



بررسی رابطه تجارب معنوی با فاجعه پنداری درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان

فاطمه طهماسبی

کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

Tahmasebi8184@gmail.com

غلامرضا منشئی*

دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
smanshaee@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه تجارب معنوی با فاجعه پنداری درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این تحقیق را بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان در سال‌های ۱۳۹۳ و ۹۴ به تعداد ۱۹۲۰ نفر بود. برای انتخاب نمونه با استفاده از نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۲۰ نفر از بیماران انتخاب شدند. ابزار تحقیق شامل طرح پرسشنامه های اطلاعات فردی، تجارب معنوی (اندرود و ترسی، ۲۰۰۲) و فاجعه پنداری درد (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵) بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد. داده ها به وسیله بسته نرم افزاری SPSS24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل حاصل از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون به روش ورود نشان داد که بین تجارب معنوی با فاجعه پنداری رابطه معناداری وجود دارد ($p < 0/05$) و همچنین ابعاد تجارب معنوی قادر به پیش بینی معنادار فاجعه پنداری درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه می باشد ($p < 0/05$).

واژگان کلیدی: تجارب معنوی، فاجعه پنداری، سرطان سینه



مقدمه

سرطان^۱ به عنوان یک بیماری کشنده و مرگ آور توام با درد^۲ و ناتوانی در اذهان مردم جای گرفته است، لذا تشخیص سرطان یک بحران جدی در زندگی فرد تلقی می شود و موجب به هم خوردن تعادل زندگی وی می گردد (عنصری و رعناپور، ۱۳۹۰). سرطان، تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوتی بر زندگی بیمار و خانواده وی می گذارد. پاسخ به سرطان به مواردی از جمله بیمار و ساختار روان شناختی وی، خانواده و محیط اجتماعی، ناتوانی ها و بدشکلی های ایجاد شده بستگی دارد و می تواند بر تمام سطوح فعالیت های بیمار اثر بگذارد (لاکمن و سورنسن^۳، ۱۹۹۶). بیماران سرطانی که نسبت به مرگ قریب الوقوع خود اطلاع می یابند اغلب بعد از انکار و خشم دچار افسردگی^۴ می شوند. سرطان پستان^۵ شایع ترین سرطان در بین زنان و دومین عامل مرگ و میر ناشی از سرطان در میان آنها می باشد (گورم^۶، ۲۰۰۸). بر اساس گزارش اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها در مورد وضعیت انواع سرطان در ایران، شایعترین سرطان در زنان ایرانی، سرطان پستان با شیوع ۱۸/۹ درصد بوده است و بیشترین میزان بروز آن نیز در سنین ۴۴-۳۵ سالگی می باشد (اقتدار و همکاران، ۱۳۸۷).

درمان سرطان نیز با فشارهای روانی متعددی همراه است که برخی از آنها کیفیت زندگی^۷ را کاهش می دهند و به اضطراب^۸ یا افسردگی منجر می شوند. برای نمونه، بیماران اغلب عوارض جانبی روانی درمان مانند خشم، اضطراب یا نگرانی را شدیدتر از عوارض جانبی جسمی مانند ریزش مو و حالت تهوع درجه بندی می کنند. حتی برخی از بیماران شیمی درمانی را به خاطر مشکلات روانی آن ترک می کنند (وایت، ۱۳۸۹). این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می دهد و مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می کند (اسملتز، بیر، برنر و سادرتز^۹، ۲۰۰۳).

یکی از عوامل مهم در بیماران مبتلا به سرطان، احساس درد است. درد یکی از ترس آورترین و پریشان کننده ترین علائم سرطان است (برورا و کیم^{۱۰}، ۲۰۰۳). درد ناشی از سرطان یا اثرات جانبی اقداماتی که برای درمان آن به عمل می آید ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان را تحت تاثیر قرار می دهد. اضطراب ناشی از درد^{۱۱} و درمان های سرطان باعث افزایش نیازهای حمایتی بیماران می گردد (صفری، ۱۳۹۳). زیمرمن^{۱۲} و همکاران بیان کردند که بین شدت درد و وضعیت روانی رابطه وجود دارد. بیماران مبتلا به سرطانی که درد داشتند نسبت به آنهایی که درد نداشتند بیشتر مضطرب، افسرده و متخاصم بودند و شکایات جسمانی بیشتری داشتند (لیچتمن، باتلر و سلینگسان^{۱۳}، ۲۰۰۷).

