



The role of marital intimacy and spiritual intelligence in predicting pain after elective cesarean section surgery

Sahar Tavakoli^{1*} , Mir Saeid Jafari² 

1. M.A.Educational Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran South Branch, Tehran, Iran.
2. Ph.D. Counseling, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran South Branch, Tehran, Iran.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the role of marital intimacy and spiritual intelligence in predicting pain after elective cesarean section surgery. This research was a descriptive-correlation type. The statistical population of the study consisted of all women who underwent elective cesarean section in Qom governmental hospitals during the summer of 1397 who were selected by non-random sampling 200 people and evaluated by questionnaire on matters of matrimonial intimacy (Bagarozzi 2001), spiritual intelligence (2008) and McGill's Pain Questionnaire (1997). Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics including Pearson correlation and simultaneous regression. The results showed that there was a negative and significant relationship between marital intimacy, spiritual intelligence and postpartum pain, and marital intimacy and spiritual intelligence wer 0.17 share in the prediction of pain after cesarean section.

Keywords: marital intimacy, spiritual intelligence, pain

► Please cite this paper as:

Tavakoli S, Jafari MR[The role of marital intimacy and spiritual intelligence in predicting pain after elective cesarean section surgery(Persian)]. J Anesth Pain 2020;11(1):61-69.

Corresponding Author: Sahar Tavakoli, M.A.Educational Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran South Branch, Tehran, Iran.

Email: tavakkoli.sahar70@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۱، بهار ۱۳۹۹

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۱، بهار ۱۳۹۹

نقش صمیمیت زناشویی و هوش معنوی در پیش‌بینی درد پس از جراحی سزارین

سحر توکلی*^۱، دکتر میرسعید جعفری^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

۲. دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۲۳

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۸/۱۱/۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۸

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش صمیمیت زناشویی و هوش معنوی در پیش‌بینی درد پس از جراحی سزارین انجام شد. این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنانی بود که در بیمارستان‌های دولتی شهر قم در تابستان ۱۳۹۷ تحت عمل جراحی سزارین انتخابی قرار گرفته بودند و با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس ۲۰۰ نفر انتخاب شدند، و با پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاروزی (۲۰۰۱)، پرسشنامه هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸) و پرسشنامه درد مک‌گیل (۱۹۹۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد بین صمیمیت زناشویی و هوش معنوی با درد پس از زایمان رابطه منفی و معناداری وجود دارد، و صمیمیت زناشویی و هوش معنوی ۰/۱۷ درصد سهم در پیش‌بینی درد پس از جراحی سزارین دارند.

واژه‌های کلیدی: صمیمیت زناشویی، هوش معنوی، درد

مقدمه

اتساع احشاء و انقباضات رحمی است. درد، یک پدیده مشترک پس از تمام اعمال جراحی و یکی از دغدغه‌های عمده بیماران است، به طوری که بسیاری از بیماران از درد بعد از عمل جراحی، به عنوان تلخ‌ترین تجربه جراحی یاد می‌کنند^(۱). درد حاد پس از عمل، جزء بدترین دردهایی است که انسان تحمل می‌کند و هر چقدر این درد شدیدتر باشد، پاسخ‌های همودینامیک و

هر ساله اعمال جراحی زیادی با اهداف مختلف درمانی، تشخیصی و ترمیمی انجام می‌شود. یکی از اعمال جراحی رایج، سزارین است. عمل سزارین در سال‌های اخیر رو به افزایش است، آمار متوسط عمل سزارین در ایران (۰/۴۲) تقریباً ۳ برابر آمار بهداشت جهانی است. از جمله مشکلات بیمار سزارینی، بروز درد ناشی از آسیب بافتی،

نویسنده مسئول: سحر توکلی، کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران
پست الکترونیک: tavakkoli.sahar70@gmail.com

