



Journal Website

Article history:

Received 23 July 2025

Revised 19 November 2025

Accepted 25 November 2025

Initial Publication 10 December 2025

Final Publication 30 March 2026

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 5, Issue 1, pp 1-16



E-ISSN: 2981-1759

Predicting Pain Tolerance Based on Spiritual Health and Self-Efficacy in Cancer Patients

Fatemeh. Behrouzfar¹, Marjan. Albehbahani^{2*}

¹ MA, Department of Psychology, Shi.C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran

² Department of Psychology, Shi.C., Islamic Azad University, Shiraz, Iran

* Corresponding author email address: marjan.albehbahai@iau.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Behrouzfar, F., & Albehbahani, M. (2026). The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Resilience and Quality of Life of Mothers of Students with Specific Learning Disabilities. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 5(1), 1-16.



© 2026 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to predict pain tolerance in cancer patients based on their spiritual health and self-efficacy.

Methodology: This descriptive–correlational study was conducted on a statistical population of 260 cancer patients who visited Namazi Hospital in Shiraz in 2024. Based on the Morgan table, 150 patients were selected through convenience sampling. Research instruments included the Pain Tolerance Questionnaire by Sullivan et al. (1995), the Spiritual Health Questionnaire by Polotzine and Ellison (1982), and the Self-Efficacy Questionnaire by Scherer et al. (1982). Data were analyzed using SPSS through descriptive statistics and inferential tests including Pearson correlation and multiple regression.

Findings: Results indicated a positive and significant relationship between spiritual health and pain tolerance ($r=0.285$, $p=0.001$). Existential health also showed a positive and significant correlation with pain tolerance ($r=0.376$, $p=0.001$). Self-efficacy demonstrated the strongest correlation with pain tolerance ($r=0.483$, $p=0.001$). Multiple regression analysis showed that spiritual health and self-efficacy together explained 36% of the variance in pain tolerance ($R^2=0.36$). Both spiritual health ($\beta=0.328$, $p=0.001$) and self-efficacy ($\beta=0.365$, $p=0.001$) were significant positive predictors. Separate regressions revealed that spiritual health accounted for 20% of the variance, and self-efficacy accounted for 23% of the variance in pain tolerance.

Conclusion: The findings demonstrate that spiritual health and self-efficacy play key roles in enhancing pain tolerance among cancer patients, highlighting their importance in developing psychological and spiritual interventions aimed at improving patients' coping and resilience in the face of cancer-related pain.

Keywords: Pain tolerance; spiritual health; existential health; self-efficacy; cancer patients

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Pain among cancer patients is one of the most complex biopsychosocial experiences, influenced not only by the physiological progression of the disease but also by individuals' psychological, emotional, and spiritual resources. Contemporary theories of pain emphasize that pain perception is shaped by cognitive–emotional processes, environmental stressors, and personal resources, making it a multidimensional phenomenon that cannot be understood solely within biological frameworks ([Asghari Moghaddam, 2023](#)). Research on chronic pain confirms that cognitive variables, such as catastrophizing, helplessness, and low emotional regulation, intensify pain perception, while psychological flexibility and personal resources reduce pain severity and its psychological consequences ([Kermani et al., 2022](#)). Among these psychological resources, self-efficacy has been consistently identified as a powerful determinant of pain tolerance, functional adjustment, and emotional stability in chronic pain populations. Individuals with higher pain-related self-efficacy often demonstrate superior coping strategies, reduced psychological distress, and greater confidence in managing pain-related challenges ([Mohammadi et al., 2021](#); [Najati et al., 2020](#)). Studies show that self-efficacy contributes to reduced anxiety, improved coping, and better perceived control, ultimately dampening the emotional amplification of pain ([Schunk & DiBenedetto, 2020](#)). Evidence from postoperative patients further suggests that pain self-efficacy plays a mediating role between pain sensitivity and acute pain, revealing its central role in shaping pain outcomes ([Ling, 2024](#)).

Beyond psychological resources, spiritual health has emerged as a critical factor in shaping how cancer patients experience and tolerate pain. Spiritual well-being provides meaning-making structures, enhances inner peace, reduces existential anxiety, and helps patients interpret their illness through frameworks that promote acceptance and resilience ([Seyedrasooly et al., 2014](#)). Numerous studies show that spirituality protects against negative psychological responses to pain, reduces anxiety, and enhances resilience in the face of painful medical conditions, including burns, rheumatological disorders, and advanced cancer ([Farzanefar et al., 2023](#)). Women with gynecologic cancers, for example, report unmet spiritual needs as determinants of greater anxiety and poorer coping, highlighting the importance of spiritual support in these clinical contexts ([Akalın & Pinar, 2016](#)). Studies among cancer patients emphasize that spiritual well-being not only provides emotional stability but also improves pain outcomes by fostering hope, meaning, and acceptance ([Artan, 2025](#)). Furthermore, spirituality has been shown to reduce pain catastrophizing and health anxiety, thereby indirectly enhancing pain self-efficacy and reducing psychological distress ([Soleimani Namaqi et al., 2021](#)). These findings converge on the view that spiritual health can meaningfully shape patients' experience of illness, buffer the negative emotional consequences of pain, and elevate their tolerance of medically induced pain.

Research in related health contexts continues to strengthen this position. Studies on chronic pain indicate that individuals with higher spiritual orientation employ more adaptive coping strategies and experience lower levels of depression and anxiety, ultimately resulting in decreased subjective pain intensity ([Shakib, 2023](#)). Similarly, spiritual well-being has been reported to correlate positively with pain resilience, especially in older adults undergoing orthopedic procedures, suggesting that spirituality interacts with cognitive–emotional regulation mechanisms to influence pain outcomes ([Ying Zhou, 2024](#)). When combined with self-efficacy, spiritual health may provide a synergistic effect: self-efficacy promotes behavioral engagement and cognitive control, while spiritual health enhances emotional stability

and existential meaning. Studies show that patients with both strong spiritual resources and high self-efficacy demonstrate improved outcomes, such as greater resilience, reduced fear of movement, and enhanced pain management capacities (Sar Masti Emami et al., 2022; Tawil et al., 2025). Additionally, communication self-efficacy and relationship quality have been associated with reduced fatigue and psychological strain in individuals with chronic conditions, further supporting the notion that self-efficacy has broad impacts on well-being and coping (Milrad et al., 2019). These findings highlight that the interaction between psychological and spiritual constructs is central to understanding pain tolerance in cancer patients.

Based on the robust body of evidence, studying pain tolerance through the integrated lens of spiritual health and self-efficacy becomes essential for improving the psychological and clinical care of cancer patients. Despite numerous studies examining each variable separately, fewer have explored them concurrently in predictive models, especially within culturally specific contexts. Therefore, this study aimed to investigate whether spiritual health and self-efficacy can predict pain tolerance among cancer patients.

Methods and Materials

This descriptive-correlational study was conducted on 150 cancer patients selected through convenience sampling from Namazi Hospital in Shiraz in 2024. A total of 260 patients formed the research population. Data were collected using three standardized instruments: the Pain Tolerance Questionnaire by Sullivan et al. (1995), the Spiritual Health Scale by Polotzine and Ellison (1982), and the Self-Efficacy Scale by Scherer et al. (1982). Data collection followed ethical approval procedures. Statistical analyses were performed using SPSS software, employing descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, and multiple regression analyses to examine associations and predictive relationships among variables.

