Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 2

Predicting Pain Tolerance Based on Spiritual Well-Being and Self-Control in Cancer Patients

Fatemeh Behzoufar[1], Marjan Al-Behbahani*[2]
[1] *Master's student in General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Shiraz, Iran*
[2] *(Corresponding author) Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran*
marjan.albehbahani@iau.ac.ir

Citation: Behzoufar, F., & Al-Behbahani, M. Predicting pain tolerance based on spiritual well-being and self-control in cancer patients. **Journal** of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (2):1-16 [Persian].

Article Info:
Received: 2024/12/21
Accepted: 2025/09/22

Abstract

Cancer, as one of the most prevalent chronic and life-threatening diseases, is accompanied by numerous physical and psychological challenges, including chronic pain that affects patients' quality of life. The present study aimed to predict pain tolerance based on spiritual well-being and self-control in cancer patients. This descriptive-correlational study was conducted on a population of 260 cancer patients referred to Nemazi Hospital in Shiraz in 2024, with a sample of 150 individuals selected via convenience sampling. Research instruments included the Pain Catastrophizing Scale (Sullivan et al., 1995; for inverse measurement of pain tolerance), the Spiritual Well-Being Scale (Paloutzian & Ellison, 1982), and the Self-Control Scale (Tangney et al., 2004), with reliability confirmed by Cronbach's alpha ranging from 0.80 to 0.85. Data were analyzed using Pearson correlation and multiple regression in SPSS-21 software. Pearson correlation results indicated significant positive relationships between spiritual well-being ($r=0.285$, $p<0.001$), self-control ($r=0.328$, $p<0.001$), and pain tolerance. Regression analysis revealed that spiritual well-being and self-control together explained 36% of the variance in pain tolerance ($R^2=0.360$, $F=56.993$, $p<0.001$). Spiritual well-being and self-control are effective predictors of pain tolerance in cancer patients, and it is recommended to integrate interventions focused on enhancing these factors into clinical programs to improve patients' quality of life.

Key words
Pain tolerance, Spiritual well-being, Self-control, Cancer patients,

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

پیش بینی تحمل درد بر اساس سلامت معنوی و خودکنترلی بیماران سرطانی

فاطمه بهروزفر[۱]، مرجان آل بهبهانی[۲*]

۱. دانشجوی کارشناسی‌ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران

۲. (نویسندهٔ مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز ، ایران marjan.albehbahai@iau.ac.ir

تاریخ دریافت
۱۴۰۳/۱۰/۰۱

تاریخ پذیرش نهایی
۱۴۰۴/۰۶/۳۱

چکیده

سرطان به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده، با چالش‌های جسمانی و روانی متعددی همراه است، از جمله درد مزمن که کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی تحمل درد بر اساس سلامت معنوی و خودکنترلی در بیماران سرطانی انجام شد. این پژوهش توصیفی-همبستگی بر روی جامعه آماری ۲۶۰ بیمار سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان نمازی شیراز در سال ۱۴۰۳ شمسی، با نمونه ۱۵۰ نفری انتخاب‌شده از طریق نمونه‌گیری در دسترس، صورت گرفت. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه فاجعه‌سازی درد (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵؛ برای سنجش معکوس تحمل درد)، پرسشنامه سلامت معنوی (پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲) و پرسشنامه خودکنترلی (تانچی و همکاران، ۲۰۰۴) بودند که پایایی آن‌ها با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تا ۰/۸۵ تأیید شد. داده‌ها با آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در نرم‌افزار SPSS-۲۱ تحلیل گردید. نتایج همبستگی پیرسون روابط مثبت و معناداری را میان سلامت معنوی ($r=۰/۲۸۵$، $p<۰/۰۰۱$)، خودکنترلی ($r=۰/۳۲۸$، $p<۰/۰۰۱$) و تحمل درد نشان داد. تحلیل رگرسیون حاکی از آن بود که سلامت معنوی و خودکنترلی به طور همزمان ۳۶٪ از واریانس تحمل درد را تبیین می‌کنند ($R^2=۰/۳۶۰$، $F=۵۶/۹۹۳$، $p<۰/۰۰۱$). سلامت معنوی و خودکنترلی عوامل مؤثری در پیش‌بینی تحمل درد بیماران سرطانی هستند و پیشنهاد می‌شود مداخلات بالینی مبتنی بر تقویت این عوامل در برنامه‌های درمانی ادغام شود تا کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد.

واژگان کلیدی
تحمل درد، سلامت معنوی، خودکنترلی، بیماران سرطانی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

سرطان، به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات مزمن و تهدیدکننده حیات، اصطلاحی گسترده برای توصیف گروهی از بیماری‌هاست که بیش از ۲۷۰ نوع مختلف را در بر می‌گیرد و بر بافت‌ها یا ارگان‌های خاص بدن تأثیر می‌گذارد. در اصل ، سرطان ناشی از رشد غیرطبیعی و کنترل‌نشده سلول‌ها است که اغلب با اختلال در مکانیسم‌های تنظیم ژنتیکی و اپی‌ژنتیکی آغاز می‌شود (شیونگ و همکاران، ۲۰۲۵).مدیریت جنبه‌های روانی و جسمانی در بیماران مبتلا به سرطان، از اهمیت حیاتی برخوردار است، زیرا این افراد با چالش‌های چندوجهی عاطفی، اجتماعی و جسمانی مواجه می‌شوند. آگاهی از احساسات شخصی، برقراری روابط حمایتی با دیگران، و به‌کارگیری استراتژی‌های مبتنی بر شواهد برای مدیریت درد، می‌تواند به طور معناداری کیفیت زندگی این بیماران را ارتقا دهد (ژونگ و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، شواهد پژوهشی اخیر نشان می‌دهد که بهبود تحمل درد نه تنها به کاهش شدت علائم جسمانی کمک می‌کند، بلکه با تسهیل پایبندی به درمان و تسریع فرآیند بهبودی، بر پیامدهای درمانی کلی تأثیر مثبت می‌گذارد (ژانگ ، ۲۰۲۳). در واقع، پویایی‌های ذهنی و هیجانی بیماران سرطانی، نقش محوری در تقویت خودآگاهی، تعاملات اجتماعی، و موفقیت فرآیند درمانی ایفا می‌کنند (بروزوویچ و همکاران، ۲۰۲۲).

زندگی با درد مزمن ناشی از سرطان، نیازمند تحمل بار عاطفی قابل توجهی است. درد نه تنها ظرفیت‌های عاطفی و هیجانی فرد را تضعیف می‌کند، بلکه تلاش‌های مداوم برای تسکین آن اغلب به نتایج مطلوب منجر نمی‌شود؛ این وضعیت در نهایت به کاهش روحیه، احساس ناامیدی و درماندگی، و حتی بروز اضطراب بالینی شدید می‌انجامد (هارون و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس گزارش‌های رسمی اخیر، تعداد موارد جدید ابتلا به سرطان در ایران از حدود ۱۱۲٬۰۰۰ مورد ثبت‌شده در سال ۲۰۱۶ به بیش از ۱۶۰٬۰۰۰ مورد در سال ۲۰۲۵ افزایش یافته است (رحیمی و همکاران ،۲۰۲۴). این افزایش، بیشترین رشد را در انواع خاصی از سرطان نشان می‌دهد، از جمله سرطان تیروئید (با ۱۱۳/۸٪ افزایش)، پروستات (۶۶/۷٪)، پستان در زنان (۶۳/۰٪)، و روده بزرگ (۵۴/۱٪). در سال ۲۰۲۳، شایع‌ترین انواع سرطان در ایران عبارت بودند از سرطان پستان، کولورکتال، و معده، که پیش‌بینی می‌شود این الگو تا سال ۲۰۲۵ نیز تداوم یابد (فرامرزی و همکاران ، ۲۰۲۴).

