Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2021, Vol 12, NO 3



Structural Model of the Effect of Health Promoting Lifestyle and Distress Tolerance on Chronic Pain Acceptance in Patients with Chronic Musculoskeletal pain: Study of the Mediating Role of Learned Helplessness

Hoseinali Mohamadi[1], Sheida Jabalameli[2*], Sayed Abbas Haghayegh[3], Zohre Ranjbarkohan[4]

1. *PhD student of Health Pschology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran*
2. *Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran*
3. *Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran*
4. *Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Amin Nonprofit Institute of Higher Education, Fouladshahr, Iran*

ABSTRACT

Aims and background: Chronic musculoskeletal pain was one of the most common disorders in human societies. Incidence and improving of this disorders in addition to medical reasons, it is also deeply influenced by psychological factors. The aim of the present study was to evaluate the structural model of the relationship between health promoting lifestyles, Distress tolerance, Helplessness and Chronic Pain acceptance in patients with chronic musculoskeletal pain.

Materials and Methods: The present study was a descriptive correlational study using structural equation modeling. We used available sampling for selecting 384 patients with chronic musculoskeletal pain as the study population including patients with chronic musculoskeletal pain referred to Najafabad private clinics. Research Tools included health promoting lifestyle questionnaire (HPLQ, 1988), distress tolerance questionnaire (DTQ, 2005), chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ, 2006) and learned helplessness questionnaire (LHS, 1988). The data was analyzed by SPSS, AMOS and with help of structural equation modeling.

Result: The model of research was fit and the considered factor structure was optimal. The results indicated the health promoting lifestyles and distress tolerance had significant direct relationship with chronic pain acceptance. Learned helplessness had relative reverse relationship with chronic pain acceptance and had significant reverse relationship with health promoting lifestyles and distress tolerance. Also the mediatory role of learned helplessness in the relationship between health promoting lifestyle and distress tolerance were supported and relative reverse correlations were obtained ($p<0/05$).

Conclusion: Improving health promoting lifestyle and distress tolerance are involved in chronic pain acceptance in patients with chronic musculoskeletal pain. Learned helplessness was an important mediator, and associated with health promoting lifestyle and distress tolerance and it is important to pay attention to use therapy on the basis of these variables.

Keywords: Health Promoting Lifestyle, Pain Acceptance, Distress Tolerance, Learned Helplessness, Chronic Musculoskeletal Pain

Please cite this paper as:
Mohamadi HA, Jabalameli SH, Haghayegh SA, Ranjbarkohan Z[Structural Model of the Effect of Health Promoting Lifestyle and Distress Tolerance on Chronic Pain Acceptance in Patients with Chronic Musculoskeletal pain: Study of the Mediating Role of Learned Helplessness(Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(3):35-49.

Corresponding Author: Sheida Jabalameli, Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
Email: Jabalameli.Sh@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

الگوی ساختاری تاثیر سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامتی و تحمل پریشانی بر پذیرش درد مزمن در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی– استخوانی: نقش میانجی درماندگی آموخته شده

حسینعلی محمدی[۱]، شیدا جبل عاملی[۲*]، سیدعباس حقایق[۳]، زهره رنجبر کهن[۴]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۲ . استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی امین، فولادشهر، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۵ تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۱/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۱۸

چکیده

زمینـه و هـدف: دردهـای مزمـن عضلانـی- اسـتخوانی از رایـج تریـن ناراحتی‌هـای جوامـع انسـانی اسـت کـه بـروز و بهبـودی آن عـلاوه بـر علـل پزشـکی از عوامـل روانشـناختی نیـز بسـیار تاثیـر پذیـر اسـت. هـدف پژوهـش حاضـر تدویـن الگویـی سـاختاری از روابـط بیـن سـبک زندگـی ارتقـا دهنـده‌ی سـلامتی، تحمـل پریشـانی و درماندگـی آموختـه شـده بـا پذیـرش درد مزمـن در بیمـاران مبتـلا بـه دردهـای مزمـن عضلانـی- اسـتخوانی بـود.

مـواد و روش‌هـا: پژوهـش حاضـر توصیفـی از نـوع همبسـتگی و بـه شـیوه الگوی معـادلات سـاختاری اجـرا گردیـد. بدین منظـور از بیـن بیماران مبتـلا بـه دردهـای مزمـن عضلانـی- اسـکلتی شـهر نجف‌آبـاد در تابسـتان ۱۳۹۹، ۳۸۴ نفـر طبـق جـدول مـورگان بـه شـیوه‌ی نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند و بـه ابزارهـای پژوهش شـامل پرسشـنامه سـبک زندگـی ارتقا دهنـده‌ی سـلامتی (HPLQ)، تحمـل پریشـانی (TDQ)، پذیـرش درد (CPAQ) و درماندگـی آموختـه شـده (LHS) پاسـخ دادنـد. برای تحلیـل داده‌ها از نرم‌افزارهـای SPSS و AMOS اسـتفاده گردید.

یافته‌هـا: مـدل تحقیـق دارای بـرازش مطلوبـی بـود و سـاختار عاملـی در نظـر گرفتـه شـده بـرای آن مطلـوب بـود. سـبک زندگـی ارتقـا دهنـده‌ی سـلامتی و تحمـل پریشـانی بـا یکدیگـر و بـا پذیـرش درد ارتبـاط مثبـت و قـوی داشـتند. درماندگـی آموختـه شـده بـا پذیـرش درد مزمـن ارتباطـی نسـبی و منفـی داشـت. همچنیـن درماندگـی آموختـه شـده بـا سـبک زندگـی ارتقـا دهنـده‌ی سـلامتی و تحمـل پریشـانی ارتبـاط قـوی و منفـی داشـت. از نقـش میانجی‌گـری درماندگـی آموختـه شـده نیـز در ارتبـاط بیـن سـبک زندگـی ارتقـا دهنـده‌ی سـلامتی و تحمـل پریشـانی بـا پذیـرش درد حمایـت شـد و ارتبـاط نسـبی و منفـی بـه دسـت آمـد ($P<۰/۰۵$).

نتیجـه گیـری: بهبـود شـاخص سـبک زندگـی ارتقـا دهنـده‌ی سـلامتی و تحمـل پریشـانی موجـب بهبـود پذیـرش درد می‌گـردد. در ایـن میـان درماندگـی آموختـه شـده یـک میانجی‌گـر مهـم می‌باشـد و کاهـش آن ارتبـاط مثبتـی بـا بهبـود شـاخص تحمـل پریشـانی و سـبک زندگـی ارتقـا دهنـده سـلامتی دارد.

واژه‌هـای کلیـدی: سـبک زندگـی ارتقـا دهنـده‌ی سـلامتی، پذیـرش درد، تحمـل پریشـانی، درماندگـی آموختـه شـده، دردهـای مزمـن عضلانـی- اسـتخوانی

نویسنده مسئول: شیدا جبل عاملی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران
پست الکترونیک: Jabalameli.Sh@gmail.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

مقدمه

درد پدیده‌ای فراگیر و عمومی‌ترین فشار روانی است که تقریبا همه افراد در طول عمر خود آن را به نوعی تجربه می‌کنند. هیچ کدام از علایم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند[۱]. از نظر طول مدت، درد به دو دسته تقسیم می شود؛ درد حاد و درد مزمن. درد حاد دردی است با علت کاملا معین و دوره مشخص. در مقابل درد مزمن، به عنوان درد مداوم یا مکرر تعریف شده است که به مدت ۳ ماه یا بیشتر ادامه دارد[۲].

