

Examining the Effect of Teaching Islamic-based Coping Strategies on Indicators of Chronic Pain and Quality of Life among Women with Fibromyalgia

Hengameh Boloorsaz Mashhadi^{1*}, Maryam Aghaei², Mohyedin Mohammadkhani³, Abed Mahdavi²

1- Department of Educational Sciences, University of PayameNoor, Tehran, Iran.

2- Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

3- Department of Psychology, University of PayameNoor, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mrs. Hengameh Boloorsaz Mashhadi; Email: Boloorsaz@se.pnu.ac.ir

Article Info

Received: Nov 21, 2016

Received in revised form:

May 6, 2017

Accepted: Jun 6, 2017

Available Online: Apr 6, 2017

Keywords:

Chronic pain

Coping strategies

Fibromyalgia

Quality of life

Women

Abstract

Background and Objective: Nowadays, beliefs and religious coping are regarded as significant factors in developing psychological comfort and personal adaptation among patients with chronic diseases. This study aimed to evaluate the effect of teaching Islamic-based coping strategies on women with fibromyalgia in terms of chronic pain and quality of life.

Method: The research design was a semi-experimental one with pretest-posttest and control group format. The sample included women with FMS who referred to Pain Clinics of Kermanshah in 2016. After ensuring research entry requirements, they were assessed based on IASP, ACR criteria, Demographic Questionnaires, PIS, CPAQ and WHOQOL-26. Those who got the highest scores were selected via convenience sampling. Then, the participants were randomly divided into experimental and control groups. The data were analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance. In this study, the ethical issues were all considered and the authors declared no conflict of interest.

Results: The results indicate a significant difference between the experimental and control groups in reduction of pain intensity and increase in pain acceptance ($P < 0.05$). In addition, the total scores of the quality of life as well as subscales of psychological, physical, social and environmental health were significantly different ($P < 0.05$).

Conclusion: Teaching Islamic-based coping strategies affects the chronic pain and quality of life among people with fibromyalgia. As a result, such teachings used in conjunction with standard medical care would have a beneficial effect on health, reducing the severity of clinical disorders.

Please cite this article as: Boloorsaz Mashhadi H, 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. *J Res Relig Health*. 2017; 3(4): 48- 65.

Summary

Background and Objectives: Pain is one of the most common phenomena that force people to ask for help (1). For this reason, after saving individuals' life, relieving pain is the most important medical priority (2). Pain is defined as "an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage." (3). Chronic pain syndrome causes fundamental challenges for therapists (4). Physical pain often turns into mental pain (4); and the negative excitement causes persistence of pain (5). Among chronic pains, fibromyalgia is a common

outbreak; this is because from 2 to 4 percent of people suffer from this terrible pain (6). Patients with FMS have numerous complaints and resort to various treatments (7). Experts have not been able to determine the specific medical-biological causes of this disease (6,8) which is more common in women than in men (8-10).

Untreated psychological disorders can cause illnesses and physical disorders in the long term. This also reduces the effectiveness of conventional medical treatments and is associated with life expectancy (11). Today there is a general agreement that improving the quality of life should be one of the main goals of treatment (12). Quality of life is a multidimensional,

dynamic, and broad concept of health which emphasizes the four main dimensions of psychological, physical, social and environmental well-being (13,14). Research shows that the prevalence of chronic diseases in developing countries such as Iran has risen (15). Recently, they have focused on the importance of religious beliefs in the field of treatment and Islamic coping styles (16-24). So far, no successful treatment for pain has been reported (25). Research results of Rider and et al (23) showed that those who used the religious coping style in dealing with life worries were less prone to eating disorders and the severity of this disorder was lower in religious participants. Haghghi (26) found that there was no significant difference between women and men with the use of coping styles, but patients who believed in God more and had higher hopes reported less depression and stress. The results of the study, Elumelu and et al (27) also demonstrated that there was a significant difference between the patients with breast cancer with and without the religious coping style in quality of life and its dimensions. Also, the results of the research by Rippentrop and et al (28) showed that there was a significant relationship between the use of religious coping styles and both physical and mental health in patients with chronic pain.

After browsing through the related literature, we came to the conclusion that there has been no research on patients with fibromyalgia and the use of Islamic countermeasures in Iran. The present study was an attempt to pursue this aim. Hence, this study can be the basis for research in this area.

Method: The research design was semi-experimental with pre-test, post-test, and control group. The sample included women with FMS who attended Pain Clinics of Kermanshah from April to September, 2016 (N=53). 30 participants who got the highest scores were selected via convenience sampling. Then, the participants were randomly divided into experimental and control groups (n1=n2=15). After completing the sessions, the post-test was performed for both groups. The data were collected using demographic variables, pain intensity questionnaire (29), pain acceptance (30), and quality of life (31,32).

In addition to descriptive statistics, multivariate covariance analysis MANCOVA was used for data analysis.

Results: Demographic information of patients showed that the mean age in the experimental group was 42.16 ± 6.17 and in the control group was 44.27 ± 6.22 years old. In terms of demographic variables, the two groups were almost identical. The research indicated that there was a significant difference between the experimental and control groups in terms of pain intensity decrease and chronic pain acceptance increase ($P < 0.05$). Further, there was a significant difference in total quality of life scores and psychological, physical, social and environmental sub-scales ($P < 0.05$).

Conclusion: Islamic-based coping strategies teachings influence chronic pain and quality of life in people who suffer from fibromyalgia. Accordingly, such teachings

can be coupled with standard medical care to have the desired effect on health, reducing the severity of clinical disorders. This is consistent with the results of most studies previously conducted.

Not surprisingly, there were some limitations to this study. First, questionnaires were used to collect the required data for this study. Given the self-report nature of questionnaires, the participants might have misrepresented their responses because of self-defense mechanisms, bias, and personal distortions. Second, due to the fact that the respondents were all adult females, generalizing the findings to men or other age groups should be done with caution. Third, convenience sampling posed its own problems. Therefore, given the effect of Islamic-based coping strategies on the variables investigated in this study, it is suggested that this program be an optional and complementary one to reduce psychological signs and to improve the quality of life of those who suffer from chronic pains. Further, adopting this program with the purpose of coping with psychological disorders associated with other chronic pains and clinical disorders for different age ranges and also comparing it to treatments by medicine both individually and collectively are recommended.

References

1. Pagé I, Marchand AA, Nougrou F, O'Shaughnessy J & Descarreaux M. Neuromechanical responses after biofeedback training in participants with chronic low back pain: an experimental cohort study. *J Manipulative Physiol Ther.* 2015; 38(7): 449-57.
2. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T & et al. Management of postoperative pain: a clinical practice guideline from the american pain society, the american society of regional anesthesia and pain medicine, and the american society of anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *J Pain.* 2016; 17(2): 131-57.
3. 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. *J Psychosom Res.* 2015; 79(6): 484-91.
4. Katz J, Rosenbloom BN & Fashler S. Chronic pain, psychopathology, and DSM-5 somatic symptom disorder. *Can J Psychiatry.* 2015; 60(4): 160-7.
5. Hughes RE, Holland LR, Zanino D, Link E, Michael N & Thompson KE. Prevalence and intensity of pain and other physical and psychological symptoms in adolescents and young adults diagnosed with cancer on referral to a palliative care service. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2015; 4(2): 70-5.
6. Mahagna H, Amital D & Amital H. A randomised, double-blinded study comparing giving etoricoxib vs.

placebo to female patients with fibromyalgia. *Int J Clin Pract.* 2016; 70(2): 163-70.

7. Inanir A, Yigit S, Tekcan A, Pinarli FA, Inanir S & Karakus N. Angiotensin converting enzyme and methylenetetrahydrofolate reductase gene variations in fibromyalgia syndrome. *Gene.* 2015; 564(2): 188-92.

8. 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 Pract.* 2016; 16(2): 23-34.

9. Diaz-Piedra C, Catena A, Sánchez AI, Miró E, Martínez MP & Buena-Casal G. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: the role of clinical and polysomnographic variables explaining poor sleep quality in patients. *Sleep Med.* 2015; 16(8): 917-25.

10. Khanna D, Berrocal VJ, Giannini EH, Seibold JR, Merkel PA, Mayes MD & et al. The american college of rheumatology provisional composite response index for clinical trials in early diffuse cutaneous systemic sclerosis. *Arthritis Rheumatol.* 2016; 68(2): 299-311.

11. 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 metaregression to guide future research and implementation. *Med Care.* 2013; 51(10): 922-30.

12. Jones GL. Quality of life changes over time in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Pulm Med.* 2016; 22(2): 125-9.

13. Watson L, Groff S, Tamagawa R, Looyis J, Farkas S, Schaitel B & et al. Evaluating the impact of provincial implementation of screening for distress on quality of life, symptom reports, and psychosocial well-being in patients with cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2016; 14(2): 164-72.

14. Ferreira FA, de Almeida-Neto C, Teixeira MC & Strauss E. Health-related quality of life among blood donors with hepatitis B and hepatitis C: longitudinal study before and after diagnosis. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2015; 37(6): 381-7.

15. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I & et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015; 386(9995): 743-800.

16. Chida Y, Schrepft S, Steptoe A. A novel religious/spiritual group psychotherapy reduces depressive symptoms in a randomized clinical trial. *J Relig Health.* 2016; 55(5): 1495-506.

