

دین و درد: پیش‌بینی ابعاد درد بر اساس صبر

احمد ولیخانی^۱

*فرهاد خرمائی^۲

چکیده

زمینه و هدف: درد مزمن اختلال ناتوان‌کننده‌ی متداولی است که به طور کامل به درمان‌های معمول پزشکی پاسخ نمی‌دهد. از این‌رو، شناسایی عوامل خطر و محافظتی روانشناختی در رابطه با درد از جمله دین و معنویت ضروری به نظر می‌رسد. هدف از تحقیق حاضر پیش‌بینی ابعاد جسمانی، هیجانی و شناختی درد بر اساس صبر بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر همبستگی از نوع معادله ساختاری بود. بدین منظور ۱۱۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی به روش نمونه‌گیری در دسترس از درمانگاه امام رضا (ع) شهر شیراز انتخاب و مقیاس صبر و پرسشنامه درد مزمن را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزارهای آماری SPSS نسخه ۱۶ و Amos نسخه ۱۶ در سطح معناداری ($p < 0/05$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد صبر با درد کلی و ابعاد سه‌گانه‌ی جسمانی، احساسی و شناختی آن رابطه معنادار و منفی دارد ($p < 0/01$). بین مؤلفه‌های صبر، شکیبایی و رضایت با درد کلی و ابعاد سه‌گانه‌ی آن رابطه معنادار و منفی وجود داشت ($p < 0/05$). مؤلفه درنگ تنها با درد کلی و بعد جسمانی رابطه معنادار و منفی را نشان داد ($p < 0/05$). بین مؤلفه‌های متعالی شدن و استقامت با درد و ابعاد آن رابطه معناداری مشاهده نشد. نتایج مدل معادلات ساختاری نشان داد که متغیر مکتون صبر توانست به طور قوی، منفی و معنادار متغیر مکتون درد را پیش‌بینی نماید ($\beta = -0/44$, $p < 0/05$).
نتیجه‌گیری کلی: با توجه به یافته‌های حاضر می‌توان بیان کرد که عوامل روانشناختی به خصوص متغیرهای دینی-روانشناختی نقش مهمی در تسکین درد بیماران قلبی ایفا می‌کنند. در این بین، صبر می‌تواند به عنوان یک متغیر مهم در تجربه‌ی ابعاد جسمانی، هیجانی و شناختی درد نقش داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: بیماری‌های قلبی-عروقی، درد، دین، معنویت

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۱۷

۱ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲ دکترای روانشناسی تربیتی، دانشیار بخش روانشناسی تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. (* نویسنده مسئول).

شماره تماس:

Email: khormaae_78@yahoo.com

۰۹۱۷۳۳۷۴۸۷۹

مقدمه

درد نشانه توانایی، حیات و زندگی است که در بسیاری از موارد به عنوان هشدار علیه خطر عمل کرده و باعث نجات جان انسان می‌شود و گاهی هم به سبب تحمل ناپذیر شدن میل به زنده بودن را از یاد انسان می‌برد. این پدیده از جمله شایع‌ترین دلایلی است که باعث می‌شود بیماران به جستجوی کمک بپردازند.^(۱) درد تجربه‌ای چند وجهی است که به طور کامل به وسیله متغیرهای فیزیولوژیکی توضیح داده نمی‌شود. فرای مکانیسم‌های حسی، درد مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری دارد و هر کدام در ایجاد تجربه‌ی ذهنی از درد نقش دارند.^(۲)

در بیماران قلبی شیوع و شدت درد بیشتر از جمعیت عمومی یا سالم است؛ به طوری که در یکی از تحقیقات صورت گرفته نشان داده شده است که تقریباً نیمی از بیماران قلبی - عروقی تجربه درد را به عنوان یکی از حوادث شایعی که با آن مواجه هستند، گزارش کرده‌اند.^(۳) همچنین در یک تحقیق کیفی که بر روی بیماران قلبی انجام گرفت، مشخص شد که درد قلبی از دیدگاه بیماران بسیار شدید و غیرقابل تحمل است، به طوری که آن را با احساس مرگ قریب الوقوع همراه می‌دانند.^(۴) درد موجب آسیب‌های روانشناختی و جسمی شده و با ضعف سلامتی در جمعیت عمومی در ارتباط است.^(۵) همچنین شدت و ناخوشایندی درد با اختلال خواب رابطه مثبت داشته و اختلالات خواب در افراد با درد مزمن شایع است.^(۶) افراد دارای درد، سطوح بالایی از علائم افسردگی، سندرم خستگی مزمن و شکایت‌های جسمی را گزارش می‌کنند.^(۷) بعلاوه، این افراد نمره افسردگی بالاتر، شکایت‌های جسمانی بیشتر، ناتوانی‌های شدیدتر و بهزیستی کمتری را در مقایسه با بیماران بدون درد نشان می‌دهند.^(۸) درد با بسیاری از اختلالات روانشناختی توأم بوده و تأثیر روانی آن بر روی افراد غیرقابل انکار است و به نوعی می‌توان درد و پریشانی‌های روانشناختی را نه یک جاده یک طرفه، بلکه جاده‌ای دو طرفه دانست که بر

