

شناسایی سطوح روانشناختی رنج ادراک شده در بیماران با دردهای بدون منشأ طبی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۵/۰۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۶/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۰۸

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۷/۰۱

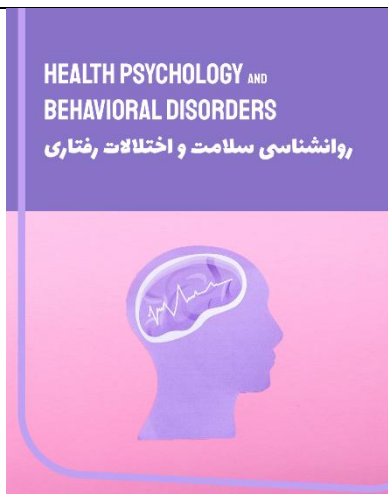
چکیده

هدف این پژوهش، شناسایی سطوح روان شناختی رنج ادراک شده در بیماران مبتلا به دردهای بدون منشأ طبی با استفاده از رویکرد کیفی بود. مطالعه حاضر با روش کیفی و رویکرد تحلیل مضمون انجام شد. شرکت کنندگان شامل ۲۳ بیمار بزرگسال از شهر تهران بودند که تجربه دردهای مزمن بدون علت طبی مشخص داشتند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساخت یافته گردآوری شده و تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار Nvivo ۱۲ و روش کدگذاری سه مرحله‌ای (باز، محوری، انتخابی) انجام شد. تحلیل داده‌ها به استخراج سه مقوله اصلی منجر شد: «آشفته‌گی‌های هیجانی»، «اختلال در معنا و هویت» و «مقابله و تنظیم روانی». در سطح هیجانی، احساس درماندگی، اضطراب مزمن، غم درونی و شرم از مضامین برجسته بودند. در سطح معنا و هویت، بحران در هویت شخصی، بی‌معنایی، و چالش‌های معنوی دیده شد. راهبردهای مقابله‌ای بیماران نیز طیفی از واکنش‌های ناکارآمد (اجتناب، وابستگی) تا راهکارهای سازگارانه (پذیرش، معنابخشی، خودمراقبتی) را دربر گرفت. رنج ادراک شده در بیماران با دردهای بدون منشأ طبی، تجربه‌ای چندلایه است که فراتر از درد فیزیکی به ابعاد روان شناختی، اجتماعی و معنوی گسترش می‌یابد. شناخت این ابعاد می‌تواند در طراحی مداخلات درمانی مؤثرتر و انسان محورتر نقش کلیدی ایفا کند.

کلیدواژه‌گان: رنج روان شناختی؛ درد غیر ارگانیک؛ تحلیل مضمون؛ تجربه زیسته؛ مقابله روانی

* ایمیل نویسنده مسئول: samaneh.pourh57@gmail.com

شیوه استناددهی: نیک فرجام، علی اکبر، و پورحسینی، سمانه. (۱۴۰۲). شناسایی سطوح روانشناختی رنج ادراک شده در بیماران با دردهای بدون منشأ طبی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*. ۳۱-۳۴.



Identifying the Psychological Dimensions of Perceived Suffering in Patients With Medically Unexplained Pain

