سن و جنس با گروه افراد دارای درد مزمن بود. ملاک‌های خروج این پژوهش شامل ابتلا به اختلالات روانی، داشتن بیماری‌های جدی و مزمن دیگر نظیر سرطان و داشتن سوءمصرف مواد یا دارو در طول پژوهش بود. پژوهش حاضر مستخرج از پایان نامه نویسنده اول و دارای کد اخلاق با

به عنوان توانایی سازگار شدن با شرایط دشوار و نامطلوب تعریف می‌شود، به افراد کمک می‌کند تا با تجربیات منفی زندگی مواجه شوند بدون اینکه تعادل خود را از دست بدهند^(۱۶). بر اساس نتایج تحقیقات، می‌توان انعطاف‌پذیری را که از طریق شش فرایند پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه ایجاد می‌شود، به عنوان عامل تاثیرگذار و پیش‌بینی کننده سلامت روان در نظر گرفت^(۱۷).

به علاوه، بررسی‌ها نشان می‌دهند که امید، به عنوان یک نیروی انگیزشی پویا که به افراد توانایی پیگیری اهداف و همچنین انگیزه لازم برای دستیابی به آن‌ها را می‌دهد، می‌تواند با شدت درد و سازگاری با شرایط و محدودیت‌های بیماری مزمنی نظیر دردمزمن رابطه داشته باشد. با توجه به تئوری امید، امید سازه‌ای شناختی و انگیزشی است که نشان دهنده ادراک فرد از توانایی خود برای ایجاد یا یافتن راهبردهایی برای دستیابی به اهداف مطلوب (تفکر رهیاب) و حفظ انگیزه برای استفاده از این راهبردها در جهت دستیابی به اهداف (تفکر عامل) می‌باشد. پژوهش‌ها رابطه‌ی بین داشتن امید و سلامت جسمانی و روانی^(۱۸) و کیفیت زندگی را تایید کرده‌اند^(۱۹).

با عنایت به مزمن بودن بیماری، شیوع بالا و رو به افزایش آن، تاثیرات منفی درد مزمن بر تمام ابعاد زندگی، محدودیت یا ناتوانی جسمی و مشکلات روانی که با تداوم درد ایجاد می‌شوند یا افزایش می‌یابند و همچنین با توجه به هزینه‌های مالی سنگینی که فرد مبتلا، خانواده وی یا دولت‌ها برای درمان و یا مدیریت این بیماری متحمل می‌شوند، ضروری است تا اقدامات درمانی مناسبی در جهت پیشگیری از مزمن شدن درد یا مدیریت درد افراد مبتلا و کاهش پیامدهای منفی ناشی از درد در این افراد صورت بگیرد. به منظور یافتن و همچنین ارائه مناسب‌ترین درمان، ابتدا نیاز به افزایش آگاهی از متغیرهای تاثیرگذار بر درد مزمن و پیامدهای ناشی از آن داریم. عوامل روانشناختی نظیر راهبردهای مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری روانشناختی و امید احتمالاً می‌توانند بر تداوم

درجه‌ای از نمره یک: به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند تا نمره هفت: همیشه در مورد من صدق می‌کند نمره‌گذاری می‌شوند. مجموع نمرات عددی بین ۷ تا ۴۹ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانشناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه‌ای بیشتر می‌باشد. بوند و همکاران همسانی درونی این پرسشنامه را ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ و پایایی آزمون باز آزمون این پرسشنامه را با فاصله زمانی سه تا دوازده ماه به ترتیب ۰/۷۹ تا ۰/۸۱ گزارش کردند^(۲۱). در نمونه ایرانی نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی باز آزمایی آن ۰/۷۱ گزارش شده است^(۲۲). همچنین پژوهش دیگری که توسط ایمانی انجام شد پایایی پرسشنامه را با روش بازآزمایی ۰/۷۱ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرد^(۲۳).