17. Gonçalves JP, Lucchetti G, Menezes PR, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of

randomized controlled clinical trials. *Psychol Med.* 2015; 45(14): 2937-49.

18. Miller G. Winifred rushforth and the davidson clinic for medical psychotherapy: a case study in the overlap of psychotherapy, christianity and new age spirituality. *Hist Psychiatry.* 2015; 26(3): 303-17.

19. Dimatteo MR. The psychology of health. Vol². Translated by; Musavi Asl SM, et al. Pub SAMT. 2016. PP; 760-62. (Full Text in Persian)

20. Mbarki H, Tazi N, Najdi A, Tachfouti N, Arrayhani M, Sqalli T. Effects of fasting during ramadan on renal function of patients with chronic kidney disease. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2015; 26(2): 320-4.

21. Koenig HG. Depression in chronic illness: does religion help? *J Christ Nurs.* 2014; 31(1): 40-6.

22. Gillen CT, Barry CT, Bater LR. Anxiety symptoms and coping motives: examining a potential path to substance use-related problems in adolescents with psychopathic traits. *Subst Use Misuse.* 2016; 51(14): 1920-9.

23. Rider KA, Terrell DJ, Sisemore TA, Hecht JE. Religious coping style as a predictor of the severity of anorectic symptomology. *Eat Disord.* 2014; 22(2): 163-79.

24. Cotton S, Grosseohme D, McGrady ME. Religious coping and the use of prayer in children with sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer.* 2012; 58(2): 244-9.

25. Rico-Villademoros F, Slim M, Calandre EP. Amitriptyline for the treatment of fibromyalgia: a comprehensive review. *Expert Rev Neurother.* 2015; 15(10): 1123-50.

26. Haghghi F. Correlation between religious coping and depression in cancer patients. *Psychiatr Danub.* 2013; 25(3): 236-40.

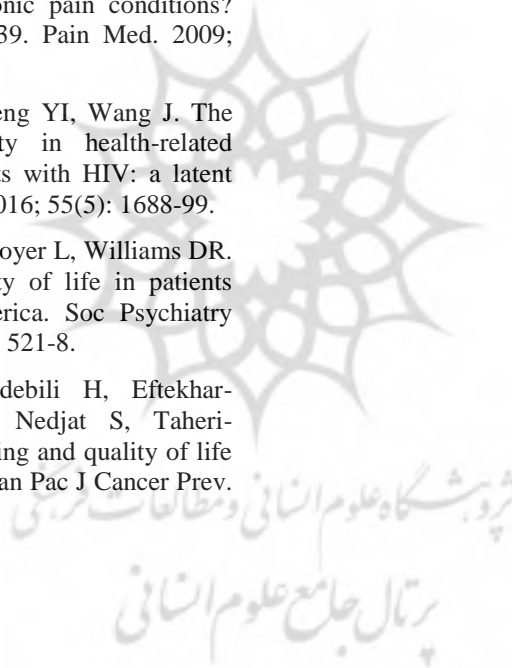
27. Elumelu TN, Asuzu CC, Akin-Odanye EO. Impact of active coping, religion and acceptance on quality of life of patients with breast cancer in the department of radiotherapy, UCH, Ibadan. *BMJ Support Palliat Care.* 2015; 5(2): 175-80.

28. 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.

29. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H & Abedi A. The Effectiveness of Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Pain-Related Anxiety, Acceptance of Pain and Pain Intensity in Patients with Chronic Pain. *J Isfahan Med Sch.* 2014; 32(295): 1156-65. (Full Text in Persian)

30. Rovner G, Vowles KE, Gerdle B & Gillanders D. Latent class analysis of the short and long forms of the chronic pain acceptance questionnaire: further examination of patient subgroups. *J Pain.* 2015; 16(11): 1095-105. (Full Text in Persian)

31. Yerdelen D & Altintas E. Health related quality of life in patients admitted for video-electroencephalography monitoring diagnosed with epilepsy or psychogenic non-epileptic seizures. *Neurosciences (Riyadh)*. 2016; 21(1): 47-51.
32. Roshanfar A, Padash Z, Mokhtari S & Izadikhah Z. The effectiveness of psychotherapy training based on Frisch's theory on the quality of life of clients in Isfahan. *J Health Syst Res*. 2014; 2046-55. (Full Text in Persian)
33. Cheatle MD. Biopsychosocial approach to assessing and managing patients with chronic pain. *Med Clin North Am*. 2016; 100(1): 43-53.
34. Jegindø 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. *J Behav Med*. 2013; 36(4): 413-26.
35. Gilbert JW. Re: Büssing A, Michalsen A, Balzat H-J, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EAM, and Mathiessen PF. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine* 2009; 10: 327-339. *Pain Med*. 2009; 10(8): 1501-2.
36. Lyon ME, Kimmel AL, Cheng YI, Wang J. The Role of religiousness/spirituality in health-related quality of life among adolescents with HIV: a latent profile analysis. *J Relig Health*. 2016; 55(5): 1688-99.
37. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Religion involvement and quality of life in patients with schizophrenia in latin america. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 51(4): 521-8.
38. Zamanian H, Eftekhari-Ardebili H, Eftekhari-Ardebili M, Shojaeizadeh D, Nedjat S, Taheri-Kharameh Z, et al. Religious coping and quality of life in women with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16(17): 7721-5.



دراسة فعالية تعليم استراتيجيات التأقلم القائمة على أساس التعاليم الاسلامية على معايير الألم المزمن وجودة حياة النساء المصابات بمرض الألم العضلي الليفي (الفيبروماغيا)

هنكامه بلورساز مشهدى*^١، مريم آقاني^٢، فحي الدين محمدخاني^٣، عابد مهدوي^٢

١- قسم العلوم التربوية، جامعة بيام نور، طهران، ايران.

٢- قسم علم النفس، جامعة طهران، طهران، ايران.

٣- قسم علم النفس، جامعة بيام نور، طهران، ايران.

* المراسلات موجهة إلى السيدة هنكامه بلورساز مشهدى؛ البريد الإلكتروني: Bolorsaz@se.pnu.ac.ir

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: في الوقت الحاضر، تعتبر المعتقدات الدينية وأساليب التأقلم الديني عاملاً هاماً لخلق الراحة النفسية والتكيف الفردي لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة. فالأساليب المستخدمة حالياً لمراقبة الألم المزمن لدى المصابين بفيبروميالغيا، غير مرضية عنها. بما أن العلاج بالأدوية لا يجدي نفعا في أكثر المصابين بهذا المرض، فقام هذا البحث بدراسة فعالية تعليم استراتيجيات التأقلم القائمة على أساس التعاليم الاسلامية على معايير الألم المزمن وجودة حياة النساء المصابات بمرض الألم العضلي الليفي (الفيبروماغيا).

منهجية البحث: تم هذا البحث بالمنهج الوصفي- التضماني وقد اشتمل المجتمع الاحصائي، جميع طلاب جامعة طهران عام ٢٠١٥-٢٠١٦. وقد اختير منهم ٢١١ طالبا (١٢٠ طالبة) من الكليات المختلفة بطريقة اخذ العينة العنقودية ذات المراحل المتعددة، ثم قام الطلاب بملاء استبيان الاتجاه الديني (RAS-R) واستبيان صعوبة تنظيم العاطفة (DERS-16) واستبيان الإضطراب النفسي. تمت تجزئة المعطيات وتحليلها بمعامل ارتباط بيرسون وتحليل الإنحدار (رغرسيون) المتعدد. تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وازافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى تضارب المصالح.

الكشوفات: تشير نتائج الدراسة إلى أن هناك فرق دالاً احصائياً بين مجموعتي التجريبية والضابطة في انخفاض شدة الألم وارتفاع نسبة قبول الألم ($P < 0.05$). إضافة إلى هذا، فإن هناك أيضا فرق دالاً احصائياً بين الدرجة الكلية لجودة الحياة والفروع الجانبية النفسية والجسدية والاجتماعية البيئية ($P < 0.05$).

النتيجة: وفقا لنتائج البحث هناك اثر نافع في إدماج المراقبة الطبية الصحية مع تعليم استراتيجيات التأقلم القائمة على أساس التعاليم الاسلامية على معايير الألم المزمن وجودةالذين يعانون من مرض الألم العضلي الليفي (الفيبروماغيا) كما ان لهذا الارتباط اثرأ في التقليل من شدة الاضطرابات السريرية.

معلومات المادة

الوصول: Nov ٢١، ٢٠١٦

وصول النص النهائي: May ٦، ٢٠١٧

القبول: Jun ٦، ٢٠١٧

النشر الإلكتروني: Apr ٦، ٢٠١٧

الألفاظ الرئيسية:

استراتيجيات التأقلم
جودة الحياة
فيبروماغيا
معايير الألم المزمن
نساء

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Bolorsaz Mashhadi H, 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. J Res Relig Health. 2017; 3(4): 48- 65.

بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی بر شاخص‌های درد مزمن و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا

هنگامه بلورساز مشهدی^{۱*}، مریم آقائی^۲، محی‌الدین محمدخانی^۳، عابد مهدوی^۲

۱- گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳- گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

مکاتبات خطاب به خانم هنگامه بلورساز مشهدی؛ پست الکترونیک: Bolorsaz@se.pnu.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: امروزه اعتقادات و سبک‌های مقابله‌ی مذهبی عامل مهم ایجاد آرامش روانی و سازگاری فردی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود. روش‌های کنونی کنترل درد مزمن نشانگان فیبرومیالژیا برای بیشتر مبتلایان رضایت بخش نیست. از آنجاکه دارودرمانی برای درمان بیشتر بیماران به اندازه‌ی کافی مفید نیست، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی بر شاخص‌های درد مزمن و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شده است.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پژوهش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است که جامعه‌ی آماری آن را همه‌ی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا از میان مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های درد کرمانشاه تشکیل می‌دهد ($N=53$)؛ بر اساس معیارهای ورود به پژوهش و همچنین معیارهای انجمن بین‌المللی درد (IASP) و دانشگاه آمریکایی روماتولوژی (ACR) و نیز پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی، شدت درد (PIS)، پذیرش درد مزمن (CPAQ) و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (۲۶- WHOQL)؛ بیمارانی که دارای بالاترین نمره‌ها بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی به گروه‌های آزمایش و گواه ($n_1=n_2=15$) تقسیم شدند ($n=30$). گروه آزمایش ۱۰ جلسه‌ی مداخله‌ی درمانی ۹۰ دقیقه‌ی هفتگی دریافت کرد، اما گروه گواه مداخله‌ی دریافت نکرد. اطلاعات به‌دست آمده با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و گواه در کاهش شدت درد و افزایش پذیرش درد مزمن تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/05$). علاوه‌براین، در نمره‌ی کل کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و محیطی نیز تفاوت معنی‌دار است ($P<0/05$).

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱ آذر ۹۵

دریافت متن نهایی: ۱۶ اردیبهشت ۹۶

پذیرش: ۱۶ خرداد ۹۶

نشر الکترونیکی: ۱۵ شهریور ۹۶

واژگان کلیدی:

راهبردهای مقابله‌ی

زنان

شاخص‌های درد مزمن

فیبرومیالژیا

کیفیت زندگی

با مراقبت پزشکی استاندارد، اثر سودمندی بر سلامتی و کاهش شدت اختلالات بالینی دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، آموزش راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی و تأثیر آن بر شاخص‌های درد مزمن و کیفیت زندگی مبتلایان به فیبرومیالژیا در پیوند

استناد مقاله به این صورت است:

Boloorsaz Mashhadi H, 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. *J Res Relig Health*. 2017; 3(4): 48- 65.

مقدمه

درد یکی از شایع‌ترین پدیده‌هایی است که افراد را به درخواست کمک وادار می‌کند (۱). به همین دلیل بعد از حفظ جان بیمار، تسکین درد مهم‌ترین اولویت پزشکی به‌شمار می‌رود (۲). انجمن بین‌المللی مطالعه‌ی درد^۱، درد را «تجربه‌ی حسی و هیجانی ناخوشایند که با آسیب واقعی یا بالقوه‌ی بافت همراه است» تعریف می‌کند (۳).

نشانگان درد مزمن^۲ مشکلی شایع است که به‌علت ماهیت پیچیده، سبب‌شناسی مبهم و همچنین پاسخ ضعیف به درمان؛ چالش‌های اساسی برای درمانگران ایجاد می‌کند (۴). استرس، اضطراب، ناامیدی و افسردگی پیامدهای هیجانی زندگی با درد محسوب می‌شود (۲). بر این اساس، از یک‌سو، درد هیجان منفی به‌دنبال دارد و از سوی دیگر، هیجان منفی موجب تداوم درد می‌شود (۵). یکی از دلایلی که درد مزمن را در زمره‌ی مسئله‌سازترین بیماری‌های عصر حاضر قرار می‌دهد، همبودی آن با بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی است (۵). از میان دردهای مزمن، نشانگان فیبرومیالژیا^۳ یکی از شایع‌ترین این‌گونه اختلالات است؛ به‌طوری‌که بیش از ۲ تا ۴ درصد از مردم به این نشانه‌ی دردناک مزمن دچار می‌شوند (۶). مبتلایان به نشانگان فیبرومیالژیا با شکایت‌های متعدد درد و سوزش در مفاصل پیرامونی، ماهیچه‌ها، رباط‌ها و بافت‌های بدن به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. نواحی رایج درد، به‌طور عمده، پراکنده است و شامل گردن، کمر، دیواره‌ی قفسه‌ی سینه، بازوها و پاها می‌شود (۷). پزشکان متخصص نمی‌توانند علل زیستی - پزشکی مشخصی درباره‌ی فیبرومیالژیا تعیین کنند، اما یافته‌ها حاکی از آن است که عوامل خطرزای متعددی در ایجاد و تشدید آن نقش دارد و مستلزم تلاش‌هایی بر اساس الگوی زیستی - روانی - اجتماعی^۴ برای مدیریت بیماری است (۶ و ۸).

فیبرومیالژیا در زنان هفت برابر شایع‌تر از مردان است؛ و بیش از ۸۰ درصد مبتلایان آن را زنان با دامنه‌ی سنی ۲۵ تا ۵۵ سال تشکیل می‌دهند و با افزایش سن، شیوع آن نیز افزایش می‌یابد (۸). این بیماری تغییر ساختاری در بدن ایجاد نمی‌کند، موجب تغییر شکل اندام نمی‌شود و به مفاصل نیز آسیبی نمی‌رساند. ازجمله نشانه‌های آن احساس ضعف و خستگی شدید است که در ۹۰ درصد از بیماران به‌علت اختلال خواب ایجاد می‌شود. نشانه‌های دیگر این بیماری عبارت است از سردرد، تکرر ادرار، نشانگان روده‌ی تحریک پذیر، نشانگان پای بی‌قرار^۵، اختلال در عادات ماهیانه، احساس گزرگز در انگشتان دست و پا و ... (۹ و ۱۰).

اختلالات روان‌شناختی درمان‌نشده در طولانی‌مدت به‌جز اختلالات خاص خود، می‌تواند موجب ایجاد یا تشدید بیماری و حتی اختلالات جسمانی دیگر شود و همچنین، از اثربخشی درمان‌های متداول پزشکی بکاهد و به بقا و طول عمر بیماران نیز مرتبط باشد (۱۱). امروزه توافق همگانی وجود دارد که بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت باید یکی از اهداف اصلی درمان در بیماری‌های مزمن باشد (۱۲). گزارش‌ها نشان می‌دهد مشکلات روان‌شناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، بسیار زیاد است؛ از سوی دیگر، خود این مشکلات نیز موجب کاهش هرچه بیشتر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌شود (۱۱ - ۱۳). کیفیت زندگی مفهومی چند بُعدی، پویا و وسیع‌تر از سلامتی است و بر چهار بُعد اصلی سلامت روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و بهزیستی مرتبط با محیط تأکید دارد (۱۴). کاهش کیفیت زندگی نه تنها موجب کاهش احساس رضایت فرد مبتلا در زندگی می‌شود؛ بلکه با تحت تأثیر قرار دادن تعهد فرد نسبت به انجام دستوره‌های درمانی و مراقبتی می‌تواند بر نتایج حاصل از درمان و مراقبت از بیماری نیز مؤثر واقع شود (۱۳ و ۱۴).

مطالعات متعددی از پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران مزمن، به‌ویژه بیماران نشانگان فیبرومیالژیا حکایت می‌کند (۱۱ و ۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پیشرفت روش‌های

¹ International Association for the Study of Pain

² Chronic Pain Syndrom (CPS)

³ Fibromyalgia

⁴ Biopsychosocial Model

⁵ Restless Leg Syndrome

«و إِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينُ»؛ یعنی شفابخشی از پروردگار است و در هنگام درد و تنش‌های زندگی می‌توان به اقامه‌ی نماز، دعا‌های دسته‌جمعی یا فردی و عیادت از بیمار پرداخت که همه می‌تواند به تسکین و کنترل درد و استرس‌های مرتبط با آن منجر شود (۱۹، ۲۳ و ۲۴). نتایج پژوهش رایدرا^۱ و همکاران نشان داده افرادی که از سبک مقابله‌ی دینی در رویارویی با تنش‌های زندگی استفاده کرده بودند، کمتر در معرض اختلالات خوردن قرار داشتند و شدت این اختلال نیز در افراد مذهبی کمتر بود (۲۳). حقیقی در پژوهشی نشان داد که بین مبتلایان به سرطان در میزان استفاده از سبک‌های مقابله‌ی مذهبی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$)، اما بیماران که توکل بیشتری به خدا داشتند و امیدوارتر بودند، نسبت به دیگر آزمودنی‌ها میزان افسردگی و استرس کمتری گزارش کردند (۲۶). نتایج پژوهش الیوملو^۲ و همکاران نیز نشان داد کیفیت زندگی و ابعاد آن در مبتلایان به سرطان پستان که از سبک مقابله‌ی مذهبی استفاده کرده بودند، بالاتر از گروه دیگر بود (۲۷). بدین صورت که هر قدر میزان استفاده از سبک مقابله‌ی مذهبی بالاتر بود، به همان اندازه اختلالات روان‌شناختی کمتر و کیفیت زندگی بالاتر بود.

