

رابطه ی ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران درد مزمن

منوچهر ازخوش^۱ و لعلیا نوبخت^۲

درد مزمن، یکی از مشکلات مهم سلامت محسوب می‌شود که بر استرس و اضطراب تاثیر منفی می‌گذارد. هدف این پژوهش تعیین رابطه‌ی ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران درد مزمن و مقایسه‌ی آن با افراد عادی بود. بدین منظور طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، ۱۴۰ بیمار با تشخیص درد مزمن و ۱۴۴ فرد غیربیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس، از کلینیک درد انتخاب و از نظر ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه‌ی ذهن آگاهی با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در گروه درد مزمن، منفی و معنادار است در حالی که این رابطه در گروه عادی معنادار نیست اما، بین ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار در هر دو گروه، رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج آزمون Z فشر برای دو گروه تفاوت معناداری در راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار نشان نداد. این نتایج نشان می‌دهد افرادی که ذهن آگاهی بالاتر دارند، چه در گروه درد مزمن و چه در گروه غیربیمار، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار استفاده می‌کنند. از آنجایی که ذهن آگاهی به عنوان یک خصیصه در طول عمر فرد نسبتا ثابت است، می‌توان از آن به عنوان یک راهکار پیشگیرانه استفاده کرد تا افراد از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار بیشتری استفاده کنند، موضوعی که می‌تواند سلامت روانی و کیفیت زندگی فرد را پیش‌بینی کند.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، راهبردهای مقابله‌ای، درد مزمن

مقدمه

درد، یکی از چالش‌های درمانی از گذشته تا به امروز بوده است. درد، تجربه‌ی حسی و احساسی نامطلوب است که با آسیب بالقوه یا بالفعل بافتی مرتبط است (انجمن بین‌المللی مطالعات درد، ۲۰۱۲) و هر انسان، در طول زندگی‌اش ممکن است یک تا چندین بار درد را تجربه کند. این درد از هر نوعی که باشد، علاوه بر احساس ناخوشایندی که ایجاد می‌کند، بر زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی فرد

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران (نویسنده ی مسول) la.nobakht@gmail.com

تاثیر می‌گذارد (ادوارد، دلی، فلینگیم و لوری، ۲۰۰۱؛ بیتز و رنکین- هیل، ۱۹۹۴؛ موریس، ۱۹۹۱). درد حاد، به دلیل این که زمان کمتری از درد مزمن طول می‌کشد، تاثیرات نامطلوب کمتری روی فرد دارد، به علاوه درمان‌هایی برای آن ایجاد شده است که تا حدود زیادی موثر است ولی درد مزمن به دلیل طولانی‌تر شدن دوره‌ی درد و عدم وجود درمان کامل برای آن، تاثیر زیادی روی مولفه‌های ذکر شده دارد (آگاه، مومن‌زاده و صادقی، ۲۰۰۵). پیدا کردن راهکاری برای درمان درد، یکی از چالش‌های پزشکان بوده و هست و امروزه علاوه بر پزشکان، روان‌شناسان نیز در پی یافتن راه حلی برای پیشگیری، مدیریت و درمان این مشکل هستند (ترک و گچل، ۲۰۱۳).

روش‌های متعدد روان‌شناختی، مانند روش‌های مختلف شناختی- رفتاری، سعی در مدیریت و کاهش اثرات جانبی درد مزمن داشته‌اند. کابات‌زین (۱۹۸۲) سعی کرد با استفاده از روش‌های مراقبه‌ی شرق راهکاری برای کمک به افراد با درد مزمن پیدا کند. این روش سعی دارد با ذهن‌آگاه کردن افراد به آن‌ها کمک کند که درد را مدیریت کنند و تاثیر کمتری بر زندگی‌شان تحمل کنند. این روش برای استرس، افسردگی، اضطراب (دهستانی، ۲۰۱۵؛ آقاییوسفی، اورکی، زارع و ایمانی، ۲۰۱۳) و دیگر اختلالات و مشکلات، استفاده شده است.

