فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۸، شماره ۲، زمستان ۱۳۹۶



رابطه شفقت خود با شدت درد، فاجعه آفرینی، خودکار آمدی درد و عواطف در زنان مبتلا به درد عضلانی– اسکلتی

شیما صالحی[۱]، ایلناز سجادیان*[۲]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۷/۲۴ **تاریخ بازبینی: ۱۳۹۶/۹/۱۴** **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۲۵**

چکیده

زمینـه و هـدف: درد یکـی از رایج‌تریـن مشـکلات بهداشـتی اسـت. ذاتـاً ماهیتـی روانشـناختی دارد و یـک تجربـه روانشـناختی پیچیـده اسـت. ایـن پژوهـش بـا هـدف بررسـی رابطـه شـفقت خـود بـا شـدت درد، فاجعـه آفرینـی، خودکارآمـدی درد و عواطـف در زنـان مبتـلا بـه درد عضلانـی- اسـکلتی انجـام گرفت.

مـواد و روش‌هـا: روش پژوهـش توصیفـی از نـوع همبسـتگی بـود. بدیـن منظـور از بیـن زنـان مبتـلا بـه دردهـای عضلانـی- اسـکلتی مراجعـه کننـده بـه کلینیک‌هـا و مطب‌هـای خصوصـی ارتوپـدی در زمسـتان ۱۳۹۴، ۱۸۰ نفـر بـه شـیوه نمونـه گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند. شـرکت کننـدگان بـه ابزارهـای پژوهـش شـامل پرسشـنامه‌های شـفقت خـود، چنـد بعـدی درد، فاجعـه آفرینـی درد، خودکارآمـدی درد، عواطـف مثبـت و منفـی پاسـخ دادنـد. همچنیـن داده‌هـای حاصـل از پژوهـش بـا اسـتفاده از ضرایـب همبسـتگی پیرسـون و تحلیـل رگرسـیون سلسـله مراتبـی مـورد تحلیـل قـرار گرفـت.

یافته‌هـا: نتایـج تحلیـل همبسـتگی پیرسـون حاکـی از وجـود رابطـه منفـی و معنـادار بیـن شـفقت خـود بـا شـدت درد، فاجعـه آفرینـی درد، عواطـف منفـی و رابطـه مثبـت و معنـادار بـا خودکارآمـدی درد و عواطـف مثبـت بـود. نتایـج تحلیـل رگرسـیون سلسـله مراتبـی نشـان داد، کـه شـفقت خـود بعـد از کنتـرل سـن و ناحیـه دردنـاک ۱۰/۵ درصـد از واریانـس شـدت درد، بعـد از کنتـرل تحصیـلات و تأهـل ۱۴/۴ درصـد از واریانس فاجعـه آفرینـی درد، بعـد از کنتـرل سـن ۵ درصـد از واریانـس خودکارآمـدی درد، بعـد از کنتـرل تحصیـلات ۱۰/۳ درصـد از عواطـف مثبـت و ۲۵/۲ درصـد از عواطـف منفـی را تبییـن نمـود.

نتیجه‌گیـری: نتایـج پژوهـش حاضـر بیانگـر ایـن اسـت، کـه شـفقت خـود بعـد از کنتـرل متغیرهـای جمعیـت شـناختی شـدت درد، فاجعه‌آفرینـی درد، خودکارآمـدی درد و عواطـف مثبـت و منفـی را پیـش بینـی می‌کنـد.

واژه‌های کلیدی: شدت درد، فاجعه آفرینی درد، خودکارآمدی درد، عواطف، شفقت خود، درد عضلانی- اسکلتی

مقدمه

درد یکـی از رایج‌تریـن مشـکلات بهداشـتی اسـت، کـه باعـث می‌شـود مـردم درصـدد یافتـن مراقبت‌هـای طبـی و درمانـی برآینـد. امـروزه دردهـای مزمـن از مشـکلات رایـج بـوده و یکـی از شـایع‌ترین دردهـای مزمـن، دردهـای عضلانـی- اسـکلتی هسـتند[(۱)]. درواقع اختـلالات عضلانی- اسـکلتی از نظر اقتصادی

نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، استایار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان(خوراسگان)
پست الکترونیک: i.sajjadian@khuisf.ac.ir.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

