

## پیش بینی شدت، پذیرش درد و سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بر اساس ویژگی بخشودگی بین فردی

مینا مظاهری\*

### چکیده

**زمینه و هدف:** این مطالعه با هدف پیش‌بینی شدت، پذیرش درد و سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس ویژگی بخشودگی بین فردی انجام گرفت.

**روش بررسی:** این پژوهش به روش همبستگی انجام شد. در این مطالعه از بین بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به مرکز سلامت گوارش شهر اصفهان، ۱۲۳ نفر به شیوه سرشماری، در طی یک مدت معین انتخاب شدند. تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس معیار ROME III توسط متخصص گوارش داده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات، از مقیاس‌های بخشودگی بین فردی (IFI)، شدت درد (PI)، پذیرش درد مزمن (CPAQ) و کیفیت زندگی (SF-36) استفاده گردید. داده‌ها با روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد بین بخشودگی و شدت درد؛ همبستگی منفی و بین بخشودگی، متغیرهای پذیرش درد و کیفیت زندگی؛ همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد. اما با توجه به تحلیل رگرسیون، عامل کنترل رنجش، بهترین عامل پیش‌بینی‌کننده برای شدت درد و کیفیت زندگی بود.

**نتیجه‌گیری:** ویژگی بخشودگی بین فردی و مفاهیم مرتبط با آن می‌تواند در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مورد سنجش قرار گیرند و بین این ویژگی و جنبه‌های مهم زندگی که با درد مزمن همراه است، ارتباط وجود دارد. از این‌رو، در جامعه ایرانی که فرهنگ آن با تعالیم مذهبی گره خورده است، اجرای مداخلات مبتنی بر بخشایشگری در جهت کنترل احساسات، افکار و رفتارهای منفی در روند بهبود علائم جسمی و کیفیت زندگی بیماران مؤثر می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** روابط بین فردی؛ بخشودگی؛ درد؛ کیفیت زندگی.

دانشجوی دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات روان‌تنی (سایکوسوماتیک)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

\*نویسنده مسئول مکاتبات:

مینا مظاهری، مرکز تحقیقات روان‌تنی (سایکوسوماتیک)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

mina.mazaheri@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۳۱

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Mazaheri M. Prediction of pain intensity and acceptance and quality of life in patients with irritable bowel syndrome based on feature of interpersonal forgiveness. Qom Univ Med Sci J 2015;9(9):26-34. [Full Text in Persian]

## مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable Bowel Syndrome, IBS)، بیماری مزمنی است (۱) که بر کار، سبک زندگی و سلامت اجتماعی تأثیرگذار است (۲). سندرم روده تحریک‌پذیر با اختلالات روانپزشکی زیادی همراه بوده و استرس‌ها و فشارهای روانی، نقش برجسته‌ای در تشدید علائم یا شروع دوره جدید این بیماری دارند (۳). علائم به صورت درد یا ناراحتی شکمی همراه با اختلال در دفع و عادات روده تظاهر پیدا می‌کند (۴). درد یا ناراحتی شکمی عودکننده، حداقل ۳ روز در ماه و در طی ۳ ماه بروز می‌کند، درحالی که شروع آن ۶ ماه قبل از تشخیص بوده است (۵)، از این‌رو، این درد ماهیتی مزمن دارد. درد یا ناراحتی شکمی، شکایت غالب درمان‌جویان IBS می‌باشد (۶).