یکدیگر تأثیر گذاشته و از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند. درد مشکل بالینی، اجتماعی و اقتصادی عمده‌ای را در بر دارد و تأثیر زیادی را بر کیفیت زندگی بیماران به جای می‌گذارد؛ در نتیجه برای آنان مدیریت شرایط بسیار مهم است به حدی که رنج کشیدن تا حد امکان کاهش یابد.^(۹) درد مزمن شرایط ناتوان کننده‌ی متداولی است که به طور کامل به درمان‌های طبی یا پزشکی پاسخ نمی‌دهد.^(۱۰) هر چند روانشناسی به طور گسترده‌ای برای فهم و درمان اختلالات درد مزمن کمک‌های سودمندی می‌کند. نظریه‌های متنوعی مبتنی بر شواهد بالینی روشن کرده‌اند که تعدادی از عوامل غیر فیزیولوژیک در ارزیابی ذهنی از درد سهم هستند. با این وجود، فهم تأثیر متغیرهای روانشناختی بر درد مزمن و عوامل مرتبط نیاز به بررسی بیشتر دارند.^(۱۱) شناخت عوامل آسیب شناختی و محافظتی روانشناختی در جهت کمک به کنترل درد نقش مکمل ایفا می‌کنند. دین و معنویت از جمله عوامل محافظتی روانشناختی در درد است. هر چند که نقش سازه‌های روانشناختی - دینی در کاهش احساس درد تأیید شده، اما تحقیقات کمی در این رابطه صورت گرفته است.^(۱۲)

رنج و درد موضوع مهمی است که ادیان مختلف از جمله مسیحیت، یهودیت و اسلام به آن پرداخته‌اند. دین و معنویت به عنوان راهبردهای مقابله‌ای و نوعی ارزیابی مجدد می‌تواند به منبعی قوی در بیمارانی که درد را تجربه می‌کنند تبدیل شود.^(۱۳) سازه روانشناختی - دینی صبر می‌تواند عامل حفاظتی مؤثری باشد که نگاه فرد به بیماری یا مشکلات و مصائب را تغییر داده و آن را به عنوان فرصت و آزمایشی الهی، نه یک تهدید صرف برای فرد القاء کند. صبر از جمله مفاهیم اخلاقی است که در اخلاق اسلامی مورد تأکید قرار گرفته است.^(۱۴) صبر فضیلتی اخلاقی است که به استقامت، شکیبایی، خویشن‌داری، رضایت و متعالی شدن فرد در موقعیت‌های دشوار و ناخوشایند اشاره دارد. در این تعریف، صبر فرآیند فعالانه‌ای است که موجب می‌شود

مثبت صبر بودند^(۱۵). به علاوه، حسین ثابت در تأکید بر قابلیت آموزش مولفه‌های دینی، آموزش صبر را در کاهش اضطراب و افسردگی در افراد مضطرب و مضطرب-افسرده موثر می‌داند^(۲۰). تحقیقی دیگر نشان داد که افراد افسرده و مضطرب با افراد بهنجار از نظر مولفه‌های صبر تفاوت معناداری دارند. در نتیجه، ارتقاء توانمندی صبر به‌منظور کاهش اختلالات روانی اهمیتی دو چندان می‌یابد^(۲۱).

در رابطه با درد و صبر تاکنون طبق جست‌وجوهای به عمل آمده تحقیقی صورت نگرفته است. *Dezutter, Hutsebaut & Robertson, Luyckx* نشان دادند که مرکزیت سیستم معنایی (ایمان به دین خود) عامل مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی مبتلایان به درد مزمن است و مانعی بر آثار مضر شدت درد بر کیفیت زندگی این افراد می‌باشد^(۲۲). دین نقش مهمی در مدیریت درد در بیماران با بیماری‌های لاعلاج ایفا می‌کند^(۲۳). در بیماران دارای درد، معنا و هدف در زندگی شخصی و تفسیر بیماری به عنوان یک فرصت نه تهدید و اعتقاد به خدا می‌تواند منابعی برای مقابله با درد باشند^(۲۴). انتظارات، ارزش‌ها، حمایت اجتماعی و دیدگاه جهانی فرد، تجربه درد و پاسخ بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بسیاری از جنبه‌های مذکور در تجربه دینی و معنوی دخیل هستند، چرا که بیماران با درد مزمن معمولاً گزارش می‌دهند که دین و معنویت در زندگی آنان اهمیت دارد. مقابله‌ی دینی در بین این افراد از پرکاربردترین راهبردهای متداول در مقابله با درد است^(۲۵). *Haglund و Clayton* گزارش کرده‌اند که به کارگیری معنویت و دین به وضوح در سازگاری با بیماری، مدیریت درد و بهبود کیفیت زندگی اثر گذار است^(۲۶). *Pargament و Feuile* بیان می‌کنند که ذهن آگاهی معنویت گرا منجر به کاهش دردهای مرتبط با استرس می‌شود^(۲۷). افراد خودکارآمد، معنوی و دینی بیشتر قادرند که درد را تحمل و کنترل کنند^(۲۸). از این‌رو، شناخت بیشتر سازه‌های دینی / معنوی که در ارتباط با کاهش تجربه درد در بیماران مؤثر هستند

