

تعیین ارتباط معنویت با احساس رنج و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز

علی اکبر پیراسته مطلق^{۱*}، زهرا نیک‌منش^۱

^۱ دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی عمومی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۵

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به ایجاد مشکلات روحی-روانی پس از ابتلای به بیماری ایدز، هدف این مطالعه تعیین ارتباط معنویت با احساس رنج و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری ایدز بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی-همبستگی بر روی ۴۳ نفر از بیماران مبتلا به ایدز استان سیستان و بلوچستان که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام شد. معنویت از طریق پرسشنامه سنجش معنویت، احساس رنج از طریق مقیاس تجربه و ادراک رنج و کیفیت زندگی از طریق پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین معنویت و کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی‌دار و بین معنویت و احساس رنج ارتباط منفی معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$). بین رنج روانی و معنویت رابطه منفی معنی‌دار وجود داشت ($p < 0.05$). مؤلفه خودآگاهی بهترین پیش‌بینی‌کننده ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی است. علاوه بر این، مؤلفه خودآگاهی معنوی بهترین پیش‌بینی‌کننده رنج جسمانی و رنج روانی است و مؤلفه‌های خودآگاهی معنوی و نیازهای معنوی به ترتیب بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های رنج معنوی و وجودی هستند.

نتیجه‌گیری: تقویت معنویت و نگرش مذهبی در بیماران مبتلا به ایدز از طریق آموزش‌های معنوی و مذهبی می‌تواند باعث افزایش سلامت روانی-اجتماعی، کاهش احساس رنج و بهبود کیفیت زندگی بیماران شود.

واژه‌های کلیدی: معنویت، رنج، کیفیت زندگی، ایدز

* نویسنده مسئول: علی اکبر پیراسته مطلق، زاهدان، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی

عمومی

Email: AAPirasteh88@gmail.com

مقدمه

به وجود خدا آگاه می‌سازد و از این طریق آنها مذهب و معنویت را به عنوان یک روش برای مقابله با درد و رنج استفاده می‌کنند(۶). هم‌چنین، زیلانی و سیمور^(۴) (۲۰۱۰) نشان دادند که اعتقادات مذهبی بیماران و دعا و نماز به عنوان یک فعالیت مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا احساس رنج خود را کاهش دهند (۴). در مطالعه‌های مختلفی ثابت شده است که افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، معنویت را به عنوان یک روش برای کنار آمدن و سازگاری با بیماری، برای به وجود آوردن حس معنی و هدف در زندگی و نیز کاستن احساس رنج ناشی از بیماری، به کار می‌برند(۱۴-۶).

تحقیقات نشان داد که ایدز تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ایدز دارد. به عنوان مثال، در مطالعه‌ای روشن شد که میانگین نمرات کیفیت زندگی افراد مبتلا به ایدز در ابعاد اجتماعی، روانی و فیزیکی به صورت بارزی پایین است(۱۶). هم‌چنین ویزه و مرادی(۲۰۰۶) در مطالعه‌ای که بر روی ۱۱۲ بیمار زن مبتلا به ایدز انجام دادند، نشان دادند که ۱۷ درصد از بیماران دارای کیفیت زندگی خیلی پایین، ۵۱/۸ درصد دارای کیفیت زندگی پایین و ۳۱/۲ درصد دارای کیفیت زندگی متوسط هستند(۱۷). در پژوهشی با بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز نشان دادند که بهزیستی روانی،

