Military Psychology

4

Vol. 15
Winter 2025
P.P: 73-88

Research Paper

Received: 2024/08/28
Revised: 2025/05/06
Accepted: 2025/05/10
Published: 2025/09/03

ISSN: 2588-5162
E-ISSN: 2645-517X

Comparing the effectiveness of spiritual and non-spiritual words on pain tolerance in Basij girls

Hamid Reza Imanifar [1] | Sirous Mahmodi [2*]

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of speech type on pain tolerance in Basij girls. This study was conducted using a quasi-experimental method with a multi-group post-test design. The statistical population was all Basij girls in Fasa city in 2024.. Considering the population size of approximately 1400 people and the Morgan table, 316 subjects were selected by the available method and randomly assigned to one of four experimental groups: no speech, neutral speech group, swearing group, and Salawat group (a type of spiritual speech in Islam). The independent variable was the type of verbal group of the subjects and the dependent variable was the duration of immersing the hand in ice-filled water, which was measured in all four experimental groups. The results of one-way analysis of variance and Tukey's post-test using SPSS 22 software showed that the subjects in the salawat group, who repeated the recitation of salawat in their minds while placing their hands in ice water, showed significantly higher pain tolerance with an average pain tolerance of 68.38 seconds. Given the inconsistent results in past and present research, the need for further research is suggested by establishing standard criteria to determine the intensity, duration, volume, and the kind of talk about enduring pain.

Keywords: Spirituality , pain Tolerance, Swearing, Spiritual Word.

DOR: 20.1001.1.25885162.1404.15.4.4.6

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology Payame Noor University, Tehran, Iran. imanifar@pnu.ac.ir
2. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution Non-Commercial (CC-BY-NC) license.

روانشناسی نظامی

٤

سال پانزدهم
زمستان ١٤٠٣
صص: ٨٨-٧٣

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:
١٤٠٣/٠٦/٠٧
تاریخ بازنگری:
١٤٠٤/٠٢/١٦
تاریخ پذیرش:
١٤٠٤/٠٢/٢٠
تاریخ انتشار:
١٤٠٤/٠٦/١٢

شاپا چاپی: ٥١٦٢ -٢٥٨٨
الکترونیکی x ٥١٧ -٢٦٤٥

مقایسه اثربخشی کلام معنوی و غیر معنوی بر میزان تحمل درد در دختران بسیجی

سیروس محمودی | حمیدرضا ایمانی فر

چکیده

هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی نوع کلام بر میزان تحمل درد در دختران بسیجی بود. این تحقیق به روش نیمه تجربی با طرح پس آزمون چند گروهی انجام گردید. جامعه آماری کلیه دختران بسیجی شهر فسا در سال ۲۰۲۴ بود. با توجه به حجم جامعه ۱۴۰۰ نفر و جدول کوهن، ۳۱۶ آزمودنی به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت جایگزینی تصادفی در یکی از چهار گروه آزمایشی بدون کلام، گروه کلام خنثی، گروه ناسزاگویی و گروه ذکر صلوات، قرار گرفتند. متغیر مستقل نوع گروه کلامی آزمودنیها و متغیر وابسته، مدت زمان فرو بردن دست در آب مملو از یخ بود که در هر ۴ گروه آزمایش مورد سنجش قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون تعقیبی توکی با استفاده از نرم افزار Spss نشان داد که آزمودنی های گروه ذکر صلوات، که در هنگام قرار گرفتن دستشان در آب یخ، ذکر صلوات را در ذهن خود تکرار می کردند، با میانگین تحمل درد ۶۸/۳۸ ثانیه، به طور معنادارتری، تحمل درد بیشتری را از خود نشان دادند. با توجه به نتایج غیرهمسو در تحقیقات گذشته و حاضر، نیاز به تحقیقات بیشتر با ایجاد معیارهای استاندارد برای تعیین شدت، مدت، حجم و نوع کلام در زمینه میزان تحمل درد پیشنهاد می گردد.

کلیدواژه‌ها: تحمل درد، معنویت، ناسزاگویی، کلام معنوی

DOR: 20.1001.1.25885162.1404.15.4.4.6

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور،تهران، ایران. mahmoudi.s@pnu.ac.ir
۲. استادیار گروه علوم تربیتی و روانشناسی،دانشگاه پیام نور،تهران، ایران.

این مقاله یک مقاله بـا دسترسـی آزاد اسـت کـه تحـت شـرایط و ضـوابط مجـوز (CC BY-NC) Creative Commons Attribution Non-Commercial توزیع شده است.

مقدمه و بیان مسئله

درد یک تجربه حسی و احساسی ناخوشایند است که افراد را از طریق جنبه های زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تحت تاثیر قرار می دهد (امینی صدر و همکاران، ۲۰۲۳، کوردیرو[1] و همکاران، ۲۰۲۴، استفانز[2] و همکاران، ۲۰۲۰). درد وضعیتی شایع و ناتوان کننده است که در جهت فهم، تشخیص و درمان آن تلاش چندانی صورت نگرفته است (رستمی و همکاران، ۲۰۲۲).

تحقیقات متعددی نشان داده اند که معنویت و کلام ناسزاگویی در کاهش درد، موثر بوده است. هرچند که هنوز میزان ناسزاگویی موثر در کاهش درد و مکانیسم اثرگویی آن ناشناخته بوده است. دلایل احتمالی تاثیر ناسزاگویی بر کاهش درد می تواند پاسخ همدلانه، هیجان، شوخی، حواسپرتی، پرخاشگری، بازداری، جریان روانشناختی رفتار پرخطر و اعتماد به نفس باشد. همچنین شدت کلمه فحش و ناسزا، حجم گفتار، مدت زمان فحش دادن بر میزان کاهش درد، هنوز ناشناخته مانده و توافقی در آن وجود ندارد (هی[3] و همکاران، ۲۰۲۴).

