

## Comparison of Depression and Spiritual Well-being in Chronic Pain Patients and Healthy Control Group

Maryam Shaygan<sup>1\*</sup>, Mohammad Mozafari<sup>2</sup>, Noorollah Zahedian-Nasab<sup>3</sup>, Leila Shayegan<sup>2</sup>, Sara Bagheri<sup>3</sup>

1- Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Community-based Psychiatric Care Research Centre, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

2- Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Shiraz, Iran.

3- Department of Gerontology, Faculty of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

\*Correspondence should be addressed to Ms. Maryam Shaygan; Email: shayganm@sums.ac.ir

### Article Info

Received: Nov 4, 2018

Received in revised form:

Dec 21, 2018

Accepted: Jan 23, 2019

Available Online: Jun 21, 2020

### Keywords:

Chronic pain

Depression

Spirituality



<https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i2.23258>

### Abstract

**Background and Objective:** The results of some recent studies suggest that spiritual well-being is related to physical health of individuals. The purpose of this study was to compare depression and spiritual well-being in patients with chronic pain and healthy people.

**Methods:** This is a cross-sectional descriptive-analytical study. The target population in this study included the patients with chronic pain and healthy individuals in Shiraz in the period 2017-2018. The total number of participants was 600, 300 with chronic pain and 300 healthy individuals, who were selected using available sampling and cluster sampling methods, respectively. The participants completed the Spiritual Well-being Questionnaire of Paloutzian and Ellison and the Patient Health Questionnaire. Descriptive statistics were used to describe demographic variables. To compare demographic characteristics, t-test and chi-square were used. Also, to compare the symptoms of depression and spiritual well-being in the patients with chronic pain and healthy participants, t-test was used. In this study, all the ethical considerations have been observed and the authors reported no conflict of interest.

**Results:** No significant differences were found between the healthy participants and the chronic pain patients regarding demographic variables. Based on the results of t-test, depression was significantly higher in patients with chronic pain ( $9.97 \pm 6.30$ ) compared to the healthy group ( $8.67 \pm 5.09$ ) ( $P < 0.006$ ). Also, the results of t-test showed that spiritual well-being ( $73.78 \pm 12.10$ ) was significantly lower in the patients with chronic pain than the healthy participants ( $87.14 \pm 15.03$ ) ( $P < 0.000$ ).

**Conclusion:** According to the results, people with chronic pain had lower levels of spiritual well-being and higher levels of depression than the healthy people. Therefore, it seems that performing psycho-spiritual interventions to reduce depression and promote the level of spiritual well-being of the community is an important step in preventing pain or reducing the severity of pain in patients with chronic pain.

Please cite this article as: Shaygan M, Mozafari M, Zahedian-Nasab N, Shayegan L, Bagheri S. Comparison of Depression and Spiritual Well-being in Chronic Pain Patients and Healthy Control Group. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2020;6(2):100-114. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i2.23258>

### Summary

#### Background and Objective

Pain is one of the most common phenomena forcing people to ask for help (1). For this reason,

after saving individuals' life, relieving pain is the highest medical priority (2). Pain is defined as "an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage" (3). In terms of duration, pain is divided into acute and chronic. It is regarded as chronic when it lasts

or recurs for more than 3-6 months (4, 5). Chronic pain has a dramatic impact on the lives of the affected individuals and a substantial economic impact on the society (6). In recent years, chronic pain has become more prevalent (7). Its prevalence in different communities is estimated at 8-60% (8, 9).

Depression is a negative emotional consequence of life with pain (10, 11). It is a common disorder that negatively affects how one thinks, feels and acts. Depression causes feelings of sadness and/or a loss of interest in activities (12). According to the previous studies, chronic pain and depression have reciprocal effects on each other, so that the existence of one increases the risk of the other (13).

According to the biopsychosocial-spiritual model of pain, spiritual beliefs play an important role in the appraisal process and the ability to cope with pain (14). Spiritual well-being is one of the important dimensions of health that provides integrated and harmonious communication between the internal forces and is characterized by qualities such as peace, harmony and coordination, stability in life, feeling close to self, God, society and the environment, and ensures integrity and solidarity (15). The results of some recent studies indicate that spiritual well-being is associated with physical health (16, 17). However, studies have reported contradictory results as to the relevance of spiritual well-being to people's health. For example, the results of some studies did not show any connection between spirituality and health (18). However, some other studies suggest that spiritual well-being is related to physical health. The present study attempts to compare healthy people and patients with chronic pain in terms of depression and spiritual well-being.

## Methods

**Compliance with ethical guidelines:** During the study, the researchers attempted to adhere to all the ethical considerations including the voluntary nature of the study. The participants were also ensured that their personal information would be kept confidential and that they could quit the study any time they wished to. Written informed consent was also obtained from all the participants.

A descriptive-analytical design was adopted in the present cross-sectional study. The target population included the patients with chronic pain and healthy individuals in Shiraz, in 2018. The sample population included 600 individuals, out of which 300 were chronic pain patients referring

to pain clinics and 300 were healthy people. Sampling of chronic pain patients was done by available sampling method, and cluster sampling was used for the healthy group.

Paloutzian and Ellison's (SWBQ) Spiritual Well-being Questionnaire was used to assess the spiritual well-being and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) was used to assess depression. All the collected data were codified. T-test analyses were used to compare depression and spiritual well-being in patients with chronic pain and the healthy participants.

## Results

The results showed that 78.8% (N=469) of the respondents were female, most of them (73.8%) were married and 42% had a diploma. The results of t-test and chi-square tests showed no significant differences between the healthy group and the chronic pain patients concerning demographic variables. Based on the results of t-test, depression was significantly higher in patients with chronic pain ( $9.97 \pm 6.30$ ) than the healthy group ( $8.67 \pm 5.09$ ) ( $P < 0.006$ ). The results of t-test further showed that spiritual well-being ( $73.78 \pm 12.10$ ) was significantly lower in the patients with chronic pain than the healthy participants ( $87.14 \pm 15.03$ ) ( $P < 0.000$ ).

## Conclusion

Based on the results, people with chronic pain had more depressive symptoms than healthy people. According to the literature, which depression and pain may influence each other in different ways, including the common pathophysiology of depression and pain. For example, norepinephrine and serotonin have been found to play a role in the pathology of both diseases (19, 20). Moreover, depressed people are less able to tolerate pain and have a lower pain threshold than other people due to their greater attention and focus on physical symptoms and sensations (21, 22). Lack of adaptability and self-efficacy skills and increased frustration and helplessness in depressed people also make them susceptible to a variety of physical disorders (19, 21).

The results also showed that people with chronic pain had lower levels of spiritual well-being than healthy people. However, little research has been done on the role of spirituality in patients with chronic pain. In their study of patients with chronic pain, Rippentrop et al., found that having daily spiritual experiences such as praying could predict the quality of life in these patients (23). Spirituality allows people to better cope with the pain caused by physical disorders

(24). It increases attention to an extraordinary and superior force, which reduces the focus on physical symptoms in people (25). Doing spiritual activities also reduces mental rumination associated with physical symptoms, reduces the feeling of frustration and helplessness, which may promote physical health (25). Therefore, spiritual well-being training may be help to reduce chronic pain by increasing self-awareness, communication with God, altruism, forgiveness, and gratitude.

Overall, people with chronic pain had lower levels of spiritual well-being but higher levels of depression. Therefore, it seems that performing psycho-spiritual interventions to reduce depression and promote the level of spiritual well-being of the community is an important step in preventing pain or reducing the severity of pain in patients with chronic pain.