Submit Date: 2023-07-24

Revise Date: 2023-08-22

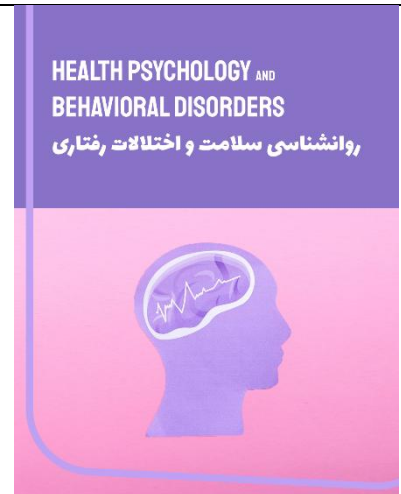
Accept Date: 2023-08-31

Publish Date: 2023-09-20

Abstract

The aim of this study was to identify the psychological dimensions of perceived suffering in patients with medically unexplained pain using a qualitative approach. This qualitative study employed thematic analysis. Twenty-three adult patients from Tehran with chronic medically unexplained pain participated in the research. Data were collected through semi-structured interviews and continued until theoretical saturation was reached. Data were analyzed using Nvivo 12 software and a three-phase coding process (open, axial, and selective). Data analysis resulted in three main themes: "emotional disturbances," "disruption in meaning and identity," and "coping and psychological regulation." At the emotional level, participants experienced helplessness, chronic anxiety, inner sadness, and shame. Identity and existential challenges such as personal disintegration, meaninglessness, and spiritual struggles were also prominent. Patients reported a range of coping mechanisms from maladaptive (avoidance, dependency) to adaptive (acceptance, meaning-making, self-care). Perceived suffering in patients with medically unexplained pain is a multilayered experience that extends beyond physical discomfort to psychological, social, and spiritual domains. Recognizing these dimensions is essential for designing more effective and human-centered therapeutic interventions.

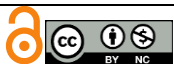
Keywords: *Psychological suffering; Medically unexplained pain; Thematic analysis; Lived experience; Psychological coping*

Ali Akbar Nikfarjam¹, Samaneh Pourhosseini^{2*}

1. Department of Educational Sciences, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran
2. Department of Curriculum Planning, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

*Corresponding Author's Email:
samaneh.pourh57@gmail.com

How to cite: Nikfarjam, A. A., & Pourhosseini, S. (2023). Identifying the Psychological Dimensions of Perceived Suffering in Patients With Medically Unexplained Pain. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 1(3), 24-31.



درد یکی از پیچیده‌ترین و در عین حال متداول‌ترین تجربیات انسانی است که ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد. در حالی که در بسیاری از موارد، درد ناشی از آسیب جسمی یا بیماری مشخصی است، در بخش قابل توجهی از بیماران، منبع قابل شناسایی فیزیولوژیک برای درد یافت نمی‌شود. این پدیده که تحت عنوان "دردهای بدون منشأ طبی" یا "دردهای غیرارگانیک" شناخته می‌شود، چالشی قابل توجه در حوزه روان‌شناسی سلامت و پزشکی محسوب می‌گردد (Tracey & Bushnell, 2009). افراد مبتلا به این نوع درد نه تنها با تجربه فیزیکی درد، بلکه با رنج روان‌شناختی پیچیده‌ای مواجه هستند که اغلب توسط متخصصان به درستی شناسایی یا مدیریت نمی‌شود (Williams & Craig, 2016).

در سال‌های اخیر، پژوهش‌های متعددی به بررسی تفاوت میان "درد" و "رنج" پرداخته‌اند. در حالی که درد معمولاً به یک تجربه حسی مرتبط با آسیب جسمی اشاره دارد، رنج مفهومی وسیع‌تر و چندوجهی است که شامل ابعاد ذهنی، هیجانی، معنوی و اجتماعی می‌شود (Cassell, 1999). رنج روان‌شناختی در بیماران دارای دردهای بدون منشأ طبی اغلب ناشی از درک ناکافی از وضعیت‌شان، ناتوانی در تنظیم هیجانی، بحران در معنا و هویت، و تجربه طرد یا بی‌اعتنایی اجتماعی است (Karos et al., 2018). این بیماران معمولاً خود را در میان دوگانه‌ی درد واقعی و تردیدهای پزشکی می‌یابند و همین مسئله موجب تضعیف عزت نفس، اضطراب مداوم، و احساس تنهایی می‌شود (Edwards et al., 2016).