Findings

Descriptive results indicated mean scores reflecting moderate to high variability across pain tolerance, spiritual health, existential health, and self-efficacy. Pearson correlation analysis revealed significant positive correlations between spiritual health and pain tolerance ($r = 0.285$, $p = 0.001$), existential health and pain tolerance ($r = 0.376$, $p = 0.001$), and self-efficacy and pain tolerance ($r = 0.483$, $p = 0.001$). Multiple regression analysis indicated that spiritual health and self-efficacy together predicted 36% of the variance in pain tolerance ($R^2 = 0.36$), with both predictors contributing significantly. Further regression analyses revealed that spiritual health accounted for 20% of the variance independently, whereas self-efficacy alone accounted for 23% of the variance in pain tolerance. Both variables emerged as significant and positive predictors.

Discussion and Conclusion

The results demonstrated that both spiritual health and self-efficacy contribute significantly to predicting pain tolerance in cancer patients, underscoring the multidimensional nature of pain perception in this population. Spiritual health enhanced patients' ability to tolerate pain by offering emotional stability, existential meaning, and inner peace, helping patients view pain within a broader context of hope and acceptance. Meanwhile, self-efficacy strengthened patients' beliefs in their capacity to manage painful symptoms, reducing emotional distress, and enabling more adaptive coping strategies. Together, these constructs formed a complementary framework that explained a substantial proportion of pain tolerance variance. These findings highlight the importance of integrating psychological and spiritual components

into patient care. Interventions that enhance spiritual well-being and strengthen self-efficacy may improve pain outcomes, emotional resilience, and overall quality of life for individuals with cancer. In clinical practice, supporting both domains can serve as an effective nonpharmacological approach to complement medical pain management strategies. Overall, the study reinforces the need for holistic, integrative care models that recognize the intertwined roles of spirituality and personal agency in shaping pain experiences among cancer patients.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱ مرداد ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۲۸ آبان ۱۴۰۴

پذیرفته شده در تاریخ ۴ آذر ۱۴۰۴

اولین انتشار در تاریخ ۱۹ آذر ۱۴۰۴

انتشار نهایی در تاریخ ۱۰ فروردین ۱۴۰۵

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۵، شماره ۱، صفحه ۱۶-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

پیش‌بینی تحمل درد بر اساس سلامت معنوی و خودکارآمدی در بیماران سرطانی

فاطمه بهروزفر^۱، مرجان آل بهبهانی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: marjan.albehbahai@iau.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

بهروزفر، فاطمه، و آل بهبهانی، مرجان. (۱۴۰۵). پیش‌بینی تحمل درد بر اساس سلامت معنوی و خودکارآمدی در بیماران سرطانی. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۵(۱)، ۱-۱۶.



© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: هدف پژوهش، پیش‌بینی میزان تحمل درد بیماران سرطانی بر اساس سلامت معنوی و خودکارآمدی بود. **روش‌شناسی:** این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل ۲۶۰ بیمار سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان نمازی شیراز در سال ۱۴۰۳ بود که بر اساس جدول مورگان، ۱۵۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تحمل درد سالیوان و همکاران (۱۹۹۵)، پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) و پرسشنامه خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS در دو سطح توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین سلامت معنوی و تحمل درد رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($r=0.285$ ، $p=0.001$). همچنین سلامت وجودی با تحمل درد رابطه مثبت و معنادار داشت ($r=0.376$ ، $p=0.001$). رابطه خودکارآمدی و تحمل درد نیز مثبت و معنادار بود ($r=0.483$ ، $p=0.001$). در رگرسیون همزمان، سلامت معنوی و خودکارآمدی توانستند ۳۶ درصد از واریانس تحمل درد را تبیین کنند ($R^2=0.36$). سلامت معنوی ($\beta=0.328$ ، $p=0.001$) و خودکارآمدی ($\beta=0.365$ ، $p=0.001$) هر دو پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنادار تحمل درد بودند. همچنین در تحلیل جداگانه، سلامت معنوی ۲۰ درصد و خودکارآمدی ۲۳ درصد از واریانس تحمل درد را به طور مستقل تبیین کردند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد سلامت معنوی و خودکارآمدی نقش تعیین‌کننده‌ای در افزایش تحمل درد بیماران سرطانی دارند و می‌توانند در طراحی مداخلات روان‌شناختی و معنوی برای بهبود سازگاری بیماران با درد مورد استفاده قرار گیرند.

کلیدواژگان: تحمل درد، سلامت معنوی، سلامت وجودی، خودکارآمدی، بیماران سرطانی



مقدمه

درد یکی از بنیادی‌ترین تجربه‌های انسانی است که در موقعیت‌های مختلف زندگی، سلامت روان و کیفیت عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در حوزه سرطان، این پدیده نه تنها جنبه‌های جسمانی بلکه ابعاد شناختی، عاطفی، اجتماعی و معنوی بیماران را نیز درگیر می‌کند. سرطان با ایجاد فشارهای جسمانی شدید، استرس‌های مزمن و اختلالات روان‌شناختی، زمینه کاهش ظرفیت سازگاری و تحمل درد را فراهم می‌آورد؛ به همین دلیل شناخت عوامل پیش‌بینی‌کننده تحمل درد در این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. همان‌گونه که نظریه‌های نوین درد مانند نظریه ماتریس عصبی تأکید می‌کنند، ادراک درد یک پدیده صرفاً فیزیولوژیک نیست، بلکه متأثر از سیستم‌های شناختی، هیجانی و سازوکارهای ذهنی پیچیده است، و استرس به‌عنوان یک محرک ادراکی-شناختی در شدت و تداوم آن نقش دارد (Asghari, Moghaddam, 2023). این دیدگاه با یافته‌های جدید درباره نقش عوامل روانی-اجتماعی همخوان است، به‌گونه‌ای که پژوهش‌های در حوزه دردهای مزمن نشان می‌دهند عوامل شناختی و عاطفی مانند کاتاستروف‌سازی درد، اضطراب، افسردگی و تنظیم هیجان، در کنار عوامل حمایتی و معنوی، می‌توانند تغییرات چشمگیری در تجربه درد ایجاد کنند (Ling, 2024).

در سال‌های اخیر، مطالعات متعددی به نقش ویژگی‌های فردی و روان‌شناختی در افزایش یا کاهش آستانه تحمل درد پرداخته‌اند. برای نمونه، بررسی احساس درد و رنج طولانی‌مدت در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نشان داد که خودکارآمدی نقش میانجی مهمی میان درد مزمن و سازگاری روان‌شناختی ایفا می‌کند و افراد دارای خودکارآمدی بالاتر، کنترل بیشتری بر شدت درد و پیامدهای هیجانی آن دارند (Najati et al., 2020). همچنین در پژوهشی دیگر مشخص شد که خودکارآمدی درد نه تنها به عنوان یک عامل حفاظتی در برابر درد عمل می‌کند، بلکه می‌تواند شدت اضطراب و افسردگی مرتبط با دردهای مزمن را کاهش دهد، و از این طریق موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران شود (Mohammadi et al., 2021). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهد که خودکارآمدی یک متغیر چندبعدی است که ضمن تأثیرگذاری بر راهبردهای مقابله‌ای، انتظارات فرد درباره توانایی مواجهه با رویدادهای دردآور را نیز جهت می‌دهد. این تبیین کاملاً با نظریه شناختی-اجتماعی و مدل انگیزشی شونک سازگار است، زیرا باورهای خودکارآمدی تعیین می‌کنند که فرد چگونه راهبردهای مقابله‌ای را انتخاب کرده و استمرار می‌بخشد (Schunk & DiBenedetto, 2020).