### Acknowledgements

The authors would like to thank the participants for their active contribution and participation in this study.

### Ethical considerations

Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of the Islamic Azad University, Institute for Psychology.

### Funding

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

### Conflict of interest

The authors reported no conflict of interest.

### Author's contributions

Study design, statistical analysis, interpretation of results and article writing: first author; study design: second author; and data collection: third, fourth and fifth authors

## 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. Merskey HE. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*. 1986.
4. Simon LS. Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*. 2012;26(2):197-8.
5. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003.
6. 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.
7. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*. 2012;380(9859):2163-96.
8. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *The lancet*. 1999;354(9186):1248-52.
9. Surah A, Baranidharan G, Morley S. Chronic pain and depression. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*. 2014;14(2):85-9.
10. Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicality, and tolerance phenomena. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2007;31(6):858-73.
11. Fayaz A, Croft P, Langford R, Donaldson L, Jones G. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ open*. 2016;6(6):e010364.
12. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
13. Bravo L, Mico JA, Rey-Brea R, Pérez-Nievas B, Leza JC, Berrocoso E. Depressive-like states heighten the aversion to painful stimuli in a rat model of comorbid chronic pain and depression. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*. 2012;117(3):613-25.
14. Lysne CJ, Wachholtz AB. Pain, spirituality, and meaning making: What can we learn from the literature? *Religions*. 2011;2(1):1-16.
15. Craven RF, Hirnle CJ, Henshaw C. Fundamentals of nursing: human health and function: Lippincott; 1992.
16. Nsamenang SA, Hirsch JK, Topciu R, Goodman AD, Duberstein PR. The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in

patients with multiple sclerosis. *Journal of behavioral medicine*. 2016;39(2):355-63.

17. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research*. 2018:1-21.

18. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Pathiaki M, Patiraki E, Galanos A, et al. Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007;21(3):150-61.

19. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic medicine*. 2002;64(5):773-86.

20. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*. 2003;163(20):2433-45.

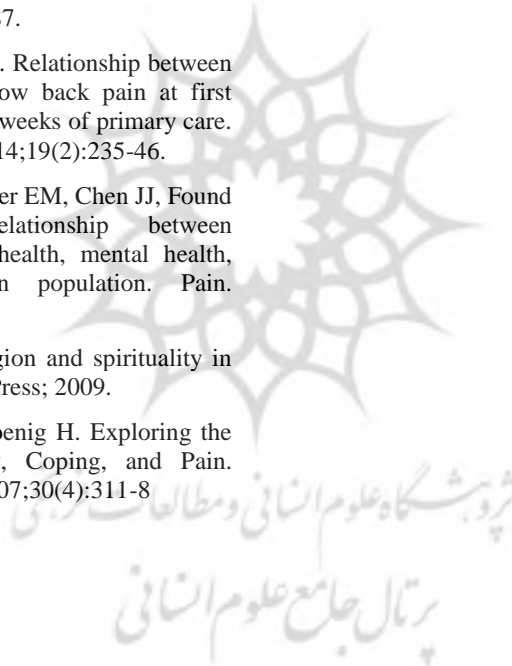
21. Williams LJ, Jacka FN, Pasco JA, Dodd S, Berk M. Depression and pain: an overview. *Acta Neuropsychiatrica*. 2014;18(2):79-87.

22. Elfering A, Käser A, Melloh M. Relationship between depressive symptoms and acute low back pain at first medical consultation, three and six weeks of primary care. *Psychology, health & medicine*. 2014;19(2):235-46.

23. Elizabeth 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.

24. Huguelet P, Koenig HG. Religion and spirituality in psychiatry: Cambridge University Press; 2009.

25. Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the Relationship between Spirituality, Coping, and Pain. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007;30(4):311-8



## مقارنة بين الصحة الروحية وأعراض الاكتئاب لدى المرضى المصابين بآلام مزمنة وبين الأشخاص الأصحاء

مريم شايكان<sup>١\*</sup>، محمد مظفري<sup>٢</sup>، نورالله زاهدیان نصب<sup>٣</sup>، ليلا شايكان<sup>٤</sup>، سارا باقري<sup>٥</sup>

١- قسم علم النفس التمريضي، كلية التمريض والأومومة، مركز دراسات الصحة النفسية المجتمعية، جامعة شيراز للعلوم الطبية، شيراز، إيران.

٢- قسم علم النفس السريري، كلية العلوم الإسلامية، جامعة آزاد الإسلامية، فرع شيراز، شيراز، إيران.

٣- قسم دراسات الشيخوخة، كلية التمريض والأومومة، جامعة شيراز للعلوم الطبية، شيراز، إيران.

\* المراسلات الموجهة إلى السيدة مريم شايكان؛ البريد الإلكتروني: shayganm@sums.ac.ir

### الملخص

**خلفية البحث وأهدافه:** تشير بعض الدراسات الى ان هناك علاقة بين الصحة الروحية والصحة الجسدية. ومع ذلك فإن نتائج هذه الدراسات متناقضة. كان الغرض من هذه الدراسة، مقارنة الصحة الروحية وأعراض الاكتئاب بين المصابين بآلام مزمنة وبين الأصحاء.

**منهجية البحث:** هذا البحث عبارة عن دراسة مستعرضة وصفية تحليلية. اشتمل المجتمع المستهدف، المصابين بآلام مزمنة والأصحاء في مدينة شيراز عام ١٨-٢٠١٧. بلغ العدد الإجمالي للعينات ٦٠٠، من بينهم تم اختيار ٣٠٠ مريض يعاني من آلام مزمنة والذي ذهب إلى عيادات الألم وكذلك تم اختيار ٣٠٠ شخص من الأصحاء. تم اخذ العينة المتاحة من المجموعة الأولى العينة العنقودية من المجموعة الثانية ثم تمت الاجابة على استبيان الصحة الروحية لـ"بالوتريان" و"اليسون" و"صحة المريض". من أجل وصف المتغيرات الديموغرافية تم استخدام الإحصائيات الوصفية، ولمقارنة الخصائص الديموغرافية تم استخدام اختبار T ومربع كاي، كما تم استخدام اختبار T لغرض مقارنة أعراض الاكتئاب والصحة الروحية بين المجموعتين. تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث وازدادة الى هذا فإن مؤلفي البحث لم يبلغوا عن اي تضارب في المصالح.

**الكشوفات:** ظهرت الكشوفات انه ليس هناك فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعة الأصحاء ومجموعة المصابين بآلام مزمنة من حيث المتغيرات الديموغرافية. كما انه كان مستوى اعراض الاكتئاب لدى المصابين بآلام مزمنة (٩/٩٧±٦/٣٠) اعلى بكثير (٨/٦٧±٥/٠٩) من مجموعة الأصحاء ( $P < ٠/٠٠٦$ ). وإضافة الى هذا فإن الصحة الروحية في المصابين بآلام مزمنة كانت اقل بكثير ( $P < ٠/٠٠$ ) مقارنة بالأشخاص الأصحاء (٨٧/١٤±١٥/٠٣).

**الاستنتاج:** يبدو أن اجراء التدخلات النفسية والاجتماعية لغرض تقليل أعراض الاكتئاب وتعزيز مستوى الصحة الروحية لدى أفراد المجتمع يعتبر خطوة مهمة في الحد من شدة الألم أو تقليله لدى المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة.