فرد در مواجهه با موقعیت‌های سخت و دشوار و گاه غیرقابل تغییر شکایت نکرده و بردباری ورزد، همچنین در انجام امور و فعالیت‌ها پایداری و ثبات داشته و در مقابل خواسته‌ها و امیال درونی خویشتن‌داری نماید و سختی‌ها و نامالایمات را وسیله‌ای برای رسیدن به تعالی قرار دهد^(۱۵). صبر به عنوان بهترین عنصر ایمان با بسیاری از ویژگی‌های شناختی، عاطفی و رفتاری انسان در ارتباط است^(۱۶). در حقیقت صبور بودن به معنای به تعویق انداختن خواسته‌ها به منظور دستیابی به هدف والایتر (متعالی شدن)، تحمل مصایب و بردباری در سختی‌ها (شکیبایی)، پذیرش وضع موجود و شرایطی که فرد در آن قرار دارد (رضایت)، پایداری و ثبات در انجام امور و مداومت در فعالیت (استقامت) و ایجاد وقفه و خویشتن‌داری در مقابل خواسته‌ها و مهار امیال درونی (درنگ) است^(۱۶،۱۷).

تحقیقات کمی در رابطه با صبر انجام شده است، چرا که ظهور آن هم در غرب و هم شرق در ادبیات روانشناختی تازگی دارد. به عبارت دیگر، مفهوم صبر برای اولین بار در ایران با توجه به آیات قرآنی مفهوم‌سازی شده و برای اندازه‌گیری آن ابزار عینی طراحی شده است. در واقع، معنای صبر در روانشناسی غرب معادل با نوعی انتظار کشیدن به طور آرام در مواجهه با ناکامی یا رنج شناخته می‌شود^(۱۸).

شکوفه فرد و خرمایی نشان داده‌اند که صبر با پرخاشگری، خشم و خصومت رابطه‌ی منفی دارد^(۱۷). صبر با ناامیدی رابطه منفی داشته و از بین مولفه‌های صبر، متعالی شدن، رضایت و استقامت به طور منفی و معنادار ناامیدی را پیش‌بینی کردند^(۱۴). بین صبر و مولفه‌های آن با نمره کل امید و هر دو مولفه آن (تفکر راهبردی و تفکر عاملی) همبستگی مثبت وجود دارد^(۱۶،۱۹). پنج عامل بزرگ شخصیت به غیر از عامل گشودگی به تجربه نمره کل صبر را پیش‌بینی کردند؛ به طوری که، روان‌آزردگی گرای پیش‌بینی کننده منفی و توافق‌پذیری، برونگردی و وظیفه‌شناسی پیش‌بینی کننده

ضروری و سودمند به نظر می‌رسد. از سوی دیگر، تحقیقات مختلف بدون توجه به چند بعدی بودن پدیده درد، به بررسی رابطه‌ی بین درد کلی و متغیرهای دینی/معنوی پرداخته‌اند و از توجه به مؤلفه‌های آن مانند شاخص‌های هیجانی و شناختی غفلت ورزیده‌اند. مطالعه‌ی حاضر با هدف پیش بینی علی درد و ابعاد سه گانه‌ی حسی- جسمی، احساسی- هیجانی و شناختی- ارزیابانه‌ی آن بر اساس صبر به انجام رسید.

روش بررسی

مطالعه حاضر همبستگی از نوع معادله ساختاری بود. تعداد ۱۱۰ نفر از کسانی که مبتلا به بیماری قلبی- عروقی بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس از مراجعه کنندگان به درمانگاه امام رضا شهر شیراز در سال ۱۳۹۳ انتخاب شدند. پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه با بیماران با تشخیص قطعی بیماری قلبی- عروقی توسط پزشک مصاحبه کرده و پس از توضیحات کافی از جنبه‌های مختلف پژوهش، پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار گرفت تا تکمیل نمایند. از دانشگاه شیراز و دانشگاه علوم پزشکی شیراز مجوزهای لازم اخذ شد و ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش مقیاس صبر بود که با استفاده از مؤلفه‌های دینی و آیات قرآنی توسط خرمائی، فرمانی و سلطانی ساخته شده است. این مقیاس از ۲۵ عبارت با طیف پنج گزینه‌ای (۰= کاملاً نادرست تا ۴= کاملاً درست) تشکیل شده که در این بین سوالات ۲، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۲۱ و ۲۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس شامل خرده مقیاس‌های متعالی شدن، شکیبایی، استقامت، درنگ و رضایت است. طیف نمره در این مقیاس از ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالا نشان دهنده‌ی صبوری بالای فرد است. روایی مقیاس بوسیله تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و مؤلفه‌های متعالی شدن ۰/۸۴، شکیبایی ۰/۶۷، رضایت ۰/۶۰، استقامت ۰/۶۱ و درنگ ۰/۶۸ گزارش شده

است^(۲۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های متعالی شدن با ۸ سوال ۰/۷۹؛ شکیبایی با ۷ سوال ۰/۶۵؛ رضایت با ۴ سوال ۰/۵۲؛ استقامت با ۳ سوال ۰/۴۵ و درنگ با ۳ سوال ۰/۴۸ به دست آمد. لازم به ذکر است به دلیل تعداد کم سوالات، در مورد خرده مقیاس‌های رضایت، استقامت و درنگ، به منظور جلوگیری از خطا در میزان آلفای آنها، برای خرده مقیاس‌های مذکور به جای محاسبه آلفای کرونباخ از روش میانگین ضریب همبستگی درونی سوالات با یکدیگر، به عنوان شاخصی از همسانی درونی آنها استفاده شد.