از سوی دیگر، ارتباط معنادار میان خودکارآمدی و پیامدهای درد تنها به بیماران مبتلا به سرطان محدود نمی‌شود. در مطالعه‌ای بر زنان مبتلا به درد مزمن مشخص شد که افزایش خودکارآمدی درد سبب مهار نشخوار ذهنی و کاهش بی‌ثباتی روان‌شناختی شده و عملکرد مقابله‌ای را بهبود می‌بخشد (Mirdrikvand et al., 2019). حتی در زمینه دردهای پس از عمل نیز یافته‌ها نشان داد که خودکارآمدی و کاتاستروف‌سازی درد نقش‌های میانجی مهمی میان حساسیت به درد و درد حاد پس از جراحی دارند، و بیماران با خودکارآمدی بیشتر، رفتارهای تسکین‌دهنده فعال‌تری را انتخاب می‌کنند (Ling, 2024). این نتایج عملاً بر نقش تعیین‌کننده باورهای کارآمدی در کنترل درد تأکید دارند. چنانکه پژوهش‌های مربوط به آموزش مهارت‌های زندگی نیز نشان داده‌اند که ارتقای مهارت‌های شناختی-هیجانی در نوجوانان ورزشکار توانسته است سطح خودکارآمدی ورزشی آنان را به شکل معناداری افزایش دهد (Khodaparst et al., 2022). این شواهد نشان می‌دهد که خودکارآمدی می‌تواند در بافت‌های مختلف، از ورزش گرفته تا بیماری‌های مزمن، عاملی کلیدی در مدیریت درد و بهبود نتایج درمانی باشد. در حوزه سرطان، جنبه روان‌شناختی درد پیچیده‌تر است، زیرا بیماران علاوه بر درد جسمانی با نگرانی‌های وجودی، ترس از مرگ، تضعیف سیستم ایمنی، فقدان امید، و تغییرات شدید در سبک زندگی مواجه‌اند. برخی پژوهش‌ها بر این باورند که درد در این بیماران نه تنها یک تجربه فیزیکی بلکه آمیخته‌ای از هیجان‌های منفی و فشارهای شناختی است که شدت تجربه آن را افزایش می‌دهد (Deliri et al., 2021).



مطالعات مربوط به همه‌گیری کووید-۱۹ نیز نشان داده‌اند که فشار روانی، سوگ، و فقدان منابع حمایتی می‌تواند سطوح درد روان‌شناختی را به شدت افزایش دهد و همبستگی معناداری میان سرمایه روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و تحمل درد وجود دارد (Dehghanpour et al., 2021). از این منظر، سازوکارهایی همچون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، خودکارآمدی و تنظیم هیجان اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند. به عنوان نمونه، در پژوهش کرمانی و همکاران مشخص شد که متغیرهای منفی مانند افسردگی، اضطراب و کاتاستروف‌سازی درد می‌توانند رابطه بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی درد را تضعیف کنند، و در مقابل، افزایش توانایی‌های مقابله‌ای موجب تقویت درک کنترل‌پذیری درد می‌شود (Kermani et al., 2022). در ادامه همین خط پژوهشی، مطالعه روستمی و همکاران نشان داد که اضطراب، استرس و افسردگی با ادراک درد ارتباط مستقیم دارند و تاب‌آوری می‌تواند نقش واسطه‌ای مؤثری در این رابطه داشته باشد (Rostami et al., 2022). این یافته‌ها اهمیت عوامل روان‌شناختی و خودکارآمدی را در شکل‌دهی به تجربه درد بیماران سرطانی دوباره برجسته می‌کنند.

اما در سال‌های اخیر، متغیر دیگری که توجه زیادی را به خود جلب کرده، سلامت معنوی است؛ مفهومی که نه تنها با بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مرتبط است، بلکه می‌تواند به‌طور مستقیم بر ادراک درد اثر بگذارد. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که بیماران دارای سلامت معنوی بالاتر، امید بیشتری به درمان دارند، اضطراب کمتری تجربه می‌کنند و توانایی بیشتری برای تفسیر درد در چارچوبی معنادار دارند (Soleimani Namaqi et al., 2021). در بیماران مبتلا به سرطان، معنویت اغلب به‌عنوان منبعی برای یافتن معنا، پذیرش، آرامش و کنترل هیجانی در شرایط تهدیدکننده مطرح می‌شود. یافته‌های سیدرسولی و همکاران نشان می‌دهد که بین ادراک پیش‌آگهی بیماری و سلامت معنوی رابطه معناداری وجود دارد؛ به این معنا که افراد با سلامت معنوی بیشتر، بیماری را با پذیرش بالاتری تجربه می‌کنند (Seyedrasooly et al., 2014). از سوی دیگر، پژوهش آکالین نشان داد که زنان مبتلا به سرطان زنان با نیازهای روان‌شناختی و معنوی برآورده‌نشده مواجه‌اند و سطح سلامت معنوی پایین‌تر آنان با نگرانی‌ها، درد ادراک‌شده و اضطراب بیشتری همراه است (Akalın & Pinar, 2016). در این زمینه، بررسی ارتباط سلامت معنوی با تاب‌آوری و اضطراب در بیماران دچار سوختگی نشان داد که سلامت معنوی قادر است به‌طور معناداری اضطراب ناشی از درد را کاهش داده و ظرفیت سازگاری با درد را افزایش دهد (Farzanefar et al., 2023).

جالب آنکه، مطالعات جدید در حوزه پرستاری سرطان نشان می‌دهند که سلامت معنوی نقش محافظتی در برابر تداخل درد دارد و از طریق افزایش امید و معنا، تجربه ذهنی درد را تعدیل می‌کند (Artan, 2025). بر همین مبنا، رویکردهای مبتنی بر مراقبت معنوی پیشنهاد می‌کنند که ادغام نیازهای معنوی در برنامه‌های درمانی بیماران سرطانی می‌تواند ظرفیت تحمل درد آنان را تقویت کند و پیامدهای روان‌شناختی بیماری را بهبود بخشد. پیامدهای مثبت معنویت حتی در حوزه دردهای غیرسرطانی نیز گزارش شده است. برای مثال، تحقیق شکیب بر بیماران دندان‌دانی نشان داد که آستانه تحمل درد می‌تواند تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی و معنوی قرار گیرد (Shakib, 2023). این یافته‌ها نشان می‌دهد که معنویت نه تنها به‌عنوان سازه‌ای اخلاقی یا دینی، بلکه به‌عنوان یک متغیر کاربردی در بهبود مدیریت درد اهمیت دارد.