تحقیقات غیر همسویی نیز در ارتباط با میزان تحمل درد، ناسزاگویی و معنویت ارائه شده است. مثلا هاستیتر و پاول[4] (۲۰۲۲)، با تغییر شرایط آزمایش، با نشان دادن انگشت وسط (که یک نوع علامت فحش دادن در فرهنگ انگلیسی زبان است)، ارتباطی بین این نوع فحش دادن و میزان تحمل درد نیافتند. همچنین بعضی از تحقیقات به عدم شواهد علمی کافی در ارتباط بین بعد معنوی و کاهش درد اشاره داشته اند (ورتینو[5]، ۲۰۱۹). همچنین رابرتسون[6] و همکاران (۲۰۱۷) در یک مطالعه بین فرهنگی، نتایج ناهمسویی بدست آوردند. در تحقیقی که بر روی دو فرهنگ ژاپنی و انگلیسی زبانان در یک مطالعه بین فرهنگی انجام دادند، نتایج نشان داد که در ژاپن فحش دادن آزمودنیها، باعث کاهش تحمل درد نگردید.

با توجه به ناهماهنگ بودن پژوهش‌ها و کمبود تحقیقات مقایسه ای در خصوص تاثیر رفتارهای کلامی ناسزاگویی و کلام معنوی بر تحمل درد، انجام آزمایشی در این خصوص ضروری به نظر می رسد، به نحوی که در پژوهش حاضر آزمایشی ترتیب داده شد که بررسی شود

1. Cordero
2. Stephens
3. Hay
4. Hostetter & Powell
5. Vertino
6. Robertson

آیا نوع کلماتی که افراد در هنگام درد استفاده و بر زبان جاری می کنند (کلمات دارای بار معنوی، ناسزا گفتن، کلمات خنثی و یا بدون کلام) بر میزان تحمل درد (مدت زمان نگه داشتن دستشان در آب سرد) آزمودنیها تاثیر دارد؟

مبانی نظری

درد احساس ناخوشایندی است که عمدتاً بر اثر ایجاد آسیب در یکی از بافتهای بدن ظاهر می شود. این حس، زمینه را برای آگاهی از محرک آسیب رسان فراهم می کند. نه فقط بخاطر شیوع زیاد دردهای مزمن در قرن حاضر و پرهزینه بودن آنها، بلکه به دلیل اثرات منفی معنی دار درد از جمله کاهش زایندگی و فعالیتهای لذت بخش، آشفتگیهای هیجانی معنی دار و کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی، درد به عنوان یک بحران سلامت عمومی شناخته می شود (واندنرو[1] و همکاران، ۲۰۱۸). درد، تجربه ای بسیار گسترده است، هم ساده هست و هم پیچیده، هم خاص است و هم عمومی و تجربه درد می تواند در کل بدن یا نقاط خاصی متمرکز شود. از اینرو تعریف و طبقه بندی درد نیز مشکل است و حوزه های زیستی، روانی، اجتماعی و فرهنگی را در برمی گیرد (مجیدی و همکاران، ۲۰۲۳).

انگل[2] (۱۹۷۷، به نقل از علی پور، ۲۰۱۸)، مدل زیستی- روانی- اجتماعی[3] را پیشنهاد کرد. این مدل چارچوب مفهومی برای افزایش شناخت نقش ذهن و تاثیر عوامل رفتاری و محیطی بر درد را فراهم می کرد. به همین دلیل این مدل پذیرفته شد و در طول زمان چارچوب مسلطی برای فهم ارزیابی و درمان دردهای مداوم به شمار می آمد. این مدل تاثیر واضح خلق و شناخت بر عملکردهای فیزیولوژیکی مانند درد را نشان می دهد.

مدل زیستی- روانی -اجتماعی کمک کننده بوده است و رویکرد غالبی برای ارزیابی و درمان درد است، اما در جامعه وسیع پزشکی از مدلی که معنویت را به عنوان یک مولفه مهم دیگر در نظر می گیرند حمایت شده است (سولمازی[4]، ۲۰۰۲). مثلا انجمن مراقبتهای تسکینی[5]، در پاسخ

1. Wandner
2. Engel
3. Biosychosocial
4. Sulmasy
5. Palliative care community

به نیازهای خاص افرادی که در حال مرگ هستند و مراقبتهای پایان زندگی را دریافت می کنند، مولفه معنویت را به عوامل زیستی، روانی و اجتماعی اضافه کردند (وایتفورد و الیور[1]، ۲۰۱۲).

تحقیقات زیادی به ارتباط نگرش معنوی و سلامت روان توجه داشته اند (همتی و همکاران، ۲۰۱۲)، اما تا به حال مطالعات کمی به جنبه معنوی درد پرداخته اند و حتی کمتر از منظر مراقبت کل نگر به آن پرداخته اند (کوردرو، ۲۰۲۴)، تحقیقات نشان داده اند استفاده از تمرینهای معنوی با بالاتر رفتن تحمل درد حاد و درد مزمن همراه بوده است که منجر به کاهش شدت درد می شود (واچالتز و کفی[2]، ۲۰۰۶). درد به عنوان پدیده ای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی با بسیاری از ابعاد روانشناختی، زمینه های فرهنگی، نژادی و وضعیت اقتصادی انسان، روابط پیچیده و چندگانه ای دارد و تجربه درد نتیجه تعامل پیچیده میان این عوامل است. به همین دلیل روانشناسان درد باید از ماهیت چند بعدی بودن درد آگاه باشند و این دیدگاه تعاملی به عنوان یک چارچوب مفهومی غالب در زمینه درد در نظر گرفته شود (گاتچل[3] و همکاران، ۲۰۱۴).