یکی از شایع‌ترین دردهای مزمن، دردهای عضلانی- اسکلتی هستند. دستگاه عضلانی- اسکلتی بسیار گسترده بوده و شامل استخوان‌ها، مفصل‌ها، عضلات، تاندون‌ها و رباط‌ها می‌باشد و عملکرد این اعضاء به شدت به یکدیگر وابسته است[۳]. بنابراین درمان پزشکی دردهای ناشی از اختلالات عضلانی- اسکلتی از نظر اقتصادی بسیار پرهزینه بوده، و از نظر فشار روانشناختی و درد و رنجی که گریبان گیر فرد می‌شوند، دارای رتبه نخست هستند[۴].

با توجه به ماهیت چند بعدی دردهای مزمن عضلانی- استخوانی، رویکرد کنونی در بهبودی درد به طور فزاینده‌ای از رویکرد جسمانی و دارویی فراتر رفته و نقش متغیرهای روانشناختی در مدیریت، بهبود و کنترل دردهای مزمن مورد توجه قرار گرفته است[۵]. در این راستا، یکی از مفاهیم با ارزش و مهم در نظریه‌های معاصر پیرامون چگونگی واکنش و سازگاری فرد با درد مزمن، مفهوم پذیرش درد است. پذیرش درد به معنی باور داشتن درد و محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن بوده که به فرد در جهت تلاش برای کنترل درد کمک می‌نماید[۶]. در واقع، پذیرش درد اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به صورتی که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعّالیت خود ادامه داده و در عین حال، برای کنترل درد نیز، تلاش نماید. بعلاوه، به دنبال پذیرش درد، فرد اقدامات غیر مؤثر برای کاهش درد را متوقف نموده و به جای آن بر مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند و پیگیری اهداف مناسب شخصی خود تمرکز می‌کند[۷].

در نتیجه، عملکرد روانی و جسمی مناسب تری خواهد داشت از این رو، نقش پذیرش درد در رابطه با تحمل محدودیت‌های ناشی از درد از اهمیت بالایی برخوردار است و راه را برای بهبودی و کنترل عوارض آن هموارتر می‌نماید تا مراحل بهبودی با سهولت و موفقّیت بیشتری طی گردد[۸].

بنابراین علاوه بر درمان‌های جسمانی، کاهش فشارهای عاطفی و دیگر مشکلات روان شناختی باید مد نظر باشد. یکی از این مشکلات، پریشانی است که یک آشفتگی زودگذر اما تکرار شونده در ذهن می‌باشد که به علت تفاوت بین واقعیت ادراک شده و تمایلات فردی ایجاد می‌شود. تحمل پریشانی به عنوان یکی از ابعاد هیجان یعنی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی نیز تعریف می‌شود[۹]. در این راستا درد مزمن بر کیفیت سلامت هیجانی و میزان تحمل پریشانی فرد تاثیرگذار است. به طوری که تحمل پریشانی و ناتوانی ارتباط نزدیکی با پذیرش درد داشته و پیش بینی کننده قوی در این زمینه است. بنابراین تحمل پریشانی را یک متغیر متفاوت فردی می‌توان دانست که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره دارد از آنجایی که زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی و پریشانی قابل توجهی است[۱۰]. اگر این فشارها کنترل و تعدیل نگردند باعث کاهش توانایی‌های عاطفی و هیجانی در فرد می‌شود و بیمار برخلاف تمایل خویش نمی تواند بر درد کنترلی داشته باشد؛ این امر در نهایت می‌تواند باعث تضعیف روحیهٔ بیماران، احساس ناامیدی و بروز درماندگی در آنها شوند[۱۱]. بیماران به دنبال تسکین تجربیات آزاردهنده درونی به یک سری رفتارهای منفی می‌پردازند. گروهی از این رفتارهای منفی در قالب رفتارهای معرف درماندگی آموخته شده تعریف می‌شود. بنابراین درماندگی آموخته شده در مفهوم کلی به معنای درک کنترل ناپذیر بودن رویدادهاست و معرف منفی‌ترین

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

حالت درک از خود است[۱۲] و عبارت است از تهدیدی نسبت به احساس کنترل فرد که اغلب فعالیت شدیدی را به قصد بازیابی کنترل به وجود می‌آورد. در نهایت این احساس فقدان کنترل منجر به کاهش انگیزش و بی میلی پایدار و بروز درماندگی آموخته شده در فرد می‌گردد[۱۳]. درماندگی آموخته شده به همراه عدم تسکین درد مزمن و پریشانی‌های متعاقب آن می‌تواند زمینه بروز سبک زندگی ناسالمی را بوجود آورده موجب وخامت اوضاع و حتی مرگ بیماران گردد. بنابراین اثرات درماندگی آموخته شده بسیار وسیع بوده و عوارض آن زندگی بیماران را در حیطه‌های مختلف شناختی، عاطفی، اجتماعی و به طور کلی سبک و شیوه‌ی زندگی تحت شعاع قرار می‌دهد[۱۴].

با توجه به آمار سازمان جهانی بهداشت ۷۰ تا ۸۰ درصد مرگ‌ها در کشورهای توسعه یافته و ۴۰ تا ۵۰ درصد مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه به دلیل بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی رخ می‌دهند و ۶۰ درصد کیفیت زندگی و وضعیت سلامتی یک شخص به رفتار و شیوه زندگی او بستگی دارد[۱۵]. بنابراین تغییر سبک زندگی بیماران با تاکید بر تغییراتی که موجب ارتقا سلامت آنها بشود از اولویت بالایی در برخورد و بهبودی این گونه بیماران برخوردار است. از آنجا که سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت الگویی چند بعدی از ادراکات و اعمال آغاز شده با انگیزه خود شخص می‌باشد موجب تداوم و تقویت سطح سلامتی بیماران شده و افزایش توانمندی آنان را برای رویارویی و پذیرش درد مزمن به دنبال خواهد داشت[۱۶]، با توجه به رشد روز افزون سالمندی و بروز بیماریهای اسکلتی مرتبط با این دوره و وجود جامعه بزرگی از جانبازان و معلولان در کشور، سازگاری با درد مزمن دغدغه و یک نیاز اساسی برای طیف وسیعی از اقشار جامعه‌ی است که در صورت عدم رسیدگی به آن عوارض روانشناختی بزرگی نیز بهمراه دارد که هزینه‌های روان درمانی گزافی را نیز به نظام بهداشت و سلامت کشور تحمیل می‌کند. با توجه به پیشینه پژوهش‌ها در کشورمان ارتباط ساختاری شاخص‌های تحمل پریشانی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با پذیرش درد مزمن به طور همزمان تا کنون بررسی نشده است. از طرفی مطالعه نقش درماندگی آموخته شده به عنوان یک میانجی در ارتباط بین پذیرش درد، تحمل پریشانی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی یک ایده نوآورانه به حساب می‌آید که از لحاظ روانشناختی نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا با توجه به اهمیت متغیرهای مذکور و لزوم کمک به پذیرش درد و سازگاری هیجانی بیماران مبتلا به درد از راه تبیین صحیح روابط میان این متغیرها، پژوهش حاضر درصدد بررسی برازش یک مدل است که به وسیله آن بتوان ارتباط پذیرش درد، تحمل پریشانی، درماندگی آموخته شده و سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامتی را در بیماران مبتلا به دردهای مضمن تعیین کند.