ایدز یا سندرم ایمنی اکتسابی^(۱) در اثر آلوده شدن فرد به ویروس اچ آی وی^(۲) به وجود می‌آید. آلوده شدن به این ویروس می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تا جایی ضعیف کند که دیگر قادر به مقابله با برخی از عفونت‌ها نباشد. تشخیص ایدز باعث ایجاد رنج هیجانی و جسمانی قابل ملاحظه‌ای می‌شود، به ویژه در زمینه محدودیت‌های درمانی که شامل عدم دستیابی به داروهای آنتی‌رتروویرال می‌باشد. ترومای هیجانی این بیماری نیز از طریق ننگ و بدنامی، رنج را در این بیماران افزایش می‌دهد(۱). رنج ایجاد شده به وسیله ایدز فراسوی تجربه درد جسمانی گسترش می‌یابد. این رنج شامل از دست دادن ابعاد مالی، خانوادگی، روانشناختی و معنوی زندگی نیز می‌شود(۲). تحقیقات نشان داده است که این عوامل با سلامت جسمانی، روانشناختی، معنویت و نیز طول عمر بیماری‌های تهدید کننده زندگی مرتبط هستند(۴-۲). به عبارت دیگر، دریافت‌ها و ادراکات معنوی از رنج برای کمک به ما جهت فهمیدن چگونگی سازگاری با درد و بیماری، اضطراب، ناتوانی و ضعف، مرگ، فقدان و احساس حقارت که در سراسر زندگی با آنها روبرو می‌شویم، بسیار با اهمیت است. بنابراین، مذهب و معنویت یکی از منابع اصلی مورد استفاده برای غلبه بر احساس رنج می‌باشد(۵). به عنوان مثال، کروس و باستیدا^(۳) (۲۰۰۹) نشان دادند که رنج افراد را نسبت

1-Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)
2-Human Immunodeficiency Virus (HIV)
3-Krause & Bastida
4-Zeilani & Seymour

مشاوره بیماری‌های رفتاری سه شهر زاهدان، سروان و ایرانشهر انتخاب شدند.

روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که بعد از مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و مرکز بهداشت استان سیستان و بلوچستان و جلب موافقت آنها برای همکاری، پرسشنامه‌ها آماده شد. به دلیل اهمیت رازداری در تشخیص و درمان بیماران مبتلا به ایدز، اجازه دسترسی مستقیم به بیماران برای محققین امکان‌پذیر نبود، کارشناسان مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری مسئولیت همکاری در خصوص تکمیل پرسشنامه‌ها را پذیرفتند و آموزش‌های لازم را در این زمینه دریافت نمودند. البته، پس از اطمینان از آمادگی و توانایی لازم برای پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و ارایه توضیحات لازم در مورد نحوه پاسخ‌دهی به افراد مبتلا به ایدز اجازه داده شد تا پرسشنامه را تکمیل نمایند. بیماران به ترتیب به سؤالات مربوط به پرسشنامه‌های معنویت، احساس رنج و کیفیت زندگی پاسخ دادند. در ضمن، برای بیماران بی‌سواد سؤالات پرسشنامه‌ها خوانده می‌شد و از بین پاسخ‌های خوانده شده پاسخی که بیمار انتخاب می‌کرد، علامت زده می‌شد.

پرسشنامه سنجش معنویت^(۱) به وسیله پارسیان و دونینگ^(۲) (۲۰۰۹) به منظور ارزیابی اهمیت معنویت در زندگی افراد و سنجش ابعاد مختلف آن ساخته شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است و

سیستم‌های حمایت اجتماعی، استراتژی‌های کنار آمدن و بهزیستی معنوی پیش‌بینی کننده‌های مهمی برای کیفیت زندگی در این بیماران هستند (۱۸). نتایج پژوهش دیگری در رابطه با کیفیت زندگی و بهزیستی معنوی در افراد مبتلا به ایدز نشان داد که ابعاد جسمانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی با بهزیستی معنوی ارتباط معنی‌داری دارد (۱۹). همچنین مشخص شد که سازگاری مذهبی- معنوی، موجب بهزیستی روانی و نیز احساس رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به ایدز می‌شود (۲۰).

