

ارتباط عامل‌های شخصیت، تنظیم و بازشناسی هیجان با کیفیت زندگی در

بیماران مبتلا به کمردرد مزمن

عباس ابوالقاسمی*، حسن صادقی**، مریم شهری***

دریافت مقاله :

۹۲/۵/۲۳

پذیرش:

۹۲/۱۰/۲۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط ابعاد شخصیت، تنظیم و بازشناسی هیجان با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می باشد.

روش: این پژوهش از نوع همبستگی است. نمونه ی پژوهش شامل ۸۰ بیمار مبتلا به کمردرد مزمن بود که از میان بیماران مراجعه کننده به کلینیکهای شهر اردبیل انتخاب شد. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه مقیاس تنظیم شناختی هیجان، آزمون بازشناسی حالات چهره‌ای، فرم کوتاه پرسشنامه ی شخصیتی نثو و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) استفاده شد. داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند گانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که بین تنظیم هیجانی مثبت ($r = 0/459$)، تنظیم هیجانی منفی ($r = 0/374$)، برونگرایی ($r = 0/251$)، گشودگی ($r = 0/226$)، با وجدان بودن ($r = 0/221$) و بازشناسی هیجانی ($r = -0/240$) با کیفیت زندگی رابطه دارند ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که حدود ۲۲ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط متغیرهای مورد مطالعه تبیین می شود. این یافته‌ها نشان می دهند که عامل‌های شخصیتی و هیجانی نقش مهمی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن دارند.

کلیدواژه‌ها: ابعاد شخصیت، تنظیم شناختی هیجان، کیفیت زندگی، کمردرد مزمن

*دانشیار، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول: HYPERLINK

{ "mailto:abolghasemi1344@uma.ac.ir" }

**باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اردبیل، اردبیل، ایران

*** باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

مقدمه

کمردرد یک اختلال با سبب شناسی مختلف بوده که در بین افراد زیادی رخ می‌دهد (بلیس^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). کمردرد مزمن یک وضعیت بیولوژیکی، روان‌شناختی و اجتماعی است که بیش از ۴۰ درصد مردم در طی یک ماه گذشته آن را گزارش کرده‌اند (بوناور^۲ و همکاران، ۲۰۰۸؛ برناردو^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). شیوع کمردرد ۳۰ درصد می‌باشد، ولی بالغ بر ۸۵ - ۷۰ درصد افراد در جوامع صنعتی کمردرد را حداقل یک بار در زندگی خود تجربه کرده‌اند، هزینه‌های کلی کمردرد برای جوامع ۱۰۰ - ۵۰ میلیون دلار در سال تخمین زده شده است که ۱۱ میلیون دلار آن صرف جبران خسارت ناشی از عدم فعالیت کار کردن افراد مبتلا به کمردرد می‌شود (سالیوان^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). وجود کمردرد باعث کاهش سطح فعالیت فیزیکی در زندگی روزمره می‌شود که این موضوع منجر به کاهش سطح فعالیت فیزیکی و در نتیجه ناتوانی بیشتر و کمردرد مزمن می‌شود (لورنس^۵ و همکاران، ۱۹۹۸، چاندا^۶ و همکاران، ۲۰۱۱).

درد مزمن باعث پایین آمدن سطح کیفیت زندگی و ادراک منفی از هویت خویش در بیماران می‌شود (لیم^۷، ۲۰۰۵). مطالعات اخیر نشان داده است که کیفیت زندگی افراد مبتلا به کمردرد مزمن بیش از آن که مربوط به مشکل جسمی آنها باشد، بیشتر مربوط به عملکرد جسمانی و مسائل روحی

روانی آنان است (هارنگ^۸ و همکاران، ۲۰۰۵). پترسون^۹ و همکاران (۲۰۰۵) با بررسی رضایت-مندی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن نشان دادند که عواملی مانند عملکرد، درد، وضعیت شغلی و استفاده از خدمات سلامتی چندان روی رضایت-مندی این بیماران تاثیر ندارد. در مقابل عوامل مربوط به فرد و شخصیت او، مثل توزیع درد، مدت علائم، سیگار کشیدن، فعالیت‌های اوقات فراغت، فشار ناشی از کار، رضایت شغلی، ترجیح نوع درمان و انتظار درمانی پیامد بهتری دارد. لونی و استرافورد^{۱۰} (۱۹۹۹) در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن نشان داد که تنها ۲۷ درصد از بیماران کاملاً بهبود، ۲۸ درصد تقریباً بهبود یافتند و ۳۰ درصد هیچ تغییری نشان ندادند و وضعیت ۱۴ درصد نیز در طی ۳ ماه بعد از درمان خیلی بد گزارش شد.