روش مطالعه

این پژوهش، یک مطالعه‌ی توصیفی، همبستگی از نوع معادلات ساختاری است، که از این روش به منظور سنجش صحت روابط نظری متغیرهای مدل پژوهش استفاده می‌شود[۱۷]. جامعه‌ی مورد مطالعه در پژوهش حاضر، کلیه بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی- اسکلتی شهرستان نجف آباد بودند که ۳۸۴ نفر از آن‌ها با نظر متخصص ارتوپدی بصورت نمونه در دسترس گزینش شدند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها درمطالعه شامل حداقل سپری شدن زمان سه ماهه از انواع دردهای عضلانی- اسکلتی (گردن و شانه، سینه و کمر، پشت، دست و پا)، حداقل تحصیلات سیکل و محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۷۰ سال بود. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش نیز، شامل درد مزمن به دلیل تومور، شکستگی شدید مهره‌ها، عفونت، سرطان، مصرف مواد و داروهای روانگردان و ابتلا هم زمان به سایر اختلالات جسمانی و روانی طبق نظر متخصص روانپزشکی بود که در روند پژوهش اختلال ایجاد می‌کرد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جهت اجرای این پژوهش کد اخلاق هم به شماره (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.114) از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی پس از بررسی‌های دقیق کارشناسی اخذ گردید. شیوه اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از صحبت کردن با بیماران مبتلا در صورت رضایت آنها برای پاسخ دادن به پرسشنامه و ارائه توضیحات کلی در خصوص پژوهش و لزوم صادقانه پاسخ دادن و اطمینان بخشی به آزمودنی‌ها جهت محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه در اختیار آزمودنی‌ها قرارگرفت. جهت تعیین و برازش مدل و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و AMOS استفاده شد.

ابزارهای مورد استفاده

جهت اجرای پژوهش از ابزارهای زیر استفاده گردید:

۱. برای سنجش مقیاس پذیرش بیماران در مقابل درد از پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CPAQ، ۲۰۰۶) استفاده شد که یک مقیاس خود توصیفی است و از ۲۰ عبارت تشکیل شده است. نتایج تحلیل عاملی نشان داده است که این مقیاس از دو عامل "تعهد به فعالیت" و "رضایت از درد" اشباع شده است. در واقع تمایل به درد با کاهش اجتناب و رها کردن تلاش برای کنترل درد و تعهد در فعالیت، با تمرکز روی دنبال کردن اهداف فردی و انجام فعالیت‌های ارزشمند، با وجود درد مشخص می‌شوند. نسخه فارسی این ابزار همانند نسخه اصلی آن، پذیرش درد مزمن را در قالب این دو خرده مقیاس تعهد به فعالیت (۱۱عبارت) و رضایت از درد (۹ عبارت) ارزیابی می‌کند. پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی (۰/۷۸ تا ۰/۹۱) برخوردار است[۱۸].

۲. به منظور بررسی تحمل پریشانی بیماران در مقابل درد از پرسش نامه خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی (TDQ، ۲۰۰۵) استفاده گردید. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم کننده برای تحمل پریشانی ارزیابی می‌کنند. این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و طیف لیکرتی است و نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده تحمل پریشانی بالا است. ضرایب آلفا ۰/۷۰و اعتبار بازآزمایی این پرسش نامه نیز ۰/۷۹ است[۱۹].

۳. برای سنجش سبک زندگی از پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده‌ی سلامت (HPLQ، ۱۹۸۸) استفاده گردید. که شامل ۴۸ عبارت است که شش بعد را اندازه‌گیری می‌کند. این شش بعد عبارتند از: تغذیه، ورزش، مسئولیت پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس)، حمایت بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی)، خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایت مندی). ضریب آلفای کرنباخ برای نمره کلی این پرسشنامه ۰/۹۴ می‌باشد. در این پرسشنامه نمرات بالاتر نشانگر سبک ارتقاء سلامت مثبت و نمرات پایین تر بیانگر سبک ارتقا سلامت منفی می‌باشد. بالاترین نمره در این آزمون (۴۸ سوالی) ۱۹۶ و پایین‌ترین نمره ۴۹ می‌باشد[۲۰].

۴. به منظور بررسی درماندگی آموخته شده از پرسشنامه درماندگی آموخته شده (LHS، ۱۹۸۸) استفاده گردید. این مقیاس براساس نظریه سلیگمن و تیازدیل (۱۹۷۱) و توسط کوینلس ونیلسون (۱۹۸۸) ایجاد شده است و شامل ۲۷ گویه‌ی ۱۰ گزینه‌ای بر مبنای طیف لیکرت است و نمره گذاری آن از طیف کاملاً مخالف،۱ تا کاملاً موافق۱۰ است. حداکثر نمره به دست آمده در این مقیاس ۲۷۰ و حداقل ۲۷ می‌باشد. از طریق چرخش واریماکس و تحلیل اکتشافی ۵ عامل اصلی برای این مقیاس مشخص شده است که شامل عوامل درونی- بیرونی، ثبات- بی‌ثبات، کلی- خاص، توانایی کنترل- ناتوانی در کنترل و نهایتاً عامل شرایط گزینش شخصی در

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

موقعیت‌هایی است که فرد، عمداً در آن شرکت می‌کند[۲۱]. اعتبار این پرسشنامه در پژوهش شکری و همکاران[۲۱] ۰/۷۹ و پایایی و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ می‌باشد.

اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی نیز که شامل سن، جنس، تاهل، تحصیلات، شغل، محل درد بودند توسط پرسشنامه محقق ساخته مورد بررسی قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های حاصل از پژوهش ابتدا، با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، همبستگی‌های بین متغیرها بررسی گردیدند، به منظور بررسی مدل پژوهش، از الگوی معادلات ساختاری استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها و برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی مدل یابی معادلات ساختاری را برآورد می‌کنند، چند مفروضه اصلی معادلات ساختاری شامل داده‌های گمشده، نرمال بودن و هم خطی چند گانه مورد بررسی قرار گرفتند. هم چنین برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها در بخش توصیفی از نرم‌افزار SPSS نسخه۲۳ و در بخش استنباطی از نرم‌افزار Amos نسخه ۲۴ استفاده گردید.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر جهت بررسی نرمال بودن متغیرها، از کجی وکشیدگی متغیرها استفاده شد. و به این ترتیب متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱۰ بودند و لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نبود. بررسی نشان داد که ارزش‌های تحمل بدست آمده ۰ هستند و نشان‌دهنده عدم عامل تورم واریانس بدست آمده برای متغیرهای کوچک‌تر از۱۰ بودند که نشان دهنده عدم هم خطی چندگانه بین متغیرهاست. مدل ساختاری پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.

نتایج حاصل از بررسی خصوصیات جمعیت شناختی نشان داد از لحاظ متغیر جنسیت ۷۴/۲ درصد از آزمودنی‌ها زنان و ۲۵/۸ درصد مردان بوده، میانگین سنی آن‌ها نیز حدود ۴۳ سال (با انحراف استاندارد۹/۳۱) می‌باشد که کمترین سن مربوط به۲۰ سال و بیشترین سن مربوط به ۶۷ سال است. از لحاظ تاهل نیز ۹۳/۸ درصد متاهل و ۴/۲ درصد مجرد و از لحاظ میزان تحصیلات نیز، ۳۴/۹ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۲۳/۲ تحصیلات لیسانس، ۲۲/۹ درصد دارای تحصیلات فوق دیپلم،۸/۹ درصد تحصیلات زیر دیپلم و ۴/۴ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر بودند. از لحاظ نوع شغل اکثریت خانه دار (۴۰/۶) بودند. از لحاظ میزان درآمد اکثریت درگروه درآمدی زیر ۵ میلیون تومان (۴۹/۲) قرار داشتند و از لحاظ محل درد بیشتر بیماران در ناحیه کمر (۵۶ درصد) و کمترین آنها در ناحیه گردن (۳/۱) درد داشتند.

