

Effectiveness of Spiritual-based Stress Management Training on Severity of Pain in Women with Fibromyalgia

Sedigheh Khayatan Mostafavi¹, Asghar Aghaei^{2*}, Mohsen Golparvar³

Abstract

- 1- PhD Student, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
- 2- Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
- 3- Associate professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

*Corresponding Author:

Asghar Aghaei
Department of Psychology,
Isfahan (Khorasgan) Branch,
Islamic Azad University,
Isfahan, Iran

Email:

aghaeipsy@gmail.com

Received: 28 Feb 2018

Revised: 13 Jun 2018

Accepted: 15 Oct 2018

Background and Purpose: In recent years, it has been shown that therapies and interventions that use spiritual techniques play an important role in the mental relaxation of patients with chronic illnesses. Accordingly, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of stress management training with Iranian-Islamic spiritual therapy on the severity of pain in women with Fibromyalgia.

Materials and Methods: This study was carried out in a quasi-experimental design, which involved the analysis of the experimental and control groups in three stages of pre-test, post-test, and follow-up. The population of the study consisted of 30 women with fibromyalgia, who were randomly assigned into the experimental group (n=15) and control group (n=15). The experimental group took part in a 12-session educational program related to stress management with Iranian-Islamic spiritual therapy once a week. However, control group received no intervention. All participants completed the Brief Pain Inventory in three stages of the baseline, after implementation of Iranian-Islamic spiritual therapy, and the follow-up stages.

Results: The results of repeated measures ANOVA showed that stress-management program with Iranian-Islamic spiritual therapy after intervention and follow-up stages (45 days after baseline measurement) had a significant effect on the reduction of the pain intensity, as well as the sensory and reactive dimensions of pain ($P<0.01$).

Conclusion: The obtained results of the study revealed that stress management training with Iranian-Islamic spiritual therapy can be an effective method for decreasing the severity of pain in women with fibromyalgia.

Keywords: Fibromyalgia, Spiritual therapy, Stress management

► **Citation:** Khayatan Mostafavi S, Aghaei A, Golparvar M. Effectiveness of Spiritual-based Stress Management Training on Severity of Pain in Women with Fibromyalgia. Religion and Health, Autumn & Winter 2018; 6(2): 1-10 (Persian).

اثربخشی آموزش مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی بر شدت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژی

صدیقه خیاطان مصطفوی^۱، اصغر آقایی^{۲*}، محسن گل‌پرور^۳

چکیده

سابقه و هدف: مطالعات نشان می‌دهند که درمان‌ها و مداخلات مبتنی بر فنون معنوی نقش مهمی در ایجاد آرامش روانی بیشتر در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دارند. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی ایرانی-اسلامی بر شدت درد و علائم بیماری در زنان مبتلا به فیبرومیالژی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر در قالب یک پژوهش نیمه‌آزمایشی دوگروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) سه مرحله‌ای شامل: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. از جامعه آماری زنان مبتلا به فیبرومیالژی، ۳۰ بیمار انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به گروه آزمایش (n=۱۵) تحت برنامه آموزشی مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی ایرانی-اسلامی طی ۱۲ جلسه گروهی به‌صورت یک بار در هفته) و گروه کنترل (n=۱۵) تقسیم گردیدند. شایان ذکر است که تمامی شرکت‌کنندگان پرسشنامه تشخیص شدت درد (BPI: Brief Pain Inventory) را در سه مرحله خط پایه، پس از اجرای معنویت‌درمانی ایرانی-اسلامی و در مرحله پیگیری تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که برنامه مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی ایرانی-اسلامی پس از مداخله و پیگیری (۴۵ روز پس از سنجش خط پایه) بر کاهش شدت درد و ابعاد حسی و واکنشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است ($P < 0/01$).

استنتاج: مطابق با نتایج این پژوهش، آموزش مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی ایرانی-اسلامی و به شیوه گروهی، روش مؤثری برای کاهش شدت درد در زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: فیبرومیالژی، مدیریت استرس، معنویت‌درمانی

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

* مؤلف مسئول: اصغر آقایی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

Email:
aghaeipsy@gmail.com

دریافت: ۰۹ اسفند ۱۳۹۶

اصلاحات: ۲۳ خرداد ۱۳۹۷

پذیرش: ۲۳ مهر ۱۳۹۷

◀ **استناد:** خیاطان مصطفوی، صدیقه؛ آقایی، اصغر؛ گل‌پرور، محسن. اثربخشی آموزش مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی بر شدت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژی. دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۳۹۷؛ ۶(۲): ۱۰-۱ (فارسی).