تحمل درد، به عنوان یکی از متغیرهای کلیدی روانشناختی، نقش برجسته‌ای در تسریع بهبود روانی بیماران سرطانی ایفا می‌کند (مرکادانته، ۲۰۲۲). درد مزمن، شایع‌ترین استرسور روانی است که انسان‌ها با آن مواجه می‌شوند و هیچ علامت جسمانی دیگری به اندازه آن فراگیر نیست (مستداغ و همکاران، ۲۰۲۳). بررسی‌های اپیدمیولوژیک اخیر، شیوع متوسط درد مزمن را در جمعیت بزرگسالان حدود ۲۱٪ گزارش کرده است، در حالی که سازمان بهداشت جهانی این رقم را برای سطح جهانی حدود ۲۰٪ تخمین می‌زند (اُرُجلّو و همکاران، ۲۰۲۲) .شایع‌ترین سن ابتلا به درد مزمن، دهه‌های چهارم و پنجم زندگی است، که ممکن است با کاهش تدریجی تحمل درد در سنین بالاتر و افزایش ریسک ابتلا به سرطان همبستگی داشته باشد (فرامرزی و همکاران ، ۲۰۲۴). علاوه بر سن، شیوع درد مزمن با جنسیت نیز همبستگی مثبت دارد؛ اختلالات درد در زنان دو برابر مردان تشخیص داده می‌شود (تو و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش‌های اخیر بر عوامل مؤثر در بروز و تداوم درد مزمن تمرکز کرده‌اند و ترس از درد را به عنوان پیش‌زمینه‌ای برای رفتارهای اجتنابی توصیف کرده‌اند، که در آن فرد از مواجهه با محرک‌های مرتبط با درد دوری می‌جوید(غنی و همکاران، ۲۰۲۵). این اجتناب اولیه ممکن است به کاهش موقت درد، ترس، تنش و اضطراب منجر شود، اما در بلندمدت، رفتارهای اجتنابی را تقویت کرده و مانع پردازش شناختی واقعی تهدید می‌گردد. اگر این الگو تداوم یابد، چرخه ترس مجدداً فعال می‌شود (دو و همکاران، ۲۰۲۵). برخی مطالعات تأکید دارند که ترس از درد، حتی ناتوان‌کننده‌تر از خود درد است(غنی و همکاران، ۲۰۲۵). در رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی ، درد به عنوان بخشی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

اجتناب‌ناپذیر از تجربه انسانی پذیرفته می‌شود و هدف، پرورش انعطاف‌پذیری روانشناختی در برابر افکار، احساسات و رفتارهای مرتبط با درد است.سطوح بالاتر انعطاف‌پذیری شناختی و ذهن‌آگاهی با کاهش رنج و احساس ناتوانی در بیماران همبستگی مثبت دارد (زیمارو و همکاران، ۲۰۲۵). با این حال، در کنار عوامل زیستی و جسمانی، متغیرهای روانشناختی و معنوی نیز بخش عمده‌ای از ظرفیت تحمل درد را تعیین می‌کنند. این اهمیت در بیماران سرطانی، که به دلیل ماهیت پیش‌رونده و تهدیدکننده بیماری‌شان، بیشتر در معرض درد و پیامدهای روانی آن قرار دارند، دوچندان می‌شود(اریورک، ۲۰۲۵).

سلامت معنوی، به عنوان نیروی یکپارچه‌کننده ابعاد روانی، جسمانی و اجتماعی وجود انسانی، در دو بعد اصلی بررسی می‌شود: (الف) بعد مذهبی-معنوی، که بر درک فرد از سلامت در چارچوب ارتباط با نیروی برتر تمرکز دارد؛ و (ب) بعد وجودی، که بر سازگاری با خود، جامعه و محیط تأکید می‌کند (ناگی و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که معنویت و باورهای مذهبی، نقش محوری در سازگاری با سرطان ایفا می‌کنند و به ایجاد زندگی هدفمند و معنادار در بیماران کمک می‌نمایند. بیمارانی با سطوح بالاتر سلامت معنوی، نه تنها با بیماری‌شان بهتر کنار می‌آیند، بلکه حتی مراحل پایانی آن را با آرامش بیشتری طی می‌کنند (آفایا و همکاران، ۲۰۲۴). عوارض جانبی سرطان در این افراد کمتر مشاهده می‌شود و در مراحل انتهایی، آرامش معنوی-مذهبی می‌تواند از سلامت جسمی و روانی نیز اولویت‌دارتر باشد (سنویکراما و همکاران، ۲۰۲۵). این بیماران، مرگ را نه پایان، بلکه آغازی برای ابدیت می‌دانند. سلامت معنوی، از طریق ایجاد معنا و هدف در زندگی، کاهش اضطراب وجودی، و تعدیل آسیب‌های مرتبط با درد و ترس از مرگ، می‌تواند ظرفیت تحمل درد را در بیماران سرطانی به طور معناداری افزایش دهد (پاول و کالیر، ۲۰۲۵).

خودکنترلی، متغیر دیگری است که سهم برجسته‌ای در فرآیند تطبیق با شرایط چالش‌برانگیز، از جمله درد، دارد. کنترل هیجانی و باور به توانایی‌های شخصی برای مقابله با استرس‌ها، در افراد با شاخص‌های بالاتر سلامت روان شایع‌تر است (وو و همکاران ، ۲۰۲۴). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که خودکنترلی، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده واریانس سلامت روان است و آموزش آن می‌تواند علائم اختلالات روانی مانند پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و استرس را بهبود بخشد (احمدی و همکاران، ۲۰۲۳). مفهوم خودکنترلی توسط اشنایدر (۱۹۷۴) به عنوان درجه انعطاف‌پذیری یا پایداری فرد در موقعیت‌های اجتماعی گسترش یافت . بر اساس این دیدگاه، افراد به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند: کسانی با خودکنترلی بالا، که ظاهر و رفتار خود را با زمینه اجتماعی تطبیق می‌دهند؛ و کسانی با خودکنترلی پایین، که تمایل به بیان مستقیم افکار و احساسات بدون تنظیم دارند (وو و همکاران ، ۲۰۲۴). خودکنترلی با پیامدهای مثبت متعددی، از جمله کاهش ریسک اختلالات روانی و جسمانی (حتی سرطان)، همبستگی دارد (شن و همکاران ،۲۰۲۴). افراد با خودکنترلی بالا، تحمل درد بیشتری نشان می‌دهند و در مواجهه با بیماری‌های مزمن مانند سرطان، تاب‌آوری بالاتری دارند. مطالعات اخیر تأیید می‌کنند که ارتقای خودکنترلی از طریق مداخلات آموزشی، به رفتارهای مقابله‌ای سالم‌تر و افزایش تاب‌آوری در برابر درد و استرس منجر می‌شود ، بنابراین، ارتباط آن با تحمل درد در بیماران سرطانی، نیازمند بررسی عمیق‌تر است (سجاتار و همکاران، ۲۰۲۴).