درد، تجربه حسی یا هیجانی ناخوشایند است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط بوده و دارای دو بُعد حسی و عاطفی است. بُعد حسی درد به شدت درد و بُعد عاطفی آن نیز به میزان ناخشنودی که فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌گردد (۷). این تصور که درد منجر به احساس ناکامی، نگرانی، افسردگی و اضطراب می‌شود، کاملاً مشهود است، به خصوص اگر درد ماهیتی مزمن داشته باشد. همچنین شواهدی دال بر رابطه علی معکوس وجود دارد، بدین معنی که خُلق و هیجان منفی می‌تواند موجب درد یا تشدید آن گردد (۸). برای مثال، مطالعات نشان داده‌اند مدیریت ناکارآمد خشم با شدت درد در ارتباط است (۹). علاوه بر این، درد مزمن بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن، تأثیر منفی دارد (۱۰). در واقع، این درد به دلیل ایجاد استرس قابل‌ملاحظه، موجب فراخوانی هیجان‌های منفی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۱). در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، کیفیت زندگی به شکل چشمگیری پایین است (۱۲)، که این کاهش در ابعاد جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی بیمار به خوبی مشهود بوده است (۱۳). کیفیت زندگی به‌عنوان یک مفهوم چندبُعدی می‌تواند به‌عنوان ملاکی در میزان کاهش علائم، بهبود وضعیت سلامتی و کارکردهای روانی اجتماعی در درمان بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر مطرح باشد (۱۴). بدین ترتیب، زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل‌توجهی بوده و خواست مداوم فرد برای رهایی از آن، در بیشتر اوقات دست‌نیافتنی

است (۷). در سالهای اخیر، تلاش در جهت شناسایی مکانیزم‌های سازگارانه‌ای بوده تا افراد مبتلا به درد مزمن بتوانند از طریق آنها سلامت روانشناختی و توانایی کارکردی خود را حفظ کنند (۱۵). یکی از این عوامل مثبت، پذیرش است. پذیرش درد به معنای تمایل به درگیر شدن در فعالیت‌ها با وجود حضور درد است و اینکه درد، بدون تلاش برای کنترل یا اجتناب از آن، تجربه شود (۱۶). مطالعات نشان داده‌اند پذیرش در مقایسه با برخی از راهبردهای مقابله با درد، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای پریشانی و ناتوانی است (۱۷). معنویت، تأثیر به‌سزایی بر سلامت و بهزیستی افراد دارد (۱۸) و یکی از مؤلفه‌های مهم، معنویت و بخشودگی است (۱۹). روابط ما با دیگران و تجربیاتی که با یکدیگر در آن سهیم می‌شویم یکی از اصول معنویت و سلامت معنوی است (۲۰). بخشودگی فرآیندی است که در پی خطاهای بین فردی ایجاد شده و در طی آن هیجان‌های منفی، شناخت‌ها و رفتارهای همراه با خشم، تنفر و خصومت نیز کاهش می‌یابد؛ درحالی‌که، همدلی، مهربانی و دلسوزی نسبت به فرد خطاکار، به‌طور همزمان افزایش پیدا می‌کند (۲۱). بخشودگی موجب تغییر در احساس و نگرش نسبت به فرد خطاکار می‌شود (۲۲). بخشودگی ارتباط مثبتی با رضایت از زندگی، عواطف مثبت، مقابله هیجان‌مدار و ارتباط منفی با عواطف منفی مانند اضطراب، افسردگی، استرس، خشم و خصومت دارد (۲۳-۲۶). مطالعات نشان داده‌اند بخشودگی؛ خشم و خصومت را در افراد کاهش داده و موجب افزایش سلامت جسمانی و روانشناختی در آنها می‌شود (۲۱). گزارش شده است بخشودگی با فشارخون نیز ارتباط معکوس دارد (۲۷، ۲۸)، و واکنش‌پذیری سیستم قلبی را در پاسخ به استرس کاهش می‌دهد (۲۹، ۳۰). بهبود وضعیت سیستم قلبی در پی یک استرس حاد در افرادی که از بخشودگی بالایی برخوردارند، سریع‌تر است (۲۷، ۲۸). بدین ترتیب با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده، بخشودگی به‌عنوان یک ویژگی مثبت می‌تواند تنظیم‌کننده هیجان‌ات منفی بوده و در ارتقای سلامت جسمی و روانی افراد تأثیرگذار باشد.

در مطالعات متعدد، نقش ویژگی‌های شخصیتی مختلف در سلامت جسمی مشخص شده است، اما در مورد نقش ویژگی‌های مثبتی همچون بخشودگی، پژوهش‌ها اندک است و به‌نظر می‌رسد

تشکیل شده و سؤالات آن براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰ تا همیشه=۷) ارزیابی می‌شوند. ضرایب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ برای عامل اول (تعهدکاری)، ۰/۸۲ و برای عامل دوم (رضایت از درد)، ۰/۷۸ می‌باشد (۳۴).