در کنار اهمیت معنویت و خودکارآمدی، توجه به نقش عوامل شناختی-هیجانی مؤثر بر درد نیز ضروری است. برای مثال، پژوهش کیتلی و همکاران نشان داد که عوامل روان‌شناختی نوظهور مانند افکار خودکشی می‌توانند در تجربه دردهای مزمن نقش پررنگی داشته باشند و مداخلات مبتنی بر کاهش آشفته‌گی هیجانی می‌تواند به کاهش شدت درد کمک کند (Kirtley et al., 2020). همچنین مطالعات مربوط به اضطراب درد نشان می‌دهد که اضطراب پیش‌بینی‌کننده می‌تواند سبب افزایش شدت درد و کاهش تحمل افراد در شرایط دردناک شود (Katie, 2022). نقش پردازش شناختی و بازنمایی ذهنی درد نیز در مطالعه گوش‌چیان چوبمسجدی به‌خوبی نمایان است؛ به‌گونه‌ای که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در مقایسه با گروه سالم، سطوح بالاتری از متغیرهای شناختی منفی مرتبط با درد نشان دادند (Ghooshchian, 2013). (Choubmasjedi et al., 2013).



از سوی دیگر، در مطالعات مربوط به تمرینات روان‌شناختی، افزایش خودکارآمدی حتی توانسته است عملکرد حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی را نیز بهبود بخشد. بررسی جکسون نشان داد که ارتقای خودکارآمدی متخصصان درد موجب افزایش کیفیت مدیریت درد و کاهش خطاهای درمانی می‌شود (Carnel Jackson, 2023). همچنین، در پژوهش تاویل مشخص شد که باورهای استقامت روانی نقش واسطه‌ای میان خودکارآمدی و اجتناب از حرکت در ورزشکاران آسیب‌دیده دارند؛ یعنی افزایش خودکارآمدی فردی، توانایی وی در مواجهه با درد و حرکت‌های دشوار را بالا می‌برد (Tawil et al., 2025).

در مجموع، مرور پیشینه نشان می‌دهد که میان مؤلفه‌های روان‌شناختی (مانند خودکارآمدی، انعطاف‌پذیری، تنظیم هیجان، سرمایه روان‌شناختی)، عوامل شناختی-منفی (مانند کاتاستروف‌سازی، اضطراب و افسردگی)، و متغیرهای معنوی (مانند سلامت معنوی، معناجویی و امید) یک شبکه پیچیده وجود دارد که بر ادراک و تحمل درد تأثیر می‌گذارد. در این میان، بیماران سرطانی با توجه به ماهیت مزمن بیماری، فشار روانی طولانی‌مدت، ترس‌های وجودی و تداخل‌های شدید جسمانی، بیش از سایر بیماران به چنین منابع روان‌شناختی و معنوی نیاز دارند. شواهد جدید همچنین نشان می‌دهد که تاب‌آوری درد و کاتاستروف‌سازی می‌توانند از طریق سازوکارهای خودکارآمدی مدیریت شوند و این سازوکارها در تعامل با سلامت معنوی، الگوی پیچیده‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی به درد ایجاد می‌کنند (Ying Zhou, 2024). بنابراین، بررسی رابطه سلامت معنوی و خودکارآمدی با تحمل درد، نه تنها از جنبه نظری بلکه از نظر بالینی نیز اهمیت دارد، زیرا می‌تواند راهنمایی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی و معنوی مؤثر در بیماران سرطانی ارائه دهد.

با وجود تمام شواهد اشاره‌شده، هنوز پژوهش‌هایی که به‌طور همزمان تأثیر سلامت معنوی و خودکارآمدی را در قالب یک مدل پیش‌بینی‌کننده تحمل درد بیماران سرطانی بررسی کرده باشند، محدودند. این خلأ پژوهشی، به‌ویژه با توجه به شرایط فرهنگی و معنوی جامعه ایران، ضرورت انجام مطالعه حاضر را برجسته می‌کند. بر این اساس، هدف نهایی پژوهش حاضر بررسی این موضوع است که آیا سلامت معنوی و خودکارآمدی قادر به پیش‌بینی تحمل درد بیماران سرطانی هستند یا خیر.

مواد و روش پژوهش

روش تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی و از نوع تحقیقات همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران سرطانی که در سال ۱۴۰۳ برای درمان به بیمارستان نمازی شهر شیراز مراجعه کردند، که تعداد آن‌ها ۲۶۰ نفر بود. نمونه این پژوهش شامل ۱۵۰ نفر از بیماران سرطانی بود که در سال ۱۴۰۳ در مراکز درمانی و بیمارستانی نمازی شهر شیراز مشغول درمان و مداوا بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس بود. حجم نمونه بر اساس جدول مورگان و بر اساس تعداد کل جامعه تعیین شد که به دلیل گسترده نبودن و متمرکز نبودن جامعه آماری و محدودیت دسترسی به افراد جامعه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد.

الف) پرسشنامه استاندارد فاجعه‌سازی درد (PCS): این پرسشنامه توسط سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده است و دارای ۱۳ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان وضعیت دردناکی در بین مردان می‌باشد. متغیر فاجعه‌سازی درد، به عنوان متغیر شناختی-عاطفی مهم در زمینه تجربه ادراکی درد شناسایی شده است. ضمناً، این متغیر به عنوان یک متغیر منفی فاجعه‌انگیز شده، از طریق نشخوار ذهنی، بزرگ جلوه دادن و درماندگی نسبت به فرآیندهای دردناک، باعث ناتوانی در کنترل درد در افراد می‌شود (قوشچیان چومسجیدی و همکاران، ۱۳۹۲). این پرسشنامه دارای ابعاد نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی می‌باشد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (به هیچ وجه، ۱؛ تا حدودی، ۲؛ به طور متوسط، ۳؛ زیاد، ۴؛ همه اوقات، ۵) می‌باشد. روایی و پایایی در تحقیق سالیوان و همکاران، نشخوار ذهنی ۴۱ درصد واریانس کل، بزرگ‌نمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی ۸ درصد واریانس کل را تشکیل می‌دادند. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های



نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس فاجعه‌سازی درد برابر با ۰/۸۷ بود (به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین، در مطالعات داخلی مرادی و همکاران (۱۳۹۶) تحت عنوان روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه فاجعه‌سازی درد، در یکی از مقالات علمی پژوهشی روانشناسی ایران منتشر شده که تایید بالایی برای نسخه فارسی ارائه داده شد و در پژوهش داخلی دیگری از گودرزی و همکاران (۱۳۹۸) در زمینه ارتباط بین فاجعه‌سازی درد و کیفیت خواب در افراد مبتلا به درد مزمن، روایی و پایایی بالایی با ضریب الفا ۰/۸۹ و پایایی بالاتر از ۰/۸۵ گزارش شد. همچنین در این پژوهش پایایی ۰/۸۰ به دست آمد.