مطالعات روان‌پزشکی و روان‌شناسی سلامت نشان داده‌اند که بسیاری از این بیماران با الگوهای خاصی از آشفتگی هیجانی و باورهای ناکارآمد در ارتباط با درد مواجه هستند که نه تنها تجربه درد را تشدید می‌کند، بلکه فرآیند بهبود را نیز کند می‌سازد (Wiech & Tracey, 2013). به عنوان مثال، مفاهیمی چون "اجتناب تجربه‌ای"، "فاجعه‌سازی درباره درد"، یا "احساس بی‌پناهی درمانی" از جمله سازه‌های روان‌شناختی هستند که در ادبیات پژوهشی برای توضیح چرایی تداوم درد و رنج در این گروه از بیماران به کار رفته‌اند (Eccleston & Crombez, 2007; Vlaeyen & Linton, 2012). در عین حال، برخی پژوهش‌ها نیز به نقش حمایت اجتماعی، پذیرش آگاهانه، و معناگرایی به عنوان عوامل کاهش‌دهنده رنج پرداخته‌اند (McCracken & Vowles, 2014).

با این حال، بخش عمده‌ای از ادبیات موجود در این حوزه بر پایه پژوهش‌های کمی یا دیدگاه‌های بالینی بوده است و کمتر به تجربه‌ی زیسته‌ی خود بیماران از رنج ادراک‌شده و سطوح روان‌شناختی آن پرداخته شده است. این در حالی است که ماهیت چندبعدی و پدیدارشناسانه رنج ایجاب می‌کند تا از روش‌های کیفی برای درک عمیق‌تر آن بهره گرفته شود. رویکردهای کیفی همچون تحلیل مضمون یا نظریه زمینه‌ای، به پژوهشگران امکان می‌دهند تا فراتر از متغیرهای از پیش تعریف‌شده، به معناها، نمادها و تجارب درونی بیماران دست یابند (Braun & Clarke, 2006). در چنین رویکردی، پژوهشگر نه تنها به علائم بیرونی بلکه به تجربه‌ی ذهنی و درونی فرد توجه می‌کند و رنج را از منظر فردی که آن را تجربه می‌کند بررسی می‌نماید (Finlay, 2011).

در مطالعه‌ای که توسط de Heer et al. (۲۰۱۷) انجام شد، مشخص گردید که بیماران با دردهای غیرقابل توضیح پزشکی اغلب احساس "بی‌صدا بودن" دارند؛ یعنی نه تنها دردشان دیده نمی‌شود، بلکه رنج درونی‌شان نیز نادیده گرفته می‌شود. این احساس بی‌صدایی می‌تواند منجر به انزوا، قطع رابطه با منابع معنوی و حتی افکار خودویرانگر شود. از سوی دیگر، تحقیقاتی مانند مطالعات Toye et al. (۲۰۱۳) بر تجربه زیسته بیماران تأکید کرده و نشان داده‌اند که درک شخصی از درد و معنابخشی به آن نقش مهمی در کیفیت زندگی این بیماران دارد. همچنین، مفهوم "رنج هستی‌شناختی" در سال‌های اخیر توجه محققان روان‌شناسی سلامت را به خود جلب کرده است. این نوع رنج، شامل بحران‌های معنایی، بی‌معنایی زندگی، از دست دادن حس هویت، و تردید در ارزش‌های وجودی فرد می‌شود (Boston et al., 2011). بیماران مبتلا به دردهای بدون منشأ طبی، به دلیل ناتوانی در تبیین علت درد و ناکامی در یافتن پاسخ‌های پزشکی، بیشتر مستعد چنین بحران‌هایی

هستند. تجربه‌ی مکرر طرد از سوی پزشکان، خانواده و جامعه، این بحران را تشدید می‌کند و به شکل‌گیری نوعی "هویت مبتنی بر درد" منجر می‌شود (Hellström et al., 1999).

