

Relationship between Spirituality Components with Valued Life in Women with Rheumatoid Arthritis

Mehrdad Pourshahbazi^{id}, Mehdi Imani^{*id}, Mehdi Reza Sarafranz^{id}

Department of Clinical Psychology, School of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mr. Mehdi Imani; Email: mimani@shirazu.ac.ir

Article Info

Received: Mar 10, 2019

Received in revised form:

May 13, 2019

Accepted: May 28, 2019

Available Online: Jun 22, 2019

Keywords:

Chronic pain

Rheumatoid arthritis

Spirituality

Valued Life

Abstract

Background and Objective: Spirituality is a variable related to humans' psychological and physical well-being. It plays an important, positive role in people suffering from chronic pain caused by the diseases. The aim of this study was to determine the role of this variable (i.e. spirituality) in predicting valued life in rheumatoid arthritis patients.

Methods: In this correlative descriptive study, 70 female rheumatoid arthritis patients were selected through the purposive non-random sampling method. They completed the Spirituality Insight Appraisal Questionnaire and Chronic Pain Values Inventory (CPVI). Data was analyzed by conducting Pearson correlation and multiple regression. In this study all ethical issues were observed and the researchers declared no conflict of interests.

Results: The findings showed that spiritual ability (a spirituality component) accounted for 22% of the variation in valued life ($P < .0001$).

Conclusion: When spirituality (i.e. spiritual ability) is manifested in the behavior of a person suffering from chronic pain, it will have a positive impact on their life values. However, if spirituality only remains at the level of ideology, it will not have a profound effect.

Please cite this article as: Pourshahbazi M, Imani M, Sarafranz MR. Relationship between Spirituality Components with Valued Life in Women with Rheumatoid Arthritis. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2019;5(2):89-100. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i2.19017>

Summary

Background and Objective

Chronic pain is one of the important issues in the field of health and is related to many psychological problems such as depression, anxiety, sleep disturbance and decreased marital satisfaction (1-4). Most of all, chronic pain can be found in chronic disease sufferers (5). One of those chronic diseases is rheumatoid arthritis, which is associated with pain, joints stiffness and inflammation (6, 7).

Since medical treatment has failed to achieve desired outcomes in reducing pain among patients suffering from rheumatoid arthritis and other chronic pains, psychological interventions have begun to be used among such patients. Various researches have demonstrated the effectiveness of such interventions (8, 9).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which is one of the psychological approaches in the field of

psychological distresses of chronic pain patients, has been more successful than other psychological treatments (10-14). ACT emphasizes increasing psychological flexibility (10). Psychological flexibility in the field of pain is synonymous with accepting the presence of pain in life (without futile avoidance and denial of pain), putting aside judgment about such pain, clarifying important values in person's life and conducting life activities based on these values (valued life) (15, 16). Focusing on values, ACT can be effective in chronic pain patients (17). Research findings show that value based activities predict chronic pain patient's well-being over a 3-year span (18). Regarding the role of values in improving psychological distress among chronic pain patients, more studies are required to identify the relationship between valued life and other variables in the field of mental health.

Spirituality is the other important variable in the field of mental health (19). Because spirituality increases along with age, and given that the world population is

aging, probably the entire world is more inclined toward spiritualism (20). In recent years, several researches examined the relationship between spirituality and psychological variables, with the findings indicating that this variable has positive psychological effects (21-23). A considerable number of individuals use spirituality as a way for coping with disastrous situations including challenges of living with chronic pain (24). Some components of spirituality (e.g. individual praying) are related to depression decrease in normal people and patients who suffer from chronic pain (25). The findings of a research illustrated that spirituality has no relationship with pain intensity and pain interference in everyday life, but can predict mental health condition in chronic pain patients (26).

Although several researches have been done, the role of spirituality in pain acceptance and values of chronic patients is still unknown. It is important to examine such a role because of the considerable prevalence of and psychological distress in chronic pain patients. Thus, the aim of this research is to examine the relationship between spirituality components and valued life in women suffering from rheumatoid arthritis.

Methods

The research design was correlative descriptive. The predictive variable was spirituality (spiritual insight and spiritual ability) and the criterion variable was valued life. The statistical population consisted of women with rheumatoid arthritis in Shiraz who sought medical services in rheumatology department of hospitals in Shiraz in the spring and summer of 2017. The sample included 70 women with rheumatoid arthritis, who were selected through the purposive non-random sampling method. They completed the Spirituality Insight Appraisal Questionnaire and Chronic Pain Values Inventory (CPVI). Data was analyzed by conducting Pearson correlation and multiple regression.

Results

According to the findings, the highest mean and median were recorded for spiritual attitude (Mean=107.50 and Median=109.50), while the lowest values were registered for valued life (Mean=45.33 and Median=46.50). Furthermore, the same value was recorded for both of these variables in terms of their standard deviation (SD=7.55). The lowest standard deviation was observed in spiritual ability (SD=6.68). Additionally, a significant, positive correlation was detected between spiritual attitude and valued life ($r=.37$, $P<.0001$). A similar association was observed between the other two variables – namely spiritual ability and valued life ($r=0.46$, $P<.0001$). Overall, spiritual ability accounted for 22% of the variance in valued life ($P<.0001$).

Conclusion

Considering the result of this study, when spirituality (i.e. spiritual ability) is manifested in the behavior of a person suffering from chronic pain, it will have a positive impact on their life values. However, if spirituality only remains at the level of ideology, it will

not have a profound effect in predicting valued life in patients with rheumatoid arthritis. Based on the findings, it is suggested that the idea of adding spiritual components to increase rheumatoid arthritis patients' valued life should not be confined to the level of ideology. Instead, this goal should be pursued in action.