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 به‌عنوان یکی از شاخص‌های بررسی کیفیت زندگی است. این پرسشنامه از ۸ مقیاس که هر یک از ترکیب ۱۰-۲ سؤال به دست می‌آیند، تشکیل شده است. دو سنجش به‌صورت خلاصه از ادغام مقیاس‌ها به دست می‌آید که شامل: سلامت جسمی (عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی) و سلامت روانی (عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط) می‌باشد. امتیازهای هر مقیاس بین ۰-۱۰۰ متغیر است. صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس موردنظر گزارش می‌کند (۳۵).

پس از انتخاب جامعه آماری و تهیه ابزار پژوهش، پژوهشگر در روزهایی که درمانگاه روان‌تنی گوارش در مرکز فوق تخصصی روانپزشکی (مرکز سلامت گوارش) برقرار بود (۳ روز در هفته)، با مراجعه به این درمانگاه، از بین بیماران مراجعه‌کننده جهت انجام ویزیت روانپزشکی، افرادی را برحسب معیارهای پژوهش انتخاب کرد (بیماران با تشخیص اختلال عملکردی گوارشی توسط متخصص گوارش به این درمانگاه ارجاع می‌شدند).

وی پس از توضیح در مورد پژوهش و کسب موافقت بیماران برای شرکت در آن، پرسشنامه‌ها را به‌طور همزمان به آنها داد. جهت رعایت اصول اخلاقی، پژوهشگر به بیماران تأکید می‌کرد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند و به‌صورت گروهی تحلیل می‌شوند. داده‌های جمع‌آوری‌شده با روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه (Multiple Linear Regression) تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

در این مطالعه از ۱۲۳ نفر نمونه مورد پژوهش، ۱۰۰ نفر زن و ۲۳ نفر مرد با میانگین سنی  $33/9 \pm 10/5$  سال قرار داشتند. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات بخشودگی بین فردی (ارتباط مجدد، کنترل خشم، درک واقع‌بینانه) شدت، پذیرش درد و کیفیت زندگی (سلامت جسمی و روانی) در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

در ایران بر روی بیماران گوارشی مطالعه‌ای صورت نگرفته است. از این‌رو این مطالعه با هدف پیش‌بینی درد (شدت و پذیرش) و سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر براساس ویژگی بخشودگی بین فردی انجام شد.

### روش بررسی

در این پژوهش به روش همبستگی از بین بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر که به مرکز سلامت گوارش شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، ۱۲۳ نفر به شیوه سرشماری، در طی یک مدت معین (۹ ماهه)، انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر براساس معیار ROME III (۳۱) توسط متخصص گوارش، محدوده سنی بین ۱۸-۶۰ سال، رضایت از شرکت در پژوهش و داشتن سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه و نداشتن اختلال روانی حاد (مانیا یا افسردگی شدید).

مقیاس بخشودگی بین فردی، متناسب با ویژگی‌های فرهنگی - اجتماعی ایران ساخته و اعتباریابی شده است و یک مقیاس روا و پایا، برای سنجش میزان بخشودگی خطای دیگران در موقعیت‌های بین فردی می‌باشد. این مقیاس از سه عامل ارتباط مجدد، کنترل رنجش و درک واقع‌بینانه و ۲۵ ماده تشکیل شده که نمره‌گذاری ماده‌ها به شکل لیکرت ۴ گزینه‌ای صورت می‌گیرد. کسب نمره بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده توانایی بالا برای بخشودن خطای دیگران است. ضرایب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس آن به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۷، ۰/۶۶ و ۰/۵۷ برآورد شده است (۳۲).

در این مطالعه، شدت درد با استفاده از خرده مقیاس شدت درد پرسشنامه چند وجهی (PI) درد اندازه‌گیری شد. این خرده مقیاس از ۳ سؤال تشکیل شده و پایایی و اعتبار آن در بیماران ایرانی مبتلا به درد مزمن تأیید شده است. نحوه پاسخ‌دهی به هرکدام از سؤالات در یک مقیاس لیکرتی از ۰-۶ تغییر می‌کند. نمره بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده درد شدیدتر است (۳۳).

پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CPAQ) یک پرسشنامه ۲۰ سؤالی است که به‌منظور سنجش پذیرش درد تدوین شده است. این پرسشنامه از دو خرده مقیاس تعهدکاری و رضایت از درد

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
بخشودگی	۶۲/۴ ± ۹/۵	-							
ارتباط مجدد	۲۹/۲ ± ۵/۸	۰/۸۳**	-						
کنترل رنجش	۱۴/۶ ± ۳/۲	۰/۶۹**	۰/۵۶**	-					
درک واقع‌بینانه	۱۸/۶ ± ۳/۲	۰/۴۵**	۰/۱۷	-۰/۰۴	-				
شدت درد	۳/۴ ± ۱/۵	-۰/۱۸*	-۰/۱۸	-۰/۲۴**	۰/۱۹	-			
پذیرش درد	۶۶/۱ ± ۱۴/۵	۰/۲۷**	۰/۱۷	۰/۱۵	۰/۲۷**	-۰/۰۶	-		
کیفیت زندگی	۳۵۵/۱ ± ۱۳۳/۴	۰/۳۷**	۰/۲۹**	۰/۵۰**	-۰/۰۳	-۰/۴۶**	۰/۲۰**	-	
سلامت جسمی	۱۸۷/۹ ± ۷۰/۹	۰/۳۳**	۰/۲۷**	۰/۴۲**	۰/۰۴	-۰/۵۴**	۰/۱۵	۰/۹۱**	-
سلامت روانی	۱۶۷/۳ ± ۷۴/۶	۰/۳۵**	۰/۲۶**	۰/۵۰**	-۰/۰۳	-۰/۳۱**	۰/۲۲**	۰/۹۲**	۰/۶۸**

\*\*p &lt; ۰/۰۱

\*p &gt; ۰/۰۵

\*\* داده‌ها در جدول براساس ضرایب همبستگی می‌باشد.

اما در رابطه با شدت درد؛ مؤلفه کنترل رنجش، بهترین عامل پیش‌بینی‌کننده بود. از بین مؤلفه‌های بخشودگی این عامل با بخشودگی کل، ارتباط قوی‌تری داشت (جدول شماره ۱). عامل کنترل رنجش نیز بهترین پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در هر دو بُعد جسمانی و روانی آن بود (جدول شماره ۳). با توجه به این یافته‌ها به نظر می‌رسد عامل کنترل رنجش، نقش مهم‌تری را در کنترل شدت درد و کیفیت زندگی بازی می‌کند.

برای بررسی نقش بخشودگی بین فردی و مؤلفه‌های آن در پیش‌بینی شدت، پذیرش درد و کیفیت زندگی و ابعاد آن، از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. براین اساس، مفروضات تحلیل رگرسیون؛ یعنی شاخص‌های تورم واریانس (VIF) و تولرانس (Tol)، هم‌آزمون شدند. عامل بخشودگی کل نیز پیش‌بینی‌کننده پذیرش درد بود و هیچ‌یک از مؤلفه‌های آن به تنهایی قادر به پیش‌بینی پذیرش درد در بیماران نبودند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون در رابطه با پیش‌بینی شدت و پذیرش درد براساس بخشودگی و مؤلفه‌های آن

شاخص منبع تغییر	شدت درد					پذیرش درد					
	VIF	Tol	p	t	B	VIF	Tol	p	t	B	
بخشودگی	-	-	-	-	۰/۳	-	-	-	-	۳/۰	۰/۰۰۳
کنترل رنجش	-۰/۲	-۲/۷	۰/۰۰۸	۱/۰۰	۱/۰۰	-	-	-	-	-	-

جدول شماره ۳: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون در رابطه با پیش‌بینی کیفیت زندگی و ابعاد آن براساس بخشودگی و مؤلفه‌های آن