در ایران، مطالعات اندکی به طور مشخص به ابعاد روان‌شناختی رنج در بیماران دارای دردهای غیرارگانیک پرداخته‌اند. با توجه به بافت فرهنگی و مذهبی خاص جامعه ایران، ممکن است تجارب رنج در این بیماران ابعاد معنوی و اجتماعی منحصر به فردی داشته باشد که در پژوهش‌های غربی کمتر به آن توجه شده است. از این رو، انجام پژوهش‌های کیفی بومی که به بازنمایی تجربه زیسته بیماران بپردازند، ضرورتی دوچندان می‌یابد.

پژوهش حاضر با هدف شناسایی سطوح روان‌شناختی رنج ادراک‌شده در بیماران دارای دردهای بدون منشأ طبی، تلاش دارد تا با بهره‌گیری از مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته و تحلیل مضمون، به درک عمیق‌تری از تجربه ذهنی این بیماران دست یابد. این مطالعه با تکیه بر رویکرد کیفی و مشارکت مستقیم بیماران، می‌کوشد تا ابعاد پنهان رنج را که در ارزیابی‌های بالینی نادیده گرفته می‌شوند، آشکار سازد. امید است یافته‌های این پژوهش بتواند به ارتقاء کیفیت مداخلات روان‌شناختی، آموزش بالینی برای متخصصان سلامت، و بهبود سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مرتبط با بیماران مبتلا به دردهای غیرقابل توضیح کمک نماید.

روش‌شناسی

در این پژوهش از رویکرد کیفی با روش تحلیل مضمون بهره گرفته شده است. هدف مطالعه، شناسایی سطوح روان‌شناختی رنج ادراک‌شده در بیماران مبتلا به دردهایی است که منشأ طبی مشخصی ندارند. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۳ نفر از بیماران بزرگسال (۱۳ زن و ۱۰ مرد) ساکن تهران بودند که همگی دارای تجربه‌ی مکرر یا مزمن دردهای جسمی بدون تشخیص پزشکی قطعی بودند. معیار ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، تجربه حداقل شش ماهه از درد بدون منشأ طبی مشخص، و تمایل به مشارکت در مصاحبه بود. انتخاب مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند و با استفاده از نمونه‌گیری نظری صورت گرفت تا تنوع تجربیات روان‌شناختی مرتبط با رنج ادراک‌شده پوشش داده شود. نمونه‌گیری تا زمان اشباع نظری ادامه یافت؛ به طوری که پس از مصاحبه با نفر بیست و سوم، هیچ مفهوم یا الگوی تازه‌ای در داده‌ها پدیدار نشد. برای گردآوری داده‌ها، از مصاحبه‌های نیمه‌ساخت‌یافته استفاده شد. سؤالات مصاحبه به صورت باز طراحی شدند و حول محورهای همچون تجربه‌ی ذهنی رنج، ادراک از درد، تأثیرات روانی و اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای، و معنا بخشی به تجربه درد تنظیم گردیدند. هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه به طول انجامید و در محیطی آرام و مورد توافق مشارکت‌کننده انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت آگاهانه‌ی مشارکت‌کنندگان ضبط و سپس به صورت کامل رونویسی شدند.

داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار Nvivo نسخه ۱۲ مورد تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها بر اساس رویکرد کدگذاری سه مرحله‌ای (باز، محوری، انتخابی) انجام شد. در مرحله کدگذاری باز، مضامین ابتدایی از متن استخراج شدند. سپس در مرحله محوری، مضامین مشابه و مرتبط در قالب مقوله‌های میان سطح سازمان‌دهی گردیدند و در نهایت در مرحله انتخابی، مقوله‌های اصلی شکل گرفتند که نمایانگر سطوح روان‌شناختی رنج ادراک‌شده بودند. برای اطمینان از اعتبار تحلیل‌ها از تکنیک بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان (member checking) و هم‌سنجی تحلیل‌ها توسط دو پژوهشگر مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

احساس درماندگی و بی‌پناهی:

بسیاری از مشارکت‌کنندگان از احساس درماندگی عمیق و ناتوانی در کنترل شرایط درد خود سخن گفتند. آن‌ها خود را در برابر درد، ناتوان و بدون پشتوانه می‌دانستند. این احساس به شکل‌هایی چون تنهایی عاطفی، ناامیدی و نبود حمایت اجتماعی بروز می‌یافت. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «هیچ‌کس نمی‌فهمه من چی می‌کشم؛ انگار توی یه چاه تاریک افتادم که تهش پیدا نیست.»