روابط قابل ملاحظه‌ای بین متغیرهای روان-شناختی، مقابله، کنترل متابولیک و کیفیت زندگی به دست آمده است (فیشر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۷). در دهه‌های اخیر، بسیاری از محققان بر این عقیده‌اند که مدل پنج عامل شخصیت می‌تواند دانش ما را درباره‌ی شخصیت و سلامتی افزایش دهد (کورتکی و هانا^{۱۲}، ۲۰۰۴). به طوری که می‌توان گفت هر یک از پنج عامل اصلی روان‌نژندگرای^{۱۳}، برون‌گرایی^{۱۴}، انعطاف‌پذیری^{۱۵}، دلدپذیربودن^{۱۶} و با وجدان بودن^{۱۷}

8. Homg
- 9 . Petersen
10. Loney & Stratford
11. Fisher
12. Korotkov & Hanna
- 13 .Neuroticism
- 14 .Exteraversion
- 15 .Openness
- 16 .Agrealenss
- 17 .Conscientiousness

- 1 .Blyth
2. Buenaver
3. Bernardo
4. Sullivan
5. Lawrence
6. Chanda
7. Lame

به عنوان صفات سازش یافته‌ای هستند که می‌توانند هم به فرد و هم به گروه جهت رسیدن به نیازهای اساسی شان کمک نمایند (بک^۱، ۱۹۹۱).

در زمینه شخصیت و ارتباط آن با مولفه‌های سلامت پژوهش‌ها نشان دادند که شادکامی با سطح بالای برون‌گرایی و سطح پایین روان‌نژندی در افراد مرتبط می‌باشد (فورنهام و چنگ^۲، ۱۹۹۷). افراد نودوست با نگرانی بیشتر درباره‌ی نیازهای دیگران، دوستان و خانواده، از نیازهای خود غفلت می‌کنند، در حالی که عواطف منفی افراد دارای سطوح بالای روان‌نژندگرایی، نگرانی لازم را برای مراقبت از خویشان فراهم می‌سازد (دیو و تی سو^۳، ۱۹۸۷). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ابعاد شخصیتی دلپذیر بودن و با وجدان بودن می‌تواند تسهیل‌کننده‌ی عمده‌ای در تجارب مثبت بیشتر به ترتیب در موقعیت‌های اجتماعی و کسب موفقیت باشند که در نتیجه آن، میزان احساس شادکامی افزایش پیدا می‌کند (گریتز و گاندرسون^۴، ۲۰۰۶؛ هیلز و آرگیل^۵، ۲۰۰۱؛ گوستاوسون^۶ و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین بر اساس پژوهش گوستاوسون و همکاران (۲۰۰۳) بعضی از صفات شخصیتی نقش مهمی در سبب‌شناسی و پیشرفت اختلالات دارند و شخصیت فرد می‌تواند به طور غیرمستقیم و از طریق ایجاد رفتارهای ناسالم نظیر سیگار کشیدن، سوء استفاده از مواد، بی‌خوابی، سوء تغذیه و... باعث بیماری و پایین آمدن کیفیت زندگی فرد شود.

نتایج تحقیقات برناردو و همکاران (بماردو^۷ و همکاران، ۲۰۰۵) نیز نشان داد که شخصیت (خصوصاً از طریق برون‌گرایی و روان‌نژندگرایی)، یکی از همبسته‌های بسیار مهم سلامتی محسوب می‌شود و بین انعطاف‌پذیری و عواطف ارتباط مثبتی وجود دارد. پژوهشی نشان داد که نمرات بالا در هر یک از ابزارهای سلامتی با برون‌گرایی بالاتر، روان‌نژندگرایی پایین و با وجدان بودن بالاتر همراه بودند و همچنین بین عامل‌های شخصیتی، رضایت از زندگی و کم‌درد مزمن ارتباط معناداری وجود دارد (آنینا^۸ و همکاران، ۲۰۱۲)