شاخص کل منبع تغییر	کیفیت زندگی									
	سلامت جسمی					سلامت روانی				
	VIF	Tol	p	t	B	VIF	Tol	p	t	B
کنترل رنجش	۰/۵	۶/۳	۰/۰۰	۶/۳	۰/۵	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۰۰	۵/۰	۰/۴

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی درد (شدت و پذیرش) و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بر پایه ویژگی‌های بخشودگی بین فردی انجام شد. نتایج نشان داد بین ویژگی‌های بخشودگی بین فردی و برخی از مؤلفه‌های آن با پذیرش، شدت درد و کیفیت زندگی در این بیماران، همبستگی معنی‌داری وجود دارد که در راستای نتایج تحقیقات قبلی است. مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند بخشودگی با سلامت جسمی و کیفیت زندگی در ارتباط است (۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۶). در مطالعه حاضر در بین مؤلفه‌های بخشودگی؛ مؤلفه کنترل رنجش، عامل پیش‌بینی‌کننده (محافظت‌کننده)، به‌خصوص در رابطه با شدت درد، کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و روانی آن بود. به‌نظر می‌رسد این عامل نقش مهم‌تری را در بخشودگی و در رابطه با شدت درد و کیفیت زندگی بازی می‌کند. در این راستا، مشاهدات بالینی نشان می‌دهد بسیاری از بیماران مبتلا به درد مزمن نمی‌توانند افرادی را که آنها را به هر دلیلی رنجانده‌اند، ببخشند. در مطالعه‌ای، Carson و همکاران، ارتباط بخشودگی، درد، خشم و پریشانی‌های روانشناختی را در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد بیماری‌هایی که نمره بالاتری در متغیرهای بخشودگی دارند درد، خشم و پریشانی‌های روانشناختی کمتری را تجربه می‌کنند، و حالت خشم در ارتباط بین بخشودگی و درد، همچنین بخشودگی و پریشانی‌های روانشناختی، نقش میانجی را بازی می‌کند (۳۷).

علاوه بر جنبه حسی، درد یک تجربه هیجانی نیز محسوب می‌شود (۷) و اجزای عاطفی آن مشتمل بر حالات هیجانی متعددی است که اساساً ماهیت منفی دارند (۳۸). خشم از جمله عواملی است که به میزان زیادی در بیماران مبتلا به درد مزمن مشاهده می‌شود (۳۹). خشم یک احساس طبیعی است، اما اگر کنترل نشود، تخریب‌کننده بوده و می‌تواند در کیفیت زندگی مشکلاتی ایجاد کند (۴۰). نشان داده شده است در بیماران که کیفیت زندگی پایینی دارند، مشکلات هیجانی زیاد بوده و خود این مشکلات موجب کاهش هرچه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود (۴۱). از طرف دیگر، کارآمدی در تنظیم هیجان با کیفیت زندگی و کاهش احساسات منفی در ارتباط است.

