Journal of Research in Psychological Health

March 2018, Volume11, issue4

Relationship between Spirituality and Religious Practice with Pain Acceptance in Rheumatoid Arthritis Patients

Mehrdad Pourshahbazi [1], Mahdi Imani* [2], Mehdi Reza Sarafraz [3]

1. *M.A. student of clinical psychology, Department of Clinical Psychology, Shiraz University. Shiraz, Iran*

2. (Corresponding author). Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University. Shiraz, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Shiraz University. Shiraz, Iran.

Please cite to: Pourshahbazi, M. Imani, M. Sarafraz, M. (2018). Relationship between Spirituality and Religious Practice with Pain Acceptance in Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Research in Psychological Health*, 2018, 11(4), 40-51. [Persian]

Highlights

- Spiritual ability was correlated with chronic pain acceptance.
- There was no relation observed between spiritual insight and chronic pain acceptance.
- Practice of religious beliefs was not correlated to chronic pain acceptance.

Abstracts

Spirituality and Practice of Religious Beliefs as related variables to psychological and physical well-being are able to explain most of positive consequences in chronic pain sufferers. The aim of this study was to determine predictor role of those variables in predicting pain experience acceptance in Rheumatoid arthritis patients. In this correlative descriptive study, 80 Rheumatoid arthritis patients were chosen by purposive non-random sampling method. They accomplished Spirituality Insight Appraisal Questionnaire, Practice of Religious Beliefs Inventory (MABAD), and Chronic Pain Acceptance Questionnaire- Revised (CPQA-R). Data was analyzed by Pearson correlation and multiple regression statistical tests. Spiritual ability (a spirituality component) had significant role in predicting Activity engagement (a pain acceptance component) (p<0/01). There was no relationship between practice of religious beliefs and pain acceptance considering result of this study, when Spirituality presented in behavior (spiritual ability) can play effective role in predicting pain experience acceptance in Rheumatoid arthritis patients. Spirituality only as an ideology cannot predict pain acceptance in Rheumatoid arthritis patients.

Key word: Spirituality, Religious practice, Pain acceptance, Rheumatoid arthritis

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]

[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

رابطهٔ معنویت‌گرایی و عمل به باورهای دینی با پذیرش درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

مهرداد پورشهبازی[۱]، مهدی ایمانی[۲]، مهدی‌رضا سرافراز[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۰۲

یافته‌های اصلی

- توانایی معنوی با پذیرش درد مزمن رابطه دارد.
- بین نگرش معنوی با پذیرش درد مزمن رابطه معنی داری وجود ندارد
- عمل به باورهای دینی با پذیرش درد مزمن، رابطه‌ای نداشت.

چکیده

معنویت‌گرایی و عمل به باورهای دینی، به‌عنوان دو متغیر مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی و جسمی، در تبیین بسیاری از پیامدهای مثبت روان‌شناختی در مبتلایان به درد مزمن سهیم‌اند. در این پژوهش نقش احتمالی این متغیرها در پیش‌بینی پذیرش درد (قبول درد و تعهد به انجام فعالیت‌ها بدون اعتنا به حضور درد) در مبتلایان به بیماری آرتریت روماتوئید بررسی شد. این پژوهش از نوع توصیفی‌همبستگی بود. برای دستیابی به اهداف پژوهش، تعداد ۸۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند، انتخاب شده و به پرسش‌نامهٔ سنجش نگرش معنوی، مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد)، پرسش‌نامهٔ ویرایش‌شدهٔ پذیرش درد مزمن پاسخ دادند. داده‌ها به‌وسیلهٔ ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه‌وتحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که توانایی معنوی ۱۳درصد از تغییرات تعهد به انجام فعالیت‌ها (یکی از مؤلفه‌های پذیرش تجربهٔ درد) را پیش‌بینی می‌کند ($p<۰/۰۱$). ضمناً عمل به باورهای دینی رابطهٔ معناداری با پذیرش تجربهٔ درد و ارزش‌های زندگی نداشت. بر این اساس، هنگامی‌که معنویت‌گرایی در رفتار فرد تجلی می‌یابد (توانایی معنوی)، در پیش‌بینی پذیرش تجربهٔ درد و ارزش‌های زندگی مبتلایان به درد مزمن مفید واقع می‌شود؛ اما اگر معنویت‌گرایی صرفاً در حوزهٔ ذهنی باشد، چنین پیامد مثبتی حاصل نخواهد شد.

واژگان کلیدی: معنویت‌گرایی، عمل به باورهای دینی، پذیرش درد، آرتریت روماتوئید

[۱] دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

[۲] استادیار بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز. ایران. (نویسندهٔ مسئول) Dr.mahdiimani@gmail.com

[۳] استادیار بخش روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز. ایران.