### معلومات المادة

الوصول: ٢٥ صفر ١٤٤٠

وصول النص النهائي: ١٣ ربيع الثاني ١٤٤٠

القبول: ١٦ جمادى الاولى ١٤٤٠

النشر الإلكتروني: ٢٩ شوال ١٤٤١

### الكلمات الرئيسية:

أعراض الاكتئاب

الألم المزمن

الروحية

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Shaygan M, Mozafari M, Zahedian-Nasab N, Shayegan L, Bagheri S. Comparison of Depression and Spiritual Well-being in Chronic Pain Patients and Healthy Control Group. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2020;6(2):100-114. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i2.23258>

## مقایسه سلامت معنوی و نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد سالم

مریم شایگان<sup>\*۱</sup>، محمد مظفری<sup>۲</sup>، نورالله زاهدیان نصب<sup>۳</sup>، لیلا شایگان<sup>۲</sup>، سارا باقری<sup>۳</sup> <sup>id</sup>

۱- گروه روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات روان جامعه‌نگر، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز، ایران.

۳- گروه سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

\*مکاتبات خطاب به خانم مریم شایگان؛ رایانامه: shayganm@sums.ac.ir

### اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۲ آبان ۱۳۹۷

دریافت متن نهایی: ۳۰ آذر ۱۳۹۷

پذیرش: ۳ بهمن ۱۳۹۷

نشر الکترونیکی: ۱ تیر ۱۳۹۹

### چکیده

سابقه و هدف: نتایج برخی مطالعات اخیر حاکی از این است که سلامت معنوی با سلامت جسمی افراد در ارتباط است. با این حال، نتایج موجود درباره‌ی این ارتباط ضد و نقیض می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر، مقایسه سلامت معنوی و نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد سالم بود.

روش کار: این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه هدف بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد سالم شهر شیراز در سال ۹۶ و ۹۷ بودند. تعداد کل نمونه ۶۰۰ نفر بود که ۳۰۰ نفر از آنان دارای درد مزمن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های درد و ۳۰۰ نفر افراد سالم بودند که به ترتیب به روش نمونه‌گیری دردسترس و خوشه‌ای انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی پالوتزین و الیسون؛ و سلامت بیمار پاسخ دادند. برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی از آمار توصیفی، برای مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از آزمون t و کای اسکور؛ و برای مقایسه نشانه‌های افسردگی و سلامت معنوی در دو گروه از آزمون t استفاده شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین گروه افراد سالم و گروه مبتلا به درد مزمن در زمینه متغیرهای جمعیت‌شناختی وجود نداشت. همچنین، میزان نشانه‌های افسردگی در افراد دارای درد مزمن ( $9/97 \pm 6/30$ ) به‌طور معناداری بیشتر از افراد سالم ( $8/67 \pm 5/09$ ) بود ( $P < 0/006$ ) و سلامت معنوی در افراد دارای درد مزمن ( $73/78 \pm 12/10$ ) در مقایسه با افراد سالم ( $87/14 \pm 15/03$ ) به‌طور معنی‌داری پایین‌تر بود ( $P < 0/00$ ).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد انجام مداخلات روانی-معنوی در جهت کاهش نشانه‌های افسردگی و ارتقای سطح سلامت معنوی افراد جامعه گامی مهم در جهت پیشگیری یا کاهش شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن باشد.

### واژگان کلیدی:

درد مزمن

معنویت

نشانه‌های افسردگی

استناد مقاله به این صورت است:

Shaygan M, Mozafari M, Zahedian-Nasab N, Shayegan L, Bagheri S. Comparison of Depression and Spiritual Well-being in Chronic Pain Patients and Healthy Control Group. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2020;6(2):100-114. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v6i2.23258>

## 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 به شمار می‌رود (۲). بر اساس تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد<sup>۱</sup>، درد تجربه حسی و عاطفی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی مرتبط است (۳). درد علت اصلی مراجعه افراد به مراکز درمانی می‌باشد (۴) و از نظر طول مدت، به دو دسته حاد<sup>۲</sup> و مزمن<sup>۳</sup> تقسیم می‌شود. درد مزمن به دردی گفته می‌شود که برای التیام آن زمانی بیشتر از ۳-۶ ماه نیاز است و بیشتر سبب کاهش کیفیت زندگی و ناتوانی می‌شود (۵-۷). در سال‌های اخیر شیوع درد مزمن در حال افزایش است (۸). این شیوع در جوامع مختلف ۶۰-۸ درصد تخمین زده شده است (۹، ۱۰). یک مطالعه مرور منظم و فراتحلیل با هدف اندازه‌گیری شیوع درد مزمن در انگلیس نشان داده که شیوع درد مزمن در میان افراد بزرگسال بین ۳۳-۵۳ درصد است (۱۱). همچنین در مطالعه‌ای توصیفی در شهر یزد شیوع درد مزمن ۶۶/۸ درصد تخمین زده شده است (۱۲). درد مزمن سبب تأثیرات منفی فراوانی در زندگی فرد می‌شود و در صورت درمان‌نشدن در درازمدت می‌تواند منجر به آثار زیان‌بار فراوانی شود (۱۳). افسردگی، استرس، ناامیدی و اضطراب از پیامدهای هیجانی منفی زندگی با درد است (۲). بر همین اساس درد از یک سو پیامدهای هیجانی منفی را به دنبال دارد و از سوی دیگر همین پیامدهای هیجانی منفی سبب تداوم درد می‌شود (۱۴).

یکی از شایع‌ترین انواع اختلالات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درد، افسردگی است (۱۰، ۱۳، ۱۵). افسردگی نوعی اختلال خلقی است که در آن فرد دچار افت خلق می‌شود و انگیزه برای انجام کارها در وی تضعیف می‌شود. این اختلال سبب تغییر در عملکرد فرد مانند خواب، اشتها و ترک فعالیت‌هایی که برای فرد قبلاً لذت‌بخش بوده است، می‌شود (۱۶). افسردگی مشکلی جدی در سراسر جهان است. تخمین زده شده است که تا سال ۲۰۳۰، افسردگی پس از ایدز علت اصلی بیماری در جهان باشد (۱۷). بر اساس مطالعات گذشته، دردهای مزمن و افسردگی تأثیری دو جانبه بر یکدیگر دارند،

به طوری که وجود هر کدام از این اختلالات خطر ایجاد دیگری را بالا می‌برد (۱۸). تحقیقات نشان داده است که حدود ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به کمردرد از اختلال افسردگی اساسی؛ و در مجموع ۲۲ تا ۸۲ درصد از انواع افسردگی رنج می‌برند (۱۹). بر اساس مطالعه تامپسون<sup>۴</sup> و همکاران از هر ۱۰ فرد مبتلا به درد مزمن یک نفر به طور بالینی سطوحی از افسردگی را دارد (۲۰).

بر اساس مدل زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی درد<sup>۵</sup>، درک و ابراز درد توسط هر فرد علاوه بر عامل‌های زیستی، تحت تأثیر عامل‌های روانی، اجتماعی و معنوی نیز قرار دارد (۲۱). یکی از عامل‌های مهمی که در سال‌های اخیر توجه برخی از محققان را به خود جلب کرده، سلامت معنوی است (۲۲). سلامت معنوی رضایت فرد از برقراری ارتباط با قدرتی برتر و داشتن معنا و هدف در زندگی تعریف می‌شود (۲۲). تعریف دیگری که برای سلامت معنوی بیان شده، از این قرار است: «سلامت معنوی وضعیتی است دارای مراتب گوناگون که در آن، متناسب با ظرفیت‌ها و قابلیت‌های فرد، بینش‌ها، گرایش‌ها و توانایی‌های لازم برای تعالی روح که همان تقرب به خدای متعال است فراهم می‌باشد، به گونه‌ای که همه امکانات درونی به طور هماهنگ و متعادل در جهت هدف کلی مزبور به کار گرفته می‌شوند و رفتارهای اختیاری درونی و بیرونی متناسب با آنها نسبت به خدا، فرد، جامعه و طبیعت ظهور می‌یابند» (۲۳).