ب) پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۱: پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) که ۱۰ سؤال آن سلامت معنوی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۲۰-۱۲۰ می‌باشد. پاسخ این سؤالات بصورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. در سؤالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰ کاملاً مخالفم نمره ۱ و سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۸ کاملاً مخالفم نمره ۶ گرفته است. در پایان سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (۲۰-۴۰) متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. عبارت‌های با شماره فرد سلامت معنوی و عبارت‌های با شماره زوج سلامت وجودی را می‌سنجند. در تلاش برای تدوین ابزاری معتبر و پایا در مورد سلامت معنوی، ابتدا مطالعاتی جهت مشخص کردن منظور مردم از کلمه معنویت انجام شد جهت مشخص شدن درک مردم از احساس خودشان در مورد سلامت معنوی از جمعیت عمومی خواسته شد تا سلامت معنوی خود را با اصطلاحات خودشان توصیف کنند مقالات مربوط به موضوع نیز مطالعه شد. از این دو منبع، روشن شد که مردم در مورد احساس خود درباره سلامت معنوی دو گونه صحبت می‌کنند، برخی افراد، مشخصاً از زبان مذهبی برای صحبت در مورد آن استفاده می‌کنند و دیگران در مورد احساس خود درباره سلامت معنوی به زبان غیر مذهبی صحبت می‌کنند مشاهده گردید که بعضی اوقات این دو روش صحبت درباره موضوع، همپوشانی دارد، به همین خاطر عمداً تلاش شد تا ابزاری برای سلامت معنوی تدوین شود که دو خرده‌مقیاس را شامل شود: یک خرده‌مقیاس برای اندازه‌گیری سلامت معنوی و یک خرده‌مقیاس برای اندازه‌گیری سلامت وجودی (فلسفه وجود انسان به هنگام ساخت مقیاس سلامت معنوی به این موضوع نیز توجه شد که ابزار مورد نظر میبایست به اندازه کافی عمومی باشد تا قابل استفاده برای مردم با عقاید مذهبی و معنوی متفاوت باشد امیدواری (۱۳۸۷) مقیاس سلامت معنوی (SWB) توسط پولوتزین و الیسون (۱۹۸۳) طراحی شده است. این مقیاس یک پرسشنامه حاوی ۲۰ عبارت است که پاسخ‌های آن بر طبق مقیاس لیکرت ۶ قسمتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (می‌باشد). این مقیاس به دو گروه سلامت معنوی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره ۱۰-۶۰ را به خود اختصاص می‌دهد عبارت‌های فرد سلامت معنوی و عبارت‌های زوج سلامت وجودی را نشان می‌دهند. نمره کل سلامت معنوی جمع نمره‌های این دو زیرگروه می‌باشد که بین ۲۰-۱۲۰ خواهد بود. در عبارت‌های با فعل مثبت پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۶ و کاملاً مخالفم نمره ۱ را می‌گیرند و بقیه عبارت‌ها که با فعل منفی، پاسخ‌های کاملاً موافقم نمره ۱ و کاملاً مخالفم نمره ۶ را می‌گیرند مجموع نمرات به دست آمده را می‌توان به این صورت دسته‌بندی نمود که سلامت معنوی در حد پایین دارای بازه نمره ۲۰-۴۰ و سلامت معنوی در حد بالا دارای بازه نمره ۱۲۰-۱۰۰ می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط مزگان عباسی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های ایران، تهران و شهید بهشتی اجرا گردیده است برای این پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شده است.

¹. Spiritual well-being scale



د) پرسشنامه خودکارآمدی: این پرسشنامه توسط شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و دارای ۱۷ ماده است. پرسشنامه خودکارآمدی عقاید فرد مربوط به توانایی اش برای غلبه بر موقعیت‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه بر پایه مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. بدین صورت که پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱، و پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ می‌گیرد. نمرات بالا نشان دهنده احساس خودکارآمدی در فرد است. شرر و همکارانش (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ بدست آوردند. همچنین مطالعات آن‌ها نشان داد که بین نمرات این پرسشنامه و موفقیت در شغل و تحصیل همبستگی مثبت وجود دارد. کرامتی (۱۳۸۳) آلفای کرونباخ آن را در نمونه‌های ایرانی ۰/۸۶ بدست آورد، همچنین پایایی این پژوهش ۰/۷۵ به دست آمد. گردآوری اطلاعات در دو سطح صورت گرفت: سطح میدانی و سطح کتابخانه‌ای. ابتدا و در سطح کتابخانه‌ای به مطالعه منابع مورد نظر پرداخته شد و سپس با اخذ مجوز پخش پرسشنامه از دانشگاه و هماهنگی با حراست دانشگاه، در سطح میدانی با استفاده از پرسشنامه‌های مربوط به متغیرهای پژوهش، اقدام به جمع‌آوری کمی متغیرها شد.

پرسشنامه‌ها بعد از جمع‌آوری با نرم افزار SPSS ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت پذیرفت بدینگونه که در سطح توصیفی به محاسبه شاخص‌های توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی جهت بررسی فرضیه‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش از قرار جدول ذیل می‌باشد :

جدول ۱

آمار توصیفی مربوط به متغیرهای تحقیق برای شرکت‌کنندگان

میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	کجی	کشدگی
تحمل درد	۳۴/۸۰	۶/۲۷	۱۸	۵۷	۰/۷۶
خودکارآمدی	۴۴/۰۲	۷/۱۲	۲۸	۶۲	۰/۴۹
سلامت معنوی	۲۵/۶۸	۴/۶۰	۱۸	۴۲	۰/۱۹
سلامت وجودی	۳۰/۱۹	۵/۳۱	۲۰	۴۶	۰/۱۱

ماتریس همبستگی متغیرها از قرار جدول ۲ می‌باشد :

جدول ۲

ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

سلامت معنوی	سلامت وجودی	خودکارآمدی	تحمل درد
۱			
۰/۴۲۹**	۱		
۰/۳۹۹**	۰/۲۶۲**	۱	
۰/۲۸۵**	۰/۳۷۶**	۰/۴۸۳**	۱

$p \leq 0.01^{**}$ $p \leq 0.05^{*}$



جدول فوق آزمون همبستگی پیرسون را برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. همانگونه که مشاهده می‌شود بین سلامت معنوی با تحمل درد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0/285, p=0/001$). همچنین بین سلامت وجودی با تحمل درد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0/483, p=0/001$). بین خودکارآمدی با تحمل درد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0/376, p=0/001$).

جدول ۳

آزمون رگرسیون چندگانه جهت پیش‌بینی تحمل درد بر اساس سلامت معنوی و خودکارآمدی

متغیر ملاک: تحمل درد						
متغیر پیش‌بین	R	R^2	F	P	β	T
سلامت معنوی	0/600	0/360	56/993	0/001	0/328	3/598
خودکارآمدی					0/365	4/109
P						

با توجه به جدول ۳ همانگونه که مشاهده می‌شود میزان R برابر 0/600 و میزان R^2 برابر 0/360 می‌باشد. به عبارتی سلامت معنوی و خودکارآمدی در کل ۳۶ درصد از واریانس نمرات تحمل درد را تبیین می‌کند. همچنین سلامت معنوی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی تحمل درد می‌باشد ($\beta=0/328, p=0/001$) همچنین خودکارآمدی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی تحمل درد می‌باشد ($\beta=0/365, p=0/001$).

جدول ۴

آزمون رگرسیون چندگانه همزمان جهت پیش‌بینی تحمل درد بر اساس سلامت معنوی

متغیر ملاک: تحمل درد						
متغیر پیش‌بین	R	R^2	F	P	β	T
سلامت معنوی	0/452	0/204	49/339	0/001	0/276	2/998
سلامت وجودی					0/341	3/672
P						

با توجه به جدول ۴ همانگونه که مشاهده می‌شود میزان R برابر 0/452 و میزان R^2 برابر 0/204 می‌باشد. به عبارتی سلامت معنوی در کل ۲۰ درصد از واریانس نمرات تحمل درد را تبیین می‌کند. همچنین مولفه سلامت معنوی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی تحمل درد می‌باشد ($\beta=0/276, p=0/001$) و مولفه سلامت وجودی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی تحمل درد می‌باشد ($\beta=0/341, p=0/001$).