می‌شود می‌تواند سبب افزایش شادی و امید باشد. صمیمیت زناشویی بر ابعاد مختلفی از سلامت فردی موثر است تا جایی که تحقیقات نشان داده در افراد جوان که سرطان پستان دارند و از صمیمیت زناشویی بالایی بهره‌مندند کیفیت زندگی و میزان بهبودی بالاتری دارند^(۱۱). یکی دیگر از متغیرهای که می‌تواند با میزان ادراک درد ارتباط داشته باشد هوش معنوی است. جین و پورهیت^(۱۲)، هوش معنوی را توانایی تجربه شده‌ای می‌دانند که به افراد امکان دستیابی به دانش و فهم بیشتر را می‌دهد و زمینه را برای رسیدن به کمال و ترقی در زندگی فراهم می‌سازد. از دیدگاه کینگ^(۱۳)، هوش معنوی دارای چهار مؤلفه تفکر وجودی انتقادی، ارائه مفهوم شخصی، گسترش حالت هشیاری و آگاهی متعالی است. هوش معنوی به ما اجازه می‌دهد که تا آنجایی که ممکن است موقعیت را تغییر و یا بهتر کرده و در واقع به ما اجازه می‌دهد که ما موقعیت را اداره کنیم. هوش معنوی برای حل مشکلات و مسائل مربوط به معنای زندگی و ارزشها مورد استفاده قرار می‌گیرد. در واقع این هوش بیشتر مربوط به پرسیدن است تا پاسخ دادن، بدین معنا که فرد سؤالات بیشتری را در مورد خود و زندگی و جهان پیرامون خود مطرح می‌کند. فریدمن، مک دونالد و المر^(۱۴)، در مطالعه‌ای با عنوان ارتباط معنویت و سلامت دریافتند که هوش معنوی باعث می‌شود، میزان بیماری کاهش یافته و طول عمر افزایش یابد. به نظر می‌رسد افرادی که به معنویت تمایل دارند به هنگام مواجهه با آسیب و تروما به درمان بهتر پاسخ می‌دهند، و بهتر برخورد می‌کنند و میزان افسردگی و درد کمتری دارند. مطالعاتی که در زمینه رابطه هوش معنوی با ویژگی‌های روان‌شناختی و پیامدهای جسمانی انجام شده‌اند، نشان می‌دهد که هوش معنوی و معنویت باعث کاهش درد می‌شود. مطالعه لیسن و همکاران^(۱۵) نشان داد که معنویت، مقاومت افراد را در برابر درد افزایش می‌دهد. و همچنین تحقیقات اثبات کرده که پرداختن به فعالیت‌های معنوی مثل

متابولیک نامطلوب‌تری ایجاد می‌کند. درد یک تجربه کاملاً ذهنی است، که پاسخ‌های همودینامیک و متابولیک نامطلوبی را برای بیماران ایجاد می‌کند^(۳).

عوارض سزارین به پیامدهای جسمی ختم نمی‌شود. در مطالعات ذکر شده است که سزارین می‌تواند اثرات روانی منفی از جمله احساس محرومیت، گناه یا شکست به خاطر نداشتن زایمان طبیعی در بعضی از زنان شود^(۳). همچنین، کنترل درد پس از جراحی سزارین به منظور مدیریت بهینه بیماران جهت افزایش تحرک مادر، حداقل عوارض مادر و نوزاد، بهبود سریع عملکرد اولیه مادر، تسریع شیر دهی به نوزاد و نیز کاهش افسردگی است^(۴). درد پس از سزارین یک درد قابل پیش‌بینی و واقعی است که با آموزش‌های خود مراقبتی به بیمار قابل کنترل می‌شود^(۵). صمیمیت زناشویی و سلامت عمومی فرد رابطه مستقیم و معناداری با هم دارند، تا جایی که عدم وجود صمیمیت و دلزدگی زوجین با ضعف عمومی، پایین بودن سیستم ایمنی، و مشکلات قلبی عروقی همراه است^(۶). تن هاتن، صمیمیت را توانایی برقراری ارتباط با دیگری و بیان عواطف تعریف می‌کند و آن را حق مسلم و از حالت‌های طبیعی انسان می‌داند^(۷).