پژوهش بایو، زو و کونگ (۲۰۱۵) نیز نشان داده‌است که افراد در درجه ذهن‌آگاهی با یکدیگر متفاوتند و برخی از افراد نسبت به برخی دیگر ذهن‌آگاه‌ترند (کارمودی، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد اگر افراد بتوانند از راهبردهای مقابله‌ای صحیح استفاده کنند، بهتر می‌توانند درد خود را مدیریت کنند. هرچند که کارآمدی راهبردهای مقابله‌ای بسته به شرایطی است که فرد در آن قرار دارد ولی در شرایط درد، راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار، بسیار کارآمدتر و سازگارانه‌تر محسوب می‌شود (کلینیکه، ۱۹۹۱)؛ علاوه بر این، بین راهبردهای مقابله‌ای و ذهن‌آگاهی نیز رابطه وجود دارد. به‌عنوان مثال، نریمانی، زاهد و گل‌پور (۲۰۱۲) در پژوهش خود به این مساله دست‌یافته‌اند که ذهن‌آگاهی با راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار، رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار و با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، رابطه‌ی منفی و معنی‌داری دارد. حال اگر انسان‌هایی که ذهن‌آگاه‌تر اند، با وجود درد مزمن، باز هم ذهن‌آگاهی بالاتری داشته باشند، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار و کمتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده خواهند کرد. این رابطه می‌تواند روی بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند سلامت روان و کیفیت زندگی تاثیر داشته باشد (حمدی‌نژاد و مرادی، ۲۰۱۴). با توجه به آنچه گفته شد، هدف این پژوهش تعیین رابطه‌ی ذهن‌آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران درد مزمن و مقایسه‌ی آن با افراد عادی بود.

روش

جامعه ی آماری این پژوهش، شامل بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های شهر تهران و افراد بدون تشخیص درد بود. از هر یک از این دو جامعه ۱۴۴ نفر به صورت داوطلبانه و به روش نمونه‌گیری دردسترس، انتخاب شدند. ملاک ورود در گروه بیماران درد مزمن سن بالای ۲۰ سال و حداقل شش ماه وجود درد بود. گروه غیربیمار براساس ویژگی‌های جمعیت-شناختی گروه بیمار، همتا شدند. آزمودنیها بعد از اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش، با پرسشنامه ی پنج وجهی ذهن آگاهی^۱ و راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن^۲ مورد ارزیابی قرار گرفتند. پرسشنامه ی پنج‌وجهی ذهن آگاهی توسط بایر، هاپکینز، اسمیت، کریتمیر و تونی در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در مقیاس لیکرت (از هرگز= ۱ تا همیشه= ۵) انجام می‌شود. این پرسشنامه دارای ۳۹ عبارت و ۵ خرده مقیاس است که عبارتست از: مشاهده^۳ (شامل توجه به محرک‌های بیرونی و درونی، مانند مشاهده ی احساسات، شناخت، هیجان، صداها و بوها)، عمل توأم با هوشیاری^۴ (انجام کاری با حضور کامل در لحظه است. این حضور در تضاد کامل با انجام کار و عمل خود به خودی است که ذهن فرد معمولاً جای دیگری است)، غیرقضاوتی بودن^۵ (عدم قضاوت به افکار و احساسات و تنها آگاهی به آنها)، توصیف^۶ (مربوط به توانایی نام‌گذاری تجربه‌های بیرونی، با استفاده از کلمات) و غیرواکنشی بودن^۷ (عدم واکنش در برابر تجارب درونی است و اینکه به افکار و احساسات اجازه داده شود تا بدون اینکه فرد در آنها گیر کند، رفت و آمد داشته باشد) (حیدری‌نسب، احمدوند و شعیری ۲۰۱۳). بایر و همکاران (۲۰۰۶)، ضریب آلفا را برای خرده مقیاس‌های غیرواکنشی بودن، توصیف، مشاهده، عمل توأم با هوشیاری و غیرقضاوتی بودن به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۹۱، ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. حیدری‌نسب و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پژوهشی روی نمونه‌های غیربالینی ایرانی اعتبار (ضرایب اعتبار آلفا بین ۰/۸۳ - ۰/۵۵) و روایی مناسب را گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب اعتبار نمره ی کل این پرسشنامه برای پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۲ به دست آمد و دهقانی، اسماعیلیان، اکبری، حسنونند و نیک‌منش (۲۰۱۵) همسانی درونی آن را مطلوب (۰/۸۱) تا (۰/۹۳) گزارش کردند.

1. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
2. Coping Strategies Questionnaire (CSQ)
3. Observation
4. Act with awareness

5. Non-judging
6. Description
7. Non-reaction

پرسشنامه ی راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن، توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۸) برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای ساخته شده است. این پرسشنامه، دارای ۶۶ سوال است که به روش لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای ۸ زیر مقیاس است که در دو دسته‌ی راهبردهای مساله‌محور^۱ شامل جستجوی حمایت اجتماعی، مسوولیت‌پذیری، مساله‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت؛ و راهبردهای هیجان‌محور^۲ شامل مقابله‌ی مستقیم، دوری‌گزینی، گریز اجتناب و خویش‌داری می‌شود (آقایوسفی، چوبساز، شقاقی و مطیعی، ۲۰۱۲). ضریب همبستگی درونی آن برابر با ۰/۷۵ و پایایی خرده مقیاسها از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹. برای ارزیابی مجدد گزارش شده است (معمارسانی، ۲۰۰۹؛ از آقایوسفی و همکاران، ۲۰۱۲). در این پژوهش، آلفای کرونباخ برای راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار برابر ۰/۸۱ و برای راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار برابر ۰/۷۳ بدست آمد.

برای بررسی رابطه ی ذهن‌آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای از روش همبستگی استفاده شد سپس، ضرایب همبستگی دو گروه با Z فیشر مورد بررسی قرار گرفت تا مشخص شود، آیا این ضرایب در دو گروه یکسان است یا تفاوت دارد. داده ها بوسیله ی بیست و یکمین ویرایش نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مولفه های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

مقیاس‌ها		گروه درد مزمن		گروه غیربیمار	
	M	sd	M	sd	M
ذهن‌آگاهی	۱۲۴/۷۵	۱۵/۱۶	۱۲۳/۲۷	۱۳/۲۲	
راهبردهای مساله‌مدار	۵۸/۶۶	۸/۳	۶۰/۰۱	۸/۰۶	
راهبردهای هیجان‌مدار	۵۷/۹۳	۸/۲۶	۵۷/۶۷	۸/۷۴	

جدول ۱، نشان می‌دهد که میانگین‌های هر دو گروه تقریباً با هم برابر هستند. همچنین، مقایسه‌ی انحراف استاندارد در گروه‌ها نشان می‌دهد که بیماران درد مزمن نسبت به گروه غیربیمار، پراکندگی

بیشتری (۱۵/۹۶) را در مقیاس ذهن آگاهی دارند. در دو مقیاس دیگر، یعنی راهبردهای مقابله‌ای مساله-مدار و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، پراکندگی در دو گروه نسبتاً یکسان است. برای بررسی اینکه آیا افراد ذهن آگاه در زمان درد مزمن نیز می‌توانند از راهبردهای مقابله‌ای استفاده کنند یا خیر، از آزمون همبستگی استفاده شد. جدول ۲، این همبستگی را در دو گروه درد مزمن و گروه همتا نشان می‌دهد.

جدول ۲. خلاصه ی نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیرها	ذهن آگاهی	هیجان‌مدار	مساله‌مدار
درد مزمن (N=۱۴۰)	۱		
راهبردهای هیجان‌مدار	-۰/۳۰۲**	۱	
راهبردهای مساله‌مدار	۰/۲۹۱**	۰/۲۷۵**	۱
غیربیمار (N=۱۴۴)	۱		
راهبردهای هیجان‌مدار	-۰/۰۷۱	۱	
راهبردهای مساله‌مدار	۰/۴۴**	۰/۳۰۸**	۱

*p < ۰/۰۱

با توجه به ضرایب به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که در گروه درد مزمن، ذهن آگاهی با راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار همبستگی مثبت و معنادار و با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار همبستگی منفی و معنادار دارد ($p < ۰/۰۵$)، اما، در گروه غیربیمار رابطه ی بین ذهن آگاهی با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار منفی و از لحاظ آماری معنادار نیست؛ در حالی که این رابطه در مورد راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار مثبت و معنادار و از مقدار این ضریب در گروه بیماران درد مزمن بیشتر است.