پرسشنامه امید: این ابزار توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای افراد بالای ۱۵ سال طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۲ عبارت دارد که بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. از ۱۲ عبارت ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر رهیاب و ۴ عبارت نیز انحرافی هستند و صرفاً جهت دقت آزمون می‌باشند و نمره‌گذاری نمی‌شوند. در واقع این ابزار دو مقیاس تفکر عاملی و تفکر رهیاب را اندازه‌گیری می‌کند. همسانی درونی این ابزار با آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴ الی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش شده است^(۲۴). کرمانی و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ و ضریب ملاک آن را ۰/۷۰ محاسبه کرده‌اند و ثابت کردند که این ابزار دارای اعتبار کافی برای استفاده در جامعه ایران می‌باشد^(۲۵).

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۲۷ نفر (۴۵ درصد) از شرکت کنندگان در گروه افراد دارای درد مزمن را زنان و ۳۳ نفر (۵۵ درصد) از آن‌ها را مردان تشکیل داده بودند. همچنین ۳۲ نفر (۵۳/۳ درصد) از گروه افراد بدون درد مزمن زن و ۲۸ نفر (۴۶/۷ درصد)

شناسه IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.192 می‌باشد. همچنین کلیه ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره، تحلیل واریانس تک متغیره و آزمون T مستقل و همچنین نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: به منظور بررسی راهبردهای مقابله‌ای از پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد رزنشتایل و کیف طراحی شده در سال ۱۹۸۳ استفاده شد. این پرسشنامه ۴۲ عبارتی شامل شش راهبرد مقابله‌ای شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشتن درد، فاجعه آفرینی و دعا و امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت بدنی) می‌شود. هر راهبرد از شش عبارت تشکیل شده است و آزمودنی پس از مطالعه هر عبارت با استفاده از یک مقیاس هفت درجه‌ای (صفر: هیچ و شش: همیشه) مشخص می‌نماید که در هنگام مواجهه با درد به چه میزان از هر راهبرد مقابله‌ای استفاده می‌کند. دامنه نمرات به دست آمده از این پرسشنامه ۰-۳۶ می‌باشد. نمرات بالاتر به معنای استفاده بیشتر از آن راهبرد در هنگام تجربه درد است. این پرسشنامه اولین بار توسط رزنشتایل و کیف در افراد دارای کمردرد مزمن هنجاریایی شد و ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۱ و ۰/۸۵ گزارش شد^(۲۰). در ایران نیز اصغری مقدم و گلک ضریب آلفای خرده مقیاس‌های این آزمون را بین ۰/۷۴ الی ۰/۸۳ گزارش کردند^(۱۱).

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی: پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II) رایج‌ترین ابزار مورد استفاده برای سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی به ویژه اجتناب تجربه‌ای و تمایل برای درگیری در عمل با وجود افکار و احساسات ناخواسته می‌باشد. این پرسشنامه توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۱۱ طراحی شده است و دارای هفت سوال می‌باشد. سوالات بر اساس مقیاس لیکرت هفت

علاوه با توجه به میانگین های درج شده در جدول، میزان انعطاف پذیری روانشناختی افراد با درد مزمن در مقایسه با افراد بدون دردمزمن کمتر و اجتناب تجربه ای آنها بیشتر می باشد. میزان امید افراد دارای دردمزمن نیز بطور قابل توجهی پایین تر از افراد بدون دردمزمن می باشد.

برای آزمون فرضیه اول مبنی بر اینکه سبک های مقابله ای افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن متفاوت می باشد از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری را نشان می دهد. با توجه به معنادار بودن نسبت F به دست آمده در سطح $P < 0.05$ می توان نتیجه گرفت که راهبردهای مقابله ای افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن با هم تفاوت دارد. برای بررسی این موضوع که دو گروه در کدام یک از راهبردها تفاوت معنادار دارند از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