از طرف دیگر، تنظیم شناختی هیجانات می‌تواند نقش مهمی را در زندگی افراد داشته و در ارتقا کیفیت زندگی تاثیرگذار باشند. تنظیم شناختی هیجان در مدیریت هیجان‌ها نقش اساسی ایفا می‌کند (سارنی^۹، ۲۰۱۰). گرانفسکی و کرایج^{۱۰} (۲۰۰۹) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را کنش‌هایی می‌نامند که نشانگر راه‌های کنار آمدن فرد با شرایط استرس‌زا و یا اتفاقات ناگوار است. بررسی مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان^{۱۱} عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (لام^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعه‌ی بک (۱۹۹۱) دریافتند که علائم کم‌درد با افزایش تنش عضلانی در موقعیت‌هایی ظاهر می‌شود که افراد قادر به اتخاذ اقدامات مثبت جهت حل مشکلات‌شان نیستند، زیرا

7. Bernardo

8. Annina

9. Saarni

10. Granefski&kraaij

11. Emotion recognition

12. Lamé

1. Beck

2. Furnham & Cheng

3. Deyo & Tsui

4. Gratz K L, Gunderson

5. Hills & Argyle

6. Gustavsson

استفاده شد. به این ترتیب که بعد از توضیحات در مورد اهداف تحقیق و کسب رضایت بیماران، از آنها خواسته شد پرسشنامه‌ها را با دقت پر کنند. همچنین آزمودنی‌هایی که متقاضی و علاقمند به اطلاع از نتایج پرسشنامه‌های خود بودند، بعد از انجام کار و بررسی در اختیار آنها قرار داده شد.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: تشخیص کم‌درد مزمن (تشخیص پزشکی متخصص)، تحصیلات دبیرستان تا لیسانس، فقدان بیماری‌های مزمن جسمی، فقدان اختلالات روانشناختی و روانپزشکی (با توجه به گزارش موجود در پرونده بیمار) و دامنه سنی ۲۹۵ تا ۴۰ سال.

ابزار

۱- مقیاس تنظیم شناختی هیجان نسخه کوتاه: این پرسشنامه توسط گرانفسکی و کراجی در سال (۲۰۰۹) ساخته شده است این مقیاس هیجده سوال دارد که بر روی یک طیف پنج لیکرت، از هرگز تا همیشه جواب داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس افسردگی ۰/۳۸ و با مقیاس اضطراب ۰/۳۳ گزارش شده است (لام، ۲۰۰۵). در مطالعه بشارت (۱۳۹۰) ویژگی‌های روان‌سنجی این فرم، شامل همسانی درونی (۰/۸۴)، پایایی بازآزمایی (۰/۸۱)، روایی محتوایی (۰/۷۹)، روایی همگرا (۰/۹۱) و تشخیصی (افتراقی) مطلوب گزارش شده است.

می‌ترسند مبدا عمل آن‌ها به ناامنی و ناکامی آن‌ها بیافزاید. گرانفسکی و کراجی (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که نوجوانان و بزرگسالانی که از اشکال منفی تنظیم هیجان‌ات مانند سرزنش خود، نشخوار فکری و تلقی فاجعه آمیز استفاده می‌کنند، میزان بالایی از اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند. سارنی (۲۰۱۰) نیز نشان دادند که دشواری بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران، منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شوند.

با توجه به تاثیر جدی ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای کنترل و تنظیم هیجان بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به کم‌درد مزمن و تحقیقات محدود در این زمینه، انجام این پژوهش ضروری بنظر می‌رسد. هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط ابعاد شخصیت، کنترل و بازشناسی هیجان با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن می‌باشد.

روش

این تحقیق از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن شهر اردبیل در سال ۱۳۹۰ است. نمونه این پژوهش شامل ۸۰ بیمار مبتلا به کم‌درد مزمن مراجعه کننده به مراکز تخصصی شهر اردبیل بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان کلیه بیماران کم‌درد مزمن مراجعه کننده به این مراکز درمانی انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه مقیاس تنظیم شناختی هیجان، آزمون بازشناسی حالات چهره‌ای، فرم کوتاه پرسشنامه‌ی شخصیتی ثنو و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)