اضطراب مزمن و پیش‌بینی‌نشده:

مشارکت‌کنندگان گزارش دادند که دردهای بدون منشأ طبی، همراه با اضطراب مداوم و بی‌دلیل هستند. آن‌ها نمی‌توانند آینده را پیش‌بینی کنند و دائم در ترس از بدتر شدن وضعیت جسمی خود به سر می‌برند. به گفته‌ی یکی از بیماران: «هر بار که این درد میاد، انگار دارم خفه می‌شم؛ از ترسش خوابم نمی‌بره.»

نوسانات خلقی مرتبط با درد:

برخی افراد اشاره کردند که شدت درد با خلق‌وخوی‌شان پیوند مستقیمی دارد. در مواقع شدت درد، رفتارهایی چون خشم ناگهانی، گریه‌های بی‌اختیار یا افسردگی در آن‌ها بروز می‌کرد. یک مشارکت‌کننده گفت: «گاهی فقط می‌خوام داد بزنم... بدون اینکه بدونم چرا. یه لحظه آرومم، یه لحظه دیوونه‌وار عصبی.»

احساس غمگینی و اندوه درونی:

غم و اندوه مزمن یکی از جنبه‌های پررنگ رنج ادراک‌شده بود. بیماران این غم را نه حاصل از یک رویداد بیرونی، بلکه حالتی درونی و پیوسته توصیف کردند. یکی از آن‌ها چنین اظهار داشت: «انگار یه ابر تیره همیشه رو دلمه... حتی وقتی درد ندارم، باز هم غم هست.»

شرم و احساس بی‌ارزشی:

تجربه‌ی رنج موجب شکل‌گیری احساس شرم و بی‌ارزشی در بیماران شده بود، به‌ویژه در مقایسه با دیگران که زندگی "عادی‌تری" داشتند. این شرم مانع از بیان رنج آن‌ها به دیگران می‌شد. یکی از بیماران گفت: «خجالت می‌کشم بگم دردم بی‌دلیله؛ همه فکر می‌کنن ادا درمیارم.» تجربه گناه روانی:

بعضی مشارکت‌کنندگان احساس می‌کردند که به‌نوعی سزاوار درد هستند یا این درد تاوان گذشته‌ی آن‌هاست. این ذهنیت، گناه روانی شدیدی را در آنان شکل داده بود. به گفته یکی از افراد: «فکر می‌کنم این درد، تنبیه منه... شاید چون قبلاً اشتباهاتی کردم.»

تزلزل در هویت شخصی:

رنج پایدار و بی‌پاسخ باعث گسیختگی در تعریف هویت شخصی بیماران شده بود. آن‌ها نمی‌توانستند خود را در قالب نقش‌ها و ویژگی‌های قبلی‌شان بشناسند. یک بیمار اظهار کرد: «نمی‌دونم کی‌ام دیگه... همه‌چی از وقتی این درد شروع شد عوض شده.»

بی‌معنایی تجربه‌ی زیسته:

بسیاری از بیماران از پوچی و بی‌هدفی در زندگی روزمره شکایت داشتند. درد، معنا را از فعالیت‌ها و ارتباطات‌شان گرفته بود. یکی از آن‌ها گفت: «روزام فقط تکراره... نه انگیزه‌ای هست، نه امید.»

چالش‌های معنوی و باورهای مذهبی:

دردهای غیرقابل توضیح سبب ایجاد تردید در باورهای دینی و معنوی در برخی بیماران شده بود. برخی حتی احساس خشم نسبت به خدا یا احساس رهاشدگی معنوی را تجربه می‌کردند. یکی از بیماران گفت: «همیشه به خدا توکل داشتم، ولی الان حس می‌کنم تنهام گذاشته.»