مطالعات مختلف نشان می دهد که فرآیندهای شناختی و افکار منفی مانند فاجعه پنداری درد^{۱۴} یکی از عوامل شناختی است که با ترس از درد و تجربه آن همبسته است. همچنین، فاجعه سازی درد، یکی از قوی ترین عوامل روان شناختی در پیش بینی تجربه درد بوده است. فاجعه آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی فرآیندهای عاطفی و همچنین، ناتوانی و کاهش روش های مؤثر مقابله با درد همراه است (قوشچیان، دهقانی، خرسندی و فرزاد، ۲۰۱۱). ممکن است عواملی مانند احساسات، سن بیمار و نوع درد بر فاجعه پنداری درد اثر بگذارد. در بزرگسالان جوان عموماً فاجعه پنداری درد با پاسخ های عاطفی نسبت به درد و در افراد مسن تر بیشتر با شدت درد همراه است. فاجعه سازی درد در نوجوانان بیشتر با علایم افسردگی و سردرد همراه است (ویکسل، لکاندر، سورجون و اولسون^{۱۵}، ۲۰۱۰).

1 -Cancer

2 -Pain

3 -Luckman & Sorensen

4 -Depression

5 -Breast Cancer

6 -Gurm

7 -Quality of Life

8 -Anxiety

9 -Smeltze, Bir, Brunner & Suddarths

10 -Bruera & Kim

11 -Anxiety of pain

12 -Zimmerman

13 -Lichtman, Beutler & Seligsohn

14 -catastrophic

15 -Wicksell, Lekander, Sorjonen & Olsson



شناخت‌های فاجعه‌پنداری درد و اجتناب از فعالیت در بیماران مبتلا به درد مزمن با پیامدهای بعدی درد (مثل ناتوانی و اختلال عملکرد جسمانی و هیجانی) مرتبط است (ولاین و لیتون^۱، ۲۰۰۰؛ به نقل از اوزر، کرایمات، گینن، جاکوبز^۲ و بیجلسما، ۲۰۰۳). واکنش‌های شناختی ترس، یعنی باورهای فاجعه‌سازی درد، افکاری هستند که سبب تمرکز دائمی بر علائم بدنی و اجتناب از فعالیت می‌شوند که این اجتناب خود، درد و ناتوانی را در فرد تشدید می‌کند (اورن و ریچنبرگ^۳، ۲۰۰۳).

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که ارتباط شدت درد و ناتوان‌کنندگی درد نمی‌تواند به روشنی توسط عوامل زیست‌پزشکی تبیین شود، بلکه ضروری است که عوامل روان‌شناختی، نظیر: وجود خلق منفی، ترس از حرکت، آسیب دیدگی مجدد، ترس مرتبط با درد، افکار فاجعه آمیز و باورهای خود اثربخشی نیز در این میان بررسی شوند (رضایی، یوسف‌زاده، افشارنژاد، اصغری‌مقدم و اعرابی، ۲۰۱۱). از این رو علاوه بر سلامت جسمانی، سلامت روانی مبتلایان به سرطان سینه تحت تأثیر مشکلات مرتبط با بیماری آنها قرار می‌گیرد.

علاوه بر این مبتلایان به سرطان سینه که جمعیت جنس مؤنث را در بر می‌گیرد از طریق تمسک به برخی پناهگاه‌های روانی، اجتماعی و عقیدتی سازگاری خود با شرایط نابسامان بیماری را تسهیل می‌کنند. یکی از این عوامل اعتقادات دینی و گرایش‌های معنوی است. تجارب معنوی از طریق ایجاد انعطاف‌پذیری، به سلامت روانی و بهزیستی افراد کمک می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که معنویت و اعتقادات معنوی، توانایی مقابله یک بیمار را با وقوع یک بیماری، بالا برده و سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد (پوتر و پری^۴، ۲۰۰۳) و باعث می‌شود که انسان احساس بهتری داشته باشد و در نتیجه، قدرت بیشتری برای مقابله با بیماری‌ها به دست آورد و همین امر، حتی اگر بیماری را شفا ندهد سبب بهتر شدن بیمار می‌شود یا کمک می‌کند بیمار بهتر با بیماریش کنار بیاید (همتی مسلک‌پاک، احمدی و انوشه، ۲۰۱۰).