توانایی‌های تنظیم هیجان ممکن است نقش منحصر به فردی در پیش‌بینی جنبه‌های معین سازگاری در افراد مبتلا به درد مزمن داشته باشد (۴۲). بدین ترتیب هر عامل یا ویژگی که موجب تنظیم هیجان خشم گردد، به طبع آن با سلامت جسمی و کیفیت زندگی مرتبط با آن در ارتباط است و بخشش دیگران می‌تواند از جمله این عوامل باشد. تحقیقات نیز نشان داده‌اند تمرین‌ها و نگرش‌های مذهبی (امید، بخشودگی، رها کردن خصومت و....) با ارتقای سلامت جسمی ارتباط دارند (۲۰). ترغیب به بخشایشگری نیز یکی از رایج‌ترین مداخلات معنوی است (۱۸) و بخشش درمانی از طرف تعدادی از محققان به‌عنوان یک رویکرد جدید جهت کاهش خشم و بازگرداندن سلامت هیجانی توصیف شده است (۴۳)؛ چراکه بخشودگی، جایگزین کردن هیجان‌های منفی نابخشودگی به هیجان‌های مثبت و دیگرمحور است (۴۴). Karren در مطالعه خود گزارش کرد روان‌درمانی با تأکید بر مسائل بین فردی و بخشودگی، در درمان بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر بوده و پیامدهای مطلوبی را بر درد و اسهال بیماران مقاوم به درمان داشته است (۲۰). علاوه بر این، Wachholtz و همکاران معتقدند اعتقادات و تمرین‌های معنوی ممکن است بر ادراک و تحمل درد تأثیرگذار باشد (۴۵). این امر می‌تواند موجب افزایش پذیرش درد در بیماران مبتلا گردد؛ چراکه به‌نظر می‌رسد این نگرش‌ها، درک واقع‌بینانه از موقعیت و شرایط موجود را در افراد افزایش می‌دهد. بهزیستی بیماران مبتلا به درد مزمن با ادامه فعالیت‌های زندگی که متضمن یک نگرش‌پذیر نسبت به درد می‌باشد، به هم گره‌خورده است (۴۶). از جمله محدودیت‌های این مطالعه، طرح کمی و استفاده از ابزارهای خودسنجی بود. انجام مطالعات دارای طرح پژوهشی آمیخته (کمی - کیفی) و کاربرد روش‌های سنجشی فراتر از ابزار، پیشنهادهایی به‌منظور رفع این محدودیت‌ها طی پژوهش‌های آتی است. همچنین، انجام کارآزمایی بالینی به‌منظور تدوین یک برنامه ارتقای سلامت در این زمینه می‌تواند برای آینده اثربخش باشد.

## نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد ویژگی‌های بخشودگی بین فردی و مفاهیم مرتبط با آن می‌توانند در بیماران مبتلا به سندرم روده

با توجه به این یافته‌ها و نتایج سایر مطالعات در این رابطه، می‌توان نتیجه گرفت در جامعه ایرانی که فرهنگ آن با تعالیم مذهبی گره خورده است، اجرای مداخلات مبتنی بر بخشایشگری در جهت کنترل احساسات، افکار و رفتارهای منفی می‌تواند در روند بهبود علائم جسمی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مؤثر باشد.

تحریک‌پذیر مورد سنجش قرار گیرند و بین این ویژگی و جنبه‌های مهم زندگی که با درد مزمن همراه است، همبستگی وجود دارد. به عبارت دیگر، نتایج بیانگر آن است که بیماران دارای توانایی بالا در بخشش دیگران، شدت درد کمتری را تجربه کرده و این ویژگی به‌طور مثبت با پذیرش درد و ارتقای کیفیت زندگی آنها در ارتباط است.

## References:

- Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmaannual A, Houghton L, Hungin P, et al. Guidelines on irritable bowel syndrome: Mechanisms and practical management. *Gut* 2007;56(12):1770-98.
- Drossman DA, Chang L, Schneck S, Blackman C, Norton WF, Norton NJ. A focus group assessment of patient perspectives on irritable bowel syndrome and illness severity. *Dig Dis Sci* 2009;54(7):1532-41.
- Salehi M, Afshar H. Psychological factor saffecting on medical condition (psychosomatic disorders). In: S Arman, S Akuchekian, A Ebrahimi, Translator. Isfahan: Oruj; 2002. [Text in Persian]
- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130(5):1480-91.
- Hillila M. Irritable bowel syndrome in general population: Epidemiology, comorbidity, and societal cost. [PhD Thesis]. Helsinki: Finland, Helsinkli University; 2010.
- McCleary JA. Irritable bowel syndrome pain-related behaviors and pain coping strategies as predictors of women's daily activities. [PhD Thesis]. Philadelphia: College of Osteopathic Medicine, Department of Psychology; 2007. p. 99.
- Gatchel RJ, Turk DC. Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook. The Guildford Press; 1996.
- Wiech K, Tracey I. The influence of negative emotions on pain: Behavioral effects and neural mechanisms. *Neuroimage* 2009;47(3):987-94.
- Lombardo ER, Tan G, Jensen MP, Anderson KO. Anger management style and associations with self-efficacy and pain in male veterans. *J Pain* 2005;6(11):765-70.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;(10):287-333.
- Woo K. Chronic wound-associated pain, Psychological stress, and wound healing. *Surg Technol Int* 2012;22:57-65.
- Lea R, Whorwell PJ. New insight into the psychosocial aspects of irritable bowel syndrome. *Curr Gastroenterol Rep* 2003;5(4):343-50.
- Testa MA, Simonson DC. Assessment quality of life outcomes. *New England J Med* 1996;334:835-40.
- Frank L, Kleinman L, Rentz A, Cielsa G, Kim JJ, Zacher C. Health related quality of life associated with irritable bowel syndrome. *Clin Ther* 2002;24(4):675-86.
- Richardson EJ, Ness TJ, Doleys DM, Banos JH, Cianfrini L, Richards JS. Depressive symptoms and pain evaluations among persons with chronic pain: Catastrophizing, but not pain acceptance, shows significant effects. *Pain* 2009;147(1-3):147-52.