احساس جدایی از دیگران:

این رنج سبب شده بود که بیماران خود را از دیگران جدا ببینند و احساس طرد و درک‌نشده‌ی کنند. یکی از افراد بیان کرد: «هیچ‌کس نمی‌فهمه این درد چطوره، همه فقط ظاهر مو می‌بینن.»

اختلال در نقش‌های اجتماعی:

ناتوانی در انجام وظایف روزمره و ایفای نقش در خانواده یا شغل، یکی دیگر از عوامل تشدید رنج بود. مشارکت‌کنندگان حس بی‌فایده‌گی و شکست در نقش‌های اجتماعی داشتند. یک نفر گفت: «قبلاً مادر فعالی بودم... الان بچه‌هام بیشتر از من مراقبت می‌کنن.»

راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد:

برخی افراد از شیوه‌هایی چون سرکوب احساسات یا اجتناب برای مقابله با درد استفاده می‌کردند که نه تنها مؤثر نبود، بلکه رنج را مزمن‌تر می‌کرد. به گفته‌ی یکی از بیماران: «فقط خودمو مشغول می‌کنم که بهش فکر نکنم... ولی شب که میشه، همه‌چی برمی‌گرده.»

وابستگی به حمایت‌های بیرونی:

نیاز شدید به حمایت دیگران، یکی از مکانیسم‌های روانی بیماران بود که گاه منجر به احساس وابستگی یا ناتوانی در تصمیم‌گیری می‌شد. یک مشارکت‌کننده گفت: «اگه مادرم نباشه، حتی نمی‌دونم چیکار باید بکنم... همه کارامو اون می‌کنه.»

تلاش برای بازسازی امید:

با وجود رنج شدید، برخی بیماران تلاش‌هایی برای حفظ یا بازسازی امید داشتند. آن‌ها در جستجوی معنا و اهداف جدید بودند. یک نفر گفت: «با خودم گفتم شاید این درد یه پیام باشه... باید راهی پیدا کنم ازش عبور کنم.»

پذیرش آگاهانه درد:

تعدادی از مشارکت‌کنندگان با پذیرش آگاهانه و بدون قضاوت نسبت به درد، توانسته بودند رنج را بهتر تحمل کنند. به گفته‌ی یکی از آن‌ها: «یاد گرفتم بهش گوش بدم، نه اینکه باهاش بجنگم. اینطوری کمتر آزارم می‌ده.»

معنابخشی دوباره به رنج:

برخی بیماران با تغییر نگاه خود، رنج را به فرصتی برای رشد شخصی یا کمک به دیگران تبدیل کرده بودند. یک مشارکت‌کننده بیان کرد: «حالا که می‌دونم این درد تمومی نداره، سعی می‌کنم درباره‌ش بنویسم و به دیگران امید بدم.»

استفاده از منابع معنوی:

برخی بیماران با رجوع به منابع معنوی همچون دعا، مراقبه یا تسلیم به اراده خداوند، نوعی آرامش ذهنی پیدا کرده بودند. یکی از آن‌ها گفت: «نماز و دعا شده پناه من... آرامم می‌کنه حتی وقتی دردم شدیده.»

خودمراقبتی ذهنی و جسمی:

مراقبت از خود از طریق فعالیت‌هایی چون مدیتیشن، نوشتن احساسات و پیاده‌روی سبک، برای برخی بیماران راهی جهت کاهش رنج تلقی می‌شد. به گفته یکی از آنان: «هر روز یه کم پیاده‌روی می‌کنم... هم فکرم آرام میشه، هم بدنم سبک‌تر.»