در طرف مقابل، عدم صمیمیت زناشویی از بعد روانی، با افسردگی، اضطراب، کاهش سیستم ایمنی بدن، افزایش ادراک درد و گرایش به رفتارهای آسیب‌زا در ارتباط است^(۸)، براساس اعتقاد راوین و لارنسون^(۹)، صمیمیت زمانی آشکار می‌شود که ازدواج کارکرد خوبی داشته باشد و فقدان صمیمیت حاکی از این است که رابطه زناشویی عملکرد ضعیفی دارد. با کاهش صمیمیت زناشویی، امید به زندگی کاهش و در نتیجه ناسازگاری روانی و جسمانی افزایش می‌یابد و نارضایتی بیشتری حاصل می‌شود و همین مشکلات از مقدمات طلاق و جدایی محسوب می‌شود. نصیری و جوکار^(۱۰) در یک مطالعه رابطه بین امید، صمیمیت، رضایت از زندگی و سلامت روانی در زنان را مورد بررسی قرار دادند، یافته‌ها نشان داد، صمیمیت زناشویی منجر به رضایت از زندگی

بسیار درست نمره^(۳)، تا حدودی درست نمره^(۴)، نادرست نمره^(۱) و کاملاً نادرست نمره (۰) تعلق می‌گیرد. البته این شیوه نمره‌گذاری در مورد سوال شماره ۶ به صورت معکوس است. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات آن بعد را با هم محاسبه می‌شود^(۱۹). در پژوهش رقیب و همکاران^(۱۸)، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط متخصصان روان‌شناسی مورد تایید قرار گرفت. برای برآورد روایی همگرایی از پرسشنامه تجربه معنوی غباری بناب به طور همزمان استفاده شده که ضرایب همبستگی این دو پرسشنامه ۰/۶۶ به دست آمده است. برای محاسبه‌ی روایی سازه پرسشنامه از تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تاییدی مرتبه اول استفاده شد. نتیجه‌های به دست آمده نشان داد که این پرسشنامه ابزاری پایا برای سنجش هوش معنوی است و با توجه به روایی و پایایی مناسب، آن را می‌توان در محیط‌های آموزشی و پژوهشی مانند بیمارستان‌ها و دانشگاه استفاده نمود.

۲- پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاروزی: این پرسشنامه دارای ۴۱ سوال است که نیازهای صمیمیت و ابعاد آن یعنی صمیمیت عاطفی، روانشناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی، اجتماعی-تفریحی را مورد بررسی قرار می‌دهد. برای هشت بعد صمیمیت نمرات عددی محاسبه شده که با جمع نمرات هر بعد نمره صمیمیت کلی بدست می‌آید^(۲۰). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش کربلایی و آذری^(۲۱) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بدست آمد. همچنین اعتبار آن در بعد صمیمیت جسمانی ۰/۷۲، صمیمیت معنوی ۰/۸۵، صمیمیت زیبا شناختی ۰/۸۶، صمیمیت اجتماعی-تفریحی ۰/۷۶، صمیمیت روانشناختی ۰/۸۲، صمیمیت عقلانی ۰/۷۳ و صمیمیت جنسی ۰/۷۶ بدست آمد.

