

بررسی اثرات تیپ شخصیت D بر کیفیت زندگی و کاری در بیماران فیبرومیالژیا (مورد مطالعه: درمانگاه بیمارستان خورشید اصفهان و بیماران عضو انجمن فیبرومیالژیا کشور)

آصفه مصلحی^۱، نادر منیرپور^۲، جلال ریزانه^۳

چکیده

ویژگی‌های شخصیتی عمده، متغیرهای واسطه‌ای مهمی برای تأثیر استرس ما می‌باشند. همچنین به نظر می‌رسد شخصیت عامل مهمی نیز در تعیین کیفیت زندگی در انواعی از بیماری است. پژوهش‌های متفاوت ارتباط بین تیپ شخصیتی D و کاهش کیفیت زندگی در بیماری‌های قبلی عروقی رانشان داده است. تاکنون مطالعه‌ای در مورد ارتباط این تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی در بیماران فیبرومیالژیا انجام نشده است. پژوهش حاضر با عنوان «رابطه تیپ شخصیت D و کیفیت زندگی در بیماران فیبرومیالژیا و مقایسه کیفیت زندگی در بیماران فیبرومیالژیا با تیپ شخصیت D و بدون شخصیت D (مورد مطالعه: درمانگاه بیمارستان خورشید اصفهان و بیماران عضو انجمن فیبرومیالژیا کشور) در یک بررسی مقطعی ۱۶۴ بیمار با تشخیص قطعی فیبرومیالژیا که به صورت پی‌درپی از بهار سال ۱۳۹۷ تا مرداد ۱۳۹۷ به درمانگاه روماتولوژی کلینیک ویژه و درمانگاه روان‌تنی مرکز پزشکی خورشید اصفهان مراجعه نمودند. ۱۷۰ بیمار فیبرومیالژیا عضو انجمن فیبرومیالژیا کشور، بر اساس معیار ورود و خروج انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس شخصیت و مقیاس کیفیت زندگی بهداشت جهانی استفاده گردید و با استفاده از پرسش‌نامه مقیاس شخصیتی تیپ D بیماران به دو گروه با تیپ D و بدون شخصیت D تقسیم شدند. سپس آزمون‌های کلموگروف اسمیرنوف و تحلیل کوواریانس چند متغیره در تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت و نتایج زیر حاصل شد. نتایج مطالعه نشان داد کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین در بررسی کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا دو بعد کل سلامت جسمی و سلامت روانی هر کدام شامل چهار زیر مقیاس مبتنی بر ابزار کیفیت زندگی

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم

^۲ هیئت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی قم

^۳ دکتری مدیریت آینده‌پژوهی پژوهشگاه شاخص پژوه

سازمان بهداشت جهانی ویر و شربورن (۱۹۹۲) مورد توجه قرار گرفته است؛ که بین بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D تفاوت معنی داری وجود داشت ولی بین بعد سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر شخصیت نوع D تفاوت معنی داری وجود نداشت.

واژگان کلیدی: تیپ شخصیت D، کیفیت زندگی، بیماران فیبرومیالژیا، بدون شخصیت D

مقدمه

بیماری فیبرومیالژیا سندرمی است که بیمار مبتلا به آن دردهای منتشر و مزمن در همه جای بدن دارد و در معاینه نیز نقاط حساس به فشار در قسمت‌های مختلف بدن وجود دارد. در حدود ۱۰ تا ۱۲ درصد جمعیت با این بیماری دست‌وپنجه نرم می‌کنند. این بیماری بیشتر، زنان را مبتلا می‌کند. زنان بین ۲۵ تا ۶۰ ساله بیشترین احتمال ابتلا به فیبرومیالژیا را دارند. بر طبق یک نظریه، افراد دچار فیبرومیالژیا، دارای آستانه درد پایینی هستند. این کاهش آستانه درد، به دلیل افزایش حساسیت مغز نسبت به علامت‌های درد هست. محققان بر اساس این نظریه، بر این باورند که تحریک عصبی باعث تغییراتی در مغز افراد مبتلا به فیبرومیالژیا می‌شود. این تغییرات شامل افزایش غیرطبیعی در مقدار مواد شیمیایی در مغز (یا تغییراتی در انتقال‌دهنده‌های عصبی) هست. به علاوه، گیرنده‌های درد در مغز، درد را به یاد می‌آورند و بسیار حساس می‌شوند و این خود دلیلی برای نشان دادن بیش‌ازحد درد هست. بیماران با فیبرومیالژیا عموماً به برنامه‌های درمانی چندوجهی متشکل از خدمات پزشکی، توان‌بخشی و متخصصین سلامت روانی، بهتر پاسخ می‌دهند. درمان‌های حال حاضر مبتنی بر علل احتمالی بیماری و مکانیسم‌های فیزیولوژیک مطرح‌شده در مقالات اخیر است. اکثریت بیماران مهروموم‌ها به فیبرومیالژیا مبتلا بودند تا نهایتاً بیماری آن‌ها تشخیص داده شود. بیشتر آن‌ها بررسی‌های تشخیصی فراوانی را پشت سر گذاشته و با متخصصین متعددی مشورت کرده‌اند. در یک مطالعه که بیماران علائم و عملکرد خود را قبل و تا سه سال بعد از تشخیص گزارش می‌کردند، مشخص شده است که تشخیص بیماری آثار سودمندی را برای بیماران به همراه داشته است. بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا (همانند بیماران مبتلا به سندرم‌های خستگی مزمن

و درد میوفاسیال) لازم است قبل از تجویز دارو از ماهیت بیماری‌شان مطلع شوند؛ آموزش بیماران اثر درمانی دارد.