جدول ۱: توصیف متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
میزان سبک زندگی	۱۵۱/۷۵	۵۵/۸۷	۷۱	۲۴۰
میزان تحمل پریشانی	۴۸/۸۳	۱۹/۱۹	۱۹	۱۰۱
میزان درماندگی آموخته شده	۸۵/۵۷	۶۲/۷۵	۲۷	۲۳۵
میزان پذیرش درد	۸۷/۸۴	۲۴/۸۲	۳۰	۱۴۵

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جـدول شـماره ۱ مقادیـر توصیفـی متغیرهـای تحقیـق را نشـان می‌دهـد. نظـر بـه ایـن کـه اسـاس مدلسـازی معـادلات سـاختاری برمبنـای ماتریـس واریانس-کوواریانـس یـا همبسـتگی بیـن متغیرهـا اسـت، لـذا درجـدول شـماره۲ ماتریـس همبسـتگی بین متغیرهای پژوهش آورده شـده اسـت.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	سبک زندگی	تحمل پریشانی	درماندگی آموخته شده	پذیرش درد
میزان سبک زندگی				
میزان تحمل پریشانی	۰/۸۱۴**			
میزان درماندگی آموخته شده	-۰/۵۳۵**	-۰/۵۱۰**		
میزان پذیرش درد	۰/۷۴۷**	۰/۵۲۹**	-۰/۳۵۸**	

** معنی داری در سطح P<۰/۰۵

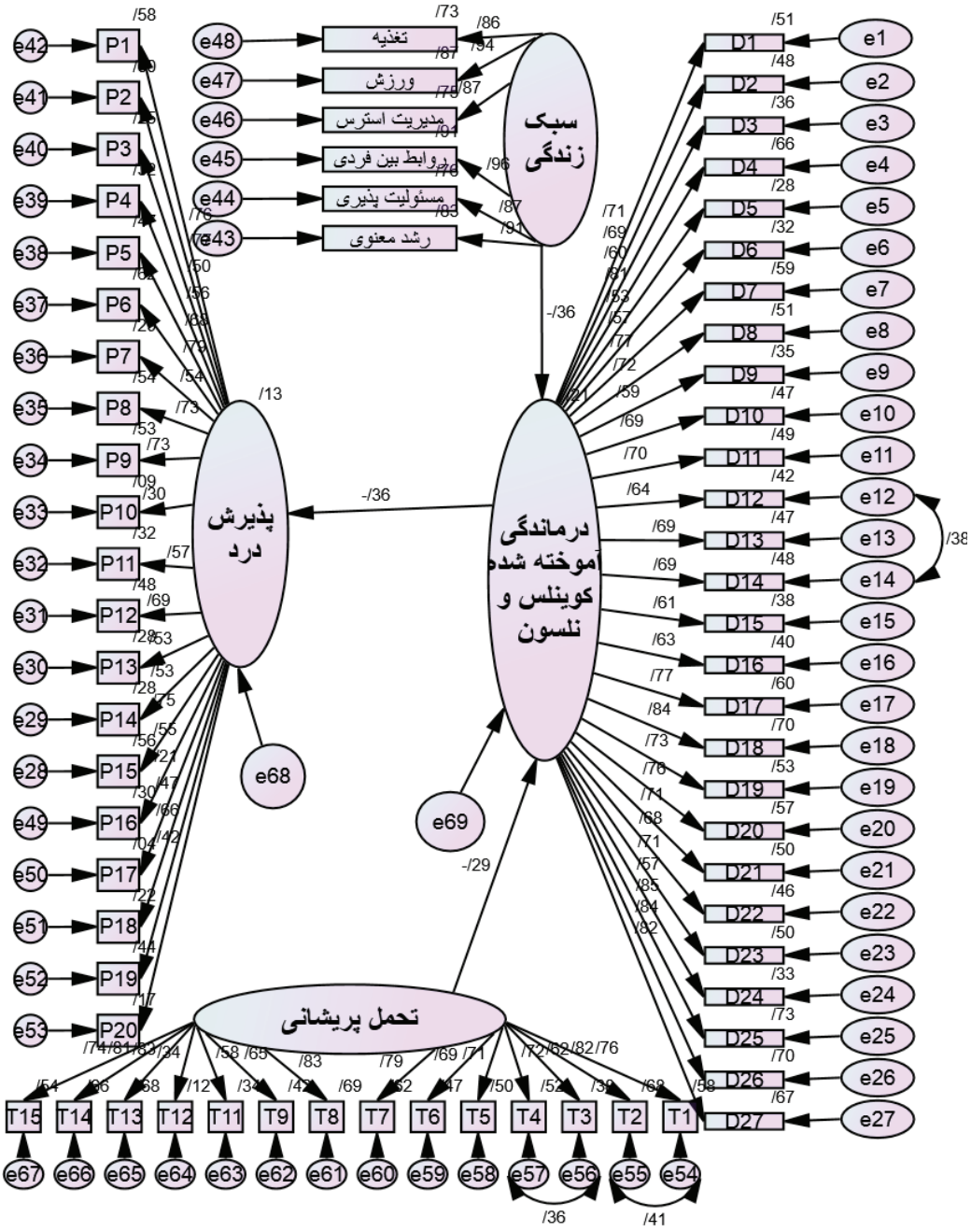
نتایـج جـدول شـماره۲ نشـان می‌دهـد رابطـه بیـن سـبک زندگـی بـا تحمـل پریشـانی و درماندگـی آموختـه شـده و پذیـرش درد در سـطح اطمینـان ۹۵٪ (P<۰/۰۵) معنـادار می‌باشـد. آزمـون بـرازش مـدل مفهومـی پژوهـش، سـبک زندگـی ارتقـا دهنـده سـلامت و تحمـل پریشـانی بـا پذیـرش درد در حضـور متغیـر میانجـی درماندگـی آموختـه شـده در بیمـاران مبتـلا بـه دردهـای مفصلـی عضلانـی- اسـتخوانی در جـدول شـماره ۳ آمـده اسـت.

جدول ۳ : شاخص‌های کلی برازش تحلیل مدل معادلات ساختاری فرضیات پژوهش

شاخص		مقدار	مقدار مطلوب	وضعیت
معادل فارسی	انگلیسی			
خی دو	χ^2	۱۳۳۳۳/۱۳	-	-
ریشه میانگین مربعات باقیمانده	RMR	۰/۰۴۱	کمتر از ۰/۰۵	مطلوب
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۲	مساوی یا بیشتر از ۰/۹۰	مطلوب
شاخص برازش افزایشی	IFI	۰/۹۲	مساوی یا بیشتر از ۰/۹۰	مطلوب
شاخص نیکویی برازش مقتصد	PGFI	۰/۵۴	بزرگتر از ۰/۵۰	مطلوب
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	RMSEA	۰/۰۷۵	کمتر از ۰/۰۸	مطلوب
خی دو بهنجار شده	CMIN/DF	۲/۷۸	بین ۱ تا ۳	مطلوب

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

نتایج جدول شماره۳، نشان می‌دهد که شاخص‌های نسبت خی دو به درجه آزادی CMIN/DF برابر با ۲/۷۸، شاخص برازش مطلق RMR کمتر از ۰/۰۵، شاخص‌های برازش تطبیقی CFI و IFI بیشتر از ۰/۹۰، شاخص نیکویی برازش مقتصد PGFI برابر با ۰/۵۴ و شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۷۵ در سطح قابل قبولی قرار دارند، بدین معنی که مدل تحقیق دارای برازش خوبی بوده و ساختار عاملی در نظر گرفته شده برای آن مطلوب است.