مداخله‌های معنوی، از دعا و نیایش تا کاربرد متون مذهبی، مداخله‌های درمانی نیرومندی هستند که باعث سیر معنوی و تجربه معنوی در درمانگر که نوعی تقارن و کیمیاگری یا تغییر ماهیت معنوی است می‌گردد (وست^۵، ۱۳۸۸). از سویی مذهب و فرهنگ با شیوه زندگی مسلمانان در آمیخته است و اعتقادات مذهبی نقش مهمی در زندگی آنان به خصوص در شرایط بحرانی ایفا می‌کند. با در نظر گرفتن تعلقات مذهبی و نقش آن در افزایش سطح تحمل مشکلات بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر سرطان و کمبود مطالعه خاص در جمعیت بیماران مبتلا به سرطان سینه، سؤالی که مطرح است و پژوهش حاضر به دنبال یافتن پاسخ آن می‌باشد این است که آیا بین تجارب معنوی با فاجعه‌پنداری درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطه معناداری وجود دارد؟

روش تحقیق

با توجه به این که پژوهش حاضر به رابطه تجارب معنوی با فاجعه‌پنداری درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان می‌پردازد، لذا این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. در این تحقیق تجارب معنوی و مؤلفه‌های آن متغیر پیش‌بین و متغیر ملاک فاجعه‌پنداری درد بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ و ۹۴ که به بیمارستان‌های شهر اصفهان مراجعه کرده و تحت درمان قرار گرفته‌اند بود؛ که تعداد آنها طبق آمار اداره بهداشت و درمان شهر اصفهان حدود ۱۹۲۰ نفر می‌باشد. حجم نمونه با توجه به جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰)، به نقل از حسن‌زاده، ۱۳۸۲) تعداد ۳۲۰ نفر بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین صورت که با مراجعه به مراکز درمانی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر اصفهان افرادی که در این مراکز حاضر بودند انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش به آنان ارائه داده شد. در این پژوهش از ابزارهای پژوهشی زیر استفاده شده است:

پرسشنامه تجارب معنوی روزانه^۶

این مقیاس اولین بار توسط اندروود و ترسی (۲۰۰۲) برای تهیه یک ابزار چند بعدی از معنویت ساخته شد تا بتواند به طور موثری در مطالعات سلامت که حیطة‌های متفاوتی از مذهب و معنویت را مورد بررسی قرار می‌دهند، مورد استفاده واقع شود. این مقیاس قصد دارد ادراک فرد از یک نیروی برتر (الله، خدا) در زندگی روزمره و ادراک او را از تعاملش با این وجود مافوق جهان مادی مورد سنجش قرار دهد. گزینه‌های مقیاس تلاش دارند تا به جای عقاید و رفتارهای خاص، تجارب معنوی افراد در طول زندگی روزانه را مورد سنجش قرار دهند. این مقیاس دارای ۱۶ ماده است که مفاهیمی از قبیل ارتباط، لذت، احساس تعالی، قدرت، راحتی، آرامش، کمک و یاری خداوند، هدایت

¹ - Vlaeyen & Linton

² - Jacobs

³ - Oren & Richenberg

⁴ - Potter & Perry

⁵ - West

⁶ - DSES



خداوند، دریافت عشق خداوند، احساس حیرت، شکرگذاری، محبت توأم با دلسوزی و احساس نزدیکی به خداوند را مورد سنجش قرار می دهد.

مقیاس اصلی دارای ۱۶ ماده است، اما فرم کوتاه ۶ ماده آن نیز در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (تنیگان و همکاران، ۲۰۰۲). این مقیاس خود گزارشی به منظور اندازه گیری تجارب معنوی روزانه یا این جهانی تهیه شده است و تجاری از قبیل ارتباط با خداوند و آگاهی از وجود خداوند یا تعالی را مورد سنجش قرار می دهد. در این مقیاس نمرات بالاتر بیانگر تجارب معنوی کمتر است. اما جهت سهولت در تفسیر نتایج در این پژوهش جهت نمره دهی معکوس می شود تا نمرات بالاتر بیانگر تجارب معنوی بیشتر باشد. در نمره گذاری این پرسشنامه از روش نمره گذاری لیکرت (اغلب اوقات روز = ۶ و هرگز یا تقریباً هرگز = ۱) استفاده شد.

در خصوص روایی مقیاس تجارب معنوی روزانه تا کنون مطالعات چندی صورت گرفته است. مرکز پزشکی لاک در شیکاگو (شهابی و پاول، ۱۹۹۹) یک سری تحلیل های روان سنجی از تجارب معنوی ۱۶ ماده ای به عنوان قسمتی از مطالعه زنان میانسال سراسر جامعه از مکان های مختلف و قومیت های متفاوت انجام داد. یافته های این تحقیقات نشان دادند که تجارب معنوی روزانه به طور معناداری با مقیاس خوش بینی شیرر (شیرر و همکاران، ۱۹۹۴) و مقیاس حمایت اجتماعی ادراکی برکمن (سیمن و برکمن، ۱۹۸۸) دارای همبستگی مثبت است. همچنین تجارب معنوی بیشتر با نمرات بالاتر در مقیاس کوتاه کیفیت زندگی (مک هورنی و همکاران، ۱۹۹۴) مرتبط بود.