در ابتدا، نظریه پردازان درد، معتقد بودند که ناسزا گفتن[4]، یک پاسخ ناسازگارانه و غیرموثر در کاهش درد است (سالیوان[5] و همکاران، ۲۰۰۱). ناسزا گفتن، استفاده از زبان توهین آمیز و ناخوشایند است که در اکثر فرهنگهای انسانی دیده می شود (سوانز[6]، ۲۰۰۲). مردم ناسزا می گویند تا خودشان را خالی کنند یا به کسی صدمه ای بزنند یا کسی را بی احترام و خوار کنند و یا به این کار عادت دارند (راشین و مریس[7]، ۲۰۰۵). اما استیفنز[8] و همکاران (۲۰۰۹)، نشان دادند که ناسزا گفتن در اکثر مردم درد را کاهش می دهد. زمانی که شرکت کنندگان کلمات توهین آمیز را تکرار می کنند، دستشان را به مدت بیشتر و طولانی تری (به طور متوسط ۳۰ تا ۴۰ ثانیه) در مقایسه با زمانی که آنها کلمات خنثی را به کار می برند در آب یخ نگه می دارند و ضربان قلب آنها نیز افزایش بیشتری در مقایسه با زمانی که از کلمات خنثی[9] استفاده می کنند، نشان می دهد.

1. Whitford & Olver
2. Wachholtz & Keefe
3. Gatchel
4. Swearing
5. Sullivan
6. Soanes
7. Rassin & Muris
8. Stephens
9. neutral word

علاوه بر این استیفانز و آلسوپ (۲۰۱۲)، نشان دادند که صفت پرخاشگری، تحمل درد را افزایش می دهد و از آنجا که ناسزا گفتن می تواند منجر به پرخاشگری شود، منجر به افزایش تحمل درد نیز می گردد. در تایید یافته فوق، تحقیقات سگین[1] و همکارانش (۱۹۹۶)، گویای این بود که پسرانی که توسط معلمان و مقیاسهای خودگزارشی، صفت پرخاشگری بالا اما ثابتی را نشان داده بودند، حساسیت کمتری به درد فشار انگشت در مقایسه با پسران فاقد صفت پرخاشگری داشتند. البته استیفانز و آملند[2] (۲۰۱۱)، نشان دادند که ناسزا گفتن در همه افراد به تحمل درد کمک نمی کند. افرادی که در طول روز دایماً ناسزا می گویند و به توهین و فحاشی عادت دارند نسبت به افرادی که این عادت را ندارند، پاسخ هیجانی کمتری در هنگام ناسزا گفتن نشان می دادند که پیش بینی کننده تحمل درد کمتر در این افراد بود، شایان ذکر است که ایشان این موضوع را با استفاده از پدیده روانشناسی خوگیری توجیه کرده اند.

پیشینه پژوهش

اولین تحقیق در مورد اثر ناسزاگویی بر کاهش درد، مربوط به آزمایش استفنز و همکاران (۲۰۰۹)، می باشد. در این آزمایش اثر ناسزاگویی را در هنگام انجام یک تکلیف تحمل سرما، بررسی کردند. شرکت کنندگان در این مطالعه یک کلمه فحش و یک کلمه غیر فحش را انتخاب کردند، سپس دست خود را تا زمانی که ممکن بود در آب یخ (۵ درجه سانتیگراد) غوطه ور کردند در حالی که کلمه فحش یا غیر فحش خود را تکرار می کردند. این کار پرس سرد[3] به دلیل توانایی آن در ایجاد درد و ناراحتی بدون آسیب بافتی انتخاب شد و از نظر اخلاقی در بزرگسالان و کودکان قابل قبول است (بیرنی و همکاران، ۲۰۱۰). متغیرهای وابسته شامل ضربان قلب، درد درک شده و میزان تحمل درد (تاخیر فشار سرد) بود. فحش دادن، که ماهیتاً احساسی است، به طور بالقوه می تواند برانگیختگی فیزیولوژیکی مانند ضربان قلب را افزایش دهد. تحقیقات نشان می دهد که ارتباط مشخصی بین گفتار و تأثیر آن بر مراکز کنترل خودمختار وجود دارد (بابشر و داچ[4]، ۱۹۹۸).

1. Seguin
2. Umland
3. pressor task
4. Bubser & Deutch

استفنز و آمبلند در تکرار آزمایش (۲۰۱۱) مجددا نتایج تحقیق فوق را تایید کردند. در تحقیق استفنز و آمبلند (۲۰۱۱)، ۷۳ درصد از شرکت‌کنندگان هنگام فحش دادن، دست خود را برای مدت طولانی‌تری در آب یخ نگه می‌داشتند و به طور میانگین، شرکت‌کنندگان در حین فحش دادن دست خود را برای ۳۱ ثانیه بیشتر در آب یخ نگه داشتند. علاوه بر این ضربان قلب، دوباره در هنگام فحش دادن، در مقایسه با تکرار یک کلمه غیر فحش، بیشتر شد. همچنین فیلیپ و لومباردو[1](۲۰۱۷)، تاثیر فحش دادن بر درد اجتماعی[2] را بررسی کردند.