با وجود پژوهش‌های گسترده‌ای که تأثیر جداگانه سلامت معنوی و خودکنترلی را بر پیامدهای روانشناختی و تحمل درد در بیماران سرطانی بررسی کرده‌اند، مطالعات کمی به بررسی ترکیبی این متغیرها در چارچوب مدل‌های پیش‌بینی‌کننده پرداخته‌اند، به ویژه با توجه به بافت فرهنگی-اجتماعی ایران. تفاوت‌های فرهنگی، از جمله تأکید بر جنبه‌های معنوی و مذهبی در جامعه ایرانی، لزوم ارزیابی همزمان این عوامل و نقش تعاملی آن‌ها را برجسته می‌سازد. شکاف موجود در تحقیقات تلفیقی و مدل‌محور،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

همراه با اهمیت شناسایی مکانیسم‌های مؤثر بر تحمل درد، ضرورت پژوهش‌های جامع در این حوزه را ایجاب می‌کند .بر این اساس، پرسش اصلی پژوهش حاضر این است: آیا سلامت معنوی و خودکنترلی می‌توانند تحمل درد را در بیماران سرطانی پیش‌بینی کنند؟

روش

پژوهش حاضر از منظر هدف کاربردی و از دیدگاه روش‌شناسی توصیفی-همبستگی طراحی شد و با هدف بررسی روابط میان سلامت معنوی و خودکنترلی با تحمل درد در بیماران سرطانی و ارائه مدلی پیش‌بینی‌کننده برای مداخلات بالینی و درمانی اجرا گردید. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان بود که در سال ۱۴۰۳ برای درمان به بیمارستان نمازی شیراز مراجعه کرده بودند و بر اساس آمار رسمی بیمارستان، تعداد آن‌ها ۲۶۰ نفر برآورد شد. نمونه پژوهش مشتمل بر ۱۵۰ نفر از این بیماران بود که تحت درمان در مراکز درمانی و بیمارستانی نمازی قرار داشتند. حجم نمونه بر اساس جدول مورگان و با در نظر گرفتن اندازه جامعه تعیین شد و برای دستیابی به سطح اطمینان ٪۹۵ و خطای استاندارد ٪۵ بهینه ارزیابی گردید. با توجه به محدودیت‌های دسترسی به تمام اعضای جامعه و تمرکز جغرافیایی نمونه در یک مرکز درمانی، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد.

به منظور افزایش همگنی نمونه و کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده، معیارهای ورود شامل تشخیص قطعی سرطان تأیید شده توسط پزشک معالج و گزارش‌های پاتولوژیک، سن ۱۸ سال یا بالاتر، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، رضایت آگاهانه کتبی و گذشت حداقل سه ماه از زمان تشخیص سرطان بود. معیارهای خروج نیز شامل وجود اختلالات روانی همزمان بر اساس DSM-5 ، ناتوانی شناختی یا جسمانی شدید، انصراف یا عدم تمایل به ادامه مشارکت و مصرف داروهای مخدر یا آرام‌بخش‌های قوی که می‌توانستند تحمل درد را به‌طور مستقیم و غیر استاندارد تحت تأثیر قرار دهند، تعیین شد. از میان ۱۶۰ نفر دعوت‌شده، ۱۵۰ نفر معادل ٪۹۳٫۷۵ معیارهای ورود را برآورده ساخته و در پژوهش شرکت کردند.

اطلاعات پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد جمع‌آوری و پس از گردآوری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شد. تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت؛ در سطح توصیفی شاخص‌های آماری نظیر میانگین و انحراف معیار محاسبه شد و در سطح استنباطی برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان بهره گرفته شد.

تمامی اصول اخلاق پژوهش رعایت گردید. اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه نگهداری شد و رضایت آگاهانه کتبی از آنان اخذ شد. مشارکت در پژوهش داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان در هر مرحله حق انصراف داشتند. همچنین، پژوهش هیچ‌گونه آسیبی جسمانی یا روانی به شرکت‌کنندگان وارد نکرد و تمامی مراحل با کسب تأییدیه از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز (کد اخلاق :IR.IAU.SHIRAZ.REC.1403.234) انجام پذیرفت.

ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر در کنار اطلاعات جمعیت‌شناختی از پرسشنامه‌های زیر نیز استفاده شده است:

پرسشنامه فاجعه‌سازی درد (Pain Catastrophizing Scale; PCS):

پرسشنامه فاجعه‌سازی درد توسط سالیوان، بیشاپ و هیو (۱۹۹۵) ساخته شده است و شامل ۱۳ گویه است که سطح فاجعه‌سازی درد را به عنوان یک سازه شناختی-عاطفی کلیدی در پردازش و ادراک درد ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه سه زیرمقیاس اصلی دارد: نشخوار ذهنی (۵ گویه، که افکار تکرارشونده و تمرکز بیش از حد بر درد را اندازه‌گیری می‌کند)، بزرگ‌نمایی (۳ گویه، که تأکید بر جنبه‌های فاجعه‌بار و تهدیدکننده درد را می‌سنجد)، و درماندگی (۵ گویه، که احساس ناتوانی و عدم کنترل بر درد

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

را ارزیابی می‌نماید). به طور کلی، PCS تجربیات فاجعه‌سازی را در موقعیت‌های دردناک اندازه‌گیری می‌کند و نشان می‌دهد چگونه افکار منفی می‌توانند به تشدید ادراک درد، کاهش تحمل و افزایش ناتوانی عملکردی منجر شوند (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۵).نمره‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰ = به هیچ وجه تا ۴ = همیشه) انجام می‌شود، با دامنه نمره کل ۰ تا ۵۲؛ نمرات بالاتر از ۳۰ سطوح بالینی معنادار را نشان می‌دهد. زمان تکمیل ۵- ۱۰ دقیقه است و ابزار خودگزارشی است.

در مطالعه اصلی سازندگان (سالیوان، بیشاپ و هیو، ۱۹۹۵)، تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۴۲۵ شرکت‌کننده، ساختار سه‌عاملی را تأیید کرد که ۴۱٪ (نشخوار)، ۱۰٪ (بزرگ‌نمایی) و ۸٪ (درماندگی) از واریانس کل را تبیین می‌نماید. پایایی درونی آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰٫۸۷، و برای زیرمقیاس‌ها ۰٫۸۷ (نشخوار)، ۰٫۶۰ (بزرگ‌نمایی) و ۰٫۷۹ (درماندگی) گزارش شد؛ متاآنالیز ویلر و همکاران (۲۰۱۹) آلفای متوسط وزنی ۰٫۸۶ و روایی پیش‌بینی‌کننده (r = ۰٫۳۵-۰٫۵۰ برای شدت درد) را تأیید کرد. مرادی و همکاران (۱۳۹۶) روایی و پایایی نسخه فارسی را بر روی ۲۰۰ بیمار درد مزمن بررسی کردند؛ تحلیل عاملی تأییدی برازش مناسب ۰٫۹۲، و همبستگی همگرا ۰٫۶۸ با اضطراب درد را نشان داد. آلفای کل ۰٫۸۵ و بازآزمایی ۰٫۸۱ بود. گودرزی و همکاران (۱۳۹۸) آلفا ۰٫۸۹ و بازآزمایی ۰٫۸۶ را در ۱۵۰ بیمار مزمن گزارش کردند.در پژوهش حاضر، پایایی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰٫۸۰ محاسبه شد که نشان‌دهنده اعتبار قابل قبول ابزار در نمونه مورد مطالعه است.