به منظور دستیابی به نتایج دقیق‌تر در مورد فرضیه ی پژوهش، ضرایب همبستگی بین ذهن آگاهی با راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار در دو گروه بیماران درد مزمن و افراد عادی بر اساس آزمون Z فیشر با یکدیگر مقایسه شد تا مشخص شود آیا مقدار این ضرایب در گروه بیماران درد مزمن بیشتر یا کمتر از افراد عادی است. با توجه به اینکه هم در گروه درد مزمن و هم در گروه غیربیمار ذهن آگاهی با راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار همبستگی مثبت و معنادار دارد، می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه ی اصلی تحقیق به گونه جامع‌تری تایید می‌شود اما، همبستگی بین دو متغیر ذهن آگاهی با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار تنها در گروه بیماران با دردمزمن معنادار است و این رابطه بین افراد عادی وجود ندارد.

نتایج محاسبه ی آزمون Z فیشر در مورد مقایسه ی ضرایب همبستگی بین ذهن آگاهی با راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار نشان داد که نمره ی Z فیشر در گروه غیربیمار ($Z_T=0/472$; $SE_{Z_T}=0/0842$) بیشتر از گروه بیمار ($Z_T=0/3$; $SE_{Z_T}=0/0854$) بود. مقدار نهایی Z فیشر برای مقایسه ی همبستگی این دو گروه برابر با $1/44-$ به دست آمد که از لحاظ آماری معنادار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که میزان همبستگی بین ذهن آگاهی با راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار دو گروه با یکدیگر متفاوت نیست.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تعیین رابطه‌ی ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران درد مزمن و مقایسه‌ی آن با افراد عادی بود. یافته‌ها نشان داد که بین ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در بیماران درد مزمن، رابطه ی منفی و معنادار وجود دارد که در گروه غیربیمار، این رابطه منفی است ولی معنادار نیست؛ همچنین بین ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار، هم در گروه بیمار و هم گروه غیربیمار، رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد. به گونه‌ای دیگر، هرچه افراد ذهن آگاه‌تر باشند، از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند و کمتر رو به استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار می‌آورند؛ بنابراین می‌توان گفت که افراد با درجه ی ذهن آگاهی بالا، با وجود درد مزمن باز هم بیشتر از راهبردهای مساله‌مدار استفاده می‌کنند.

این یافته‌ها، با نتایج پژوهش‌های نریمانی و همکاران (۲۰۱۲)، وینستن، براون و ریان (۲۰۰۹)، توماس (۲۰۰۵)، پالمرو و راجر (۲۰۰۹) همسو است؛ البته تمام این پژوهش‌ها روی افراد عادی انجام شده و شرایط درد در نظر گرفته نشده است. همچنین، پژوهش در بیماری‌هایی که یکی از اثرات جانبی آن‌ها دردمزمن است، انجام شده است؛ مثلاً، لیند، دلمار، نیلسن (۲۰۱۴) روی بیماران شبه‌جسمی و حمدی-نژاد و مرادی (۲۰۱۴) روی بیماران سرطانی؛ بنابراین، این پژوهش‌ها می‌تواند تاییدی دوباره روی نتایج یافته‌های پژوهش حاضر باشد که شاید بتوان گفت دردمزمن نتوانسته است تاثیری بر رابطه ی ذهن آگاهی با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای داشته باشد.