اما رابرتسون و همکاران (۲۰۱۷) در یک مطالعه بین فرهنگی، نتایج ناهمسویی بدست آوردند. در تحقیقی که بر روی دو فرهنگ ژاپنی و انگلیسی زبانان در یک مطالعه بین فرهنگی انجام دادند، نتایج نشان داد که در ژاپن فحش دادن آزمودنیها، باعث کاهش تحمل درد نگردید.

استفنز و رابرتسون (۲۰۲۰) اثرات تکرار کلمه فحش معمولی "fuck"، با یک کلمه خنثی، و دو کلمه فحش ساختگی، "fouch" و "twizpipe" را بر آستانه درد و تحمل درد بررسی کردند. تکرار "fuck" منجر به تاخیر در شروع درد (افزایش آستانه درد) و افزایش تحمل درد (تاخیر طولانی‌تر پرس سرد) در مقایسه با تکرار یک کلمه خنثی، یا فحش ساختگی "fouch" یا "twizpipe" گردید.

از طرف دیگر در باره معنویت و تاثیر آن بر تحمل درد، چندین مطالعه به این نتیجه رسیدند که افرادی که خودشان را به عنوان افراد معنوی و مذهبی می دانند و در فعالیتهای مذهبی درگیر می شوند نمرات بالاتری در خلق، بهزیستی و کاهش شدت درد نسبت به افرادی که خودشان را معنوی یا مذهبی نمی دانند داشته اند (لاکچتی و همکاران، ۲۰۱۱، ص۲۲). اگر چه بعضی از این مطالعات ارتباطی را بین فعالیتهای معنوی و مذهبی و سطوح پایین تر شدت درد گزارش داده اند، شواهد کلی نشان داده اند که بهزیستی معنوی ارتباط قوی با تحمل درد بالاتر و سطوح بالاتر بهزیستی روانشناسی از جمله رضایت در زندگی داشته است (دیزاتر و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین بهزیستی معنوی با افزایش تاب آوری روانشناختی همراه می باشد (کریمی باغملک، ۲۰۲۳، مجیدی و همکاران، ۲۰۲۳).

1. Philipp and Lombardo
2. social pain

اگر چه مکانیسم ارتباط بین کاهش درد و معنویت هنوز ناشناخته است، اما تحقیقات متعدد اثرات مثبت معنویت را بر جسم و روان نشان داده است که باعث افزایش سلامت، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت و رفتارهای پیشگری از بیماری می شود. (گلدمن و شفر[1]، ۲۰۲۱). متخصصان مراقبتهای تسکینی سالیان زیادی است که معنویت را به عنوان بخشی از درمان افراد دارای سرطان و بیماریهای لاعلاج در نظر گرفته اند (بای و همکاران، ۲۰۱۸، ص۵). به عنوان مثال افراد درگیر دردهای دایمی با استفاده از تمرینهای مقابله ای معنوی مثبت مانند رو به خدا کردن، قدرت و سازگاری بیشتری در مقابله با درد نشان داده اند (ریپنتراپ[2] و همکاران، ۲۰۰۵). تمایلات معنوی و مذهبی، باعث افزیش کیفیت زندگی، تحمل بیشتر استرس زندگی و مصونیت بیشتر در برابر تنش می شود (حاتمی و همکاران، ۲۰۱۵؛ رحیمی و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین نتایج تحقیق نیکبخت نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۴) نیز نشان داد که تجربه درد با افزایش روحیه معنوی و توسل به خداوند و ائمه اطهار در ارتباط است.

روش شناسی تحقیق

با هدف مقایسه اثربخشی کلام معنوی و غیر معنوی بر میزان تحمل درد در دختران بسیجی، یک طرح تحقیق نیمه آزمایشی از نوع پس آزمون چندگروهی اجرا گردید. در این تحقیق نیز از شیوه رایج سنجش تحمل درد (تریستر و همکاران، ۲۰۱۵، ص۵۳۷؛ دودو و هاشیموتو ،۲۰۱۷) استفاده گردید. متغیر مستقل، نوع گروه کلامی آزمودنی ها و متغیر وابسته، مدت زمان فرو بردن دست مسلط(دست برتر) در آب مملو از یخ با میانگین نیم درجه سانتیگراد بود که در هر ۴ گروه آزمایشی مورد سنجش قرار گرفت. طرح تحقیق آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. طرح آزمایش پس آزمون چند گروهی

پس آزمون	متغیر مستقل	گروه	
T2	بدون کلام	۱	R
T2	ناسزاگویی	۲	R
T2	کلام خنثی	۳	R
T2	ذکر صلوات	۴	R

1. Goldman, L., & Schafer
2. Rippentrop

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه پژوهش حاضر کلیه دختران بسیجی شهر فسا بود. با توجه به حجم جامعه تقریبی ۱۴۰۰ نفر و جدول کوهن، ۳۱۶ آزمودنی به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت جایگزینی تصادفی در یکی از چهار گروه آزمایشی (هر گروه شامل ۷۹ دانشجو) قرار گرفتند و متغیر مستقل بر روی آنها اجرا گردید.از آنجایی که هر چه آزمودنی های گروه آزمایش همگن تر باشند، خطای آزمایش کمتر می باشد، از این رو آزمایش فقط بر روی دختران بسیجی اجرا گردید. سن آزمودنیها حداقل ۱۴ سال تا حداکثر ۵۴ سال با انحراف استاندارد ۴/۵۶ و با میانگین سنی ۲۰/۸۵ سال بود. معیار ورود به آزمایش جنسیت دختر بودن و تاییدیه بسیجی بودن بود و معیار خروج از آزمایش عدم همکاری در اجرای آزمایش مانند عدم اجرای صحیح متغیر مستقل و وابسته بود.