*این مقاله، برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد نویسندهٔ اول است.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

مقدمه

درد، به‌عنوان قدیمی‌ترین تجربهٔ بشری، از بدو تولد تا پایان عمر، در زندگی انسان حضور دارد و ابعاد متعدد حسی و هیجانی آن، زندگی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۱). درصورتی‌که درد بیش از ۳ ماه تداوم داشته باشد، دربرابر درمان‌های پزشکی مقاومت کند و ضرورتاً ناشی از آسیب بافت بدن نباشد، در طبقهٔ «درد مزمن» قرار می‌گیرد (۲،۳). درد مزمن با شیوع قابل‌توجه ۱۹درصد در اروپا و ۲۴درصد در ایران، مشکل مهمی در حوزهٔ سلامت به‌شمار می‌رود و با متغیرهای روان‌شناختی متعددی رابطه دارد (۴،۵) که ازجملهٔ این متغیرها می‌توان به افسردگی (۶،۷)؛ اضطراب (۸،۹)؛ مشکلات خواب (۱۰،۱۱)؛ خستگی (۱۲، ۱۳) و کاهش رضایت زناشویی (۱۴) اشاره کرد که موجب پریشانی روان‌شناختی و ناتوانی در مبتلایان به درد مزمن می‌گردد.

درد مزمن، بیش از همه در میان افرادی شایع است که به بیماری‌های مزمن مبتلا هستند (۱۵). یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن آرتریت روماتوئید است که با درد، سفتی و التهاب مفاصل همراه بوده و درد مزمن ناشی از آن، در تعامل با ماهیت درمان‌ناپذیر و پیش‌بینی‌ناپذیر این بیماری موجب افت شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی در مبتلایان می‌شود (۱۶-۱۸).

متأسفانه، درمان‌های پزشکی، دارویی و جراحی برای کاهش آرتریت روماتوئید و سایر انواع موقعیت‌های مولد دردهای مزمن ناکافی بوده و در بهترین حالت اثر محدودی دارد؛ ازاین‌رو مداخلات روان‌شناسی نیز برای حل‌وفصل مشکلات مربوط به درد مزمن مورداستفاده قرار می‌گیرد. شواهد تجربی از اثربخشی این‌گونه از مداخلات خبر می‌دهند (۱۹،۲۰) در دهه‌های اخیر درمان شناختی‌رفتاری به‌عنوان مکتب متعارف در حل‌وفصل پریشانی‌های روان‌شناختی شناخته شده است. باوجوداینکه درمان شناختی‌رفتاری در بهبود اختلالات و مشکلات روان‌شناختی متعددی مؤثر بوده است، این شواهد موفقیت‌آمیز درزمینهٔ درد مزمن تکرار نشده است (۲۵-۲۱)؛ بااین‌حال درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[1] که در سال‌های اخیر محبوبیت فراوانی پیدا کرده است (۲۶)؛ در درمان انفرادی (۲۷)، گروهی (۲۸) و حتی اینترنتی (۲۹) درد مزمن به موفقیت‌هایی دست یافته است.

هدف درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[2] است. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای ارتباط کامل و هشیارانه با لحظهٔ حال و تغییر یا تداوم رفتار در راستای رسیدن به ارزش‌های زندگی است (۳۰). مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، درزمینهٔ درد مزمن به پذیرش درد، درصورتی‌که تلاش برای کنترل آن بی‌اثر باشد یا حوزه‌های مهم زندگی فرد را درگیر سازد تأکید می‌کند (۳۱, ۳۲). پذیرش به معنای تجربهٔ کامل و بی‌واسطه و عاری از اجتناب، انکار و درگیری آن دسته از رویدادهای شخصی است که کنترل آن‌ها از دست انسان خارج است. این متغیر که از دو عامل قبول درد[3] و تعهد به انجام فعالیت‌ها[4] بدون توجه به درد تشکیل شده است (۳۳)، عامل پیش‌بینی‌کنندهٔ سلامت روانی مبتلایان به درد مزمن (۳۴) و مکانیسم کلیدی در جلوگیری از عود پریشانی‌های روان‌شناختی مرتبط با درد مزمن (۳۵) به‌حساب می‌آید. باوجوداینکه نقش پذیرش در پیش‌بینی متغیرهای مرتبط با پریشانی و سلامت روان‌شناختی بررسی شده است، به‌نظر نمی‌رسد تاکنون نقش متغیرهای پیش‌بینی‌کنندهٔ پذیرش در مبتلایان به درد مزمن موردبررسی قرار گرفته باشد.

معنویت‌گرایی[5] و عمل به باورهای دینی[1] دو متغیر مرتبط با سلامت روان محسوب می‌شوند. معنویت‌گرایی

1. acceptance and commitment therapy(act)
2. psychological flexibility
3. pain willingness
4. activity engagement
5. spirituality

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

مفهوم‌بندی‌های بسیاری را شامل می‌شود و غالباً با عمل به باورهای دینی اشتباه گرفته می‌شود. درهرصورت گرایش به معنویت و عمل به باورهای دینی پدیده‌های یکسانی نیستند؛ بلکه علی‌رغم ارتباط با یکدیگر، ساخت‌های متمایزی به‌حساب می‌روند. درحالی‌که معنویت‌گرایی و عمل به باورهای دینی مترادف با یکدیگر در نظر گرفته می‌شوند، پژوهشگران به تفاوت این مفهوم اذعان کرده‌اند. به گفتهٔ زین بائر[2] و دیگران (۳۶) عمل به باورهای دینی معمولاً با عضویت و عقاید و مناسک رسمی/ سازمانی مشخص می‌گردد؛ درحالی‌که معنویت‌گرایی بااحساس نزدیکی به یک وجود قدرتمند و یا احساس ارتباط متقابل با جهان و پدیده‌های هستی تعریف می‌شود؛ به‌عبارت‌دیگر عمل به باورهای دینی شامل افکار و رفتارهایی مربوط به کلیسا (مسجد در فرهنگ اسلامیِ ایران) می‌شود؛ اما معنویت‌گرایی شامل احساسات و تجربیاتی است که به جست‌وجوی معنا و هدف زندگی مربوط می‌شود (۳۷).