اصطلاح سلامت معنوی در اواخر دهه ۸۰ میلادی وارد عرصه علوم پزشکی شد و سپس سازمان بهداشت جهانی آن را یکی از ارکان سلامت مطرح کرد (۲۳). سلامت معنوی شامل تجربه معنوی انسان در دو بُعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است و در فرهنگ‌های مختلف در چارچوب ساختار معنوی آن فرهنگ، تعریف و سنجیده می‌شود و متأثر از طرز تلقی جوامع گوناگون از معنویت، دین و شرایط متنوع فرهنگی است. معنویت هسته مرکزی تمامی ابعاد وجودی در انسان می‌باشد و ایجاد و رشد احساس معنویت ممکن است یکی از راه‌های مناسب سازگاری با بیماری‌ها باشد (۲۴). سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌هایی نظیر صلح؛ تناسب و هماهنگی؛ ثبات در زندگی؛ و احساس ارتباط نزدیک با خویشستن، خدا، جامعه و محیط

<sup>۱</sup>) The International Association for the Study of Pain(IASP)

<sup>۲</sup>) Acute pain

<sup>۳</sup>) Chronic pain

<sup>۴</sup>) Thompson

<sup>۵</sup>) Biopsychosocial Model

مشخص می‌شود و انسجام و درستی فرد را تأمین می‌کند (۲۵).

نتایج برخی از مطالعات اخیر حاکی از این است که سلامت معنوی با سلامت جسمی افراد در ارتباط است (۲۶، ۲۷).  
 باین‌حال، نتایج موجود درباره ارتباط سلامت معنوی با سلامت افراد ضد و نقیض است. برای مثال، نتایج برخی از مطالعات هیچ‌گونه ارتباطی بین معنویت و سلامت نشان نمی‌دهد (۲۸).  
 برخی از مطالعات دیگر نیز ارتباط بین معنویت را با افزایش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد (۲۹)، هرچند بیماران سرطانی ممکن است تجارب معنوی کاملاً متفاوتی در مقایسه با بیماران مبتلا به درد مزمن داشته باشند (۳۰).  
 باین‌حال، مطالعات اندکی به بررسی سلامت معنوی در افراد مبتلا به درد مزمن و مقایسه آن با افراد سالم پرداخته است (۳۱، ۳۲).  
 به‌علاوه، سلامت معنوی متأثر از طرز تلقی جوامع گوناگون از معنویت، دین و شرایط متنوع فرهنگی است (۳۳).

با توجه به اینکه امید به زندگی افزایش پیدا کرده و شیوع بیماری‌های مزمن و به موجب آن دردهای مزمن رو به افزایش است و با توجه به خلأ موضوع مورد مطالعه درباره بیماران مبتلا به درد مزمن به‌ویژه در ایران، پژوهشگران بر آن شدند که به مقایسه نشانه‌های افسردگی و سلامت معنوی در افراد دارای درد مزمن در مقایسه با افراد سالم بپردازند.

## روش کار

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** در اجرای این مطالعه اصول اخلاقی مانند گرفتن رضایت آگاهانه از افراد، اشاره‌نکردن به نام آنان، محرمانه‌بودن اطلاعات و برخورداری از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان به‌طور کامل رعایت شد.

این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه هدف بیماران مبتلا به درد مزمن و افراد سالم شهر شیراز در سال ۹۶ و ۹۷ بودند. تعداد کل نمونه ۶۰۰ نفر بود که از میان آنان ۳۰۰ نفر افراد دارای درد مزمن مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های درد و ۳۰۰ نفر افراد سالمی بودند که در نقاط مختلف شهر در پارک‌ها حضور داشتند.

معیار ورود افراد دارای درد مزمن به این مطالعه عبارت بود از: (۱) سن بالاتر از ۱۸ سال، (۲) تمایل به شرکت در پژوهش، (۳) دارا بودن دست‌کم تحصیلات پایان ابتدایی و (۴) ابتلا به

درد مزمن بر اساس فرم اطلاعات مربوط به درد. معیار ورود افراد سالم عبارت بود از: (۱) سن بالاتر از ۱۸ سال، (۲) تمایل به شرکت در پژوهش، (۳) دارا بودن دست‌کم تحصیلات پایان ابتدایی و (۴) دارا بودن سلامت جسمانی و روانی بر اساس اظهارات خود فرد. معیارهای خروج از مطالعه در افراد دارای درد مزمن عبارت بود از: (۱) ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن جسمی نظیر سرطان و ام‌اس و (۲) ابتلا به بیماری‌های مزمن روانی مانند افسردگی. معیارهای خروج افراد سالم نیز عبارت بود از: (۱) ابتلا به انواع درد نظیر سردرد و کمردرد، (۲) ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی نظیر دیابت، ام‌اس و دیگر بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده و (۳) ابتلا به بیماری‌های مزمن روانی مانند افسردگی و دیگر اختلالات روانی مزمن.

نمونه‌گیری افراد دارای درد مزمن به‌روش دردسترس انجام شد. به این ترتیب که با مراجعه به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در دو نوبت صبح و عصر از افراد علاقه‌مند به شرکت در پژوهش دعوت شد؛ سپس هدف از مطالعه برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه از آنان رضایت کتبی گرفته شد. سپس افراد با پاسخ به فرم ارزیابی درد مزمن غربال‌گری شدند و از افرادی که با توجه به فرم دارای درد مزمن بودند (۳۰۰ نفر) درخواست شد فرم ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه سلامت معنوی و پرسش‌نامه سلامت بیمار<sup>۱</sup> را تکمیل کنند.

نمونه‌گیری افراد سالم به‌روش خوشه‌ای انجام شد. به این ترتیب که در مرحله اول، شهر شیراز به چهار ناحیه جغرافیایی و هر ناحیه به چهار منطقه پستی تقسیم شد. در مرحله بعد، از هر منطقه به‌طور تصادفی یک پارک انتخاب شد. دلیل این انتخاب آن بود که پارک‌ها بیشترین مکانی بودند که افراد سالم روزانه به آنجا مراجعه می‌کردند. به عبارت دیگر، از هر ناحیه ۱۶ پارک برای جمع‌آوری داده‌ها به‌صورت تصادفی انتخاب شد. برای آنکه نمونه‌های مطالعه حاضر نماینده خوبی از جامعه مطالعه شوند محقق بر آن شد که از هر پارک اطلاعات ۱۸ تا ۱۹ نمونه را جمع‌آوری کند. مراجعه به هر یک از مکان‌های نمونه‌گیری، در دو زمان صبح و عصر انجام شد. در محل، از افراد واجد شرایط ورود، برای شرکت در مطالعه دعوت شد و هدف از مطالعه برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، رضایت

<sup>۱</sup> Patient Health Questionnaire for depression (PHQ9).