Ethical considerations

The Ethics Committee of Shiraz University of Medical Sciences has confirmed this research. Ethics Code: IR.SUMS.REC.1396.S137

Funding

According to the authors, this research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

References

1. 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: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013». *The Lancet*. 2015;38.743-800:(9995)6.
2. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. «Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample». *Pain*. 2003;106(1-2):127-33.
3. Sarda J, Nicholas MK, Asghari A, Pimenta CA. «The contribution of self-efficacy and depression to disability and work status in chronic pain patients: a comparison between Australian and Brazilian samples». *European journal of pain (London, England)*. 2009;13(2):189-95.
4. McNamee P, Mendolia S. «The effect of chronic pain on life satisfaction: Evidence from Australian data». *Social Science & Medicine*. 2014;121:65-73.
5. Butchart A, Kerr EA, Heisler M, Piette JD, Krein SL. «Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic conditions». *The Clinical journal of pain*. 2009;25(4):293-8.
6. Stang PE, Brandenburg NA, Lane MC, Merikangas KR, Von Korff MR, Kessler RC. «Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis». *Psychosomatic medicine*. 2006;68(1):152-8.
7. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical

disorders: results from the National Comorbidity Survey. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2003;45(12):1257-66.

8. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. «Treatment of chronic non-cancer pain». *The Lancet*. 2011;377(9784):2226-35.

9. Jensen MP, Turk DC. «Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to ALL psychologists». *The American psychologist*. 2014;69(2):105-18.

10. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2006;44(1):1-25.

11. Veehof MM, Oskam M-J, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. «Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis». *Pain*. 2011;152(3):533-42.

12. Scott W, McCracken LM. Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology*. 2015;2:91-6.

13. McCracken LM, Sato A, Taylor GJ. A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *The Journal of Pain*. 2013;14(11):1398-406.

14. Buhrman M, Skoglund A, Husell J, Bergström K, Gordh T, Hursti T, et al. Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51(6):307-15.

15. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*. 2011;7:141-68.

16. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(3):397-407.

17. Vowles KE, Wetherell JL, Sorrell JT. Targeting Acceptance, Mindfulness, and Values-Based Action in Chronic Pain: Findings of Two Preliminary Trials of an Outpatient Group-Based Intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(1):49-58.

18. Vowles KE, McCracken LM, O'Brien JZ. Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behav Res Ther*. 2011;49(11):748-55.

19. Ashby J, Scott Lenhart R. Prayer as a coping strategy for chronic pain patients 1994. 205-9 p.

20. Zimmer Z, Jagger C, Chiu C-T, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM- Population Health*. 2016;2:373-81.

21. Koenig H, King D, Carson V. *Handbook of Religion and Health*. New York, NY: Oxford University Press; 2012.

22. Paloutzian RF, Park CL. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: The Guilford Press; 2013.

23. Mahoney A. The spirituality of us: Relational spirituality in the context of family relationships. 2013. In: *APA handbooks in psychology: APA handbook of psychology, religion, and spirituality* [Internet]. Washington, DC: American Psychological Association.

24. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*. 2000;56(4):519-43.

25. Koenig HG. Religion and depression in older medical inpatients. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. 2007;15(4):282-91.

26. Rippentrop A, 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.

العلاقة بين العناصر المعنوية مع الحياة القائمة على القيم في النساء المصابات بإلتهاب المفاصل الروماتويدي

مهرداد بورشهبازي^{id}، مهدي ايماني^{id*}، مهدي رضا سرافراز^{id}

قسم علم النفس السريري، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة شيراز، شيراز، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى السيد مهدي ايماني؛ البريد الإلكتروني: mimani@shirazu.ac.ir

الملخص

معلومات المادة

خلفية البحث وأهدافه: إن المعنوية من المتغيرات التي ترتبط بالصحة العقلية والجسمية للإنسان وتلعب دورًا نفسيًا مهمًا وإيجابيًا للغاية في المرضى الذين يعانون من الألم المزمن الناتج عن المرض. في هذا البحث تمت دراسة مدى تأثير هذا المتغير ودوره في التنبؤ بالحياة القائمة على القيم لدى المرضى المصابين بإلتهاب المفاصل الروماتويدي.

الوصول: ٣ رجب ١٤٤٠
وصول النص النهائي: ٨ رمضان ١٤٤٠
القبول: ٢٣ رمضان ١٤٤٠
النشر الإلكتروني: ١٨ شوال ١٤٤٠

الكلمات الرئيسية:

منهجية البحث: إن هذه الدراسة من نوع الوصفي والارتباطي. من أجل تحقيق أهداف البحث، تم اختيار ٧٠ امرأة مصابة بإلتهاب المفاصل الروماتويدي من خلال أخذ عينات هادفة وطلب منهن الإجابة على استبيانين: "تقييم الرؤية المعنوية" و"القيم في الألم المزمن". تم تحليل البيانات وتجزئتها من خلال الاختبار الاحصائي لمعامل ارتباط بيرسون وتحليل الانحدار المتعدد.

الألم المزمن
الحياة القائمة على القيم
إلتهاب المفاصل الروماتويدي
المعنوية

الكشوفات: أظهرت الكشوفات أن عنصر القدرة المعنوية تنبأ بـ ٢٢% من تغييرات الحياة القائمة على القيم ($P < 0.0001$).