نقش معنویت‌گرایی و عمل به باورهای دینی در مقابله با موقعیت‌های مصیبت‌بار، ازجمله چالش‌های ناشی از ادامهٔ زندگی با بیماری‌های مزمن (۳۸،۳۹)، کاهش افسردگی (۴۰،۴۱) و کاهش تجربهٔ درد (۴۲) به تأیید محققان رسیده است. اگرچه نقش معنویت‌گرایی و عمل به باورهای دینی در بهزیستی روان‌شناختی به متغیرهایی همچون فراهم‌آوری حمایت اجتماعی (۴۳) و مقابلهٔ سازگارانه با استرس (۴۴) مرتبط دانسته می‌شود، اما ظاهراً از نقش احتمالی این دو متغیر در پذیرش درد مزمن غفلت شده است و نیاز به بررسی در این زمینه احساس می‌شود؛ بنابراین درد مزمن، مشکل مهمی در حوزهٔ سلامت است که شیوع قابل‌توجهی داشته و با پریشانی‌های روان‌شناختی بسیاری همراه است. با توجه به اینکه پذیرش، متغیر مهمی در بهبودی و پریشانی مبتلایان به درد مزمن به‌حساب می‌آید و نیز با عنایت به این مطلب که معنویت‌گرایی و عمل به باورهای دینی با بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به درد مزمن رابطه دارد، در این پژوهش نقش احتمالی معنویت‌گرایی و نیز عمل به باورهای دینی در پیش‌بینی ابعاد پذیرش درد مزمن در مبتلایان به بیماری آرتریت روماتوئید بررسی می‌شود. نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش را می‌توان برای شناخت بیشتر درزمینهٔ رابطهٔ معنویت‌گرایی و عمل به باورهای دینی در بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به درد مزمن و نیز تصمیم‌گیری درزمینهٔ اضافه کردن ابعاد معنوی و مذهبی به درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با هدف سهولت پذیرش درد مزمن به کار بست.

روش

الف)طرح پژوهش و شرکت کنندگان

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی است. متغیرهای پیش‌بین در این پژوهش نگرش معنوی، توانایی معنوی و عمل به باورهای دینی و متغیرهای ملاک قبول درد و تعهد به انجام فعالیت‌ها هستند. جامعهٔ آماری این پژوهش دربرگیرندهٔ کلیهٔ مبتلایان به آرتریت روماتوئید در شهر شیراز است که بهار و تابستان سال ۱۳۹۶ برای دریافت خدمات پزشکی به بخش‌های روماتولوژی بیمارستان‌های شیراز مراجعه نموده‌اند و نمونه‌های پژوهش به شیوهٔ غیرتصادفی هدفمند و به تعداد ۸۰ نفر از بین افرادی انتخاب شده‌اند که در مدت‌زمان یادشده به بخش روماتولوژی بیمارستان حافظ در شیراز مراجعه کرده‌اند. افراد نمونه را ابتدا پزشک متخصص روماتولوژی معاینهٔ پزشکی کرده و سپس در صورت ابتلا به آرتریت روماتوئید، به پژوهشگر معرفی می‌شدند؛ آنگاه براساس مشاهدات بالینی درمانگر، در صورت رضایت آگاهانه و نداشتن نشانه‌هایی دال‌بر اختلالات گفتاری، ادراکی و هشیاری، دفترچهٔ سؤالات پژوهش را پر می‌کردند. داده‌ها

[1]. Practice of Religious Beliefs
[2]. Zinnbauer

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

پس از جمع‌آوری با نرم‌افزار SPSS 22 و با استفاده از شیوه‌های توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل واریانس یک‌طرفه تجزیه‌وتحلیل شدند.