روش اجرای آزمایش: در اجرای آزمایش، جنسیت آزماینده با آزمون شونده یکی بود و همچنین در اتاق آزمایش (برای جلوگیری از اثر ناظر) تنها آزماینده همجنس آزمون شونده حضور داشت. آزمایشگر از آزمودنی درخواست می کرد که تا آخرین حد توان و تحمل در حالت نشسته بر روی صندلی خود، دست مسلط خود را تا نصف ساعد در ظرف آب مملو از یخ که در روی میز قرار داشت، فرو کند و نگه دارد. با این تفاوت که در گروه اول آزمایشی به آزمودنی گفته نمی شد که کلمه یا جمله ای را با خود زمزمه کند (گروه بدون کلام). اما در گروه آزمایشی دوم، قبل از شروع آزمایش، از آزمودنی ها خواسته می شد که چند کلمه ناسزا (فحش یا توهین) که در زندگی عادی در هنگام تنش به ذهنشان و کلامشان می رسد؛ مانند احمق، نادان و...در هنگام اجرای آزمایش مرتب در ذهن خود تکرار کنند (گروه ناسزا). همچنین از آزمودنی های گروه سوم، خواسته می شد که در هنگام آزمایش کلمه خنثی "یونگ یک اسم است" را با خود تکرار کنند (گروه کلام خنثی) و نهایتاً از آزمودنیهای گروه چهارم خواسته می شد که در حین آزمایش مرتب در ذهن خود ذکر کامل صلوات " اَللّهُمَّ صَلِّ عَلَی مُحَمَّدٍ وَآلِ مُحَمَّدٍ" را تکرار نمایند.

سوالات پژوهش

آیا اثربخشی نوع کلام (گروه آزمایشی بدون کلام، کلام خنثی، کلام ناسزا و کلام معنوی)، در میزان تحمل درد با یکدیگر متفاوت است؟

یافته ها

یافته های تحقیق در دو بخش توصیفی و استنباطی ارایه شده است.

نتایج آمار توصیفی: دامنه سنی آزمودنیها ۱۴ تا ۵۴ سال با میانگین سنی ۲۰/۸۵ و انحراف معیار ۴/۵۶ بود. آزمودنیها از نظر میزان اشتغال، ۸۶,۷ درصد آزمودنیها غیر شاغل و ۱۳,۳ درصد شاغل با درآمد متفاوت بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۵۱,۲۵ درصد زیر دیپلم، ۲۷,۶۸ درصد دیپلم، ۲۰,۱۲ درصد کاردانی و کارشناسی و ۹۵. درصد آزمودنیها کارشناسی ارشد داشتند. نتایج آمار توصیفی میزان تحمل درد در چهار آزمایش بر حسب ثانیه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲. آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

آزمایش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مینیمم	ماکزیمم
گروه بدون کلام	۷۹	۴۵,۲۴	۲۸/۴۱	۱۰	۱۸۸
گروه ناسزاگویی	۷۹	۵۲/۲۹	۳۲/۸۰	۱۲	۲۲۶
گروه کلام خنثی	۷۹	۴۳/۷۶	۲۴/۰۴	۱۲	۱۷۰
گروه ذکر صلوات	۷۹	۶۸/۳۸	۴۳/۸۶	۱۶	۳۰۰

نتایج آمار توصیفی تحقیق (جدول۲) نشان داد که گروه ذکر صلوات اعداد بزرگتری را در میانگین و انحراف استاندارد در میزان تحمل درد از خود نشان داد.

نتایج آمار استنباطی: ابتدا پیش فرض های آمار واریانس یک طرفه ANOVA مورد بررسی قرار گرفت. پیش فرض های آمار پارامتریک در این تحقیق برقرار بود که عبارت بودند از: متغیر وابسته مدت زمان نگهداشتن دست در آب سرد پیوسته با مقیاس نسبی بود، گروها(چهار گروه آزمایش) از یکدیگر مستقل بودند، همچنین داده های پرت نیز با نمره میانگین به اضافه دو انحراف استاندارد تعدیل گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از روش کشیدگی و

چولگی استفاده گردید. کشیدگی توزیع ۱۳۷/.، و چولگی ۲۷۳/. بدست آمد. از آنجا که نسبت چولگی و کشیدگی به خطای استاندارد در بازه (۲، ۲-) باشد داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند. برای بررسی همگنی واریانس از آزمون لون استفاده گردید که نتایج در جدول ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون همگنی واریانس

آمار لون	df1	Df2	Sig.
۲,۲۵۸	۳	۳۱۲	.۰۸۲

با توجه به غیر معنادار بودن آزمون لون، همگنی واریانس تایید گردید.