16. McCracken LM, Vowles K. Acceptance of chronic pain. *Cur Pain Headache Rep* 2006;10(2):90-4.
17. McCracken LM, Eccleston C. Comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *Eur J Pain* 2006;10(1):23-29.
18. Vest V. *Psychotherapy and Spirituality*. Shahidi S, Soltanali S, Translator. Tehran: Roshd; 2004. [Text in Persian]
19. Young C, Koopsen C. *Spirituality, health, & healing*. USA: Slack Incorporated; 2005.
20. Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ. *Mind/ body health: The effects of attitudes emotions, and relationships*. San Francisco: Pearson; 2006.
21. Worthington EL, Wade NG. The social psychology of unforgiveness and forgiveness and implications for clinical practice. *J Soc Clin Psychol* 1999;18:385-418.
22. Anderson N, Bullock M. Forgiveness, a sampling of research results. American psychological association 2006. Available from <http://www.apa.org>. Accessed July 25, 2014.
23. Brown RP, Phillips A. Letting bygones be bygones: Further evidence for the validity of the Tendency to Forgive Scale. *Pers Individ Differ* 2005;38(3):627-38.
24. Seybold KS, Hill PC, Neumann JK, Chi DS. Physiological and psychological correlates of forgiveness. *J Psychol Christ* 2001;20:250-9.
25. Thompson LY, Snyder CR, Hoffman L, Michael ST, Rasmussen HN, Billings LS, et al. Dispositional forgiveness of self, others, and situations. *J Person* 2005;72(2):313-60.
26. Lawler-Row KA, Piferi RL. The forgiving personality: Describing a life well lived? *Pers Individ Differ* 2006;41(6):1009-20.
27. Lawler KA, Younger JW, Piferi RL, Billington E, Jobe R, Edmondson K, et al. A change of heart: Cardiovascular correlates of forgiveness in response to interpersonal conflict. *J Behav Med* 2003;26(5):373-93.
28. Friedberg JP, Suchday S, Shelov DV. The impact of forgiveness on cardiovascular reactivity and recovery. *Int J Psychophysiol* 2007;65(2):87-94.
29. Lawler KA, Younger JW, Piferi RL, Jobe RL, Edmondson KA, Jones WH. The unique effects of forgiveness on health: An exploration of pathways. *J Behav Med* 2005;28(2):157-67.
30. Toussaint LL, Williams DR, Musick MA, Everson SA. Forgiveness and health: Age differences in a US probability sample. *J Adult Dev* 2001;8(4):249-57.
31. Drossman DA, Morris CB, Schneck S, Hu YJB, Norton NJ, Norton WF, et al. International survey of patients with IBS symptom features and their severity, health status treatments, and risk taking to achieve clinical benefit. *J Clin Gastroenterol* 2009;43(6):541-50.
32. Ehteshamzadeh P, Ahadi H, Enayati MS, Heidari A. Construct and validation of a scale for measuring interpersonal forgiveness. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011;16(4):443-55. [Full Text in Persian]
33. Asghari Moghaddam M, Gleck N. Psychometric characteristics of pain multidimensional checklist in Iranian population with chronic headache. *Psychology* 2008;18(2):50-72. [Full Text in Persian]
34. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004;107(1-2):159-66.
35. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 1998;51(11):903-12.