بی‌اشتهایی و افکار خودکشی مشخص می‌شود (۱۶). پرسش‌نامه سلامت بیمار ابزاری متشکل از ۹ گویه است که اجرای آن کمتر از ۱۰ دقیقه طول می‌کشد و دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۲۷ است. این پرسش‌نامه از مناسب‌ترین ابزارها برای تشخیص افسردگی در بیماری‌های مزمن است. این مقیاس دارای طیف لیکرت چهارگزینه‌ای از «۰= اصلاً تا ۳= تقریباً هر روز» است. نمرات زیر ۵ نشان وجود سلامت روان‌شناختی و نداشتن افسردگی است. نمرات بین ۵ تا ۹ مبین افسردگی متوسط و نمرات ۱۵ و بالاتر از آن نشان‌دهنده افسردگی شدید است. بر اساس مطالعه خمسه و همکاران اعتبار سازه و همبستگی درونی این پرسش‌نامه مطلوب است (۲=۰/۸۹) و حساسیت (۷۳/۸ درصد) و ویژگی (۷۶/۲ درصد) بالایی در تشخیص افسردگی بیماران دارد (۴۱).

برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، تعداد، درصد و ...)؛ برای مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از آزمون t (برای متغیرهای کمی) و کای اسکور (برای متغیرهای کیفی) و همچنین برای مقایسه نشانه‌های افسردگی و سلامت معنوی در بیماران دارای درد مزمن و افراد سالم از آزمون t استفاده شد. مقدار P نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

از بین ۶۰۰ نمونه بررسی شده، ۴۶۹ نفر (۷۸/۲ درصد) زن و ۱۳۱ نفر (۲۱/۸ درصد) مرد بودند. میانگین سنی افراد  $46/8 \pm 11/9$  به دست آمد. بیشتر افراد (۷۳/۸ درصد) متأهل بودند و بیش از ۴۲ درصد افراد تحصیلات دیپلم داشتند. میانگین شدت درد در افراد مبتلا به درد مزمن  $6/6 \pm 2/3$  و سابقه درد در آنان  $7/8 \pm 3/2$  سال بود (جدول شماره ۱). دردهای مزمن ذکر شده در نمونه افراد مبتلا به درد شامل درد ستون فقرات، درد عضلانی-اسکلتی، درد مفاصل، سردرد و درد بعد از جراحی بود. نتایج حاصل از آزمون t و کای اسکور، تفاوت معنی‌داری بین گروه افراد سالم و گروه مبتلا به درد مزمن در زمینه متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان نداد. بر اساس نتایج به دست آمده از آزمون t، میزان نشانه‌های افسردگی در افراد دارای درد مزمن ( $9/9 \pm 6/3$ ) به طور معناداری بیشتر از افراد سالم بود ( $8/6 \pm 5/0$ ) ( $P < 0/006$ ). همچنین سلامت معنوی در افراد دارای درد مزمن ( $73/78 \pm 12/10$ ) در مقایسه با افراد سالم ( $87/14 \pm 15/03$ ) به طور معنی‌داری پایین‌تر بود ( $P < 0/001$ ) (شکل ۱).

کتبی آگاهانه از آنان گرفته شد. در نهایت پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری و برای مطالعه و تحلیل وارد سیستم شد.

### ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات پژوهش

**فرم ارزیابی درد مزمن:** ارزیابی درد مزمن بر اساس معیارهای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها<sup>۱</sup> (۳۴) و با پاسخ مثبت به سه سؤال ذیل انجام شد: (۱) آیا درد تکرارشونده یا مداوم دارید؟ (۲) آیا این درد یا ناراحتی بیش از سه ماه بوده است؟ (۳) آیا شدت درد زندگی و فعالیت‌های روزمره شما را تحت تأثیر قرار داده است؟ همچنین از شرکت‌کنندگان خواسته شد که علت به وجود آورنده درد خود را مشخص کنند (گزینه‌ها شامل: مشکلات ستون فقرات، آرتروز، سردرد، دیابت، عمل جراحی که بیش از سه ماه قبل انجام شده است، عصب آسیب‌دیده و غیره). این روش ارزیابی درد مزمن در بسیاری از مطالعات درد مزمن استفاده و تأیید شده است (۳۵-۳۹).

**پرسش‌نامه سلامت معنوی:** برای بررسی سلامت معنوی افراد از پرسش‌نامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون<sup>۲</sup> استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۲۰ سؤال است و هدف آن سنجش دو بُعد سلامت معنوی (سلامت مذهبی و وجودی) می‌باشد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (کاملاً مخالفم= ۱، مخالفم= ۲، نظری ندارم= ۳، موافقم= ۴ و کاملاً موافقم= ۵) است. روایی پرسش‌نامه در ایران در مطالعه سیدفاطمی و همکاران از طریق اعتبار سازه و قابلیت اعتماد یا پایایی آن نیز در همان مطالعه از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین شد (۴۰). در مطالعه حاضر ضریب پایایی این ابزار ۰/۸۵ به دست آمده است.

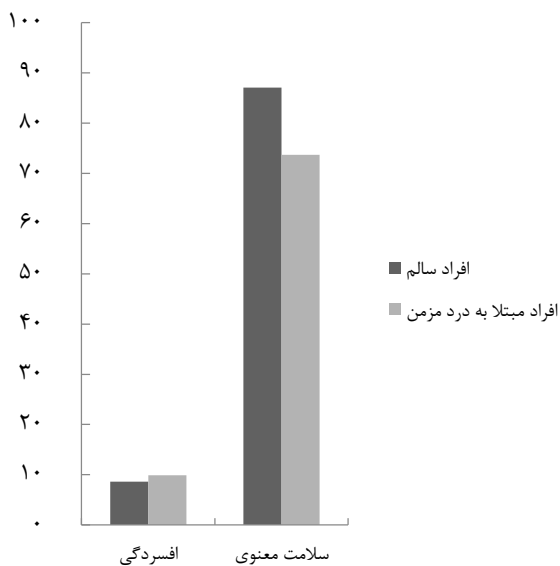
**پرسش‌نامه سلامت بیمار:** برای بررسی نشانه‌های افسردگی از پرسش‌نامه سلامت بیمار استفاده شد. خلق افسرده و نداشتن علاقه و لذت از علائم کلیدی افسردگی به شمار می‌رود. فرد افسرده ممکن است اظهار کند که احساس غم، ناامیدی، پوچی و بی‌ارزشی می‌کند. همچنین، این افراد از کاهش انرژی که منجر به اختلال در کارکرد تحصیلی و حرفه‌ای و کاهش انگیزه برای انجام طرح‌های تازه می‌شود، شکایت می‌کنند. افسردگی موجب ایجاد افت کاری و آموزشی، کاهش انگیزه برای انجام طرح‌های تازه و پیدایش مشکلات شغلی و آموزشی می‌شود که نوع شدید آن (افسردگی اساسی) با کاهش علاقه، انرژی، احساس گناه، اشکال در تمرکز،

<sup>۱</sup>) International Classification of Diseases (ICD-11)

<sup>۲</sup>) Paloutzian & Ellison

جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی افراد مورد مطالعه

متغیر	کل نمونه (N=۶۰۰)
سن (میانگین ± انحراف معیار)	۴۵/۰۲ ± ۱۲/۰۶
جنسیت، تعداد (درصد)	
زن	۴۶۹ (۷۸/۳)
وضعیت تأهل، تعداد (درصد)	
مجرد	۱۲۱ (۲۰/۳)
متأهل	۴۴۳ (۷۳/۸)
مطلقه	۲۰ (۳/۳)
بیوه	۱۶ (۲/۷)
سطح تحصیلات، تعداد (درصد)	
ابتدایی	۱۱۶ (۱۹/۳)
متوسطه	۸۰ (۱۳/۳)
دیپلم	۲۵۵ (۴۲/۵)
دانشگاهی	۱۴۹ (۲۴/۸)
افراد مبتلا به درد مزمن	
شدت درد (میانگین ± انحراف معیار)	۶/۶ ± ۲/۳
سابقه درد بر اساس سال (میانگین ± انحراف معیار)	۷/۸ ± ۳/۲



