

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تعهد نامه ی اصالت اثر و رعایت حقوق دانشگاه

تمامی حقوق مادی و معنوی مترتب بر نتایج، ابتکارات، اختراعات و نوآوری‌های ناشی از انجام این پژوهش، متعلق به **دانشگاه محقق اردبیلی** می‌باشد. نقل مطلب از این اثر، با رعایت مقررات مربوطه و با ذکر نام دانشگاه محقق اردبیلی، نام استاد راهنما و دانشجو بلامانع است

اینجانب بهزاد تقی پور دانش‌آموخته‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی دانشکده ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی به شماره ی دانشجویی ۹۱۱۱۲۵۳۱۰۳ که در تاریخ ۹۳/۰۴/۱۶ از پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود تحت عنوان نقش خود دلسوزی و ابعاد سرشت و منش در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی. دفاع نموده‌ام، متعهد می‌شوم که:

- این پایان‌نامه را قبلاً برای دریافت هیچ‌گونه مدرک تحصیلی یا به عنوان هرگونه فعالیت پژوهشی در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی داخل و خارج از کشور ارائه ننموده‌ام.
- مسئولیت صحت و سقم تمامی مندرجات پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود را بر عهده می‌گیرم.
- این پایان‌نامه، حاصل پژوهش انجام شده توسط اینجانب می‌باشد.
- در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و مقررات مربوطه و با رعایت اصل امانتداری علمی، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در متن و فهرست منابع و مآخذ ذکر نموده‌ام.
- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده یا هر گونه بهره‌برداری اعم از نشر کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان‌نامه را داشته باشم، از حوزه‌ی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه محقق اردبیلی، مجوزهای لازم را اخذ نمایم.
- در صورت ارائه‌ی مقاله‌ی مستخرج از این پایان‌نامه در همایش‌ها، کنفرانس‌ها، سمینارها، گردهمایی‌ها و انواع مجلات، نام دانشگاه محقق اردبیلی را در کنار نام نویسندگان (دانشجو و اساتید راهنما و مشاور) ذکر نمایم.
- چنانچه در هر مقطع زمانی، خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن (منجمله ابطال مدرک تحصیلی ، طرح شکایت توسط دانشگاه و ...) را می‌پذیرم و دانشگاه محقق اردبیلی را مجاز می‌دانم با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات مربوطه رفتار نماید.

نام و نام خانوادگی دانشجو:

امضا

تاریخ



دانشکده‌ی علوم تربیتی روانشناسی
گروه آموزشی روانشناسی

پایان‌نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد

در رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی

عنوان:

نقش خود دلسوزی و ابعاد سرشت و منش در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا
به درد های اسکلتی عضلانی

استاد راهنما:

دکتر عباس ابوالقاسمی

استاد مشاور:

دکتر نادر حاجلو

پژوهشگر:

بهزاد تقی پور

تابستان ۹۳



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی

گروه آموزشی روانشناسی

پایان‌نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد

در رشته‌ی روانشناسی گرایش بالینی

عنوان:

نقش خود دلسوزی و ابعاد سرشت و منش در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا

به درد های اسکلتی عضلانی

پژوهشگر:

بهزاد تقی‌پور

ارزیابی و تصویب شده‌ی کمیته‌ی داوران پایان‌نامه با درجه‌ی

نام و نام خانوادگی	مرتبه‌ی علمی	سمت	امضاء
دکتر عباس ابوالقاسمی	استاد	استاد راهنما و رئیس کمیته‌ی داوران	
دکتر نادر حاجلو	دانشیار	استاد مشاور	
دکتر اکبر عطادخت	استاد یار	داور	

تیرماه ۹۳

تقدیم به:

همسرم که آرامش و آفتاب بود و
صبور و مهربان تر از آنچه در فانوس
خیالم می اندیشیدم.
و مادرم به خاطر تمام مهربانی هایش.

سپاسگزاری:

سپاس از استاد گرامی جناب آقای دکتر عباس ابولقاسمی و
دکتر نادر حاجلو که چراغ راهم بودند در هزار توی علم و سرگردانی.