بسیار پرهزینه‌اند، به طوری که از نظر بروز و درد و رنجی که گریبان گیر فرد می‌شوند، دارای رتبه نخست هستند[۲]. سیستم عضلانی- اسکلتی شامل استخوان‌ها، مفصل‌ها، عضلات، تاندون‌ها، رباط‌ها می‌باشد و عملکرد این اعضاء به شدت به یکدیگر وابسته است. همچنین سلامتی و کارکرد مناسب سیستم عضلانی- اسکلتی با نحوه فعالیت سایر دستگاه‌های بدن ارتباط متقابل دارد. درواقع اجزای استخوانی وظیفه حفاظت از اندام‌های حیاتی بدن نظیر مغز، قلب و ریه‌ها را برعهده دارند و اسکلت استخوانی چهارچوب محکمی برای حفاظت از اندام‌های بدن را فراهم می‌کند[۳]. امروزه با توجه به ماهیت چند بعدی درد مزمن، رویکرد کنونی در مدیریت درد به طور فزاینده‌ای از رویکرد جسمانی و دارویی فراتر رفته و نقش متغیرهای روانشناختی در مدیریت درد مزمن مورد توجه قرار گرفته است و تقریباً از زمانی که ملزاک و وال، نظریه کنترل دوازده درد را مطرح کردند، شدت و ماهیت درد به عنوان تابعی از مکانیسم‌های حسی، شناختی و عاطفی شناخته شد[۴]. براساس این نظریه، ادراک درد بخشی از فرآیند پیچیده‌ای است، که نه تنها تحت تأثیر درون داد حسی است، بلکه تحت تأثیر برانگیختگی و فعالیت سیستم عصبی و تحت تأثیر تجربیات و انتظارات و فعالیت سیستم عصبی نیز هست[۵]. همچنین شدت درد یا حساسیت ادراک شده یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها در ارزیابی درد به شمار می‌آید. درواقع شدت درد، تجربه ذهنی است و با خلق، محیط، شرایط درمانی و عوامل دیگر تحت تأثیر قرار می‌گیرد[۶]. همچنین باورهای مرتبط با درد با شدت درد و میزان اختلال در عملکرد روزانه رابطه دارد[۷]. یکی دیگر از متغیر روانشناختی درد فاجعه آفرینی است، که از جمله تفسیرهای منفی تحریف شده از درد و نوعی خطای شناختی است، که به فراوانی در افراد مبتلا به درد مزمن اتفاق می‌افتد. فاجعه آفرینی به معنای جهت‌گیری منفی اغراق‌آمیز نسبت به درد ادراک شده و انتظارات منفی در مورد پیامدهای آن است، که به تمرکز بیشتر روی جنبه منفی موقعیت، تفسیر برانگیختگی‌های جسمی به عنوان نشانه‌های درد، ترس از درد و در نهایت رفتارهای اجتنابی و ایجاد چرخه‌ی ترس- اجتناب منجر می‌شود. همچنین فاجعه آفرینی تأثیر مخربی بر عملکرد بیمار دارد[۸ و ۹]. در بیماران مبتلا به درد مزمن پاسخ فاجعه بار به درد یکی از نیرومندترین پیش‌بینی کننده‌های افزایش استرس‌های عاطفی، مشکلات اجتماعی و شدت درد است[۱۰]. همچنین افرادی که بیشتر درد خود را فاجعه آمیز می‌کنند، به میزان بیشتری درد، آشفتگی هیجانی، عواطف منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند[۱۱]. خودکارآمدی درد از دیگر متغیرهای روانشناختی درد است، که میزان اطمینان فرد به توانایی‌اش برای حفظ عملکرد علی‌رغم وجود درد را نشان می‌دهد[۱۲]. همچنین خودکارآمدی ظرفیت فرد برای مقابله با درد را افزایش می‌دهد[۱۳]. درواقع اطمینان به توانایی خود، برای انجام فعالیت یا وظیفه‌ای خاص با انجام واقعی آن وظیفه یا فعالیت دارای ارتباط نزدیکی است[۱۴]. خودکارآمدی منفی با شدت درد و ناتوانی حاصل از آن مرتبط می‌باشد[۱۵]. همچنین افزایش خودکارآمدی به کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن منجر می‌شود[۱۶]. عواطف مثبت و منفی ابعاد اصلی تجربه‌های هیجانی هستند[۱۷]. درواقع افراد دارای عواطف مثبت، افرادی با جهت‌گیری برون گرایانه و خواهان لذت، پاداش و شادمانی و مشخصه‌هایی از این قبیل هستند و در مقابل افرادی با عواطف منفی، متمایل به خشونت، ترس و اضطراب می‌باشند[۱۸]. تجربه‌ی درد با عواطف منفی چون خشم و اضطراب رابطه‌ی مثبت دارد، زیرا به واسطه افزایش برانگیختگی خودکار، درد تشدید می‌شود و انگیزه فرد برای پذیرش درمان و کنترل درد کاهش می‌یابد[۱۹]. همچنین تجربه درد با عواطف مثبت مانند خوشحالی و خوش بینی، رابطه منفی دارد، به طوری که این عواطف باعث فرونشینی و تسکین درد در افراد مبتلا به درد مزمن می‌شوند[۲۰]. افزایش شفقت خود با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی همراه است[۲۱ و ۲۲]. در راستای افزایش سلامت روان، بهبود روش‌های پردازش هیجانی و فکری و همگام با گسترش پژوهش‌های روانشناسی سازه‌ای جدید با عنوان شفقت خود مطرح شد. نف[۲۳] شفقت خود را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای، شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود (درک خود به جای قضاوت یا انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک‌های انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به اینکه همه انسان‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند) و بهوشیاری در مقابل همسان‌سازی افراطی (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود، جنبه‌های دردناک یک تجربه، نه نادیده گرفته شوند و نه به طور مکرر ذهن را اشغال کنند) بیان کرده است[۲۴]. درواقع فردی که به درستی به خود شفقت بورزد از سلامتی و بهزیستی روان بیشتری برخوردار است. این امر به این معنا است، که فرد با ملایمت خود را برای تغییرات زندگی ترغیب نموده و الگوهای رفتارهای مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند. بنابراین شفقت خود می‌تواند، از راه‌های مختلف به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود، که در آن از تجربه هیجان‌های آزار دهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود، بلکه تلاش می‌شود احساسات به صورتی مهربانانه مورد پذیرش واقع شود. بنابراین عواطف منفی به عواطف مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند[۲۵ و ۲۶]. درواقع شفقت خود، مواجه شدن با هیجان را مد نظر قرار می‌دهد تا اجتناب کردن از آن، بنابراین افراد با شفقت خود بالاتر اجتناب کمتری دارند و بیشتر از راهبردهای مسأله محور استفاده می‌کنند، که این امر در کاهش تجربه درد بسیار با اهمیت است[۲۱ و ۲۷]. همچنین افزایش خودتنظیمی از طریق کنترل و منظم کردن رفتارها در جهت تقویت و مدیریت رفتارهای سالم باعث ارتقاء سلامتی می‌شود[۲۸]. همچنین شفقت خود از طریق ارائه‌ی پاسخ مناسب به تغییرات و شکست‌هایی که بنا به شرایط انسانی ایجاد شده[۲۹] و نیز تنظیم احساسات و عواطف[۳۰ و ۳۱]، می‌تواند به بالا بردن پاسخ‌های عاطفی مثبت به جای پاسخ‌های عاطفی منفی در مقابل چالش‌ها کمک کند. درواقع شفقت خود در زمان چالش از عقب نشینی و کاهش تلاش برای انجام رفتارهای سلامت جلوگیری می‌کند[۳۲]. بنابراین می‌توان گفت شفقت خود اثر مثبتی بر تقویت منابع خودتنظیمی دارد[۳۳]. بر این اساس سیرویس[۳۴] یک مدل ابتکاری و پیشنهادی منبع خودتنظیمی را ارائه کرده است. در این مدل شفقت خود با رفتارهای ارتقاء دهنده‌ی سلامت مرتبط است و همچنین با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی منابع خودتنظیمی را افزایش می‌دهد و از این طریق شفقت خود نیز با رفتارهایی که منجر به ارتقاء سلامتی می‌شوند، پیوند می‌خورد. همچنین وی بر اساس نظریه‌ی بندورا بیان می‌کند، که افرادی که به خود شفقت دارند و در رفتارهای بالابرنده‌ی سلامت درگیر می‌شوند باید علاوه بر عواطف بهتر، صلاحیت و کارآمدی بیشتری را برای تداوم این رفتارها در آینده داشته باشند. همچنین ورن و همکاران[۳۵] بیان کردند، که شفقت خود می‌تواند، تغییرپذیری سازگاری با درد مزمن عضلانی- اسکلتی را در بین بیماران ایجاد کند. بنابراین با توجه به ارتباط مثبت شفقت خود با سلامت روانشناختی و بهزیستی و تحولاتی که در نتیجه‌ی شفقت خود در انسان به وجود می‌آید، توجه بیش از پیش به موضوع شفقت خود در حیطه‌های مرتبط با سلامتی بسیار حائز اهمیت می‌باشد . همچنین از آنجا که پژوهش‌ها در مورد رابطه شفقت خود با متغیرهای روانشناختی مرتبط با درد مزمن بسیار محدود بوده است و نیز با توجه به شیوع روز افزون دردهای عضلانی- اسکلتی و مشکلات همراه آن و نیز اهمیت سلامت زن در خانواده، اهمیت پژوهش حاضر بیش از پیش آشکار می‌شود، زیرا در صورت مشخص شدن سهم شفقت خود در پیش بینی متغیرهای روانشناختی مرتبط با درد، توجه به این سازه و استفاده از آن در بسته‌های درمانی در بهبود وضعیت این گروه از بیماران می‌تواند سهم بزرگی در سلامت بیماران داشته باشد بنابراین این پژوهش با هدف بررسی رابطه شفقت خود با شدت درد، فاجعه‌آفرینی درد، خودکارآمدی درد و عواطف را در زنان مبتلا به درد عضلانی- اسکلتی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی زنان مبتلا به درد عضلانی- اسکلتی ساکن در شهر اصفهان بود، که در زمستان ۱۳۹۴ به کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی متخصصان ارتوپدی مراجعه کردند. در این پژوهش اطلاع دقیقی از حجم جامعه آماری وجود نداشت، ولی بر اساس معیار مربوط به