۳- پرسشنامه درد مک گیل: پرسشنامه درد مک گیل در سال ۱۹۹۷ توسط ملزاک ساخته شد. پرسشنامه فرم کوتاه مک گیل (۱۵ ماده‌ای) به زبان فارسی جهت شدت

مدیتیشن و نماز و دعا قبل از جراحی سزارین باعث کاهش درد، تهوع و استفراغ بعد از جراحی می‌شود^(۱۶) و همچنین بیان می‌شود که معنویت جز عوامل مهم در مدیریت و کنترل درد می‌باشد و در جهت بهبود سلامت عاطفی و جسمی نقش مهمی دارد^(۱۷). بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده و اینکه تاکنون مطالعاتی پیرامون نقش صمیمیت زناشویی و هوش معنوی بر درد پس از جراحی سزارین صورت نگرفته و نیازمند بررسی است و با توجه با اهمیت موضوع در سلامت جامعه برآن شدیم به این مهم بپردازیم. بر همین اساس، سوال اصلی تحقیق را می‌توان این گونه بیان کرد: آیا صمیمیت زناشویی و هوش معنوی بر درد پس از جراحی سزارین تاثیر دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع همبستگی بود. در این پژوهش صمیمیت زناشویی و هوش معنوی به عنوان متغیرهای پیش بین و درد پس از جراحی سزارین به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنانی بود که در بیمارستان‌های دولتی شهر قم در تابستان ۱۳۹۷ تحت عمل جراحی سزارین انتخابی قرار گرفته بودند که با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌های پژوهش از سه پرسشنامه صمیمیت زناشویی باگاروزی (۲۰۰۱)، پرسشنامه هوش معنوی کینگ (۲۰۰۸) و پرسشنامه درد مک گیل (۱۹۹۷) استفاده شده است.

۱- پرسشنامه هوش معنوی کینگ: پرسشنامه هوش معنوی کینگ در سال ۲۰۰۸ توسط کینگ طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ گویه است و چهار زیر مقیاس دارد: تفکر وجودی انتقادی، تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی و بسط حالت هشیاری. هر چه فرد نمره بالاتری در این پرسشنامه بگیرد دارای هوش معنوی بیشتری است^(۱۸). روش نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای بوده که به گزینه کاملاً درست نمره^(۴)،

ابعاد شدت درد و واکنش به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ بوده است^(۳۲).

یافته‌ها

برای بررسی رابطه بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و برای پیش‌بینی درد پس از جراحی سزارین از روی متغیرهای صمیمیت زناشویی و هوش معنوی از رگرسیون چندگانه استفاده شد. قبل از بررسی فرضیه پژوهش، به بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها پرداخته شد، جدول ۱ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف، به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف، به منظور بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیرها	مقدار آماره کولموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی داری
صمیمیت زناشویی	۵/۰۶	۰/۰۰۰
هوش معنوی	۱/۲۷	۰/۱۳۱
درد پس از جراحی سزارین	۲/۱۷	۰/۰۰۰

جدول ۱، ارزیابی توزیع نمرات را با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف را نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، سطح معناداری آزمون برای متغیرهای صمیمیت زناشویی، هوش معنوی و درد پس از جراحی سزارین معنی‌دار نیست. در همه موارد سطح معنی داری آزمون نرمال بودن داده‌ها در متغیرهای یاد شده بزرگ‌تر از

درد با دو زیر مقیاس دو بعد حسی و عاطفی است. نحوه اجرا قلم کاغذی-جمعی-خود گزارشی است. سئوالات در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از بدون درد ۰ تا شدید ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. که سه نمره (حسی، عاطفی، کلی) بدست می‌آید^(۳۳). این پرسشنامه توسط وکیل‌زاده نخعی (۱۳۸۹) در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان مورد ارزیابی قرار گرفته است. همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ و نیز ضریب همبستگی پرسشنامه مورد تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی مورد تایید قرار گرفت. آلفای کرونباخ در مورد کل پرسشنامه ۰/۸۷ بوده است و برای

جدول ۲، نتایج ماتریس همبستگی متغیرهای صمیمیت زناشویی و هوش معنوی با درد پس از جراحی سزارین همان‌گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، همبستگی بین صمیمیت زناشویی با درد پس از جراحی سزارین با ضریب همبستگی ۰/۱۵۷ در سطح ۰/۰۴۱ معنی‌دار است. با توجه