جدول ۵

آزمون رگرسیون تک متغیره جهت پیش‌بینی تحمل درد بر اساس خودکارآمدی

متغیر ملاک: تحمل درد						
متغیر پیش‌بین	R	R^2	F	P	β	T
خودکارآمدی	0/483	0/233	34/793	0/001	0/483	9/047
P						



با توجه به جدول ۵ همانگونه که مشاهده می‌شود میزان R برابر $0/483$ و میزان R^2 برابر $0/233$ می‌باشد. به عبارتی خودکارآمدی در کل ۲۳ درصد از واریانس نمرات تحمل درد را تبیین می‌کند. همچنین خودکارآمدی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش‌بینی تحمل درد می‌باشد ($\beta=0/483$, $p=0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که سلامت معنوی و خودکارآمدی هر دو به‌صورت مثبت و معنادار توانستند تحمل درد بیماران سرطانی را پیش‌بینی کنند. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد ترکیب این دو متغیر توانست حدود ۳۶ درصد از واریانس تحمل درد را تبیین کند، و این مقدار نشان‌دهنده نقش قابل‌توجه عوامل روان‌شناختی و معنوی در کنار عوامل زیستی در شکل‌دهی به تجربه ذهنی درد است. این یافته‌ها با ادبیات گسترده‌ای که نقش متغیرهای شناختی، هیجانی و معنوی را در تجربه درد اشاره کرده‌اند، همسو است. برای مثال، پژوهش‌های حوزه درد مزمن نشان می‌دهند که عوامل شناختی و هیجانی نقش پررنگی در افزایش یا کاهش شدت درد دارند و حتی درک درد می‌تواند به‌طور کامل تحت تأثیر ارزیابی‌های ذهنی فرد قرار گیرد (Asghari Moghaddam, 2023). این همخوانی نشان می‌دهد که ادراک درد، یک پدیده زیستی صرف نیست و عوامل روان‌شناختی مانند معنویت و کارآمدی شخصی نقش بسیار مهمی در شکل‌دهی آن دارند.

نخست، یافته مربوط به نقش سلامت معنوی در پیش‌بینی تحمل درد، با مجموعه دیگری از مطالعات داخلی و خارجی سازگار است. برای نمونه، مطالعه سیدرسولی و همکاران نشان داد که ادراک مثبت از پیش‌آگهی بیماری در بیماران سرطانی با سطح بالاتری از سلامت معنوی مرتبط است و سلامت معنوی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند با ترس‌ها و نگرانی‌های وجودی ناشی از سرطان بهتر کنار بیایند (Seyedrasooly et al., 2014). در پژوهش آکالین نیز نشان داده شد که زنان مبتلا به سرطان زنان با نیازهای معنوی برآورده‌نشده، سطح بالاتری از اضطراب، نگرانی و درد ادراک‌شده را تجربه می‌کنند و این موضوع نقش حفاظتی سلامت معنوی را برجسته می‌کند (Akalin & Pinar, 2016). یافته‌های مربوط به نقش معنویت در کاهش اضطراب مرتبط با درد نیز در پژوهش فرزانه‌فر و همکاران تأیید شده است؛ آن‌ها نشان دادند افرادی که سطوح بالاتری از سلامت معنوی دارند، اضطراب ناشی از درد و تنش را به‌طور معناداری کمتر تجربه می‌کنند و این موضوع به افزایش ظرفیت تحمل درد کمک می‌کند (Farzanefer et al., 2023). همچنین نتایج پژوهش سولیمانی نامقی اشاره دارد که سلامت معنوی از طریق کاهش اضطراب سلامت و افزایش کنترل درونی سلامت، باعث افزایش احساس کنترل‌پذیری و تحمل درد در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (Soleimani Namaqi et al., 2021). این همخوانی گسترده نشان می‌دهد که معنویت یکی از مهم‌ترین منابع مقابله‌ای در شرایط تهدیدکننده سلامت محسوب می‌شود.

از منظر روان‌شناختی، وجود معنا و هدف در زندگی، احساس پیوند معنوی، امید و پذیرش شرایط دشوار از جمله سازوکارهایی هستند که می‌توانند اضطراب وجودی، ترس از مرگ و درماندگی بیمار را کاهش دهند. مطالعه آرتان این مسئله را به‌صورت مستقیم در بیماران سرطانی نشان داد و توضیح داد که سلامت معنوی نه‌تنها درد را تفسیرپذیرتر می‌کند، بلکه از طریق افزایش امید، معنایابی و پذیرش، شدت تجربه ذهنی درد را کاهش می‌دهد (Artan, 2025). همچنین پژوهش‌های مرتبط با درد دندان نیز نشان دادند که بیمارانی که از سرمایه روان‌شناختی و معنوی بیشتری برخوردارند، آستانه تحمل درد بالاتری دارند و این یافته نشان‌دهنده نقش فراگیر سلامت معنوی در شرایط دردناک است (Shakib, 2023). در جمع‌بندی این بخش، می‌توان گفت سلامت معنوی از طریق کاهش هیجانات منفی، افزایش امید، تقویت پردازش مثبت هیجانی و معنا دادن به رنج، نقش مهمی در شکل‌دهی به تجربه درد بیماران سرطانی دارد.



دومین یافته مهم پژوهش، نقش خودکارآمدی در پیش‌بینی تحمل درد بود. نتایج نشان داد خودکارآمدی نه تنها رابطه معناداری با تحمل درد دارد، بلکه به عنوان یک پیش‌بینی کننده قوی عمل می‌کند. این یافته با طیف گسترده‌ای از مطالعات در حوزه دردهای مزمن کاملاً همسو است. برای مثال، پژوهش نجاتی و همکاران نشان داد که خودکارآمدی نقش میانجی قابل توجهی میان درد مزمن و رنج طولانی مدت ایفا می‌کند و افراد با خودکارآمدی بالا، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برای مدیریت درد دارند (Najati et al., 2020). پژوهش محمدی نیز تأکید دارد که خودکارآمدی درد یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مزمن است و افرادی که احساس کنترل بیشتری بر وضعیت درد خود دارند، درد کمتری ادراک کرده و استرس روانی پایین‌تری دارند (Mohammadi et al., 2021). این الگو در مطالعات مربوط به دردهای عضلانی-اسکلتی نیز مشاهده شده است؛ چنانکه کرمانی و همکاران نشان دادند خودکارآمدی با کاهش کاتاستروف‌سازی درد و افسردگی، نقش مهمی در کنترل درد بیماران مزمن دارد (Kermani et al., 2022).

یافته‌های بین‌المللی نیز این تأثیر را تأیید می‌کنند. در مطالعه لینگ بر بیماران پس از جراحی شکم نشان داده شد که خودکارآمدی نقش میانجی مهمی میان حساسیت به درد و شدت درد حاد دارد و افرادی که خودکارآمدی بیشتری دارند، همبستگی پایین‌تری میان درد جسمانی و درد ادراک شده نشان می‌دهند (Ling, 2024). مطالعه زو نیز نشان داد که خودکارآمدی مدیریت درد می‌تواند زنجیره‌ای از اثرات مثبت شامل کاهش کاتاستروف‌سازی درد و افزایش تاب‌آوری ایجاد کند (Ying Zhou, 2024). همچنین پژوهش کارنل جکسون نشان داد که حتی در بین ارائه‌دهندگان خدمات درد، افزایش خودکارآمدی پیش‌بینی کننده ارائه درمان‌های مؤثرتر و کاهش پیامدهای منفی مرتبط با درد است (Carnel Jackson, 2023). این پیوستگی در یافته‌ها نشان می‌دهد که خودکارآمدی فراتر از یک باور ساده، یک عامل فراشناختی کلیدی در مدیریت درد و مقاومت روان‌شناختی است.