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که رنج ادراک‌شده در بیماران مبتلا به دردهای بدون منشأ طبی، ساختاری چندلایه و پیچیده دارد که در سه سطح اصلی قابل تحلیل است: آشفتگی‌های هیجانی، اختلال در معنا و هویت، و راهبردهای مقابله و تنظیم روانی. این سطوح نه تنها از تجربه مستقیم درد، بلکه از واکنش‌های روانی، شناختی، اجتماعی و معنوی بیماران به آن ناشی می‌شوند. یافته‌ها آشکار ساختند که درد در این بیماران تنها یک تجربه جسمانی نیست، بلکه تجربه‌ای عمیقاً روان‌شناختی و زیسته است که به شکل‌گیری رنجی فراگیر منجر می‌شود.

در سطح نخست، یعنی آشفتگی‌های هیجانی، نتایج نشان داد که احساس درماندگی، اضطراب مزمن، غمگینی درونی، نوسانات خلقی، شرم و احساس گناه روانی از جمله مهم‌ترین مضامین بودند. این یافته‌ها با مطالعات قبلی هم‌راستا هستند که نشان می‌دهند افراد دارای دردهای غیرارگانیک معمولاً سطح بالایی از اضطراب، افسردگی، احساس طرد و کاهش عزت نفس را تجربه می‌کنند (Edwards et al., 2016; Karos et al., 2018). احساس بی‌پناهی و گناه در این بیماران، اغلب ناشی از این باور است که "درد بدون علت" یا "درد نامرئی" توسط

دیگران، از جمله پزشکان و خانواده، جدی گرفته نمی‌شود؛ موضوعی که در پژوهش Toye et al (۲۰۱۳) نیز به عنوان «رنج ناشی از دیده‌نشدن» برجسته شده است. همچنین تجربه شرم و خودسرزنی در این بیماران، به‌ویژه در فرهنگ‌هایی که نقش فرد در خانواده و جامعه به شدت پررنگ است، می‌تواند به تشدید رنج هیجانی بیانجامد.

در سطح دوم، یعنی اختلال در معنا و هویت، مضامینی همچون تزلزل هویت شخصی، بی‌معنایی تجربه زیسته، چالش‌های معنوی، احساس جدایی از دیگران و اختلال در نقش‌های اجتماعی مشاهده شد. این یافته‌ها با ادبیات نظری مربوط به "رنج هستی‌شناختی" هم‌خوانی دارد که در آن، درد مزمن می‌تواند منجر به بحران‌های وجودی و معنوی شود (Boston et al., 2011). بیماران در این پژوهش تجربه گسیختگی در خودانگاره، سردرگمی هویتی و فروپاشی معنا را گزارش کردند، که مؤید پژوهش Hellström et al (۱۹۹۹) است. به‌ویژه چالش‌های معنوی، مانند خشم از خدا یا تردید در باورهای مذهبی، از یافته‌های مهم پژوهش حاضر بود که در بافت فرهنگی و مذهبی ایران اهمیت دوچندان دارد. مطالعاتی مانند de Heer et al (۲۰۱۷) نیز نشان داده‌اند که بی‌پاسخی نظام درمانی به دردهای مزمن می‌تواند نه‌تنها اعتماد به سیستم بهداشت، بلکه باورهای معنوی فرد را نیز متزلزل سازد.

در سطح سوم، یعنی راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم روانی، شرکت‌کنندگان راهبردهای مختلفی را برای مواجهه با رنج خود گزارش کردند که برخی ناکارآمد (اجتناب، وابستگی، سرکوب احساسات) و برخی سازگارانه (پذیرش، بازسازی امید، معنابخشی، خودمراقبتی، بهره‌گیری از منابع معنوی) بودند. یافته‌ها نشان داد که بیماران با پذیرش فعال درد، معنابخشی به تجربه‌ی خود، و استفاده از منابع معنوی، موفق‌تر در کاهش رنج ادراک‌شده بودند. این نتیجه هم‌راستا با مطالعات McCracken & Vowles (۲۰۱۴) و Eccleston & Crombez (۲۰۰۷) است که نشان داده‌اند پذیرش آگاهانه، توجه‌آگاهی، و معناگرایی با کاهش ناراحتی روان‌شناختی در بیماران درد مزمن ارتباط دارد. همچنین، استفاده از منابع معنوی به‌عنوان منبع قدرت درونی و تسلیم‌سازنده به حکمت الهی، راهبردی منحصر به فرد در بیماران ایرانی بود که در مطالعات غربی کمتر به آن پرداخته شده است.