نام خانوادگی دانشجو: تقی پور	نام: بهزاد
عنوان پایان نامه: نقش خود دلسوزی و ابعاد سرشت و منش در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی.	
استاد راهنما: دکتر عباس ابوالقاسمی	
استاد مشاور: دکتر نادر حاجلو	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی
گرایش: بالینی	دانشگاه: محقق اردبیلی
دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی	تاریخ دفاع: ۹۳/۰۴/۱۶
تعداد صفحات: ۸۷	
چکیده:	
<p>هدف از این پژوهش تعیین ارتباط خود دلسوزی و ابعاد سرشت و منش با کیفیت زندگی در بیماران دارای درد های اسکلتی عضلانی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی مراجعه کننده به مراکز فیزیوتراپی شهر اردبیل است. تعداد نمونه انتخاب شده در این پژوهش برای افزایش اعتبار بیرونی ۹۰ نفر بیمار مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی در نظر گرفته شده است، که به صورت در دسترس از میان مراجعه کنندگان به مراکز فیزیوتراپی شهر اردبیل انتخاب شدند. در این تحقیق متغیر های خود دلسوزی، و ابعاد سرشت و منش به عنوان م تغییر های پیش بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده است. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های خود دلسوزی، ابعاد سرشت و منش، کیفیت زندگی و شاخص شکایت عضلانی اسکلتی استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است. نتایج تحقیق نشان داد که خود دلسوزی با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و با شدت درد همبستگی منفی معنی داری دارد. همچنین بین ابعاد نوجویی و آسیب پرهیزی سرشت با کیفیت زندگی و بعد نوجویی با شدت درد رابطه مثبت معنی داری بدست آمد. نتایج تحقیق نشان داد که بین ابعاد منش با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و با شدت درد همبستگی منفی معنی داری وجود دارد. یافته های این پژوهش نقاط مهمی در زمینه ی پیش گیری، درمان و خدمات مشاوره به افراد دارای دردهای اسکلتی عضلانی در پی دارد، نتایج این پژوهش می تواند مورد استفاده محققان و مراکز بالینی مرتبط با درد باشد.</p>	
کلید واژه ها: دردهای اسکلتی عضلانی، خود دلسوزی، ابعاد سرشت و منش، کیفیت زندگی، شدت درد	

فهرست مطالب

شماره و عنوان مطالب	صفحه
---------------------	------

فصل اول: کلیات پژوهش

۱ - ۱	مقدمه.....	۲
۱ - ۲	بیان مسأله.....	۴
۱ - ۳	اهمیت و ضرورت.....	۸
۱ - ۴	اهداف پژوهش.....	۱۰
۱ - ۵	فرضیه ها.....	۱۱
۱ - ۶	سوالات تحقیق.....	۱۲
۱ - ۷	تعاریف نظری و عملیاتی.....	۱۲

فصل دوم: مبانی نظری پژوهش

۲ - ۱	درد.....	۱۵
۲ - ۲	تاریخچه درد.....	۱۵
۲ - ۳	ویژگی های درد.....	۱۶
۲ - ۴	نظریه های درد.....	۱۸
۲ - ۵	دردهای اسکلتی عضلانی.....	۲۰
۲ - ۶	سبب شناسی درد های اسکلتی عضلانی.....	۲۱
۲ - ۷	اشکال مختلف درد های اسکلتی عضلانی.....	۲۳
۲ - ۸	خود دلسوزی.....	۲۴
۲ - ۹	مولفه های خود دلسوزی.....	۲۵
۲ - ۱۰	شخصت.....	۲۹