۲-آزمون بازشناسی حالات چهره‌ای: آزمون

بازشناسی هیجان چهره شامل ۳۰ تصویر سیاه و سفید از حالات چهره ای بیانگر شش هیجان اصلی (شادی، غم، خشم، ترس، تعجب، شرم) می باشد. آیتم ها با نوار ویدویی به مدت ۱۵ ثانیه از ایه می شوند. بعد از دیدن آیتم ها، آزمودنیها با انتخاب یکی از شش هیجان پاسخ خود را می دهند. ضریب همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۰ بدست آمده است. ضریب همبستگی این آزمون با آزمون ۱۹ آیتمی حالات چهره ای هیجان ۰/۵۹ می باشد (موسر، ۱۹۹۶). پایایی این ابزار در پژوهش داخلی با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمده است (قاسم‌پور و همکاران، ۱۳۹۰).

۳-فرم کوتاه پرسشنامه‌ی شخصیتی نئو:

پرسشنامه شخصیتی نئو بر مبنای نظریه پنج عاملی شخصیت کاستا و مک کری^۳ (۱۹۹۵) ساخته شده است. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ تجدید نظر شده و به ۶۰ آیتم تقلیل یافته است و ۵ مقیاس (روان نژند گرایی، برو نگرایی، گشودگی، توافق پذیری، وظیفه شناسی) را در بر می گیرد (کاستا و مک کری، ۱۹۹۵). آزمودنی به این آیتم ها بصورت چهار گزینه ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) پاسخ می دهد. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس روان نژندی ۰/۸۸، مقیاس برونگرایی ۰/۸۵، مقیاس گشودگی ۰/۷۸، مقیاس توافق پذیری ۰/۸۴ و مقیاس وظیفه شناسی ۰/۹۲ بدست آمده است. ضریب اعتبار این آزمون ۰/۸۵ گزارش شده است. فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی نئو توسط گروسی

در ایران اعتباریابی شده است (روشنچی و همکاران، ۲۰۰۷). اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی زیرمقیاس‌های این ابزار به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ گزارش شده است (روشنچی و همکاران، ۲۰۰۷).

۴-فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی: این

پرسشنامه دارای ۳۶ سوال است و ۸ خرده مقیاس را مورد سنجش قرار می دهد که عبارتند از: عملکرد جسمانی ۲، کارکرد نقش جسمی ۳، درد برنی ۴، سلامت عمومی ۵، عملکرد اجتماعی ۶، سرزندگی ۷، کارکرد نقش هیجانی ۸ و سلامت روانی ۹. دو پژوهش جداگانه، روایی و اعتبار آزمون SF-36 را در جمعیت آمریکایی مورد تایید قرار داده است (مالتین و گرون^۴، ۱۹۷۹). برازیر^۵ و همکاران (۱۹۹۸) ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۸ خرده مقیاس این آزمون را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش کرده اند. در مطالعه لایبومرسکی^۶ (۲۰۰۵) ضرایب همسانی درونی خرده مقیاسهای ۸ گانه آزمون SF-36 بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در مطالعه‌ای (قاسم‌پور و همکاران، ۱۳۹۰) در بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی این ابزار به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۵ گزارش شده است.

روش اجرا: پس از مراجعه به مراکز بالینی،

بیماران مبتلا به کمردرد مزمن بر اساس تشخیص پزشک انتخاب شدند. پس از شناسایی بیماران مبتلا، هدف از انجام پژوهش برای آنها بیان شد. سپس آنها به مدت ۳۰ دقیقه پرسشنامه های تحقیق را به صورت انفرادی تکمیل نمودند. سرانجام داده های

4- Matlin & Gawron

5- Brazire

6- Lyubomersdy

1- Mueser

2- The Neo Personality Inventory (short form)

3- Costa & McCrae

جمع آوری شده با روشهای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

۶۲/۵ درصد مبتلایان به کمردرد مزمن مرد و ۳۷/۵ درصد افراد مبتلا زن هستند. ۳۱/۳ درصد اول و دوم دبیرستان، ۱۸/۸ درصد مبتلایان به کمردرد مزمن

دیپلم ردی، ۲۴/۸ درصد دیپلم، ۱۱/۳ درصد فوق دیپلم و ۱۳/۸ لیسانس هستند. ۴/۲ درصد مبتلایان به کمردرد مزمن مجرد و ۹۵/۸ درصد متأهل هستند. میانگین (و انحراف معیار) سن بیماران ۳۸/۹۱ (و ۶/۶۴) با دامنه ۲۹ تا ۴۵ سال بود. میانگین (و انحراف معیار) متغیرهای مورد مطالعه در مبتلایان به کمردرد مزمن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های راهبردهای مثبت یا منفی تنظیم شناختی هیجان، مولفه‌های ابعاد شخصیت و رابطه آنها با کیفیت زندگی