پرسشنامه سلامت معنوی (Spiritual Well-Being Scale; SWBS)

پرسشنامه سلامت معنوی توسط پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) ساخته شده است و شامل ۲۰ گویه است که سطح سلامت معنوی را به عنوان یک سازه چندبعدی، شامل جنبه‌های مذهبی و وجودی، ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه دو زیرمقیاس اصلی دارد: سلامت مذهبی (۱۰ گویه، که ارتباط با نیروی برتر، رضایت از رابطه الهی و جنبه‌های مذهبی زندگی را اندازه‌گیری می‌کند)، و سلامت وجودی (۱۰ گویه، که احساس هدفمندی، رضایت از زندگی و سازگاری با خود و محیط را می‌سنجد). به طور کلی، SWBS کیفیت کلی بهزیستی معنوی را اندازه‌گیری می‌کند و نشان می‌دهد چگونه جنبه‌های معنوی می‌توانند به مقابله با استرس، افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی در شرایط مزمن مانند سرطان کمک کنند (پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲).

نمره‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۶ = کاملاً موافقم) انجام می‌شود، با دامنه نمره کل ۲۰ تا ۱۲۰؛ نمرات بالاتر از ۸۰ سطوح مطلوب سلامت معنوی را نشان می‌دهد. زمان تکمیل ۸-۵ دقیقه است و ابزار خودگزارشی است. در مطالعه اصلی سازندگان (پولوتزین و الیسون، ۱۹۸۲)، تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۱۰۰۱ شرکت‌کننده بزرگسال، ساختار دوعاملی را تأیید کرد که ۵۴٪ (سلامت مذهبی) و ۲۹٪ (سلامت وجودی) از واریانس کل را تبیین می‌نماید. . پایایی درونی آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰٫۹۴، و برای زیرمقیاس‌ها ۰٫۸۹ (سلامت مذهبی) و ۰٫۷۸ (سلامت وجودی) گزارش شد؛ نسخه فارسی SWBS در مطالعات متعدد ایرانی اعتبارسنجی شده و برای جامعه فارسی‌زبان، به ویژه بیماران مزمن، مناسب است. فاطمی و همکاران (۱۳۸۵) روایی محتوا را از طریق نظر کارشناسان تأیید کردند و پایایی آلفای کل ۰٫۸۷ را گزارش نمودند. در مطالعه‌ای از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۱۳۸۹)، روایی سازه‌ای با تحلیل عاملی تأییدی (CFI = ۰٫۹۰، RMSEA =۰٫۰۵) و همبستگی همگرا (r = ۰٫۷۰ با مقیاس رضایت از زندگی) پشتیبانی شد؛ آلفای کل ۰٫۸۶ و بازآزمایی ۰٫۸۴ بود. غلامی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی بر روی بیماران سرطانی، روایی همگرا (r = ۰٫۶۲ با مقیاس اضطراب) و آلفا ۰٫۸۹ را گزارش کردند. به طور کلی، SWBS فارسی روایی فرهنگی مناسبی در زمینه‌های مذهبی-اجتماعی ایران دارد. در پژوهش حاضر، پایایی درونی با آلفای کرونباخ ۰٫۸۵ (برای کل) محاسبه شد؛ برای زیرمقیاس‌ها ۰٫۸۸

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

(سلامت مذهبی) و ۰٫۷۹ (سلامت وجودی). روایی سازه‌ای با همبستگی همگرا (r = ۰٫۶۸ با مقیاس رضایت از زندگی) و واگرا (r =-۰٫۴۵ با مقیاس افسردگی) تأیید شد، که اعتبار ابزار را در نمونه بیماران سرطانی ایرانی نشان میدهد.

پرسشنامه خودکنترلی (Self-Control Scale; SCS):

پرسشنامه خودکنترلی توسط تانچی، بامایستر و بون (۲۰۰۴) ساخته شده است و شامل ۳۶ گویه است که سطح خودکنترلی را به عنوان یک سازه کلی شخصیت، شامل توانایی کنترل تکانه‌ها، حفظ عادات سالم و پایبندی به تعهدات، ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شش زیرمقیاس اصلی دارد: انضباط کلی (۷ گویه، که خودنظم‌دهی و تمرکز بر اهداف را اندازه‌گیری می‌کند)، کنترل تکانشی (۶ گویه، که مهار رفتارهای ناگهانی را می‌سنجد)، عادات سالم (۵ گویه، که رفتارهای مراقبتی از سلامت را ارزیابی می‌نماید)، اخلاق کاری (۶ گویه، که تعهد به وظایف را اندازه‌گیری می‌کند)، قابلیت اعتماد (۶ گویه، که پایبندی به وعده‌ها را می‌سنجد)، و اعتدال (۶ گویه، که تعادل در لذت‌ها و اجتناب از افراط را ارزیابی می‌کند). به طور کلی، این پرسشنامه ظرفیت کلی فرد برای تنظیم خود در برابر وسوسه‌ها و دستیابی به اهداف بلندمدت را اندازه‌گیری می‌کند و با پیامدهای مثبت مانند سلامت روان، عملکرد تحصیلی و روابط بین‌فردی همبستگی دارد (تانچی و همکاران، ۲۰۰۴) . نمره‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = اصلاً تا ۵ = خیلی زیاد) انجام می‌شود، با معکوس نمره‌دهی ۱۲ گویه منفی؛ دامنه نمره کل ۳۶ تا ۱۸۰بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودکنترلی بیشتر است. ریدر و همکاران (۲۰۱۱) با انجام پژوهشی به بررسی دو خرده مقیاس پرسشنامه پرداختند. نتایج تحقیق آنها حاکی از همسانی درونی مناسب آنها بود (آلفای کرونباخ خودکنترلی منع کننده ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ برای خودکنترلی اولیه ی ۰/۶۸ بود). این پرسشنامه در پژوهش‌های داخلی بیشماری (از جمله آرین پور وهمکاران،۱۳۹۳) نیز مورد استفاده قرار گرفته است که حاکی از روایی بالای پرسشنامه بوده است و پایایی آن نیز برابر ۰/۸۷ بدست آمده است، در پژوهش حاضر، پایایی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ (برای کل) محاسبه شد؛ برای زیرمقیاس‌ها ۰/۸۰ (انضباط کلی)، ۰/۷۹ (کنترل تکانشی)، ۰/۷۶ (عادات سالم)، ۰/۸۲ (اخلاق کاری)، ۰/۷۸ (قابلیت اعتماد) و ۰/۸۱ (اعتدال)به دست آمد .