برخلاف نتایج بالا، پژوهش کانگ و او (۲۰۱۲) روی دو گروه بیماران مبتلا به سرطان پستان و گروه تحت درمان نشان داد که بین این دو گروه در اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار تفاوت وجود دارد و گروه تحت درمان (مشابه گروه غیربیمار پژوهش حاضر)، کمتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان-مدار استفاده می‌کنند در حالی که یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد، با وجود تفاوتی که بین این دو گروه در رابطه‌ی ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار وجود دارد اما، در گروه غیربیمار

(مشابه گروه تحت درمان) همبستگی معنی داری بین راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و ذهن‌آگاهی وجود ندارد؛ بنابراین این قسمت از یافته‌ها با نتایج حاضر همسو نیست.

نمونه‌ی پژوهش حاضر و پژوهش کانگ و او (۲۰۱۲) از نظر کنترل درد مزمن شبیه به هم هستند اما دو تفاوت اساسی با هم دارند؛ اول اینکه آن‌ها در پژوهش خود، تنها به یک بیماری پرداخته‌اند و سایر انواع بیماری‌هایی که می‌تواند درد مزمن ایجاد کند (درد مزمن، جزیی از عوارض جانبی این بیماری‌ها باشد) را در نظر نگرفته‌اند اما، در پژوهش حاضر، نوع بیماری مطرح نبوده و تنها معیار ورود همان مساله‌ی درد بوده است؛ به عبارت دیگر، این که چه عامل/عواملی (نوع بیماری) سبب شده است که فرد دچار درد مزمن شود، مطرح نبوده است و دوم این که پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درد، یک مساله‌ی فرهنگی است و در قومیت‌های مختلف، نحوه‌ی ادراک و تفسیر آن متفاوت است. برخی فرهنگ‌ها، در مورد ادراک و ابراز درد دید محدود کننده‌ای دارند و تحمل آن را تشویق می‌کنند و در برخی فرهنگ‌ها برعکس آن است (ادوارد و همکاران، ۲۰۰۱؛ کلینیکه، ۱۹۹۱). این دو پژوهش از نظر فرهنگ نیز با یکدیگر متفاوت بوده‌اند؛ بنابراین می‌توان گفت، علت تفاوت در یافته‌های این دو پژوهش می‌تواند به این دو دلیل باشد؛ یعنی مساله‌ی زمینه ساز درد و عامل فرهنگ.

آنچه در بالا مطرح شده این است که در افراد درد مزمن ذهن‌آگاهی با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه‌ی مثبت و معنی دار و با راهبردها مقابله‌ای هیجان‌مدار، رابطه‌ی منفی و معنی داری دارد؛ به عبارت دیگر، هرچه افراد ذهن‌آگاه‌تر باشند، از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار بیشتر و از راهبردهای هیجان‌مدار، کمتر استفاده می‌کنند. براساس متون ذهن‌آگاهی، افراد ذهن‌آگاه مسایل و رویدادها را قضاوت نمی‌کنند، صبور هستند، به رویدادها و مسایل پیش رو طوری نگاه می‌کنند که گویی برای نخستین بار با آنها رو به رو شده‌اند؛ به عبارت دیگر، به جای این که بی‌تفاوت نسبت به هر رویدادی بگذرند و یا بر اساس تجارب قبلی، واکنش زیادی از خود نشان بدهند، سعی می‌کنند که هر بار به رویدادها به شیوه‌ی جدید بنگرند؛ به خودشان و احساساتشان اعتماد دارند، خود را همانگونه که هستند می‌پذیرند (کابت زین، ۲۰۰۵) واقعیات درونی و بیرونی را بدون تحریف ادراک می‌کنند، توانایی زیادی در مواجهه با انبوهی از تفکرات و هیجانات دارند (براون و ریان، ۲۰۰۳)، به رویدادها با تفکر و تأمل پاسخ می‌دهند (امانویل، اپدگراف، کالمباخ و سیسلا، ۲۰۱۰) و در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره، توانا تر هستند (هولیس - واکر و کولوسیمو، ۲۰۱۱).