همچنین، نتایج پژوهش ریپنتروپ^۳ و همکاران نشان داد که بین به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ی دینی با سلامت جسمانی و روانی در بیماران مبتلا به درد مزمن ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) (۲۸). بدین صورت که بین انجام اعمال دینی با میزان شکایت‌های جسمانی ناشی از درد رابطه‌ی معکوس؛ و همچنین بین انجام اعمال دینی با کاهش شدت درد و ارتقای سلامت روان، رابطه وجود داشت ($P < 0.05$). با توجه به هزینه‌های بهداشتی - درمانی ناشی از این درد مزمن، بازبینی ادبیات تحقیقی مربوط برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی، پیشگیرانه و توان‌بخشی ضروری به‌نظر می‌رسد. در این باره، هرچند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نبوده است، ولی شواهد نشان می‌دهد که پیشگیری ثانویه (مداخله‌های درمانی مبتنی بر تعالیم اسلامی) می‌تواند مشکلات روانی، اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آتی را، به‌طور چشمگیری، کاهش دهد. شیوع بالای فیبرومیالژیا، کیفیت پایین زندگی، غیبت از محل کار، اختلالات روان‌شناختی همبود با بیماری‌های مزمن، ناکامی و یأس از بهبود، افکار خودکشی و... همگی موجب می‌شود که فرد، بیماری‌اش را

تشخیصی پزشکی، بهبود سبک زندگی و عادت‌های بهداشتی مردم در کشورهای توسعه یافته موجب کاهش میزان بروز برخی از بیماری‌های مزمن و کنترل هرچه بیشتر آنها در سال‌های اخیر شده است؛ این در حالی است که شیوع این بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، سیر صعودی دارد (۱۵). به‌تازگی متخصصان درمان، به اهمیت تأثیر روش‌های مبتنی بر باورهای دینی پی برده و پژوهش‌های گسترده‌ی نیز در این زمینه انجام داده‌اند (۱۶ - ۱۸). در زمینه‌ی تأثیر مثبت روانی و ارتباط با پروردگار چه به‌صورت فردی و چه در مراسم جمعی، به هنگام روبه‌رو شدن با سختی‌ها، در گنجینه‌ی ذخایر اسلامی شواهد بسیاری موجود است، اما در پژوهش‌های مرتبط با پیشگیری، درمان و توان‌بخشی بیماری‌ها و به‌طور کلی بیماری‌های مزمن، از راه‌های مبتنی بر باورهای دینی غفلت شده است (۱۹)؛ درحالی‌که در همه‌ی فرهنگ‌های دنیا به‌ویژه ملل شرق بر مهار و درمان درد با روش‌های دینی تأکید بسیاری می‌شود (۲۰ و ۲۱). علم روان‌شناسی در حوزه‌های مختلف از جمله روان‌شناسی سلامت، اهمیت بسیاری برای نقش سبک‌های مقابله‌ی در نظر می‌گیرد (۱۹ و ۲۲)؛ یکی از انواع این سبک‌های مقابله‌ی، سبک مقابله‌ی اسلامی است که عبارت است از اصول و باورهای دینی برای کسب دیدگاهی مثبت و روشن از حوادث جهان و ایجاد نوعی تصویر دل‌بستگی همیشه حاضر (۲۳ و ۲۴).

نوع نگرش‌ها عامل مؤثری در تحمل درد است (۲۲). تعالیم اسلامی از یک سو، حفظ سلامتی را تکلیف می‌داند و از سوی دیگر، درصدد ایجاد نگرشی مثبت نسبت به بیماری و درد است؛ تا بدین‌وسيله از ایجاد فضای روانی افسردگی‌زا جلوگیری کند (۱۹). با وجود اثربخشی نسبی برخی درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در تسکین درد، تاکنون درمان موفق و کاملی برای آن گزارش نشده است (۲۵). در تعالیم اسلامی برای مقابله با درد روش‌هایی از جمله روش‌های شناختی، عاطفی - معنوی، عملی و حمایت اجتماعی معرفی شده است. طبق آیه‌ی ۲۲ سوره‌ی حدید «مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا» و آیه‌ی ۳۹ سوره‌ی کهف، «لَا حَوْلَ وَلَا قُوَّةَ إِلَّا بِاللَّهِ»؛ باید این اعتقاد در شخص تقویت شود که گرچه جهان دارای نظام علت و معلولی است، ولی رخدادهای این نظام تحت اشراف خداوند و به نیرو و اذن او تحقق می‌یابد و خداوند دارای قدرت، حکمت و رحمت بی‌انتهاست (۱۹). علاوه‌براین، در آیه‌ی ۸۰ سوره‌ی شعراء آمده است:

¹ Rider

² Elumelu

³ Rippentrop

هفتگی دریافت کرد و گروه گواه، مداخله‌ی درمانی مذکور را دریافت نکرد و پژوهش بدون ریزش و آفت آزمودنی‌ها انجام شد. پس از اتمام جلسه‌ها، هر دو گروه در پس‌آزمون شرکت کردند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل بیمار برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تشخیص متخصص روماتولوژی مبتنی بر ابتلا به فیبرومیالژیا، دریافت نکردن روان‌درمانی قبل از ورود به پژوهش، سن بین ۲۵ - ۵۵ سال، تشخیص افتراقی و نداشتن همبودی بیماری‌های جسمانی، کمبود ویتامین‌ها به‌ویژه ویتامین D و تکمیل رضایت‌نامه‌ی پرسش‌نامه برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل نداشتن رضایت آگاهانه و تمایل نداشتن به شرکت در پژوهش، ابتلا به هرگونه بیماری ناتوان‌کننده و مزمن دیگر مانند بیماری‌های کلیوی، کبدی، قلبی - عروقی (تصلب شرایین، آنژین صدری و انفارکتوس میوکارد)، داشتن هرگونه بیماری نظام‌مند دیگر و بیماری‌های نورولوژیک و ناتوان‌کننده، مصرف دخانیات و اعتیاد و همچنین نداشتن سواد لازم بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های ذیل صورت گرفته است:

الف) پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی:

پژوهش‌گر، این پرسش‌نامه را برای به‌دست‌آوردن اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله سن، وضعیت اقتصادی خانواده و پوشش بیمه طراحی کرده است.

ب) پرسش‌نامه‌ی شدت درد^۱: میانگین شدت درد در چهار هفته‌ی گذشته با استفاده از مقیاس ۱۱ نقطه‌یی، از ۰ (نبود درد) تا ۱۰ (شدیدترین درد ممکن) ارزیابی شد. بدین صورت که از بیماران خواسته شد متوسط درد روزانه‌شان را در هفته‌ی گذشته درجه‌بندی کنند. این شاخص به‌طور گسترده در پژوهش‌های درد استفاده می‌شود (۲۹)؛ علاوه‌براین، شاخص نام‌برده در نمونه‌ی بالینی ایرانی نیز اجرا شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ به‌دست آمد (۲۹). در این پژوهش نیز، پایایی این ابزار با استفاده از آزمون همزمان، ۰/۸۱ به‌دست آمده است.

ج) پرسش‌نامه‌ی پذیرش درد مزمن^۲: این پرسش‌نامه ابزار خودگزارشی ۲۰ سؤالی است که به‌صورت ۷ درجه‌یی لیکرت از ۰ (اصلاً) تا ۶ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و دو زیرمقیاس دارد: الف) درگیری در فعالیت‌ها، که به‌صورت مستقیم

بیش از حد برآورد کند و امکان مقابله با آن را در خود نبیند. در هنگام فشار و رویدادهای ناگوار، معنای زندگی اهمیت بسیاری پیدا می‌کند و در مقابله با مسائل زندگی نقش باورها و اعتقادات دینی برجسته‌تر می‌شود. از آنجایی که طبق بررسی‌های انجام شده، تاکنون در ایران هیچ پژوهشی درباره‌ی مبتلایان به فیبرومیالژیا و به‌کارگیری روش‌های مقابله‌ی اسلامی در بیماران مزمن صورت نگرفته است، پژوهش حاضر می‌تواند زمینه‌ساز تحقیق در این حوزه باشد. از این‌رو، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی بر شاخص‌های درد مزمن و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا صورت گرفته است.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. ۵۳ نفر (نمونه‌ی پژوهش) از بیماران زن مبتلا به درد مزمن که برای درمان به کلینیک‌های درد شهر کرمانشاه در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده بودند و بنا به تشخیص پزشک معالج متخصص، مبتلا به فیبرومیالژیا شناخته شده بودند، با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس و مبتنی بر هدف، انتخاب شدند (N=۵۳). تشخیص قطعی فیبرومیالژیا در زنان با گرفتن شرح حال و معاینه‌های معمول و به کمک متخصص روماتولوژی بر اساس معیارهای انجمن بین‌المللی درد و همچنین انجمن روماتولوژی آمریکا شامل: وجود سابقه‌ی درد مزمن (دست‌کم به‌مدت ۳ ماه) و درد منتشر (بالا و پایین کمر و دو طرفه)؛ و همچنین درد در ۱۱ نقطه از ۱۸ نقطه‌ی حساس در معاینه‌های تشخیصی، در نظر گرفته شده است (۳ و ۱۰). با توجه به محدود بودن جمعیت آماری، حجم نمونه با جامعه‌ی آماری برابر در نظر گرفته شد و کل افراد در دسترس که به کلینیک‌های درد مراجعه کرده بودند، در مقطع زمانی جمع‌آوری داده‌ها (به‌مدت سه ماه)، بررسی شدند. در مجموع، از میان ۵۳ بیمار مورد بررسی، بر اساس معیارهای ورود به پژوهش و اجرای یک جلسه پیش‌آزمون، ۳۰ نفر از بیمارانی که پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها بالاترین نمره‌ها را (به‌عنوان خط پایه) به‌دست آوردند، با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره‌ی آزمایش و گواه ($n_1=n_2=15$) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه‌ی مداخله‌ی درمانی ۹۰ دقیقه‌ی را طی ۱۰ جلسه‌ی