درصد) از آن ها مرد بودند. از نظر وضعیت تاهل، ۴۵ نفر (۷۵ درصد) از شرکت کنندگان در گروه افراد دارای درد مزمن متاهل و ۱۵ نفر (۲۵ درصد) از افراد این گروه مجرد بودند. همچنین ۴۳ نفر (۷۱/۷ درصد) از شرکت کنندگان در گروه افراد بدون درد مزمن متاهل و ۱۷ نفر (۲۸/۳ درصد) از افراد این گروه مجرد بودند. میانگین سن افراد دارای درد مزمن ۴۴/۷۵ (انحراف استاندارد ۱۱/۶۸۷) و میانگین سن افراد گروه بدون درد مزمن ۴۰/۶۵ (انحراف استاندارد ۱۲/۵۵۱) بود. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه شرکت کنندگان نشان می دهد. مقایسه میانگین دو گروه نشان می دهد که میانگین افراد دارای درد مزمن در مولفه های راهبردهای مقابله ای به طور کلی پایین تر از افراد بدون درد مزمن می باشد. همچنین بر اساس نتایج مندرج در این جدول، میانگین افراد دارای درد مزمن در مولفه فاجعه آفرینی که یکی از راهبردهای ناکارآمد و غیرانطباقی می باشد نیز پایین تر از گروه افراد بدون درد مزمن است. به

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق

متغیر	افراد بدون درد مزمن		افراد با درد مزمن	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
امید	۳۴/۷۱	۴/۶۶۵	۲۱/۱۶	۷/۴۲۵
انعطاف پذیری روانشناختی	۱۵/۹۸	۷/۶۹۵	۳۰/۰۴	۹/۶۰۸
توجه برگردانی	۲۰/۳۴	۵/۹۷۷	۱۵/۸۲	۵/۴۳۳
تفسیر مجدد درد	۱۶/۹۳	۵/۷۳۳	۱۳/۹۳	۵/۷۸۲
گفتگو با خود	۱۹/۴۵	۵/۹۱۱	۱۶/۸۲	۵/۳۶۹
نادیده انگاشتن درد	۲۴/۴۳	۵/۸۲۴	۱۳/۴۲	۷/۹۵۶
فاجعه آفرینی	۲۲/۸۴	۵/۱۷۶	۱۶/۴۹	۶/۴۶۵
دعا - امیدواری	۲۳/۸۴	۳/۹۴۴	۱۶/۴۷	۶/۰۸۵

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری

اثر	آزمونها	ارزش	F مقدار	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری (P)
گروه	اثر پیلای	۰/۵۰۰	۱۵/۶۸۶	۶	۱۱۳	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۵۰۰	۱۵/۶۸۶	۶	۱۱۳	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۱/۰۰۱	۱۵/۶۸۶	۶	۱۱۳	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱/۰۰۱	۱۵/۶۸۶	۶	۱۱۳	۰/۰۰۱

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیره هر یک از مولفه‌ها

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	توجه برگردانی	۵۰۹/۰۸۶	۱	۵۰۹/۰۸۶	۱۵/۴۴۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳۵
	تفسیر مجدد درد	۲۲۳/۸۴۲	۱	۲۲۳/۸۴۲	۶/۷۵۹	۰/۰۱۱	۰/۰۶۴
	گفتگو با خود	۱۷۱/۸۲۱	۱	۱۷۱/۸۲۱	۶/۳۳۲	۰/۰۲۳	۰/۰۵۱
	نادیده انگاشت درد	۳۰۲۲/۴۹۶	۱	۳۰۲۲/۴۹۶	۶۴/۳۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹۴
	فاجعه آفرینی	۱۰۰۶/۱۹۲	۱	۱۰۰۶/۱۹۲	۳۰/۰۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳۳
	دعا - امیدواری	۱۳۵۶/۱۹۷	۱	۱۳۵۶/۱۹۷	۵۴/۰۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵۳

جدول ۴: نتایج آزمون تی مستقل جهت مقایسه انعطاف‌پذیری روانشناختی گروه افراد با و بدون درد مزمن

متغیر وابسته	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
انعطاف‌پذیری روانشناختی	-۸/۱۶۹	۱۱۸	۰/۰۰۱

جدول ۵: نتایج آزمون تی مستقل جهت مقایسه امید به زندگی گروه افراد با و بدون درد مزمن