الاستنتاج: عندما تتجلى المعنوية في سلوك الشخص المصاب بألم مزمن، فسيكون لها أثر إيجابي للغاية على قيم حياته، ولكن إذا كانت المعنوية تتمحور في مجال العقيدة فقط، فإنها لم تترك أثرًا ملحوظًا.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Pourshahbazi M, Imani M, Sarafraz MR. Relationship between Spirituality Components with Valued Life in Women with Rheumatoid Arthritis. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2019;5(2):89-100. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i2.19017>

رابطه‌ی مؤلفه‌های معنویت‌گرایی با زندگی ارزش‌محور در زنان مبتلا به روماتیسم مفصلی

مهرداد پورشهبازی^{id}، مهدی ایمانی^{id*}، مهدی‌رضا سرافراز^{id}

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

*مکاتبات خطاب به آقای مهدی ایمانی؛ رایانامه: mimani@shirazu.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۹ اسفند ۱۳۹۷

دریافت متن نهایی: ۲۳ اردیبهشت ۱۳۹۸

پذیرش: ۷ خرداد ۱۳۹۸

نشر الکترونیکی: ۱ تیر ۱۳۹۸

واژگان کلیدی:

درد مزمن

روماتیسم مفصلی

زندگی ارزش‌محور

معنویت‌گرایی

چکیده

سابقه و هدف: معنویت‌گرایی یکی از متغیرهایی است که با سلامت روانی و جسمی انسان مرتبط است و نقش بسیار مهم و مثبتی از نظر روان‌شناختی در مبتلایان به درد مزمن ناشی از بیماری دارد. در این پژوهش تأثیر و نقش این متغیر در پیش‌بینی زندگی ارزش‌محور مبتلایان به بیماری روماتیسم مفصلی بررسی شده است.

روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی است. برای دستیابی به اهداف پژوهش، ۷۰ بیمار زن مبتلا به روماتیسم مفصلی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و از آنان خواسته شد تا به دو پرسش‌نامه‌ی «سنجش نگرش معنوی» و «ارزش‌ها در درد مزمن» پاسخ دهند. داده‌ها از طریق آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است و نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مؤلفه‌ی توانایی معنوی ۲۲ درصد از تغییرات زندگی‌های ارزش‌محور را پیش‌بینی کرد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری: هنگامی که معنویت‌گرایی در رفتار فرد مبتلا به درد مزمن نمود می‌یابد، در ارزش‌های زندگی وی تأثیر بسیار مثبتی دارد، اما چنانچه معنویت‌گرایی تنها در حوزه‌ی عقیدتی باشد، چنین تأثیری نخواهد داشت.

استناد مقاله به این صورت است:

Pourshahbazi M, Imani M, Sarafraz MR. Relationship between Spirituality Components with Valued Life in Women with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat*. 2019;5(2):89-100. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i2.19017>

مقدمه

درد مزمن یکی از مشکلات مهم در حوزه‌ی سلامت است که ۱۹ درصد در اروپا و ۲۴ درصد در ایران شایع است و با بسیاری از مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، آشفتگی خواب^۱ و کاهش رضایت زناشویی ارتباط دارد. گفتنی

است که مشکلات روان‌شناختی بیشتر در زنانی که مبتلا به بیماری‌های مزمن هستند، دیده می‌شود (۱-۷). روماتیسم مفصلی^۲ یکی از این بیماری‌ها است که ماهیتی درمان‌نشده‌ی و سیری پیش‌بینی‌ناپذیر دارد و با درد، سفتی و التهاب مفاصل شناخته می‌شود (۸، ۹).

از آنجاکه درمان‌های پزشکی، دارویی و جراحی در کاهش درد روماتیسم مفصلی و عوارض دیگر آن ناموفق بوده و در

^۲Rheumatoid Arthritis

مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت

^۱Sleep Disturbance

دوره‌ی ۵، شماره‌ی ۲، تابستان ۱۳۹۸

مزمّن و رابطه‌ی آن با دیگر متغیرهای مرتبط با این حوزه احساس می‌شود.

از گذشته، معنویت‌گرایی^۸ یکی از متغیرهای مهم مرتبط با سلامت روان‌شناختی در مبتلایان به درد مزمن بوده است (۲۸). از آنجاکه معنویت‌گرایی با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و میانگین سنی مردم جهان نیز رو به افزایش است، احتمالاً جهان به سوی معنویت‌گرایی پیش می‌رود؛ از این رو، اهمیت شناخت این متغیر بیشتر می‌شود (۲۹). در سال‌های اخیر تحقیقاتی که به شناسایی رابطه‌ی بین معنویت‌گرایی و متغیرهای روان‌شناختی می‌پردازد، افزایش یافته و یافته‌ها حاکی از این است که این دو متغیر آثار روان‌شناختی مثبتی دارند (۳۰-۳۲).

شمار بسیاری از مردم معنویت‌گرایی را ابزاری برای مقابله با شرایط مصیبت‌بار، از جمله چالش‌های ناشی از ادامه‌ی زندگی با بیماری‌های مزمن می‌شناسند (۳۳، ۳۴). برخی از مؤلفه‌های معنویت‌گرایی مانند عبادت‌های انفرادی با کاهش افسردگی در افراد و نیز کسانی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند در ارتباط است (۳۵-۳۷). در پژوهش دیگری مشخص شد که معنویت‌گرایی تأثیری در کاهش شدت درد ندارد، اما می‌تواند وضعیت سلامت روانی افراد مبتلا به درد مزمن را پیش‌بینی کند (۳۸).