36. Martin LA, Vosvick M, Riggs SA. Attachment, forgiveness, and physical health quality of life in HIV + adults. *AIDS Care* 2012;24(11):1333-40.
37. Carson JW, Keefe FJ, Goli V, Fras AM, Lynch TR, Thorp SR, Buechler JL. Forgiveness and chronic low back pain: A preliminary study examining the relationship of forgiveness to pain, anger, and psychological distress. *J Pain* 2005;6(2):84-91.
38. Turk DC, Salovey P. Cognitive-behavioral treatment of illness behavior. In Rezaei F. A comparison of the effectiveness of emotion focused cognitive behavioral therapy, and schema therapy on pain, catastrophizing, emotion regulation and quality of life in rheumatoid arthritis patients. [PhD Thesis]. Iran: Isfahan University; 2013. [Text in Persian]
39. Gatchel RJ, Turk DC. Pain psychology. Asghari Moghaddam M, Translator. Tehran: Roshd; 2002. [Text in Persian]
40. Lopez LL, Oden GC. Therole of aspiration level in risky choice: A comparison of cumulative prospect theory and SP/A theory. *J Math Psychol* 1999;43(2):286-300.
41. Vila G, Hayder R, Bertrand C, Falissard B, De Blic J, Mouren-Simeoni MC, et al. Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents. *Psychosomatics* 2003;44(4):319-28.
42. Agar-Wilson M, Jackson T. Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain, independent of pain coping? *Eur J Pain* 2012;16(1):105-14.
43. Enright RD. Forgiveness is a choice. A step by step process for resolving anger and restoring hope. USA: American Psychology Association; 2006.
44. Berry JW, Worthington EL, O'Connor LE, Parrott L, Wade NG. Forgivingness, vengeful rumination, and affective traits. *J Pers* 2005;73(1):183-225.
45. Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *J Behav Med* 2007;30(4):311-18.
46. Kranz D, Bollinger A, Nilges P. Chronic pain acceptance and affective well-being: A coping perspective. *Eur J Pain* 2010;14(10):1021-5.



# ***Prediction of Pain Intensity and Acceptance and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome Based on Feature of Interpersonal Forgiveness***

***Mina Mazaheri\****

*PhD Student of Psychology,  
Psychosomatic Research  
Center, Isfahan University of  
Medical Sciences, Isfahan,  
Iran.*

## ***Abstract***

***Background and Objectives:*** This study was carried out with the aim of predicting pain intensity and acceptance and level of quality of life in patients with irritable bowel syndrome (IBS) based on the feature of interpersonal forgiveness.

***Methods:*** This research was conducted as a correlational study. In this study, of the patients with irritable bowel syndrome referred to Isfahan Digestive Health Center, 123 subjects were selected by census method during a certain *period of time*. IBS was diagnosed by a gastroenterologist based on ROME III criteria. To collect information, the scales of the interpersonal forgiveness (IF), pain intensity (PI), chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ) and quality of life (SF-36), were used. Data were analyzed using statistical methods of Pearson correlation coefficient and multiple regression.

***Results:*** Pearson correlation analysis showed that there was a significant negative correlation between the forgiveness and pain intensity, and a positive correlation between forgiveness and the variables of pain acceptance and quality of life. However, multiple regression analysis showed that the resentment control factor was the best predictive factor for pain intensity and quality of life.

***Conclusion:*** The feature of interpersonal forgiveness and its related concepts can be evaluated in patients with irritable bowel syndrome and there is a relationship between this feature and important aspects of life that are associated with chronic pain. Hence, in Iranian society whose culture is intertwined with religious teachings, the implementation of forgiveness-based interventions, in order to control negative emotions, thoughts, and behaviors, can be effective in improvement process of physical symptoms and quality of life of patients.

***Keywords:*** Interpersonal relations; Forgiveness; Pain; Quality of life.

***\*Corresponding Author:***  
***Mina Mazaheri,***  
Psychosomatic Research  
Center, Isfahan University of  
Medical Sciences, Isfahan,  
Iran.

Email:  
mina.mazaheri@gmail.com

Received: 14 Mar, 2015

Accepted: 20 Apr, 2015