در خصوص بررسی پایایی اندرورد و ترسی (۲۰۰۲) ثبات درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی کردند که مقادیر ۰/۹۴ و ۰/۹۵ در دو بار اجرای مقیاس را در بر داشت. برای انطباق با جامعه ایرانی ابتدا مقیاس تجارب معنوی روزانه توسط محققین مقاله حاضر و یک نفر دانشجویان دکتری بخش زبان انگلیسی دانشگاه شیراز به صورت مستقل ترجمه شد. برای بررسی این موضوع که آیا آزمودنی ها، جملات ماده های مختلف مقیاس را مطابق با منظور و اهداف تهیه کنندگان آزمون دریافت می کنند یا خیر و آیا برداشت های مختلف برای یک ماده در بین آزمودنی ها وجود دارد، از ۲۰ نفر از دانشجویان خواسته شد که در یک مطالعه مقدماتی شرکت کنند. نتایج نشان دادند که برداشت های واحدی از بسیاری از ماده های مقیاس وجود دارد ولی در عین حال در ماده های ۲، ۴ و ۱۱ تغییراتی به منظور فهم آسان تر ماده ها داده شد. بعلاوه برای تعیین روایی و پایایی مقیاس تجارب معنوی روزانه، نمونه ای به حجم ۱۲۰ نفر از دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه شیراز که در خوابگاه های این دانشگاه ساکن بودند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر محاسبه شد که مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس فاجعه پنداری درد^۱:

مقیاس فاجعه پنداری درد توسط سالیوان و همکاران در سال ۱۹۹۵ با هدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه آمیز فرد ساخته شد. این پرسشنامه خودجوابی بوده و از ۱۳ ماده تشکیل شده است و حداقل به ۶ کلاس سواد برای پاسخگویی نیاز دارد. مقیاس PCS برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه سازی درباره درد و درک بهتر مکانیزم تأثیر فاجعه پنداری بر تجربه درد، ساخته شده است. تحلیل عوامل نشان داده که شامل زیر مقیاس های نشخوار یا اندیشناکی، بزرگنمایی یا اغراق آمیز کردن و درماندگی است. این سه مؤلفه افکار منفی با درد مرتبط را ارزیابی می کنند. از شرکت کنندگان خواسته می شود که یک عدد از ۰ (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) را برای توصیف فراوانی ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب کنند. نمرات پایین تر نشان دهنده فاجعه پنداری کمتر بوده و با درد، ناتوانی و وضعیت استخدامی در بیماران مبتلا به درد مزمن عضلانی اسکلتی مرتبط است. در پژوهشی که توسط مایر و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام شد میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ زیر مقیاس ها به ترتیب برای نشخوار ۰/۸۸، بزرگنمایی ۰/۶۷، درماندگی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین پایایی بازآزمایی مقیاس PCS در یک گروه نمونه ۱۰۰ نفری از بیماران مبتلا به بیماری های عضلانی-اسکلتی با فاصله زمانی ۲۱ روز، برای کل مقیاس $r = 0/8$ و برای زیر مقیاس ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ تأیید شد (رضائیان و همکاران، ۱۳۹۲). در ایران، این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش داودی و همکاران (۲۰۱۲) ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است. ضریب همبستگی PCS و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک محاسبه شده و همبستگی مثبت و معنی داری ($r = 0/46$) بین نمره کل مقیاس فاجعه پنداری درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک به دست آمده است ($p \leq 0/01$). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر محاسبه شد که مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۱ محاسبه گردید.

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات در این طرح پژوهش از روش آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها در سطح آمار توصیفی شامل محاسبه میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی داده های حاصل از اجرای پرسشنامه ها با

^۱-PCS



روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام، تحلیل شد. داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS²⁴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

لازم به ذکر است که جهت رعایت اخلاق پژوهشی، ابتدا رضایت داوطلبانه افراد جهت ورود به فرایند پژوهش به صورت کتبی اخذ و سپس تصریح گردید که شرکت کنندگان این حق و اختیار را دارند که در هر مرحله از پژوهش براساس میل و اختیار کامل به همکاری خود با پژوهشگر خاتمه دهند.