شکل ۱ : مدل معادلات ساختاری فرضیه پژوهش

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۴: ضریب رگرسیونی (نتیجه آزمون فرضیه پژوهش)

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	نوع اثر	ضریب استاندارد نشده	ضریب استاندارد شده(بتا)	آماره معناداری	انحراف معیار	P	نتیجه
پذیرش درد	درماندگی آموخته شده	مستقیم	-۰/۲۳۲	-۰/۳۶۵	-۶/۴۹۸	۰/۰۳۶	۰/۰۰۰	تایید
	سبک زندگی	غیرمستقیم (از طریق درماندگی آموخته شده)	-۰/۱۵۵	-۰/۳۶۴	-۶/۷۶۹	۰/۰۲۳	۰/۰۰۰	تایید
	تحمل پریشانی	غیرمستقیم (از طریق درماندگی آموخته شده)	۰/۳۸۶	-۰/۳۲۶	-۶/۰۲۹	۰/۰۶۶	۰/۰۰۰	تایید

با توجه به ضرایب تاثیر استاندارد شده (۰/۳۶۴-، ۰/۳۲۶) و مقدار sig< ۰،۰۵ برای P نشان از تایید فرضیه پژوهش دارد. پس با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت که سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و تحمل پریشانی با پذیرش درد در حضور متغییر میانجی درماندگی آموخته شده در بیماران مبتلا به دردهای مفصلی عضلانی- استخوانی رابطه معکوس و منفی دارد. سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و تحمل پریشانی به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق درماندگی آموخته شده بر پذیرش درد رابطه معکوس و منفی دارد. در این فرضیه رابطه مستقیم (درماندگی آموخته شده و پذیرش درد) معنادار است و همچنین رابطه غیر مستقیم (سبک زندگی و پذیرش درد از طریق درماندگی آموخته شده) هم معنادار است. روی هم رفته، نتایج بدست آمده از مباحث نظری و مدل مفهومی مطرح شده پشتیبانی می‌کند و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و تحمل پریشانی به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق درماندگی آموخته شده با پذیرش درد مرتبط است و لذا فرضیه پژوهش مورد تایید است.

بحث

احساس درد علاوه بر جنبه حسی، یک تجربه هیجانی نیز محسوب می‌شود[۲۲] و اجزای عاطفی آن مشتمل بر حالت هیجانی متعددی است که اساساً ماهیت منفی دارند[۲۳]. درد اسکلتی- عضلانی مزمن یکی از بیماری‌های شایع در جمعیت عمومی است که درحدود (۳۵-۱۷٪) از بزرگسالان را درگیر خود می‌کند. بیماران مبتلا، به دلیل شرایط دشوار خود با دامنه وسیعی از احساسات منفی مانند اضطراب، پریشانی و درماندگی مواجه هستند، به ویژه هنگامی که بیماری منجر به کاهش نقش‌ها، فعالیت‌های ارزشمند و تغییر در ارتباطات اجتماعی می‌شود. چنانچه مشکلات و اختلالات روانی بیماران به مدت طولانی ادامه پیدا کند، موجب وخامت بیماری جسمی شده، با ایجاد اختلال در روند درمان مانع از تأثیر روش‌های درمانی می‌شود[۲۴].

بدین منظور پژوهش حاضر با هدف پیش بینی پذیرش درد مزمن بر اساس سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامتی، تحمل پریشانی و با میانجی‌گری درماندگی آموخته شده در بیماران مبتلا به دردهای مزمن عضلانی-استخوانی به صورت یک مدل انجام شد. با تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، مدل پژوهش تایید شد و نشانگر تاثیر مستقیم سبک زندگی ارتقا دهنده‌ی سلامتی، تحمل پریشانی و درماندگی آموخته شده و تاثیر غیر مستقیم آنها به واسطه درماندگی آموخته شده بر پذیرش درد مزمن بود. همسو با نتایج پژوهش حاضر، در پژوهشی که توسط

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

میدندورپ و همکاران[۲۵] انجام گرفت، مشخص شد که راهبردهای اجتناب هیجانی در بیماران بطور چشمگیری با پریشانی عاطفی و احساس درماندگی و بطور متوسطی با درد و خستگی مربوط است بطوری که تجربه شدید هیجانات منفی با درد بیشتر در بیمارانی که ناتوانی نسبی در توصیف هیجانات داشتند، مربوط می‌شد. حتی این افزایش درد در مواقعی منجر به احساس درماندگی و نا امیدی و پریشانی شدیدتر هیجانی می‌گردد. بنابراین تحمل پایین پریشانی می‌تواند به کاهش سلامت روانی و جسمی منجر شود و باعث ناتوانی عملکردی شخص گشته و با بروز درماندگی سبب کاهش کیفیت زندگی گردیده و در صورت تکرار آن به شکل درماندگی آموخته شده بروز نماید. بنابراین ابراز هیجان و تحمل بالای پریشانی موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران می‌گردد.

نتیجه دیگر این پژوهش نیز نشان دهنده تاثیر پذیرش درد بر کیفیت زندگی است و همسو با نتایج تحقیق وولز و مک کراکن است که بیان می‌کند پذیرش درد و ارزش‌های فرد به صورت قابل ملاحظه‌ای با کاهش درد، ناراحتی مرتبط با درد، اضطراب و اجتناب مرتبط با درد و تحمل بیشتر پریشانی‌های ناشی از درد، همراه بود[۲۶]. در واقع، پذیرش درد اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی و گامی در جهت ارتقا سبک زندگی سالم است، به صورتی که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه دهد و در عین حال، برای کنترل درد نیز تلاش کند و تحمل پریشانی و فشارهای روانی حاصل از بیماری را بیشتر تحمل کند و آنها را درجهت بهبود سبک زندگی هدایت کند[۲۷] و اقدامات غیر مؤثر برای کاهش درد را متوقف نموده و به جای آن بر مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند و پیگیری اهداف مناسب شخصی خود تمرکز کند که این نوع تبیین همسو با نتایج بررسی تاثیر مثبت پذیرش درد بر ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نیز می‌باشد. در واقع، ارتباط بین کیفیت زندگی و مشکلات هیجانی دوسویه است و پایین بودن کیفیت زندگی منجر به بروز مشکلات هیجانی می‌شود و خود این مشکلات نیز موجب کاهش هرچه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود[۲۸]. از طرفی، تنظیم هیجانی موثر با تحمل بهتر پریشانی و ارتقای سبک زندگی سالم و کاهش احساسات منفی در ارتباط است. بدین ترتیب هر عامل یا ویژگی که موجب تنظیم هیجان گردد، به طبع با سلامت جسمی و کیفیت زندگی مرتبط با آن موثر است؛ امید، بخشودگی، رها کردن خصومت با تحمل بهتر فشار و پریشانی حاصل از درد مزمن و ارتقای سلامت جسمی ارتباط دارند[۲۹]. علاوه بر این، Wachholt و همکاران معتقدند سبک زندگی سالم مبتنی بر اعتقادات و تمرین‌های معنوی ممکن است بر ادراک و تحمل درد و پریشانی حاصل از آن تأثیرگذار باشد[۳۰]. این امر می‌تواند موجب افزایش پذیرش درد در بیماران مبتلا گردد؛ چرا که به نظر می‌رسد این نگرش‌ها، درک واقع‌بینانه از موقعیت و شرایط موجود را در افراد افزایش می‌دهد. بهزیستی بیماران مبتلا به درد مزمن با ادامه فعالیت‌های زندگی که متضمن یک نگرش پذیرا نسبت به درد می‌باشد، به هم گره خورده است و این پذیرش موجب انتخاب سبکی از زندگی می‌گردد که رو به رشد و ارتقا دهنده سلامتی خواهد بود[۳۱].