همچنین در این مطالعه جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه درد مزمن استفاده شد که پرسشنامه‌ای بومی بوده و با توجه به پرسشنامه درد مک‌گیل توسط محمدیان طراحی شده است. این مقیاس علاوه بر درد کلی، سه بُعد جسمانی- حسی، احساسی- هیجانی و شناختی- ارزیابانه‌ی درد را نیز می‌سنجد. این مقیاس شامل ۲۵ گویه با طیف شش درجه‌ای (۰= اصلاً تا ۵= خیلی زیاد) است. در نهایت، چهار نمره از این پرسشنامه حاصل می‌شود: (۱) نمره بُعد جسمانی- حسی با ۱۳ گویه، (۲) نمره بُعد احساسی- هیجانی با ۵ گویه، (۳) نمره بُعد شناختی- ارزیابانه با ۷ گویه و (۴) نمره شدت کلی درد (مجموع سه نمره ابعاد درد). طیف نمره شدت کلی درد از ۰ تا ۱۲۵ است و نمره بالا نشان دهنده ادراک بیشتر درد توسط فرد است. پایایی بازآزمون این پرسشنامه با فاصله‌ی زمانی یک ماهه ۰/۹۸ گزارش شده است. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط سه پزشک متخصص مورد بررسی قرار گرفت که نشان داده شد از روایی محتوایی خوبی برخوردار است^(۲۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۲، و برای خرده مقیاس‌های جسمانی ۰/۸۵، هیجانی ۰/۷۸ و شناختی ۰/۸۱ به دست آمد.

از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون جهت بررسی رابطه‌ی متغیرهای مورد پژوهش استفاده شد. نتایج نشان

نمونه وضعیت مالی خود را پایین، ۶۴/۵ درصد متوسط و ۱۸/۲ درصد خوب ارزیابی کردند و سه نفر نیز وضعیت مالی خود را مشخص نکرده بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی گروه نمونه

متغیرهای جمعیت-شناختی			فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۶۳	۵۷/۳	
	زن	۴۶	۴۱/۸	
وضعیت تأهل	بدون پاسخ	۱	۰/۹	
	متأهل	۸۷	۷۹/۱	
وضعیت مالی	مجرد	۲۱	۱۹/۱	
	بدون پاسخ	۲	۱/۸	
	پایین	۱۶	۱۴/۵	
	متوسط	۷۱	۶۴/۵	
	خوب	۲۰	۱۸/۲	
	بدون پاسخ	۳	۲/۷	

نتایج ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون در جدول شماره ۲ آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد که صبر با درد کلی ($r = -0/28, p = 0/002$)، بُعد جسمانی-حسی ($r = -0/25, p = 0/007$)، بُعد احساسی-هیجانی ($r = -0/25, p = 0/007$) و بُعد شناختی-ارزیابانه آن ($r = -0/27, p = 0/004$) بین مؤلفه‌های صبر نیز شکیبایی ($r = -0/27, p = 0/004$) و رضایت ($r = -0/38, p = 0/001$) با درد کلی و با هر سه بُعد آن رابطه‌ی منفی و معنادار نشان می‌دهد. مؤلفه‌ی درنگ با درد کلی ($r = -0/23, p = 0/015$) و بُعد جسمانی-حسی آن ($r = -0/26, p = 0/005$) رابطه‌ی منفی و معنادار دارد. مؤلفه‌های متعالی شدن و استقامت رابطه معناداری را نه با درد کلی و نه با ابعاد سه‌گانه‌ی آن داشتند.

داد متغیرها توزیع نرمال داشتند. در نهایت، مدل معادلات ساختاری با استفاده از روش خودگردان (bootstrap) با ۵۰۰۰ نمونه‌گیری مجدد از داده‌های اصلی^(۲۹) برای بررسی رابطه‌ی علی بین متغیر مکنون صبر (مؤلفه‌های آن به عنوان نشانگر وارد مدل شدند) و متغیر مکنون درد (با ابعاد سه‌گانه‌ی خود) مورد تحلیل قرار گرفت. برای بررسی معناداری اثر غیرمستقیم صبر بر روی ابعاد درد از روش خودگردان استفاده شد. لازم به ذکر است که این روش بر مفروضه‌هایی چون حجم نمونه و نرمال بودن داده‌ها حساس نیست. بنابراین، با استفاده از این نوع روش، تعداد حجم کم نمونه برای مدل‌سازی جبران می‌گردد^(۲۹). آزمون مدل و ارزشیابی برازندگی با توجه به سه شاخص نیکویی برازش (Goodness of Fit; GFI; Index; GFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (Comparative Fit Index; CFI) و جذر برآورد واریانس خطای تقریب (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA) صورت گرفت. مقدار شاخص‌های GFI و CFI برای مدل‌های قابل قبول ۰/۹۰ و بالاتر است و برای شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۱۰ است^(۳۰). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزارهای آماری SPSS نسخه ۱۶ و Amos نسخه ۱۶ انجام شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج، ۵۷/۳ درصد نمونه (۸۱ نفر) مرد بودند و یک نفر نیز جنسیت خود را مشخص نکرده بود. میانگین سنی و انحراف استاندارد واحدهای پژوهش ۴۶/۶۲ و ۱۵/۴۵ بود. از نظر وضعیت تأهل ۷۹/۱ درصد متأهل و ۱۹/۱ درصد مجرد بودند و دو نفر نیز وضعیت تأهل خود را مشخص نکرده بودند. بعلاوه، ۱۴/۵ درصد از گروه