^۱ PIS

^۲ CPAQ

اسلامی مانند آیات متعدد قرآن کریم، نهج‌البلاغه و احادیث اسلامی است که از نظر علمی و عملی، مورد مشاوران علمی و متخصصان امر (روان‌پزشک، روان‌شناس سلامت، روحانیون و متخصص پزشکی اجتماعی) آن را تأیید کرده‌اند. محتوای جلسه‌های درمانی به‌طور سازمان یافته اجرا شد. در نهایت کل برنامه‌ی درمانی از یک پیش‌جلسه و ۱۰ جلسه‌ی درمانی تشکیل شد. یادآوری این نکته لازم است که برای گروه گواه، جلسه‌ها به‌صورت مشاوره‌ی حمایتی اجرا شد و بعد از اتمام پژوهش و معلوم شدن نتایج، این گروه نیز در کاربندی درمانی وارد شد. همچنین، برای پیشگیری از هرگونه تماس بین آزمودنی‌های دو گروه، در تاریخ‌هایی متفاوت که از قبل تدوین شده بود با آنان ملاقات می‌شد و آزمودنی‌ها با توجه به توضیح‌های قبلی درباره‌ی هدف پژوهش و ... هیچ‌گونه ارتباطی با یکدیگر نداشتند. طرح درمانی جلسه‌ها به اختصار در جدول شماره ۱ آمده است.

برای تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از آمار توصیفی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری^۱ نیز استفاده شده است.

نمره‌گذاری می‌شود؛ و ب) پذیرش درد، که به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسش‌نامه، نمره‌های دو زیرمقیاس با هم جمع می‌شود.

نمره‌ها در دامنه‌ی بین ۰ تا ۱۲۰ متغیر است و نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده‌ی پذیرش بیشتر درد است. پژوهش‌های متعدد از روایی و پایایی پذیرفتنی آن حکایت می‌کند و آلفای کرونباخ برای «درگیری در فعالیت» و «پذیرش درد» به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۷۵ به دست آمده است (۳۰). این پرسش‌نامه در نمونه‌ی بالینی ایرانی نیز اجرا شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ به دست آمد (۲۹). در این پژوهش نیز، آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای «درگیری در فعالیت» و «پذیرش درد» به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۶۸ به دست آمده است.

د) پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی^۱: این پرسش‌نامه، حاوی ۲۶ سؤال است و در طیف لیکرت (۱ تا ۵) کیفیت زندگی بیمار را در ۴ زیرمقیاس سلامت جسمانی (۶ سؤال)؛ روانی (۷ سؤال)؛ اجتماعی (۳ سؤال) و محیطی (۸ سؤال) ارزیابی می‌کند. ۲ سؤال نخست به هیچ یک از زیرمقیاس‌ها تعلق ندارد و کیفیت زندگی را به‌صورت کلی ارزیابی می‌کند و دامنه‌ی نمره‌ها نیز بین ۳۸ تا ۱۱۸ قرار دارد. با توجه به نحوه‌ی نمره‌گذاری پرسش‌نامه (جمع کلی نمره‌ها)، نمره‌ی بالاتر نشانه‌ی کیفیت زندگی بهتر است. این مقیاس از روایی افتراقی و محتوایی؛ و پایایی آزمون - بازآزمون خوبی برخوردار است و آلفای کرونباخ آن برای زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ قرار دارد (۳۱). در هنجاریابی ایرانی، پایایی آزمون به‌روش بازآزمایی در زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی ۰/۷۷؛ روانی ۰/۷۷؛ اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در سلامت محیطی ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۲). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ به دست آمده است.

در روند اجرای پژوهش، پس از انجام نمونه‌گیری، یک جلسه پیش‌آزمون برگزار شد و دو گروه به سؤال‌های پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. سپس روان‌درمانگر، گروه آزمایش را به‌صورت گروهی در ۱۰ جلسه‌ی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ی تحت آموزش راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی قرار داد؛ اما بر روی گروه گواه مداخله‌ی انجام نشد. پس از اتمام جلسه‌ها، هر دو گروه در پس‌آزمون شرکت کردند. محتوای برنامه‌ی آموزشی در پژوهش حاضر، نسخه‌ی بسط‌یافته از برنامه‌های شناختی - رفتاری سبک‌های مقابله‌ی و برگرفته از متون

^۲ MANCOVA^۱ WHOQL-26

جدول ۱. خلاصه‌ی محتوای آموزش راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی

جلسه‌ها	مداخلات / محتوا	
پیش‌جلسه	آشنایی اولیه و برقراری رابطه با هدف پُر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ اجرای پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی و اجرای پیش‌آزمون.	
جلسه‌ی اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه‌ی درمانی؛ آموزش طلب کمک از خدا در سختی‌ها و امید به رحمت او؛ اعتقاد به گرفتن پاداش در مقابل صبر بر مصائب و اعتقاد به کمک و لطف پروردگار در رفع سختی‌ها؛ دادن اطلاعات درباره‌ی درد مزمن و انواع آن، کیفیت زندگی و ابعاد آن، راهبردهای مقابله، مرور درمان‌های مرتبط و هزینه‌ها و فواید آنها.	
جلسه‌ی دوم	مروری بر تجربه‌های جلسه‌ی قبل و دریافت بازخورد از بیماران؛ بحث در مورد تجربه‌ها و ارزیابی آنها؛ بیان فلسفه‌ی رنج در اسلام؛ آموزش اعتقاد به آزمایش الهی بودن رویدادهای ناخوشایند؛ وجود اراده‌ی خدا در همه‌ی امور و همچنین، قضا و قدر الهی در مصائب، استراحت، پذیرایی و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.	
جلسه‌ی سوم	مروری بر تجربه‌های جلسه‌ی قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بهبودی آنها، آموزش انجام دستوره‌های دینی در مشکلات زندگی و پشیمان بودن از انجام اعمال خلاف دستوره‌های دینی، تصمیم به جبران آنها و همچنین شناخت نعمت‌های خداوند و بیان شکر آنها، استراحت، پذیرایی و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.	عوامل شناختی
جلسه‌ی چهارم	مروری بر تجربه‌های جلسه‌ی قبل و دریافت بازخورد از بیماران، آموزش اعتقاد به مؤثر بودن خواندن قرآن و ادعیه در زمان رویدادهای ناگوار و هنگام درد، وجود راه توبه (که روشی برای مقابله با تنش‌های زندگی معرفی شده است) و نیز، آمادگی برای تحمل دردهای ناشی از بیماری مزمن و تعبیر آن به «رضای خدا»، استراحت، پذیرایی و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.	
جلسه‌ی پنجم	مروری بر تجربه‌های جلسه‌ی قبل و دریافت بازخورد از بیماران، آموزش در نظر گرفتن رضایت خدا در هنگام تصمیم‌گیری در مواقع دشوار زندگی، راهنما قرار دادن سخنان ائمه (ع) در سختی‌ها؛ انتخاب مسیر سعادت در تمارض‌ها و ترجیح آن در مقابل لذت دنیا و آخرت، استراحت، پذیرایی و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.	
جلسه‌ی ششم	مرور تجربه‌های جلسه‌ی پیش و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آنها، آموزش زندگی ائمه (ع) را الگو قرار دادن و توجه به میزان صبر در برابر سختی‌ها و حکیمانه تفسیر کردن اراده‌ی الهی در هنگام نرسیدن به خواسته‌ها و در عین حال، مشورت با روحانیون هنگام بروز تنش، استراحت، پذیرایی و جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه.	عوامل رفتاری
جلسه‌ی هفتم	مرور تجربه‌های جلسه‌ی پیش و دریافت بازخورد از بیماران؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباه‌های معمول در انتخاب ارزش‌ها؛ بحث درباره‌ی موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها؛ آموزش قناعت برای به‌دست آوردن آرامش در امور زندگی و اینکه در هنگام رویدادهای ناگوار و دردهای مرتبط با بیماری به خدا توکل کردن و به اعمال آئینی از قبیل نماز و دعا پرداختن یا رفتن به مراکز مذهبی و هم‌صحبتی با افراد روحانی.	
جلسه‌ی هشتم	مرور تجربه‌های جلسه‌ی پیش و دریافت بازخورد از بیماران؛ بررسی ابراز هیجانات و پیامدهای آن در هر یک از افراد؛ تفاوت بین روش‌های کاهش درد دارویی، رفتاری و هیجانی؛ آموزش رفتن به زیارت ائمه (ع) به‌منظور کاهش فشار روانی، بخشش مالی و صدقه برای رفع تنش‌ها و نگرانی‌ها و خواندن نمازهایی برای رفع ناراحتی‌ها و عجز و لایه در پیشگاه خداوند در نمازهای پنج‌گانه.	
جلسه‌ی نهم	مرور تجربه‌های جلسه‌ی پیش و دریافت بازخورد از بیماران، آموزش توسل به معصومان هنگام بروز تنش‌ها و مشکلات مرتبط با بیماری، خواندن قرآن و داستان‌های ذکر شده از انبیاء در قرآن و گرفتن روزه و ادای نذر برای تسکین درد و توان تحمل.	عوامل عاطفی
جلسه‌ی دهم	مرور تجربه‌های جلسه‌ی پیش و دریافت بازخورد از بیماران، آموزش کمک به نیازمندان برای جلب لطف الهی و بیان آن به‌عنوان یک تکلیف، بیان نکته‌هایی درباره‌ی مفهوم برگشت بیماری و آمادگی برای مقابله با آن، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسه‌ها به همراه مراجع، در میان گذاشتن دستاوردها و انتظارات برآورده نشده و تجربه‌های اعضای گروه با یکدیگر؛ و در نهایت قدردانی از بیماران برای شرکت در گروه؛ و اجرای پس‌آزمون.	