۲۹.....	۱۶ ۲ - مدل هفت عاملی روانی زیستی رابرت کلونینجر.....
۳۰.....	۱۴ ۲ - مفروضه های اساسی رابرت کلونینجر.....
۳۴.....	۱۴ ۲ - آسیب گریزی.....
۳۴.....	۱۴ ۲ - نوجویی.....
۳۵.....	۱۵ ۲ - پاداش وابستگی.....
۳۶.....	۱۶ ۲ - پشتکار.....
۳۶.....	۱۷ ۲ - خود راهبری.....
۳۷.....	۱۸ ۲ - همکاری.....
۳۷.....	۱۹ ۲ - خود فراروی.....
۴۰.....	۲۰ ۲ - کیفیت زندگی.....
۴۱.....	۲۱ ۲ - تعریف کیفیت زندگی.....
۴۲.....	۲۲ ۲ - نظریه های کیفیت زندگی.....
۴۴.....	۲۳ ۲ - الگوی پنج گانه رضایت مندی از زندگی.....
۴۵.....	۲۴ ۲ - عناصر پنج گانه نظریه کیفیت زندگی.....
۴۸.....	۲۵ ۲ - پیشینه پژوهش.....

فصل سوم: مواد و روش پژوهش

۵۴.....	۱ ۳ - مقدمه.....
۵۴.....	۲ ۳ - روش پژوهش.....
۵۴.....	۳ ۳ - جامعه آماری و روش نمونه گیری.....
۵۵.....	۴ ۳ - ابزار جمع آوری اطلاعات.....
۵۶.....	۵ ۳ - روش اجرا.....
۵۷.....	۶ ۳ - روش تجزیه و تحلیل اطلاعات.....

فصل چهارم: نتایج و یافته های پژوهش

۱۴ - ۱	مقدمه.....	۵۹
۴۴ - ۲	یافته های جمعیت شناختی.....	۵۹
۴۴ - ۳	یافته های توصیفی.....	۶۴
۴۴ - ۴	یافته های مربوط به فرضیه ها.....	۶۵

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۵ - ۱	بحث و نتیجه گیری.....	۷۳
۵۲ - ۲	محدودیت ها.....	۸۱
۵۲ - ۳	پیشنهادات.....	۸۱

فهرست منابع و مآخذ

۸۲.....	منابع.....
۸۸.....	پیوست ها.....

فهرست جدول ها

۴-۱:	توزیع فراوانی و درصد سطح تحصیلات در افراد مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی.....	۵۹
۴-۲:	توزیع فراوانی و درصد وضعیت تاهل در افراد مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی.....	۶۰
۴-۳:	توزیع فراوانی و درصد اشتغال در بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی.....	۶۰
۴-۴:	توزیع فراوانی و درصد نوع مشکل در بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی.....	۶۰
۴-۵:	توزیع فراوانی و درصد مدت مشکل بر اساس سال در بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی.....	۶۲
۴-۶:	میانگین و انحراف استاندارد خود دلسوزی در افراد مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی.....	۶۳
۴-۷:	میانگین و انحراف استاندارد ابعاد سرشت در افراد مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی.....	۶۳
۴-۸:	میانگین و انحراف استاندارد ابعاد منش در افراد مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی.....	۶۴
۴-۹:	میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی در افراد مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی.....	۶۴

- جدول ۴-۱۰: میانگین و انحراف استاندارد شدت درد در افراد مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی.....۶۴
- جدول ۴-۱۱: ضریب همبستگی بین خود دلسوزی و کیفیت زندگی و شدت درد.....۶۵
- جدول ۴-۱۲: ضریب همبستگی بین ابعاد سرشت و کیفیت زندگی و شدت درد.....۶۵
- جدول ۴-۱۳: ضریب همبستگی بین ابعاد منش و کیفیت زندگی و شدت درد.....۶۷
- جدول ۴-۱۴: ضریب همبستگی بین کیفیت زندگی و شدت درد.....۶۷
- جدول ۴-۱۵: نتایج تحلیل رگرسیون خود دلسوزی با کیفیت زندگی.....۶۸
- جدول ۴-۱۶: نتایج تحلیل رگرسیون خود دلسوزی با شدت درد.....۶۹
- جدول ۴-۱۷: نتایج تحلیل رگرسیون ابعاد سرشت و منش با شدت درد.....۷۰
- جدول ۴-۱۸: نتایج تحلیل رگرسیون ابعاد سرشت و منش با کیفیت زندگی.....۷۱

فصل اول:

کلیات پژوهش

انسان در هر سنی ممکن است دچار درد شود . درد پدیده ای است که توسط هر فرد در طول زندگی تجربه می شود . بر پایه تعریف انجمن بین المللی درد "تجربه ای هیجانی و حسی ناخوشایند مرتبط با آسیب بالقوه و یا بالفعل بافتی و یا توصیف شده بر حسب چنین آسیبی است " که از عوامل چند گانه ای شامل عوامل شناختی، عاطفی، و محیطی تاثیر می پذیرد (تورن، ۲۰۰۴). اختلال اسکلتی-عضلانی^۱ شایع ترین علت ناتوانی مزمن در افراد هستند که به صورت آسیب های تجمعی در طول زمان و در اثر انجام کارهای اسکلتی-عضلانی ایجاد شده و موجب اختلال در عملکرد می شوند (چوبینه، امیر زاده و ارقامی، ۱۳۸۳).

توافق کلی بر این است که عوامل فیزیولوژیک به تنهایی نمی توانند توجیه کننده شدت درد ادراک شده باشند و در این میان عوامل روانشناختی نیز سهمیم می باشند (گاتجل و تورک^۲، ۲۰۰۳).

در طول چند دهه گذشته بسیاری از رشته ها به توسعه و رشد چند بعدی علت شناسی درد های مزمن پرداخته است. درد شایع ترین علامت در زمینه مراقبت های بهداشتی است . اما با وجود این شاید به خوبی درک نشده است. اگر چه بسیاری از مشکلات درد کوتاه مدت و حاد می باشد، اما در اغلب موارد درد ممکن است مداوم و همراه با بیماری های مزمن باشد. درد مزمن اغلب برای تشخیص و درمان به دلیل آنکه به طور همزمان در آن متغیرهای عینی و ذهنی به عنوان یک نتیجه ای از تعامل بین متغیرهای فیزیکی، عاطفی، شناختی و رفتاری مطرح می شوند، به دشواری درک می شود (لینتون^۳، ۲۰۰۲).

¹- *musculoskeletal disorders*

²- Gatchel , Turk

³- Linton

یکی از متغیرهای مرتبط با درد های اسکلتی عضلانی، سازه خود دلسوزی می باشد، خود دلسوزی^۱ با افزایش پذیرش درد همراه است (گوستا، پینتو گوویا^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). مطابق تعریفی که نف (۲۰۰۳) ارائه داده است، سازه خود دلسوزی، شکل سالم خودپذیری است که نشان دهنده گرمی و پذیرش جنبه های از خود و زندگی خود بوده و ناخوشایند هستند. در دو سه دهه گذشته مطالعات زیادی بر نقش تجارب روان شناختی منفی بیماران مبتلا به اختلال های مزمن به عنوان مثال (آرتريت روماتويد، ايدز، بيماري های قلبی عروقی و دردهای اسکلتی عضلانی) متمرکز بوده است (لت، بلومنتال، بابیاک و همکاران^۳، ۲۰۰۴).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با درد های اسکلتی عضلانی سازه ی، ابعاد سرشت و منش می باشد . مالمکرن و همکاران (۲۰۰۶) بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی را از نظر شخصیتی به عنوان افرادی محتاط، ناامن و بدبینانه مشخص کردند، همچنین این بیماران با مشکلات در پذیرش مسئولیت، فاقد اهداف بلند مدت، اعتماد به نفس مزمن پایین، و چالش اساسی در هویت خود مشخص می شوند.

اختلالات اسکلتی عضلانی روی سلامتی و کیفیت زندگی نیز تاثیر منفی می گذارند . کیفیت زندگی مفهومی است که احساس خوب بودن را از نظر جسمانی و روانی شامل می شو . د. ونگر و فربرگ کیفیت زندگی را آن دسته از ویژگی های تعریف می کنند که برای بیمار ارزشمند است و حاصل راحتی یا ادراک خوب بودن است و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی است، به طوری که فرد بتواند توانایی هایش را در فعالیت های با ارزش زندگی حفظ کند (بوس و همکاران، ۲۰۰۱).

پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش خود دلسوزی و ابعاد سرشت و منش در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی می باشد.