همچنین همسو با یافته‌های این تحقیق در پژوهشی که توسط بیچری و همکاران انجام شد، نتایج نشان دهنده تاثیر ابراز هیجان منفی به شیوه درست، در تحمل بهتر پریشانی و مدیریت هیجانات و تاثیر آن بر کیفیت زندگی بود[۳۲]. در پژوهشی نیز که توسط تلا و همکاران با هدف بررسی تجربه درد و نقش پریشانی شناختی انجام گرفت، ارتباط تشدید درد و پریشانی روانشناختی را که می‌توانست منجر به درماندگی شود در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نشان داد[۳۳]. در تبیین این نتایج می‌توان اذعان داشت، که بنا به مدل پیشنهادی سیرویس با افزایش تقویت رفتارهای خود تنظیمی و ارتقا دهنده‌ی سلامتی شخص، رفتارهای خود را مدیریت و کنترل بهتری می‌کند و اغلب به دنبال فعالیت‌هایی است

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

کـه او را در جهـت بهبـود سـلامتی پیـش ببـرد. در واقـع اگرچـه بعضـی از رفتارهـای ارتقـا دهنـده سـلامتی ممکـن اسـت تأثیـر مسـتقیمی بـر شـدت درد نداشـته باشـد، ولـی ادراک شـخص را از درد کاهـش می‌دهـد. زیـرا وقتـی کـه شـخص مرتـب بـه دنبـال رفتارهـا و فعالیت‌هـای سـالم باشـد، تمرکـز کمتـری روی شـدت درد و ناراحتی‌هـای ناشـی از آن دارد کـه ایـن خـود می‌توانـد شـخص را در کاهـش ادراک درد و تحمـل بهتـر پریشـانی حاصـل از درد و پیشـگیری از درماندگـی آموختـه شـده یـاری دهـد و بـه دنبـال درک ایـن موضـوع کـه درد بیمـاری‌های اسـکلتی یـک مشـکل عـادی و جزئـی از مشـکلات بشـری اسـت، شـخص در مسـیر تجربـه‌ی درد بـه سـمت رویکـرد انطباقـی و پذیـرش درد سـوق پیـدا می‌کنـد[۳۴].

وقتـی بیمـار بـا افـکار تـرس و اجتنـاب درگیـر باشـد، ایـن رفتـار مجـددا باعـث تشـدید افـکار منفـی و بدتـر شـدن وضعیـت شـخص شـده بـروز درماندگـی آموختـه شـده را تسـهیل می‌کنـد. ولـی پیگیـری اجـرای سـبک زندگـی ارتقـا دهنـده سـلامتی شـخص را از چنیـن راهبردهـای منفـی، حفـظ می‌کنـد و بـا تعامـل اجتماعـی مثبـت بـا دیگـران باعـث دوری از افـکار منفـی و پرهیـز از بـروز درماندگـی آموختـه شـده می‌شـود[۳۵].

در نتیجـه ایـن فعالیت‌هـا بایـد حتمـا درون مایـه‌ای ماننـد پذیـرش و خـودکار آمـدی داشـته باشـد تـا ایـن اتصـال زنجیره‌هـا حفـظ شـود و شـخص اصـرار بـه گسـترش فعالیت‌هـای خـود داشـته باشـد[۳۶].

در ادامـه همسـو بـا یافته‌هـای ایـن تحقیـق، رامیـز، ماسـتر، اسـتیو و لوپـز ارتبـاط بیـن تحمـل پریشـانی و تـاب آوری و سـازگاری درد را بررسـی کردنـد و بـه ایـن نتیجـه رسـیدند کـه تحمـل پریشـانی و تـاب‌آوری تأثیـرات مثبـت و مسـتقیمی بـا پذیـرش درد و شـیوه‌های مقابلـه‌ای فعـال دارد[۳۸] و پذیـرش در مقایسـه بـا برخـی از راهبردهـای مقابلـه بـا درد، پیش‌بینـی کننـده قوی‌تـری بـرای تحمـل بالاتـر پریشـانی و ناتوانـی اسـت[۳۹]. در واقـع یکـی از نتایـج تحمـل بـالای پریشـانی و تاب آوری بـر درد، ایجـاد هدفمنـدی در زندگـی اسـت، بـه طـوری کـه افـراد قادرنـد اهـداف و جهـت زندگـی گذشـته و حـال خـود را درک کـرده و از آن احسـاس معنایابـی کـرده و بـرای رسـیدن بـه اهـداف خودشـان، پافشـاری کننـد[۳۷]. در ایـن راسـتا و همسـو بـا ایـن نتیجـه، McCracken و همـکاران[۴۰] در مطالعـه خـود بـه ایـن نتیجـه رسـیدند کـه پذیـرش درد در کارکـرد روزانـه افـراد مبتـلا بـه دردهـای مزمـن، نقـش مهمی دارد بـه صورتـی کـه، افزایـش پذیـرش درد بـا کاهـش تجربـه درد، مشـکلات روان شـناختی و ناتوانایی‌هـای جسـمانی و افزایـش بهزیسـتی روان شـناختی ارتبـاط دارد. در ادامـه مطالعـه‌ی Carson و همـکاران، ارتباط بخشـودگی، درد، خشـم و پریشـانی‌های روانشـناختی در بیمـاران مبتـلا بـه کمـر درد مزمـن را مـورد بررسـی قـرار داد، نتایـج نشـان داد بیمارانـی که نمـره بالاتـری در متغیرهـای پذیرندگـی و بخشـودگی دارنـد درد، خشـم و پریشـانی‌های روانشـناختی کمتـری را تجربـه می‌کننـد[۴۱]. از طـرف دیگـر، سـطح پذیـرش درد می‌توانـد، شـدت درد را نیـز، پیـش بینـی نمایـد، بیمارانی که پذیـرش درد بیشـتری داشـتند شـدت اضطـراب، پریشانی و اسـتیصال کمتـری را گـزارش کردنـد[۴۲، ۴۳]. در توضیـح ایـن یافتـه می‌تـوان گفـت کـه پذیـرش درد بـا کارکردهـای اجتماعـی، جسـمی و روان شـناختی بهتـری همـراه اسـت کـه جهـت کاهـش پریشـانی کمـک کننـده هسـتند بـه عبـارت دیگـر، یکـی از عوامـل مهـم در ایجـاد تفاوت‌هـای فـردی بـرای مقابلـه بـا درد، پذیـرش آن اسـت[۴۴]. بـه طـور کلـی بـا مروری بـر ادبیـات پژوهشـی ایـن طـور می‌تـوان برداشـت کـرد کـه بهبـود تحمـل پریشـانی و مهارت‌هـای مقابلـه‌ای درد، زمینـه کاهـش آسـیب پذیـری نسـبت بـه تشـدید درد و پذیـرش بیشـتر درد را فراهـم می‌کننـد[۴۵]. بنابرایـن می‌تـوان گفـت تفـاوت اصلـی بیـن افـرادی کـه دسترسـی محـدود بـه خدمات بهداشـتی روانـی دارنـد و افـرادی کـه دسترسـی مناسـب‌تری بـه ایـن تسـهیلات دارنـد، پذیـرش و سـازگاری بهتـر بـا درد اسـت[۴۶] و راهـی بـرای کاهـش تأثیـر درد بـر روی عملکـرد فـرد می‌باشـد. ایـن ارتبـاط دو سـویه بیـن محدودیـت ناشـی از درد مزمـن و سـبک زندگـی، درد و محدودیـت ناشـی از آن می‌توانـد بـر روی الگـوی زندگـی بیمـار اثرگـذار بـوده و