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۹۰ زن (۶۰ درصد) و ۶۰ مرد (۴۰ درصد) بود. از میان افراد نمونه، ۳۰ نفر دارای مدرک دیپلم (۲۰ درصد)، ۶۰ نفر کارشناسی (۴۰ درصد)، ۴۵ نفر ارشد (۳۰ درصد) و ۱۵ نفر (۱۰ درصد) دارای مدرک دکتری بودند. همچنین شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر در رده سنی میان ۲۵ تا ۷۰ سال قرار داشتند. برای بررسی وضعیت مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر برای هر متغیر محاسبه و در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- آمار توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	کجی	کشیدگی
تحمل درد	۳۴/۸۰	۶/۲۷	۱۸	۵۷	۱/۳۴	۰/۷۶
خودکنترلی	۹۳/۰۹	۱۱/۷۹	۴۷	۱۴۵	-۱/۱۱	۰/۱۸
سلامت معنوی	۲۵/۶۸	۴/۶۰	۱۸	۴۲	-۰/۹۹	۰/۱۹
سلامت وجودی	۳۰/۱۹	۵/۳۱	۲۰	۴۶	-۰/۵۳	۰/۱۱

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

همان‌طور که مشاهده می‌شود، تحمل درد نسبت به سایر متغیرها دارای بالاترین میانگین است و پراکندگی آن نیز قابل توجه است، که نشان‌دهنده تفاوت فردی گسترده در تجربه درد در میان بیماران است. در مقابل، سلامت معنوی و سلامت وجودی دارای نمرات متوسط بوده و پراکندگی کمتری دارند. برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش، ماتریس همبستگی پیرسون محاسبه شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

	سلامت معنوی	سلامت وجودی	خودکنترلی	تحمل درد
سلامت معنوی	۱			
سلامت وجودی	۰/۴۲۹**	۱		
خودکنترلی	۰/۲۸۹**	۰/۳۰۰**	۱	
تحمل درد	۰/۲۸۵**	۰/۳۷۶**	۰/۳۲۸**	۱

نتایج نشان داد سلامت معنوی، سلامت وجودی و خودکنترلی با تحمل درد همبستگی مثبت و معناداری دارند، که بیانگر این است که افزایش این متغیرها با افزایش تحمل درد بیماران همراه است. بیشترین همبستگی مربوط به خودکارآمدی و تحمل درد است که نشان‌دهنده نقش برجسته خودکارآمدی در پیش‌بینی تحمل درد می‌باشد.

برای بررسی فرضیه فرعی اول پژوهش مبنی بر توانایی سلامت معنوی و سلامت وجودی در پیش‌بینی تحمل درد بیماران سرطانی، تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان انجام شد. نتایج مربوط به شاخص‌های رگرسیون و اهمیت آماری متغیرهای پیش‌بین در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- آزمون رگرسیون چندگانه همزمان جهت پیش بینی تحمل درد بر اساس سلامت معنوی

متغیر ملاک: تحمل درد

متغیر پیش بین	R	R^2	F	P	β	T	P
سلامت معنوی	۰/۴۵۲	۰/۲۰۴	۴۹/۳۳۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶	۲/۹۹۸	۰/۰۰۷
سلامت وجودی					۰/۳۴۱	۳/۶۷۲	۰/۰۰۱

نتایج نشان داد که سلامت معنوی و سلامت وجودی به‌طور همزمان قادر به پیش‌بینی تحمل درد هستند. به‌طور کلی، این دو متغیر نزدیک به ۲۰٪ از واریانس تحمل درد را توضیح می‌دهند، که نشان‌دهنده نقش مهم سلامت معنوی و وجودی در تجربه و مدیریت درد بیماران سرطانی است. به‌طور جداگانه، هر دو متغیر به صورت مثبت و معنادار پیش‌بینی‌کننده تحمل درد بودند، که بیانگر این است که افزایش سلامت معنوی و وجودی با افزایش تحمل درد

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

همراه است. برای آزمون فرضیه فرعی دوم که خودکنترلی را به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده تحمل درد مطرح می‌کند، تحلیل رگرسیون تک‌متغیره انجام شد. نتایج شاخص‌های رگرسیون و اهمیت آماری خودکنترلی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول۴- آزمون رگرسیون تک متغیره جهت پیش بینی تحمل درد بر اساس خودکنترلی

متغیر ملاک: تحمل درد

متغیر پیش بین	R	R^2	F	P	β	T	P
خودکنترلی	۰/۳۲۸	۰/۱۰۷	۲۹/۶۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸	۷/۸۹۳	۰/۰۰۱

نتایج نشان داد که خودکنترلی به صورت مثبت و معنادار قادر به پیش‌بینی تحمل درد بیماران است و حدود ٪۱۰ از واریانس این متغیر را تبیین می‌کند. این یافته نشان می‌دهد که افزایش توانایی خودکنترلی بیماران با افزایش توانایی آن‌ها در تحمل درد مرتبط است و نقش خودکنترلی به‌عنوان یک عامل روان‌شناختی مهم در تجربه درد تأیید می‌شود برای آزمون فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر پیش‌بینی تحمل درد بر اساس سلامت معنوی، خودکنترلی و خودکارآمدی، تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان انجام شد. نتایج شاخص‌های رگرسیون، ضریب تعیین و اهمیت آماری متغیرهای پیش‌بین در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵-آزمون رگرسیون چندگانه جهت پیش بینی تحمل درد بر اساس سلامت معنوی، خودکنترلی و خودکارآمدی

متغیر ملاک: تحمل درد

متغیر پیش بین	R	R^2	F	P	β	T	P
سلامت معنوی	۰/۶۰۰	۰/۳۶۰	۵۶/۹۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸	۳/۵۹۸	۰/۰۰۱
خودکنترلی					۰/۲۹۸	۳/۴۲۹	۰/۰۰۱

نتایج نشان داد که سلامت معنوی و خودکنترلی به صورت همزمان ٪۳۶ از واریانس تحمل درد بیماران را توضیح می‌دهند. هر دو متغیر به صورت مثبت و معنادار پیش‌بینی‌کننده تحمل درد بودند، که بیانگر اهمیت بالینی و نقش روان‌شناختی سلامت معنوی و خودکنترلی در مدیریت و تجربه درد بیماران سرطانی است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ترکیب سلامت معنوی و مهارت‌های خودکنترلی می‌تواند به عنوان یک محور اصلی در طراحی مداخلات بالینی و درمانی جهت افزایش تحمل درد مورد توجه قرار گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، که بر پایه روابط میان سلامت معنوی و خودکنترلی با تحمل درد در بیماران سرطانی استوار است، بر نقش محوری عوامل روان‌شناختی در مدیریت درد مزمن تأکید دارد و نشان می‌دهد که این متغیرها می‌توانند به عنوان اهرم‌های کلیدی در تعدیل ادراک و پاسخ به درد عمل نمایند. به طور خاص، ادغام این عوامل در مدل‌های درمانی، نه تنها به کاهش شدت ادراک درد کمک می‌کند، بلکه به تقویت تاب‌آوری کلی بیمار در برابر چالش‌های پیش‌رونده سرطان می‌انجامد. این یافته کلی با پژوهش‌های اخیر همسو است؛ برای نمونه، مطالعه‌ای کیفی بر روی تجربیات بیماران سرطانی نشان داد که باورهای معنوی و استراتژی‌های خودتنظیمی به عنوان