ب)ابزار و مواد

۱-پرسش‌نامهٔ سنجش نگرش معنوی

این پرسش‌نامه یک فرم ۴۳سؤالی با پاسخ‌های پنج‌گزینه‌ای در مقیاس لیکرت است که در دانشگاه شهید بهشتی، توسط (۴۵) طراحی شده است. طراحان این آزمون ابتدا با توجه به مطالعات و مباحثات گروهی به هفت محور از معنویت دست یافتند: معنا و هدف در زندگی، تجربه‌های معنوی، معنویت و مذهب، نوع‌دوستی، توجه به بعد فرامادی و روحانی، ویژگی‌های انسان معنوی و اثرات معنویت؛ سپس براساس این محورها در ابتدا ۴۶ سؤال را با هدف سنجش نگرش معنوی طراحی کرده و برای بررسی روایی صوری و محتوای در اختیار ۱۹ استاد متخصص در حوزه‌های مرتبط همچون روان‌شناسی، مشاوره، روان‌شناسی تربیتی، علوم قرآنی و حدیث و دروس حوزوی قرار دادند؛ سپس براساس نظرات استادان و تحلیل آماری به ۴۳ سؤال و دو خرده‌مقیاس نگرش معنوی و توانایی معنوی دست یافتند. خرده‌مقیاس اول دارای ۲۴ سؤال و دربرگیرندهٔ بعد شناختی نگرش معنوی شامل ایمان به خدا و درک حضور او، درک معنا و هدف زندگی، اعتماد به خدا، امید، توجه به خود و خدا و باور به‌درستی اعمال مذهبی و بعد عاطفی نگرش معنوی، شامل احساس آرامش، ارتباط مثبت با خدا، درک محبت و توجه خداست. خرده‌مقیاس دوم نیز دارای ۱۹ سؤال بود و بعد رفتاری نگرش را که شامل رابطهٔ خوب با دیگران، گذشت و بخشش، تلاش برای کمال و رسیدن به تعالی، توکّل به خدا، خدمت به دیگران، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به خود می‌شود، دربرمی‌گیرد. میزان همسانی درونی این پرسش‌نامه در ایران در حد کاملاً قابل‌قبول گزارش شده است (آلفای کرونباخ: ۰/۹۱).

۲-مقیاس عمل به باورهای دینی (معبد)

این آزمون ۲۵سؤالی، کیفیت عمل و نه اعتقاد و نگرش به باورهای دین اسلام را اندازه می‌گیرد. مواد آزمون در ۴ حوزهٔ عمل به واجبات همچون کیفیت اداکردن نمازهای واجب از زمان رسیدن به سن تکلیف، عمل به مستحبات همچون میزان مبادرت به نماز و روزهٔ مستحبی، فعالیت‌های مذهبی همچون عضویت در گروه‌های مذهبی و درنظرگرفتن مذهب در تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های زندگی همچون میزان اهمیت دین‌دار بودن دوستان و همکاران، قرار می‌گیرد. سؤالات آزمون با توجه به رفتاری‌های دینی رایج در افراد متدین مسلمان انتخاب شده است. هر سؤال ۵ گزینه دارد که از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین نمرهٔ صفر به معنی عمل نکردن به هیچ‌یک از باورهای دینی و بیشترین نمره نشان‌دهندهٔ عمل به همه باورهای دینی است. ضریب بازآزمایی این پرسش‌نامه ۰/۷۶ و همسانی درونی آن ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۶).

۳-پرسش‌نامهٔ پذیرش درد مزمن[1]

این پرسش‌نامه حاوی ۲۰ سؤال و پاسخ‌های هفت‌گزینه‌ای در مقیاس لیکرت بوده که پذیرش تجربهٔ درد در بیماران مبتلا به درد مزمن را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه دارای دو خرده‌مقیاس است: تعهد به انجام فعالیت‌ها (پیگیری فعالیت‌های زندگی بدون اعتنا به درد) و قبول کردن درد (پی بردن به این نکته که تلاش برای اجتناب یا کنترل درد غالباً ناکارآمد است). خرده‌مقیاس اول یعنی تعهد به انجام فعالیت‌ها، حاوی ۱۱ سؤال بوده و خرده‌مقیاس دوم یعنی قبول‌کردن درد، از ۹ سؤال تشکیل می‌شود که به‌صورت معکوس نمره‌گذاری

[1]. Chronic Pain Acceptance Questionnaire

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

می‌گردد. نمرهٔ کل پرسش‌نامه از حاصل‌جمع نمرات این دو خرده‌مقیاس به‌دست می‌آید. ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه برای خرده‌قیاس اول (تعهد به انجام فعالیت‌ها) برابر ۰/۸۲ و برای عامل دوم (قبول درد) برابر با ۰/۷۸ است (۳۳). هنجاریابی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی به انجام رسیده است (۴۷). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شده است؛ همچنین اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارآمدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبهٔ همبستگی با ناتوانی جسمی تأیید شد (۴۷).

یافته‌ها

در این مطالعه از ۸۰ شرکت‌کننده در پژوهش، ۷۰ نفر (۸۷/۵درصد) زن و ۱۰ نفر (۱۰درصد) مرد بودند. میانگین سنی ۴۹/۵ و انحراف معیار آن ۱۲/۱۴ بود؛ همچنین ۶۸ نفر (۸۵درصد) از شرکت‌کنندگان متأهل، ۱۰ نفر (۱۲/۵درصد) مجرد و ۲ نفر (۲/۵درصد) مطلقه بودند. لازم به ذکر است مفروضه‌های تحلیل رگرسیون اعم از طبیعی بودن شکل توزیع، نوع مقیاس‌های اندازه‌گیری و سایر مفروضه‌های دیگر در تحلیل یافته‌ها برقرار بود.