هدف این مطالعه تعیین ارتباط معنویت با احساس رنج و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری ایدز بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی جهت پیش‌بینی متغیر ملاک است. متغیر پیش‌بین معنویت و متغیرهای ملاک احساس رنج و کیفیت زندگی می‌باشند. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به ایدز سه شهر زاهدان، سروان و ایرانشهر در استان سیستان و بلوچستان است که شامل افرادی است که تست اچ آی وی آنها مثبت یا در حال حاضر مبتلا به ایدز تشخیص داده شده و تحت مراقبت‌های ویژه قرار دارند. نمونه مورد نظر پژوهش، شامل ۴۳ بیمار است که در سال ۱۳۹۰ و به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز

1-Spirituality Questionnaire (SQ)

2-Parsian & Dunning

آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۴) میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات آن را مشخص سازد. پرسشنامه معنویت دارای ۲۹ عبارت بوده و ۴ زیر مقیاس؛ خودآگاهی (۱۰ عبارت)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی (۴ عبارت)، فعالیت‌های معنوی (۶ عبارت) و نیازهای معنوی (۹ عبارت) را می‌سنجد. ضریب آلفای کلی آزمون ۰/۹۴ و ضریب آلفای زیرمقیاس خودآگاهی ۰/۹۱، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی ۰/۹۱، فعالیت‌های معنوی ۰/۸ و نیازهای معنوی ۰/۸۹ گزارش شده است. نتایج حاصل از روش بازآزمایی نیز در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای هیچ تفاوت معنی‌داری را بین نمرات مرتبه اول و دوم نشان نداد، که این امر حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه معنویت است (۲۱). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ به دست آمد.

مقیاس تجربه و ادراک رنج^(۱) به وسیله اسکالز و همکاران^(۲) (۲۰۱۰) طراحی شده است که می‌تواند برای اندازه‌گیری تجربه و ادراک رنج مورد استفاده قرار گیرد. مقیاس تجربه و ادراک رنج سه بعد رنج را مورد سنجش قرار می‌دهد، رنج جسمانی، رنج روانشناختی و رنج وجودی-معنوی. بعد جسمانی شامل ۹ آیتم است و آزمودنی پاسخ خود را بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از هرگز=۰ تا همیشه=۳ مشخص می‌کند. بعد روانشناختی با ۱۵ آیتم اندازه‌گیری می‌شود. آزمودنی پاسخ خود را نیز

بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای از خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۳ مشخص می‌کند. رنج وجودی به وسیله ۹ آیتم سنجیده می‌شود. آزمودنی پاسخ خود را بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از خیلی کم=۰ تا خیلی زیاد=۴ مشخص می‌نماید. پایایی این آزمون و ابعاد آن در سه گروه آمریکایی-آفریقایی (جسمانی ۰/۶۳، روانشناختی ۰/۹ و وجودی-معنوی ۰/۸۶)، سفیدپوستان (جسمانی ۰/۴۳، روانشناختی ۰/۸۷ و وجودی-معنوی ۰/۸۴) و اسپانیایی‌ها (جسمانی ۰/۶، روانشناختی ۰/۸۵ و وجودی-معنوی ۰/۸۳) مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۶ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت^(۳) حاوی ۲۶ سؤال بوده و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. دو سؤال هم به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در هر حیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با

1-Scale of Experience and Perception of Suffering
2-Schulz et al
3-World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)

اساس نتایج حاصله معنویت و مؤلفه‌هایش با احساس رنج و ابعادش ارتباط معنی‌دار داشت ($p < 0/05$). نتایج نشان داد که تنها بین رنج جسمانی و خودآگاهی رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد ($r = -0/33$, $p = 0/02$). رنج روانی با خودآگاهی ($r = -0/38$, $p = 0/01$)، اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی ($r = -0/33$, $p = 0/02$) و معنویت کل ($p = 0/05$)، رابطه منفی دارد. رابطه رنج معنوی- وجودی با معنویت و تمام مؤلفه‌های آن مثبت و معنی‌دار بود. علاوه بر این، ارتباط بین رنج کل و معنویت و مؤلفه‌هایش نشان می‌دهد که رنج کل با مؤلفه‌های خودآگاهی ($r = -0/48$, $p = 0/03$) و اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی ($r = -0/43$, $p = 0/01$) ارتباط منفی معنی‌داری داشت و با معنویت ($p = 0/02$)، $r = -0/36$ نیز ارتباط منفی معنی‌داری داشت (جدول ۲).