مقدمه

پس از آرتروز که شایع‌ترین بیماری روماتیسمی می‌باشد، فیبرومیالژی یکی از سه بیماری شایع در درمانگاه‌های روماتولوژی در بیماران بزرگسال است. از نشانه‌های این بیماری درد مزمن استخوانی-عضلانی منتشرشونده، خواب بی‌کیفیت، خستگی پذیری زودرس، سردرد، اختلالات خلقی-شناختی، خشکی مفاصل و عضلات، پارستزی همراه با نقاط حساس به لمس متعدد گسترده و دارای توزیع متقارن می‌باشد (۱،۲). تقریباً ۲ تا ۷ درصد از جمعیت عمومی درگیر این بیماری هستند و زنان بیش از مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند (۳-۷). از میان متغیرهای مختلف مرتبط با این بیماری، مهم‌ترین متغیر درد است که باید در زنان مبتلا به فیبرومیالژی مورد توجه قرار گیرد. درد در دو بعد حسی و عاطفی تجربه می‌شود؛ بعد حسی بیانگر شدت درد و بعد عاطفی نشان‌دهنده میزان ناخوشایندی تجربه آن می‌باشد (۸-۱۰). در سال‌های اخیر همسوی با نقش عوامل روانی و معنوی مرتبط با درد و پیامدهای آن، معنویت به‌عنوان مؤلفه‌ای مهم وارد دانش نظری و پژوهشی پژوهشگران و نظریه‌پردازان شده است (۱۱،۱۲).

شواهد نشان می‌دهند که معنویت و مذهب در مقابله با بیماری و درد تأثیرگذار هستند (۱۳). در میان رویکردهای مطرح در بین نظریه‌پردازان، معنویت به‌عنوان باورها و اعمال شخصی که متأثر از ارتباط با خدا یا یک قدرت برتر در جهان می‌باشد، تعریف شده است. البته در برخی از آموزه‌های معنوی بر این نکته تأکید می‌شود که معنویت منعکس‌کننده تعالیم مذهبی نمی‌باشد؛ اما به‌عنوان بخشی مهم در بسیاری از مذاهب محسوب می‌گردد (۱۴). فراتر از بنیان‌های نظری و معنوی مطرح برای مقابله با استرس و درد، در برخی از پژوهش‌ها قابلیت استفاده همزمان از راهبردهای معنوی و روانی مورد بررسی قرار گرفته و شواهد حمایت‌کننده‌ای برای آن ارائه شده است. Hassett و Williams (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای نشان دادند که دو

مداخله درمان شناختی-رفتاری و ورزش (تمرین مقاومتی و انعطافی) در کاهش دردهای مزمن عضلانی-اسکلتی (فیبرومیالژی)، بهبود عملکرد و تغییر نشانگان ثانویه اثرگذار می‌باشند (۱۵).

بلورساز مشهدی و همکاران (۲۰۱۷) نیز در پژوهش خود عنوان نمودند که آموزش راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر تعالیم اسلامی، اثری سودمند بر سلامتی و کاهش شدت اختلالات بالینی دارد (۱۶). علاوه‌براین، کجباف و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی دیگر به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر کاهش تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سردرد تنشی تأثیر معناداری دارد (۱۷). Baetz و Toews (۲۰۰۹) و Cohen و همکاران (۲۰۰۹) نیز در مطالعات خود گزارش کردند که بین مذهب و معنویت با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد (۱۸،۱۹). از سوی دیگر نتایج پژوهش Rider و همکاران (۲۰۱۴)، Rippentrop و همکاران (۲۰۰۵)، Corbett و همکاران (۲۰۱۷) و Jegindø و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که درمان دینی و معنویت‌گرا بر کاهش درد تأثیر دارد (۲۰،۲۱،۲۲). نتایج مطالعات دیگر نیز گویای آن هستند که مداخلات روانی-معنوی، تأثیرات و پیامدهای مهمی بر تسکین علائم فیبرومیالژی دارند (۲۲-۲۵).