متغیر	M±SD	کیفیت زندگی ضریب همبستگی	سطح معنی داری
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	۹/۷۸ QUOT { ± E ۲۵/۸	۰/۴۵۹***	۰/۰۰۱
اهبردهای منفی تنظیم هیجان	۷/۹۸ QUOT { ± E ۲۵/۷۲	۰/۳۷۴***	۰/۰۱
روان رنجور خوبی	۷/۲۱ QUOT { ± E ۳۰/۳۳	-۰/۱۱۶	۰/۲۴
برونگرایی	۵/۴۵ QUOT { ± E ۲۶/۲۹	۰/۲۵۱*	۰/۰۳
گشودگی	۵/۹۸ QUOT { ± E ۲۷/۵۲	۰/۲۲۶*	۰/۰۴
خوشایندی	۷/۵۱ QUOT { ± E	۰/۱۲۷	۰/۲۲

۰/۰۵	*۰/۲۲۱	۲۵/۰۸ } ۵/۴۵ QUOT { ± E	با وجدان بودن
۰/۰۳	*۰/۲۴۰	۲۲/۲۴ } ۴/۹۹ QUOT { ± E	بازشناسی هیجانی
-	-	۲۴/۴۳ } ۶۷۹ QUOT { ± E	کیفیت زندگی
<hr/>			
۵۰/۸۷			

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود بین تنظیم هیجانی مثبت با کیفیت زندگی ($r = 0/459$) رابطه معنادار منفی، بین تنظیم هیجانی منفی با کیفیت زندگی ($r = 0/374$)، بین برونگرایی با کیفیت زندگی ($r = 0/251$)، و با وجدان بودن با کیفیت زندگی ($r = 0/221$) رابطه معنادار مثبت وجود دارد و بین بازشناسی هیجانی با کیفیت زندگی ($r = -0/240$) رابطه معنادار منفی وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی، روان رنجور خویی، برونگرایی، گشودگی، خوشایندی، با وجدان بودن و بازشناسی هیجانی با کیفیت زندگی

متغیرهای پیش بین	R	RS	ضریب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	T(P)
Constant			Se	Beta	
			۱/۹۹۱	-	۱۵/۷۵۹ (۰/۰۰۱)
تنظیم هیجان مثبت	۰/۲۷۷	۰/۰۷۷	۰/۰۶۹	-۰/۲۷۷	-۳/۴۰۲ (۰/۰۰۱)
تنظیم هیجان منفی	۰/۴۵۳	۰/۲۰۵	۰/۰۷۷	۰/۳۶۰	۴/۷۱۳ (۰/۰۰۱)
برونگرایی	۰/۴۹۹	۰/۲۴۹	۰/۱۱۱	۰/۱۸۶	۲/۴۴۵ (۰/۰۱۶)
گشودگی	۰/۵۱۱	۰/۲۶۱	۰/۱۱۵	۰/۱۲۶	۱/۴۶۴ (۰/۰۱۴۶)
خوشایندی	۰/۵۱۵	۰/۲۶۶	۰/۰۸۴	-۰/۰۷۱	-۰/۸۹۸ (-۰/۳۷۱)
با وجدان بودن	۰/۵۲۱	۰/۲۷۱	۰/۱۲۰	۰/۰۸۳	۰/۰۰۱ (۰/۳۱۹)
بازشناسی هیجانی	۰/۴۶۵	۰/۲۱۶	۰/۱۳۱	-۰/۱۰۸	-۱/۳۹۴ (۰/۰۱۶۶)