در این پژوهش مفاد مطرح‌شده در بیانیه‌ی هلسینکی^۱ رعایت شده است؛ بدین صورت که در مرحله‌ی اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را به افراد مورد بررسی معرفی کرد و پس از مصاحبه‌ی انفرادی با بیماران و توضیح کامل درباره‌ی پژوهش و هدف آن و نیز نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه‌ها، تأکید کرد که پرسش‌نامه‌ها بی‌نام است و نتایج پژوهش بدون نام و نشان منتشر خواهد شد و اطلاعات افراد محرمانه باقی خواهد ماند؛ و افراد هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند، تا بیماران با رضایت کامل پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی بیماران نشان می‌دهد که میانگین سنی در گروه آزمایش، $42/16 \pm 6/17$ و در گروه گواه، $44/27 \pm 6/22$ سال است. از نظر وضعیت اقتصادی، ۹ درصد از گروه آزمایش در وضعیت ضعیف، ۶۲ درصد متوسط و ۲۹ درصد در وضعیت خوب قرار داشتند؛ علاوه‌براین، به‌ترتیب ۱۱ درصد از گروه گواه در وضعیت ضعیف، ۶۶ درصد متوسط و ۲۳ درصد در وضعیت خوب قرار داشتند. همچنین، در هر دو گروه مورد پژوهش ۹۷ درصد افراد دارای دفترچه‌ی بیمه و ۳ درصد بدون دفترچه بودند، که این از هم‌تا بودن دو گروه آزمایش و گواه براساس متغیرهای مورد پژوهش حکایت می‌کند. شاخص‌های توصیفی دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مقیاس‌های مورد پژوهش، در جدول شماره‌ی ۲ آمده است.

¹ World Medical Association Declaration of Helsinki

جدول ۲. داده‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرهای پژوهش	گروه آزمایش		گروه گواه	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
شدت درد	۱/۸۶±۷/۴۵	۲/۱۰±۳/۵۸	۱/۶۳±۷/۵۹	۱/۷۴±۷/۶۵
درگیری در فعالیت	۱۰/۰۲±۲۴/۳۲	۴/۴۱±۴۴/۶۷	۱۰/۱۷±۲۵/۶۰	۹/۲۱±۲۷/۷۸
پذیرش ارادی درد	۱۱/۷۵±۳۰/۲۸	۱۰/۴۲±۵۱/۷۴	۱۱/۹۴±۳۱/۲۹	۱۲/۴۰±۳۳/۱۶
نمره‌ی کل پذیرش درد	۱۳/۷۴±۵۵/۳۷	۱۱/۹۰±۹۲/۲۷	۱۲/۷۵±۵۶/۸۷	۹/۷۳±۶۱/۸۰
سلامت روان‌شناختی	۱۸/۰۹±۴۸/۸۱	۱۷/۳۴±۶۵/۷۳	۲۲/۸۷±۴۹/۲۹	۲۰/۳۹±۴۴/۲۹
سلامت جسمانی	۲۴/۶۹±۶۳/۸۶	۱۹/۵۱±۷۱/۳۳	۲۵/۹۴±۵۱/۵۵	۲۴/۸۹±۴۶/۶۷
سلامت اجتماعی	۵۵±۵۵/۲۴	۱۹/۲۱±۷۰/۳۸	۲۴/۹۸±۵۴/۰۵	۲۴/۱۸±۴۸/۸۱
سلامت محیطی	۴۲/۰۴±۴۱/۲۷	۳۲/۴۵±۶۳/۳۷	۳۶/۴۲±۳۸/۱۰	۳۲/۴۷±۳۶/۴۰
نمره‌ی کل کیفیت زندگی	۱۲/۲۷±۵۹/۶۷	۱۹/۲۶±۶۹/۹۹	۱۳/۲۴±۵۳/۰۸	۱۴/۲۵±۴۵/۶۴

n₁=n₂=۱۵

(n=۱۵)، استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) معنی ندارد.

یافته‌های تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمره‌های «شدت درد» و «پذیرش درد» پس از گروه‌درمانی (دو گروه آزمایش و گواه) در مرحله‌ی پس‌آزمون معنی‌دار بوده است (P<۰/۰۵). بنابراین، برنامه‌ی آموزشی راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعلیم اسلامی در مرحله‌ی پس‌آزمون گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری بر نمره‌های شاخص‌های درد مزمن (شدت و پذیرش درد) داشته است و به ترتیب موجب کاهش ۰/۷۱ درصدی شدت درد و ۰/۸۹ درصدی پذیرش درد شده است (P<۰/۰۵). توان آماری بالای شاخص‌های درد مزمن نیز از دقت آماری پذیرفتنی و کفایت حجم نمونه خبر می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت، برنامه‌ی آموزشی راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعلیم اسلامی بر افزایش پذیرش درد مزمن و کاهش شدت آن اثربخش بوده است (جدول شماره‌ی ۳).

نتایج جدول شماره‌ی ۲ نشان می‌دهد که میزان پذیرش درد در بیماران زن مبتلا به فیبرومیالژی‌ای گروه آزمایش، بعد از دریافت برنامه‌ی آموزشی راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعلیم اسلامی افزایش داشته و میزان شدت درد آنان نیز تغییر پیدا کرده است و تفاوت محسوسی در این باره در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون رخ داده است؛ ولی این شرایط برای گروه گواه تقریباً یکسان است و تغییری در آن رخ نداده است. میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی در گروه آزمایش از ۱۲/۲۷±۵۹/۶۷ در پیش‌آزمون به ۱۹/۲۶±۶۹/۹۹ در پس‌آزمون افزایش یافته، اما در گروه گواه، میانگین این نمره‌ها، تغییر محسوسی نشان نداده است (به ترتیب ۱۳/۲۴±۵۳/۰۸ در برابر ۱۴/۲۵±۴۵/۶۴). داده‌های توصیفی هر یک از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی به صورت مجزا در جدول شماره‌ی ۲ آمده است.

پیش از تحلیل داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های لازم برای تحلیل کوواریانس، بررسی شد. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داده که هر دو پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها (آزمون لوین^۱) و نرمال بودن (شاپیرو - ویلکز^۲) برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون باکس^۳ نیز حاکی از آن است که مفروضه‌ی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس تأیید شده است (P=۰/۱۳۹) و (F=۱/۶۱۲)؛ همچنین، بررسی همگنی شیب رگرسیون از معنی‌دار نبودن شرایط و پیش‌آزمون حمایت کرد و با توجه به اینکه حجم نمونه در دو گروه آزمایش و گواه نیز برابر بود

^۱ Levenes Test

^۲ Shapiro-Wilk Test

^۳ Box's M

جدول ۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره‌ی اثر آموزش راهبرد مقابله‌ی اسلامی بر متغیرهای مورد پژوهش در مرحله‌ی پس‌آزمون

مقیاس	متغیر شاخص	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	مقدار احتمال	میزان تأثیر	توان آماری
شدت	پیش‌آزمون	۱	۱۲/۶۳۴	۱۷/۲۶۷	۰/۰۱۲	۰/۳۸۲	۰/۵۴۸
درد	گروه‌درمانی	۱	۱۱۹/۰۵۲	۲۱/۸۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰	۰/۷۲۶
پذیرش	پیش‌آزمون	۱	۱۲۳/۴۵	۴۶/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹	۰/۶۳۸
درد	گروه‌درمانی	۱	۲۴۱/۸۴	۶۱/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹۲	۰/۸۹۱

ضریب رگرسیون استاندارد، پیش‌بینی می‌شود با تغییر یک واحدی در بُعد ارزش‌ها و اخلاقیات، اضطراب حدود ۱۱ درصد کاهش یابد.