چرا معنویت‌گرایی موجب کاهش آشفتگی‌های روانی می‌شود؟ پژوهش‌های مختلف، عوامل متعددی را در پاسخ به این پرسش ذکر کرده‌اند؛ برای نمونه، نهادهای مروج معنویت موجب فراهم آمدن حمایت اجتماعی می‌شود و حمایت اجتماعی حافظ سلامت روانی افراد است (۳۹). مذاهب، انجام رفتارهایی را تشویق می‌کنند که موجب حفظ سلامت روانی افراد می‌شود (۴۰). معنویت‌گرایی با استرس‌ها مقابله می‌کند (۴۱) و دیگر اینکه مذاهب با تأکید بر مفاهیمی همچون گذشت موجب کاهش رفتارهای خصومت‌آمیز و خشن می‌شوند و به این ترتیب سطح سلامتی را در افراد ارتقا می‌دهند (۴۲)، اما اینکه معنویت‌گرایی چه نقشی در پذیرش درد و ارزش‌های زندگی مبتلایان به درد مزمن -به‌ویژه مبتلایان به بیماری روماتیسم مفصلی^۹ که شیوع بسیاری دارد- ایفا می‌کند، مسئله‌ی است که به نظر می‌رسد تاکنون از آن غفلت شده است. این مسئله با توجه به شیوع پریشانی‌های روان‌شناختی ناشی از درد مزمن اهمیت بسیاری دارد. اگر

بهترین حالت تنها اثر محدودی داشته و دارد، استفاده از علم روان‌شناختی و در کنار آن پژوهش‌های علمی از دیرباز با هدف حل‌وفصل مشکلات روان‌شناختی ناشی از درد مزمن مد نظر بوده است (۱۰، ۱۱).

در دهه‌های اخیر، رویکرد شناختی-رفتاری^۱ برای درمان اختلالات و مشکلات روان‌شناختی به کار گرفته شده است. این رویکرد که بر جایگزینی مهارت‌های مقابله‌ی^۲، شناخت‌ها^۳، هیجانات^۴ و رفتارهای ناسازگارانه^۵ با انواع سازگانه‌ی آنها تأکید می‌کند، در بهبود پریشانی‌های روان‌شناختی مربوط به درد، چندان موفق نبوده است (۱۲-۱۸)؛ در عوض درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ که در چند سال اخیر محبوبیت یافته، در درمان پریشانی‌های روان‌شناختی مرتبط با درد مزمن، به موفقیت‌هایی دست یافته است (۱۹-۲۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تأکید می‌کند (۱۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درد مزمن به معنای پذیرش حضور درد در زندگی (بدون اجتناب از آن و انکار بیهوده‌ی آن)، کنار گذاشتن قضاوت در مورد آن، شفاف‌سازی ارزش‌های مهم فرد در زندگی و تنظیم فعالیت‌های زندگی بر اساس این ارزش‌ها (زندگی ارزش‌محور^۷) است (۲۴، ۲۵). بر این اساس، ارزش‌ها چارچوب‌هایی برای اقدامات هدفمند محسوب می‌شود که دست‌یافتنی نیست، اما جهت زندگی فرد را مشخص می‌کند؛ مثلاً «یک پدر خوب بودن» نوعی ارزش محسوب می‌شود، اما این حالت دست‌یافتنی نیست، بلکه برای تحقق آن باید اقدامات هدفمندی همچون تأمین حمایت عاطفی و رفاه فرزندان صورت گیرد. به این ترتیب، ارزش در سراسر زندگی فرد، ملاک اعمال هدفمند وی قرار می‌گیرد (۱۹). این نوع درمان با تمرکز بر مفهوم ارزش‌ها موجب اثربخشی آن در مبتلایان به درد مزمن می‌شود (۲۶). یافته‌ها نشان می‌دهد که فعالیت‌های مبتنی بر ارزش، موجب بهتر زندگی کردن مبتلایان به درد مزمن در بازه‌ی زمانی سه ساله می‌شود (۲۷). با توجه به نقش ارزش‌ها در بهبود پریشانی‌های روان‌شناختی درد مزمن، ضرورت بررسی هرچه بیشتر این متغیر، مشخص نمودن جایگاه آن در سلامت و پریشانی روان‌شناختی مبتلایان به درد

^۱) Cognitive Behavioral

^۲) Coping Skills

^۳) Cognitions

^۴) Emotions

^۵) Maladaptive

^۶) Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

^۷) Valued Life

^۸) Spirituality

^۹) rheumatoid arthritis

گذاشته می‌شد. داده‌های حاصل از پرسش‌نامه پس از جمع‌آوری با استفاده از شیوه‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و تحلیل واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شد. ابزارهای پژوهش عبارت بود از:

پرسش‌نامه‌ی سنجش نگرش معنوی: این پرسش‌نامه، فرمی با ۴۳ سؤال و پاسخ‌های پنج‌گزینه‌ی در مقیاس لیکرت است که شهیدی و فرحزاده آن را در دانشگاه شهید بهشتی طراحی کرده‌اند (۴۳). این ابزار دارای دو خرده‌مقیاس است: خرده‌مقیاس اول دارای ۲۴ سؤال و دربرگیرنده‌ی بُعد شناختی نگرش معنوی، شامل ایمان به خدا و درک حضور او، درک معنا و هدف زندگی، اعتماد به خدا، امید، توجه به خود و خدا و باور به درستی اعمال مذهبی؛ و بُعد عاطفی نگرش معنوی، شامل احساس آرامش، ارتباط مثبت با خدا، درک محبت و توجه خدا است. خرده‌مقیاس دوم نیز دارای ۱۹ سؤال است و بُعد رفتاری نگرش معنوی را که شامل رابطه‌ی خوب با دیگران، گذشت و بخشش، تلاش برای رسیدن به کمال و توکل به خدا، خدمت به دیگران، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به خود می‌شود، دربرمی‌گیرد. شهیدی و فرحزاده روایی و پایایی این پرسش‌نامه را در حد بسیار خوب ارزیابی نموده‌اند (آلفای کرونباخ=۰/۹۱). این پرسش‌نامه، در طرح‌های تحقیقاتی داخلی مانند پژوهش محمودی و همکاران به کار گرفته شده است (۴۴).