با توجه به بررسی‌های انجام‌شده به نظر می‌رسد که تاکنون مطالعات کافی در ایران درباره زنان مبتلا به فیبرومیالژی و به‌کارگیری روش‌های درمان غیردارویی (روان‌شناختی) در ارتباط با این بیماران صورت نگرفته است و پژوهش حاضر می‌تواند زمینه‌ساز توجه بیشتر پژوهشگران عرصه سلامت و بهداشت روانی به افراد مبتلا به فیبرومیالژی گردد. در این راستا، پژوهش حاضر در جهت پرکردن خلا موجود به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا آموزش گروهی مدیریت استرس مبتنی بر معنویت‌درمانی ایرانی-اسلامی، روشی مؤثر برای کاهش شدت درد (و ابعاد حسی و واکنشی) در

زنان مبتلا به بیماری فیبرومیالژی می‌باشد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ ماهیت با توجه به انتخاب هدفمند از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پژوهشی سه مرحله‌ای دوگروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) متشکل از پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش را ۴۰ زن مبتلا به فیبرومیالژی با تشخیص درد مزمن در شهر اصفهان که در سه ماه فصل پاییز سال ۱۳۹۵ به کلینیک‌های درد شهر اصفهان مراجعه کرد بودند، تشکیل دادند. از میان این جامعه آماری، ۳۰ نفر از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری جای گرفتند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن ۲۵ سال و بالاتر، تشخیص قطعی بیماری فیبرومیالژی براساس معیارهای انجمن بین‌المللی درد و انجمن روماتولوژی آمریکا (۲۶)، تمایل داشتن به شرکت در پژوهش و برخورداری از توانایی فهم، تکلم و سواد خواندن و نوشتن به زبان فارسی. معیارهای خروج نیز عدم حضور پیاپی کمتر از سه جلسه، مخالفت بیمار با پروتکل درمانی و انصراف از ادامه درمان به هر دلیل را شامل می‌شد.

شایان ذکر است که معیارهای اخلاقی در پژوهش دربرگیرنده رعایت و حفظ رازداری نسبت به اطلاعات شرکت‌کنندگان، استفاده از داده‌ها تنها در راستای اهداف پژوهش، عدم استفاده از اجبار برای مشارکت در پژوهش و اجرای بسته درمانی آموزشی برای گروه کنترل (گواه) پس از پایان دوره پیگیری بود. در پژوهش حاضر از دو پرسشنامه زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید:

الف. پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی که برای به‌دست‌آوردن اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله سن، تحصیلات و ناحیه شدت درد طراحی و استفاده شده است.

ب. پرسشنامه تشخیص شدت درد (BPI) که در هندوستان، یونان و ایران ترجمه و اعتباریابی شده است و

اولین پرسشنامه دردی می‌باشد که در ایران مورد استفاده قرار گرفته است (۲۷). در پژوهش حاضر ارزیابی شدت درد با استفاده از این پرسشنامه با دو مؤلفه در دو بعد واکنشی و حسی درد انجام شد. شایان ذکر است که بعد حسی چهار سؤال و بعد واکنشی که میزان تداخل درد با کارکردهای عمومی اشخاص را می‌سنجد، هفت سؤال دارد. در این پرسشنامه مقیاس‌ها بین ۰ تا ۱۰ درجه‌بندی شده‌اند و میانگین شدت درد در چهار هفته گذشته با استفاده از مقیاس ۱۱ نقطه‌ای از ۰ (بی‌دردی) تا ۱۰ (بدترین درد ممکن) نمره‌دهی می‌گردد. در پژوهش میزمرانی و همکاران (۲۰۰۷) که در ارتباط با ۲۱۱ بیمار مبتلا به سرطان در شهر کرمان انجام شد، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه (۱۱ گویه) معادل ۰/۸۷ و برای ابعاد شدت و واکنش به ترتیب برابر با ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به‌دست آمد (۲۸). ذکر این نکته ضرورت دارد که از این مقیاس معمولاً در تحقیقات مربوط به درد استفاده می‌شود و شواهد زیادی در مورد اعتبار آن در اندازه‌گیری شدت درد در تمام مشکلات مربوط به آن و در تمام جمعیت‌ها در دست می‌باشد (۲۹،۳۰).

بیماران در برنامه آموزشی مبتنی بر مدیریت استرس با محتوای معنویت درمانی ایرانی-اسلامی، در ۱۲ جلسه دو ساعته یک بار در هفته (در مجموع ۱۲ هفته) به شکل گروهی وارد فرایند آموزش و درمان شدند. پس از اتمام جلسات درمان، هر دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و با فاصله ۴۵ روز بعد در مرحله پیگیری شرکت نمودند. باید خاطر نشان ساخت که پروتکل آموزشی مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی ایرانی-اسلامی برای نخستین بار در این پژوهش براساس تحلیل محتوای متون معنوی-دینی اسلامی به‌ویژه قرآن کریم و متون دینی مرتبط دیگر همراه با مصاحبه با زنان مبتلا به فیبرومیالژی، صاحب‌نظران متون دینی و روان‌شناسی معنوی و دینی تهیه شده است. ۱۰ متخصص نسبت به کفایت محتوایی بسته آموزشی برای اجرا در ارتباط با زنان مبتلا به فیبرومیالژی و ارزیابی کلی بسته آموزشی اظهار نظر نمودند و توافق تخصصی معادل