نتایج به‌دست آمده از اجرای تحلیل رگرسیون چندگانه در جدول شماره‌ی ۳، نشان می‌دهد که از میان ابعاد نگرش مذهبی، بُعد ارزش‌ها و اخلاقیات، مشکل اضطراب را با تبیین ۰/۰۴ واریانس آن پیش‌بینی می‌کند. همچنین با توجه به

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیره‌ی اثر آموزش راهبرد مقابله‌ی اسلامی بر کیفیت زندگی در مرحله‌ی پس‌آزمون

مقیاس	متغیر شاخص	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	مقدار احتمال	میزان تأثیر	توان آماری
سلامت روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۱	۲۷/۴۳	۴/۹۶	۰/۰۳۴	۰/۰۲۳	۰/۰۵۹
	گروه‌درمانی	۱	۳۴/۵۹	۱۴/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹۰	۰/۹۰
سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۱	۵۹/۴۸	۵/۱۳	۰/۰۴۶	۰/۰۱۵	۰/۵۳
	گروه‌درمانی	۱	۹۳/۰۲	۱۵/۷۲	۰/۰۰۳	۰/۶۴۴	۰/۷۶
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	۱	۱۱۷/۵۲	۶/۸۷۲	۰/۰۱۳	۰/۶۱۳	۰/۰۲۱
	گروه‌درمانی	۱	۱۳۸/۸۹	۱۵/۸۰۷	۰/۰۰۵	۰/۷۷۰	۰/۷۲۵
سلامت محیطی	پیش‌آزمون	۱	۷۲/۸۴۵	۱۳/۷۳۶	۰/۰۲۸	۰/۵۴۶	۰/۶۷
	گروه‌درمانی	۱	۶۹/۲۵	۱۰/۴۵	۰/۰۰۸	۰/۷۵۳	۰/۸۹
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۱	۱۳۲/۱۲۰	۲۵/۰۱۱	۰/۰۱۶	۰/۶۵۲	۰/۶۱۷
	گروه‌درمانی	۱	۱۴۷/۰۶۲	۲۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۲۰	۰/۸۸۰

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی بر شاخص‌های درد مزمن و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شده است. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داده برنامه‌ی آموزشی راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی در مرحله‌ی پس‌آزمون گروه آزمایش تأثیر معنی‌داری بر نمره‌های شاخص‌های درد مزمن (شدت و پذیرش درد) داشته و به‌ترتیب موجب کاهش ۰/۷۱ درصدی شدت درد و کاهش ۰/۸۹ درصدی پذیرش درد شده است ($P < ۰/۰۵$)؛ و می‌توان گفت، این برنامه‌ی آموزشی بر افزایش پذیرش درد مزمن و کاهش شدت آن اثربخش بوده است. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش‌های رایدر و همکاران (۲۳)، حقیقی (۲۶)، الیوملو و همکاران (۲۷)، کیتل^۱ و همکاران (۳۳)، جیگاندو^۲ و همکاران (۳۴) و گیلبرت^۳ و همکاران (۳۵) همسو است.

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۴ مشاهده می‌شود، یافته‌های تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمره‌های کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن پس از گروه‌درمانی (گروه‌های آزمایش و گواه) در پس‌آزمون؛ برای کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های سلامت روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و محیطی معنی‌دار بوده است ($P < ۰/۰۵$) بنابراین، برنامه‌ی آموزشی راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی، تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی و هر یک از زیرمقیاس‌های آن در مرحله‌ی پس‌آزمون گروه آزمایش داشته و موجب افزایش نمره‌ها در دامنه‌ی بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۹ درصد برای زیرمقیاس‌ها؛ و ۰/۸۲ درصد در کیفیت زندگی شده است ($P < ۰/۰۵$). نتیجه‌ی کلی گویای آن است که برنامه‌ی آموزشی راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی بر متغیرهای مورد پژوهش اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

¹ Cheatle

² Jegindø

³ Gilbert

موجب می‌شود که افراد حتی به مصائب ظاهراً بی‌معنا، معنا بخشند. توجه به فواید تجربه‌های منفی به افراد امکان مواجهه و مقابله با افکار و احساسات مربوط به آسیب را می‌دهد، البته با تمرکز بر ابعاد مثبت آن، که این خود می‌تواند به بهزیستی روانی و جسمی بیشتر بینجامد (۱۹).

در بیشتر پژوهش‌ها چنین فرض شده که ناملایمات به‌طور ذاتی نامطلوب است و جنبه‌ی مثبتی در آنها دیده نمی‌شود. تعالیم اسلامی در پی ایجاد نگرشی مثبت به ناملایمات زندگی است، چون در این صورت مقابله با آنها بسیار آسان‌تر خواهد بود. اعتقاد به خداوند و گرایش به افکار و اعمال دینی مرتبه‌ی بی‌ایمان در قلب فرد ایجاد می‌کند. وجود ایمان در فرد، نحوه‌ی تفکر و کیفیت زندگی او را با انسان‌های دیگر متفاوت می‌سازد و برخورد او را با رویدادهای طبیعی و اجتماعی تحول می‌بخشد. در نتیجه فرد علاوه‌براینکه از نظر روانی برآوردی صحیح از توانمندی‌هایش می‌یابد و از آنها استفاده می‌کند، متکی بر موجودی است که علم، قدرت و خیرخواهی بی‌نهایت دارد. 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؛ او همواره به هدف خود یعنی قرب به خداوند توجه دارد و از همه‌ی مسائل و رویدادها در جهت نیل به اهداف خویش استفاده می‌کند.

در آیه‌ی ۲۳ سوره‌ی زمر «كُلُّ نَفْسٍ جُلُودُهُمْ وَ ثُلُوبُهُمْ اِلٰى ذِكْرِ اللّٰهِ» و آیه‌ی ۱۲۴ سوره‌ی طه «وَمَنْ اَعْرَضَ عَن ذِكْرِيْ فَاِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا»، بر جنبه‌های عاطفی و رفتاری تعالیم اسلامی در برخورد با مشکلات و رنج‌ها و پیدایش آرامش زودرس در روان و جسم فرد با یاد خدا، اشاره شده است. تبیین روان‌شناختی این ویژگی، آن است که یاد خدا فرد را از امیال و تکانه‌هایی که برای وی تنیدگی‌زا است، باز می‌دارد و سبب می‌شود به‌جای توجه صرف به لذت‌های دنیوی و تمرکز بر درد ناشی از بیماری، به تقویت رابطه با خدا و تقرب او توجه کند. در نتیجه‌ی بروز مشکلات، چنین فردی زندگی را با معنا؛ و درد را تحمل‌شدنی می‌بیند. فرایند دیگری که در این نوع آموزش بر آن تأکید می‌شود و نقش آن در راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی نیز برجسته است، تأکید بر عمل متعهدانه و تکلیفی است. ترغیب بیماران به روشن‌کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف پیش‌بینی موانع و در نهایت، تعهد به انجام اعمالی برای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، با وجود بیماری موجب می‌شود ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن، که بر ارتقا و بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌افزاید، او را از

نتایج پژوهش جیگان‌دو و همکاران نشان داده که ۲۰ بیمار مبتلا به درد مزمن که برنامه‌ی سبک مقابله‌ی مذهبی (نماز خواندن) را دریافت کرده بودند در مقایسه با بیماران گروه گواه تغییرات منفی بدنی و قلبی - عروقی کمتر و اضطراب مرتبط با درد و شدت درد پایین‌تری گزارش کردند (۳۴). در بیماران گروه آزمایش، نماز خواندن ۳۴ درصد از واریانس مشکلات قلبی - عروقی کمتر؛ و ۳۸ درصد واریانس کاهش شدت درد و امید به خدا و ۶۵ درصد واریانس شدت درد را به خود اختصاص داده است. دیگر یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داده که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمره‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و زیرمقیاس‌های آن برحسب عضویت گروهی در پس‌آزمون معنی‌دار بوده است ($P < 0.05$). بنابراین، برنامه‌ی آموزشی راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی، تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در مرحله‌ی پس‌آزمون گروه آزمایش داشته و موجب افزایش نمره‌ها در دامنه‌ی بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۹ درصد برای زیرمقیاس‌ها و ۰/۸۲ درصد در کیفیت زندگی شده است ($P < 0.05$). نتیجه‌ی کلی گویای آن است که برنامه‌ی آموزشی راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی بر متغیرهای پژوهش اثربخش بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش‌های لیون^۱ و همکاران، کاخو - اورایزر^۲ و همکاران و زمانیان و همکاران همسو است (۳۶ - ۳۸).

سازوکارهای احتمالی متعددی برای توجیه اثربخشی برنامه‌ی آموزش راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی بر شاخص‌های درد مزمن و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به فیبرومیالژیا وجود دارد. استفاده از این برنامه‌ی آموزشی موجب می‌شود افراد به سازوکارهای انطباقی و پخته‌تر مقابله و نیز تغییر در نگرش نسبت به افکار غیرمنطقی و چرخه‌ی معیوب نسبت به بیماری متکی شوند. از امتیازهای بارز این نوع مداخله آن است که به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی می‌بخشد و همین ویژگی موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد بلکه به شکل انعطاف‌پذیری با آن مواجه شود. جداسازی شناختی از تجربه‌های ذهنی به‌گونه‌ی که فرد بتواند مستقل‌تر و آگاهانه‌تر در دنیای واقعی عمل کند و نیز رهایی از تمرکز مفرط بر داستان شخصی خودساخته، به فرد امکان استفاده‌ی بدون استرس را از سبک‌های مقابله‌ی کارآمدتر می‌دهد. این نوع برخورد با مشکلات

¹ Lyon

² Caqueo-Urizar

صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

References

1. Pagé I, Marchand A-A, Nougrou F, O'shaughnessy J, Descarreaux M. Neuromechanical responses after biofeedback training in participants with chronic low back pain: An experimental cohort study. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 2015; 38(7): 449-57.
2. Chou R, Gordon DB, de Leon-Casasola OA, Rosenberg JM, Bickler S, Brennan T, et al. Management of Postoperative Pain: a clinical practice guideline from the American pain society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *The Journal of Pain*. 2016; 17(2): 131-57.
3. McBeth J, Tomenson B, Chew-Graham C, Macfarlane G, 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.
4. 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.
5. Hughes RE, Holland LR, Zanino D, Link E, Michael N, Thompson KE. Prevalence and intensity of pain and other physical and psychological symptoms in adolescents and young adults diagnosed with cancer on referral to a palliative care service. *Journal of adolescent and young adult oncology*. 2015; 4(2): 70-5.
6. Mahagna H, Amital D, Amital H. A randomised, double-blinded study comparing giving etoricoxib vs. placebo to female patients with fibromyalgia. *International journal of clinical practice*. 2016; 70(2): 163-70.
7. Inanir A, Yigit S, Tekcan A, Pinarli FA, Inanir S, Karakus N. Angiotensin converting enzyme and methylenetetrahydrofolate reductase gene variations in fibromyalgia syndrome. *Gene*. 2015; 564(2): 188-92.
8. 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*.