پرسش‌نامه‌ی ارزش‌ها در درد مزمن^۱: این پرسش‌نامه دربرگیرنده‌ی ۱۲ گویه، شامل شش محور با عناوین خانواده، روابط نزدیک، دوستان، کار، سلامتی و رشد و یادگیری است که به‌منظور تعیین ارزش‌های فرد در زندگی (۶ گویه در بخش اول) و میزان موفقیت فرد در عمل بر اساس این ارزش‌ها طراحی شده است. آزمون‌شونده‌ها در بخش اول، میزان اهمیت هریک از محورها را در زندگی خود در قالب پاسخ‌های پنج‌گزینه‌ی در مقیاس لیکرت از «اصلاً برایم مهم نیست» تا «خیلی زیاد برایم مهم است» نمره‌گذاری می‌کنند؛ سپس در بخش دوم میزان موفقیت خود را در زندگی کردن بر اساس این ارزش‌ها در قالب پاسخ‌های پنج‌گزینه‌ی در مقیاس لیکرت از «اصلاً موفقیتی نداشته‌ام» تا «خیلی زیاد موفق بوده‌ام» مشخص می‌کنند. طبق یافته‌های پژوهش مک کراکن و پانگ^۲ محوره‌های خانواده و سلامتی دارای بیشترین ارزش و محوره‌های دوستان و رشد و یادگیری دارای کمترین ارزش از نظر بیماران

نقش احتمالی مؤلفه‌های معنویت‌گرایی در زندگی ارزش‌محور مبتلایان به روماتیسم مفصلی مشخص شود، علاوه بر دانش‌افزایی درباره‌ی راه‌های اثرگذاری معنویت‌گرایی بر سلامت روان مبتلایان به درد مزمن، می‌تواند به تصمیم‌گیری درباره‌ی به‌کارگیری مؤلفه‌های معنوی و روان‌درمانی در کنار یکدیگر، برای این بیماران کمک بسیاری کند.

روش کار

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز این پژوهش را تأیید کرده است.

برای رعایت اصول اخلاقی قبل از اجرای پژوهش از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه‌ی کتبی دریافت شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان فاش نخواهد شد.

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است. متغیرهای پیش‌بین در این پژوهش، معنویت‌گرایی و متغیر ملاک زندگی ارزش‌محور بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی زنان مبتلا به روماتیسم مفصلی شهر شیراز بودند که در بهار و تابستان سال ۱۳۹۶ برای دریافت خدمات پزشکی به بخش‌های روماتولوژی بیمارستان‌های شیراز مراجعه کرده بودند. با در نظر گرفتن حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی (۵۰ نفر)، حجم نمونه در این آزمون ۷۰ نفر و با استفاده از شیوه‌ی نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند بوده و از میان افرادی انتخاب شده است که در مدت‌زمان یادشده به بخش روماتولوژی بیمارستان حافظ شیراز مراجعه کرده بودند. بر اساس طرح پژوهش، افراد نمونه از دو پالایه‌ی گزینش عبور می‌کردند. مسئول پالایه‌ی اول پزشک متخصص روماتولوژی بود که به تشخیص بیماری و درمان بیماران می‌پرداخت و در صورت وجود بیماری روماتیسم مفصلی، اعضای نمونه را به پالایه‌ی دوم هدایت می‌کرد. مسئول پالایه‌ی دوم پژوهشگری بود که پس از انجام مصاحبه‌ی اولیه برای آگاهی‌بخشی از فرایند پژوهش و مجاب کردن بیمار برای حضور در آن، در صورت رضایت وی، پرسش‌نامه‌های پژوهش را در اختیار او قرار می‌داد. گفتنی است در صورتی که بر اساس قضاوت پژوهشگر از مصاحبه‌ی اولیه، بیمار توانایی‌های لازم را برای شرکت در آزمون نداشت، مانند ضعف در هشیاری و حافظه، مشکلات برقراری ارتباط کلامی و نوشتاری و غیره، از آزمون کنار

^۱ CPVI (Chronic Pain Values Inventory)

^۲ McCracken & Yang

درصد، فوق دیپلم = ۴ درصد، کارشناسی = ۷ درصد و کارشناسی ارشد = ۲ درصد).

آمارهای توصیفی مربوط به متغیرهای پیش‌بین و ملاک پژوهش در جدول شماره ۱ درج شده است. براین اساس، بالاترین میزان میانگین و میانه در نمرات مربوط به متغیر نگرش معنوی (میانگین = $107/50$ و میانه = $109/50$) و پایین‌ترین میزان، در نمرات مربوط به متغیر زندگی ارزش‌محور (میانگین = $45/33$ و میانه = $46/50$) دیده می‌شود. همچنین میزان تغییرپذیری در متغیر نگرش معنوی و زندگی ارزش‌محور برابر بود (انحراف معیار = $7/55$) و پایین‌ترین میزان تغییرپذیری در نمرات مربوط به متغیر توانایی معنوی دیده شد (انحراف معیار = $6/68$).