جدول ۲. نتایج ماتریس همبستگی متغیرهای صمیمیت زناشویی و هوش معنوی با درد پس از جراحی سزارین

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی	سطح معناداری
صمیمیت زناشویی	درد پس از جراحی	-۰/۱۵۷	۰/۰۴۱
هوش معنوی	درد پس از جراحی	-۰/۳۴۵	۰/۰۰۰

به اینکه جهت همبستگی به دست آمده منفی است، لذا استنباط می‌شود رابطه بین صمیمیت زناشویی با درد پس از جراحی سزارین منفی است. همچنین همبستگی بین هوش

همان‌گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، همبستگی بین صمیمیت زناشویی با درد پس از جراحی سزارین با ضریب همبستگی ۰/۱۵۷ در سطح ۰/۰۴۱ معنی‌دار است. با توجه

معنوی با درد پس از جراحی سزارین با ضریب همبستگی ۰/۳۴۵ در سطح ۰/۰۰۰ معنی‌دار است. با توجه به اینکه جهت همبستگی به دست آمده منفی است، لذا استنباط می‌شود رابطه بین هوش معنوی با درد پس از جراحی سزارین منفی

است. در ادامه برای تبیین سهم هریک از متغیرهای پیش‌بینی یعنی (صمیمیت زناشویی و هوش معنوی) در پیش‌بینی متغیر ملاک (درد پس از جراحی سزارین) و نیز ترکیب آنها از روش رگرسیون چند متغیره استفاده شده است.

جدول ۳. خلاصه مدل

مدل	R	مجذور R	مجذور تنظیم شده R	خطای استاندارد
۱	۰/۱۷۳	۰/۰۳۰	۰/۰۱۸	۲/۷۳

نتایج جدول ۳ مقدار R نشان داد که این مدل می‌تواند ۰/۱۷ درصد سهم در درد پس از جراحی سزارین را پیش‌بینی نماید.

جدول ۴. رگرسیون چند متغیری بر اساس سهم هر یک از متغیرها در پیش‌بینی متغیر ملاک

متغیرها	B	SE	Beta	T	سطح معناداری
صمیمیت زناشویی	۰/۱۲۲	۰/۰۱۱	۰/۱۵۷	۲/۰۵	۰/۰۴۱
هوش معنوی	۰/۲۱۶	۰/۰۱۷	۰/۱۷۳	۲/۵۴	۰/۰۱۱

بعد از معنی‌داری رابطه متغیرهای صمیمیت زناشویی و هوش معنوی، همبستگی تفکیکی متغیرهای پیش‌بین و ملاک مورد بررسی قرار گرفت. بررسی تفکیکی مقادیر بتا نشان دهنده آن است که صمیمیت زناشویی با مقدار بتا حاصله ۰/۱۵۷ در سطح آلفای ۰/۰۵ پیش‌بینی کننده درد پس از جراحی سزارین است و همچنین بررسی تفکیکی مقادیر بتا نشان دهنده آن است که هوش معنوی با مقدار بتا حاصله ۰/۱۷۳ در سطح آلفای ۰/۰۵ پیش‌بینی کننده درد پس از جراحی سزارین است.

همچنین بررسی تفکیکی مقادیر بتا نشان دهنده آن است که هوش معنوی با مقدار بتا حاصله ۰/۱۷۳ در سطح آلفای ۰/۰۵ پیش‌بینی کننده درد پس از جراحی سزارین است. در مجموع صمیمیت زناشویی و هوش معنوی می‌توانند ۰/۱۷ درصد سهم در، درد پس از جراحی سزارین را پیش‌بینی نمایند. این یافته پژوهش همسو با مطالعات چهره‌ور و همکاران^(۳۳)، لارسن و همکاران^(۳۴)، تاج‌بخش، حسینی و رهگذر^(۳۵)، سلطانی و همکاران^(۳۶) و مصلا‌نژاد و همکاران^(۳۷) است. در تبیین نقش صمیمیت زناشویی در پیش‌بینی درد پس از جراحی سزارین می‌توان گفت؛ صمیمیت پایه و اساس رابطه زناشویی است. صمیمیت، یک فرآیند پویا و تعاملی است که بر اساس اطمینان و احترام متقابل شکل می‌گیرد. طبق دیدگاه رشد فارمن^(۳۸)، توانایی برای صمیمیت، از طریق یک فرآیند مبادله‌ای انجام می‌شود. فرد باید بتواند هیجانات شدید، که بخش غیرقابل تفکیک یک رابطه نزدیک است را، آزادانه در میان بگذارد. سرانجام فرد باید توانایی خودافشایی، تقابل باغانه، حساسیت نسبت به احساسات دیگران، و علاقه به خوب بودن دیگران را داشته