تمام این‌ها و ویژگی‌های دیگری از این دست در مورد افراد ذهن‌آگاه نشان می‌دهد که این افراد به دنبال فرار از رویدادها و مشکلات نیستند بلکه سعی می‌کنند که هر مساله و مشکلی را بپذیرند و آن را

به شیوه‌ی نو و جدید تجربه کنند. بر اساس آنچه در ادبیات راهبردهای مقابله‌ای آمده است، دوری گزینی و فرار-اجتناب، دو نوع از انواع راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار است که طبق آنچه گفته شد این که افراد ذهن‌آگاه از این راهبرد مقابله‌ای کمتر استفاده کنند، توجیه پذیر است. از سوی دیگر انسان‌ها معمولاً رویدادهای جدید را بر اساس تجارب قبلی خود قضاوت می‌کنند و برچسب خوب یا بد می‌زنند؛ بنابراین، اگر در موقعیتی یک بار شکست بخورند، احتمالاً همیشه خود را شکست خورده می‌پندارند.

علاوه بر این، افرادی که ذهن‌آگاه نیستند، تمایل دارند در فرآیندهای پردازشی خودکار درگیر شوند و کمتر به لحظه‌ی کنونی توجه می‌کنند. این مساله در بیماران درد مزمنی که ذهن‌آگاه نیستند، سبب می‌شود که بیشتر و بیشتر در موقعیت درد خود فرو بروند و به نشخوار ذهنی دست بزنند. این حالت سبب افزایش آسیب‌های ناشی از درد می‌شود که مانند یک چرخه‌ی تکراری در طول زندگی فرد ادامه پیدا می‌کند اما، ذهن‌آگاهی سبب می‌شود افراد به جای این که در این چرخه گیر کنند، به موقعیت درد به صورت یک تجربه‌ی نو نگاه کنند. این مساله، سبب می‌شود که آنها در دام افکار خودکار نیافتند تا بتوانند موقعیت را به صورت مثبت و قابل تغییر ارزیابی کنند (شوتز، ریس، پریس و شوتز، ۲۰۱۰). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، احتمالاً به همین دلیل است که افراد ذهن‌آگاه با وجود درد مزمن، همچنان بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار استفاده کنند.

با توجه به یافته‌های اخیر و این نکته که ذهن‌آگاهی می‌تواند در تمام طول زندگی فرد ثابت باشد همچنین کارکرد راهبردهای مقابله‌ای در سلامت روان و کیفیت زندگی افراد، می‌توان نتیجه گرفت که افراد حتی قبل از ابتلا به بیماری نیز می‌توانند ذهن‌آگاه باشند؛ به عبارت دیگر، زمانی که افراد ذهن‌آگاه باشند، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار و کمتر از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند؛ با توجه به این که درد مزمن تأثیری روی این رابطه ندارد، حتی در زمان درد مزمن نیز می‌توان از این رابطه سود برد. بنابراین، با ذهن‌آگاه کردن افراد به صورت پایه‌ای می‌توان این اطمینان را داشت که حتی در صورت وجود درد مزمن، افراد قادرند از راهبردهای درست استفاده کنند.

References

- Agah, M., Momenzadeh, S., & Sadeghi, H. (2005). *Chronic and acute pain protocols*. Tehran: Bikaran (Persian)
- Ahga Usefi, A., Choubsaz, F., Shaghghi, F., & Motiei, G. (2012). The effect of coping techniques training on coping strategies of infertile women in Kermanshah. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 16(2), 155-164.
- Ahga usefi, A., Oraki, M., Zare, M., & Imani, M. (2013). Effectiveness of Mindfulness in Decreasing Stress, Anxiety and Depression among the Substance Abusers. *Journal of thoughts & behavior in clinical psychology*, 7 (27), 17-26. (Persian)
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