یافته‌ها

نتایج حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که زنان حاضر در این پژوهش دارای دامنه سنی ۳۲ تا ۵۲ سال و با میانگین سنی ۳۷/۷۰ سال بودند. همچنین این افراد دارای سطوح مختلف تحصیلی بودند که در این بین سطح دیپلم دارای بیشترین فراوانی بود (۴۳/۳۲ درصد).

در قسمت نتایج ابتدا به بررسی یافته‌های توصیفی پژوهش (میانگین و انحراف معیار) پرداخته خواهد شد و سپس بررسی پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک (آزمون شاپیرو ویلک: جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای و آزمون لوین: جهت بررسی همگنی واریانس نمرات) از نظر خواهد گذشت و در انتها یافته‌های استنباطی پژوهش ارائه می‌شود. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره در متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
نمره کل تجارب معنوی					
		۵۱/۱۵	۱۲/۶	۱۹	۸۱
زیرمقیاس‌های تجارب معنوی	احساس حضور خداوند	۲۹/۳۳	۸/۸	۹	۴۹
	ارتباط با خداوند	۱۱/۹۳	۳/۲۶	۴	۲۲
	احساس مسئولیت در قبال دیگران	۷/۲	۲/۶۲	۲	۱۲
نمره کل فاجعه‌پنداری					
		۲۸/۳	۵/۳۷	۱۴	۴۳
زیرمقیاس‌های فاجعه‌پنداری	نشخوار	۸/۵۴	۲/۴۳	۴	۱۶
	بزرگنمایی	۷/۳۷	۲/۱۴	۲	۱۳
	درماندگی	۱۲/۱۶	۳/۴۹	۵	۲۰

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۱ میانگین تجارب معنوی برابر با ۵۱/۱۵، میانگین نمرات خرده مقیاس‌های آن یعنی احساس حضور خداوند، ارتباط با خداوند و احساس مسئولیت در برابر دیگران به ترتیب برابر با ۲۹/۳۳، ۱۱/۹۳ و ۷/۲ به دست آمده است. میانگین فاجعه‌پنداری و ابعاد آن یعنی نشخوار، بزرگنمایی و درماندگی به ترتیب برابر با ۲۸/۳، ۸/۵۴ و ۱۲/۱۶ حاصل شده است.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون همبستگی پیرسون، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها برقرار است ($p > 0.05$). همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن بیانگر عدم معناداری آماره آن بود که نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0.05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۲: نتایج آزمون همبستگی پیرسون جهت بررسی رابطه تجارب معنوی با فاجعه‌پنداری درد

متغیر	ضریب همبستگی	معنی داری
فاجعه‌پنداری درد	-۰/۲۷۳	۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی بین فاجعه‌پنداری درد و تجارب معنوی برابر با -۰/۲۷۳ می‌باشد. این ضریب همبستگی منفی از لحاظ آماری معنادار است ($p < 0.05$)؛ لذا می‌توان گفت که رابطه منفی معناداری بین تجارب معنوی و فاجعه‌پنداری درد وجود دارد به گونه‌ای که با افزایش تجارب معنوی میزان فاجعه‌پنداری درد کمتر می‌شود.



نتایج تحلیل رگرسیون با روش ورود جهت بررسی رابطه چند گانه ابعاد تجارب معنوی با فاجعه پنداری درد، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون به روش ورود

معنی داری	T	β	SE _b	B	معنی داری	F	معنی داری	R ²	R	متغیر شاخص
۰/۰۰۱	۲۴/۲۹۱	-	۱/۲۸	۳۱/۰۹۲						عدد ثابت
۰/۰۰۱	-۳/۷	-۰/۲۶	۰/۰۴۳	-۰/۱۵۸						احساس حضور خداوند
۰/۲۵۷	-۱/۱۳۶	-۰/۰۸۳	۰/۱۲	-۰/۱۳۶	۰/۰۰۲	۵/۲۰۳	۰/۰۰۲	۰/۰۴۷	۰/۲۱۷	ارتباط با خداوند
۰/۸۰۸	-۰/۲۴۴	-۰/۰۱۴	۰/۱۱۹	-۰/۰۲۹						احساس مسئولیت در قبال دیگران