جدول شماره ۲: میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه (n=۱۱۰)

مقیاس‌ها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. صبر	۸۷/۱۳	۱۲/۲۹	-									
۲. متعالی شدن	۳۱/۷۰	۵/۳۵	۰/۷۶***	-								
۳. شکیبایی	۲۰/۷۶	۴/۶۵	۰/۷۰***	۰/۲۷**	-							
۴. رضایت	۱۲/۲۴	۳/۴۴	۰/۷۴***	۰/۴۱***	۰/۴۸***	-						
۵. استقامت	۱۰/۹۳	۲/۲۱	۰/۵۹***	۰/۳۸***	۰/۲۲*	۰/۳۸***	-					
۶. درنگ	۱۱/۴۸	۲/۳۸	۰/۴۲***	۰/۲۰*	۰/۱۲	۰/۱۶	۰/۲۹**	-				
۷. درد	۵۶/۳۹	۲۳/۸۳	۰/۲۸**	۰/۰۱	۰/۲۷**	۰/۳۸***	۰/۱۴	۰/۲۳*	-			
۸. بُعد جسمانی	۲۸/۹۷	۱۲/۷۹	۰/۲۵**	۰/۰۴	۰/۲۲*	۰/۲۹***	۰/۱۰	۰/۹۲***	۰/۹۲***	-		
۹. بُعد هیجانی	۱۲/۳۱	۶/۰۵	۰/۲۵**	۰/۰۴	۰/۳۰**	۰/۴۰***	۰/۱۲	۰/۸۶***	۰/۶۳***	۰/۶۳***	-	
۱۰. بُعد شناختی	۱۵/۱۰	۷/۵۹	۰/۲۷**	۰/۰۱	۰/۲۴*	۰/۳۸***	۰/۱۵	۰/۹۰***	۰/۶۹***	۰/۸۲***	۰/۸۲***	-

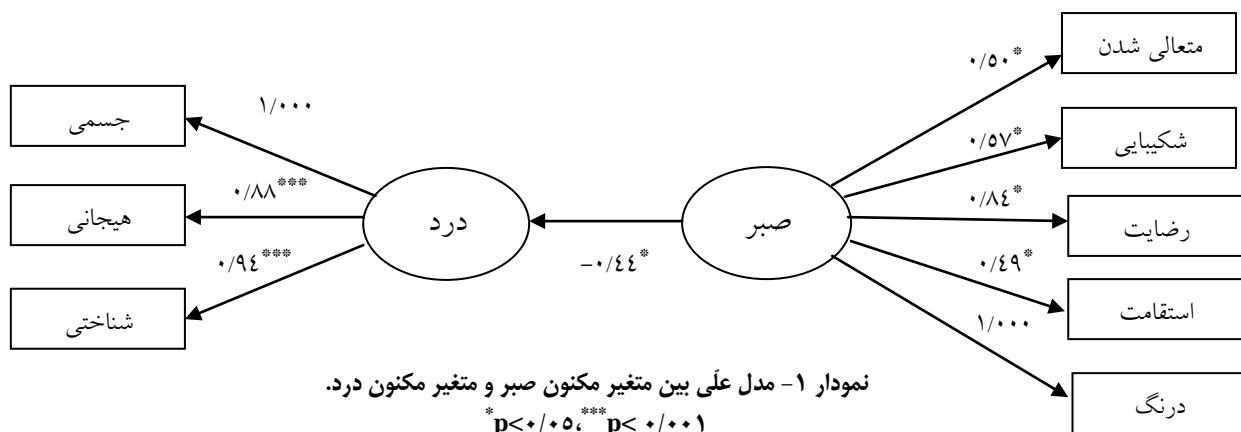
*p<۰/۰۵, **p<۰/۰۱, ***p<۰/۰۰۱

۲۰ درصد از واریانس متغیر درد را به طور معنادار تبیین نماید. مقایسه بتاهای اثر غیرمستقیم متغیر مکنون صبر بر روی ابعاد سه گانه‌ی درد نشان دهنده این است که صبر بیشترین تأثیر را بر روی بُعد شناختی و سپس به ترتیب بر روی ابعاد هیجانی و جسمانی درد می‌گذارد. در ضمن شاخص‌های برازش مدل (RMSEA= ۰/۰۸, CFI= ۰/۹۲, GFI= ۱/۷۵۷, $\chi^2/df= ۱۷۵۷$, $p= ۰/۰۲۲$) نیز نشان دادند که مدل با داده‌ها برازش خوبی دارد.