- Bao, X., Xue, S., & Kong, F. (2015). Dispositional mindfulness and perceived stress: The role of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 78, 48-52.
- Bates, M. S., & Rankin-Hill, L. (1994). Control, culture and chronic pain. *Social science & medicine*, 39(5), 629-645.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of behavioral medicine*, 31(1), 23-33.
- Dehestani, M. (2015). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on depression, anxiety and depression of female students. *Journal of thoughts & behavior in clinical psychology*, 10 (37), 47-56. (Persian)
- Dehghani, M (2015). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on depression, anxiety and depression of female students. *Journal of thoughts & behavior in clinical psychology*, 9 (37), 37-46. (Persian)
- Dehghani, M., Esmailian, N., Akbari, F., Hassanband, M., Nikmanesh, E. (2014). Evaluating the psychometric and factorial structure of the five dimensional mindfulness questionnaire. *Journal of thoughts & behavior in clinical psychology*, 9 (33), 77-86. (Persian)
- Edwards, R. R., Doleys, D. M., Fillingim, R. B., & Lowery, D. (2001). Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in a chronic pain population. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 316-323.
- Emanuel, A. S., Updegraff, J. A., Kalmbach, D. A., & Ciesla, J. A. (2010). The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 815-818.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science & medicine*, 26(3), 309-317.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social science & medicine*, 26(3), 309-317.
- Hamdinejad, N., & Moradi, A. (2014). Relationship between Mindfulness, Coping and Perceived Stress with Quality of Life in Cancer Patient. *Journal of Modern Psychological Researches*, 35, 171-188.
- Heydarinasab, L., Ahmadvand, Z., & Shoeri, M. (2013). An investigation of the validity and reliability of psychometric characteristics of five facet mindfulness questionnaire in Iranian non-clinical samples. *International Journal of Behavioral Sciences*, 7(3), 229-237. (Persian)
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.
- Imani, F.(2013). *Text book of pain*. Tehran: Norbakhsh. (Persian)
- International association for the study of pain. (2012). Classification of chronic pain: description of chronic pain and definitions of pain term. Seattle: IASP press
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hachette UK.
- Kang, G., & Oh, S. (2012). Effects of mindfulness meditation program on perceived stress, ways of coping, and stress response in breast cancer patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(2), 161-170.
- Kleinke, C. L. (1991). *Coping with life challenges*. Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole.
- Lind, A. B., Delmar, C., & Nielsen, K. (2014). Searching for existential security: a prospective qualitative study on the influence of mindfulness therapy on experienced stress and coping strategies among patients with somatoform disorders. *Journal of psychosomatic research*, 77(6), 516-521.
- Morris, D. B. (1991). *The culture of pain*. Univ of California Press.
- Narimani, M., Zahed, A., & Golpour, R. (2012). The relationship between mindfulness and coping strategies with mental health in students. *Instruction and evaluation*, 5(19), 91-105. (Persian)
- Palmer, A., & Rodger, S. (2009). Mindfulness, stress, and coping among university students. *Canadian Journal of Counselling*, 43(3), 198.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148(1), 120-127.
- Thomas, C. (2011). A review of the relationships between mindfulness, stress, coping styles and substance use among university students.
- Turk, D. C., & Gatchel, R. J. (2013). *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*. (Eds.). Guilford publications.

- Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality, 43*(3), 374-385.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 41), pp. 37-46, 2016

The relationship between mindfulness and coping strategies among patients with chronic pain

Azkhosh, Manoochehr

University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Nobakht, Laaya

Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran

Received: Feb 12, 2016

Accepted: Feb 29, 2016

Chronic pain is one of the important health problems that affect stress and anxiety. The aim of this study is to determine the relationship between mindfulness and coping strategies in patients with chronic pain and compare it with non-patient individuals. In order to do so, in a descriptive correlational study, 140 patients with chronic pain and 144 non-patient individuals were selected through availability sampling method and evaluated for mindfulness and coping strategies via Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), and Lazaros & Folkman Coping Strategy Questionnaire (CSQ). The resulted data analyzed by Pierson correlation revealed that the relation between mindfulness and emotion focused coping strategies is negative and significant in patient with chronic pain group; while this relation is not significant in non-patient group. Furthermore, there is a positive and significant relation between mindfulness and problem focused coping strategies in both groups. Z Fisher test results did not show any significant difference between two groups in problem focused coping strategies. These results demonstrated that people using higher levels of mindfulness, both in patients and non-patients groups, use the problem focused coping strategies more often. It could be concluded that developing mindfulness from an early age can be used as a preventative approach in order to promote employing problem focused coping strategies compare to emotional focused coping strategies; an issue that could predict individuals' mental health and overall well being.

Keywords: Mindfulness, Coping strategies, Chronic pain