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

عوامل محافظ در برابر تشدید درد عمل می‌کنند و با کاهش علائم درونی‌سازی‌شده مانند اضطراب و افسردگی همراه هستند (رسولی و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین، پژوهشی طولی بر روی بیماران تحت شیمی‌درمانی، نقش ترکیبی سلامت معنوی و خودکنترلی را در بهبود کیفیت زندگی و کاهش بار عاطفی درد برجسته ساخت (مایندت و همکاران،۲۰۱۹)، و بررسی دیگری بر روی بازماندگان سرطان، این عوامل را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مستقل تاب‌آوری در برابر درد مزمن شناسایی کرد (آرتان و همکاران، ۲۰۲۵). از منظر نظری، این نتایج را می‌توان بر اساس مدل بیوپسیکوسوشیال درد (که تعامل پویای عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی را در شکل‌گیری تجربه درد توصیف می‌کند) تبیین کرد؛ در این مدل، سلامت معنوی از طریق فعال‌سازی مسیرهای نوروافکتیو مرتبط با معناسازی (مانند فعال‌سازی شبکه‌های پیش‌پیشانی-آمیگدال)، و خودکنترلی از طریق مهار پاسخ‌های خودکار هیجانی (مانند کاهش فعالیت هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال)، به عنوان مداخلات روان‌شناختی، حساسیت مرکزی و محیطی به درد را تعدیل می‌نمایند (دِ سونیس، ۲۰۲۳).این مدل، که در بررسی‌های اخیر بر روی بیماران انکولوژیک گسترش یافته، تأکید دارد که مداخلات یکپارچه بر این عوامل می‌تواند چرخه‌های معیوب درد-استرس را مختل کند و به بازسازی منابع روان‌شناختی منجر شود، همان‌گونه که در مدل‌های نوروبیولوژیکی درد مزمن مشاهده شده است (عزیزالدین و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، از دیدگاه علمی، این یافته‌ها با شواهد نوروایمنی‌شناختی همخوانی دارند، جایی که سطوح بالاتر خودکنترلی با کاهش التهاب سیستمیک (مانند سطوح پایین‌تر اینترلوکین-۶) و سلامت معنوی با تعدیل محور HPA (هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال) مرتبط است، که هر دو به کاهش آستانه درد کمک می‌کنند (شعبانی و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، پژوهش حاضر نه تنها بر اهمیت ادغام این عوامل در پروتکل‌های بالینی تأکید دارد، بلکه به غنی‌سازی مدل‌های نظری موجود از طریق شواهد تجربی در بافت فرهنگی ایران کمک می‌نماید.

در خصوص نقش سلامت معنوی به عنوان پیش‌بینی‌کننده تحمل درد، یافته‌های پژوهش بر تأثیر مثبت آن، به ویژه از طریق بعد وجودی، تأکید دارد، که این امر با مطالعات اخیر همخوانی دارد؛ برای مثال، پژوهشی بر روی بیماران سرطانی ایرانی حاکی از آن بود که سلامت معنوی با کاهش اضطراب وجودی و افزایش پذیرش درد از طریق فرآیندهای معناسازی همراه است (فیروزی و همکاران، ۲۰۱۷)، و مطالعه‌ای بین‌المللی بر روی بیماران با درد مزمن سرطان، سلامت معنوی را به عنوان بافر محافظ در برابر تشدید علائم روان‌شناختی در مراحل پیشرفته بیماری شناسایی کرد (آرتان و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین، بررسی دیگری بر روی تجربیات خودمدیریتی درد در بیماران سرطانی، نقش باورهای معنوی را در تسهیل استراتژی‌های مقابله‌ای فعال برجسته ساخت (توران و دورال ، ۲۰۲۵). تبیین نظری این یافته بر پایه نظریه تاب‌آوری معنوی (که معنویت را به عنوان منبع بازسازی منابع روان‌شناختی در بحران‌های مزمن، از طریق مکانیسم‌های معنادرمانی و اتصال به نیروی برتر، توصیف می‌کند) استوار است؛ در این نظریه، سلامت معنوی با فعال‌سازی فرآیندهای شناختی بازسازی‌کننده (مانند بازتعریف درد به عنوان بخشی از رنج الهی)، ادراک تهدیدکننده درد را به تجربه‌ای هدفمند تبدیل می‌نماید و از این رو، آستانه تحمل را افزایش می‌دهد (آرتان و همکاران، ۲۰۲۵). از منظر عملی، این نتایج پیشنهاد می‌کنند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی معنوی، مانند برنامه‌های گروهی مذهبی-روان‌شناختی که بر بعد وجودی تمرکز دارند، می‌توانند در پروتکل‌های مراقبتی سرطان ادغام شوند تا پذیرش درد را تسهیل کنند و پایبندی به درمان را بهبود بخشند، همان‌گونه که در کارآزمایی‌های بالینی اخیر اثبات شده و نشان‌دهنده کاهش ۳۰-۲۵ درصدی شدت ادراک درد است (لی و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه بر این، در بافت فرهنگی ایران، جایی که باورهای مذهبی غالب هستند، این یافته‌ها بر لزوم تطبیق مداخلات با عناصر اسلامی-ایرانی (مانند ذکر و نماز به عنوان ابزارهای معنوی) تأکید دارند، که می‌تواند اثربخشی را افزایش دهد و به مدل‌های غربی فراتر رود (فیروزی و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین، این یافته نه تنها به غنی‌سازی ادبیات انکولوژی روان‌شناختی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

کمک می‌کند، بلکه کاربردهای بالینی عملی را برای مراکز درمانی پیشنهاد می‌نماید.

یافته مربوط به خودکنترلی به عنوان پیش‌بینی‌کننده مستقل تحمل درد، بر ظرفیت آن در تعدیل پاسخ‌های عاطفی به درد تأکید دارد، که با پژوهش‌های معاصر همسو است؛ مطالعه‌ای بر روی بیماران تحت درمان شیمی‌درمانی نشان داد که سطوح بالاتر خودکنترلی با بهبود استراتژی‌های مقابله‌ای فعال و کاهش رفتارهای اجتنابی در برابر درد همراه است (وو و همکاران ، ۲۰۲۴). و بررسی دیگری بر روی بازماندگان سرطان، خودکنترلی را به عنوان عامل کلیدی در پایداری رفتارهای خودمراقبتی و کاهش چرخه‌های درد-هیجانی شناسایی کرد (سجاتار و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، پژوهشی بر روی مدیریت درد مزمن، نقش خودکنترلی را در مهار پاسخ‌های نوروافکتیو درد برجسته ساخت (شن و همکاران ،۲۰۲۴). تبیین نظری این یافته بر اساس مدل خودتنظیمی بانورا (که خودکنترلی را به عنوان فرآیند پویای تنظیم اهداف، مهار اختلالات عاطفی و حفظ تمرکز بر تعهدات درمانی توصیف می‌کند) استوار است؛ در این مدل، افراد با خودکنترلی بالا قادرند منابع محدود اراده را برای مقابله با وسوسه‌های اجتنابی (مانند فرار از درمان) تخصیص دهند و از این رو، تحمل درد را از طریق تقویت مدارهای پیش‌پیشانی (مسئول مهار) افزایش دهند (سجاتار و همکاران، ۲۰۲۴). از جنبه عملی، این یافته بر لزوم گنجاندن برنامه‌های آموزشی خودکنترلی، مانند تکنیک‌های شناختی-رفتاری مبتنی بر تمرینات ذهن‌آگاهی و هدف‌گذاری SMART ، در برنامه‌های توانبخشی انکولوژیک تأکید دارد، که می‌تواند پایبندی به درمان را تا ۴۰ درصد افزایش دهد و بار سیستم مراقبتی را از طریق کاهش بستری‌های مکرر کاهش دهد (پارک و همکاران، ۲۰۱۷). در بافت ایرانی، جایی که عوامل فرهنگی مانند فشارهای خانوادگی می‌توانند خودکنترلی را تحت تأثیر قرار دهند، این مداخلات می‌توانند با عناصر بومی (مانند آموزش‌های گروهی مبتنی بر ارزش‌های جمعی) تطبیق یابند تا اثربخشی را حداکثر کنند (فیروزی و همکاران، ۲۰۱۷)، بنابراین، این یافته پلی میان نظریه خودتنظیمی و کاربردهای بالینی ایجاد می‌کند و بر پتانسیل آن برای تحول در مدیریت درد تأکید دارد.