برای پاسخ به سوال اصلی پژوهش که آیا میزان تحمل درد در ۴ گروه آزمایشی بدون کلام، کلام خنثی، کلام ناسزا و کلام معنوی صلوات با یکدیگر متفاوت است؟ از روش تحلیل واریانس یک طرفه استفاده گردید که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس میزان تحمل درد در چهار گروه آزمایشی

تحمل درد	مجموع مربعات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	Sig.
بین گروهی	۳۰۱۲۱	۳	۱۰۰۴۰	۹/۰۶۰	۰/۰۱
درون گروهی	۳۴۵۷۷۶	۳۱۲	۱۱۰۸		
جمع	۳۷۵۸۹۷	۳۱۵			

نتایج تحلیل واریانس یکطرفه (جدول ۴) نشان داد که بین چهار روش آزمایشی تفاوت معنی داری وجود دارد، اما برای بررسی اینکه کدام یک از گروههای آزمایشی با یکدیگر تفاوت معنادار دارند، لازم بود که از آزمونهای تعقیبی استفاده شود، با توجه به مساوی بودن تعداد آزمودنیها در ۴ گروه آزمایشی و حساسیت بالاتر آزمون تعقیبی توکی، از این آزمون برای سنجش تفاوت بین گروههای آزمایشی استفاده گردید.

جدول۵. آزمون تعقیبی توکی

گروه(I)	گروه(J)	تفاوت میانگین ها(I-J)	خطاری استاندارد	Sig.
گروه ذکر صلوات	گروه بدون کلام	۲۲/۱۰۹	۵/۷۸	۰/۰۱
	گروه ناسزاگویی	۱۷/۰۸۹	۶/۰۶	۰/۰۴۰
	گروه کلام خنثی	۲۰/۶۲۰	۵/۴۸	۰/۰۱

نتایج آزمون تعقیبی توکی (جدول۴) نشان داد که آزمودنیهای گروه صلوات به طور معناداری میزان تحمل درد بیشتری نسبت به سه گروه دیگر داشتند، اما بین سه گروه دیگر نیز تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

نتیجه گیری

هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی نوع کلام بر میزان تحمل درد در دختران بسیجی شهر فسا بود در این تحقیق آزمایشی با مقایسه چهار گروه به بررسی تاثیر نوع کلام، بر میزان تحمل درد پرداخته شد. روش سنجش میزان درد، همانند بیشتر تحقیقات پیشین (تریستر و همکاران، ۲۰۱۵، ص۵۳۷؛ دودو و هاشیموتو ۲۰۱۷)، مدت زمان فرو بردن دست در آب یخ بود. نتایج نشان داد که آزمودنی های گروه آزمایش ذکر صلوات، در مقایسه با سه گروه آزمایشی دیگر شامل گروه بی کلام، گروه کلام خنثی و گروه ناسزاگویی، به طور معناداری مدت زمان بیشتری تحمل درد را از خود نشان دادند.

در تضاد با تحقیق حاضر، بیشتر نتایج تحقیقات پیشین (هی و همکاران، ۲۰۲۴، بیرنی و همکاران، استفنز و رابرتسون،۲۰۲۰ ، استیفانز و همکاران ، ۲۰۰۹)، نشان دادند که ناسزاگویی در اکثر افراد میزان تحمل درد را افزایش می دهد. زمانی که شرکت کنندگان کلمات توهین آمیز را تکرار می کنند، دستشان را به مدت بیشتر و طولانی تری (به طور متوسط ۳۰ تا ۴۰ ثانیه) در مقایسه با زمانی که آنها کلمات خنثی را به کار می برند در آب یخ نگه می دارند و ضربان قلبشان نیز افزایش بیشتری داشته است.

اما نکته قابل تامل و بررسی در تحقیقات پیشین این است که همیشه اثر ناسزاگویی بر کاهش درد، یکسویه نبوده است و با توجه به روش تحقیق، حجم و نوع کلمات و فرهنگ آزمودنی ها نتایج متفاوتی نیز حاصل شده است. مثلا رابرتسون و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که در فرهنگ ژاپنی و بر روی آزمودنیهای ژاپنی، ناسزاگویی باعث افزایش تحمل درد نگردید. همچنین استیفانز و آملند (۲۰۱۱)، نشان دادند که ناسزا گفتن در همه افراد به تحمل درد کمک نمی کند. افرادی که در طول روز دایماً ناسزا می گویند و به توهین و فحاشی عادت دارند نسبت به افرادی که این عادت را ندارند، پاسخ هیجانی کمتری در هنگام ناسزاگفتن نشان می دادند که پیش بینی کننده

تحمل درد کمتر در این افراد بود. همچنین هاستیتر و پاول (۲۰۲۲)، با تغییر شرایط آزمایشی، رابطه ای بین ناسزاگویی و افزایش تحمل درد، نیافت.

اما از مهمترین نتایج تحقیق که همسو با تحقیقات پیشین خارجی و آمیزه های فرهنگ اسلامی می باشد، این یافته بود که میزان تحمل درد در آزمودنی های گروه با ذکر صلوات از سه گروه دیگر به طور معنادارتری بیشتر بود. تحقیقات مستقیمی که به ارتباط ذکر صلوات و میزان افزایش تحمل درد باشد یافت نشد، اما تحقیقات نزدیک به آن متعدد بود (بای و همکاران، ۲۰۱۸؛ ریپنتراپ و همکاران،۲۰۰۵، واچالتر و همکاران، ۲۰۰۷ ؛ دیزاتر و همکاران، ۲۰۱۱ ؛ واچهولتز و پیرس، ۲۰۰۹). وجود عقاید مذهبی با کاهش سطح درد همراه بوده است (راو و آلن،۲۰۱۶)، تجربه درد بر اساس متون متعدد یک تجربه غیرنمادین، عرفانی، معنوی، همراه با هوشیاری غیرمعمول و نوعی تعالی است (اسچنیدر، ۲۰۰۹). تمرکز بر اکنون، ذهن آگاهی و تن آرایی در کنار نیایش با خدا می تواند با برانگیختگی سیستم سمپاتیک، علائم درد را کاهش دهد (میشل و همکاران، ۲۰۱۴ ؛ استفانی و همکاران، ۲۰۱۴).