شکل (۱) مقایسه نشانه‌های افسردگی و سلامت معنوی در افراد سالم و افراد مبتلا به درد مزمن

جدول (۲) ضرایب همبستگی بین تعارض زناشویی و مؤلفه‌های آن با بخشش و جهت‌گیری مذهبی (درونی و بیرونی)

متغیر	گروه	افراد مبتلا به درد مزمن N=۳۰۰	افراد سالم N=۳۰۰	t (df) / X <sup>2</sup> (df)	P-value
سن (میانگین ± انحراف معیار)		۴۴/۲ ± ۱۲/۲	۴۵/۸ ± ۱۱/۸	۱/۲۸ (۱)	۰/۱۹
جنسیت، تعداد (درصد)				۱/۶۵ (۱)	۰/۱۱
زن		۲۲۸ (۷۶)	۲۴۱ (۸۰/۳)		
وضعیت تأهل، تعداد (درصد)				۱۰/۶ (۳)	۰/۰۶
مجرد		۳۹ (۱۳)	۸۲ (۲۷/۳)		
متأهل		۲۳۵ (۷۸/۳)	۲۰۸ (۶۹/۳)		
مطلقه		۱۰ (۳/۳)	۱۰ (۳/۳)		
بیوه		۱۶ (۵/۳)	۰		
سطح تحصیلات، تعداد (درصد)				۱/۴۲ (۳)	۰/۹۲
ابتدایی		۵۹ (۱۹/۷)	۵۷ (۱۹)		
متوسطه		۳۹ (۱۳)	۴۱ (۱۳/۷)		
دیپلم		۱۲۶ (۴۲)	۱۲۹ (۴۳)		
دانشگاهی		۷۶ (۲۵/۳)	۷۳ (۲۴/۳)		

## بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، افراد مبتلا به درد مزمن نشانه‌های افسردگی بیشتری نسبت به افراد سالم داشتند. همسو با این یافته، کرونگه<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه طولی

آینده‌نگر خود گزارش کرده‌اند که افسردگی و درد رابطه‌ای دوسویه دارند؛ به این صورت که با کاهش و یا تشدید هر کدام، دیگری نیز کاهش یا تشدید پیدا می‌کند (۴۲). نتیجه مطالعه‌ای دیگر نشان داده است که از هر ۱۰ بیمار مبتلا به درد مزمن یک نفر به‌طور بالینی سطوحی از افسردگی را نشان می‌دهد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داده که از هر پنج

<sup>۱</sup> Kroenke

را تجربه نمایند (۵۷). عسکری و همکاران نیز در مطالعه خود درباره افراد سالمند دریافته‌اند راهبردهایی که سبب افزایش سلامت معنوی فرد شود، می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی، افسردگی و اضطراب سالمندان کمک‌کننده باشد (۵۸). سانگ<sup>۶</sup> و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که بین سلامت معنوی و امید ارتباط مثبتی وجود دارد و ترویج سلامت معنوی و افزایش امید می‌تواند در بهبود سلامت روان افراد مبتلا به بیماری مزمن مؤثر واقع شود (۵۹). همچنین بر اساس مدل زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی درد، سلامت معنوی نقش بسزایی در ارزیابی بیماران از درد و سازگاری آنان با درد دارد (۲۱، ۶۰).

معنویت هسته مرکزی تمامی ابعاد وجودی در انسان (۲۴) و دارای شاخص‌های مختلفی مانند نماز، ارتباط با خدا، یافتن معنا و امید در زندگی است که با بهزیستی روانی، رضایت از زندگی، شادمانی و همچنین آشفتگی روان‌شناختی پایین در ارتباط است (۶۱). مذهب و معنویت مجموعه‌ای از چارچوب‌ها را معرفی می‌کنند که از راه آنها، انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (۶۲). در تحقیقات مختلفی ارتباط بین دین‌داری، معنویت و سلامت جسمی بیان شده و معنویت عاملی حمایتی در برابر پیامدهای منفی سلامت عمومی مانند درد مزمن ذکر شده است (۵۲).

بر اساس تعالیم دین اسلام، گرایش به معنویت ریشه در فطرت خداگرای انسان دارد که از بدو خلقت انسان با تعالیم آسمانی ادیان شکوفا شده و با انحراف از مسیر دین حق در قالب گرایش‌های معنوی و عرفانی گوناگون ظهور یافته است. بدون این ارتباط مناسب بین انسان و خدا، زندگی انسان به‌طور بالفعل معنادار نمی‌شود. بنابراین سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت در انسان محسوب می‌شود که موجب ارتباط هماهنگ و یکپارچه بین نیروهای داخلی می‌گردد (۶۳) و از طریق ویژگی‌هایی همچون ثبات در زندگی، احساس ارتباط نزدیک با خویش، خدا، جامعه و محیط و داشتن معنی و هدف در زندگی مشخص می‌شود (۱۸).

بر اساس مطالعات انجام‌گرفته، سلامت معنوی از راه‌های مختلف می‌تواند سبب ارتقای سطح سلامت افراد شود. سلامت معنوی توان سازگاری افراد در رویارویی با مشکلات پیش رو را افزایش می‌دهد و از این طریق موجب ارتقای سلامت عمومی در افراد می‌شود (۶۴). برخی از پژوهش‌ها درباره دلبستگی به خدا نشان می‌دهد افرادی که دلبستگی بیشتری به خدا دارند

بیمار مبتلا به درد مزمن که افسردگی دارند، یک نفر افکار خودکشی را طی سال گذشته تجربه کرده است (۴۳). عوامل مختلفی در ارتباط بین افسردگی و درد مزمن دخیل است که از جمله آنها می‌توان به پاتوفیزیولوژی مشترک بین افسردگی و درد اشاره کرد. برای مثال نقش مؤثر نوراپی نفرین<sup>۱</sup> و سروتونین<sup>۲</sup> در آسیب‌شناسی هر دو بیماری پیشنهاد شده است (۴۴، ۴۵). همچنین افراد افسرده به‌علت توجه و تمرکز بیشتری که بر علائم جسمی و تغییرات بدنی خود دارند نسبت به افراد دیگر کمتر می‌توانند درد را تحمل کنند و آستانه درد پایین‌تری دارند (۴۶، ۴۷). از سوی دیگر، کمبود مهارت‌های سازگاری و خودکارآمدی و افزایش ناامیدی و درماندگی در افراد افسرده، آنان را مستعد ابتلا به انواع بیماری‌های جسمانی می‌کند (۴۴، ۴۶). بنابراین مطالعات مختلف نشان داده است که درد مزمن و افسردگی ارتباط تنگاتنگ و نزدیکی با هم دارند (۴۷، ۴۸)؛ اما نمی‌توان گفت که ارتباط بین نشانه‌های افسردگی و درد مزمن از نوع رابطه علت و معلولی است و بر اساس الگوی چندوجهی زیستی، روانی و اجتماعی علاوه بر عوامل زیست‌پزشکی درد (مانند شدت درد و طول مدت ابتلا به درد)، عوامل روان‌شناختی مانند شناخت‌های مرتبط با درد، محیط اجتماعی و فرهنگ نیز در سازگاری با درد نقش مهمی ایفا می‌کند (۴۹).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد افراد مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد سالم دارای سلامت معنوی کمتری بودند. در سال‌های اخیر، محققان حوزه روان‌شناسی سلامت توجه ویژه‌ای به بررسی نقش سلامت معنوی در وضعیت جسمانی و روانی بیماران گوناگون مانند بیماران مبتلا به سرطان (۵۰-۵۲)، نارسایی قلبی (۵۵) و مالتپل اسکلروزیس<sup>۳</sup> (ام.اس) (۵۴)، نشان داده‌اند. با این حال، تاکنون پژوهش‌های اندکی درباره مطالعه نقش معنویت در میان بیماران مبتلا به درد مزمن صورت گرفته است. ریپن‌تراپ<sup>۴</sup> و همکاران در مطالعه خود درباره بیماران مبتلا به درد مزمن دریافته‌اند که داشتن تجارب روزانه معنوی مانند خواندن دعا می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن (بررسی‌شده با پرسش‌نامه SF-۳۶) را پیش‌بینی نماید (۵۶). همچنین هوگلت<sup>۵</sup> و همکاران در مطالعه خود بیان کرده‌اند که معنویت سبب می‌شود افراد با درد ناشی از اختلالات جسمی بهتر مقابله کنند و درد کمتری