براساس تحلیل همبستگی پیرسون که در جدول ۱ نشان داده شده است مشخص گردید بین توانایی معنوی و تعهد به انجام فعالیت‌ها، همبستگی مستقیم و مثبت و معناداری وجود دارد. بر این اساس، افزایش نمرات در توانایی معنوی، با افزایش نمرات در تعهد به انجام فعالیت‌ها در مبتلایان به درد آرتریت روماتوئید همراه است.

پیش از انجام تحلیل رگرسیون، شاخص‌های آماری ازلحاظ مفروضه‌های تحلیل رگرسیون موردبررسی قرار گرفتند. از آنجا که یکی از مفروضه‌های استفاده از تحلیل رگرسیون، وجود رابطهٔ همبستگی معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک است و با توجه جدول ۱ مشخص می‌گردد که تنها بین توانایی معنوی و تعهد به درد رابطهٔ همبستگی معنادار وجود دارد و به‌این‌ترتیب تحلیل رگرسیون تنها با حضور این دو متغیر محاسبه شد. نتایج تحلیل رگرسیون در جدول شماره ۲ درج شده است.

ضریب همبستگی برای مدل رگرسیون فوق برابر با $r=۰/۳۶$ است که مجذور آن یعنی ضریب تبیین برابر با $R^۲=۰/۱۳$ و ضریب تبیین تصحیح‌شده نیز ۰/۱۲ است. بر این اساس، توانایی معنوی ۱۳درصد از تغییرات تعهد به انجام فعالیت‌ها را تبیین می‌کند.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

جدول شماره ۱. ماتریس ضرایب همبستگی بین نگرش معنوی، توانایی معنوی و عمل باورهای دینی با ابعاد پذیرش درد

مؤلفه‌ها	انحراف معیار ± میانگین	قبول درد	تعهد به انجام فعالیت...
نگرش معنوی	۱۰۷/۷ ± ۷/۳	-۰/۰۷	۰/۲۱
توانایی معنوی	۷۸/۷ ± ۶/۶	-۰/۱۹	۰/۳۶**
عمل به باورهای دینی	۱۰۳/۶ ± ۱۴/۹	۰/۱۱	۰/۱۹

جدول شماره ۲. پیش بینی تعهد به انجام فعالیت‌ها بر اساس توانایی معنوی

متغیر	B	β	t	*p*	R	R^2	$R\Delta^2$	E.S	F	*p*
مدل					۰/۳۶	۰/۱۳	۰/۱۲	۱۱/۲۸	۱۱/۹۰	۰/۰۰۱
توانایی معنوی	۰/۶۶	۰/۳۶	۳۰/۴۵	۰/۰۰۱						

بحث

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی سهم نگرش معنوی، توانایی معنوی و عمل به باورهای دینی در پیش‌بینی قبول درد و تعهد به انجام فعالیت‌ها در مبتلایان به آرتریت روماتوئید انجام پذیرفت. با تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، مشخص گردید که از دو عامل تشکیل‌دهندهٔ معنویت‌گرایی (نگرش معنوی و توانایی معنوی)، عامل توانایی معنوی قادر به پیش‌بینی معنادار یکی از ابعاد پذیرش تجربهٔ درد به نام تعهد به انجام فعالیت‌هاست به‌این‌ترتیب عامل توانایی معنوی، ۱۳درصد از تغییرات واریانس تعهد به انجام فعالیت‌ها (پیگیری فعالیت‌های زندگی بدون اعتنا به درد) را پیش‌بینی می‌کند.

پذیرش درد مزمن به معنای این است که فرد علی‌رغم حضور درد در زندگی خود، به انجام فعالیت‌های مرتبط با ارزش‌های خود در زندگی بپردازد و از هرگونه تلاشی برای انکار، اجتناب و مدیریتِ درد دوری کند. تلاش‌هایی که در راستای مدیریت درد صورت می‌گیرد، عمدتاً شامل تلاش‌هایی در راستای کنترل تجارب، رفتارها، افکار و احساسات مربوط به درد است که به شیوه‌های دارویی، جسمی، رفتاری و روان‌شناختی صورت می‌گیرد. این تلاش‌ها غالباً ناموفق بوده و بر پریشانی و ناتوانی مبتلایان به درد مزمن می‌افزاید (۳۲)؛ درصورتی‌که پذیرش درد مزمن با کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی و ناتوانی همراه است (۴۸).

از طرف دیگر، معنویت‌گرایی نیز با بهبود پریشانی‌های روان‌شناختی و ناتوانی رابطه دارد. افرادی که از وضعیت‌های پزشکی مزمن و دردهای مزمن رنج می‌برند، از فواید معنویت‌گرایی در کاهش خلق افسرده خود استفاده می‌کنند (۳۹). به‌طورکلی احساس رابطهٔ