در تبیین نظری یافته‌ها می‌توان گفت که خودکارآمدی بر دو مسیر عمده اثر می‌گذارد: نخست، مسیر شناختی که شامل باور فرد به توانایی‌اش برای مدیریت پیامدهای درد است؛ و دوم، مسیر هیجانی که طی آن خودکارآمدی از طریق کاهش ترس، اضطراب و درماندگی، موجب افزایش تحمل درد می‌شود. برای نمونه، مطالعه کیتلی نشان داد که میان درد مزمن و افکار خودکشی رابطه معناداری وجود دارد و کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش احساس کنترل می‌تواند به کاهش علائم منفی روان‌شناختی مرتبط با درد کمک کند (Kirtley et al., 2020). همچنین مطالعاتی نشان دادند که خودکارآمدی حتی می‌تواند نقش محافظتی در برابر اضطراب مرتبط با درد زایمان و دردهای جنسی داشته باشد، و باورهای ناکارآمد موجب تشدید درد ادراک شده می‌شوند (Katie, 2022). افزون بر این، پژوهش تاویل در زمینه ورزشکاران آسیب‌دیده نشان داد که خودکارآمدی می‌تواند ترس‌های حرکتی مرتبط با درد را کاهش دهد و این تأثیر از طریق افزایش استقامت روانی رخ می‌دهد (Tawil et al., 2025). بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر با مدل شناختی-اجتماعی شونک کاملاً همخوان است؛ مدلی که تأکید دارد باورهای خودکارآمدی تعیین‌کننده انتخاب‌های رفتاری، میزان تلاش و سطح پایداری فرد در موقعیت‌های تهدیدکننده است (Schunk & DiBenedetto, 2020).

یافته مهم دیگر پژوهش حاضر این بود که ترکیب سلامت معنوی و خودکارآمدی توانست بخش قابل توجهی از واریانس تحمل درد را تبیین کند. هم‌پوشانی این دو متغیر بیانگر تعامل سازنده میان منابع معنوی و منابع شناختی-رفتاری در مدیریت درد است. از یک سو، سلامت معنوی با افزایش امید، معنا و پذیرش موجب تقویت خودکارآمدی و احساس کنترل فرد می‌شود. از سوی دیگر، خودکارآمدی با کاهش کاتاستروف‌سازی درد و تقویت احساس کنترل، نقش مؤثری در بهبود سازگاری معنوی و هیجانی دارد. مطالعه مدریکوند نیز نشان داد که مداخلات روان‌درمانی مثبت می‌توانند همزمان خودکارآمدی درد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دهند و این امر به کاهش ادراک درد منجر می‌شود (Mirdrikvand et al., 2019). همچنین پژوهش میلراد نشان داد که روابط شخصی و ارتباطات حمایتی علاوه بر بهبود



خودکارآمدی ارتباطی، می‌توانند شدت برخی علائم مرتبط با درد را کاهش دهند (Milrad et al., 2019). این نتایج نشان می‌دهد که مدل پیشنهادی پژوهش حاضر می‌تواند در طراحی مداخلات ترکیبی مبتنی بر معنویت و خودکارآمدی در بیماران سرطانی کاربرد داشته باشد. به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر با ادبیات گسترده‌ای که درباره نقش سلامت معنوی و خودکارآمدی در تجربه درد شکل گرفته، همسو است. مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ارتقای سلامت معنوی و تقویت باورهای خودکارآمدی می‌تواند رویکردی مؤثر در افزایش تحمل درد بیماران سرطانی باشد و این موضوع نه تنها از نظر نظری بلکه از نظر عملی نیز اهمیت فراوان دارد.

این مطالعه با چند محدودیت همراه بود. نخست آنکه نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد و این امر می‌تواند قابلیت تعمیم نتایج را محدود کند. دوم، داده‌ها بر اساس ابزارهای خودگزارشی گردآوری شدند که ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهی قرار گرفته باشد. سوم، پژوهش تنها در یک شهر انجام شد و تنوع فرهنگی و معنوی بیماران در سطح ملی را بازتاب نمی‌دهد. چهارم، متغیرهای دیگری مانند حمایت اجتماعی، تاب‌آوری یا کاتاستروف‌سازی درد که می‌توانند نقش مهمی در تحمل درد داشته باشند، در مدل پژوهش لحاظ نشدند. پنجم، طرح پژوهش همبستگی بود و امکان استنباط رابطه علی از آن وجود ندارد.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بزرگ‌تر استفاده شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین اجرای پژوهش در چند شهر و چند مرکز درمانی می‌تواند تفاوت‌های فرهنگی و منطقه‌ای را پوشش دهد. توصیه می‌شود پژوهشگران متغیرهای میانجی همچون تاب‌آوری، امید، سبک‌های تنظیم هیجان، و کاتاستروف‌سازی درد را در مدل‌های پیچیده‌تر بررسی کنند. انجام مطالعات طولی به‌منظور بررسی تغییرات تحمل درد در طول درمان نیز می‌تواند نتایج ارزشمندی به‌دست دهد. افزون بر این، مداخلات آزمایشی مبتنی بر معنویت‌درمانی و آموزش خودکارآمدی می‌تواند اثرات مستقیم این متغیرها را بر تحمل درد بررسی کند.

با توجه به نقش معنادار سلامت معنوی و خودکارآمدی در تحمل درد بیماران سرطانی، توصیه می‌شود که برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر ارتقای معنویت، افزایش امید، و معناجویی در بخش‌های انکولوژی طراحی و اجرا شود. آموزش مهارت‌های خودکارآمدی، مدیریت درد، و تنظیم هیجان برای بیماران می‌تواند کارآمدی آن‌ها را در مواجهه با درد افزایش دهد. همچنین مربیان سلامت، روان‌شناسان و پرستاران می‌توانند با ارائه حمایت عاطفی و آموزش‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی، زمینه افزایش تحمل درد بیماران را فراهم کنند. اجرای کارگاه‌های تلفیق معنویت و روان‌شناسی مثبت نیز می‌تواند تأثیر قابل توجهی در سازگاری بیماران با چالش‌های درمان سرطان داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی



در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است. کد اخلاق در این پایان نامه اخذ شد و به ترتیب ذیل می‌باشد:

IR.IAU.SHIRAZ.REC.1403.234

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Akalin, A., & Pinar, G. (2016). Unmet needs of women diagnosed with gynecologic cancer: an overview of literature. *Palliat Care Med*, 6(2), 1-6. <https://doi.org/10.4172/2165-7386.1000249>
- Artan, Y. (2025). From Pain Interference to Hope: Exploring Spiritual Well-Being as a Pathway for Patients With Cancer. *Cancer Nursing*. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001523>
- Asghari Moghaddam, M. A. (2023). Pain Theories: The Neuromatrix Theory and the Conceptualization of Pain as a Stressor. The 11th Iranian Symposium on Cognitive Neuropsychology, Tehran. <https://en.civilica.com/doc/1976490/>
- Carnel Jackson, D. N. P. (2023). Increasing Provider Self-Efficacy to Manage Chronic Cancer Pain. *Pain Management Nursing*, 24(6), 581-586. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.08.002>
- Dehghanpour, V., Rafieipour, A., Abolmaali, K., Sabet, M., & Vahiddastjerdi, M. (2021). The Structural Model of Perceived Pain Based on Brain/Behavioral Systems and Social Support with the Mediation of Distress Tolerance. *Applied Psychology Journal*, 15(4), 11-31. <https://doi.org/10.52547/apsy.2021.221269.1017>
- Deliri, R., Fattahi Andabil, A., & Dokaneifard, F. (2021). Predicting Psychological Pain Based on Psychological Capital in Individuals Experiencing Grief Due to COVID-19: The Mediating Role of Social Support. *Applied Family Therapy*(5), 229-245. <https://doi.org/10.61838/kman.afjt.2.5.15>
- Farzanefar, M., Karampourian, A., Khazaei, S., & Khatiban, M. (2023). Investigating the Relationship Between Spiritual Health with Resilience and Anxiety Caused by Burn Wound Pain. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*, 30(2), 121-127. <https://doi.org/10.32592/ajcm.30.2.121>
- Ghooshchian Choubmasjedi, S., Moghimi, J., & Behnam, B. (2013). Investigating Pain Levels and Related Cognitive Variables in Rheumatoid Arthritis Patients Compared to a Healthy Group. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 18, 58-66. <https://sjku.muk.ac.ir/article-1-1067-en.html>
- Katie, J. M. (2022). Anxiety and Anticipated Pain Levels of Women With Self-Reported Penetration-Related Genito-Pelvic Pain are Elevated in Response to Pain-related Images. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(8), 1281-1289. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.04.013>
- Kermani, S., Ebrahimi, A., Bagherian Sararoudi, R., Feizi, A., & Motaghi, P. (2022). The Mediating Role of Pain Catastrophizing, Depression, and Anxiety in the Relationship Between Psychological Flexibility and Pain Self-Efficacy in Patients with Musculoskeletal Pain. *Journal of Isfahan Medical School*, 40(690), 789-799. <https://en.civilica.com/doc/2109002/>
- Khodaparst, S., Abdi, H. E. H., & Bakhshalipour, V. (2022). The Effectiveness of Life Skills Training on Emotion Regulation Strategies and Athletic Self-Efficacy in Adolescent Athletes. *Research in Educational Sport*, 10(26), 221-242. https://res.ssrc.ac.ir/article_2660.html?lang=en
- Kirtley, O. J., Rodham, K., & Crane, C. (2020). Understanding suicidal ideation and behaviour in individuals with chronic pain: a review of the role of novel transdiagnostic psychological factors. *Lancet Psychiatry*, 7(3), 282-290. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30288-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30288-3)
- Ling, W. (2024). Pain Sensitivity and Acute Postoperative Pain in Patients Undergoing Abdominal Surgery: The Mediating Roles of Pain Self-Efficacy and Pain Catastrophizing. *Pain Management Nursing*, 25(2), e108-e114. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.12.001>
- Milrad, S. F., Hall, D. L., Jutagir, D. R. L. E. G., Czaja, S. J., Perdomo, D. M., Ironson, G., Doss, B. D., Mendez, A., Fletcher, M. A., Klimas, N., & Antoni, M. H. (2019). Relationship satisfaction, communication self-efficacy, and chronic fatigue syndrome-related fatigue. *Soc Sci Med*, 16(237), 1123-1129. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112392>



- Mirdrikvand, F., Goudarzi, M., Ghasemi, N., & Gholamrezaie, S. (2019). The effectiveness of positive psychotherapy on psychological inflexibility and self-efficacy of pain in women with chronic pain. *JAP*, 9(4), 1-14. <https://jap.iums.ac.ir/article-1-5405-en.html>
- Mohammadi, H., Jabalameli, S., Haghayegh, S. A., & Ranjbar Kohan, Z. (2021). The Structural Model of Pain Self-Efficacy Based on Health-Oriented Lifestyle, Mediated by Helplessness in Patients with Chronic Pain. *Daneshvar Medicine*, 29(3), 118-131. https://daneshvarmed.shahed.ac.ir/article_3350.html?lang=en
- Najati, A., Ahadi, H., Maschi, F., Sirifi, M. R., & Kraskian Mujembari, A. (2020). The Sense of Pain and Long-Term Suffering from Chronic Pain in Patients with Rheumatoid Arthritis: The Mediating Role of Self-Efficacy. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 8(1), 10-22. <https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.1.10>
- Rostami, H., Ahmadi, E., Nouri, E., & Andaleeb, R. (2022). The Relationship Model Between Anxiety, Stress, and Depression with Pain Perception, Mediated by Resilience, in Patients with Chronic Pain at a Military Hospital. *Military Psychology*, 13(49), 39-64. https://jmp.ihu.ac.ir/article_207184.html?lang=en
- Sar Masti Emami, A., Peymani, J., & Aghajani, T. (2022). The Structural Relationships of Pain Intensity and Self-Efficacy with Fear of Movement, Mediated by Psychological Distress in Women with Rheumatoid Arthritis. *Applied Family Therapy*, 3(3), 1-19. <https://doi.org/10.61838/kman.afjt.3.3.1>
- Schunk, D. H., & DiBenedetto, M. K. (2020). Motivation and social cognitive theory. *Contemporary Educational Psychology*, 60. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.101832>
- Seyedrasooly, A., Rahmani, A., Zamanzadeh, V., Aliashrafi, Z., Nikanfar, A. R., & Jasemi, M. (2014). Association between perception of prognosis and spiritual well-being among cancer patients. *J Caring Sci*, 3(1), 47. https://jcs.tbzmed.ac.ir/Article/JCS_71_20140226133013
- Shakib, R. (2023). Predicting Psychological Breakdown Based on Pain Tolerance Threshold in Patients Referring to Two Dental Clinics in Qom. The 8th International Conference on Interdisciplinary Studies in Health Sciences, Psychology, Management, and Education, <https://en.civilica.com/doc/1899313/>
- Soleimani Namaqi, F., Abdollahzadeh, H., & Asadi, J. (2021). Analyzing the Structural Model of Spiritual Health Based on Health Anxiety, Positive Meta-Emotions, and Pain Self-Efficacy, Mediated by Internal Health Locus of Control in Men with Cancer. *Behavioral Sciences Research*, 19(4), 633-646. <https://doi.org/10.52547/rbs.19.4.633>
- Tawil, S., Kassis, V., Bassil, T., Farhat, K., Hourani, E., Massoud, L., & Najem, C. (2025). Intermediary role of mental toughness beliefs on the relationship between pain self-efficacy and fear avoidance in Elite injured athletes. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 17(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s13102-025-01171-w>
- Ying Zhou, B. S. N. (2024). Relationship between pain resilience and pain catastrophizing in older patients after total knee arthroplasty: Chain-mediating effects of cognitive emotion regulation and pain management self-efficacy. *Geriatric Nursing*, 59, 571-580. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.08.011>