در بررسی رابطه‌ی علی بین صبر و درد، نتایج مدل معادلات ساختاری آن در نمودار ۱ و جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج نشان داد که متغیر مکنون صبر به طور معنادار و منفی متغیر مکنون درد ($\beta= -۰/۴۴$, $p<۰/۰۵$) را پیش بینی می‌کند. همچنین صبر توانست به طور غیرمستقیم ابعاد جسمانی-حسی ($\beta= -۰/۳۲$, $p= ۰/۰۰۳$)، احساسی-هیجانی ($\beta= -۰/۳۹$, $p= ۰/۰۰۴$) و شناختی-ارزیابانه ($\beta= -۰/۴۱$, $p= ۰/۰۰۴$) درد را از روی متغیر مکنون درد پیش بینی کند. این متغیر توانست

جدول شماره ۳: شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌ها	χ^2	df	p	df/χ^2	RMSEA	GFI	CFI
مدل	۳۳/۳۸۰	۱۹	۰/۰۲۲	۱/۷۵۷	۰/۰۸	۰/۹۲	۰/۹۵



بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه‌ی حاضر پیش‌بینی درد و ابعاد سه‌گانه‌ی جسمانی، هیجانی و شناختی آن بر اساس صبر بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که صبر با درد رابطه‌ی منفی و معنادار دارد. با تعریفی که از صبر شده است و شناختی که از آن در ادیان مختلف وجود دارد، چنین نتیجه‌ای مورد انتظار بود. صبر فضیلتی اخلاقی است که به افراد در موقعیت‌های دشوار و ناخوشایند یاری می‌رساند^(۱۵) درد یکی از همان موقعیت‌های دشوار محسوب می‌گردد. بیمارانی که صبورت‌تر هستند در روبرو شدن با درد، شکایت نکرده و آن را به عنوان فرصتی برای متعالی شدن در زندگی قلمداد می‌کنند. در نتیجه درد خود را تحمل کرده و آسیب کمتری را متحمل می‌شوند. از سوی دیگر، از آنجا که صبر یک متغیر روانشناختی-دینی است تحقیقات مختلفی نشان داده‌اند که دین و معنویت می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی برای تحمل درد در نظر گرفته شود^(۲۳). دین و معنویت با ایجاد معنا و هدف در زندگی شخصی و تفسیر بیماری به عنوان یک فرصت و نه تهدید می‌تواند منبعی برای مقابله با درد باشد^(۱۳). بنابراین، دین و معنویت با ایجاد یک سیستم معنایی برای فرد به عنوان یک مکانیسم راهبردی عمل کرده و فرد از آن طریق بر درد خود فائق می‌آید.

از نتایج دیگر پژوهش حاضر این بود که صبر با ابعاد سه‌گانه جسمی، شناختی، هیجانی درد رابطه منفی و معنادار داشت. از آنجایی که دین و معنویت بر سیستم کلی انسان شامل جسم، شناخت، هیجان و رفتار تأثیر گذار است، می‌توان انتظار داشت که در رابطه با ابعاد مختلف درد نیز چنین کارکردی داشته باشد. هر چند، همانند با نتیجه مطالعه حاضر که نشان داد صبر بیشترین تأثیر را بر بُعد شناختی و ارزیابانه درد دارد، روشن است که دین و معنویت نیز به احتمال زیاد بر سیستم شناختی بشر بیش از سیستم‌های دیگر وی تأثیر گذار است. این بدان معناست که صبر بیشتر با تغییر شناخت فرد (معنا و هدف) آستانه‌ی تحمل او را برای تجربه درد بالا می‌برد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از بین مؤلفه‌های صبر، مؤلفه‌های شکیبایی و رضایت با درد کلی و با هر سه بُعد آن رابطه‌ی منفی و معنادار داشتند. مؤلفه درنگ با درد کلی و تنها با بُعد جسمی-حسی آن رابطه‌ی منفی و معنادار نشان داد. اما مؤلفه‌های متعالی شدن و استقامت رابطه‌ی معناداری را نه با درد کلی و نه با ابعاد سه‌گانه‌ی آن داشتند. این یافته‌ها را باید با توجه به هدف و چیزی که این مؤلفه‌ها برای ارزیابی آن طراحی شده‌اند تبیین کرد. بدین صورت که با تعریفی که از شکیبایی (تحمل مصایب و بردباری در سختی‌ها) و رضایت (پذیرش وضع موجود و شرایطی که فرد در آن قرار دارد) شده است^(۱۵)، می‌توان به این نتیجه رسید که فرد با تحمل سختی‌ها و همچنین پذیرش وضعیت موجود خود می‌تواند به طور مؤثری به مقابله با درد بپردازد. اما مهم‌ترین دلیل اینکه چرا متعالی شدن و استقامت با درد رابطه‌ی معناداری را نشان ندادند، می‌تواند مربوط به سنجش چیزی باشد که این مؤلفه‌ها برای آن تعریف شده‌اند. به نظر می‌رسد این دو مؤلفه بیشتر بر رشد و کمال (متعالی شدن) و اصرار به ادامه دادن فعالیت‌ها (استقامت) تأکید دارند که این دو شاید چندان به تحمل درد ارتباطی نداشته باشند. با این وجود، از آنجایی که پژوهش مشابهی در این زمینه یافت نشد نمی‌توان دلایل مستندتری را ارائه داد و نیاز است تحقیقات بیشتری در آینده در این زمینه انجام گیرد.