<sup>۱</sup>) Norepinephrine

<sup>۲</sup>) Serotonin

<sup>۳</sup>) Multiple sclerosis

<sup>۴</sup>) Rippentrop

<sup>۵</sup>) Huguélet

<sup>۶</sup>) Sung

گیرد. علاوه بر این، اتکا به آزمون‌های خودگزارشی نیز از دیگر نقاط ضعف این مطالعه تلقی می‌شود.

### پیشنهاد‌های پژوهش

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش باید به دنبال راهکارهایی بود که بتوان نقش مسائل معنوی را در فرایند درمان بیماران مبتلا به درد پررنگ‌تر کرد. پیشنهاد می‌شود یافته‌های فوق در نمونه‌های بیشتری از بیماران آزموده شود و همچنین به ارتقای سلامت معنوی از طریق آموزش‌های گروهی در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های درد در کنار درمان‌های رایج پزشکی توجه شود و ارتقای سلامت معنوی بیماران توسط کادر بهداشت و درمان در اولویت ویژه قرار گیرد.

### قدردانی

مؤلفان مقاله از همه کسانی که در اجرای مراحل مختلف مطالعه همکاری داشته‌اند به ویژه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز به شماره و تاریخ ثبت ۱۲۶/الف و ۹۶/۶/۱۲ است.

### حامی مالی

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

### تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

### مشارکت مؤلفان

طراحی مطالعه، تحلیل آماری، تفسیر نتایج و نگارش مقاله: مؤلف اول؛ طراحی مطالعه: مؤلف دوم؛ و جمع‌آوری داده‌ها: مؤلفان سوم، چهارم و پنجم.

و این دلبستگی از نوع ایمن است کمتر دچار تنش می‌شوند و احساس رضایت و صمیمیت بیشتری دارند (۶۵).

علت بسیاری از عملکردهای ضعیف روحی، احساس پوچی و بی‌هدفی است که منجر به بی‌انگیزگی در افراد می‌شود. اهداف انسان در زندگی، سطح توانایی‌های او را می‌آزماید و ذهنش را به آینده متصل می‌سازد. بنابراین برخورداری از سلامت معنوی می‌تواند با تزریق مسئولیت به زندگی توان مقابله با مشکلات را افزایش دهد. واچهلتر<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه خود بیان کرده‌اند که سلامت معنوی سبب افزایش توجه به نیرویی خارق‌العاده و برتر و به دنبال آن کاهش تمرکز بر احساسات بدنی و جسمی در افراد می‌گردد (۶۶). آنان همچنین در مطالعه خود اذعان داشته‌اند که انجام فعالیت‌های معنوی سبب کاهش نشخوار فکری در ارتباط با علائم جسمی، کاهش ناامیدی و درماندگی و در نتیجه افزایش سلامت جسمی در افراد می‌شود.

بنابر آنچه گفته شد، سلامت معنوی عنصری مهم در افزایش تحمل درد مزمن است و آموزش سلامت معنوی با تکیه بر خودآگاهی، ارتباط با خدا، نوع دوستی، بخشش و شکرگزاری می‌تواند در کاهش درد مزمن و افزایش آستانه تحمل درد مفید باشد. به طور خلاصه، بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، افراد مبتلا به درد مزمن در مقایسه با افراد سالم سلامت معنوی کمتر و نشانه‌های افسردگی بیشتری داشتند. بنابراین، به نظر می‌رسد انجام مداخلات روانی-معنوی در جهت کاهش نشانه‌های افسردگی و ارتقای سطح سلامت معنوی افراد جامعه گامی مهم در جهت پیشگیری از درد یا کاهش شدت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن باشد. هرچند انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می‌آید.

در این پژوهش برای نخستین بار، مقایسه سلامت معنوی و نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به درد مزمن و سالم در ایران با حجم نمونه زیاد (۶۰۰ نفر) بررسی شده است که از نقاط قوت مطالعه محسوب می‌شود.

### محدودیت‌های پژوهش

مطالعه حاضر دارای طرحی مقطعی است. بنابراین، هرگونه استنباط علی از یافته‌های به دست آمده جایز نیست. نتایج پژوهش حاضر حاصل تحقیق درباره نمونه‌ای از بیماران مبتلا به درد مزمن است؛ بنابراین، تعمیم نتایج آن باید با احتیاط صورت

<sup>۱</sup> Wachholtz

## 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. Merskey HE. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*. 1986.
4. 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.
5. Merskey HE. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*. 1986.
6. Simon LS. Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*. 2012;26(2):197-8.
7. Jackson T, Thomas S, Stabile V, Han X, Shotwell M, McQueen K. Prevalence of chronic pain in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2015;385:S10.
8. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*. 2012;380(9859):2163-96.
9. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *The lancet*. 1999;354(9186):1248-52.
10. Surah A, Baranidharan G, Morley S. Chronic pain and depression. *Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain*. 2014;14(2):85-9.
11. Fayaz A, Croft P, Langford R, Donaldson L, Jones G. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ open*. 2016;6(6):e010364.
12. Heidari GA, Tavafian SS. Prevalence of chronic pain and its association with depression in adult patients to health centers in Yazd. *Health Education and Health Promotion*. 2018;6(2):65-9.
13. Post RM. Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2007;31(6):858-73.
14. 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.
15. Xu H, Qing H, Lu W, Keegan D, Richardson JS, Chlan-Fourney J, et al. Quetiapine attenuates the immobilization stress-induced decrease of brain-derived neurotrophic factor expression in rat hippocampus. *Neuroscience Letters*. 2002;321(1-2):65-8.
16. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
17. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS medicine*. 2006;3(11):e442.
18. Bravo L, Mico JA, Rey-Brea R, Pérez-Nievas B, Leza JC, Berrocoso E. Depressive-like states heighten the aversion to painful stimuli in a rat model of comorbid chronic pain and depression. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*. 2012;117(3):613-25.
19. Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*. 2004;107(1-2):54-60.
20. Thompson MP, Kaslow NJ, Short LM, Wyckoff S. The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African American abused women. *Journal of Consulting and clinical Psychology*. 2002;70(4):942.
21. Taylor LEV, Stotts NA, Humphreys J, Treadwell MJ, Miaskowski C. A Biopsychosocial-Spiritual Model of Chronic Pain in Adults with Sickle Cell Disease. *Pain Management Nursing*. 2013;14(4):287-301.
22. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982:224-37.
23. Mesbah M, Mahkam R, Moslehi J, Jahangirzadeh Qomi M, Marandi S. Islamic approach to spiritual health. Tehran: Hoghooghi Publication. 2013. (Full Text in Persian)