¹ - Self-compassion

² - Costa, Pinto-Gouveia

³ - Lett , Blumenthal , Babyak

درد یک تجربه هیجانی و حسی ناخوشایند است که همراه با آسیب دیدگی واقعی یا بالقوه بافتها می باشد (تورن^۱، ۲۰۰۴). وجود درد ممکن است مبتنی بر یک مشکل جدی برای سلامتی باشد. البته درد همیشه نشان دهنده یک شرایط مضر برای سلامتی نیست (ماین، سالیوان و واتسون^۲، ۲۰۰۸). دردهای اسکلتی عضلانی^۳ نوع خاصی از انواع درد می باشند که منبع آن در نفاخ حالات از سیستم عضلانی اسکلتی (عضلات، تاندونها، رباطها و استخوانها) نشات می گیرد، دردهای اسکلتی عضلانی ممکن است ناشی از بیماری هایی مانند اختلالات ستون فقرات، تصادفات یا عوامل ناشناخته باشد (اینونسسیو^۴، ۲۰۰۴).

این اختلالات به صورت علائم دردناک در نواحی مختلف بدن نظیر گردن، شانه، آرنج، مچ، کمر، مفصل، ران و همچنین ایجاد ضایعات ارگانیک در برخی نواحی و اندامها تظاهر می نمایند (کریو، کریوس، کانرو^۵، ۲۰۰۰). دردهای اسکلتی عضلانی عواقب جسمانی، روانی و اجتماعی منفی دارند (توزون^۶، ۲۰۰۷). و با بالا رفتن سن بدتر می شوند و باعث ناراحتی و کاهش فعالیت عضلانی و تحرک می شوند (اسکادس، روبردسون^۷، ۱۹۹۸). این دردها یکی از مهم ترین دلایل ناخوشی در جهان است که کیفیت زندگی انسان ها را تحت تاثیر قرار می دهد و هزینه زیادی برای سیستم های بهداشتی و اجتماعی به همراه می آورد (آکسون و وولف^۸، ۲۰۰۷).

درد در نواحی متعدد بدنی وجود دارد که غالبا با افسردگی و سایر اختلالات روانی مرتبط است (جورجی، ون کورف، کولا، دیمیته ناری، پوسادا ویلا و همکاران^۹، ۲۰۰۸). مطالعات متعدد نشان می دهد که آشفتگی

1- Thron

2- Main , Sullivan & Watson

3- Musculoskeletal pain

4- Incocencio

5- Kerouo , Kerosuo & kanerva

6- Tuzun

7- Scudd & Robertson.

8- Akesson & Woolf

9- Gureje , Von Korff , Kola , Demyttenaere & Posada-Villa

روانی در میان بیماران مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی در سیستم مراقبت های اولیه بسیار شایع است (لاندبرگ، اوستلاند، لارسونو همکاران^۱، ۲۰۰۶). به علاوه، افسردگی و آشفتگی در خلق و خوی یک عامل خطر ساز برای ناتوانی های مزمن می باشد (گاتجل، پینگ، پترس و همکاران^۲، ۲۰۰۷). در مطالعه ای کوهرت توسط پرکیون و همکاران^۳ (۲۰۰۳) این نتیجه به دست آمد که اضطراب و افسردگی علائم پیش بینی کننده درد های اسکلتی عضلانی می باشد. یافته ها نیز بیانگر این موضوع است که درد با مشکلات روانی همراه است (دمیت اناری، برو فارتس، پوسادا ویلا و همکاران^۴، ۲۰۰۷)، و ارتباط درد و آسیب شناسی شناسی روانی یک رابطه دو سویه است (نایت، هانت، لانت، دان، سیلمن و مک فارلنی^۵، ۲۰۰۳).