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی - ایرانی

جلسه	فراپند جلسه
جلسه اول: معناداری زندگی	معارفه و توزیع پرسشنامه، آشنایی کلی گروه با نحوه درمان و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین
جلسه دوم: ایمان به خدا	ایمان و توکل به خدا، گسترش تجربه‌های معنوی و ابزار عقاید و تجربه‌های معنوی
جلسه سوم: توکل و اعتماد به خدا	اعتماد کردن به نیروی لایزال الهی و آرامش
جلسه چهارم: نقش صبر در زندگی	آشنایی با مفاهیم صبر و مثبت‌اندیشی و تشریح نقش آن‌ها در زندگی
جلسه پنجم: بخشش	افزایش بخشش و حل و فصل خشم معطوف به خود، پذیرش، شکیبایی، پایداری و اقدام مسئولانه دعای ابتدای جلسه با هدف تحریک انگیزه معنوی، یادآوری و تذکر حضور در جلسه‌های معنوی و احساس قرب و نزدیکی به پروردگار خوانده می‌شود.
جلسه ششم: قضا و قدر الهی و نقش رضا	آموزش راه دستیابی به مقام رضا و تفویض امور به خداوند و تقویت اراده فردی برای رشد معنوی
جلسه هفتم: قدردانی و شکرگزاری	قدردانی، شکرگزاری و ارزیابی مستمر از خود تحت نظر فردی معنوی و رشد یافته‌تر از خود
جلسه هشتم: تأثیر عبادت و ایمان به خدا در ایجاد آرامش روح و روان	ارائه مفهومی صحیح از ایمان به خدا و آثار و پیامدهای نگرش ایمانی در زندگی و آشنایی با بیماری و شدت درد و علائم آن‌ها
جلسه نهم: توبه و بیان واقعیت‌های دنیا و امیدواری	آموزش واقعیت‌شناسی دنیا و نقش توبه در آرامش روان، بیان احادیث و روایات مبنی بر اهمیت توبه
جلسه دهم: نقش مرگ در آرامش	تصمیم‌گیری برای رشد معنوی و معنوی‌شدن از مسیر درست برای رسیدن به آگاهی
جلسه یازدهم: نقش ذکر	ارائه تعریف مفهومی و تحلیلی از کلمه "خدا" و ارتباط با وی به‌عنوان قدرتی فرابشری که درمان‌جو به آن ایمان دارد.
جلسه دوازدهم: جمع‌بندی جلسات پیش و بازخورد گرفتن	جلسه اختتامیه شامل: بیان خلاصه‌ای از کل جلسات و آموزش تعمیم آموخته‌ها به مسائل زندگی

یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین \pm انحراف معیار سن و درصد فراوانی شدت درد در نواحی مختلف بدن در دو گروه ارائه شده است.

لازم به ذکر است که پیش از انجام تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، نرمالیتی توزیع داده‌ها از طریق آزمون آماری Kolmogorov-Smirnov، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون Levene و بررسی

۰/۸۵ تا ۰/۹۵ به دست آمد. عناوین و محتوای جلسات

آموزشی به‌طور خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از بسته نرم‌افزاری آماری در علوم اجتماعی (Statistical Package for Social Science) در راستای اهداف و سؤالات پژوهش انجام شد و داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر (تکرار شده) تجزیه و تحلیل گردیدند.

جدول ۲: متغیرهای جمعیت‌شناختی زنان مورد بررسی به تفکیک گروه آزمایش و گواه

متغیر	شاخص آماری	گروه		آزمون آماری	سطح معناداری
		گواه	آزمایش		
سن	میانگین	۴۵/۴۷	۴۵/۶۷	۰/۰۶۵	۰/۹۴۹
	انحراف استاندارد	۸/۴۵	۸/۴۲		
تحصیلات	سیکل	۰ (۰ درصد)	۱ (۶/۷ درصد)	۲/۷۴۴	۰/۶۰۲
	دیپلم	۶ (۴۶/۷ درصد)	۷ (۴۶/۷ درصد)		
	فوق دیپلم	۰ (۰ درصد)	۱ (۶/۷ درصد)		
ناحیه شدت درد	کارشناسی	۷ (۴۶/۷ درصد)	۵ (۳۲/۳ درصد)	۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰
	کارشناسی ارشد	۲ (۱۳/۳ درصد)	۱ (۶/۷ درصد)		
	کم‌رشد	۹ (۶۰ درصد)	۹ (۶۰ درصد)		
ناحیه شدت درد	باسن	۳ (۲۰ درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰
	شانه	۵ (۳۳/۳ درصد)	۶ (۴۰ درصد)		
	سینه	۱ (۶/۷ درصد)	۱ (۶/۷ درصد)		
ناحیه شدت درد	زانو	۲ (۱۳/۳ درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰
	سر و گردن	۳ (۲۰ درصد)	۳ (۲۰ درصد)		
	پا	۲ (۱۳/۳ درصد)	۳ (۲۰ درصد)		
ناحیه شدت درد	دست	۲ (۱۳/۳ درصد)	۱ (۶/۷ درصد)	۰/۰۰۰۱	۱/۰۰۰
	کل	۱۵ (۱۰۰ درصد)	۱۵ (۱۰۰ درصد)		