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

مثبت با خدا موجب کاهش افسردگی و افزایش آرامش در زندگی می‌گردد (۴۹). معنویت‌گرایی در کاهش استرس مبتلایان به درد مزمن نیز اثرگذار است و نوعی مقابلهٔ هیجان‌محور شناخته می‌شود (۵۰) که با عواطف مثبت در ارتباط است (۵۱)؛ همچنین شواهد دیگری از رابطهٔ معنویت‌گرایی و کاهش ناتوانی خبر می‌دهند (۵۲). عامل مثبت دیگری از معنویت‌گرایی نیز در این پژوهش مشخص شد که ناظر بر نقش پیش‌بینی‌کنندهٔ توانایی معنوی درزمینهٔ پذیرش درد مزمن (تعهد به انجام فعالیت بدون اعتنا به حضور درد مزمن) است. بر این اساس افرادی که گرایش به معنویت‌گرایی در آنان بیشتر باشد، به‌احتمال بیشتری درد مزمن را می‌پذیرند و از مبارزه و اجتناب با آن خودداری خواهند کرد؛ درنتیجه قادر خواهند بود تا بدون اتلاف زندگی خود درزمینهٔ چالش با درد، حضور درد را در زندگی خود قبول کرده و به انجام فعالیت‌های ارزشمند خود در زندگی بپردازند. به‌نظر می‌رسد علت اینکه عامل توانایی معنوی و نه نگرش معنوی، با تعهد به انجام فعالیت‌ها در ارتباط است، این است که توانایی معنوی، بعد رفتاری معنویت‌گرایی بوده و از حالت ذهنی صرف خارج است؛ درواقع افرادی که توانایی معنوی بالایی دارند، معنویت را در رفتارهای خود نشان می‌دهند (۴۵)؛ به‌همین دلیل این افراد در پیگیری فعالیت‌های خود نیز موفق‌تر از بقیه هستند. لازم به ذکر است که میزان R^2 و ضریب بتا علی‌رغم معناداری مدل، بالا نیست؛ اما باید توجه نمود که پذیرش تجربهٔ درد احتمالاً با متغیرهای متعدد دیگری مثل وضعیت خانوادگی، پایگاه اجتماعی/اقتصادی و... نیز در ارتباط است و نمی‌توان انتظار داشت که عامل توانایی معنوی سهم بزرگی در پیش‌بینی این متغیر داشته باشد. آنچه مشخص است این است که توانایی معنوی به میزان قابل قبولی، در پیش‌بینی پذیرش تجربهٔ درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نقش دارد.

براساس یافته‌های این پژوهش، رابطه‌ای بین عمل به باورهای دینی و پذیرش درد مشاهده نشد. ازآنجاکه یکی از پیش‌فرض‌های انجام تحلیل رگرسیون چندگانه، وجود رابطهٔ همبستگی خطی معنادار بین متغیرهای پیش‌بین با ملاک است، با مشاهدهٔ نبودِ رابطهٔ همبستگی معنادار بین عمل به باورهای دینی با پذیرش تجربهٔ درد، این متغیر از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام کنار گذاشته شد؛ بنابراین می‌توان گفت که براساس یافته‌های پژوهش حاضر، عمل به باورهای دینی (اسلامی) در پذیرش تجربهٔ درد مبتلایان به آرتریت روماتوئید نقشی ندارد.

یافته‌های برخی پژوهش‌ها (۵۳) با یافتهٔ پژوهش حاضر در تناقض است. در پژوهش مذکور که ۱۲۲ بیمار مبتلا به درد مزمن اسکلتی‌عضلانی را در برمی‌گرفت، مشخص شد که اعمال دینی شخصی همچون دعا، مراقبه و استفاده از رسانه‌های مذهبی، با پیامدهای ناشی از درد مزمن در ارتباط است؛ به‌عبارت‌دیگر افزایش انجام اعمال دینی با کاهش پیامدهای منفی مرتبط با درد مزمن در ارتباط است. به‌طور مشخص تعداد نمونه‌های آن پژوهش از پژوهش حاضر بیشتر بوده و نیز ابزار سنجش عمل به باورهای دینی کاملاً متفاوت بوده است که احتمالاً تناقض بین یافته‌ها، تا حدی به این دو عامل مربوط است.

در پژوهش دیگری (۵۴) نیز نقش عمل به باورهای دینی در سازگاری با ناتوانی مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش از که از ۱۰۰ آزمودنی در سنین پیری تشکیل شده بود، سؤالات بازپاسخی دربارهٔ نحوهٔ سازگاری این افراد با موقعیت‌های دشوار در ده سال اخیر که عمدتاً شامل بیماری‌های مزمن می‌شد، مطرح گردید که دوسوم زنان و یک‌سوم مردان از مفاهیم مذهبی مانند دعا، توکل و ایمان به خدا، سخن گفتند. در جریان مصاحبه‌های غیررسمی پژوهش حاضر نیز، عمدهٔ افراد نمونه از نقش اعمال دینی مانند نماز، دعا و فرستادن صلوات، در پذیرش درد سخن می‌گفتند؛ اما همان‌گونه که اشاره شد،

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

در یافته‌های پژوهش رابطه‌ای بین این موارد و پذیرش درد مشاهده نشده است؛ بنابراین می‌توان گفت که برخلاف پژوهش‌های انجام‌شده، در این پژوهش رابطهٔ معناداری بین عمل به باورهای دینی و پذیرش تجربه درد در مبتلایان به آرتریت روماتوئید مشاهده نشده است و علت این امر احتمالاً به تفاوت ابزارها و تعداد آزمودنی‌های پژوهش حاضر بازمی‌گردد.