نتایج نشان داد، کیفیت زندگی با معنویت ارتباط مثبت و معنی‌دار داشت ($r = 0/56$, $p = 0/001$). رابطه بین ابعاد کیفیت زندگی با معنویت و زیر مقیاس‌های آن نشان داد که بین خودآگاهی و همه ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت محیط ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$). اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی نیز با تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت محیط ارتباط مثبت و معنی‌داری داشت ($p < 0/05$). فعالیت‌های معنوی تنها با سلامت

دامنه ۱۰۰-۰ می‌باشند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود (۲۳). در پژوهشی که حیدری و جعفری (۲۰۰۹) بر روی ۱۰۰ نفر بیمار آلوده به ویروس اچ آی وی و ۱۰۰ نفر از افراد عادی شهر اهواز انجام دادند، ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آوردند (۲۴).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS^(۱) و آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون^(۲) و تحلیل رگرسیون گام به گام^(۳) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج حاصله ۵۵/۸ درصد (۲۴ نفر) مرد، ۴۴/۲ درصد (۱۹ نفر) زن، ۱۴ درصد (۶ نفر) مجرد، ۶۵/۱ درصد (۲۸ نفر) متأهل، ۲۰/۹ درصد (۹ نفر) مطلقه یا همسر فوت شده بودند. ۹/۳ درصد (۴ نفر) بین ۱-۱۵ سال، ۵۲/۲ درصد (۲۲ نفر) بین ۱۶-۳۰ سال و ۳۹/۵ درصد (۱۷ نفر) بین ۵۰-۳۱ سال بودند. میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های معنویت، احساس رنج و کیفیت زندگی بیماران شرکت کننده در مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. بر

1-Statistical Package for Social Sciences
2-Pearson Correlation
3-Stepwise Regression

جسمانی ارتباط مثبت و معنی دار داشت ($p=0/001$)، $r=0/47$). علاوه بر این، رابطه نیازهای معنوی با تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت محیط، مثبت و معنی دار بود ($p<0/05$) (جدول ۳).

نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی رنج جسمانی و روانی نشان داد که تنها مؤلفه خودآگاهی وارد معادله رگرسیون شد و به ترتیب ۰/۱۲ درصد و ۰/۱۴ درصد واریانس را برای این ابعاد تبیین می‌کند و بهترین پیش‌بینی کننده رنج جسمانی ($Beta=-0/23$ ، $p=0/01$) و رنج روانی ($p=0/001$)، $Beta=-0/38$) به شمار می‌آید. برای پیش‌بینی رنج معنوی- وجودی نتایج نشان داد که در گام اول مؤلفه‌ی خودآگاهی وارد معادله رگرسیون شد و ۰/۵۴ درصد واریانس را برای این بعد تبیین می‌کند و در گام دوم نیازهای معنوی وارد معادله رگرسیون شد و ۰/۵۷ درصد واریانس را برای رنج

معنوی - وجودی تبیین می‌کند و خودآگاهی ($Beta=0/74$ ، $p=0/001$) و نیازهای معنوی ($p=0/001$)، $Beta=0/47$) به ترتیب بهترین پیش‌بینی کننده این بعد احساس رنج به شمار می‌آیند (جدول ۴).

نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی) از طریق مؤلفه‌های معنویت نشان داد که برای هر سه بعد تنها مؤلفه‌ی خودآگاهی وارد معادله رگرسیون شد و به ترتیب ۰/۴۹، ۰/۵۰ و ۰/۳۲ درصد واریانس را برای این ابعاد تبیین می‌کند و بهترین پیش‌بینی کننده ابعاد سلامت جسمانی ($Beta=0/70$ ، $p=0/001$)، سلامت روانی ($Beta=0/71$ ، $p=0/001$) و روابط اجتماعی ($Beta=0/56$ ، $p=0/001$) به شمار می‌آید (جدول ۵).