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیر شدت درد در دو بعد حسی و واکنشی در زنان مبتلا به فیبرومیالژی

متغیر مورد بررسی	زمان مطالعه	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
شدت درد	پیش آزمون	گواه	۱۵	۷۴/۲۰	۱۰/۱۴
		آزمایش	۱۵	۷۶/۱۳	۱۰/۹۹
		گواه	۱۵	۷۵/۶۷	۹/۱۳
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۱۷/۴۰	۱۰/۲۶
		گواه	۱۵	۷۶/۲۰	۹/۷۷
		آزمایش	۱۵	۱۷/۴۷	۸/۸۶
بعد حسی	پیش آزمون	گواه	۱۵	۳۱/۷۳	۵/۵۶
		آزمایش	۱۵	۲۹/۴۷	۲/۷۵
		گواه	۱۵	۳۳/۰۷	۵/۴۹
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۷/۵۳	۵/۲۲
		گواه	۱۵	۳۳/۶۰	۵/۳۴
		آزمایش	۱۵	۸/۴۰	۴/۷۸
بعد واکنشی	پیش آزمون	گواه	۱۵	۴۲/۲۰	۸/۶۱
		آزمایش	۱۵	۴۴/۷۳	۱۱/۰۵
		گواه	۱۵	۴۲/۶۰	۷/۷۵
	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۹/۸۷	۵/۷۳
		گواه	۱۵	۴۲/۶۰	۷/۸۵
		آزمایش	۱۵	۹/۰۷	۴/۹۴

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر در مورد شدت درد و دو بعد حسی و واکنشی در زنان مبتلا به فیبرومیالژی

متغیر	اندازه‌گیری	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اتا	توان
شدت درد	اثر زمان	۱۳۵۳۳/۴۶۲	۲۴۲/۲۵۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۶	۱/۰۰۰
	اثر آموزش	۳۳۱۰۰/۸۴۴	۱۴۶/۲۸۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۳۹	۱/۰۰۰
	اثر تعامل آموزش و زمان	۱۵۲۳۰/۱۱۳۲	۲۷۲/۶۲۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۷	۱/۰۰۰
بعد حسی	اثر زمان	۱۲۱۶۰/۱۳	۱۲۲/۸۹۶	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۴	۱/۰۰۰
	اثر آموزش	۷۰۲۲/۵۰۰	۱۲۲/۱۵۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۴	۱/۰۰۰
	اثر تعامل آموزش و زمان	۱۶۳۲/۷۳۱	۱۶۵/۰۱۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۵	۱/۰۰۰
بعد واکنشی	اثر زمان	۵۶۳۶/۱۹۶	۱۷۵/۱۲۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۲	۱/۰۰۰
	اثر آموزش	۱۰۱۵۴/۸۴۴	۶۶/۴۱۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۳	۱/۰۰۰
	اثر تعامل آموزش و زمان	۵۸۹۷/۶۹۹	۱۸۳/۲۵۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۷	۱/۰۰۰

در گروه آزمایش در برابر گروه کنترل یا گواه ($P < 0.01$)، $F = 146/287$ و اثر تعامل زمان و آموزش ($P < 0.01$)، $F = 272/628$ معنادار هستند. برای متغیر بعد حسی نیز اثر زمان ($F = 122/896$ ، $P < 0.01$)، اثر آموزش ($P < 0.01$)، $F = 122/151$ و اثر تعامل زمان و آموزش ($F = 165/011$) معنادار می‌باشند. علاوه بر این برای متغیر بعد واکنشی، اثر زمان ($F = 175/128$ ، $P < 0.01$)، اثر آموزش ($F = 66/418$ ، $P < 0.01$) و اثر تعامل زمان و آموزش ($F = 183/253$ ، $P < 0.01$) معنادار هستند. براساس نتایج ارائه شد.