برای تعیین تاثیر هر یک از متغیرها، تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی)، روان رنجور خویی، برونگرایی، گشودگی، خوشایندی، با وجدان بودن و بازشناسی هیجانی به عنوان متغیر پیش بین و کیفیت زندگی به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. در جدول فوق میزان F مشاهده شده معنادار است ($P < 0/001$)، و حدود ۲۲ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط متغیرهای تنظیم شناختی هیجان (مثبت و منفی)، روان رنجور خویی، برونگرایی، گشودگی، خوشایندی، با وجدان بودن و بازشناسی هیجانی تبیین می شود. با توجه به مقادیر بتا، تنظیم هیجان مثبت ($B = -0/277$) و تنظیم هیجانی منفی ($B = 0/360$) و برونگرایی ($B = 0/186$) می توانند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی را به صورت معناداری پیش بینی کنند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط ابعاد شخصیت، کنترل و بازشناسی هیجان با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می باشد. نتایج نشان داد که بین راهبردهای تنظیم هیجان مثبت با کیفیت زندگی رابطه منفی معناداری وجود دارد. این نتیجه با تحقیقات مارلی و اکلستون^۱ (۲۰۰۴)، تاناکا و ساکاموتو^۲ (۲۰۰۲) و اکلستون و کومبز^۳ (۱۹۹۹) همسو می باشد. در تبیین این یافته، لایبومرسکی و همکاران (۲۰۰۵)

بیان می کند که هیجان های مثبت منبع مهم تفسیر موقعیت به حساب می آیند و سبب می شوند افراد با هیجان های مثبت نسبت به کسانی که هیجان های منفی تری دارند، شناخت ها، احساسات و اقدامات سنجیده تری انجام دهند. ولی با توجه به اینکه راهبردهای مثبت یا منفی تنظیم شناختی هیجان شکل خاصی از خود نظم بخشی است (هیلز و آرگیل، ۲۰۰۱) که به عنوان فرآیندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش های هیجانی به کار می رود و در سطوح ناهشیار، نیمه هشیار و هشیار به کار گرفته می شود، این امر می تواند شناسایی هیجان ها توسط خود شخص را با مشکل مواجه کند و فرد به دلیل استفاده ناآگاهانه از این مکانیسم نتواند پاسخ های درستی در شناسایی نوع هیجان داشته باشد. از طرفی نتایج نشان می دهد بین تنظیم هیجان منفی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن رابطه ای وجود ندارد. در تبیین این یافته، هیلز و آرگیل (۲۰۰۱) بیان می کنند که در اثر بخشی راهبردهای مقابله مختلف، تفاوت های بین فردی و درون فردی بسیاری وجود دارد که می تواند بر کیفیت زندگی فرد تاثیر بگذارد. عواملی چون مجموعه عوامل روان شناختی، اجتماعی و فرهنگی و از جمله متغیرهای کاهش دهندگی و افزایش دهندگی درد، توان افراد را در تحمل درد تغییر داده و می توانند سلامت روانی و یا کیفیت زندگی فرد را تضمین یا دچار اختلال کنند. بنابراین تنظیم هیجان منفی به تنهایی نمی تواند در افزایش

1- Morley & Eccleston
2- Tanaka & Sakamoto
3- Eccleston & Crombez

کیفیت زندگی فرد تاثیر داشته باشد.

همچنین در این پژوهش مشخص شد که رابطه معناداری بین برونگرایی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن وجود ندارد. این نتیجه با یافته برازیر (۱۹۹۸) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت طبق نظر کاستا و مکری (۱۹۹۵) افراد برون‌گرا اجتماعی هستند، اما اجتماعی بودن فقط یکی از ویژگی‌های این افراد است. به طور کلی کیفیت زندگی برای افراد مختلف، در موقعیت‌های مختلف تعابیر متفاوتی دارد. ولی اصولاً به رضایت افراد از زندگی خود بر نمی‌گردد (مارلی و اکلستون، ۲۰۰۴). از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر وجود رابطه معنادار مثبت بین گشودگی و کیفیت زندگی افراد بیمار بود. این نتیجه با تحقیقات گرانفسکی و کرایچ (۲۰۰۹)، هارنگ و همکاران (۲۰۰۵) همسو می‌باشد. این نتیجه را با این اعتقاد کاستا و مک کرا (۱۹۹۵) می‌توان تبیین کرد که انسان‌های برون‌گرا در باروری تجارب درونی و بیرونی پیرامون کنجکاو بوده و طالب لذت بردن هستند و در مقایسه با افراد درون‌گرا احساسات مثبت و منفی فراوانی دارند. افرادی که خلاقیت بیشتری دارند، در مقابل مشکلات بهترین پاسخ‌ها را پیدا می‌کنند، کمتر درگیر تجربه‌های معیوب گذشته می‌شوند و کیفیت زندگی بهتری دارند.