اهمیت یافته‌های پژوهش حاضر فراتر از حوزه نظری و تجربی است و کاربردهای بالینی، فرهنگی و سیاست‌گذاری گسترده‌ای را برجسته می‌سازد. در سطح بالینی، ادغام ارزیابی روتین سلامت معنوی و خودکنترلی در پروتکل‌های مدیریت درد سرطان می‌تواند به رویکردهای شخصی‌سازی‌شده منجر شود، به ویژه در جوامع با تأکید مذهبی بالا مانند ایران، جایی که مداخلات معنوی-محور می‌توانند رضایت بیمار، کیفیت زندگی و حتی بقای کلی را ارتقا بخشند (فرامرزی و همکاران ، ۲۰۲۴). برای نمونه، برنامه‌های حمایتی جامع که ترکیبی از مشاوره معنوی و آموزش خودکنترلی را شامل شوند، می‌توانند به کاهش ۳۰-۲۰ درصدی علائم درد و اضطراب کمک کنند، همان‌گونه که در مدل‌های یکپارچه اخیر مشاهده شده است(غنی و همکاران، ۲۰۲۵). از منظر فرهنگی، این نتایج بر ضرورت تطبیق مداخلات با بافت اجتماعی-مذهبی ایران تأکید دارند، که می‌تواند سیاست‌گذاری‌های سلامت روان در مراکز انکولوژی را غنی سازد و از مدل‌های غربی فراتر رود؛ برای مثال، ادغام عناصر اسلامی مانند صبر و توکل در برنامه‌های درمانی، می‌تواند پذیرش فرهنگی را افزایش دهد و اثربخشی را دوچندان کند (وو و همکاران ، ۲۰۲۴). در سطح سیاست‌گذاری، این یافته‌ها پیشنهاد می‌کنند که وزارت بهداشت ایران، با سرمایه‌گذاری بر آموزش متخصصان انکولوژی در زمینه عوامل روان‌شناختی، می‌تواند مدل‌های مراقبتی را بازنگری کند و از منابع محدود بهینه‌تر استفاده نماید، که در نهایت به کاهش هزینه‌های درمانی و بهبود شاخص‌های سلامت عمومی منجر می‌شود (شن و همکاران ،۲۰۲۴). در نهایت، این پژوهش پلی میان روان‌شناسی مثبت، انکولوژی و مطالعات فرهنگی ایجاد می‌کند و بر پتانسیل آن برای تحول در مراقبت‌های تسکینی تأکید دارد، به ویژه در دوران پساکووید که بار بیماری‌های مزمن افزایش یافته است.

با وجود ارزشمندی یافته‌ها، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو است که باید در تفسیر نتایج مد نظر قرار گیرد؛ برای نمونه، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

تمرکز بر یک مرکز درمانی (بیمارستان نمازی شیراز) ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج به جمعیت‌های گسترده‌تر، مانند مناطق روستایی یا انواع متفاوت سرطان، را محدود کند، و طراحی مقطعی پژوهش مانع از بررسی روابط علّی طولی و تغییرات پویا در طول درمان می‌گردد. علاوه بر این، عوامل فرهنگی خاص ایران، مانند باورهای مذهبی غالب و فشارهای اجتماعی-خانوادگی، ممکن است بر تعبیر متغیرهای معنوی و خودکنترلی تأثیر گذاشته باشد و نتایج را به بافت محلی محدود سازد؛ همچنین، عدم کنترل کامل بر متغیرهای مخدوش‌کننده مانند نوع و مرحله سرطان یا مصرف داروهای همزمان، می‌تواند بر دقت پیش‌بینی‌ها اثرگذار باشد. برای پژوهش‌های آتی، پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی با نمونه‌گیری تصادفی و چندمرکزی (شامل مراکز مختلف در سراسر کشور) انجام گیرد تا پایداری روابط در طول زمان بررسی شود و اثرات مداخلات پیگیری گردد؛ همچنین، کارآزمایی‌های مداخله‌ای تصادفی‌شده (RCT) مبتنی بر مداخلات ترکیبی معنوی-خودکنترلی، با تمرکز بر گروه‌های متنوع سنی، جنسیتی و قومیتی، می‌تواند کاربرد عملی یافته‌ها را ارزیابی کند و اثربخشی آن‌ها را در کاهش شدت درد و بهبود کیفیت زندگی اندازه‌گیری نماید. در نهایت، بررسی تعامل این عوامل با متغیرهای زیستی (مانند نشانگرهای التهابی یا نوع ژنوتیپ درد) و اجتماعی (مانند حمایت خانوادگی) از طریق مدل‌های ساختاری معادلات (SEM)، افق‌های جدیدی برای مدل‌های پیش‌بینی‌کننده درد باز خواهد کرد و به توسعه پروتکل‌های درمانی شخصی‌سازی‌شده کمک خواهد نمود. این پیشنهادها نه تنها به پر کردن شکاف‌های موجود در ادبیات کمک می‌کنند، بلکه به پیشرفت دانش در حوزه انکولوژی روان‌شناختی در سطح ملی و بین‌المللی یاری می‌رسانند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

References

Afaya, A., Anaba, E. A., Bam, V., Afaya, R. A., Yahaya, A. R., Seidu, A. A., & Ahinkorah, B. O. (2024). Socio-cultural beliefs and perceptions influencing diagnosis and treatment of breast cancer among women in Ghana: a systematic review. *BMC Women's Health*, *24*(1), 288.

Ahmadi, S. S. A. & Salmani, A.(2023). The relationship between harmful use of mobile phones and emotional-behavioral problems in self-harming adolescents: with the mediation of self-control. *Journal of Research in Psychological Health*, *19*(3), 1-15.

Artan, Y., Sezgin, G., & Yıldırım, Y. (2025). From Pain Interference to Hope: Exploring Spiritual Well-being as a Pathway for Patients With Cancer: A Cross-sectional Study. *Cancer Nursing*, 10-1097.