همان گونه که در جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون به روش ورود نشان می دهد، نتایج همبستگی چندگانه نشان می دهد که همبستگی بین فاجعه پنداری درد از یک سو و ابعاد تجاری معنوی یعنی احساس حضور خداوند، ارتباط با خداوند و احساس مسئولیت در قبال دیگران از سوی دیگر برابر با ۰/۲۱۷ است. R² برابر با ۰/۰۴۷ و نشان می دهد که نزدیک به ۵ درصد از واریانس نمرات تجارب معنوی توسط این متغیرها پیش بینی می شود. اما نتایج تحلیل تک تک متغیرها نشان از آن دارد که از بین این متغیرها، احساس حضور خداوند (p=۰/۰۰۱, B=-۰/۱۵۸) با فاجعه پنداری درد رابطه معنی دار دارند. نتایج حاکی از آن است که ارتباط با خداوند و احساس مسئولیت در قبال دیگران رابطه معنی داری با متغیر فاجعه پنداری درد نشان نداده اند. به عبارت دیگر احساس حضور خداوند، توان پیش بینی متغیر فاجعه پنداری درد را دارد. با افزوده شدن یک واحد به احساس حضور خداوند، به میزان ۰/۲۶ از فاجعه پنداری درد کاسته می شود. نتایج تحلیل رگرسیون به روش گام به گام در جداول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۴: ضریب همبستگی چندگانه و تحلیل واریانس برای پیش بینی فاجعه پنداری از طریق ابعاد تجارب معنوی

معنی داری	F	معنی داری	F تغییر	R ²	R	متغیر شاخص
۰/۰۰۱	۱۴/۰۱۹	۰/۰۰۱	۱۴/۰۱۹	۰/۰۴۲	۰/۲۰۵	۱ احساس حضور خداوند

در جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام نشان می دهد احساس حضور خداوند، فاجعه پنداری درد را پیش بینی می کنند. یافته های جدول فوق حاکی از آن است که تنها این بعد بیشترین قدرت پیش بینی را دارد. احساس حضور خداوند ۰/۰۴۲ یا نزدیک به ۴/۲ درصد از فاجعه پنداری درد را پیش بینی می نماید.

جدول ۵: ضریب رگرسیون چندگانه گام به گام برای پیش بینی فاجعه پنداری از طریق ابعاد تجارب معنوی

معنی داری	T	β	SE _b	B	متغیر شاخص
۰/۰۰۱	۳۱/۳۳۳	-	۱/۰۲	۳۱/۹۵۹	۱ عدد ثابت
۰/۰۰۱	-۳/۷۴۴	-۰/۲۰۵	۰/۰۳۳	-۰/۱۲۵	احساس حضور خداوند

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۵ رابطه بین احساس حضور خداوند با فاجعه پنداری درد منفی می باشد. به عبارت دیگر با اضافه شدن یک واحد به احساس حضور خداوند، به میزان ۰/۲۰۵ از فاجعه پنداری درد کاسته می شود.



بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه تجارب معنوی با فاجعه پنداری درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. نتایج تحلیل حاصل از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون به روش ورود نشان داد که بین تجارب معنوی با فاجعه پنداری رابطه معناداری وجود دارد ($p < 0/05$) و همچنین ابعاد تجارب معنوی قادر به پیش بینی معنادار فاجعه پنداری درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه می باشد ($p < 0/05$). یافته های پژوهش حاضر با تحقیق تنهای رشوانلو، پیدا و نوریان (۱۳۹۰)، لنتیوم، بارتولمی و باستین-تونیز (۲۰۰۹)، چومانوا و همکاران (۲۰۰۶)، فیریز و مولی (۱۹۹۹) که نشان دادند اعتقاد و ارتباط با منبعی والا، بر توانایی بیماران در مواجهه با درد و عوارض آن تاثیرگذار است همخوانی دارد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت با توجه به این که تمام افراد مبتلا به درد مزمن شدت درد و ناتوانی جسمی و شناختی بالایی از خود نشان می دهند و از طرفی ارتباط معناداری بین شدت درد و ناتوانی جسمی و روانشناختی وجود دارد (ایران دوست و همکاران، ۱۳۹۴). بر همین اساس مذهب به عنوان یک میانجی بر فرایند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره زندگی فرد تاثیر می گذرد. بسیاری از پژوهشگران بر این باورند که به کمک ایمان، برخورد با هیجان و شرایط دشوار، آسان تر می شود (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۱). معنویت بر پایه آموزه های دینی، با تولید عواطف مثبت، سبب عملکرد مطلوب دستگاه های فیزیولوژیک از طریق دستگاه عصبی خودمختار می گردند. اگر فرد، بیمار باشد از این طریق می توان به بهبودی او کمک کرد (سعیدی طاهری و اسدزندی، ۱۳۹۳).