اختلالات اسکلتی عضلانی روی سلامتی و کیفیت زندگی تاثیر منفی می گذارند (بویس گونزالس، باس کارن، آرانگو، بوسونو^۶، ۲۰۰۱). بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، اهداف، انتظارات، استانداردها و الویت هایشان می باشد. لذا درک از کیفیت زندگی کاملا فردی بوده و بوسیله دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد بر جنبه های مختلف زندگی شان استوار است (بونمی، پاتریک، بوشنل، مارتین^۷ و همکاران، ۲۰۰۰). تحقیقات نشان می دهد که عواملی از قبیل درجه شدت درد (آنچ، کروئکی و مک هورنی^۸ و همکاران، ۲۰۰۶)، درد طولانی مدت (کواسس، آبرایرا، زامورا، فناندز^۹ و همکاران، ۲۰۰۵) و انتظارات بالا از درد (مک کراسکن، کروس، سورج و ادماندس^{۱۰}، ۱۹۹۳) پیش بینی کننده سطح پایین کیفیت زندگی در افراد مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی می باشد. همچنین سیگار کشیدن، سطح پایین فعالیت بدنی و شاخص توده بدن بالا با دردهای چندگانه در جمعیت

¹- Lundberg , Larsson & Ostlund

²- Gatchel, Peng & Petersl

³- Perquin

⁴- Demyttenaere, Bruffaerts, Lee & Posada-Villa

⁵- Nahit , Hunt , Lunt, Dunn, Silman & Macfarlane

⁶- Bobes, Gonzalez, Bascaran, Arango, Saiz, Bousono

⁷- Bonmi, Patrick, Bushnell, Martin

⁸- Ang, Kroenke & McHorney

⁹- Kovacs, Abaira, Zamora, Fernandez

¹⁰- McCracken, Gross, Sorg & Edmands

عمومی ارتباط دارد (کاملری، ناتویج، تلبگ، بنت و بروس گارد^۱، ۲۰۰۸). نتایج تحقیق کاولاک^۲ و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که درد های اسکلتی عضلانی با کیفیت زندگی بهتر رابطه منفی دارد، و موجب افزایش عدم رضایت از زندگی و کاهش عملکرد فیزیکی و روانی در این بیماران می شود

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با درد های اسکلتی عضلانی، سازه خود دلسوزی می باشد، خود دلسوزی^۳ با افزایش پذیرش درد همراه است (گوستا، پینتو گوویا^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). مطابق تعریفی که نف (۲۰۰۳) ارائه داده است، سازه خوددلسوزی، شکل سالم خودپذیری است که نشان دهنده گرمی و پذیرش جنبه های از خود و زندگی خود بوده و ناخوشایند هستند. در دو سه دهه گذشته مطالعات زیادی بر نقش تجارب روان شناختی منفی بیماران مبتلا به اختلال های مزمن به عنوان مثال (آرتریت روماتئید، ایدز، بیماری های قلبی عروقی و دردهای اسکلتی عضلانی) متمرکز بوده است (لت، بلومنتال، بابیاک و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهش در این زمینه ها نقش منفی متغیرهای روان شناختی مانند عاطفه منفی و فاجعه آمیزی در تعدیل آشفتگی ها و ناتوانی ها از جمله درد مداوم را نشان داده است (آفلسک، تنن، اوریوس، هچنس^۵، ۱۹۹۲). اخیرا نقش احتمالی خود دلسوزی در چگونگی این که مردم چگونه با مشکلات زندگی شان برخورد می کن ند، نشان داده شده است. احتمالا یک فرد خوددلسوز مشکلات خود را می بیند، ضعفها و کاستی هایش را با دقت و در عین حال با واکنش نشان می دهد و مهربانی و شفقت را به جای انتقاد از خود و خشونت بکار می گیرد. خود دلسوزی با خود انتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوارگری، سرکوب افکار و کمال گرایی نوروتیک رابطه منفی، و با رضایت از زندگی و روابط اجتماعی رابطه مثبت دارد، خود دلسوزی همچنین با کارکردهای روانشناختی و انطباقی و بهزیستی بالاتر مرتبط است (نف^۶، ۲۰۰۳). خوددلسوزی مستلزم ویژگی های مانند محبت و تفاهم به خود در شرایط دشوار می باشد و ممکن است سازگاری برای درد مداوم را تحت تاثیر قرار