در دنیای امروز، نه فقط کمیت زندگی، بلکه کیفیت زندگی و ارزیابی که فرد از زندگی‌اش دارد، ارزش زیادی پیدا کرده است، چراکه میزان لذتی که فرد از زندگی می‌برد و میزان رضایتی که از زندگی دارد مهم‌ترین فرصت را برای داشتن یک زندگی شاد به او می‌دهد. هدف متخصصان بالینی در قرن اخیر، یاری‌رساندن به دیگران جهت غلبه یافتن بر دردها و رنج‌هایشان است. کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه فیبرومیالژیا به مقدار بسیار زیادی تحت تأثیر این بیماری قرار دارد.

شخصیت عبارت است از الگوهای رفتار و شیوه‌های تفکر که سازگاری فرد با محیط را تعیین می‌کند شخصیت یک عامل تعیین‌کننده برای استرس مزمن است. صفات شخصیتی عمده و باثبات می‌توانند توضیح‌کننده خوبی برای اثر استرس‌ها باشد. همچنین به نظر می‌رسد شخصیت عامل مهمی نیز در تعیین کیفیت زندگی در انواعی از بیماری‌ها باشد. پژوهش‌های متفاوت ارتباط بین تیپ شخصیتی D و کاهش کیفیت زندگی در بیماری‌های قلبی عروقی را نشان داده است. اساس نظری سازه تیپ D یک بررسی بر روی بیماران قلبی در بلژیک بود که در آن نقش ویژگی‌های شخصیتی در پیامدهای بیماری قلبی مورد مطالعه قرار گرفت. سازه نظری تیپ D برخلاف سازه الگوی رفتاری تیپ A از بطن نظریه شخصیت و شواهد تجربی شامل تحلیل‌های عاملی و خوشه‌ای منبث شده است این تیپ شخصیتی مبتنی بر دو ویژگی کلی و ثابت شخصیتی هست. این ویژگی‌های کلی شامل عواطف منفی و بازداری اجتماعی است. منظور از عواطف منفی تمایل بیشتر فرد به تجربه احساسات منفی در اوقات و موقعیت‌های مختلف است. در حالی که بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابراز این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره دارد. نمره بالای فرد در هر دو ویژگی مذکور معرف وی به عنوان تیپ شخصیت D هست. دنولت در مطالعه‌ای شیوع تیپ شخصیت D در جمعیت عمومی ۲۱٪ جمعیت بیماران قلبی ۲۸٪ و بیماران مبتلابه فشارخون ۵۳٪ گزارش نمود. باقریان در مطالعه دیگری روی بیماران MI مشاهده نمود که ۳۵٪/۸ بیماران دارای تیپ شخصیتی D می‌باشند. یکی از انواع تیپ‌های شخصیت که در سال‌های اخیر، توجه زیادی را به خود جلب نموده تیپ شخصیت D است در نهایت بیماران با تیپ شخصیتی D در معرض