نماز خواندن و ارتباط برقرار کردن با خداوند یک استراتژی بسیار موثر شخصی برای پیروز شدن بر مشکلات ناشی از سرطان در افراد مبتلا به حساب می آید و افراد مبتلا به سرطان با روی آوردن به معنا و ارتباط با خداوند متعال به راحتی می توانند با علائم و عوارض جسمی و حتی عوارض جانبی داروهای مصرفی در بدن خود مقابله نمایند (مصطفی زاده و رستم نژاد، ۱۳۸۹). بیماران مبتلا به درد مزمن گزارش می کنند که به کارگیری منابع معنوی یا مذهبی به آن ها در مقابله با درد کمک می کند (اسداللهی و همکاران، ۱۳۹۳).

در تبیینی دیگر می توان گفت افراد دارای جهت گیری بیرونی باورهای مذهبی از دین به عنوان وسیله ای برای مشارکت در گروه قدرتمند و به دست آوردن حمایت، راهنمایی، جایگاه اجتماعی و یک مکانیسم دفاعی استفاده می کنند و به نظر می رسد همین عامل باعث کاهش فاجعه پنداری درد و اضطراب درد می شود (صدیقی ارفعی، ۱۳۸۷). در واقع به نظر می رسد که تمایل به درگیر شدن در مسائل معنوی به جای فرایندهای پردازشی خودکار به همراه توجه بدون انعطاف و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی باعث می شود که افراد کمتر به درد فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار ذهنی زده و در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را کمتر برآورد کنند. کسانی که افکار فاجعه پندارانه دارند، از دیدگاه قضاوتی برخوردار بوده، سعی نمی کنند که مشکلاتشان را از زوایای گوناگون مورد توجه قرار دهند. آن ها از یک دید سختگیرانه نسبت به خود برخوردارند در این جا توجه به معنا بر اجتناب از این نوع افکار موثر خواهد بود (رضائیان و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش حاضر با محدودیت هایی همچون در دسترس نبودن مطالعات همبستگی تجارب معنوی با فاجعه پنداری درد بر روی دیگر بیماری های درد مزمن، لحاظ نشدن ویژگی های دموگرافیک در نمونه های مورد مطالعه و عدم لحاظ ویژگی های اقتصادی و خانوادگی بیماران مورد مطالعه مواجه بود. بر اساس این محدودیت ها پیشنهاد می شود که مطالعات بیشتری بر روی رابطه تجارب معنوی با فاجعه پنداری درد بر روی دیگر بیماران درد مزمن صورت گرفته و همچنین در مطالعات آینده ویژگی های دموگرافیک لحاظ شود. در انتها پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی ویژگی های اقتصادی و خانوادگی بیماران مورد مطالعه قرار گیرد.



منابع

اسدالهی ف. ۱۳۹۲. مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و معنویت درمانی بر علائم جسمی، اضطراب و افسردگی بیماران زن مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی. دانشگاه اصفهان.

اقتدار س، مقدسیان س، ابراهیمی ح، مهدی پور زارع ن، موسی م، ۱۳۸۷. کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز تحقیقات هماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. مجله پرستاری و مامایی تبریز، ۱۲: ۱۱-۱۸.

ایران دوست ف، صفری س، نشاط دوست ح ط، نادى م ع. ۱۳۹۴. اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرتبط با درد و افسردگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن، مجله علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۱: ۸-۱.

آقاجانی م، رئیسی م، حیدری ف. ۱۳۹۱. بررسی ارتباط انس با قرآن و باورهای مذهبی با میزان اضطراب مرگ در بیماران قلبی، ویژه نامه سومین همایش استانی قرآن و سلامت، اسفند ۱۳۹۱.

تنهای رشوانلو ف، پیدا س، نوریان ع. ۱۳۹۰. رابطه تجارب معنوی با خودکارآمدی درد و شدت درد بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس در خراسان شمالی، هشتمین کنگره بین المللی ام اس ایرانیان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد.

حسن زاده ر. ۱۳۸۲. روش های تحقیق در علوم رفتاری (راهنمای عملی تحقیق). چاپ دوم. تهران: نشر ساوالان، ۳۱۷ صفحه.

رضائیان م، ابراهیمی ا، ضرغام م. ۱۳۹۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه پنداری و ناتوان کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن، مجله پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، سال چهارم، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۳: ۳۰-۱۷.

رضائیان م، ابراهیمی ا و ضرغام م. ۱۳۹۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه پنداری و ناتوان کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن.

سعیدی طاهری ز، اسدزندی م. ۱۳۹۳. معنویت و مراقبت معنوی، فصلنامه آموزشی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیة الله (عج)، سال پانزدهم، شماره ۵۴: ۶۶-۵۹.