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات خرده مقیاس‌های معنویت، احساس رنج و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز

متغیرها	زیر مقیاس‌ها	انحراف معیار ± میانگین
معنویت؛	خود آگاهی	۲۷/۶۹±۶/۹۴
	اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی	۱۲/۲۷±۲/۹۶
	فعالیت‌های معنوی	۱۷/۵۵±۳/۷۲
	نیازهای معنوی	۲۶/۰۶±۵/۵۳
احساس رنج؛	رنج جسمانی	۲۷/۱۶±۸/۳۴
	رنج روانی	۲۱/۹۵±۸/۸۳
	رنج معنوی - وجودی	۱۷/۷۹±۷/۳۵
	سلامت جسمانی	۱۹/۵۸±۶/۴
کیفیت زندگی؛	سلامت روانی	۱۷/۴۴±۵/۳۵
	سلامت محیط	۲۵/۷۲±۱۰/۴۷
	روابط اجتماعی	۸/۹۵±۲/۶۸

جدول ۲: همبستگی ابعاد رنج با معنویت و مؤلفه‌هایش در بیماران مبتلا به ایدز

متغیر	مؤلفه	خودآگاهی	اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی	فعالیت‌های معنوی	نیازهای معنوی	معنویت
رنج جسمانی	۰/۳۳*	۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۱۰	۰/۲۴	
رنج روانی	۰/۳۸*	۰/۳۳*	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۳۰*	
رنج معنوی - وجودی	۰/۷۴**	۰/۴۶**	۰/۴۲**	۰/۴۷**	۰/۶۹**	
رنج کل	۰/۴۸*	۰/۴۳*	۰/۱۰	۰/۱۴	۰/۳۶*	

* (p<۰/۰۵)، ** (p<۰/۰۱)

جدول ۳: همبستگی کیفیت زندگی و ابعادهای معنویت و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به ایدز

متغیر	مؤلفه	خودآگاهی	اهمیت اعتقادات معنوی در زندگی	فعالیت‌های معنوی	نیازهای معنوی	معنویت
سلامت جسمانی	۰/۷۰**	۰/۴۹**	۰/۴۷**	۰/۳۳*	۰/۶۳**	
سلامت روانی	۰/۷۱**	۰/۴۲**	۰/۲۹	۰/۳۳*	۰/۵۸**	
سلامت محیط	۰/۲۴	۰/۰۰	۰/۰۲	۰/۲۵	۰/۲۰	
روابط اجتماعی	۰/۵۶**	۰/۳۵*	۰/۲۲	۰/۳۶*	۰/۵۰**	
کیفیت زندگی	۰/۶۴**	۰/۳۴*	۰/۳۰	۰/۳۸*	۰/۵۶**	

* (p<۰/۰۵)، ** (p<۰/۰۱)

جدول ۴: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی ابعاد احساس رنج بر اساس مؤلفه‌های معنویت

متغیرهای ملاک	متغیرهای پیش‌بین	بتا	آماره تی	R	آر تنظیم شده	سطح معنی‌داری
رنج جسمانی	خودآگاهی	۰/۳۳*	۲/۲۴۲	۰/۳۳۲	۰/۱۲	۰/۰۱۱
رنج روانی	خودآگاهی	۰/۳۸*	۲/۶۶۶	۰/۳۸۶	۰/۱۴	۰/۰۰۱
رنج معنوی - وجودی	خودآگاهی	۰/۷۴**	۷/۱۰۹	۰/۷۴۸	۰/۵۴	۰/۰۰۱
	نیازهای معنوی	۰/۴۷**	۳/۴۳۰	۰/۴۷۸	۰/۵۷	۰/۰۰۱

* (p<۰/۰۵)، ** (p<۰/۰۱)

جدول ۵: نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی ابعاد کیفیت زندگی بر اساس مؤلفه‌های معنویت

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	بتا	آماره تی	R	آر تنظیم شده	سطح معنی‌داری
سلامت جسمانی	خودآگاهی	*۰/۷۰	۶/۲۷۲	۰/۷۰۶	۰/۴۹	۰/۰۰۱
سلامت روانی	خودآگاهی	*۰/۷۱	۶/۵۱۸	۰/۷۱۵	۰/۵۰	۰/۰۰۱
روابط اجتماعی	خودآگاهی	*۰/۵۶	۴/۴۳۴	۰/۵۶۸	۰/۳۲	۰/۰۰۱