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش صمیمیت زناشویی و هوش معنوی در پیش‌بینی درد پس از جراحی سزارین انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین صمیمیت زناشویی و هوش معنوی با درد پس از جراحی سزارین رابطه معناداری وجود دارد و همچنین بررسی نتایج نشان داد که صمیمیت زناشویی با مقدار بتا حاصله ۰/۱۵۷ در سطح آلفای ۰/۰۵ پیش‌بینی کننده درد پس از جراحی سزارین است و

سخت، تولید معنای شخصی ممکن است فرد را به سمت یک راه حل معنا محور هدایت کرده و به صورت یک روش حل مسأله مؤثر عمل کند. فیلیپچی و همکاران^(۱۷) در مطالعه بر روی معنویت و درد به این نتیجه رسیدند که بیمارانی که از سطوح معنوی بالاتر برخوردارند، توانایی بالایی در مدیریت و کنترل درد دارند. ایجاد معنای شخصی در زندگی، با تحمل درد و فشار همراه است. افرادی که تمایل به سزارین دارند، مفهوم درد را به معنای ارزشمندی و تحمل آن را به عنوان فردی که می‌تواند در برابر سختی‌ها تاب‌آور باشد، می‌پذیرند. به نظر می‌رسد که ارتقاء هوش معنوی می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری زنان در هنگام جراحی سزارین شود. انجام این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود، از جمله تفاوت‌های فردی و وضعیت‌های روحی - روانی آزمودنی‌های پژوهش که از کنترل پژوهشگر خارج بود و به سایر استان‌ها باید احتیاط لازم صورت گیرد. در پایان پیشنهاد می‌شود آموزش‌ها و مداخلات روانشناختی در جهت کاهش درد پس از جراحی سزارین در بیمارستان‌های زنان ارائه شود و از نتایج پژوهش حاضر در برگزاری کارگاه‌های مثل (آموزش هوش معنوی و صمیمیت زناشویی) برای زنان متقاضی جراحی سزارین استفاده شود.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی تربیتی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب است. بدینوسیله پژوهشگران، از مسئولین محترم بیمارستان‌های دولتی شهر قم بخاطر همکاری برای دسترسی به نمونه‌های پژوهش و از زنان شرکت کننده در این پژوهش که با همکاری خود انجام این مطالعه را میسر کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچگونه تضاد منافع وجود ندارد.