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

رعایت حداقل نسبت بین تعداد متغیر پیش‌بین با تعداد نمونه‌ی مورد نیاز به ازای هر متغیر پیش بین و اینکه حداقل ۱۰ تا ۳۰ نفر به ازای هر متغیر پیش بین در تحلیل رگرسیون پیشنهاد شده است[۳۶]، حجم نمونه در این پژوهش با وجود ۶ متغیر پیش بین (شفقت خود و متغیرهای جمعیت شناختی)، ۱۸۰ نفر در نظر گرفته شد. درواقع چند مطب ارتوپدی به صورت در دسترس انتخاب شد و سپس تعداد ۱۸۰ نفر از زنانی که توسط متخصص ارتوپد، تشخیص اختلال عضلانی- اسکلتی در ناحیه‌های گردن یا کمر و یا زانو دریافت کرده بودند و دچار اختلال همزمان نبودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود و خروج از این کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی ارتوپدی به عنوان نمونه انتخاب شدند. همچنین پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها ۲۰ پرسشنامه به دلیل نقص و عدم دقت در پاسخگویی کنار گذاشته شد و حجم نمونه نهایی ۱۶۰ نفر شد، که شامل ۵۳ نفر زن مبتلا به درد عضلانی- اسکلتی در ناحیه‌ی گردن و ۵۳ نفر زن مبتلا به درد عضلانی- اسکلتی در ناحیه‌ی کمر و ۵۴ نفر زن مبتلا به درد عضلانی- اسکلتی در ناحیه‌ی زانو بود. در واقع نرخ بازگشت پرسشنامه‌ها در این پژوهش ۸۸ درصد بدست آمده است.

معیارهای ورود در این پژوهش شامل: شکایت از درد عضلانی- اسکلتی در ناحیه گردن یا کمر و یا زانو به طور مداوم حداقل برای مدت ۳ ماه، دامنه سنی زنان ۵۰-۲۰ سال، تمایل آگاهانه و رضایت برای شرکت و همکاری در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم و همچنین معیارهای خروج افراد از مطالعه نیز شامل: ابتلا به اختلالات حاد روان پزشکی همزمان، عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری بود.

پرسشنامه چند بعدی درد (MPI): پرسشنامه غربالگری چند بعدی درد، دارای ۱۷ سوال بوده و ۴ بعد تداخل درد (۹ سوال)، شدت درد (۳ سوال)، کنترل زندگی مرتبط با درد (۲ سوال) و پریشانی عاطفی مرتبط با درد (۳ سوال) را در بر می‌گیرد. این پرسشنامه در طیف ۶ گزینه‌ای ۰ (اصلاً) تا ۶ (به شدت) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر بیانگر تداخل درد، شدت درد و پریشانی عاطفی مرتبط با درد بدتر و نمرات بالا در زیر مقیاس کنترل زندگی مرتبط با درد، بیانگر کنترل زندگی بالاتر می‌باشد[۳۸]. این مقیاس توسط سجادیان و همکاران[۳۹] به فارسی ترجمه و روی یک نمونه ایرانی اجرا شد و به روش تحلیل عاملی، روایی سازه آن تأیید گردید و ضریب پایایی کل ۰/۹۲ بدست آمد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است.

مقیاس فاجعه آفرینی درد (PSQ): این مقیاس ۱۳ سوالی توسط سالیوان و همکاران (۱۹۹۵) جهت ارزیابی فاجعه آفرینی درد بیماران طراحی شد، که آن‌ها پاسخ‌های خود را با جملات در دامنه‌ای از ۰ (اصلا) تا ۴ (همیشه) اعلام می‌دارند. این مقیاس، سه زیر مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی را در بر می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۸ گزارش شده است و این مقیاس پایایی و روایی خوبی در دو جمعیت بالینی و غیر بالینی داشته است[۸]. این پرسشنامه توسط سجادیان و همکاران[۳۹] به فارسی ترجمه و اجرا شد و ضریب پایایی کل مقیاس ۰/۹۳ بدست آمد. ضریب آلفای کرونباخ کل در این پژوهش ۰/۹۱۳ بدست آمده است.

پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ): این پرسشنامه ۱۰ سوالی براساس نظریه بندورا در مورد خودکارآمدی می‌باشد و به منظور ارزیابی باور بیمار از تواناییش در انجام فعالیت‌های گوناگون علی رغم وجود درد توسط نیکولاس (۱۹۸۹) ساخته شده است. این پرسشنامه کارآمدی و بسندگی فرد در زندگی با درد را ارزیابی می‌کند و سوالات در یک دامنه‌ی ۷ درجه‌ای لیکرت از ۰ (اصلا مطمئن نیستم) تا ۶ (کاملاً مطمئن هستم) است. همچنین دامنه نمرات آن از ۰ تا ۶۰ بوده است، که نمره بالاتر بیانگر باور قدرتمند در انجام فعالیت‌های روزمره علی رغم وجود درد می‌باشد[۴۰]. همسو با نتایج مطالعات قبلی[۱۲] اعتبار و پایایی نسخه فارسی خودکارآمدی درد بررسی شده است، که نتایج تحلیل عاملی تأییدی در یک نمونه ۳۴۸ نفری از بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داد، که نسخه فارسی خودکارآمدی درد از یک عامل اشباع است و نیز آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ بدست آمد[۴۱]. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۸۹ بدست آمده است.