محققان پژوهش حاضر، انتظار داشتند که گروه آزمایشی ناسزاگویی نیز همانند گروه ذکر صلوات نمرات بالاتری را به خود در تحمل میزان درد نشان دهند، اما نتایج تحقیق حاضر این مطلب را نشان نداد. به نظر محقیقین این پژوهش، می توان نتایج بر خلاف انتظار گروه ناسزاگویی را همانطور که هی و همکاران (۲۰۲۴) عنوان کردند به تفاوت محققین در بکار بردن متغیر مستقل نسبت داد، هی و همکاران (۲۰۲۴)، خاطر نشان کردند، شدت کلمه فحش و ناسزا، حجم گفتار و مدت زمان فحش دادن بر میزان کاهش درد، هنوز ناشناخته مانده و توافقی در آن وجود ندارد. همچنین از دلایل دیگر عدم تاثیر ناسزاگویی در کاهش درد را می توان همانند تحقیق رابرتسون و همکاران(۲۰۱۷) به عوامل فرهنگی نسبت داد.

با توجه به تاثیر بالای عوامل روانشناختی و اجتماعی بر میزان تحمل درد (رابرتسون و همکاران، 2017 ، استیفانز و آملند، ۲۰۱۱)، بنابراین می توان گفت، نوع جامعه پژوهشی، جنسیت و فرهنگ از محدودیت های این تحقیق برای تعمیم نتایج آن می باشد. همچنین در تحقیقات گذشته و تحقیق حاضر، استاندارد یکسانی برای انتخاب کلام ناسزا وکلام معنوی و شدت آن مشخص نشده است (هاستینز و پاول، 2022، هی و همکاران (۲۰۰۴). در تحقیقات

گذشته محققین از کلمات ناسزای متفاوت بنابر سلیقه و تشخیص خود استفاده کرده اند، یا مانند تحقیق حاضر، انتخاب کلمه ناسزا را به عهده آزمودنی گذاشته اند، که این تفاوت در انتخاب متغیر مستقل، مقایسه اثرات آن را با مشکل روبرو کرده است .از اینرو ایجاد معیارهای استاندارد برای تعیین شدت، مدت، حجم و نوع کلام در زمینه میزان تحمل درد پیشنهاد می گردد.

فهرست منابع

Alipour, A (2018), **Introduction to Health Psychology**, Payam Noor University Publications, second edition.

Amini Sadr, N, Makounde, B, Askari, P, Seraj Khorami, N. (2023). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and commitment therapy on depression and quality of life of patients with chronic low back pain in Tehran, Military Psychology Quarterly, Year 14, Issue 56, pp. 97-113.

Bai, J., B., Brubaker, A., Meghani, S., H., Bruner, D., W., Yeager, K., A. (2018). **Spirituality and Quality of Life in Black Patients with Cancer Pain**. *Journal of Pain and Symptom Management*, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.020.

Birnie, K. A., Noel, M., Chambers, C. T., von Baeyer, C. L., and Fernandez, C. V. (2010). **The cold pressor task: is it an ethically acceptable pain research method in children?** *J. Pediatr. Psychol.* 36, 1071–1081. doi: 10.1093/jpepsy/jsq092.

Bubser, M., and Deutch, A. Y. (1998). Thalamic paraventricular nucleus neurons collateralize to innervate the prefrontal cortex and nucleus accumbens. *Brain Res.* 787, 304–310. doi: 10.1016/S0006-8993(97)01373-5.

Cordero, R.D.D, · Dominguez.C.V, · Alicia Aranda-Jerez, A.A, Vega-Escano.J.V(2024). **The Spiritual Aspect of Pain:** An Integrative Review. Journal of Religion and Health (2024) 63:159–184.

Dezutter, J., Wachholtz, A., Corveleyn, J. **(2011). Prayer and pain: The mediating role of positive re-appraisal**. Journal Behaviors Med ; 34:542–9.

Dodo, N & Hashimoto, R. (2017). The effect of anxiety sensitivity on psychological and biological variables during the cold pressor test. Journal of *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, doi: 10.1016/j.autneu.2017.05.006.

Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). **Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future.** American Psychologist, 69, 119 –130. http://dx.doi.org/10.1037/ a0035514.

Goldman, L., & Schafer, A. I. (2021). **Tratado de medicina interna** (26th ed.). Elsevier Espana. ISBN: 978-84-9113-765-8.

Hatami, H; Habi, M,B; Parhun, K, Parhun, H (2015). Examining the role of attachment to God in predicting the quality of life of Basiji students by controlling the mediating role of spiritual attitude, Military Psychology Quarterly, Volume 7, Number 77, Fall 2015, Pages 19-57.

Hay. C.M , Sills.J.L, Shoemake.J.M, Ballmann.C.G, Stephens. R, Nicholas B. Washmuth.N..B (2024), **pain! A mini- review of the hypoalgesic effects of swearing** . Frontiers in Psychology. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1416041.