گیرافتادن در حلقه‌ی بی‌افکار و احساسات منفی و پوچ‌گرایی در زندگی رهایی بخشد.

در این پژوهش برای نخستین بار، برنامه‌ی اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی بر شاخص‌های درد مزمن و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مبتلایان به فیبرومیالژیا در ایران بررسی شده است. همخوانی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات خارج از کشور، اثربخشی این برنامه‌ی آموزشی را بر بهبود شاخص‌های درد مزمن و افزایش کیفیت زندگی نشان می‌دهد. یافته‌های این پژوهش اهمیت و ضرورت معرفی و پیشنهاد راهکارهایی برای درمان و پیشگیری از بیماری‌های مزمن در ایران، با توجه به اینکه گروه بزرگ و حساسی را تشکیل می‌دهند، با تمرکز بر فرهنگ غنی اسلامی نشان می‌دهد. در این پژوهش نیز مانند دیگر پژوهش‌هایی که در حوزه‌ی علوم رفتاری و روان‌شناسی صورت می‌گیرد، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله اینکه، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده است. با توجه به اینکه پرسش‌نامه جنبه‌ی خودگزارش‌دهی دارد و بیماران با تمایل خود به آن پاسخ می‌دهند، ممکن است در پاسخ‌هایشان به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی سوگیری و تحریف وجود داشته باشد. دیگر محدودیت این پژوهش، غیرممکن بودن پیگیری بود. همچنین، به دلیل تک‌جنسیتی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌ها به مردان و دیگر مقاطع سنی باید جانب احتیاط رعایت شود. انتخاب نمونه‌ی پژوهش با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس و مبتنی بر هدف نیز اجرای پژوهش را با اندکی مشکل مواجه کرد. بنابراین، با توجه به اثربخش بودن برنامه‌ی آموزش راهبردهای مقابله‌ی مبتنی بر تعالیم اسلامی بر متغیرهای مورد پژوهش، پیشنهاد می‌شود این برنامه شیوه‌ی درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی برای کاهش علائم روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مزمن به کار گرفته شود. همچنین، استفاده از این روش در کاهش شدت اختلالات روان‌شناختی بیماران مزمن دیگر و اختلالات بالینی بر دیگر گروه‌های سنی و نیز مقایسه‌ی آن با درمان دارویی چه به صورت فردی چه گروهی پیشنهاد می‌شود.

قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی بیماران گران‌قدری که در این پژوهش شرکت کردند و همچنین، از کارکنان زحمت‌کش کلینیک‌های درد کرمانشاه که یاریگرشان بوده‌اند،

2016; 16(2).

9. Diaz-Piedra C, Catena A, Sánchez AI, Miró E, Martínez MP, Buela-Casal G. Sleep disturbances in fibromyalgia syndrome: the role of clinical and polysomnographic variables explaining poor sleep quality in patients. *Sleep medicine*. 2015; 16(8): 917-25.

10. Khanna D, Berrocal VJ, Giannini EH, Seibold JR, Merkel PA, Mayes MD, et al. The American College of Rheumatology provisional composite response index for clinical trials in early diffuse cutaneous systemic sclerosis. *Arthritis & Rheumatology*. 2016; 68(2): 299-311.

11. 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.

12. Jones GL. Quality of life changes over time in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Current opinion in pulmonary medicine*. 2016; 22(2): 125-9.

13. Watson L, Groff S, Tamagawa R, Looyis J, Farkas S, Schaitel B, et al. Evaluating the impact of provincial implementation of screening for distress on quality of life, symptom reports, and psychosocial well-being in patients with cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2016; 14(2): 164-72.

14. Ferreira FAP, de Almeida-Neto C, Teixeira MCD, Strauss E. Health-related quality of life among blood donors with hepatitis B and hepatitis C: longitudinal study before and after diagnosis. *Revista brasileira de hematologia e hemoterapia*. 2015; 37(6): 381-7.

15. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 386(9995): 743-800.

16. Chida Y, Schrepft S, Steptoe A. A novel religious/spiritual group psychotherapy reduces depressive symptoms in a randomized clinical trial. *Journal of religion and health*. 2016; 55(5): 1495-506.

17. Gonçalves J, Lucchetti G, Menezes P, Vallada H. Religious and spiritual interventions in mental health care: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological medicine*. 2015; 45(14): 2937-49.

18. Miller G. Winifred Rushforth and the Davidson Clinic for Medical Psychotherapy: a case study in the overlap of psychotherapy, Christianity and New Age spirituality. *History of psychiatry*. 2015; 26(3): 303-17.

19. Dimatteo MR. The psychology of health.

Translated by; Musavi Asl SM, Salarifar MR, Azarbaeijani M. Abasi A: SAMT; 2016.

20. Mbarki H, Tazi N, Najdi A, Tachfouti N, Arrayhani M, Sqalli T. Effects of fasting during Ramadan on renal function of patients with chronic kidney disease. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2015; 26(2): 320.

21. Koenig HG. Depression in chronic illness: does religion help? *Journal of Christian Nursing*. 2014; 31(1): 40-6.

22. Gillen CT, Barry CT, Bater LR. Anxiety Symptoms and Coping Motives: Examining a Potential Path to Substance Use-Related Problems in Adolescents With Psychopathic Traits. *Substance use & misuse*. 2016; 51(14): 1920-9.

23. Rider KA, Terrell DJ, Sisemore TA, Hecht JE. Religious coping style as a predictor of the severity of anorectic symptomology. *Eating disorders*. 2014; 22(2): 163-79.

24. Cotton S, Grosseohme D, McGrady ME. Religious coping and the use of prayer in children with sickle cell disease. *Pediatric blood & cancer*. 2012; 58(2): 244-9.

25. Rico-Villademoros F, Slim M, Calandre EP. Amitriptyline for the treatment of fibromyalgia: a comprehensive review. *Expert review of neurotherapeutics*. 2015; 15(10): 1123-50.

26. Haghghi F. Correlation between religious coping and depression in cancer patients. *Psychiatria Danubina*. 2013; 25(3): 0-240.

27. Elumelu TN, Asuzu CC, Akin-Odanye EO. Impact of active coping, religion and acceptance on quality of life of patients with breast cancer in the department of radiotherapy, UCH, Ibadan. *BMJ supportive & palliative care*. 2014; bmjspcare-2012-000409.

28. Rippentrop AE, 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.

29. ANVARI MH, EBRAHIMI A, TAHER NH, AFSHAR H, ABEDI A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. 2014.

30. Rovner G, Vowles KE, Gerdle B, Gillanders D. Latent class analysis of the short and long forms of the chronic pain acceptance questionnaire: further examination of patient subgroups. *The Journal of Pain*. 2015; 16(11): 1095-105.

31. Yerdelen D, Altintas E. Health related quality of life in patients admitted for video-electroencephalography monitoring diagnosed with epilepsy or psychogenic non-epileptic seizures. *Neurosciences*. 2016; 21(1):47.

32. Roshanfar A, Padash Z, Mokhtari S, Izadikhah Z. The effectiveness of psychotherapy training based on Frisch's theory on the quality of life of clients in Isfahan. *J Health Syst Res*. 2014; 9(8): 2046- 55.

33. Cheatle MD. Biopsychosocial approach to assessing and managing patients with chronic pain. *Medical Clinics of North America*. 2016;100(1): 43-53.

34. Jegindø E-ME, 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.

35. Büssing A, Michalsen A, Balzat H-J, Grünther R-A, Ostermann T, Neugebauer EA, et al. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain medicine*. 2009;10(2): 327-39.

36. Lyon ME, Kimmel AL, Cheng YI, Wang J. The Role of Religiousness/Spirituality in Health-Related Quality of Life Among Adolescents with HIV: A Latent Profile Analysis. *Journal of religion and health*. 2016; 55(5): 1688-99.

37. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Religion involvement and quality of life in patients with schizophrenia in Latin America. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2016; 51(4): 521-8.

38. Zamanian H, Eftekhari-Ardebili H, Eftekhari-Ardebili M, Shojaeizadeh D, Nedjat S, Taheri-Kharameh Z, et al. Religious coping and quality of life in women with breast cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2015; 16(17): 7721-5.