جدول ۱) آماره‌های توصیفی متغیرهای پیش‌بین و ملاک پژوهش

مؤلفه‌ها	میانگین	میانه	انحراف معیار
نگرش معنوی	۱۰۷/۵۰	۱۰۹/۵۰	۷/۵۵
توانایی معنوی	۷۸/۱۱	۸۲	۶/۶۸
زندگی ارزش‌محور	۴۵/۳۳	۴۶/۵۰	۷/۵۵

ضرایب همبستگی متغیرهای پیش‌بین و ملاک در جدول شماره ۲ درج شده است. براین اساس، نگرش معنوی با زندگی ارزش‌محور رابطه‌ی مثبت و مستقیم دارد ($r=0/37$ ؛ $P<0/001$). همچنین این رابطه‌ی مثبت مستقیم بین دیگر متغیر پیش‌بین (توانایی معنوی) و زندگی ارزش‌محور نیز مشاهده می‌شود ($r=0/46$ ؛ $P<0/001$).

جدول ۲) ماتریس همبستگی متغیرهای پیش‌بین و ملاک پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳
نگرش معنوی	۱		
توانایی معنوی	۰/۷۳**	۱	
زندگی ارزش‌محور	۰/۳۷**	۰/۴۶**	۱

** : معناداری در سطح $p<0/001$

در فرایند تحلیل رگرسیون چندگانه^۳ با روش گام‌به‌گام، متغیر توانایی معنوی باقی ماند و متغیر نگرش معنوی از مدل کنار گذاشته شد ($F=18/04$ ؛ $P<0/001$) (جدول شماره ۳). علاوه بر این، ضریب همبستگی برای مدل مورد بحث $0/46$ بود که مجذور آن یعنی ضریب تبیین برابر با $0/22$ بود. به این ترتیب، توانایی معنوی 22 درصد از تغییرات زندگی ارزش‌محور را تبیین می‌کند و ضریب بتا برابر با $0/46$ است.

مبتلا به درد مزمن هستند (۴۵). همچنین بیشترین موفقیت در زندگی کردن بر اساس ارزش در محورهای خانواده و دوستان؛ و کمترین موفقیت‌ها در محورهای سلامتی و رشد و یادگیری گزارش شده است. همسانی درونی این پرسش‌نامه برابر با 82 درصد است و پایایی آن نیز در حد خوبی گزارش شده است. در ضمن نمرات بالا در این پرسش‌نامه با شاخص‌های بهزیستی (پایین بودن نمرات در افسردگی، ناتوانی و اضطراب درد) همراه است (۴۵). ویژگی روان‌سنجی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی را پورشهبازی انجام داده است (۴۶). آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی برابر با 90 درصد محاسبه شد که از همسانی درونی بالای آن حکایت دارد. همچنین اعتبار همگرا در بررسی همبستگی با خودکارآمدی درد، برابر با 71 درصد و نیز در همبستگی با پذیرش درد مزمن برابر با 69 درصد و اعتبار واگرا در بررسی همبستگی با پرسش‌نامه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس^۱، برابر با 51 درصد محاسبه شد ($P<0/001$). بر اساس یافته‌های این پژوهش، مانند نسخه‌ی غیرایرانی، محورهای خانواده (71 درصد) و سلامتی (64 درصد) دارای بالاترین ارزش بین آزمون‌شونده‌ها؛ و محور رشد و یادگیری (31 درصد) و دوستان (21 درصد) دارای کمترین درصد ارزش از نظر آنها بود، اما در بحث موفقیت در زندگی کردن بر اساس ارزش‌ها، یافته‌های جمعیت ایرانی با نمونه‌ی غیرایرانی تا حدی متفاوت بود: بیشترین موفقیت در زمینه‌ی کار (43 درصد) و خانواده (41 درصد)؛ و کمترین میزان موفقیت در محورهای دوستان (23 درصد) و رشد و یادگیری (17 درصد) مشاهده شد. گفتنی است که این پرسش‌نامه در برخی از مقالات منتشرشده‌ی خارجی از جمله پژوهش مک کراکن و گوتیرز-مارتینز^۲ استفاده شده است (۴۷).

یافته‌ها

پس از جمع‌آوری داده‌ها، در ابتدا داده‌های جمعیت‌شناختی و سپس داده‌های اصلی تجزیه و تحلیل شد. براین اساس، میانگین سنی افراد نمونه $61/30$ و انحراف معیار آن $8/91$ بود. 58 نفر (83 درصد) از اعضای نمونه، متأهل، 10 نفر (15 درصد) مجرد و 2 نفر (3 درصد) مطلقه بودند. سطح تحصیلات بیشتر اعضای نمونه (62 درصد) نیز زیر دیپلم بود (دیپلم = 30 درصد).

^۱) DASS 21

^۲) Gutierrez-Martinez

^۳) Multiple regression analysis

جدول ۳) پیش‌بینی زندگی ارزش‌محور بر اساس توانایی معنوی

متغیر	B	β	t	p	R	R ^۲	RA ^۲	E.S	F	P-value
مدل					۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۲۰	۶/۷۶	۱۸/۰۴	۰/۰۰۰۱
توانایی معنوی	۰/۵۲	۰/۴۶	۴/۲۷	۰/۰۰۰۱						

** معناداری در سطح $P < ۰/۰۰۰۱$

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی سهم نگرش معنوی، توانایی معنوی و دین‌داری در پیش‌بینی زندگی ارزش‌محور مبتلایان به روماتیسم مفصلی که از درد مزمن رنج می‌برند، انجام شد. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها مشخص شد که مؤلفه‌ی توانایی معنوی که بُعد رفتاری معنویت‌گرایی محسوب می‌شود، به میزان ۲۲ درصد از تغییرات زندگی ارزش‌محور در مبتلایان به بیماری مذکور را پیش‌بینی می‌کند.