مقیاس عواطف مثبت و منفی(PANAS): این مقیاس

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

۲۰ مـاده‌ای توسـط واتسـون و همـکاران (۱۹۸۸) بـه منظـور خودسـنجی و بـرای اندازه‌گیـری دو بعـد خلـق یعنـی عواطـف مثبـت و عواطـف منفـی طراحـی شـده اسـت. هر خـرده مقیاس ۱۰ مـاده دارد، کـه ماده‌هـا بـر روی یـک مقیـاس ۵ درجـه‌ای ۱ (بسـیار کـم) تـا ۵ (بسـیار زیـاد) از سـوی آزمودنـی رتبـه بندی می‌شـوند. البتـه ایـن نمره‌گـذاری در مـورد ماده‌هـای عواطـف مثبـت بـه صـورت معکوس به کار مـی‌رود، تا با مفهوم بهزیسـتی ذهنـی و مـدل مفهومی انطباق بیشـتری داشـته باشـد. حداقل و حداکثـر نمـره در هـر یـک از زیر مقیاس‌هـا به ترتیـب ۱۰ و ۵۰ می‌باشـد. پایایـی ایـن مقیـاس براسـاس ضریـب آلفـای کرونباخ بـرای مقیـاس عواطف مثبت ۰/۸۸ و بـرای عواطف منفی ۰/۸۷ و به شـیوه بازآزمایی بـرای مقیاس مذکور به ترتیـب ۰/۶۸ و ۰/۷۱ بدسـت آمـده اسـت[۱۷]. در پژوهـش بشـارت[۴۲] بـر روی بیماران ضریـب آلفـای کرونبـاخ بـرای مقیـاس عواطـف مثبـت ۰/۸۳ تـا ۰/۹۱ و برای عواطف منفی از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ بدسـت آمده اسـت. ضریـب آلفـای کرونبـاخ در ایـن پژوهـش بـرای عواطـف مثبـت ۰/۸۶۶ و بـرای عواطـف منفـی ۰/۸۹۴ بدسـت آمده اسـت.

مقیـاس شـفقت خـود (SCS): مقیـاس شـفقت خـود اولین بـار توسـط نـف طراحـی و نمره‌گذاری شـده اسـت. ایـن مقیاس شـامل ۲۶ سـوال می‌باشـد و پاسـخ‌های آن در یـک دامنـه ۵ درجـه‌ای لیکـرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشـه) قرار می‌گیرنـد. ایـن مقیاس سـه مؤلفـه‌ی دو قطبی را در قالب شـش زیـر مقیـاس مهربانـی با خـود در مقابل قضاوت خـود (معکوس)، بهوشـیاری در مقابل همانندسـازی افراطی (معکوس) و اشـتراک انسـانی در مقابـل انـزوا (معکوس) اندازه‌گیـری می‌کند. همچنین ضریـب آلفـای کرونباخ نسـخه اولیه این ابزار ۰/۹۲ گزارش شـده اسـت[۲۹]. همچنیـن ضریـب آلفـای کرونبـاخ ایـن مقیـاس در مطالعـه‌ای در ایران ۰/۸۴ بدسـت آمده اسـت[۳۷]. آلفـای کرونباخ کل در ایـن پژوهش ۰/۸۱۳ بدسـت آمده اسـت.

همچنیـن اطلاعـات مربوط به سـن، تأهل، اشـتغال، تحصیلات و ناحیـه‌ی دردنـاک از طریق پرسشـنامه از افراد تهیه شـد.

یافته‌ها

در ایـن پژوهـش نتایـج آزمـون همبسـتگی جهت بررسـی رابطه بین شـفقت خـود با متغیرهـای پژوهـش در جدول[۱] ارائه شـده اسـت. درواقـع بـر اسـاس این نتایج شـفقت خـود با شـدت درد، فاجعـه آفرینـی، خودکارآمـدی و عواطـف مثبـت و منفـی رابطه معنـادار دارد و بـا بـالا رفتـن شـفقت خـود شـدت درد، فاجعـه آفرینـی درد و عواطـف منفـی کاهـش و خودکارآمـدی درد و عواطـف مثبـت افزایـش یافته اسـت.

جدول ۱: آزمون همبستگی شفقت خود با متغیرهای پژوهش

متغیر	همبستگی	معناداری	میانگین	انحراف استاندارد
شدت درد	-۰/۳	۰/۰۰۱	۴۷/۶۸	۱۶/۷۱
فاجعه آفرینی درد	-۰/۳۹۳	۰/۰۰۱	۲۰/۱۴	۱۱/۲۴
خودکارآمدی درد	۰/۱۹۷	۰/۰۱۳	۴۱/۸۱	۱۳/۲۳
عواطف مثبت	۰/۳۳۲	۰/۰۰۱	۳۳/۷۴	۷/۰۴
عواطف منفی	-۰/۵۱۶	۰/۰۰۱	۲۳/۷۲	۸/۷۵

در ادامـه رابطـه متغیرهـای پژوهـش بـا متغیرهـای جمعیـت شـناختی نیز بررسی شـد، که نتایج تحلیل همبستگی نشان داد، که رابطه سـن با شـفقت خود (r=۰/۱۹۹، p<۰/۰۵)، شـدت درد (r=۰/۱۹۲، p<۰/۰۵) و خودکارآمدی درد (r= -۰/۱۸۸، p<۰/۰۵) معنـادار اسـت. بـه گونـه‌ای کـه بـا افزایـش سـن میزان شـفقت خـود و شـدت درد زیادتـر می‌شـود، در حالـی کـه خودکارآمدی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

درد کاهش می‌یابد. همچنین نتایج تحلیل واریانس یک راهه حاکی از رابطه معنادار فاجعه آفرینی با وضعیت تأهل بود، بطوریکه فاجعه آفرینی در زنان متأهل نسبت به زنان مجرد و مطلقه کمتر بود (p<۰/۰۵). نتایج آزمون t گروه‌های مستقل نیز نشان داد، رابطه هیچ یک از متغیرهای پژوهش با اشتغال معنادار نبوده است. همچنین رابطه تحصیلات با فاجعه آفرینی درد (r= -۰/۱۸۲، p<۰/۰۵)، عواطف مثبت (r=۰/۱۷۴، p<۰/۰۵) و عواطف منفی (r = -۰/۱۸۳، p<۰/۰۵) معنادار بود. همچنین براساس تحلیل واریانس یک راهه رابطه ناحیه‌ی درد با شدت درد معنادار بوده است (p<۰/۰۵). بنابراین در ادامه و برای تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی در جدول(۲) برای شدت درد سن و ناحیه دردناک، برای فاجعه آفرینی درد تحصیلات و تأهل، برای خودکارآمدی درد سن و برای عواطف مثبت و منفی تحصیلات کنترل گردیده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای پیش‌بینی متغیرهای روانشناسی درد از طریق شفقت خود با کنترل متغیرهای جمعیت شناختی