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

خـود نیـز تحـت تأثیـر الگـوی زندگـی فـرد، قـرار گیـرد. از ایـن الگوهـا می‌تـوان بـه بـی تحرکـی، خـواب نامناسـب و عـوارض ناشـی از داروهـا اشـاره نمـود کـه باعـث افزایـش وزن و ابتـلا بـه بیماری‌هـای دیگـری می‌شـوند[۴۷،۴۸]. درمقابـل، نتایـج پژوهـش گیلمـور[۴۹] نشـان داد محدودیت‌هایـی ماننـد کاهـش فعالیت‌هـای حرکتـی، ارتباطـی بـا درد مزمـن و پذیـرش آن نـدارد. در توضیـح ایـن یافته‌هـا می‌تـوان ذکـر نمـود کـه بسـیاری از ایـن محدودیت‌هـا مرتبـط بـا نقش‌هـا و مسـئولیت‌های کمتـر بیمـاران بـوده و تفکیـک ایـن دو ممکـن اسـت دشـوار باشـد. از طـرف دیگـر، ممکـن اسـت بسـیاری از بیمـاران از ایـن محدودیت‌هـا بـه عنـوان یـک شـیوه سـازگاری بـا درد مزمـن خـود اسـتفاده نماینـد[۵۰]. بـا توجـه بـه تأثیـری کـه عوامـل زیسـتی، روانـی، اجتماعـی و همچنیـن مـدت زمـان ابتـلا بـه درد، بـر روی درد و واکنـش نسـبت بـه آن دارد، میـزان پذیـرش درد می‌توانـد متفـاوت باشـد[۵۱]. بدیـن منظـور، شـیوه‌های مختلـف تغییـر و ارتقـا سـبک زندگـی همچـون نحـوه غـذا خـوردن، ورزش، تغییـر وضعیـت خـواب، برنامـه روزانـه و بهـره منـدی از حمایت‌هـای خانوادگـی و اجتماعـی می‌بایسـت مـورد توجـه قرارگیـرد[۵۲]. از جملـه محدودیت‌هـای پژوهـش حاضـر اسـتفاده از روش خـود گزارشـی بـود کـه ممکـن اسـت همـراه بـا سـوگیری باشـد. اسـتفاده از روش نمونه‌گیـری در دسـترس بـرای انتخـاب نمونـه و عـدم همگنـی متغیرهـای جمعیـت شـناختی در آن‌هـا نیـز از جملـه محدودیت‌هـای دیگـر بـود. همچنیـن ایـن پژوهـش صرفـا بـر روی بیمـاران مبتـلا بـه دردهـای عضلانـی- اسـکلتی شهرسـتان نجف‌آبـاد انجـام گرفـت، لـذا بایـد تعمیـم نتایـج بـه بیمـاران دارای دیگـر دردهـای مزمـن و در شـهرهای دیگـر بـا احتیـاط صـورت بگیـرد. در ایـن راسـتا پیشـنهاد می‌شـود کـه در تحقیقـات بعـدی، از روش‌هـای دقیق‌تـر نمونه‌گیـری ماننـد نمونه‌گیـری تصادفـی اسـتفاده شـود. عـلاوه بـر این، بیمـاران شـهرهای دیگـر و بیمـاران مبتلا بـه دیگـر دردهـای مزمـن نیـز مـورد مطالعـه قـرار گیرنـد. بـه طـور کلـی می‌تـوان بـا بهره‌گیـری از یافته‌هـای ایـن پژوهـش، بـا شناسـایی عوامـل روانشـناختی موثـر بـر درد مزمـن، مداخـلات روانشـناختی پیشـگیری کننـده و درمانـی را تهیـه کـرد و در کنـار درمان‌هـای دارویـی و پزشـکی، بـه متخصصـان مربوطـه و دسـت‌اندکاران سـلامت در جهـت ارائـه مراقبت‌هـای بهتـر بـرای مدیریت مؤثـر درد مزمن کمـک نمود.

نتیجه گیری

بـه طـور خلاصـه نتایـج ایـن پژوهـش بیانگـر ایـن بـود کـه سـبک زندگـی ارتقـا دهنـده سـلامت و تحمـل پریشـانی بـه صـورت مسـتقیم و غیـر مسـتقیم از طریـق درماندگـی آموختـه شـده بـر پذیـرش درد تاثیـر دارنـد. بنابرایـن توجـه بـه ایـن عوامـل روانشـناختی و تـلاش بـرای تقویـت و آمـوزش آن‌هـا بـه بیمـاران مبتـلا بـه درد عضلانـی- اسـتخوانی، می‌توانـد بـه عنـوان یـک راهـکار مفیـد در جهـت پیشـگیری و کاهـش بـروز مشـکلات روانشـناختی مرتبـط بـا درد در ایـن بیمـاران در نظـر گرفتـه شـود.

تقدیر و تشکر

بـه رسـم اخـلاق و امانـت داری علمـی، از تمامـی کارکنـان و پزشـکان بیمارسـتانها، مراکـز درمانـی و کلینیک‌هـای شـهر نجف‌آبـاد و بیمـاران شـرکت کننـده در ایـن پژوهـش سپاسـگزاری می‌نماییـم.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

References

1. Gatchel RJ, Kathryn HR. Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy. Spine J. 2008; 8: 40-44.
2. Anbari S, Estaji Z, Rastaqhi S. Assessment effect of rosa damascena juice aromatherapy on elderly chronic musculoskeletal pain in Sabzevar Retirement Clubs. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2018; 13 (2): 250-261.
3. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
4. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain. Pain. 2019; 160 (1): 69-76. [DOI:10.1097/j.pain.0000000000001362] [PMID]
5. Turner JA, Anderson ML, Balderson BH, Cook AJ, Sherman KJ, Cherkin DC. Mindfulnessbased stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. Pain. 2016;157(11):2434-44.
6. Rodero B, Luciano JV, Montero-Marín J, Casanueva B, Palacin JC, Gili M, del Hoyo YL, Serrano Blanco A, Garcia-Campayo J. Perceived injustice in fibromyalgia: psychometric characteristics of the Injustice Experience Questionnaire and relationship with pain catastrophising and pain acceptance. Journal of psychosomatic research. 2012;73(2):86-91.
7. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and metaanalysis. PAIN®. 2011;152(3):533-42.
8. Nicholas MK, Asghari A. Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: Is acceptance broader than we thought? Pain. 2006; 124 (3):269-79.
9. Mazaheri M, Mohammadi N, Daqaqzadeh H, Afshar H. [The Effect of Emotion Regulation on the Amount of Tension Tolerance and Emotion Regulation Difficulties in Women with Tension-type Headaches(Persian)]. JSSU. 2017;24(10):840-851.
10. O'Cleirigh C, Ironson G, Smits JA. Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV?. Behavior therapy. 2007 Sep 1;38(3):314-23.
11. Archer K, Coronado RA, Ehde D, Vanston S, KoyamaT, Phillips S, Mcgirt MJ, Spengler D, Aaronson OS, Cheng JS, Devin CJ. fear Of Movement And Pain Self-efficacy Mediate Outcomes Following A Targeted Rehabilitation Intervention After Spine Surgery: opl4. journal of Orthopaedic & Sports Physical. 2017; 47(1):A3-4.
12. Maier,S.,&Seligman,M.(2016).Learnedhelplessness at fifty: Insights from neuroscience. Psychological Review, 123(4), 349-367. doi:10.1037/rev0000033.
13. Peterson, C. (2010). Learned helplessness. In I. Weiner & W. Craighead (Eds.), TheCorsini encyclopedia of psychology (4th ed., Vol. 2, pp. 917-919). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
14. Ulusoy, Y., & Duy, B. (2013). Effectiveness of a Psycho-education Progra on Learned Helplessness and Irrational Beliefs. Educational Sciences: Theory & Practice, 13, 1440-1446.
15. Tol A, Tavassoli E, Shariferad GR, Shojaeezadeh D. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan University of Medical Sciences. Journal of education and health promotion 2013;2:11.
16. Profis M, Simon-Tuval T. The influence of healthcare workers' occupation on Health Promoting Lifestyle Profile. Ind Health. 2016;54(5):439-47.
17. Hooman, HA. [Structural equation modeling with LISREL application (Persian)]. Tehran: SAMT Publication, 2009.
18. McCracken LM, Vowles K. Acceptance of chronic

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

pain. Cur Pain Headache Rep 2006; 10(2):90-4. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. European journal of pain. 2007; 154111005555555,1(2):153-63.