نتایج مدل علی رابطه‌ی بین متغیر مکنون صبر و درد را نشان داد، چنانکه متغیر مکنون صبر توانست متغیر مکنون درد را به طور قوی، منفی و معنادار پیش‌بینی نماید و ۲۰ درصد از واریانس آن را تبیین کند. همچنین متغیر مکنون صبر توانست ابعاد سه‌گانه‌ی جسمانی، هیجانی و شناختی را به طور منفی و معنادار پیش‌بینی نماید. این مدل نشان دهنده این است که درد و ابعاد آن به شدت از صبر به عنوان یک سازه‌ی روانشناختی-دینی تأثیر می‌پذیرد. این یافته مشابه با تحقیقات پیشین در این زمینه است که نشان داده‌اند اعتقادات دینی یکی از عوامل مهم

نمونه گیری در دسترس و بر روی بیماران قلبی - عروقی انجام شد که تعمیم یافته‌ها را به جمعیت‌های دیگر محدود می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد تحقیقات آینده بر روی بیماری‌های دیگر از قبیل افراد مبتلا به دردهای مزمن و افراد مبتلا به سرطان با رفع محدودیت‌های روش شناختی صورت گیرد. همچنین با افزایش دانش بیمارانی که به درد و رنج حاصل از آن دچارند، در رابطه با کارکرد مؤثر عوامل دینی / معنوی، به ویژه صبر، در کاهش ادراک آنان از درد، می‌توان بیمار را در کنترل درد مشارکت داد و او را به عنوان یک فرد فعال در نظر گرفت که این خود دیدگاه منفعل بیمار در تجربه درد را زوده و او را ترغیب به کاهش درد خود می‌کند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر با حمایت مالی هیچ ارگان یا سازمانی انجام نشده است. از تمامی کارکنان بخش قلب درمانگاه امام رضا (ع) شهر شیراز، دانشگاه شیراز و دانشگاه علوم پزشکی شیراز بابت صدور مجوزهای لازم و همچنین بیمارانی که با صبر و حوصله و دقت زیاد خود پاسخ‌گوی ما بودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تأثیرگذار بر درد است^(۳۱،۳۲). بنابراین، درد نباید تنها یک پدیده‌ی صرفاً زیست‌شناختی تفسیر شود و باید به جنبه‌های روانشناختی و اجتماعی آن نیز توجه گردد. براساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، متغیرهای روانشناختی - دینی یا فضایل اخلاقی (مانند صبر) نقش مهمی را در رابطه با تقلیل درد افراد مبتلا به دردهای مزمن ایفا می‌کنند. متغیرهای روانشناختی - دینی از سهم قابل ملاحظه‌ای در مقابله با درد برخوردار هستند و اینکه توجه به دین و آموزش روانی صبر به همراه درمان‌های پزشکی درد و به عنوان مکمل درمان‌های پزشکی می‌تواند نتایج به مراتب مؤثرتری را برای فرد بیمار، پزشک و در کل جامعه به بار بیاورد این مهم می‌تواند باعث بالا رفتن آستانه تحمل درد در بیماران شده و کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد.

همانند بسیاری از تحقیقات دیگر مطالعه‌ی حاضر نیز از محدودیت‌هایی نیز برخوردار بود که باید به آنها توجه شود. از مهمترین آنها می‌توان به اتکا بر داده‌های خودگزارشی بیماران اشاره نمود. بنابراین، برای به دست آوردن رابطه‌ی علی بین صبر و درد پیشنهاد می‌گردد که تحقیقات آینده به دنبال مداخلات روانشناختی دقیق و کنترل شده در این زمینه باشند. مطالعه‌ی حاضر با روش

فهرست منابع

1. Asghari moghadam M.A. [Pain and Measurement .published in Roshd, Tehran]. 2011;10-12. Persian
2. Stonerock Jr GL. The utility of brief cognitive skills training in reducing pain catastrophizing during experimental pain. Unpublished PhD. Thesis, University of North Carolina, ChapelHill. 2011.
3. Mohammadi zeidi E, Heidarnia A, & Hajizadeh E. [Examining life style in cardiovascular patients]. *Medical Daneshvar* 2006; 13(61): 49-56. Persian
4. Moeini M. [Patients' Religious Beliefs in Cardiac Pain Situations: A Qualitative Research]. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2014;3(1):104-13. Persian
5. Mäntyselkä PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA*. 2003;290(18):2435-42.
6. O'Brien EM, Waxenberg LB, Atchison JW, Gremillion HA, Staud RM, McCrae CS, et al. Negative mood mediates the effect of poor sleep on pain among chronic pain patients. *Clin J Pain*. 2010;26(4):310-9.
7. Pinquart M, Shen Y. Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated meta-analysis. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(4):375-84.
8. Gerbershagen K, Gerbershagen HU, Lindena GU, Lachenmayer L, Lefering R, Schmidt CO, et al. Prevalence and impact of pain in neurological inpatients of a German teaching hospital. *Clin Neurol Neurosurg*. 2008;110(7):710-7.