همچنین این پژوهش نشان داد که رابطه مثبت معنی‌دار بین باوجدان بودن و کیفیت زندگی افراد بیمار وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های گراتز و گوندرسون (۲۰۰۶) همسو

می‌باشد. کسانی که بیشتر از وجدان‌شان پیروی می‌کنند، عموماً کارها را بهتر انجام می‌دهند. فرد وظیفه‌شناس دارای هدف و خواسته‌های قوی و از پیش تعیین شده است و سخت کوشی آن‌ها برای رسیدن به هدف بدون در نظر گرفتن بعد رضایت در زندگی دلیلی بر کیفیت زندگی بهتر آن‌هاست و باعث می‌شود این گروه به درد خود بهتر واکنش نشان دهند. همچنین مشخص شد بین بازشناسی هیجانی و کیفیت زندگی آن رابطه مثبت وجود دارد که این یافته با تحقیقات کراس (۱۹۹۸) و سارنی (۲۰۱۰) همسو می‌باشد. افرادی که قادر به درک بهتر عواطف و هیجانات خود و دیگران هستند، با تبحر از عهده‌ی مبادله‌ی آن با دیگران بر می‌آیند و با آگاهی کامل از افکار و رفتار خود می‌دانند که چه نوع هیجانی دارند و چه هنگام این هیجان در آن‌ها پدید می‌آید و چگونه باید آن را ابراز نمایند (برناردو و همکاران، ۲۰۰۵).

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که متغیرهای تنظیم هیجانی مثبت و منفی، روان رنجورخویی، برونگرایی، گشودگی، خوشایندی، با وجدان بودن و بازشناسی هیجانی ۲۲ درصد از واریانس کیفیت زندگی بیماران را تبیین کرده و از این میان تنظیم هیجانی مثبت و منفی و برونگرایی برای کیفیت زندگی بیماران دارای توان پیش بین معناداری بودند. این نتیجه نشان می‌دهد که ۷۸ درصد واریانس و عوامل باقیمانده توسط متغیرهای دیگر موثر بر کیفیت زندگی بیماران (نظیر عوامل زیست شیمیایی، شناختی، اجتماعی و انگیزشی) تبیین می‌شود.

می کند که از مشاوره های روانشناختی استفاده نمایند.

از محدودیت پژوهش حاضر محدود بودن جامعه آماری به یک شهرستان، فقدان کنترل متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات و عدم کنترل استفاده از دارو در بیماران مبتلا به کمردرد بود که باعث احتیاط بیشتر در تعمیم یافته‌ها می‌شود. با توجه به ارتباط ابعاد شخصیت و بازشناسی هیجان با کیفیت زندگی، پیشنهاد می‌شود که از آموزش‌های راهبردهای مقابله با استرس و آموزش تنظیم هیجان جهت مقابله با پیامدهای روانشناختی منفی کمردرد مزمن و بهبود کیفیت زندگی بیماران استفاده شود.

منابع

- Annina, R., Pia, S., Antti, H.S., Karoliina, K., Markku, K., Karri, S., & Jaakko K. (2012). Personality traits and life dissatisfaction as risk factors for disability pension due to low back diagnoses: A 30-year longitudinal cohort study of Finnish twins. *Journal of Psychosomatic Research*. 73 (4): 289-294.
- Beck, X.A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30- Year retrospective. *Journal of American Psychologist*. 46, 368 – 375.
- Besharat, M. AS. (2011). A preliminary study of the psychometric properties of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Research Report. *Tehran University*.
- Blyth, F.M., March, L.M., Brnabic, A.J.M., Jorm, L.R., Williamson, M. & Cousin, M.J. (2001). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Journal of Pain*. 89: 127-134.
- Buenaver, L.F., Edwards, R.R., Smith, M.T., Gramling, S.E.,
- همچنین با توجه عدم وجود یافته های متناظر در پیشینه، از این یافته می توان استنباط کرد که عاملهای شخصیت و بازشناسی هیجان تاثیرشان بر کیفیت زندگی بیماران در حد متوسط بوده است.
- به طور کلی نتیجه گیری می شود که از میان ابعاد شخصیت تنها ابعاد گشودگی و وظیفه‌شناسی شخصیت و بازشناسی هیجان با کیفیت زندگی بیماران کمردرد مزمن رابطه معنی داری دارند. همچنین تنها سه متغیر تنظیم هیجانی مثبت و منفی و بعد گشودگی شخصیت توانستند تغییرات کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی کنند. بنابراین این نتایج زمینه را برای بررسی بیشتر فراهم کرده و به متخصصان کمک
- Haythornthwaite, J.A. (2008). Catastrophizing and pain coping in Young Adults: Associations with Depressive symptoms and Headache pain. *Journal of pain*. 9: 311-319.
- Bernardo, M., Gonzalez G., Garrosa, L. (2005). Personality and subjective well-being: big five correlates and demographic variables. *Personality and Individual Differences*. 38, 1561-1569.
- Brazire, J.E. (1998). Validation the SF-36 health Survey questionnaire: new Outcomes for Primary Care British Medical Journal Beck at steer ra, garbin mg. Psychometric properties of evaluation. *Journal of Clinical psychology cholrev*. 77-100.
- Bressler, H.B., Keyes, W.J., Rochon, P.A. & et al. (1999). The prevalence of low back pain in the elderly. A systematic review of the literature. *Journal of pain*. 24:1813-1819.
- Chanda, ML., Alvin, MD., Schnitzer, TJ., & Apkarian, AV. (2011). Pain Characteristic Differences Between