اهمیت ارزش در زندگی و موفقیت انسان در تنظیم فعالیت‌های زندگی خود بر اساس ارزش‌ها، عامل مهمی در سلامت جسمی و روانی است. در پژوهش مک کراکن و یانگ مشخص شد که نمرات بالای عامل موفقیت در زندگی کردن بر اساس ارزش‌ها با نمرات پایین‌تر در ناتوانی‌های جسمانی، روانی-اجتماعی و ناتوانی‌های دیگر و نیز با افسردگی و اضطراب همراه است (۴۵). این یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی این است که هنگامی که فعالیت‌های بیماران در زندگی بر اساس ارزش‌های زندگی آنها جهت‌دهی شود، این افراد موفقیت بیشتری در انجام دادن وظایف روزانه و نیز کارکردهای هیجانی مثبت خواهند داشت. البته می‌توان این دیدگاه را نیز مطرح کرد که ممکن است فعالیت روزانه‌ی بهتر یا وضعیت هیجانی مناسب‌تر موجب موفقیت فرد در زندگی کردن بر اساس ارزش‌ها شود یا اینکه این دو پدیده حاصل وجود متغیر سومی باشد (۴۸، ۴۹).

توانایی معنوی که بر اساس یافته‌های این پژوهش با زندگی ارزش‌محور در مبتلایان به درد مزمن رابطه دارد، مؤلفه‌ی از معنویت‌گرایی است که به ظهور مفاهیم معنوی در رفتار فرد اشاره دارد. به باور برخی از محققان، ارزش‌های زندگی متغیر واسطه‌ی بین معنویت‌گرایی و سلامت جسمانی و روانی است. باسینگ^۱ و دیگران اظهار داشته‌اند که معنویت‌گرایی عاملی است که موجب می‌شود افراد معنا و ارزش‌های مهمی برای زندگی خود بیابند (۵۰). لیسن و

واشولتز^۲ نیز معتقدند افرادی که از ارزش‌های معنوی در رفتارهای خود استفاده می‌کنند، با درد مزمن خود راحت‌تر کنار می‌آیند (۵۱)؛ بنابراین، یافته‌های مذکور با نتایج حاصل از پژوهش حاضر همسو است.

در مجموع می‌توان گفت معنویت‌گرایی که یکی از متغیرهای مهم مرتبط با سلامت روان در مبتلایان به درد مزمن است، در صورتی که از حالت صرفاً ذهنی خود خارج شود و در رفتار فرد نمود یابد، زندگی ارزش‌محور در مبتلایان به روماتیسم مفصلی را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد چنانچه قرار بر افزودن مؤلفه‌های معنوی بر درمان‌های روان‌شناختی موجود در جهت بهبود وضعیت روانی مبتلایان به درد مزمن به‌ویژه روماتیسم مفصلی باشد، باید بر کاربرد عملی نگرش‌های معنوی در زندگی این افراد تأکید شود؛ زیرا در غیر این صورت احتمالاً آثار مثبت معنویت‌گرایی موجب افزایش زندگی ارزش‌محور و در نهایت افزایش بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان نخواهد بود.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش همچون پژوهش‌های دیگر دارای نواقصی است که توجه به آنها در پژوهش‌های بعدی به افزایش کیفیت آنها کمک خواهد کرد. یکی از بارزترین این نواقص، در نظر نگرفتن متغیرهایی همچون مدت بیماری، میزان ناتوانی بیمار و کیفیت مصرف داروهای مسکن در گردآوری داده‌ها بود.

پیشنهاد‌های پژوهش

امید است که در تحقیقات بعدی دامنه‌ی گسترده‌تری از متغیرهای مرتبط با بیماری سنجیده شود و یافته‌های نهایی تحقیق با در نظر گرفتن آنها تفسیر شود.

قدردانی

^۲Lysne & Washoltz

مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت

^۱Bussing

دوره‌ی ۵، شماره‌ی ۲، تابستان ۱۳۹۸

conditions». The Clinical journal of pain. 2009;25(4):293-8.

8. Stang PE, Brandenburg NA, Lane MC, Merikangas KR, Von Korff MR, Kessler RC. «Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis». Psychosomatic medicine. 2006;68(1):152-8.

9. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. «Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey». Journal of occupational and environmental medicine. 2003;45(12):1257-66.

10. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. «Treatment of chronic non-cancer pain». The Lancet. 2011;377(9784):2226-35.

11. Jensen MP, Turk DC. «Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: why it matters to ALL psychologists». The American psychologist. 2014;69(2):105-18.

12. Turner JA, Romano JM. Cognitive-behavioral therapy. Bonica JJ, editor. Philadelphia: Lea and Febiger; 1990.

13. Adams N, Ravey J, Taylor D. «Psychological Models of Chronic Pain and Implications for Practice». Physiotherapy. 1996;82(2):124-9.

14. Turk DC. «The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain: lumping versus splitting». The Clinical journal of pain. 2005;21(1):44-55; discussion 69-72.

15. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective. New York: Springer; 1983.

16. Williams AC, Eccleston C, Morley S. «Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults». The Cochrane database of systematic reviews. 2012;11:Cd007407.

17. Morley S, Eccleston C, Williams A. «Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache». Pain. 1999;80(1-2):1-13.

18. Vlaeyen JW, Morley S. «Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom?» The Clinical journal of pain. 2005;21(1):1-8.

19. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. «Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes». Behaviour Research and Therapy. 2006;44(1):1-25.