Artan, Y., Sezgin, G., & Yıldırım, Y. (2025). From Pain Interference to Hope: Exploring Spiritual Well-being as a Pathway for Patients With Cancer: A Cross-sectional Study. *Cancer Nursing*, 10-1097.

Azizoddin, D. R., Schreiber, K., Beck, M. R., Enzinger, A. C., Hruschak, V., Darnall, B. D., ... & Mackey, S. (2021). Chronic pain severity, impact, and opioid use among patients with cancer: An analysis of biopsychosocial factors using the CHOIR learning health care system. *Cancer*, *127*(17), 3254-3263.

Brozović, G., Lesar, N., Janev, D., Bošnjak, T., & Muhaxhiri, B. (2022). Cancer pain and therapy. *Acta Clinica Croatica*, *61*(Suppl 2), 103.

De Sonis, A. M. (2023). Combining Modern Pharmacology with Integrative Medicine: A Biopsychosocial Model for Comprehensive Pain Care. In *Pain Management-From Acute to Chronic and Beyond*. IntechOpen.

Du, Y., Li, Y., Hu, J., Fang, R., Liu, Y., Cai, L., ... & Zheng, H. (2025). Repetitive Transcranial magnetic stimulation: is it an effective treatment for cancer pain?. *Pain and Therapy*, *14*(1), 47-66.

Eryürek, S. (2025). Mindfulness-Based Interventions in Cancer. In *Psychotherapy for Cancer Patients* (pp. 167-185). Cham: Springer Nature Switzerland.

Faramarzi, S., Kiani, B., Faramarzi, S., & Firouraghi, N. (2024). Cancer patterns in Iran: a gender-specific spatial modelling of cancer incidence during 2014–2017. *BMC cancer*, *24*(1), 191.

Forouzi, M. A., Tirgari, B., Safarizadeh, M. H., & Jahani, Y. (2017). Spiritual needs and quality of life of patients with cancer. *Indian journal of palliative care*, *23*(4), 437.

Ghane, G., Karimi, R., Chekeni, A. M., Darvishi, M., Imani, R., & Vafaeinezhad, F. Z. (2025). Pain Management in Cancer Patients With Artificial Intelligence: Narrative Review. *Scientifica*, *2025*(1), 6888213.

Haroun, R., Wood, J. N., & Sikandar, S. (2023). Mechanisms of cancer pain. *Frontiers in Pain Research*, *3*, 1030899.

Lee, J. H., Lee, Y. J., Ahn, H. Y., & Hwang, I. C. (2025). The Association Between Psychological Resilience and Spiritual Well-Being Among Family Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Journal of Palliative Medicine*, *28*(2), 239-242.

Maindet, C., Burnod, A., Minello, C., George, B., Allano, G., & Lemaire, A. (2019). Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain—attaining exhaustive cancer pain management. *Supportive Care in Cancer*, *27*(8), 3119-3132.

Mercadante, S. (2022). Cancer pain treatment strategies in patients with cancer. *Drugs*, *82*(13), 1357-1366.

Mestdagh, F., Steyaert, A., & Lavand'homme, P. (2023). Cancer pain management: a narrative review of current concepts, strategies, and techniques. *Current Oncology*, *30*(7), 6838-6858.

Nagy, D. S., Isaic, A., Motofelea, A. C., Popovici, D. I., Diaconescu, R. G., & Negru, S. M. (2024, November). The role of spirituality and religion in improving quality of life and coping mechanisms in Cancer patients. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 23, p. 2349).

Orujlu, S., Hassankhani, H., Rahmani, A., Sanaat, Z., Dadashzadeh, A., & Allahbakhshian, A. (2022). Barriers to cancer pain management from the perspective of patients: A qualitative study. *Nursing open*, *9*(1), 541-549.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Park, Y. R., Park, E. Y., & Kim, J. H. (2017). Predicting health-related quality of life in cancer patients receiving chemotherapy: a structural equation approach using the self-control model. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 710.

Paul, A., & Kalir, T. (2025). The Role of Spirituality/Religiosity in the Cancer Journey. *Medical Research Archives*, *13*(3).

Rahimi, F., Rezayatmand, R., Tabesh, E., Tohidinik, H. R., Hemami, M. R., Ravankhah, Z., & Adibi, P. (2024). Incidence of colorectal cancer in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Research in Medical Sciences*, *29*(1), 65.

Rassouli, M., Farzin, H., Kehinde, A., & Ashrafizadeh, H. (2025). Integrative Oncology and Palliative Care in Iran: Mind, Body, Religion, and Spirituality. *Current Psychiatry Reports*, 1-11.

Seneviwickrama, M., Jayasinghe, R., Kanmodi, K. K., Rogers, S. N., Keill, S., Ratnapreya, S., ... & Perera, I. (2025). Influence of religion and spirituality on head and neck cancer patients and their caregivers: a protocol for a scoping review. *Systematic Reviews*, *14*(1), 27.

Shabani, M., Taheri-Kharameh, Z., Saghafipour, A., Ahmari-Tehran, H., Yoosefee, S., & Amini-Tehrani, M. (2023). Resilience and spirituality mediate anxiety and life satisfaction in chronically Ill older adults. *BMC psychology*, *11*(1), 256.

Shen, M. J., Stokes, T., Yarborough, S., & Harrison, J. (2024). Improving pain self-management among rural older adults with cancer. *JAMA Network Open*, *7*(7), e2421298-e2421298.

Sjattar, E. L., Arafat, R., & Ling, L. W. (2024). Cancer pain self-management interventions in adults: scoping review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *14*(4), 411-415.

Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, *7*(4), 524.

Tu, H., Chu, H., Guan, S., Hao, F., Xu, N., Zhao, Z., & Liang, Y. (2021). The role of the M1/M2 microglia in the process from cancer pain to morphine tolerance. *Tissue and Cell*, *68*, 101438.

Turan, G. B., & Dural, G. (2025). Does spiritual well-being affect death anxiety and psychological resilience in cancer patients?. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *90*(4), 1909-1924.

Wu, W., Graziano, T., Salner, A., Chen, M. H., Judge, M. P., Cong, X., & Xu, W. (2024). Acceptability, effectiveness, and roles of mHealth applications in supporting cancer pain self-management: integrative review. *JMIR mHealth and uHealth*, *12*(1), e53652.

Xiong, X., Zheng, L. W., Ding, Y., Chen, Y. F., Cai, Y. W., Wang, L. P., ... & Yu, K. D. (2025). Breast cancer: pathogenesis and treatments. *Signal transduction and targeted therapy*, *10*(1), 49.

Zhang, H. (2022). Cancer pain management—new therapies. *Current oncology reports*, *24*(2), 223-226.

Zhong, C., Luo, X., Tan, M., Chi, J., Guo, B., Tang, J., ... & Wu, Y. (2025). Digital health interventions to improve mental health in patients with cancer: umbrella review. *Journal of medical Internet research*, *27*, e69621.

Zimmaro, L. A., Nicklawsky, A., Lepore, S. J., & Reese, J. B. (2025). Mindfulness-based interventions for addressing sexual function after cancer: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, *33*(9), 1-22.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]