Hemmati, A; Delavar, A; Pouryousef, S. (2012), Modeling structural relationships between job stress, spiritual attitude and mental health of NAJA employees, Military Psychology Quarterly, Year 3, Issue 12, pp. 1-14.

Hostetter, A. B., and Rascon- Powell, D. K. (2022). **F@#k pain! The effect of taboo language and gesture on the experience of pain.** Psychol. Rep. 127, 577–593. doi: 10.1177.

Karimi Baghmalek, A (2023), The Effectiveness of Spiritual Therapy on Self-Awareness on Academic Vitality and Academic Resilience of Shahed High School Students, Quarterly Journal of Military Psychology, Year 11, Issue 57, pp. 49-70.

Lucchetti, G., Lucchetti, A., G, Badan-Neto, A.,M. (2011). Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. Journal Rehabil Med; 43:316–22.

Majidi, N; Zhian Bagheri, M, Ali Yarinasab, F. (2023), Predicting Psychological Resilience Based on Spiritual Well-Being and Self-Compassion in the Wives of the Martyrs of the Sacred Defense, Quarterly Journal of Military Psychology, Year 11, Issue 58, pp. 67-89.

Michael, J., B, Adam, S., Andrea, C., E, Zachary, D., E, Yolanda, D., T, Christine, M., Joshua, N., Angelika, Z., Tyler, J., V,Tracy, A., B. (2014). **Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. Journal of Pain and Symptom Management**; 48(3): 400–410. doi: 10.1016/j.jpainsymman.

Rahimi, H; Ebrahimi, S, Basri, A (2017), the relationship between the meaning of life and hope with mental health and its comparison in veterans and cancer patients, Military Psychology Quarterly, Volume 11, Number 24, Summer, 31-41.

Rassin, E., Muris, P. (2005). Why do women swear? An exploration of reasons for and perceived efficacy of swearing in Dutch female students. Pers Individ Dif, 38:1669–1674.

Rippentrop, A.,E. (2005). A review of the role of religion and spirituality in chronic pain populations. Rehabil Psychol; 50:278–84.

Robertson, O., Robinson, S. J., and Stephens, R. (2017). **Swearing as a response to pain: a cross-cultural comparison of British and Japanese participants**. *Scand J Pain* 17, 267–272. doi: 10.1016/j.sjpain.2017.07.014.

Rostami, H; Ahmadi, Ezzatollah; Nouri, E; Andalib, R (2022), Model of the relationship between anxiety, stress and depression with pain perception with the mediating role of resilience in patients with chronic pain in a military hospital, Military Psychology Quarterly, Year 13, Issue 49, pp. 39-63.

Rowe, M., M & Allen, R.,G. (2004). **Spirituality as a means of coping with chronic illness.** American Journal of Health Studies. Jan; 19 (1): 62-67.

Schneider, D. (2009). **Beyond the baby: Women's narratives of childbirth, change, and power** .Available from UMI Dissertations Publishing;(UMI No. 3416170).

Seguin, J., R., Pihl, R., O., Boulerice, B., Tremblay, R., E., Harden, P., W. (1996). **Pain sensitivity and stability of physical aggression in boys**. J Child Psychol Psychiatry, 37:823-834.

Soanes, C. (2002). **Pocket Oxford English Dictionary**. Oxford: Oxford University Press.

Stephens, R., Atkins, J., Kingston, A. (2009). **Swearing as a response to pain.** NeuroReport Vol 20, No 12. 1056-1060.

Stephens, R., Umland., C. (2011). **Swearing as a Response to Pain—Effect of Daily Swearing Frequency.** The Journal of Pain, Vol 12, No 12 (December): pp 1274-1281.

Stephens, R., and Allsop, C. (2012). **Does state agression increase pain tolerance?** ***Psychol****. Rep.* 111, 311–321. doi: 10.2466/16.02.20.PR0.111.4.311-321.

Stephens, R., and Robertson, O. Stephens, R., and Robertson, O. (2020). **Swearing as a response to pain: assessing hypoalgesic effects of novel "swear" words.** *Front. Psychol.* 11:723. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00723.

Sulmasy, D., P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. Gerontologist; 42:24–33.

Sullivan, M., J., Thorn, B., Haythornthwaite, J.,A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L., A., Lefebvre, J., C. (2001). **Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain**. Clin J Pain, 17:52–64.

Treister, R., Nielsen, Ch., S. Stubhaug, A., Farrar, J., T. Pud, D., Sawilowsk, Sh. Oaklander, A., O. (2015). **Experimental Comparison of Parametric Versus Nonparametric**

Analyses of Data From the Cold Pressor Test. The Journal of Pain, Vol 16, No 6 (June): pp 537-548.

Vertino, K. A. (2019). **Liderazgo en la comunicacion**. In D. L. Huber (Ed.), *Gestión de los cuidados enfermeros y liderazgo* (Vol. 6, pp. 101–117). Elseiver.

Wachholtz, A.,B & Keefe, F., J. (2006). **What physicians should know about spirituality and chronic pain.** South Med Journal, 99(10):1174–5.

Wachholtz, A., Pearce, M., Koenig, H. (2007). **Exploring the relationship between spirituality, coping and pain.** Journal of Behavior Med; 30:311–8.

Wandner, L., D., Prasad, R., Malcore, S., A., Ramezani, A., Kerns, R., D. (2018). **Core Competencies for the Emerging Specialty of Pain Psychology.** Journal of American Psychologist, Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/amp0000330.

Whitford, H., S., Olver, I., N. (2012). The multidimensionality of spiritual wellbeing: Peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. Psychooncology ;21:602–10.