الگو	متغیر	R	R^2	معناداری	R^2Change	F Change	معناداری	B	B	t	معناداری
شدت درد	عدد ثابت	۰/۳۳۸	۰/۱۱۵	۰/۰۰۱	۰/۱۰۵	۱۸/۴۶۱	۰/۰۰۱	-	۷۰/۹۹۹	۷/۷۹۱	۰/۰۰۱
	سن							۰/۱۵۹	۰/۳۰۹	۲/۰۷	۰/۰۴
	ناحیه دردناک							-۰/۰۲۸	-۰/۵۶۴	-۰/۳۶۶	۰/۷۱۵
	شفقت خود							-۰/۳۳۱	-۰/۴۱۱	-۴/۲۹۷	۰/۰۰۱
فاجعه‌آفرینی	عدد ثابت	۰/۴۲	۰/۱۷۸	۰/۰۰۱	۰/۱۴۴	۲۷/۳۱۵	۰/۰۰۱	-	۵۷/۱۱۳	۶/۲۹۸	۰/۰۰۱
	تحصیلات							-۰/۱۴۳	-۰/۷۶۵	-۲/۰۷۲	۰/۰۴
	تأهل							۰/۰۳۱	۰/۸۸۶	۰/۴۱۴	۰/۶۸
	شفقت خود							-۰/۳۸	-۰/۳۱۹	-۵/۲۲۶	۰/۰۰۱
خودکارآمدی	عدد ثابت	۰/۲۵۲	۰/۰۶۴	۰/۰۰۴	۰/۰۵	۸/۴۴۷	۰/۰۰۴	-	۳۵/۵۳۲	۴/۵۸۱	۰/۰۱
	سن							-۰/۱۶۱	-۰/۲۴۷	-۲/۰۴۴	۰/۰۴۳
	شفقت خود							۰/۲۲۹	۰/۲۲۶	۲/۹۰۶	۰/۰۰۴
عواطف مثبت	عدد ثابت	۰/۳۵۲	۰/۱۲۴	۰/۰۰۱	۰/۱۰۳	۱۸/۴۲۷	۰/۰۰۱	-	۱۴/۴۷۸	۳/۱۸۴	۰/۰۰۲
	تحصیلات							۰/۱۱۸	۰/۳۹۴	۱/۵۶۹	۰/۱۱۹
	شفقت خود							۰/۳۲۲	۰/۱۶۹	۴/۲۹۳	۰/۰۰۱
عواطف منفی	عدد ثابت	۰/۵۳۴	۰/۲۸۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵۲	۵۵/۳۷۵	۰/۰۰۱	-	۵۸/۶۷۵	۱۱/۴۶۹	۰/۰۰۱
	تحصیلات							-۰/۱۴۱	-۰/۵۸۵	-۲/۰۷۷	۰/۰۳۹
	شفقت خود							-۰/۵۰۴	-۰/۳۲۸	-۷/۴۴۱	۰/۰۰۱

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

بنابر نتایج حاصله با کنترل سن و ناحیه‌ی دردناک شفقت خود می‌تواند، به میزان ۰/۳۳۱ پیش‌بینی کننده‌ی شدت درد و با کنترل تأهل و تحصیلات به میزان ۰/۳۸ پیش‌بینی کننده‌ی فاجعه آفرینی درد باشد. همچنین شفقت خود با کنترل سن می‌تواند، به میزان ۰/۲۲۹ پیش‌بینی کننده‌ی خودکارآمدی درد و با کنترل تحصیلات به میزان ۰/۳۲۲ پیش‌بینی کننده‌ی عواطف مثبت و به میزان ۰/۵۰۴ پیش‌بینی کننده‌ی عواطف منفی باشد. در واقع با افزایش ۱ واحد به شفقت خود، ۰/۳۳۱ از میزان شدت درد، ۰/۳۸ از میزان فاجعه آفرینی درد و ۰/۵۰۴ میزان از عواطف منفی کاسته می‌شود. همچنین با افزایش ۱ واحد به شفقت خود، ۰/۲۲۹ میزان به خودکارآمدی درد و ۰/۳۲۲ به میزان عواطف مثبت افزوده می‌شود. بنابراین در این پژوهش با کنترل ویژگی‌های جمعیت شناختی لازم در متغیرهای پژوهش شفقت خود توانایی پیش بینی متغیرهای مرتبط با درد را داشته است.

بحث

این پژوهش به منظور بررسی رابطه شفقت خود با شدت درد، فاجعه آفرینی، خودکارآمدی درد و عواطف در زنان مبتلا به درد عضلانی- اسکلتی بعد از کنترل متغیرهای جمعیت شناختی اجراء شد. در ابتدا نتایج همبستگی نشان داد، که شفقت خود با همه‌ی متغیرهای پژوهش رابطه‌ی معنادار داشته است. بنابراین می‌توان گفت با بالا رفتن شفقت خود، خودکارآمدی درد و عواطف مثبت افزایش و شدت درد، فاجعه آفرینی درد و عواطف منفی کاهش می‌یابد. یافته‌های حاصل از رابطه معنادار بین شفقت خود با فاجعه آفرینی درد و خودکارآمدی درد همسو با یافته‌های پژوهش ورن و همکاران[۳۵] بود و نیز رابطه معنادار بین شفقت خود با شدت درد در این پژوهش ناهمسو با پژوهش مذکور بود. در ادامه بررسی رابطه بین ویژگی‌های جمعیت شناختی با شفقت خود، شدت درد، فاجعه آفرینی، خودکارآمدی درد و عواطف در زنان مبتلا به درد عضلانی- اسکلتی نشان داد، که با افزایش سن میزان شفقت خود و شدت درد افزایش یافته در حالی که خودکارآمدی درد کاهش می‌یابد. همچنین فاجعه‌آفرینی درد در افراد متأهل کمتر و در افراد مطلقه بیشتر بود. با افزایش تحصیلات نیز، فاجعه‌آفرینی درد و عواطف منفی کاهش و عواطف مثبت افزایش یافته بود. همچنین شدت درد در افراد مبتلا به درد زانو کمتر و در افراد مبتلا به کمردرد بیشتر بود. رابطه معنادار سن با شفقت خود و همچنین رابطه تحصیلات با عواطف مثبت و منفی همسو و عدم رابطه سن با فاجعه آفرینی ناهمسو با تحقیقات ورن و همکاران[۳۵] بود. رابطه معنادار سن و شدت درد نیز همسو با تحقیقات اصغری مقدم و همکاران[۷] بود. در تبیین رابطه سن با شفقت خود، شدت درد و خودکارآمدی درد می‌توان اذعان داشت، که افراد با افزایش سن و بر اثر تجربه‌های سرد و گرم زندگی و تعادل در احساسات که بر اثر گذر زمان به وجود می‌آید، نسبت به خود مهربان می‌شوند. همچنین تجربیات زندگی به آنها می‌آموزد، که نگاه منتقدانه را نسبت به کاستی‌ها و عیب‌های خود کم کنند. بنابراین مجموع این نگرش‌های حاصل از گذر عمر می‌تواند، به تقویت شفقت خود کمک کند. همچنین با افزایش سن به صورت طبیعی افراد از نظر جسمی ضعیف‌تر می‌شوند و مقاومت آنها نسبت به درد کاهش پیدا می‌کند و همین موضوع می‌تواند، باعث افزایش حساسیت شخص و ادراک او از شدت درد شود. همچنین ناتوانی‌ها و ضعف‌های حاصله از افزایش سن به مرور زمان احساس خودکارآمدی و اطمینان از موفقیت در کارها را کاهش می‌دهد و این موضوع می‌تواند، باعث کاهش باور به خودکارآمدی در شخص شود. در اغلب اوقات شخص این افت احساس خودکارآمدی را ناشی از محدودیت‌های حاصله از بیماری خود می‌داند، ولی درواقع افزایش سن و کاهش قابلیت و توانایی هم در تشدید این کاهش خودکارآمدی مؤثر است. همچنین رابطه وضعیت تأهل با فاجعه آفرینی را این چنین می‌توان گفت که عشق و علاقه به همسر امید به زندگی را در فرد بیمار بالا می‌برد و این امید باعث ایجاد افکار مثبت و دوری از افکار فاجعه آفرین می‌شود. همچنین شکست در زندگی و خاطرات بد ناشی از آن و نگرانی از آینده در شخص مطلقه می‌تواند، به گسترش افکار فاجعه آمیز کمک کند. در واقع