درمجموع با توجه به یافته‌های به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر می‌توان گفت توانایی معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد معنویت‌گرایی برخلاف عمل به باورهای دینی، پذیرش تجربهٔ درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را پیش‌بینی می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که باورهای معنوی عمدتاً توسط فرد ساخته می‌شود؛ در قیاس با عمل به باورهای دینی که بیشتر از سوی خانواده و سایر نهادها به فرد ارائه می‌شود در پذیرش تجربهٔ درد نقش دارد؛ زیرا ممکن است افراد در انتخاب عقاید و رفتارهای دینی حق انتخاب چندانی نداشته باشند و به هر صورت براساس احساس نیاز و درنتیجه تجربیات زندگی به آن دست نیافته باشند؛ اما وقتی‌که معنویت‌گرایی شکل رفتاری به خود می‌گیرد (توانایی معنوی) می‌تواند در موقعیت‌های دشوار همچون پذیرش تجربهٔ درد هم نقش خود را ایفا نماید. به تجربه دیده می‌شود که افراد بسیاری پیرامون ما، دارای اعتقادات معنوی هستند، اما این اعتقادات در همهٔ آن افراد تجلی رفتاری ندارد. به‌هرحال نگرش صرف تنها حالت ذهنی دارد و ممکن است همچون بسیاری از نگرش‌های دیگر انسان نمودی در اعمال و رفتارهای انسان‌ها نداشته باشد؛ اما هنگامی‌که تجلی نگرش‌های معنوی در رفتار مشاهده می‌شود، دیگر نمی‌توان آن را با سایر گرایش‌های ذهنی که ممکن است تأثیری در سلامت و بیماری افراد نداشته باشد، یکی دانست.

درنهایت با عنایت به یافته‌های به‌دست‌آمده، به‌نظر می‌رسد هرگونه اقدامی که به افزایش معنویت‌گرایی و تجلی رفتاری آن در بیماران مبتلا به درد مزمن منجر شود، در پذیرش درد مبتلایان به آرتریت روماتوئید و نهایتاً افزایش سلامت روان این افراد مؤثر باشد؛ بنابراین توصیه می‌شود از درمان‌هایی که جهت‌گیری‌های معنوی دارند استفاده شود یا اینکه عناصر معنوی به درمان‌های روان‌شناختی موجود، بالاخص درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد که بر اهمیت پذیرش تأکید دارد، اضافه شود. روشن است که اثربخشی احتمالی چنین اقداماتی درگرو تأیید اثربخشی آن‌ها در جریان تحقیقات علمی است و لذا نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتری در این زمینه احساس می‌شود.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

منابع

1. Vadivelu N, Urman RD, Hines RL. Essentials of Pain Management. New York: Springer; 2011.
2. Turk DC, Okifuji A. Bonica's managment of pain. In: Loeser D, Butler SH, Chapman R, TurK DC, editors. PhiladelPhia: Williams and Wilkins; 2001.
3. McCaffery M, Beebe A, Latham J, Ball D. Pain : clinical manual for nursing practice St.Louis, MO: Mosby; 1994.
4. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain. 2006;10(4):287-333.
5. Mohammadzadeh F, Faghihzadeh S, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR, Arab Kheradmand J, Noorbala AA, et al. A Fairly Comprehensive Survey of Chronic Pain in Iranian Population: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Daily Life. Health Scope. 2015;4(3):e25467.
6. Creed F. Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus? Annals of the Rheumatic Diseases. 1990;49(10):808-12.
7. Dickens C, Jackson J, Tomenson B, Hay E, Creed F. Association of depression and rheumatoid arthritis. Psychosomatics. 2003;44(3):209-15.
8. McCracken L, Zayfert C, T. Gross R. The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain1992. 67-73.
9. Strahl C, Kleinknecht RA, Dinnel DL. The role of pain anxiety, coping, and pain self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. Behaviour Research and Therapy. 2000;38(9):863-73.
10. Drewes AM, Svendsen L, Taagholt SJ, Bjerregard K, Nielsen KD, Hansen B. Sleep in rheumatoid arthritis: a comparison with healthy subjects and studies of sleep/wake interactions. British journal of rheumatology. 1998;37(1):71-81.
11. Abad VC, Sarinas PS, Guilleminault C. Sleep and rheumatologic disorders. Sleep medicine reviews. 2008;12(3):211-28.
12. Matcham F, Ali S, Hotopf M, Chalder T. Psychological correlates of fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review. Clinical psychology review. 2015;39:16-29.
13. Loge JH, Ekeberg O, Kaasa S. Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. Journal of Psychosomatic Research. 1998;45(1):53-65.
14. McNamee P, Mendolia S. The effect of chronic pain on life satisfaction: Evidence from Australian data. Social Science & Medicine. 2014;121:65-73.
15. Butchart A, Kerr EA, Heisler M, Piette JD, Krein SL. Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic conditions. The Clinical journal of pain. 2009;25(4):293-8.
16. Stang PE, Brandenburg NA, Lane MC, Merikangas KR, Von Korff MR, Kessler RC. Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis. Psychosomatic medicine. 2006;68(1):152-8.
17. Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M. The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Rheumatology. 2013;52(12):2136-48.
18. Ching Lok EY, Mok CC, Cheng CW, Chi Cheung EF. Prevalence and Determinants of Psychiatric Disorders in Patients With Rheumatoid Arthritis. Psychosomatics. 2010;51(4):338-.e8.
19. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. The Lancet. 2011;377(9784):2226-35.
20. Jensen MP, Turk DC. Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to ALL psychologists. The American psychologist. 2014;69(2):105-18.
21. Turk DC. The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain: lumping versus splitting. The Clinical journal of pain. 2005;21(1):44-55; discussion 69-72.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

22. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective. New York: Springer; 1983.
23. Williams AC, Eccleston C, Morley S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;11:Cd007407.
24. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain. 1999;80(1-2):1-13.
25. Vlaeyen JW, Morley S. Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom? The Clinical journal of pain. 2005;21(1):1-8.
26. Veehof MM, Oskam M-J, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. PAIN®. 2011;152(3):533-42.
27. Scott W, McCracken LM. Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. Current Opinion in Psychology. 2015;2:91-6.
28. 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;14(11):1398-406.
29. Buhrman M, Skoglund A, Husell J, Bergström K, Gordh T, Hursti T, et al. Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy. 2013;51(6):307-15.
30. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy. 2006;44(1):1-25.
31. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. Annual review of clinical psychology. 2011;7:141-68.
32. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. Journal of consulting and clinical psychology. 2008;76(3):397-407.
33. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. Pain. 2004;107(1-2):159-66.
34. Viane I, Crombez G, Eccleston C, Poppe C, Devulder J, Van Houdenhove B, et al. Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: empirical evidence and reappraisal. Pain. 2003;106(1-2):65-72.
35. Day MA, Thorn BE. The mediating role of pain acceptance during mindfulness-based cognitive therapy for headache. Complementary Therapies in Medicine. 2016;25:51-4.
36. Zinnbauer BJ, Pargament KI, Cole B, Rye MS, Butter EM, Belavich TG, et al. Religion and Spirituality: Unfuzzying the Fuzzy. Journal for the Scientific Study of Religion. 1997;36(4):549-64.
37. Henningsgaard JM, Arnau RC. Relationships between religiosity, spirituality, and personality: A multivariate analysis. Personality and Individual Differences. 2008;45(8):703-8.
38. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. Journal of clinical psychology. 2000;56(4):519-43.
39. Cummings JP, Pargament KI. Medicine for the Spirit: Religious Coping in Individuals with Medical Conditions Religions. 2010;1:28-53.
40. Koenig HG. Religion and depression in older medical inpatients. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2007;15(4):282-91.
41. Lucette A, Ironson G, Pargament KI, Krause N. Spirituality and Religiousness are Associated With Fewer Depressive Symptoms in Individuals With Medical Conditions. Psychosomatics. 2016;57(5):505-13.
42. Turner JA, Clancy S. Strategies for coping with chronic low back pain: relationship to pain and disability. Pain. 1986;24(3):355-64.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]

43. Wilson J, Musick M. Who cares? Toward an integrated theory of volunteer work. American Sociological Review. 1997;62:694-713.
44. Pargament K, Raiya HA. A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned. Psyke & Logos. 2007;28(2):742-66.
45. Shahidi S, Farahzadeh S. Construct and Validation of Spritual Insight questionnaire. Psychology and Religion. 2012;3:97-115 [Persian].
46. Golzari M. Effects of Umrah on mental health, Wellbeing and Practice of Religious Beliefs in students. Islam ans Psychology Studies. 2010;7:111-26 [Persian].
47. Mesgarian F, Asghari moghadam M, Shaierie M, Boroumand A, Maroufi N, Ebrahimi Takamchani E, et al. Role of pain acceptance of severity reduse and disability in chronic pain patients. Behavioral Sciences Researches. 2012, 3;194-208 [Persian].
48. Cook AJ, Meyer EC, Evans LD, Vowles KE, Klocek JW, Kimbrel NA, et al. Chronic Pain Acceptance Incrementally Predicts Disability in Polytrauma-Exposed Veterans at Baseline and 1-Year Follow-Up. Behaviour research and therapy. 2015;73:25-32.
49. Bonelli R, Dew R, Koenig H, Rosmarin D, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression: review and integration of the research. Depression Research and Treatment. 2012;25:1-25.
50. Molock SD, Puri R, Matlin S, Barksdale C. Relationship Between Religious Coping and Suicidal Behaviors Among African American Adolescents. The Journal of black psychology. 2006;32(3):366-89.
51. Kim Y, Seidlitz L, Ro Y, Evinger JS, Duberstein PR. Spirituality and affect: a function of changes in religious affiliation. Personality and Individual Differences. 2004;37(4):861-70.
52. Haley KC, Koenig HG, Bruchett BM. Relationship between private religious activity and physical functioning in older adults. Journal of Religion & Health. 2001;40(2):305-12.
53. Rippentrop A, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain. 2005;116(3):311-21.
54. Koenig HG, George LK, Siegler IC. The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. The Gerontologist. 1988;28(3):303-10.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-03-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.3.1]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.43]