بحث

در پژوهش حاضر که با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی دین و سلامت، دوره ۶، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۷

پیش فرض کرویت توسط آزمون آماری ماکلی دلیو (Mauchly's sphericity test) بررسی گردید و تمام پیش فرض‌های مورد اشاره تأیید شدند. در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیر شدت درد در دو بعد حسی و واکنشی در زنان مبتلا به فیبرومیالژی ارائه شده است (۶، ۱۲).

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده (مکرر) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه در زنان مبتلا به فیبرومیالژی در شهر اصفهان در مورد متغیر شدت درد و ابعاد آن ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود برای متغیر شدت درد، اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) ($F = 242/257$ ، $P < 0.01$)، اثر آموزش (عضویت

در راستای درد و مقابله با آن وجود دارد، به بیماران با درد مزمن مانند زنان مبتلا به فیبرومیالژی کمک می‌کند تا با تکیه و کسب حمایت روان‌شناختی از نیروی معنوی و فرابشری، توان روانی و عاطفی خود را افزایش دهند تا از این طریق، زمینه برای کاهش علائم درد فراهم گردد (۲۸-۲۳).

بر مبنای توضیحات ارائه‌شده می‌توان گفت که استفاده از برنامه آموزش مدیریت استرس مبتنی بر معنویت ایرانی-اسلامی کمک کرده است تا زنان مبتلا به فیبرومیالژی به ساز و کارهای انطباقی و پخته‌تر مقابله و تغییر در نگرش نسبت به افکار غیرمنطقی و چرخه معیوب نسبت به بیماری دست یابند. این نوع برخورد با مشکلات موجب می‌شود که افراد حتی به مشکلات ظاهراً بی‌معنا، معنا بخشند. از سوی دیگر، توجه به فواید تجربه‌های منفی و تمرکز بر ابعاد مثبت آن به افراد امکان مواجهه و مقابله با آسیب را می‌دهد و می‌تواند باعث شود که بیماران موقعیت خود را تغییر دهند، تمایل به زندگی در آن‌ها افزایش یابد و با کاهش بعد حسی درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژی، احساس خوش‌بینی نسبت به آینده در آن‌ها ایجاد شود (۲۹، ۲۵).

نیایش و دعا رابطه‌ای معنوی و فطری بین انسان و خالق هستی است که می‌تواند به‌عنوان شیوه‌ای از برون‌ریزی هیجانی مطرح باشد. دعا و نیایش به درگاه خداوند، طلب یاری از او و اطمینان از حلم، علم، کرامت، قدرت و مصلحت‌بینی خالق هستی می‌تواند بر کاهش درد و ناراحتی فرد اثرگذار باشد. آموزش راهبردهای مدیریت استرس مبتنی بر تعالیم ایرانی-اسلامی به دنبال ایجاد نگرشی مثبت به نام‌لایمات زندگی می‌باشد (۲۰-۱۲). اعتقاد به خداوند و گرایش به افکار و اعمال دینی، مرتبه‌ای از ایمان را در قلب فرد ایجاد می‌نماید که نحوه تفکر و کیفیت زندگی او با انسان‌های دیگر را متفاوت می‌کند؛ در نتیجه فرد علاوه‌براین که از نظر روانی برآوردی صحیح از توانمندی‌های خود به‌دست می‌آورد، متکی بر موجودی می‌شود که علم، قدرت و خیرخواهی بی‌نهایتی دارد.

مبتنی بر رویکرد ایرانی-اسلامی بر شدت درد و ابعاد آن در زنان مبتلا به فیبرومیالژی انجام شد، نتایج نشان دادند که برنامه آموزشی مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی مبتنی بر تعالیم اسلامی تأثیر معناداری بر کاهش درد مزمن (شامل: شدت کلی درد در دو بعد حسی و واکنشی) در زنان مبتلا به فیبرومیالژی داشته است. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش به‌طور ضمنی تا اندازه‌ای با نتایج مطالعات بلورساز مشهدی و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر تأثیر آموزش راهبردهای مقابله با استرس اسلامی بر شاخص‌های درد (۱۶)، Rider و همکاران (۲۰۱۴) در مورد رابطه بین راهبردهای مقابله مذهبی با نشانه‌شناسی درد (۲۰)، Jegindø و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر تأثیر انتظارات دینی و مذهبی بر کاهش شدت درد (۲۱)، Rippentrop و همکاران (۲۰۰۵) در مورد رابطه منفی بین دینداری با تجربه شدت درد (۱۳) و Hassett و Williams (۲۰۱۱) مبنی بر تأثیر درمان‌های غیردارویی و به‌ویژه آموزش و درمان مذهبی و معنوی بر شدت درد (۱۵) همسو می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش حاضر تا حدودی با یافته‌های مطالعه Glombiewski و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر تأثیر مداخلات روانی-اجتماعی از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری و مواجهه هیجانی در تسکین علائم فیبرومیالژی همخوانی دارد (۲۲).