9. Phillips CJ. The cost and burden of chronic pain. *Rev Pain* 2009; 3(1): 2-5
10. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *J Altern Complement Med*. 2011;17(1):83-93.
11. Mawani A-N. Reducing chronic pain using mindfulness meditation: An exploration of the role of spirituality. Unpublished PhD. Thesis, University of Manitoba, Canada. 2009.
12. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. *Curr Pain Headache Rep*. 2008;12(5):327-32.
13. Büssing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EA, et al. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Med*. 2009;10(2):327-39.
14. Khormaie F, Farmani A, Soltani E. [Investigating the Prediction Role of Patience as a Moral Construct and Personality Characteristics in the Hopelessness of University Students]. *Med Ethics*. 2016;8(28):167-99. Persian
15. Khormaie F, Farmani, A. [Investigating the role of big five-factor personality in predicting patience and its components in university students. Clinical Psychology and Personality] [in press]. Persian
16. Khormaei F, Zareie F, Mahdiyar M, Farmani A. [Role of patience and its components as moral constructs in predicting hope among university students]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;7(3):58-68. Persian
17. Shokoufefdard S, Khormaei F. [Investigating the prediction Patience and its components on student aggression]. *Ravanshenasi-va Din*. 2012; 5(2): 79-92. Persian
18. Schnitker SA. An examination of patience and well-being. *J Posit Psychol*. 2012;7(4):263-80.
19. Ghobaribonab B, Khodayarifard, M, Shokouhiyekta, M. [The relationship between trust in God with anxiety, patience, and hope in adverse conditions]. Proceeding role of religion in mental health 2004. Persian
20. Hoseinsabet F. [Effectiveness of patience education on anxiety, depression, and happiness]. *Studies in Islam & Psychology J*. 2008; 2:79-92. Persian
21. Kalantari S, Farmani A. [The comparison of the Facets of Mindfulness among Patients with Major Depression, Generalized anxiety Disorder and Normal Individuals]. *ISMJ*. 2015;18(4):773-85. Persian
22. Dezutter J, Robertson LA, Luyckx K, Hutsebaut D. Life satisfaction in chronic pain patients: the stress-buffering role of the centrality of religion. *J Sci Study Relig*. 2010;49(3):507-16.
23. Mwaria C. Pain Management for the Terminally Ill: The Role of Race and Religion. *The Journal of IMA*. 2011;43(3):208-214.
24. Clayton-Jones D, Haglund K. The Role of Spirituality and Religiosity in Persons Living With Sickle Cell Disease A Review of the Literature. *J Holist Nurs*. 2015: 686-703.
25. Feuille M, Pargament K. Pain, mindfulness, and spirituality: A randomized controlled trial comparing effects of mindfulness and relaxation on pain-related outcomes in migraineurs. *J Health Psychol*. 2015;20(8):1090-106.
26. Lysne CJ, Wachholtz AB. Pain, Spirituality, and Meaning Making: What Can We Learn from the Literature? *Religions*. 2010;2(1):1-16.
27. Khormaei F, Farmani A, Soltani E. [The construction and examining of the psychometric properties of patience scale]. *Educational Measurement J*. 2015;5(17):83-99. Persian
28. Mohammadian MA. [The nature of psychological factors and coping skills in people with limp pain. Unpublished Master' thesis. Iran University of Medical Sciences, Tehran]. 1995. Persian
29. Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behav Res Methods*. 2008;40(3):879-91.
30. Hooman HA. [Structural equation modeling with LISREL application]. Tehran: SAMT Publication. 2009:235-47. Persian.
31. O'Connell Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
32. Foladi N, Salsali M, Alimohamadi H, Pourfarzi F, Homauon N. [Spritual beliefs and health in choronic disease]. Proceedings of the 2nd Conferance Qualitative Research in Health Sciences. 2009:17-9. Persian

Religion and Pain: Prediction of Pain Dimensions Based on Patience

¹Valikhani A., MS.

²Khormaei F., PhD.*

Abstract

Background & Aim: Chronic pain as a disabling disorder does not completely respond to the routine medical treatments. Consequently identification of the risk factors and psychologic-protective factors of pain such as religion and spirituality seems necessary. The aim of this study was to predict the physical, emotional, and cognitive dimensions of pain based on patience.

Material & Methods: It was a correlational structural equation modeling study. A total of 110 patients with cardiovascular diseases were recruited by convenient sampling from the outpatient clinic of Imam Reza in the city of Shiraz. Data was collected by a researcher made patience scale and chronic pain inventory and analyzed by Pearson correlation analysis and structural equation modeling using SPSS-PS (v.16) and Amos 16.0.

Results: The results showed that patience is negatively correlated with total pain and its physical, emotional, and cognitive dimensions ($p < 0.01$). There was a significant negative relationship between the subscales of patience, tolerance and consent with total pain and its triple dimensions ($p < 0.05$). The subscale of delay was negatively associated with total pain and its physical dimension ($p < 0.05$). There was no significant relationship between transcendence and persistence with pain and its dimensions. The structural equation modeling (SEM) showed that the patience latent variable has strongly predicted the pain ($\beta = -0.44$, $p < 0.05$).

Conclusion: Regarding the findings, it could be concluded that psychological factors especially religious variables play an important role in alleviating pain in cardiovascular diseases. In between, patience as an important variable in the experience of physical, emotional and psychological dimensions of pain could have an important role.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Pain, Religion, Spirituality

Received: 27 Apr 2015

Accepted: 8 Aug 2015

¹ Postgraduate student of Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

² Associate Professor, Department of Education Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran; (*Corresponding author). Tel: +98 9173374879 Email: khormae_78@yahoo.com