¹ - Kamalari, Natvig, Ihlebaek, Benth & Bruusgaard

² - Cavlak

³ - Self-compassion

⁴ - Costa, Pinto-Gouveia

⁵ - Affleck, Tennen, Urrows S, Higgins

⁶ - Neff

دهد. خوددلسوزی همچنین ممکن است یک عامل موثر در تنظیم درد افراد مبتلا به درد مزمن باشد. ورن، سومرس، رایت، گوتز، لری^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که خود دلسوزی ممکن است در تبیین تنوع در تنظیم درد در میان بیماران مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی از اهمیت خاصی برخوردار باشد. وان دام، شپرد، فورست و ایرلی ون^۲ (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند که خود دلسوزی با بهزیستی روانی و کیفیت زندگی بهتر همراه است.

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با درد های اسکلتی عضلانی سازه ی، ابعاد سرشت و منش می باشد . مفهوم سرشت در دیدگاه کلونینجر به تفاوت های فردی در زمینه پاسخ های هیجانی اشاره دارد، سرشت صفات ارثی است که در سرتاسر زندگی ثابت و پایدار می ماند. از سوی دیگر منش که ممکن است رشد یافته یا رشد نیافته باشد منعکس کننده اهداف زندگی، نظام ارزشی و هیجانات خودآگاه فرد است، ابعاد منش کمتر ارثی است و اغلب تحت تاثیر یادگیری اجتماعی قرار می گیرد (ناکه اوچی، میاکوا، تومادا، سوزوکی و کیتامورا^۳، ۲۰۱۱). مدل عصبی زیستی کلونینجر جنبه های ژنوتایپی شخصیت را بررسی می کند و شامل چهار بعد سرشتی آسیب گریزی، نوجویی، پاداش وابستگی و پشتکار و سه بعد منشی خود هدایتی، همکاری و خود فراروی می باشد (سادوک بی جی، سادوک وی آی^۴، ۲۰۰۷). نتایج تحقیقات نشان می دهد که ویژگی های شخصیتی و سرشت و منش فرد با درد های اسکلتی عضلانی ارتباط دارد. به طوری که نتایج تحقیق مالمکرن و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که این بیماران به طور معنی داری در ویژگی های شخصیتی و ابعاد سرشت و منش از افراد سالم متفاوت هستند. این افراد اجتناب از آسیب بالا و خود راهبری پایینی داشتند. بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی را از نظر شخصیت ی می توان به عنوان افرادی محتاط، ناامن و بدبینانه مشخص کرد، همچنین این بیماران با مشکلات در پذیرش مسئولیت، فاقد اهداف بلند مدت، اعتماد به نفس مزمن پایین، و چالش اساسی در هویت خود مشخص می شوند . همچنین ابعاد

¹- Wren, Somers, Wright, Goetz, Leary.

²- Van Dam, Sheppard, Forsyth, Earleywine.

³- Takeuchi, Miyaoka, Tomoda, Suzuki, & Kitamura.

⁴- Sadock . Sadock

شخصیتی با پریشانی روانی نسبت به درد ارتباط قوی تری دارد. مستوف^۱ و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که روان رنجوری و اجتناب از آسیب با کیفیت زندگی بدتر مرتبط بوده، در حالی که وجدان گرایی و خود راهبری با کیفیت زندگی بهتر ارتباط مثبت داشتند. همچنین نتایج تحقیق بوناچی^۲ و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که سطوح پایین اجتناب از آسیب و سطوح بالاتری از خود راهبری به طور قابل توجهی با کیفیت زندگی بهتر در ارتباط بود. یازیکی^۳ و همکاران در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که اجتناب از آسیب و وابستگی به پاداش با بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی ارتباط منفی و بعد خود راهبری با کیفیت زندگی ارتباط مثبت داشت و پیش بینی کننده کیفیت زندگی بهتر در حوزه های فیزیکی، روانی و زیست محیطی بودند. همچنین اجتناب از آسیب و پاداش وابستگی پیش بین سلامت جسمی کمتر و وضعیت تاهل پیش بین سلامت جسمی و کیفیت زندگی بهتر بود.