* (p<۰/۰۱)

بحث

رنج یک پدیده مفهومی یکپارچه ساده نیست، بلکه یک سازه چند بعدی و پیچیده است که ابعاد واقعی زیادی را در بر گرفته است (۲۵)، هدف این مطالعه تعیین ارتباط معنویت با احساس رنج و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری ایدز بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، در حالی که بین معنویت و رنج روانی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد، یعنی سطوح بالای معنویت با احساس رنج روانی کمتر ارتباط دارد، ولی بین معنویت و احساس رنج جسمانی رابطه معنی‌داری وجود ندارد، نتایج همچنین نشان داد که خودآگاهی پیش‌بینی کننده خوب و منحصر به فردی برای رنج جسمانی و رنج روانی به شمار می‌رود. به طور کلی، بررسی رابطه معنویت و احساس رنج نشان داد که ارتباط منفی معنی‌داری بین معنویت و احساس رنج وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه‌های مشابه در این زمینه همخوانی دارد (۱۴-۶). این محققان در تحقیقات خود نشان دادند که افراد مبتلا به ایدز اغلب از سازگاری مذهبی- معنوی برای پیدا کردن هدف و معنی در زندگی، برای کنار آمدن با مفاهیم احساس گناه و شرمساری و برای مقابله با سوگ و داغ‌دیدگی ناشی از بیماری استفاده می‌کنند. پارگامنت و همکاران^(۱) (۲۰۰۴) بر این عقیده‌اند که استراتژی‌های سازگاری مذهبی مثبت به عنوان مثال، جستجوی حمایت معنوی در مقایسه با استراتژی‌های سازگاری مذهبی منفی به عنوان مثال؛ این احساس که بیماری یک تنبیه از طرف

خداست، با دریافت نتایج بهتر مانند بهبود رضایت زندگی و بهداشت روانی بالا و نیز ایجاد اثرات مثبت در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن رابطه داشته است (۱۳).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین معنویت و احساس رنج معنوی- وجودی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد و مؤلفه‌های خودآگاهی معنوی و نیازهای معنوی پیش‌بینی کننده خوب و منحصر به فرد رنج معنوی- وجودی به شمار می‌روند. این یافته با نتایج تحقیقات مشابه دیگر همخوانی دارد (۶ و ۴). نتایج مطالعه کروس و همکاران^(۲) (۲۰۰۹) نشان داد که اکثر بیماران، هر کدام به طریقی، از دین و مذهب به عنوان یک روش مقابله با درد و رنج استفاده می‌کنند (۶). در همین رابطه، زیلانی و سیمورب^(۳) (۲۰۱۰) معتقدند که بعضی بیماران بیماری‌شان را یک امتحان الهی می‌دانند، برای اینکه ببینند آیا آنها می‌توانند رنج را تحمل کنند و یا با آن روبرو شوند (۴).

در مطالعه حاضر ثابت شد، کیفیت زندگی و ابعاد آن با معنویت و مؤلفه‌های ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد و مؤلفه‌های خودآگاهی معنوی بهترین پیش‌بینی کننده خوب و منحصر به فرد ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی و روابط اجتماعی کیفیت زندگی بود. این نتیجه با مطالعه‌های دیگری در این زمینه همخوانی دارد (۲۸-۲۶ و ۲۰-۱۸). همتی

1-Pargament et al
2-Krause et al
3-Zeilani & Seymour

آموزشی و درمانی به منظور افزایش سلامت روانی- اجتماعی و کاهش احساس رنج بیماران توصیه می‌شود. همچنین، به مشاوران، روانشناسان و روانپزشکان پیشنهاد می‌شود در مداخلات روان درمانی بیماران مبتلا به ایدز از سازگاری معنوی- مذهبی در درمان روان‌شناختی بیماران استفاده کنند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، مصوب دانشگاه سیستان و بلوچستان بود. از همکاری دکتر مریم رضایی کارشناس مسئول ایدز، زهرا شایعی و پریسا حداد کارشناسان مراکز مشاوره و بیماری‌های رفتاری استان سیستان و بلوچستان سپاسگزاری می‌شود.