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

اغلب افراد مطلقه درد خود را نیز ناشی از مشکلات گذشته در زندگی می‌دانند و هر موقعی که درد شروع می‌شود، دوباره این زخم قدیمی که باعث گسترش افکار فاجعه آمیز می‌شود سر باز می‌کند. در افراد مجرد هم شاید نگرانی از اینکه درد و ناراحتی‌های ناشی از آن فرصت‌های آتی شخص را خراب کند، باعث گسترش افکار فاجعه آفرین در رابطه با درد می شود. همچنین در مورد رابطه تحصیلات با فاجعه‌آفرینی و عواطف می‌توان بیان کرد، که اشخاص به واسطه‌ی نگرشی که با تحصیل علم و افزایش آگاهی در آنها به وجود آمده، اغلب به دنبال گسترش افکار مثبت و پیشرفت در زندگی هستند. بر این اساس تقویت افکار مثبت باعث دوری از افکار منفی و عدم بزرگنمایی ناراحتی‌های حاصل از درد می‌شود، که خود فاجعه آفرینی درد را کاهش می‌دهد. همچنین با تغییر سطح توقعات شخص از خود با افزایش تحصیلات و برای رسیدن به این توقعات گسترش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی و دوری از افکار فاجعه‌آفرین لازم است. در توضیح رابطه ناحیه‌ی درد با شدت درد و اینکه افراد مبتلا به درد در ناحیه‌ی زانو از شدت درد کمتری نسبت به افراد مبتلا به درد در ناحیه‌ی کمر و گردن برخوردارند، نیاز به بررسی‌های بیشتری است ولی به طور اجمالی می‌توان بیان نمود، که احتمالاً به دلیل اینکه گردن و کمر در ابتدا و انتهای ستون فقرات قرار دارند و بیشتر با ستون فقرات درگیر هستند و با توجه به نقش ستون فقرات در ساختار اسکلتی، درد در این نواحی باعث می‌شود، نواحی اطراف را نیز تحت تأثیر قرار دهد و در مجموع باعث افزایش شدت درد شود. نتایج رگرسیون سلسله مراتبی و در پی بررسی نقش پیش‌بینی شفقت خود بر متغیرهای پژوهش بعد از کنترل متغیرهای جمعیت شناختی نتایج نشان داد، که شفقت خود توانایی پیش‌بینی شدت درد، فاجعه‌آفرینی، خودکارآمدی و عواطف مثبت و منفی را دارد. در تبیین این مسئله می‌توان اذعان داشت، که بنا به مدل پیشنهادی سیرویس[۳۴] با افزایش شفقت خود و تقویت رفتارهای خود تنظیمی شخص رفتارهای خود را مدیریت و کنترل بهتری می‌کند و اغلب به دنبال فعالیت‌هایی است که او را در جهت بهبود سلامتی پیش ببرد. درواقع اگرچه این رفتارها تأثیر مستقیمی بر شدت درد نداشته باشد، ولی ادراک شخص را از درد کاهش می‌دهد. زیرا وقتی که شخص مرتب به دنبال رفتارها و فعالیت‌های سالم باشد، تمرکز کمتری روی شدت درد و ناراحتی‌های ناشی از آن دارد که این خود می‌تواند شخص را در کاهش ادراک درد یاری دهد.همچنین در پی افزایش شفقت خود و کاهش نگاه انتقادی و درک این موضوع که بیماری شخص یک مشکل عادی و جزئی از مشکلات بشری است، شخص در مسیر تجربه‌ی درد به سمت رویکرد انطباقی سوق پیدا می‌کند و این رویکرد باعث دوری از افکار فاجعه آمیز می‌شود و بیمار را از مسیر غلط الگوی ترس- اجتناب دور می‌کند[۹]. همچنین وقتی بیمار با افکار فاجعه آفرینی درگیر باشد، به دنبال این است که دردش به حداکثر احتمال خود برسد و برای کنار آمدن با درد تلاش می‌کند، که با دیگران ارتباط برقرار کند و در مورد درد و پریشانی خود صحبت کند و این رفتار مجدداً باعث تشدید افکار منفی و بدتر شدن وضعیت شخص می‌شود. ولی شفقت خود بالا شخص را از چنین استراتژی‌های منفی، کنار آمدن با درد حفظ می‌کند و بعلاوه خود را از دیگران دور نمی‌کند و تعامل اجتماعی مثبت با دیگران دارد که همین باعث دوری از افکار منفی می‌شود. به طور خلاصه می‌توان گفت شفقت خود با تأثیر بر دیدگاه بیمار نقش مهمی در پیش بینی فاجعه آفرینی درد دارد. همچنین بنا به مدل سیرویس[۳۴] نیز می‌توان بیان نمود، که شفقت خود بالا باعث افزایش خودکارآمدی و تقویت منابع خود تنظیمی می‌شود، که این خود می‌تواند اطمینان فرد را از موفقیت در فعالیت‌ها بالا ببرد. همچنین تقویت منابع خود تنظیمی بواسطه شفقت خود، که شخص را به سمت فعالیت‌های ارتقاء دهنده‌ی سلامت سوق می‌دهد، باید حتما درون مایه‌ای چون خودکارآمدی داشته باشد تا این اتصال زنجیره‌ها حفظ شود و شخص اصرار به گسترش فعالیت‌های خود داشته باشد. همچنین شفقت خود نیز با ایجاد مهربانی به خود و آگاهی از هیجانات، با افزایش