- Subacute and Chronic Back Pain. *Journal of Pain*. 12(7):792-800.
- Crambez, G.X., Eccleston & Eelenp, F. (1998). Attentional disruption is enhanced by the threat of pain. *Journal of Behavior Research Therapy*. 36: 195-204.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset / Putnam.
- Duggleby T, Kumar S. Epidemiology of juvenile low back pain. A review. *Journal of Disable Rehabilitation*. 19: 505-512.
- Deyo, R.A, Tsui-Wu, Y.J. (1987). Descriptive epidemiology of low back pain and its related medical care in the United States. 12: 264-268.
- Eccleston, C., Crombez, G. (1999). Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Journal of Psychological Bulletin*. 125:356-66.
- Fisher, E.B., Thrope, C.T., deVellis, B.M. & deVellis, R.F. (2007). Healthy Coping, Negative Emotions, and Diabetes Management: A Systematic Review and Appraisal, at <http://tde.sagepub.com/cgi>.
- Furnham, A., Cheng, H. (2006). Personality and Happiness. *Journal of Psychological Reports*. 3 (80): 761-762.
- Gratz, K.L., & Gunderson, J.G. (2006). Preliminary data on acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy*. 37: 25-35.
- Gustavsson, J. P., Jonsson, G. E., Linder, J. & Weinryb, M. R. (2003). The HP5 inventory: definition and assessment of five health-relevant personality Traits from a five factor model perspective. *Journal of Personality and Individual Differences*. 35: 69-89.
- Garnefske, N., & Kraaij, V. (2009). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short item version (CERQ-short). *Journal of Personality and Individual Differences*. 41: 1045-1053.
- Gasempour, A., Fahimi, S., Abolghasemi, A., Amiri, A., Akbari, E., Fakhari, A., Agh, A. (2012). Comparison recognition of facial expressions of emotion in major depression patients and normal people. *Journal of Lorestan University of Medicine Science*. 1: 91-98. [Persian]
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Journal of Review of General Psychology*. 2(3): 271- 299.
- Hills, P. & Argyle, M. (2001). Emotional stability as major dimension of Happiness. *Journal of Personality and Individual Differences*. 31, 1357-1364.
- Hornig, Y.S., Hwang, Y.H., Wu, H.C., & et al. (2005). Predicting health related quality of life in patients with low back pain. *Journal of pain*. 30:551-5.
- Korotkov, D. & Hanna, E. (2004). The five factor model of personality: Strengths and limitations in predicting Health status, sick-role and illness Behavior. *Journal of Personality and Individual Differences*. 36: 187-199.
- Lawrence, R.C., Helmick, C.G., Arnett, F.C. (1998). Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Journal of Arthritis and Rheumatism*. 41:778-799.
- Loney, P.L., Stratford, P.W. (1999). The prevalence of low back pain in adults. A methodological review of the literature. *Journal of Physical Therapy*. 79: 384-396.
- Lamé, I.E., Peters, M.L., Vlaeyen, J.W.S., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Journal of European Pain*. 9:15-24.