20. Veehof MM, Oskam M-J, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. «Acceptance-based interventions for

از همه‌ی کسانی که در این پژوهش یاریگر پژوهشگران بوده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه با کد اخلاق IR.SUMS.REC.1396.S137 از دانشگاه علوم پزشکی شیراز است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی ندارد.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. «Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment». *European Journal of Pain*. 2006;10(4):287-333.
- Mohammadzadeh F, Faghihzadeh S, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR, Arab Kheradmand J, Noorbala AA, et al. «A Fairly Comprehensive Survey of Chronic Pain in Iranian Population: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Daily Life». *Health Scope*. 2015;4(3):e25467.
- 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: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013». *The Lancet*. 2015;38.743-800:(9995)6.
- McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. «Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample». *Pain*. 2003;106(1-2):127-33.
- Sarda J, Nicholas MK, Asghari A, Pimenta CA. «The contribution of self-efficacy and depression to disability and work status in chronic pain patients: a comparison between Australian and Brazilian samples». *European journal of pain (London, England)*. 2009;13(2):189-95.
- McNamee P, Mendolia S. «The effect of chronic pain on life satisfaction: Evidence from Australian data». *Social Science & Medicine*. 2014;121:65-73.
- Butchart A, Kerr EA, Heisler M, Piette JD, Krein SL. «Experience and management of chronic pain among patients with other complex chronic

the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis». *PAIN*. 2011;152(3):533-42.

21. Scott W, McCracken LM. «Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain». *Current Opinion in Psychology*. 2015;2:91-6.

22. McCracken LM, Sato A, Taylor GJ. «A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results». *The Journal of Pain*. 2013;14(11):1398-406.

23. Buhrman M, Skoglund A, Husell J, Bergström K, Gordh T, Hursti T, et al. «Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial». *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51(6):307-15.

24. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. «Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies». *Annual review of clinical psychology*. 2011;7:141-68.

25. Vowles KE, McCracken LM. «Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process». *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008;76(3):397-407.

26. Vowles KE, Wetherell JL, Sorrell JT. «Targeting Acceptance, Mindfulness, and Values-Based Action in Chronic Pain: Findings of Two Preliminary Trials of an Outpatient Group-Based Intervention». *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(1):49-58.

27. Vowles KE, McCracken LM, O'Brien JZ. «Acceptance and values-based action in chronic pain: a three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process». *Behav Res Ther*. 2011;49(11):748-55.

28. Ashby J, Scott Lenhart R. Prayer as a coping strategy for chronic pain patients 1994. 205-9 p.

29. Zimmer Z, Jagger C, Chiu C-T, Ofstedal MB, Rojo F, Saito Y. «Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review». *SSM Population Health*. 2016;10(2):373-81

30. Koenig HG, King D, Carson VB. *Handbook of Religion and Health* New York: Oxford University Press; 2012.

31. Paloutzian R, Park C. *Handbook of Psychology of Religion and Spirituality*. New York: Guilford Press; 2013.

32. Mahoney A. «The spirituality of us: Relational spirituality in the context of family relationships». 2013. In: *APA handbooks in psychology: APA handbook of psychology, religion, and spirituality* [Internet]. Washington, DC: American Psychological Association.

33. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. «The many

methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE». *Journal of clinical psychology*. 2000;56(4):519-43.

34. Cummings JP, Pargament KI. *Medicine for the Spirit: Religious Coping in Individuals with Medical Conditions* Religions. 2010;1:28-53.

35. Koenig HG. «Religion and remission of depression in medical inpatients with heart failure/pulmonary disease». *The Journal of nervous and mental disease*. 2007;195(5):389-95.

36. Koenig HG. «Research on religion, spirituality, and mental health: a review». *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2009;54(5):283-91.

37. Lucette A, Ironson G, Pargament KI, Krause N. «Spirituality and Religiousness are Associated With Fewer Depressive Symptoms in Individuals With Medical Conditions». *Psychosomatics*. 2016;57(5):505-13.

38. Rippentrop E, Altmaier E, Chen J, Found E, Keffala V. «The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population». *Pain*. 2005;116(3):311-21.

39. Wilson J, Musick M. «Who Cares? Toward an Integrated Theory of Volunteer Work». *American Sociological Review*. 1997;62(5):694-713.

40. Hill TD, Ellison CG, Burdette AM, Musick MA. «Religious involvement and healthy lifestyles: evidence from the survey of Texas adults». *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. 2007;34(2):217-22.

41. Pargament K, Raiya HA. «A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned». *Psyke & Logos*. 2007;28(2):742-66.

42. Bono G, McCullough ME. «Religion, forgiveness, and adjustment in older adulthood In: Schaie KW, Krause N, Booth A, editors. *Religious influences on health and well-being in the elderly*». New York: Springer; 2004 p. 163-86.

43. Shahidi S, Farahzadeh S. «Construct and Validation of Spritual Insight questionnaire». *Psychology and Religion*. 2012;3:97-115.

44. Mahmoodi F, Sadeghi F, Jamal Omid M. «The Role of Spiritual Attitude in Predicting Cognitive Emotion Regulation Strategies in Students». *Religion and Health*. 2017;5(1):51-60.

45. McCracken LM, Yang S. «The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain». *Pain*. 2006;123:137-45.

46. Pourshabbazi M. «The Role of Sprituality and Religiosity on Pain Experience and Valued Life in

Patients With Rheumatoid Arthritis». Shiraz: Shiraz University; 2017.

47. McCracken LM, Gutierrez-Martinez O. «Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy». Behav Res Ther. 2011;49(4):267-74.

48. McCracken LM. «Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain». Pain. 1998;74(1):21-7.

49. McCracken L, Spertus I, Janeck A, Sinclair D, Wetzel F. «Behavioral dimensions of adjustment in

persons with chronic pain: Pain-related anxiety and acceptance»1999. 283-9 p.

50. Bussing A, Ostermann T, Neugebauer EA, Heusser P. «Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease». BMC public health. 2010;10:507.

51. Lysne C, Wachholtz A. Pain, Spirituality, and Meaning Making: What Can We Learn from the Literature?2010.

