



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

DEUTSCHE PSYCHOLOGISCHES
INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGIE
UND PSYCHOTHERAPIE
Chemny-Universität
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

رابطه بهزیستی معنوی و باورهای درد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

مهناز غیائی^۱ - صدیقه صفایی^۲

مقدمه

یکی از مشکلات شایع در جهان امروز، اعتیاد و عوارض ناشی از آن است. بیشتر معتادین، دچار نوعی مشکل و یا اختلال روانی هستند و به دلیل همین اختلال، به اعتیاد روی آورده و وابستگی روانی به مواد مخدر در آنان به وجود می‌آید، چون استفاده از مواد مخدر موجب می‌گردد تا حدودی و به طور موقت، اختلال روانی آنان فروکش کرده و درد روانی آنان تسکین یابد. بنابراین، یکی از مسائلی که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به آن دچار هستند، داشتن احساس درد و برآورد آن بیشتر از میزانی که واقعا وجود دارد است. درد، مثل استرس، غالبا یک عنصر روانشناختی قوی دارد. درد واقعه‌ای تنش‌زا است که می‌تواند شیوه زندگی، احساس رضایت و راحتی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد و موجب رنج و ناراحتی، از دست دادن کنترل، خستگی و اختلال در کیفیت زندگی، فعالیت جنسی، روابط فردی، مفهوم زندگی، عملکرد فرد، خواب و انجام فعالیت‌های روزانه شود (سان و همکاران، ۲۰۰۷ و پاپس و فرل، ۲۰۱۱). طبق پژوهش بالداجینو، گیلچریست، فلمینگ و بانیستر (۲۰۱۰) کسانی که سابقه سوء مصرف مواد و درد مزمن داشتند، نگرش و تجربه‌ای را در مورد داشتن درد بیان می‌کردند. بهزیستی معنوی از متغیرهایی است که می‌تواند بر میزان ادراک شده توسط این افراد تأثیر داشته باشد. بهزیستی معنوی را می‌توان ارتباط با دیگران، زندگی هدفمند، معنادار، اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (هاوکر، گودی و گاست، ۲۰۰۳). همانطور که الیسون (۱۹۸۳) بیان کرده است، عنصر مذهبی بهزیستی معنوی نشانه ارتباط با یک قدرت برتر، یعنی خدا است و ما را به رسیدن به خدا هدایت می‌کند. عنصر وجودی بهزیستی معنوی نیز، نشانه احساس فرد در مورد این که کیست، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این بعد، ما را به فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد. پاردینی، پلانز، شرم و استامپ (۲۰۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که معنویت و شکست معنوی با میزان خوش‌بینی به زندگی، حمایت اجتماعی درک شده و استرس مرتبط است. پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که باورهای معنوی می‌تواند به گونه مثبتی بر تندرستی، عمر درازمدت و بهبودی از بیماری‌های جسمی تأثیر گذارد. ریپنترپ، آلتیر، چن، فوند و کفاللا (۲۰۰۵) در پژوهش خود به ارتباط میان مذهب/ معنویت و سلامت در افراد با دردهای مزمن دست یافتند و تأکید کردند که معنویت برای سلامتی این افراد سودمند است.

^۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه الزهرا m_ghiasi6@yahoo.com

^۲. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه سمنان

همچنین، به نظر می‌رسد معنویت به گونه قدرتمندی با سطوح پایین‌تر سوء مصرف مواد، افسردگی، رفتارهای ضد اجتماعی و خودکشی مرتبط باشد؛ و درجات رضایت از زندگی را بالا برده، بهزیستی کلی را بهبود می‌بخشد (گارتز، ۱۹۹۶).

توجه به مدل زیستی روانی اجتماعی معنوی در ارتباط با افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، می‌تواند نقش حائز اهمیتی در درمان این افراد داشته باشد، چون بر میزان رضایت آنها از زندگی و کاهش دردهای جسمانی‌شان کمک‌کننده می‌باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بهزیستی معنوی و باورهای درد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شده است.

روش

روش پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-همبستگی می‌باشد. جامعه آماری، شامل تمامی افرادی بود که دچار سوء مصرف مواد بودند و به مراکز ارائه‌دهنده درمان ترک اعتیاد در شهر سمنان در تابستان ۱۳۹۱ مراجعه می‌کردند. نمونه مورد بررسی، شامل ۷۲ نفر ($M=36/79$, $SD=9/72$) بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. به تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش گفته شد که اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها، جنبه پژوهشی دارد و کاملاً محرمانه باقی می‌ماند.