متغیر وابسته	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
امید	۱۱/۱۲۳	۱۱۸	۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری روانشناختی و امید در افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن صورت گرفت. طبق نتایج به دست آمده بین سبک‌های مقابله‌ای افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن تفاوت وجود دارد. نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (۲۰، ۲۷-۲۶) همسو هستند. درد یکی از چالش‌های درمانی از گذشته دور تا به امروز است. همچنین درد تجربه‌ای ناخوشایند است که با آسیب بالقوه یا واقعی مرتبط می‌باشد. تجربه درد از هر نوعی که باشد می‌تواند یک عامل فشارزا محسوب شود و ابعاد مختلفی از زندگی فردی، اجتماعی، شغلی و تحصیلی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. پژوهشگران معتقدند که راهبردهای مقابله با درد می‌توانند هم ادراک افراد از شدت درد و هم توانایی آنها برای مدیریت و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت‌های روزمره علیرغم وجود درد را تحت تاثیر قرار دهند. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت فرد زمانی که دچار بیماری یا درد حاد می‌شود

بر اساس نتایج جدول ۳ تفاوت راهبردهای مقابله در دو گروه افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن در سطح $P < 0.05$ معنادار می‌باشد. بنابراین فرضیه اول محقق تایید می‌شود و می‌توان گفت سبک‌های مقابله‌ای افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن متفاوت می‌باشد.

برای تحلیل فرضیه دوم مبنی بر اینکه انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن تفاوت دارند از آزمون T مستقل استفاده شد. نتایج آزمون T مستقل در جدول ۴ نشان دهنده‌ی این است که تفاوت انعطاف‌پذیری روانشناختی بین دو گروه معنادار می‌باشد ($P < 0.05$).

برای تحلیل فرضیه سوم مبنی بر اینکه امید در افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن متفاوت است از آزمون T مستقل دو گروهی استفاده شد. بر اساس نتایج جدول ۵ تفاوت معناداری در متغیر امید به زندگی در بین گروه افراد دارای درد مزمن و گروه افراد بدون درد مزمن وجود دارد ($P < 0.05$).

درد، ناتوانی و اختلال عملکرد رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد^(۳۱). داشتن انعطاف‌پذیری به طور کلی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده سلامت جسمی و روانی^(۳۲) و تحمل بیشتر می‌باشد^(۳۶) و داشتن گرایش به پذیرش می‌تواند باعث کاهش رفتارهای اجتنابی، افزایش اثربخشی درمان‌ها^(۳۲) و مدیریت بهتر درد شود^(۳۷).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که امید در افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن تفاوت دارد. پژوهشی که امید را در افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن مقایسه نماید طی جستجو محقق یافت نشد. اما می‌توان نتیجه این پژوهش را با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو دانست^(۱۸-۱۹، ۳۸-۳۹). در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت به طور کلی ابتلا به یک بیماری مزمن نظیر درد مزمن که تحمل دردهای طولانی مدت، گیر افتادن در وضعیتی تحلیل برنده و طاقت فرسا، ایجاد یا افزایش مشکلات در ابعاد مختلف زندگی، کاهش فعالیت‌های دلخواه، محدود شدن حرکات یا ناتوانی جسمی و به دنبال آن وابستگی به دیگران برای دریافت کمک، وابستگی به دارو و همچنین صرف هزینه‌های گزاف را برای فرد تداعی می‌کند، از طرفی شکست در دستیابی به درمان قطعی و بهبود کامل می‌تواند فرد را دچار ناامیدی کند. ناامیدی خود به تنهایی می‌تواند فرد را دچار مشکلات روانشناختی متعددی کند. به نظر می‌رسد که داشتن امید می‌تواند در ادراک شدت درد، سازگاری با درد مزمن و پیامدهای منفی بی‌شمار آن و همچنین در فرایند بهبود و توانبخشی افراد مبتلا تاثیر داشته باشد. نتایج تحقیقات پیشین نشان دادند که امید می‌تواند با سازگاری بهتر با شرایط بیماری‌های مزمن و همچنین بهزیستی روانی بهتر و پریشانی روانی کمتر رابطه داشته باشد^(۱۸). احتمالاً افرادی که امید بیشتری دارند در برابر درمان‌های طولانی مدت تحمل و مقاومت بیشتری از خود نشان می‌دهند^(۳۸). به علاوه به نظر می‌رسد که امید به عنوان پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی^(۳۹) با کیفیت زندگی بهتر مرتبط باشد^(۱۹). محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از نمونه‌گیری در