با توجه به موارد فوق پژوهش حاضر در صدد پاسخ گویی به این سوال اساسی است که آیا خود دلسوزی و ابعاد سرشت و منش در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی نقش دارند؟

۱-۴ - اهمیت و ضرورت پژوهش

در طول چند دهه گذشته بسیاری از رشته ها به توسعه ورش د چند بعدی علت شناسی درد های مزمن پرداخته است. درد شایع ترین علامت در زمینه مراقبت های بهداشتی است. اما با وجود این شاید به خوبی درک نشده است. اگر چه بسیاری از مشکلات درد کوتاه مدت و حاد می باشد، اما در اغلب موارد درد ممکن است مداوم و همراه با بیماری های مزمن باشد. درد مزمن اغلب برای تشخیص و درمان به دلیل آنکه به طور همزمان در آن متغیرهای عینی و ذهنی به عنوان یک نتیجه ای از تعامل بین متغیرهای فیزیکی، عاطفی، شناختی و رفتاری مطرح می شوند، به دشواری درک می شود (لینتون، ۲۰۰۲).

¹- Masthoff

²- [Bonacchi](#)

³- Yazici

درد بر ده ها میلیون نفر در جهان تاثیر می گذارد (جورچی، ون کورف، سیمون و همکاران^۱، ۱۹۹۸). دردهای اسکلتی عضلانی رایج ترین منبع جدی در طولانی مدت برای ناتوانی های جسمی می باشند، تاثیر دائمی که این نوع از دردها بر جای می گذارند باعث شده که در حال حاضر این پدیده توسط سازمان ملل متحد، سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی به رسمیت شناخته شود و باعث شده که بسیاری از دولت ها در سراسر جهان از سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ ایده های بسیاری را برای دردهای اسکلتی عضلانی ارائه کنند. نگرانی های افراد مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی به طور منظم نادیده گرفته شده و شکایت های آنها اغلب توسط ارائه دهندگان بهداشت اشتباه تشخیص داده شده و بر اساس این تشخیص اشتباه درمان به موقع و موثر را در یافت نمی کنند (والش، بروکس، هازس، درین هوفر، وولف و همکاران^۲، ۲۰۰۸). دردهای اسکلتی عضلانی یک نگرانی قابل توجه برای سلامتی در کشورهای غربی است که عواقب بسیاری برای افراد جامعه دارد (مانتیس الکا، کامپوسالو، آهونن و همکاران^۳، ۲۰۰۱).

دردهای اسکلتی عضلانی یکی از بیماریهای شایع در جمعیت عمومی است و ۱۷الی ۳۵ درصد از بزرگسالان در جمعیت عمومی دردهای ناتوان کننده اسکلتی -عضلانی را اظهار می کنند (تورن، ۲۰۰۴). زنان دردهای متعدد بیشتری از مردان گزارش می کنند و با بالا رفتن سن شیوع درد بیشتر می شود (کاملری، ناتویگ، ایهلگ، بنت، بروس گارد، ۲۰۰۸). تفاوت های فرهنگی منعکس کننده ماهیت فرهنگی از گزارش درد است به طوری که نظرسنجی بهداشت روانی که از ۱۷ کشور صورت گرفته بیان کننده این موضوع است. این شواهد نشان می دهد که میزان شیوع درد در طول یکسال در اکراین ۳۴ درصد، آفریقای جنوبی ۳۳ درصد، ایتالیا ۲۰ درصد، ایالات متحده ۱۶ درصد و کمترین میزان شیوع درد در کلمبیا ۶ درصد و مکزیک و ژاپن ۸ درصد بوده است (جورچی و همکاران، ۲۰۰۸).

علاوه بر رایج بودن درد مزمن در جامعه، این قبیل بیماری ها هم برای جامعه و هم برای افراد مبتلا هزینه های قابل توجهی در بر دارد. در پژوهش انجام شده در آمریکا در سال ۲۰۰۱ برآورد شده است که

¹- Gureje, Von Korff, Simon, et al.

²- Walsh, Brooks, Hazes, Dreinhöf & Woolf

³- Mantyselka, Kumpusalo & Ahonen