نکته قابل توجه در یافته‌های این پژوهش، تعامل میان سه سطح فوق بود. به بیان دیگر، آشفتگی‌های هیجانی می‌تواند زمینه‌ساز اختلال در معنا و هویت شود، و در نبود راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، این چرخه تداوم می‌یابد و رنج ادراک‌شده را تقویت می‌کند. همچنین، راهبردهای مقابله‌ای مؤثر مانند پذیرش، معنابخشی و خودمراقبتی ذهنی می‌توانند همچون مکانیسم‌های حفاظتی عمل کرده و شدت رنج را کاهش دهند. این مدل سه‌لایه می‌تواند الگویی جامع برای درک و مداخله در رنج روان‌شناختی بیماران با دردهای بدون منشأ طبی ارائه دهد. از دیگر نکات مهم یافته‌ها، این بود که بسیاری از بیماران احساس «بی‌صدایی» و «نادیده‌انگاشته‌شدن» را تجربه می‌کردند. این موضوع نشان می‌دهد که علاوه بر مداخلات فردمحور، باید توجه بیشتری به ارتباط درمانگران با این بیماران و شنیده‌شدن فعالانه‌ی تجربه آنان شود؛ نکته‌ای که در رویکردهای مراقبتی کل‌نگر (holistic care) تأکید فراوانی بر آن شده است (Williams & Craig, 2016). در همین راستا، آموزش متخصصان بهداشت در زمینه تشخیص و درک مؤلفه‌های روان‌شناختی رنج، امری ضروری به نظر می‌رسد.

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.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

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.

فهرست منابع

References

- Boston, P., Bruce, A., & Schreiber, R. (2011). Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 604–618. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Cassell, E. J. (1999). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645.
- de Heer, E. W., Gerrits, M. M. J. G., Beekman, A. T. F., Dekker, J., & van Marwijk, H. W. J. (2017). The association of pain with depression and anxiety: A review of longitudinal studies. *Clinical Journal of Pain*, 33(7), 603–610.
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Turk, D. C., Angst, M. S., Dionne, R., Freeman, R., ... & Wasan, A. D. (2016). Patient phenotyping in clinical trials of chronic pain treatments: IMMPACT recommendations. *Pain*, 157(9), 1851–1871. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000602>
- Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain: A misdirected problem solving model. *Pain*, 132(3), 233–236.
- Finlay, L. (2011). *Phenomenology for therapists: Researching the lived world*. Wiley-Blackwell.
- Hellström, C., Bullington, J., & Karlsson, G. (1999). A phenomenological study of the experience of pain in women with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6(1), 4–12.
- Karos, K., Meulders, A., Blunk, S., & Vlaeyen, J. W. S. (2018). Fear of pain and avoidance behaviour in chronic pain: Understanding the complexity of clinical presentation. *Current Opinion in Psychology*, 26, 109–113.
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178–187.
- Tracey, I., & Bushnell, M. C. (2009). How neuroimaging studies have challenged us to rethink: Is chronic pain a disease? *Journal of Pain*, 10(11), 1113–1120.
- Toye, F., Seers, K., Hannink, E., & Barker, K. (2013). A meta-ethnography to understand the experience of living with chronic non-malignant pain. *BMJ Open*, 3(12), e003901.
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2012). Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*, 153(6), 1144–1147.
- Wiech, K., & Tracey, I. (2013). Pain, decisions, and actions: A motivational perspective. *Frontiers in Neuroscience*, 7, 46. <https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00046>
- Williams, A. C. de C., & Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420–2423. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>