در تبیین ارتباط میان شدت درد با مدیریت استرس مبتنی بر معنویت ایرانی-اسلامی لازم است به نقشی که نگرش و باورهای معنوی در تحمل درد دارند توجه شود. در دین مبین اسلام، نگرش‌ها و باورهای معنوی حلقه اتصال انسان با خالق هستی هستند؛ به همین دلیل در تعالیم اسلامی برای مقابله با درد روش‌هایی از جمله روش‌های شناختی، عاطفی-معنوی، عملی و حمایت اجتماعی معرفی شده است. مطابق با آیات قرآن (۳۲، شعراء/۸۰) شفابخشی از جانب پروردگار است و در هنگام درد و تنش‌های زندگی می‌توان به اقامه نماز، دعاهای دسته‌جمعی یا فردی و عیادت از فرد بیمار پرداخت؛ بنابراین تمامی آنچه که در آموزه‌های اسلامی

همچنین، انسان مؤمنی که در مواجهه با رویدادها به خداوند تکیه دارد، از نظر روانی خود را قدرتمند می‌بیند و در مشکلات و مصائب خود را تنها و بی‌کس نمی‌داند و احساس می‌کند آزادی و توانایی این را دارد که در برابر بیماری دشوار خود، پاسخ و واکنش مناسبی را انتخاب کند. چنین فردی در صورت بروز مشکلات، زندگی را دارای معنا دانسته و درد را قابل تحمل می‌بیند (۲۹-۳۱، ۲۰۲۱).

می‌شود در مطالعات بعدی حمایت تجربی بیشتری در ارتباط با عوامل اثربخش درمانی در این مطالعه نظیر فنون مدیریت استرس با محتوای معنویت‌درمانی و تأکید بر رویکرد ایرانی-اسلامی برای یک مداخله روان‌شناختی در مورد بیماران دچار فیبرومیالژی در نمونه‌های ایرانی صورت گیرد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی از سوی سازمان خاصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق REC.1396.20 IR.IAU.Isfahan (Khorasgan) از کمیته پژوهش رساله‌ها و تحقیقات علمی بوده و اصول اخلاقی انجام پژوهش علمی در آن رعایت شده است.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی در این پژوهش گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که مدیریت استرس مبتنی بر معنویت‌درمانی ایرانی-اسلامی بر کاهش شدت درد در زنان مبتلا به فیبرومیالژی اثرگذار می‌باشد. با این وجود، در تفسیر و تعمیم نتایج لازم است به محدودیت‌هایی نظیر استفاده از پرسشنامه در جمع‌آوری داده‌ها (پرسشنامه جنبه خودگزارش‌دهی دارد و بیماران با تمایل خود به آن پاسخ می‌دهند؛ بنابراین ممکن است در پاسخ‌های آن‌ها سوگیری و تحریف وجود داشته باشد)، تمرکز پژوهش بر زنان (احتیاط در تعمیم یافته‌ها به مردان) و عدم بررسی نقش عوامل زمینه‌ای در اثربخشی توجه شود.

پیشنهادات

با توجه به موارد اشاره‌شده در نتیجه‌گیری پیشنهاد

References

1. Khalaji M, Kalantari M, Shafiee Z, Hosseini MA. The effect of hydrotherapy on health of cerebral palsy patients: an integrative review. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2017; 15(2): 173-80.
2. Styrkas AD. The role of water motion in natural processes. *Journal of Materials Science and Chemical Engineering*. 2017; 5(4):19-32.
3. Häuser W, Eich W, Herrmann M, Nutzinger DO, Schiltenswolf M, Henningsen P. Fibromyalgia syndrome: classification, diagnosis, and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2009; 106(23):383-91.
4. Neira SR, Marques AP, Pérez IP, Cervantes RF, Costa JV. Effectiveness of aquatic therapy vs landbased therapy for balance and pain in women with fibromyalgia: a study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2017; 18(1):22.
5. Lami MJ, Martínez MP, Sánchez AI, Miró E, Diener FN, Prados G, et al. Gender differences in patients with fibromyalgia undergoing cognitive-behavioral therapy for insomnia: preliminary data. *Pain Practice*. 2016; 16(2):E23-34.
6. Miller CJ, Grogan-Kaylor A, Perron BE, Kilbourne AM, Woltmann E, Bauer MS. Collaborative chronic care models for mental health conditions: cumulative meta-analysis and meta-regression to guide future research