باشد. آماتو و کیس^(۶) در مطالعه‌ای بیان کردند صمیمیت زناشویی و سلامت عمومی فرد رابطه مستقیم و معناداری با هم دارند. صمیمیت منبع قدرتمند حمایت عاطفی و روانی محسوب می‌شود و همانند یک سپر حمایتی طرفین زوج را در برابر آسیب‌ها حمایت می‌کند و این به گونه‌ای است زوج‌هایی که میزان بالاتری از صمیمیت را گزارش می‌کنند نرخ پایین‌تری از مشکلات و تنش‌ها را نشان می‌دهند. و همچنین در تبیین نقش هوش معنوی در پیش‌بینی درد پس از جراحی سزارین می‌توان گفت؛ هوش معنوی، بیانگر مجموعه‌ای از توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و منابع معنوی است که کاربرد آنها در زندگی روزمره می‌تواند باعث افزایش انطباق پذیری فرد شود. به ویژه نقش آن در حل مسائل وجودی و یافتن معنا و هدف در رویدادهای زندگی روزمره تأکید شده است. به نظر می‌رسد هوش معنوی از روابط فیزیکی و شناختی فرد با محیط پیرامون خود فراتر رفته و وارد حیطه شهودی و متعالی دیدگاه فرد به زندگی خود می‌گردد. این دیدگاه شامل همه رویدادها و تجارب فرد می‌شود که تحت تأثیر یک نگاه کلی قرار گرفته‌اند. فرد می‌تواند از این هوش برای چارچوب‌دهی و تفسیر مجدد تجارب خود بهره گیرد. این فرایند قادر است از لحاظ پدیدارشناختی به رویدادها و تجارب فرد معنا و ارزش شخصی بیشتری بدهد^(۲۹).

مطالعه لیسن و همکاران^(۱۵) نشان داد که معنویت، مقاومت افراد را در برابر درد افزایش می‌دهد. در طب و روانشناسی، تاب‌آور بودن، نشان‌دهنده مقاومت جسمانی، بهبود خود انگیزه پدیده و توانایی برقرارسازی مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های استرس‌آمیز است و سطوح بالاتر تاب‌آوری، هیجان‌های مثبت و منفی را پیش‌بینی می‌کند. در رو به رو شدن با استرس، تولید معنای شخصی (مؤلفه هوش معنوی) به فرد امکان می‌دهد تا با ایجاد شرایط جدیدی که حتی اگر استرس‌آور و نگران کننده باشد، معنا یا هدفی را در آن بیابد و بتواند با شرایط جدید سازگار شود و به این طریق، عامل استرس‌زا را تغییر داده و تأثیرات منفی آن را کاهش می‌دهد. به طور مشابه، هنگام مواجهه با یک وضعیت

References

1. Ghaneie R, Rezaie K, Mahmoodi R. The Relationship between preoperative anxiety and post operative pain of cesarean section. *Journal of Psychiatric Nursing*. (1391); 15(39):16-22. (Persian)
2. Shang AB, Gan TJ. Optimising postoperative pain management in the ambulatory patient. *Drugs*; (2003), 63:855-67.
3. Nazari Z, Khezri Moghdam A, Nazari A. The relationship between Quality of Relationship (perceived Social support, interpersonal conflicts, Depth of relationship) and Severity of Natural Labor Pain. *Journal of Health Psychology*. (1396);6(2):2-34. (Persian)
4. WHO. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Translate by Satarzade, N, Pourasad, Sh. (2016), Tabriz university of Medical Sciences.
5. Navidian, A, Azogh, M, Saravany, Z, Shakiba, M. The effect of psychoeducation on anxiety and maternal-fetal attachment in pregnancy after stillbirth in women referred to health centers in Zahedan in 2017. *Hayat J*, (1397);24(1), 71-83. (Persian)
6. Amatto PR, Keith B. personal divorce and adult well-being: A Meta Analysis. *J Marriage Fam*. (2011);53(1):43-58.
7. Nasr Esfahani N. The effect of teaching the concepts of group choice theory on increasing marital intimacy. *Woman and family studies*. (1389);2(8):105-114. (Persian)
8. Khodadadi Sangdeh G, Hajizade T, Amosti F, Rezaie M. Predicting marital distress based on general health and marital intimacy in nurses Preventive. *J Care in Nursing and Midwifery*. (1395);6(2):53-45. (Persian)
9. Ravin, M J, Laurenceau, JP & Barcett, L F. The interpersonal process Model of intimacy in marriage: A Daily-Diary and multilevel modeling approach. *Journal of family psychology*. (2005); (2):314-323.
10. Nasiri H, Jokar B. meaningful Life Hope, Life Satisfaction and mental Health in women. *Women In Development and Politics*. (1392); 6(2). (Persian)
11. Kyong oh, Seon Yong Hwang. Impact of uncertainty on the quality of life of young breast cancer patients. (2018).
12. Jain, M, Purohit, P. Spiritual Intelligence: A Contemporary Concern with Regard to Living Status of the Senior Citizens. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, (2006); 32(3):227 – 233.
13. King DB, DeCicco TL. A Viable Model and Self-Report Measure of Spiritual Intelligence. *The International Journal of Transpersonal Studies*. (2008); 28:68-85.
14. Friedman HL, Elmer LD, Mac Donald D. Transpersonal psychology, physical health, and mental health: Theory, research, and practice. *The Humanistic Psychologist*. (2003);31(2-3): 159-81.
15. Lysne CJ, Wachholtz AB. Pain, spirituality, and meaning making, what can we learn from the literature? *Journal Religions*. (2011);2(1):1-16.
16. Hasan pour, A, khodadadi, kh, khaledi far, A, Salehi, sh. *Journal of Shahrekord university*. (1393);16(6), 111-118. (Persian)
17. Philip j, Mellanie Lovell, Rod Maleod. A Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*. (2015); 12(10).
18. Raghieb M S, Syeyadat S A, Hakimi Nia B, Ahmadi S G. Validation of King Students spiritual Intelligence Scale at Isfahan University Psychological Achievements. (1389);4(1):141-164. (Persian)
19. Keshavarzi S, Yosefi F. The relationship between emotional intelligence and spiritual intelligence. *Psychology Journal*. (1391); 3(16):6-12. (Persian)
20. Etemadi, e. Evaluation and Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral and Therapeutic Relationship Based on Psychoeducational Approach