19. Simons J, Gaher RM. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and Emotion 2005; 29(2): 83˚102.
20. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln, 1997.
21. Shokri, O; Farahani, M.N; Karami Nouri, R (2005), The effect of cognitive styles and learned helplessness (cognitive fatigue pattern) on cognitive problem solving, Psychological Research, 8(1): 59-83.
22. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. Psychol Aging. 2010 Sep; 25(3):516-23.
23. Demirbagh BC, Erci B.The effects of sleep and touch therapy accompanied by music and aromatherapy on the impact level of fibromyalgia patients. TAF Prev Med Bull 2014 ; 13:57-64.
24. Agar-Wilson M, Jackson T. Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain,independent of pain coping? Eur J Pain 2012;16(1):105-14.
25. Middendorp V. H, Lumley M. A,. Jacobs W.G J, van Doornen J. P.L, Bijlsmac W.J. J, Geenen R. Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. Journal of Psychosomatic Research 2008; 64 (2008): 159–167.
26. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and ValuesBased Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process: J Consult & Clin Psychol 2008; (76): 397-407.
27. Olsson L. G, Kemani M, Jensen K, Kosek E, Kadetoff D, Sorjonen K, Ingvar M, Wicksell R. Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: Arandomized controlled trial. Scandinavian J Pain 2012; 3(3): 183.
28. Jabalameli SH, Neshat doost HT, Moulavi H. Efficacy of cognitive-behavioral stress management intervention on quality of life and blood pressure in female patients with hypertension. SJKU. 2010; 15 (2): 88-97.
29. Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ. Mind/ body health: The effects of attitudes emotions, and relationships. San Francisco: Pearson; 2006. 21. Arimitsu K, Hofman SG. Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. Pers Indiv Differ, 2015; 74: 41-48.
30. Wachholtz AB, Pearce MJ, Koenig H. Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. J Behav Med 2007;30(4):311-18.
31. Alen AB, Leary MR. Self- compassion, stress and coping. Soc Personal Psychol Compass, 2010; 4(2): 107-118.
32. Biccheri E, Roussiau N, Mambet - Doue C. Fibromyalgia, Spirituality, Coping and Quality of Life. J Relig Health 2016; 55: 1189- 1197.
33. Tella D. M, Ghiggia A, Tesio V, Romeo A, Colonna F, Fusaro E, Torta R, Castelli L. Pain experience in Fibromyalgia Syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. Journal of Affective Disorders 2016.
34. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. Pain, 2012; 153(6): 1144-1147.
35. Raisi M, Kahrazei F, Sanagouye Moharer G. The effect of group mindfulness-based stress reduction program on Pain self-efficacy in patients with Thalassemia Major. JAP. 2020; 11 (3) :88-97
36. Sirois FM. A self- regulation resource model of selfcompassion and health behavior intentions emerging adults. Prev Med Rep, 2015; 2: 218-222.
37. Lyrakos GN, Kostopanagiotou G. Relationship

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

between Dispositional Optimism and Musculoskeletal Pain: An Analysis of the Role of Optimism in Health Related Quality of Life among Health Care Professionals with Musculoskeletal Pain. Nova scie. 2011,1-40.

38. Ramírez-Maestre C, Esteve R, López AE. The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. Span J Psychol. 2012 Mar;15(1):286-94.
39. Sadeghi M, Moradi Z. Effectiveness of Acceptance- and Commitment-Based Therapy on Pain Perception and Functional Disability in Women with Rheumatoid Arthritis. sjsph. 2020; 18 (2) :199-214.
40. McCracken LM, Eccleston C. Comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. Eur J Pain 2010;10(1):23-29.
41. Carson JW, Keefe FJ, Goli V, Fras AM, Lynch TR, Thorp SR, Buechler JL. Forgiveness and chronic low back pain: A preliminary study examining the relationship of forgiveness to pain, anger, and psychological distress. J Pain 2005;6(2):84-91.
42. Rezai S, Afshar Nejad T, Kafi M, Soltani R, Fallah Kohan S. [Relationship between Depression and Coping with pain in patients with chronic back pain A cross-sectional study, pain intensity and duration of disease control (Persian)]. Daneshvar Med J. 2009; 16(81): 63-74.
43. Rahmati N, Asghari A, Shairi MR, Paknejad M, Rahmati Z, Ghassami M, et al. [Psychometric properties of the Tampa Scale for Kinesioph obia amongst Iranian patients with chronic persistent pain(Persian)]. J Payesh 2014; 13(2):197-210.
44. raisi M, kahrazei F, sanagouye moharer G. The effect of group mindfulness-based stress reduction program on Pain self-efficacy in patients with Thalassemia Major. JAP. 2020; 11 (3) :88-97
45. Fathi S, Poyamanesh J, Ghamari M, FathiAgdam G. Comparison of the effectiveness of an emotion-based therapy and a treatment based on acceptance and commitment on the quality of life of women with chronic headache. Feyz. 2020; 24 (3): 302-311.
46. Biccheri E, Roussiau N, Mambet - Doue C. Fibromyalgia, Spirituality, Coping and Quality of Life. J Relig Health 2016; 55: 1189- 1197.
47. NeshatDoost H T, yousefzadeh M, Hashemi M, Talebi H, Taheri M, Momenzadeh S. Compare the Effectiveness of Cognitive- Behavior Therapy and Schema Therapy on reducing the cognitive error of pain catastrophizing and increase of pain self-efficacy in Tehranian Patients with Chronic Low Back Pain. JAP. 2020; 11 (2) :26-43.
48. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, & Khatibi A. [The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses (Persian)]. Journal of Behavioral Sciences, 2013; 7 (1): 57- 66.
49. Gilmour H. Chronic pain, activity restriction and flourishing mental health. Health Rep. 2015;26(1):15-22. PMID: 25606984
50. Baldassari AR, Cleveland RJ, Luong ML, Jonas BL, Consortium for the Longitudinal Evaluation of African Americans with Early Rheumatoid A, Conn DL, et al. Socioeconomic factors and self-reported health outcomes in African Americans with rheumatoid arthritis from the Southeastern United States: the contribution of childhood socioeconomic status. BMC Musculoskelet Disord. 2016;17:10. DOI: 10.1186/ s12891-016-0882-5 PMID: 26754747
51. Jabalameli SH, Banaeian A. Prediction of Pain Symptoms based on Meta-Cognitive Beliefs in Women with Migraine in Isfahan City. JAP. 2020; 11 (3) :14-27.
52. Przekop P, Haviland MG, Oda K, Morton KR. Prevalence and correlates of pain interference in older adults: why treating the whole body and mind is necessary. J Bodyw Mov Ther. 2015;19(2):217-25.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]