- and implementation. *Medical Care*. 2013; 51(10):922-30.
7. Masumian S, Shairi MR, Hashemi M. The effect of mindfulness-based stress reduction on quality of life of the patients with chronic low back pain. *Anesthesiology and Pain*. 2013; 4(1):25-37. (Persian)
 8. Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2015; 60(4):160-7.
 9. Zargar Y, Dehghanizadeh Z, Mehrabizadeh Honarmand M, Kakhodaei A. The effectiveness of stress management cognitive behavior on functional dyspepsia symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia. *Govaresh*. 2012; 17(3):148-55. (Persian)
 10. Baetz M, Bowen R. Chronic pain and fatigue: associations with religion and spirituality. *Pain Research Management*. 2008; 13(5):383-8.
 11. Yonker JE, Schnabelrauch C, DeHaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: a meta-analytic review. *Journal of Adolescence*. 2012; 35(2):299-314.
 12. Corbett M, Lovell M, Siddall PJ. The role of spiritual factors in people living with chronic pain: a qualitative investigation. *Journal for the Study of Spirituality*. 2017; 7(2):142-53.
 13. Rippentrop EA, 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.
 14. Mason M, Singleton A, Webber R. The spirituality of young Australians. *International Journal of Children's Spirituality*. 2007; 12(2):149-63.
 15. Hassett AL, Williams DA. Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2011; 25(2):299-309.
 16. Boloorsaz MH, Aghaei M, Mohammadkhani M, Mahdavi A. Examining the effect of teaching Islamic-based coping strategies on indicators of chronic pain and quality of life among women with Fibromyalgia. *Journal of Research on Religion and Health*. 2017; 3(4):48-65. (Persian)
 17. Kajbaf MB, Hoseini F, Ghamarani A, Razazian N. Comparison of effectiveness of quality of life therapy and treatment based on Islamic spirituality on distress tolerance, stress, anxiety, and depression in women with tension headaches. *Journal Clinical of Psychology*. 2017; 9(1):21-38. (Persian)
 18. Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009; 54(5):292-301.
 19. Cohen DJ, Yoon DP, Johnstone B, Cohen DJ. Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices, and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. *International Journal for the Psychology of Religion*. 2009; 19(2):121-38.
 20. Rider KA, Terrell DJ, Sisemore TA, Hecht JE. Religious coping style as a predictor of the severity of anorectic symptomatology. *Eating Disorders*. 2014; 22(2):163-79.
 21. Jegind EM, Vase L, Skewes JC, Terkelsen AJ, Hansen J, Geertz AW, et al. Expectations contribute to reduced pain levels during prayer in highly religious participants. *Journal of Behavioral Medicine*. 2013; 36(4):413-26.
 22. Glombiewski JA, Sawyer AT, Gutermann J, Koenig K, Rief W, Hofmann SG. Psychological treatments for fibromyalgia: a meta-analysis. *Pain*. 2010; 151(2):280-95.
 23. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2007; 76(4):226-33.
 24. Lumley MA. Beyond cognitive behavioral therapy for fibromyalgia: addressing stress by emotional exposure, processing, and resolution. *Arthritis Research and Therapy*. 2011; 13:136.
 25. Schmidt S, Grossman P, Schwarzer B, Jena S, Naumann J, Walach H. Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*. 2011; 152(2):361-9.
 26. Kashikar-Zuck S, Ting TV, Arnold LM, Bean J, Powers SW, Graham TB, et al. Cognitive behavioral therapy for the treatment of juvenile fibromyalgia: a multisite, single-blind, randomized, controlled clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*. 2013; 64(1):297-305.
 27. McBeth J, Tomenson B, Chew-Graham CA, Macfarlane GJ, Jackson J, Littlewood A, et al. Common and unique associated factors for medically unexplained chronic widespread pain and chronic fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015; 79(6):484-91.
 28. Mirzamani SM, Safari AK, Holisaz M, Sadidi A. Validation of the west haven-yale multidimensional pain inventory (WHYMPI) for Iranian patients with chronic pain. *Qom University Medical Science Journal*. 2007;

- 1(3):13-25. (Persian)
29. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*. 1988; 8(1):77-100.
30. Groth-Marnat G. Handbook of psychological assessment. 2nd ed. New Jersey: John Wiley and Sons; 2001. P. 18-21.
31. Holy Quran. Trans: Meshkini A. Qom: Alhadi Press; 2007. (Persian)

Archive of SID