شاید بتواند زمان اتمام بیماری یا درد را پیش‌بینی نماید. اما هنگامی که درد با وجود مراجعه مکرر فرد به پزشک و استفاده از خدمات درمانی و مصرف داروهای مسکن تسکین نمی‌یابد و برای ماه‌ها یا سالها ادامه می‌یابد، ممکن است فرد مبتلا را به سمت دلسردی، یاس و ناامیدی سوق دهد. در چنین شرایطی فرد ممکن است از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد استفاده نماید. استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد؛ غیرفعال و یا غیرانطباقی با خودمدیریتی درد^(۲۸)، ناتوانی جسمی، شدت درد تجربه شده، اختلالات روانی و سلامت روان مرتبط هستند^(۲۹، ۱۱). از طرفی نتایج پژوهشی ثابت کرد که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد می‌تواند با سازگاری با درد مزمن ارتباط داشته باشد^(۱۰).

نتایج به دست آمده نشان دادند که بین انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد دارای درد مزمن و افراد بدون درد مزمن تفاوت وجود دارد. اگرچه در زمینه مقایسه انعطاف‌پذیری روانشناختی در دو گروه افراد مبتلا به درد مزمن و افراد بدون درد مزمن پژوهش‌چندانی یافت نشد. ولی می‌توان نتایج به دست آمده را با یافته‌های پژوهش‌های پیشین^(۳۰-۳۳) همسو دانست. برای تفسیر این یافته‌ها می‌توان به رابطه پذیرش و اجتناب با بیماری‌های مزمن مثل درد مزمن توجه نمود. تلاش برای سرکوب یا کنترل حس‌های ناخوشایند نظیر حس‌های ناخوشایند بدنی و عدم پذیرش آنها منجر به افزایش میزان فراوانی تجربه‌ی آن حس ناخوشایند و نیز افزایش فشار روانی تجربه شده و پریشانی فرد می‌شود. پس می‌توان چنین برداشت کرد که به احتمال زیاد اجتناب تجربه‌ای مفرط از درد مزمن با تشدید درد^(۳۴-۳۵) و تجربه هیجانات منفی و پیامدهای منفی بیشتر نظیر ناتوانی ارتباط داشته باشد. همچنین احتمالاً پذیرش بیشتر به عنوان نقطه مقابل اجتناب تجربه‌ای با کاهش شدت درد تجربه شده، ادامه فعالیت‌های روزمره با وجود درد، داشتن احساس کنترل و تحمل بیشتر و پیامدهای منفی کمتر رابطه داشته باشد. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان دادند که بین انعطاف‌پذیری روانشناختی و پذیرش درد با تاب‌آوری افراد مبتلا به درد مزمن^(۳۰) و شدت

تر از افراد بدون دردمزن می باشد. با توجه به اینکه مطالعه در زمینه تاثیر عوامل روانشناختی بر بیماری‌های مزمن نظیر درد مزمن در آغاز راه هستند. یافته‌های این پژوهش می‌تواند تقویت کننده نظریه‌های موجود و الهام‌بخش نظریه‌های جدید گردند. به علاوه یافته‌های این پژوهش می‌تواند مبنی تجربی مناسب برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی جهت تقویت مولفه‌های روانشناختی، بهبود مشکلات روانشناختی مرتبط با درد، همچنین سازگاری با درد در افراد دارای درد مزمن قرار گیرند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این پژوهش از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