مسلک‌پاک و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که چگونه اعتقادات و باورهای مذهبی می‌تواند تمامی ابعاد زندگی بیماران را از نظر جسمی، روانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد. در مطالعه آنها، بیماران مورد مطالعه یکی از منابع حمایتی درک شده را حمایت معنوی و توجه به ماورا و نیروی الهی می‌دانستند (۲۹)، بنابراین، با توجه به رابطه مثبت بین معنویت و کیفیت زندگی و نیز نقش مثبت معنویت در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز، تقویت معنویت و نگرش مذهبی در بیماران و همچنین ترغیب و توجیه آنها به انجام دادن اعمال مرتبط با آن می‌تواند کیفیت زندگی را در آنها افزایش دهد.

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که معنویت یکی از مهم‌ترین منابع کاهش احساس رنج و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ایدز می‌باشد، که لزوم توجه به این موضوع مهم برای کنار آمدن با مشکلات روانی و معنوی ناشی از بیماری را ضروری می‌سازد. همچنین، نهادینه شدن باورهای معنوی- مذهبی و تقویت آنها در این بیماران موجب می‌شود که آنها مشکل خود را در متن گسترده‌ای قرار دهند، بیماری خود را بیشتر پذیرا باشند، خود باوری و عزت نفس خود را افزایش دهند و همه اینها در نهایت موجب بهبود کیفیت زندگی و کاهش احساس رنج بیماران می‌شود. بنابراین، آموزش‌های معنوی- مذهبی به وسیله دست اندرکاران و مسئولان فرهنگی،

REFERENCES

1. Duffy L. Suffering, shame, and silence: The stigma of HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2005; 16(1): 13-20.
2. Fochtman D. The concept of suffering in children and adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2006; 23(2): 92-102.
3. Hall VP. Bearing Witness to Suffering in AIDS: The Testing of a Substantive Theory. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2003; 14(4): 25-36.
4. Zeilani R, Seymour JE. Muslim women's experiences of suffering in Jordanian intensive care units: A narrative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2010; 26(3): 175-84.
5. Barton-Burke M, Barreto JR, Raimundo C, Archibald LIS. Suffering as a Multicultural Cancer Experience. *Seminars in Oncology Nursing* 2008; 24(4): 229-36.
6. Krause N, Bastida E. Religion, suffering, and health among older Mexican Americans. *Journal of Aging Studies* 2009; 23:114-23.
7. Siegel K, Schrimshaw EW. The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS. *Journal for the Scientific Study of Religion* 2002; 41:91-102.
8. Litwinczuk KM. The Relationship Between Spirituality, Purpose in Life, and Well-Being in HIV-Positive Persons. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2007; 18(3): 13-22.
9. Corneh D. The impact of spirituality upon mental health. *Mental Health Foundation* 2006; www.mentalhealth.org.uk.
10. McCormick DP, Holder B, Wetsel MA, Cawthon TW. Spirituality and HIV Disease: An Integrated Perspective. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2001; 12(3): 58-65.
11. Tuncay T. Spirituality in coping with HIV/AIDS. Hacettepe University Faculty of Economics and Administrative Sciences. Department of Social Work 2007; 3: 10-5.
12. Szafarski M, Ritchey PN, Leonard AC. Modeling the Effects of Spirituality/Religion on Patients' Perceptions of Living with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 2006; 21: S28-38.
13. Pargament K, McCarthy S, Shah P. Religion and HIV: a review of the literature and clinical implications. *S Med* 2004; 97:1201-9.
14. Prado G, Feaster DJ, Schwartz SJ, Pratt IA, Smith L, Szapocznik J. Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIV-seropositive African American mothers. *AIDS Behav* 2004; 8: 221-35.
15. Oliva J, Roa C, Del Liano J. Indirect costs in ambulatory patients with- HIV/AIDS in Spain: A pilot study. *Pharmacoeconomics* 2003; 21(15): 1113-21.
16. Wig N, Lekshmi R, Pal H, Ahuja V. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: A cross sectional study in north India. *Original Contributions* 2006; 60(1): 3-12.
17. Viseh A, Moradi S. Quality of life and their related factors in women with AIDS in Tehran. *Family Research* 2006; 2(8): 309-25.
18. Basavaraj KH, Navya MA, Rashmi R. Quality of life in HIV/AIDS. *Review Article*, 2010; 31(2):75-80.
19. Prisla Ücker C, Marisa Campio M, Maria Lúcia NT. Quality of life and spiritual well being in individuals with HIV/AIDS. *Psicol Estud* 2008; 13(3): 523-30.
20. Trevino KM. Religious coping and physiological, psychological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: Cross-sectional and longitudinal findings. *AIDS and Behavior* (online), 2007.
21. Parsian N, Dunning T. Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Global Journal of Health Science* 2009; 1(1): 2-11.
22. Schulz R, Monin JK, Czaja SJ, Lingler JH. Measuring the experience and perception of suffering. *Gerontologist* 2010; 50(6): 774-84.
23. Nejat S, Montazeri A, Holakouee Naini C, Mohammad K, Majd Zade SR. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire: translation and psychometric Iranian Type. *Journal of Hygiene School and Health Research Institute* 2006; 4(4): 1- 12.