24. Abedi Jafari H, Rastgar AA. The emergence of spirituality in organizations: concepts, definitions, presumptions and conceptual model. 2007;2(5):99-121. (Full Text in Persian)
25. Craven RF, Hirnle CJ, Henshaw C. Fundamentals of nursing: human health and function: Lippincott; 1992.
26. Nsamenang SA, Hirsch JK, Topciu R, Goodman AD, Duberstein PR. The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis. Journal of behavioral medicine. 2016;39(2):355-63.
27. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. Quality of Life Research. 2018;1-21.
28. Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Pathiaki M, Patiraki E, Galanos A, et al. Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. Archives of Psychiatric Nursing. 2007;21(3):150-61.
29. Johnson KS, Tulskey JA, Hays JC, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist JH, et al. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? Journal of general internal medicine. 2011;26(7):751-8.
30. Büssing A, Ostermann T, Koenig HG. Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2007;37(1):39-57.
31. Baetz M, Bowen R. Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. Pain Research and Management. 2008;13(5):383-8.
32. 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.
33. Mattis JS, Ahluwalia MK, Cowie S, Kirkland-Harris AM. Ethnicity, culture, and spiritual development. The handbook of spiritual development in childhood and adolescence. 2006:283-96.
34. Treede R-D, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. Pain. 2015;156(6):1003.
35. Beitel M, Stults-Kolehmainen M, Cutter CJ, Schottenfeld RS, Eggert K, Madden LM, et al. Physical activity, psychiatric distress, and interest in exercise group participation among individuals seeking methadone maintenance treatment with and without chronic pain. The American journal on addictions. 2016;25(2):125-31.
36. Hairi NN, Cumming RG, Blyth FM, Naganathan V. Chronic pain, impact of pain and pain severity with physical disability in older people-Is there a gender difference? Maturitas. 2013;74(1):68-73.
37. Rutherford C, Nixon J, Brown J, Briggs M, Horton M. The Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs Scale (LANSS) is not an adequate outcome measure of pressure ulcer-related neuropathic pain. European Journal of Pain. 2016;20(10):1710-20.
38. VanDenKerkhof EG, Mann EG, Torrance N, Smith BH, Johnson A, Gilron I. An epidemiological study of neuropathic pain symptoms in Canadian adults. Pain Research and Management. 2016;2016.
39. Shaygan M, Shaygan L. Understanding the Relationship Between Spiritual Well-Being and Depression in Chronic Pain Patients: The Mediating Role of Pain Catastrophizing. Pain Management Nursing. 2019;20(4):358-64.
40. Seyed Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. PAYESH .2006;5(4):295-303. (Full Text in Persian)
41. Khamseh ME, Baradaran HR, Javanbakht A, Mirghorbani M, Yadollahi Z, Malek M. Comparison of the CES-D and PHQ-9 depression scales in people with type 2 diabetes in Tehran, Iran. BMC psychiatry. 2011;11(1):61.
42. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. The Journal of Pain. 2011;12(9):964-73.
43. Boroumand A. Chronic pain, pain self-efficacy and suicidal ideation: The moderating role of pain self-efficacy on relation between depression and suicidal ideation in chronic pain patients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012;14(54):63-152. (Full Text in Persian)
44. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. Psychosomatic medicine. 2002;64(5):773-86.
45. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Archives of internal medicine. 2003;163(20):2433-45.
46. Williams LJ, Jacka FN, Pasco JA, Dodd S, Berk M. Depression and pain: an overview. Acta Neuropsychiatrica. 2014;18(2):79-87.
47. Elfering A, Käser A, Melloh M. Relationship between depressive symptoms and acute low back pain at first medical consultation, three and six weeks of primary care. Psychology, health & medicine. 2014;19(2):235-46.

48. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu WJTJoP. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. 2011;12(9):964-73.
49. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002;70(3):678.
50. Kandasamy A, Chaturvedi SK, Desai G. "Spirituality, distress, depression, anxiety, and quality of life in patients with advanced cancer". *Indian journal of cancer*. 2011; 48(1): 55.
51. Ebrahimipour H, Vejdani M, Taghipour A, Heidarabadi AB, Molavi Y. Spiritual health in cancer patients at OMID hospital affiliated with Mashhad University of Medical Sciences-2012. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2015;1(2):3-9. (Full Text in Persian)
52. Moradi-Joo M, Babazadeh T, Honarvar Z, Mohabat-Bahar S, Rahmati-Najarkolaei F, Haghighi M. The relationship between spiritual health and public health aspects among patients with breast cancer. *Journal of Research on Religion & Health*. 2017;3(3):80-91. (Full Text in Persian)
53. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(4):470-7.
54. Nsamenang SA, Hirsch JK, Topciu R, Goodman AD, Duberstein PR. The interrelations between spiritual well-being, pain interference and depressive symptoms in patients with multiple sclerosis. *Journal of behavioral medicine*. 2016 ;39(2):355-63.
55. Asgari E, Norouzi M, Radmehr H, Mohammadi H. Examining the Effect of Spiritual Health on Hope and Coping Strategies among Patients with Multiple Sclerosis (Ms). *J Res Relig Health*. 2017;3(3):5-17. (Full Text in Persian)
56. Elizabeth 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.
57. Huguelet P, Koenig HG. Religion and spirituality in psychiatry: Cambridge University Press; 2009.
58. Askari MA, Mohammadi H, Radmehr H, Jahangir AH. The effect of spiritual-religious psychotherapy on enhancing quality of life and reducing symptoms of anxiety and depression among the elderly. *Journal of Research on Religion and Health*. 2018;4(2):29-41. (Full Text in Persian)
59. Kim C. A correlation study on spiritual wellbeing, hope and perceived health status of the rural elderly. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2004;18(2):342-57.
60. Lysne CJ, Wachholtz AB. Pain, spirituality, and meaning making: What can we learn from the literature? *Religions*. 2011;2(1):1-16.
61. Arzouman J, Dudas S, Ferrans C, Holm K, editors. Quality of life of patients with sarcoma postchemotherapy. *Oncology Nursing Forum*; 1991.
62. West W. *Psychotherapy & spirituality: Crossing the line between therapy and religion*: Sage; 2000.
63. Dastgheib Z, Gharlipour Z, Dashdebi KG, Hoseini F, Vafae R. Association of between mental health and spiritual health among students in Shiraz University. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2014;24(84):53-9. (Full Text in Persian)
64. Chirico F. Spiritual well-being in the 21st century: It's time to review the current WHO's health definition. *Journal of Health and Social Sciences*. 2016;1(1):11-6.
65. Reiner SR, Anderson TL, Hall MEL, Hall TW. Adult Attachment, God Attachment and Gender in Relation to Perceived Stress. *Journal of Psychology and Theology*. 2010;38(3):175-85.
66. Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the Relationship between Spirituality, Coping, and Pain. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007;30(4):311-8.