ابزار سنجش

پرسشنامه دریافت‌ها و باورهای درد ((Pain Beliefs Questionnaire (PBQ): این پرسشنامه که دارای ۱۶ سؤال است، توسط ویلیامز و تورن (۱۹۸۹) به منظور ارزیابی اطلاعات و باورهای بیمار درباره دردش ساخته شده است و بر مبنای طیف لیکرت قرار دارد. پایایی آن، بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (ادواردز، پیرس، تورنر-استوکز و جونز، ۱۹۹۲).
مقیاس بهزیستی معنوی ((Spiritual Well-Being Scale (SWBS): این مقیاس، توسط پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ساخته شده است و دارای ۲۰ سؤال و دو خرده مقیاس بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی می‌باشد. میزان پایایی برای خرده مقیاس‌ها بهزیستی معنوی، وجودی و مقیاس کل به ترتیب برابر است با ۰/۹۶، ۰/۸۶ و ۰/۹۳ (پالوتزین و الیسون، ۱۹۸۲).

یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 19 و آزمون آماری توصیفی و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شد. تحلیل توصیفی داده‌ها نشان داد، ۸۷٪ افراد گروه نمونه متأهل بودند. مدرک تحصیلی ۴۰٪ زیردیپلم، ۳۷٪ دیپلم و ۲۱٪ بالای دیپلم قرار داشت. ۷۹٪ مواد مخدر، ۱۱/۱۰٪ مواد محرک، ۲/۸۰٪ مواد توهم‌زا و ۶/۹۰٪ مواد ترکیبی استفاده می‌کردند. همچنین، ۳۲٪ افراد گروه نمونه کمتر از ۵ سال و ۶۸٪ بیشتر از ۵ سال، مصرف مواد را گزارش دادند.
طبق آنچه در جدول ۱ ارائه شده است، مؤلفه‌ی بهزیستی وجودی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی مناسبی برای باورهای درد باشد. این مؤلفه، ۱۵٪ از تغییرات باورهای درد را تبیین می‌کند ($F_{(۱,۵۸)}=۵/۷۶$, $P<0/05$).

جدول ۱) تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی باورهای درد بر اساس بهزیستی معنوی

منبع تغییرات	R ²	B	خطای استاندارد	بتا	T	سطح معنی‌داری
بهزیستی وجودی	۰/۱۵	۰/۳۰	۰/۱۲	۰/۳۰	۲/۴۰	۰/۰۲*

$P < 0/05^*$

بحث

همانطور که بیان شد، هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بهزیستی معنوی و باورهای درد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. طبق یافته‌های حاصل شده، مؤلفه‌ی بهزیستی وجودی پیش‌بینی‌کننده‌ی مناسبی برای باورهای درد بود. این نتیجه، با نتایج پژوهش‌های گذشته از جمله بالداجینو، گیلچریست، فلمینگ و بانایستر (۲۰۱۰) و پاردینی، پلانت، شرم و استامپ (۲۰۰۰) هماهنگ می‌باشد. با توجه به اینکه نقش این مؤلفه در ارتباط با بقا و حیات فرد است، احتمال دارد با ارتقای آن، باورهای افراد هم در مورد میزان دردی که به آن دچار هستند تحت تأثیر قرار بگیرد. همانطور که می‌دانیم، یکی از مسائل عمده‌ای که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به طور جدی با آن دست به گریبان هستند، اضطراب در مورد حفظ بقا و سلامتی جسمی است که این سلامتی می‌تواند با طرد از طرف اطرافیان و جامعه نیز به صورت کاهش بهزیستی روانی در معرض آسیب قرار بگیرد.

عدم دسترسی به نمونه بیشتر و عدم زمان کافی برای انجام مصاحبه کامل با افراد شرکت‌کننده در پژوهش، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده، بررسی بهزیستی معنوی به صورت جداگانه، برای هر دسته از مصرف‌کنندگان مواد در طبقات متفاوت پرداخته شود.

منابع

- Baldacchino, A., Gilchrist, G., Fleming, R. & Bannister, J. (2010). Guilty until proven innocent: A qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse. *Addictive Behaviors* 35, 270–272.
- Edwards, L. C., Pearce, S. A., Turner-Stokes, L. & Jones, A. (1992). The Pain Beliefs Questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 51, 261-272.
- Ellison, C. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340.

- Gartner, J. (1996). Religious commitment, mental health, and prosaically behavior: a review of the empirical literature. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 187–214). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hawks, S. R., Goudy, M. B. & Gast, J. A. (2003). Emotional eating and spiritual well-being: A possible connection? *American journal of Health Education*, 34, 30-33.
- Paice, J. A. & Ferrell, B. (2011). The management of cancer pain. *CA Cancer Journal of Clinical*, 61, 3, 157-82.
- Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1982). Loneliness spiritual well-being, and quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.). *Loneliness: A Sourcebook foe current theory, research and therapy*. New York: Wiley Interscience.
- Pardini, D. A., Plante, T. G., Sherman, A. & Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment* 19, 347-354.
- Rippentrop, A. C., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M. & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311-321.
- Sun, V. C., Borneman, T., Ferrell, B., Piper, B., Koczywas, M. & Choi, K. (2007). Overcoming barriers to cancer pain management: an institutional change model. *J Pain Symptom Manage*, 34, 4, 359-69.
- Williams, D. A. & Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36, 351-358.