24. Heydari AR, Jafari F. Compare the quality of life, social support and general health of people infected with AIDS virus than normal people of Ahvaz city. *New Findings in Psychology* 2009; 2(7): 47-60.
25. Black HK, Rubinstein RL. Themes of suffering in late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2004; 59: 17-24.
26. Grossman HA, Sullivan PS. Quality of life and HIV current assessment tools and future directions for clinical practice. *AIDS Read* 2003; 12: 583-97.
27. Robberstad B, Olsen JA. The health related quality of life of people living with HIV /AIDS in sub-Saharan Africa - a literature review and focus group study. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2010; 2: 11.
28. Fatiregun AA, Mofolorunsho KC, Osagbemi KG. Quality of life of people living with HIV/AIDS in kogi state, Nigeria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine* 2009; 11(1): 21-7.
29. Hemmati Maslak Pak M, Ahmadi F, Anoosheh M. Spiritual beliefs and quality of life: a qualitative research about diabetic adolescent girls' perception. *Koomesh* 2010; 12(2): 144 -51.

The Relationship of Spirituality with the Pain and Quality of Life in Patients with HIV/AIDS

Pirasteh Motlagh AK^{1*}, Nikmanesh Z¹

¹Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Received: 11 Feb 2012 Accepted: 26 Jun 2012

Background & aim: With regard to the psychological problems of HIV infection, the purpose of this study was to determine the relationship of spirituality with a sense of pain and quality of life in patients with HIV/ AIDS.

Methods: This descriptive-correlation study was conducted on 43 patients with AIDS in Sistan & Baluchestan province which were selected via available sampling method. Spirituality was measured using the Spirituality Questionnaire, feeling of suffering using the Scale of Experience, and Perception of Suffering and quality of life using the World Health Organization Quality of Life Questionnaire. Data was analyzed using Pearson correlation coefficient and Stepwise regression.

Results: There was a significant positive relationship between spirituality and quality of life and significant negative relationship between spirituality and feeling of suffering ($p < 0.05$). There was a significant negative relationship between spirituality and psychological suffering ($p < 0.05$). Component of self-awareness is the best predictor of physical and psychological health and also social relationships of the quality of life. In addition, component of self-awareness is the best predictor of physical and psychological suffering, and components of self-awareness and spiritual needs, respectively, are best predictors of spiritual and existential suffering.

Conclusion: Reinforcing the spiritual and religious attitude in patients with HIV/AIDS through spiritual and religion instruction may increase the social-mental health and reduce the feeling of suffering and improve quality of life of the patients.

Key Words: Spirituality, Suffering, Quality of Life, AIDS

*Corresponding Author: Pirasteh Motlagh AK, Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran
Email: AAPirasteh88@gmail.com