دسترس و غیر تصادفی و همچنین استفاده از ابزار خود گزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها بود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی دیگر جوامع آماری نیز انجام شود و نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد. همچنین استفاده از طرح طولی و بلند مدت و انجام پژوهش‌های مشابه در مناطق دیگر یا با استفاده از ابزارهای سنجش متفاوت همانند مصاحبه بالینی پیشنهاد می‌شود.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که سبک‌های مقابله‌ای افراد دارای دردمزن و افراد بدون دردمزن متفاوت است و افراد مبتلا به دردمزن نسبت به افراد بدون دردمزن هنگام مواجهه با درد کمتر از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد استفاده می‌کنند. همچنین افراد دارای دردمزن در مقایسه با افراد بدون دردمزن دارای انعطاف‌پذیری روانشناختی کمتر و اجتناب تجربه‌ای بیشتر می‌باشند. به علاوه یافته‌ها نشان داد که میزان امید به زندگی افراد مبتلا به درد مزمن پایین

References

1. D. Turk, D. Meichenbaum, M. Genest. Pain and Behavioral medicine: A Cognitive Behavioral Perspective. New York and London: The Guilford press; 1983, 452pp.
2. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. Pain 1979 Jun; 6(3): 249.
3. Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Iwaki R, Kawata H, Sawamoto R, et al. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: The Hisayama study. MBC Psychiatry 2015 July 31; 15:181.
4. Karttunen NM, Turunen J, Ahonen R, Hartikainen S. More attention to pain management in community-dwelling older persons with chronic musculoskeletal pain. Age Ageing 2014 Nov; 43(6):845-50.
5. Volkow N.D & McLellan A T. Opioid abuse in chronic pain-misconceptions and mitigation strategies. New England Journal of Medicine 2016 Mar 31; 374(13): 1253- 63.
6. Lysne CJ, Wachholtz AB. Pain, Spirituality, and meaning making: What can we learn from the literature? Religions 2011; 2(1):1-16
7. Wertli MM, Burgstaller JM, Weiser S, Steurer J, Kofmehl R, Held U. Influence of catastrophizing on treatment outcome in patients with non-specific low back pain: a systematic review. Spine (Phila Pa 1976) 2014 Feb 1; 39(3): 263-73.
8. Foster NE, Thomas E, Bishop A, Dunn KM, Main CJ. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. Pain 2010 Mar;148(3):398-406.
9. Sullivan MJL, Stanish W, Waite H, Sullivan M, Tripp DA. Catastrophising, Pain and disability in patients with soft tissue injuries. Pain 1998 Sep; 77(3):253-260.
10. Mahmoud Alilou M, Pak R, Mahmoud Alilou A. [The Mediating role of coping strategies and emotion regulation in the relationship between pain acceptance and pain-related anxiety (Persian)]. Journal of clinical psychology in medical setting 2022 Feb 22; 1-14.