- on Couples Intimacy Referred to Counseling Centers In Isfahan. (1384). PHD thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tarbiat Moallem University. (Persian)
21. Karbalayi M. Azari A. The effectiveness of Emotion Based Therapy on Marital intimacy and Marital Despair of Couples Referred to Counseling Centers in Tehran City Studies in Psychology and Education. (1396); 3(3).108-117. (Persian)
 22. Nik seresht R. Manshee Gh. Karimi S. Determining the Effectiveness of Hemoencephalograohy on pain Anxiety, Severity Of pain n Migraine Patients with 25- 55 years in Isfahan. Journal of mental Health Principles.Special Letter Third International Conference on Psychology and Educational Science. (1395);30-424. (Persian)
 23. Chehrevar M. Hojat khah S.M. Parvaneh A. Naderi gh. Hesarsorkhi R. Predicting marital adjustment based on spiritual intelligence and social supportin couples. The Riseof Psychology. (1397); 7(7):63-78. (Persian)
 24. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG; (2018). 115: 354-60.
 25. Tajbakhsh F. Hosseini M.A . Rahgozar. M. The effect of religious spiritual care on patient stress after coronary artery bypass surgery. Journal of Rehabilitation Research. (1395); 2(4).2-9. (Persian)
 26. Soltani, F. Chahqui, M. Arab, M. Fakhraldin. Dabbagh, F. the effect of spiritual care on pain in patients undergoing coronary artery bypass grafting. Cardiovascular Nursing J. (1395); 5(4), 20-27. (Persian)
 27. Mosalanejad L, Khodabakhshi Koolae A. Looking at infertility treatment through the lens of the meaning of life: the effect of group therapy on psychological distress in infertile women. Int J Fertil Steril.(2013); 6(4):224-31.
 28. Furman, w. Brown, B. Feiring, C. the development of romantic relationship in adolescence. Cambridge university press. Goldenberg, I. Goldenberg, H. (2000). Family theraly and over view, broohs/cole, Thomson learning, Canada, (1999).
 29. Nasel, D. Spiritual Orientation in Relation to Spiritual Intelligence: A consideration of traditional Christianity and New Age/individualistic spirituality; Unpublished thesis. Australia: The university of south Australia. (2004).