صدیقی ارفعی ف. ۱۳۸۷. تجربه های معنوی-عرفانی از دیدگاه روان شناسی، مطالعات عرفانی، شماره ۸: ۴۶-۲۶.

صفری، ن. ۱۳۹۳. رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای درد در بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر دانشگاه علوم پزشکی گلستان. پانزدهمین کنگره سالانه دانشجویان علوم پزشکی کشور، قابل دسترسی در: <http://cong.shmu.ac.ir/index.php/site/site/pape/view/1755>

صفری، نرگس. ۱۳۹۳. رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای درد در بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی ۵ آذر دانشگاه علوم پزشکی گلستان. پانزدهمین کنگره سالانه دانشجویان علوم پزشکی کشور. قابل دسترسی در نشانی اینترنتی: <http://cong.shmu.ac.ir/index.php/site/site/paper/view/1755>

عنصری خ و رؤیاپور س. ۱۳۹۰. سرطان سینه در زنان و نقش فاکتورهای محیطی در ایجاد آن. مجله تازه های بیوتکنولوژی سلولی-مولکولی، دوره اول، شماره چهارم.

مصطفی زاده ف، رستم نژاد م. ۱۳۸۹. معنویت و سرطان پستان، نشریه تخصصی زنان و مامایی ایران، دوره ۵، شماره ۳: ۸۹-۸۵.



وایت، کریک. ا. ۱۳۸۹. درمان شناختی _ رفتاری برای بیماری های مزمن پزشکی: راهنمای عملی برای ارزیابی و درمان، ترجمه مولوی، رضا. فتاحی، کنایون. تهران: انتشارات ارجمند، چاپ اول.

Bruera E, Kim HN. 2003. Cancer pain. JAMA 2003 Nov; 290(18): 2476-9.

Choumanova I, wanat S, Barrett R, koopmanc. 2006. Religion and spirituality in coping with Breast cancer: Perspective of chi lea women. Breast J, 2006 Jul- Aug; 12(4): 349-52.

Gurm BK. 2008. Understanding Canadian punjabi– speaking south Asian women's experiences of breast cancer: a qualitative study. International journal of nursing studies. 2008; 45(2): 266-276. Hemmati Maslakpak M, Ahmadi F, Anoshe M. 2010. Spiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. Koomesh 2010;12(38):144-51 (Persian)

Hemmati Maslakpak M, Ahmadi F, Anoshe M. 2010. Spiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. Koomesh 2010;12(38):144-51 (Persian)

Lanteaume L, Bartolomei F, Bastien- Toniazzo M. 2009. How do cognition, emotion, and epileptogenesis meet? A study of emotional cognitive bias in temporal lobe epilepsy. Epilepsy & Behavior, 2009; 15: 218-24.

Lichtman MA, Beutler E, Seligsohn U. 2007. Williams Hematology. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2007.

Luckman J. & Sorensen, K.C. 1996. Core principals & practice of medical surgical nursing , 14th edition, Philadelphia, W. B. Saunder co.

Oron Y. and Reichenberg, A. 2003. Personality Traits Predict Self-Referral of Young Male Adults with Musculoskeletal Complaints to a General Practitioner. Journal of Psychosomatic Research, 54, (5), 453-456.

Oron Y. and Reichenberg, A. 2003. Personality Traits Predict Self-Referral of Young Male Adults with Musculoskeletal Complaints to a General Practitioner. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, (5), 453-456.

Potter PA, Perry AG. 2003. Basic nursing 5th ed. St Louis: Mosby company.2003;421-4

Rezaie S. Yousef Zadeh, S. Afshar-Negad, T. Asghari-Moghadam, M. and Arrabi, H. 2011. Determination of Psychological Factors Related to Physical Disability in Patients with Chronic Low Back Pain. Journal of Clinical Psychology, 3, (1), 39- 53. Available at:

Smeltze R, Bir B. Brunner & Suddarths. 2003. textbook of medical surgical pain, electrolit, shock, cancer and end of life care, Trans. Ebrahimi N. 1st ed. Tehran: Salemi Publication; 2003.

West W. 1388. Psychotherapy and spiriyuality :crossing the line between therapy and religion

Wicksell R. K. Lekander, M. Sorjonen, K. and Olsson, G. L. 2010. The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – Statistical Properties and Model Fit of an Instrument to Assess Change Processes in Pain Related Disability. European Journal of Pain, 14, (7), 771.e1–771.e14.