11. Asghari Mogaddam M, & Golak N. [The role of coping strategies with pain in adaptation to chronic pain(Persian)]. *Daneshvar Journal of Behaviour* 2005;12(10):1-23.
12. Almarzooqi S, Chilcot J, & McCracken LM. The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2017; 6(2):239-243.
13. McCracken L M. Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain* 1998; 74(1):21-27.
14. McCracken LM, Barker E & Chilcot J. Decentering, rumination, cognitive defusion, and psychological flexibility in people with chronic pain. *Journal of Behavioral medicine* 2014 Dec; 37(6):1215-25.
15. Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van Houdenhove B & De Corte W. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain* 2003Nov; 106(1-2):65-72.
16. González-Fernández S, Fernández-Rodríguez C, Mota-Alonso MJ, García-Tejido P, Pedrosa I & Pérez-Álvarez M. Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European journal of oncology nursing* 2017 Oct; 30: 75-83.
17. Kobylinska D and Kusev P. Flexible emotion regulation: How Situational Demands and Individual Differences Influence the Effectiveness of Regulatory Strategies. *Frontiers in psychology* 2019 Feb1; 10:72.
18. Long N G, Kim S, Chen Y, Wilson M F, Worthington Jr EL, VanderWeele TJ. The role of Hope in subsequent health and well-being for older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Global Epidemiology* 2020 Nov; 2:100041.
19. Shoa kazemi M, Momeni javid M. [Relationship between quality of life & hope in Breast cancer patients after surgery(Persian)]. *Ijbd* 2009; 2(3-4) :20-27
20. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983 Sep; 17(1):33-44.
21. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behaviour therapy* 2011 Dec; 42(4):676-88.
22. Abbasi E, Fti L, molodi R & Zarrabi H. [Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire_II(Persian)]. *Psychological methods and models* 2012; 2(10):65-80.
23. Imani M. [Factor structure of psychological flexibility questionnaire in students(Persian)]. *Journal of Educational Studies and Learning* 2016; 8(1):162-81
24. Snyder CR, Harris C, Anderson, JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Personality social psychology* 1991 Apr; 60(4):570-85.
25. Kermani Z, Khodapanahi M, Haidari M. [Psychometric Specifications of Snyder hopes scale(Persian)]. *J Applied Psychology* 2011; 5(3):7-21
26. Dehestani M (M.A), Mirzaian B (PhD), Saadat P (M.D). [Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on pain coping strategies and self-efficacy in patients with chronic neuropathic pain(Persian)]. *Koomesh* 2019; 21(3): 470-476.
27. Bucourt E, Martailé V, Goupille Ph, Joncker-Vannier. I, Huttenberger B, Réveillère Ch, et al. A Comparative Study of Fibromyalgia, Rheumatoid Arthritis, Spondyloarthritis, and Sjögren's Syndrome; Impact of the Disease on Quality of Life, Psychological Adjustment, and Use of Coping Strategies 2021 Feb 23; 22(2):372-381.
28. Bazyari meimand M, Alipour A, Poladi reishahri A, Habibi asgarabadi M. [Effect of chronic and recurrent pain on the self-management of chronic spinal pain: Moderator role of pain self-efficacy and catastrophic thoughts(Persian)]. *JAP* 2017; 8 (1) :60-77.
29. Bradson ML, Cadden MH, Gutty ET, Riegler KE, Thomas GA, Graham-Engeland JE, et al. Coping Style Moderates the Effect of Pain on Depression Symptoms in Multiple Sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2022 Oct19; 37(7): 1515-1526.
30. Aghayousefi AR, Tarkhan M, Mohammadi N, Afshar H. [The role of psychological inflexibility and pain acceptance in predicting of resiliency in

- chronic pain patients(Persian)]. Health psychology 2016May 24; 1(17)
31. Mesgarian F, Asghari Moghadam MA, Shaeiri MR, Broumand A, Maroufi N, Ebrahimi Takamjani I, et al. [The relation between acceptance of pain and reduced pain intensity and disability among chronic pain patients(Persian)]. Behavioral science research 2012; 10(3).
 32. Firoozi M, Edalatmehr Z. [Psychological Factors effect on feedback to pain and chronic low back pain treatments: confrontation or withdrawal of pain?(Persian)] JAP 2019; 10 (1): 50-62.
 33. Hardy J, Segerstrom SC. Intra-individual variability and psychological flexibility: Affect and health in a National US sample. Journal of research personality 2017; 69:13-21.
 34. McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model: a basis of integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. J Pain 2014 Mar; 15(3): 221-234.
 35. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. Pain 2012 Jun; 153(6): 1144-1147.
 36. Feldner MT, Hekmat H, Zvolensky MJ, Vowles KE, Secrist Z & Leen-Feldner EW. The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. Journal of Behaviour Therapy and Experiential Psychiatry 2006 Jun; 37(2):146-58.
 37. McCracken LM, Sato A & Taylor GJ. A trial of a brief group-based form of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain in general practice. Pilot outcome and process results. The journal of pain 2013 Nov; 14(11):1398-406.
 38. Abdi N, Taghdisi MH, Naghdi S. [The effect of hope promoting intervention on cancer patients a case study in sanandaj, Iran in 2007(Persian)]. Armaghane Danesh J 2009; 3(55):24-34.
 39. Shakeri Nia I.[Effect of Social Assists and Hopefulness in Elderly Health Status with Chronic Pain(Persian)]. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2012; 7 (1): 7-15.