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی ارتباط دارد[۲۱]. درواقع شفقت خود با تقویت منابع خود تنظیمی در تنظیم عواطف و افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی نقش دارد. درواقع می‌توان بیان کرد، که شخصی که شفقت خود بالایی دارد، با ایجاد هوشیاری و توازن در افکار و احساسات، ابزاری برای مواجهه با ناملایمات شخصی دارد، که به واسطه آن می‌تواند عواطف و احساسات خود را کنترل کند و متعادل نگه دارد. در یافته‌های این پژوهش مشاهده شد، که قدرت شفقت خود در پیش بینی کاهش عواطف منفی بیش از افزایش عواطف مثبت بوده است و این می‌تواند به این خاطر باشد که وقتی شخص بیمار شفقت خود بالایی دارد با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی همراه است، ولی افزایش عواطف مثبت خود می‌تواند سهم بسزایی در خنثی کردن عواطف منفی داشته باشد، زیرا وقتی علاقه، شادی، خوش بینی و غیره در شخص به واسطه عواطف مثبت ناشی از شفقت خود افزایش یابد دیگر جایی برای عواطف منفی وجود ندارد و می‌توان نتیجه گرفت که افزایش شفقت خود باعث افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی می‌شود و عواطف مثبت هم می‌تواند بر کاهش عواطف منفی مؤثر باشد.

هر پژوهشی خواه ناخواه با محدودیت‌هایی روبرو است که امکان تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. در این پژوهش بدلیل اینکه بیماران شرکت کننده، از کلینیک‌ها و مطب‌های خصوصی به صورت در دسترس انتخاب شدند، تعمیم نتایج حاصل از این مطالعه به همه افراد مبتلا به دردهای عضلانی- اسکلتی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین این پژوهش به روش رابطه همبستگی بوده و روابط علّی بین متغیرها و نیز نقش مداخله درمانی شفقت خود در بهبود مشکلات روانشناختی مرتبط با درد بررسی نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود، که برای اعتبار بخشی بیشتر به نتایج، این پژوهش بر روی نمونه‌های بزرگتر نیز انجام گیرد. همچنین در مطالعات آتی بررسی روابط علّی متغیرها به صورت ساختاری و نقش مداخله درمانی شفقت خود در بهبود مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به دردهای عضلانی- اسکلتی نیز پیشنهاد می‌شود. به علاوه به واسطه‌ی نقش مهمی که شفقت خود در این پژوهش در پیش‌بینی متغیرهای روانشناختی ناشی از درد داشته است، بنابراین می‌توان گفت که اهمیت شفقت خود در کنترل متغیرهای روانشناختی درد بسیار حائز اهمیت است و توجه به این سازه و تلاش به تقویت و آموزش آن به بیماران به روانشناسان و درمانگران پیشنهاد می‌شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش‌های پیشین و نیز نتایج حاصل از پژوهش حاضر، توجه به جنبه‌های روانی بیماری خصوصاً در بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های عضلانی- اسکلتی می‌تواند، در تسهیل دوران درمان و بهبود عملکردهای روانشناختی بیماران نقش بسزایی داشته باشد. از آنجا که در این پژوهش شفقت خود رابطه‌ی همبستگی معناداری با بسیاری از متغیرهای روانشناختی ناشی از درد داشته است، می‌توان گفت که اهمیت شفقت خود در کنترل متغیرهای روانشناختی درد بسیار حائز اهمیت است و توجه به این سازه و تلاش به تقویت و آموزش آن به بیماران عنوان یک راهکار مفید در جهت پیشگیری از بروز مشکلات روان شناختی این بیماران در نظر گرفته شود.

تقدیر و تشکر

در پایان لازم است از تمام عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، به ویژه بیماران عضلانی- اسکلتی که علی رغم وجود درد با صبر و حوصله یاری گر محققین این پژوهش بودند تشکر و قدردانی شود.

منابع مالی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم شیما صالحی، به راهنمایی سرکار خانم دکتر ایلناز سجادیان می باشد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

References

1. Garg A, kapellusch JM. Applications of biomechanics for prevention of work- related musculoskeletal disorder. Ergonomics, 2009; 52(1): 36-59.
2. Wai EK, Roffey DM, Bioshop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of occupational lifting and low back pain: results of systematic review. Spain J, 2010; 10(6): 554-566.
3. Gangopadhyay S, Gosh T, Dos T, Ghoshal G, DAS BB. Prevalence of upper limb musculoskeletal disorders among brass metal workers in west Bongal India. Health Phys, 2007; 45: 365-370.
4. Vowles K, McNeil D, Groos R, MC Daniel, Mouse A. Effects of pain acceptance and pain control strategies on physical impairment in individuals with chronic low back pain. Behav Ther, 2007; 38: 412-425.
5. Neziri AY, Scaramozzino P, Andersen OK, Dickenson AH, Arendt- Nielsen L, Curatola M. Refernce vulues of mechanical and thermal pain tests in a pain free population. Eur J Pain, 2011; 15(4): 376-383.
6. Asghari Moghaddam M A. 2011. [The measurement of pain: study new approaches to the psychology of pain (Persian)]. 1st et. Tehran: Roshd Publishing, 2011; 26.
7. Asghari Moghaddam M A, Karimzadeh N, Amarlou P. [The role of pain-related beliefs in adaptation to cancer (Persian)]. Daneshvar Med, 2005; 12(13): 1-22.
8. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. Psycho Assessment, 1995; 7(4): 524-532.
9. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. Pain, 2012; 153(6): 1144-1147.
10. Boer MJ, Struys MMR.S, Versteegen GJ. Pain–related catastrophizing in pain patients and people with pain in the general population. Eur J Pain, 2012; 16: 1044-1052.
11. Sturgeon JA, Zautra AJ. State and trait pain catastrophizing and emotional health in rheumatoid arthritis. J Behav Med, 2013; 45(1): 69-77.
12. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. Eur J Pain, 2007; 11(2): 153-163.
13. Denison E, Lindberg P. Self – efficacy fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patient in primary health care. J Pain, 2004; 111(3): 245-252.
14. Asghari A, Nicholas MK. Pain during mammography: the role of coping strategies. J Pain, 2004; 45: 111-121.
15. Ferrari S, Chiarotto A, Pellizzer M, Vanti C, Monticohe M. Pain self- efficacy Italian patients with chronic low back pain. Pain Practice (Ahead for print), 2015.
16. Ludman E, Peterson D, Katon WJ. Improving confidence for self-care in patients with depression and choronic illness. J Behav Med, 2013; 39(1): 1-6.
17. Watson D, Clarke LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. J Pers Soc Psychol, 1998; 54: 1063-1070.
18. Salami SO. Job stress and counterproductive work behavior: negative affectivity as a moderator. Soc Sci, 2010; 5: 486-492.
19. Turk DC, Monarch ES. Chronic pain. In: P Kennedy, S Llewelyn (Eds). The Essentials of Cilinical Health Psychology. Sanfrancisco: Jossey-Bass, 2006; 111-134.
20. Gurung RAR. Health psychology: a cultural approach. SanFrancisco: Jossey-Bass, 2006; 257-283.
21. Arimitsu K, Hofman SG. Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. Pers Indiv Differ, 2015; 74: 41-48.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

22. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion an emotinal regulation strategy in major depressive disorder. Behav Res Ther, 2014; 58: 43-51.
23. Neff KD. Development and validation of a scale to measure self-compassion. Self-Identity, 2003a; 2: 223-250.
24. Neff KD. The role of self- compassion in development: a healthier way to relate to oneself. Hum Dev, 2009; 52: 211-214.
25. Neff KD. Self -compasiion and other- focused responding. Paper presented at the 8th annual convention of the society for personality and social psychology. Albuquerque NM, 2008 February.
26. Alen AB, Leary MR. Self- compassion, stress and coping. Soc Personal Psychol Compass, 2010; 4(2): 107-118.
27. Neff KD. Self-compassion, self-esteem and wellbeing. Soc Personal Psychol Compass, 2011; 5 (1): 1-12.
28. Forgas JP, Baumeister RF, Tice DM. The psycology of self- regulation: an introductory review. In Forgas JP, Baumeister RF, Tice DM (Eds). Psychology of self-regulation: Cognitive, affective, and motivational processes. New York: Psychology Press, 2009; 1- 17.
29. Neff KD. Self-compassion: An alternative couceptualization of a healthy attitude toward onself. Self-Identity, 2003b; 2: 85-102.
30. Terry LM, Leary RM. Self- compassion, self requlation and health. Self-Identity, 2011; 10(3): 352-362.
31. Neff KD, Krikpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. J Res Pers, 2007 b; 41: 139-154.
32. Adams CE, Leary MR. Promoting self- compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. J Soc Clin Psychol, 2007; 26(10): 1120-1144.
33. Sirois FM, Kitner R, Hirsch JK. Self- compassion, affect and health behaviors. Health Psychol, 2014; 34(6): 661-669.
34. Sirois FM. A self- regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions emerging adults. Prev Med Rep, 2015; 2: 218-222.
35. Wern AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras AM, Huh BK, Rogers LL, Keefe FJ. Self- compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. J Pain Symptom Manage, 2012; 43(4): 759-770.
36. Knofczynski GT, Mundfrom D. Sample size when using multiple linear regression for prediction. Educ Psychol Meas, 2008; 68(3): 431-442.
37. Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. Self –compassion in Iranian muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health and religious orientation. Int J Psychol Relig, 2012; 22(2): 106-118.
38. Von Korff M. Epidemiological and survey method: chronic pain assessment. In: Turk DC, Melzack R (Eds). Hand book of pain assessment. New York: Guilford Press, 1992.
39. Sajjadian I, Neshatdoost HT, Molavi H, Bagherian Sararoudi R. Cognitive and emotional factors affecting chronic women's back pain: The role of fear-avoidance beliefs, disaster-induced pain and anxiety (Persian)]. J Res Behav Sci, 2012; 9(5): 79-90.
40. Nicholas MK. Self-efficacy and chronic pain. Scotland: Annual Conference of the British Psychological Society st Andrews, 1989.
41. Asghari A, Nicholas MK. An investigation of pain self-efficacy in Iranian chronic pain patients: a preliminary validation of a translated English-language scale. Pain, 2009; 10: 619-632.
42. Besharat M A. [Psychometric Properties of the Farsi List of Positive and Negative Emotions (Persian)]. Research Report, University of Tehran, 2008.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]

Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2018, Vol 8, NO 2

The Relation between Self-compassion with Intensity, Catastrophizig, and Self-efficacy of Pain and affect in Women with Musculoskeletal Pain

Shima Salehi[1], Ilnaz Sajjadian[2*]

1. *MSc in Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan*
2. *Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Isfahan(Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan*

ABSTRACT

Aims and background: Pain is one of the most common health problems. It inherently has a psychological nature and is a complex psychological experience. This research is to investigate the relationship between self-compassion with pain intensity, catastrophizing, self-efficacy of pain and affect in women with musculoskeletal pain.

Materials and methods: The Investigation procedure was according to correlational descriptive ones.For this purpose, among women with musculoskeletal pain in Isfahan who were referred to orthopedic clinics and private clinics in winter 2016, 180 persons were selected in accordance to available sampling method.The participants responded to the research tools including Self-compassion, pain multidimensional, pain catastrophizing, pain self-efficacy, positive and negative affects and demographic questionnaires. The data was analyzed using Pearson correlation coefficient and hierarchical regression analysis.

Findings: The results of pearson correlational analysis indicated that there was a significant negative relationship between self-compassion and pain intensity, pain catastrophizing and negative affect in the subjects. Also a positive relationship with pain self-efficacy and positive affect was found as the effect of self compassion. The results of hierarchical regression indicated a 10.5 percent of pain intensity variance after age and painful area control, a 14.4 percent of pain catastrophizing variance after education and marriage control, a 5 percent of pain self-efficacy variance after age control, a 10.3 percent of positive affects and 25.2 percent of negative affects after education control in accordance to self-compassion.

Conclusion: The results of this study indicate that self-compassion with the control of demographic variables predicts pain intensity, catastrophizing pain, self-efficacy of pain and positive and negative affects.

Keywords: Pain intensity, Pain catastrophizing, Pain self-efficacy, Affects, Self-compassion, Musculoskeletal pain.

Please cite this paper as:
Salehi S, Sajjadian I[The Relation between Self-compassion with Intensity, Catastrophizig, Self-efficacy of Pain and affects in Women with Musculoskeletal Pain(Persian)]. J Anesth Pain 2018;8(2):72-83.

Corresponding Author: Ilnaz Sajjadian, Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan. (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-13]