خطر تجمعی ریسک فاکتورهای اختلالات روان‌پزشکی شامل افسردگی؛ اضطراب؛ تحریک‌پذیری؛ سطح پایین اعتمادبه‌نفس و سطح پایین احساس سلامتی و خوشی و عواطف مثبت می‌باشند (لیم و همکاران، ۲۰۱۱) که در دهه گذشته تأثیر آن بر نتایج کلینیکی و روان‌شناختی گسترش یافته است (ملز و دنولت، ۲۰۱۰). تیپ شخصیت D به‌عنوان یک تیپ آشفته تعریف می‌شود. رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی امروزه یکی از موضوعاتی است که ذهن محققان را در حیطه روانشناسی سلامت به خود معطوف کرده است. کیفیت زندگی احساسی از رضایت یا عدم رضایت در مورد جنبه‌های مهم و مختلف زندگی فرد هست که حوزه‌های روانی اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی را شامل می‌شود. بین این ابعاد ارتباط متقابل وجود دارد ولی می‌توان آن‌ها را به‌طور مستقل نیز مورد بحث قرارداد (لویون و همکاران، ۲۰۰۸). تیپ شخصیتی D ممکن است به‌عنوان یک ریسک فاکتور مزمن روان‌شناختی مطرح گردد. تا آنجا که بیماران با تیپ شخصیتی D تمایل دارند به شیوه خاصی با هیجانات مواجه کردند. در اصل این نظریه در حین تلاش برای بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی بر روی نتیجه بیماری‌های قلبی کرونری در بیماران بلژیکی مطرح گردید. لازم به ذکر است که تأیید این نظریه بر روی ویژگی‌های شخصیتی نرمال هست نه بر روی ویژگی‌های اختلالات روانی؛ بنابراین تیپ شخصیتی D زیرگروه نسبتاً همگون را نشان می‌دهد که دارای اساس روشن در تئوری روانشناسی است. درحالی‌که الگوی رفتاری تیپ A ترکیبی ناهمگون از علائم رفتاری را نشان می‌دهد. کیفیت زندگی احساس خوشی و رفاه است که ابعاد متفاوتی از زندگی را دربر می‌گیرد. عامل اصلی تعیین‌کننده کیفیت زندگی عبارت است از تفاوت درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باید باشد و این همان ذهنی بودن کیفیت زندگی است. از آنجایی‌که بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان آثار قابل توجهی دارد لذا بررسی و شناخت عوامل روان‌شناختی مؤثر بر کیفیت زندگی در این بیماران حائز اهمیت است. بدین منظور مطالعه ارتباط بین تیپ شخصیت در این گروه بیماران موضوع پژوهش حاضر قرار گرفته است.

بیان مسئله

بیماری فیبرومیالژیا سندرمی است که بیمار مبتلا به آن دردهای منتشر و مزمن در همه جای بدن دارد و در معاینه نیز نقاط حساس به فشار در قسمت‌های مختلف بدن وجود دارد. واژه فیبرومیالژیا به معنی درد در عضلات لیگامان‌ها (رباط‌ها) تاندون‌ها (زرپی‌ها) است. این بیماری که نوعی اختلال اسکلتی-عضلانی است که به دلیل فشارهای روان‌شناختی و جسمی بر فرد به وجود می‌آید و با شوک شدید سیستم اعصاب مرکزی مرتبط است. «فیبرومیالژیا» که نوعی روماتیسم بافت همبند است با دردهایی عضلانی گاهی شدید همراه است. برخی محققان معتقدند که ژنتیک ممکن است نقش مهمی ایفا کند. متأسفانه هیچ علت ساختاری یا التهابی برای این عارضه تا به اکنون یافت نشده است. علائم بیماری فیبرومیالژیا می‌تواند در زمان‌های مختلف خود را نشان دهد اما هنگام صبح و عصر بدتر می‌شود. علائم آن عبارت است از: دردهای گنگ در تمام بدن، تکرر ادرار، بی‌خوابی، درد در قسمت تحتانی شکم، نفخ و حالت تهوع، مشکل در به یاد آوردن و تمرکز کردن بر روی وظایف، خستگی مفرط و انرژی پایین، حساسیت به بو صدا و اضطراب و افسردگی نیز می‌توانند از علائم آن باشند (منصوری، ۱۳۹۰).

همبودی مشکلات روانشناسی و حتی اختلالات روان‌پزشکی با بیماری فیبرومیالژیا در مطالعات مختلفی مکرراً دیده شده است اما تاکنون اختلال روانی ویژه‌ای برای بیماران فیبرومیالژیا شناخته نشده است. نقش عوامل روان‌شناختی در ایجاد فیبرومیالژیا کاهش کیفیت زندگی و مراجعه به پزشک و میزان استفاده از خدمات درمانی همچنان مورد بحث است و تعدادی از روش‌های درمانی برای فیبرومیالژیا. مسائل روان‌شناختی D درمان کرده و تعدادی دیگر به‌طور غیرمستقیم و به‌عنوان عوامل تهدیدکننده عصبی عمل می‌کنند.

شناسایی و تعدیل عوامل تعیین‌کننده و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا به ایجاد راهکارها و سیاست‌هایی در جهت بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک می‌کند مطالعات بسیاری جهت شناسایی عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به انجام شده فیبرومیالژیا و تعدادی از فاکتورهای مؤثر از جمله دردمنشر- شاخص توده بدنی -

سن بیمار- خشکی صبحگاهی - استرس و افسردگی به عنوان عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا شناسایی شده است.

تیپ شخصیتی D یک سازه شخصیتی است که نه تنها می تواند در مورد بیماری قلبی مورد توجه قرار گیرد بلکه در مورد سایر اختلالات روان تنی نیز قابل بررسی هست. با این وجود و علیرغم لزوم بررسی ارتباط تیپ شخصیت با کیفیت زندگی در بیماری های مزمن از جمله اختلالات عملکردی مفاصل و با توجه به بررسی صورت گرفته مطالعه ای در مورد ارتباط بین تیپ شخصیتی D و فیبرومیالژیا مشاهده نشده است؛ لذا هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بین تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی در بیماران فیبرومیالژیا هست.

اهمیت و ضرورت پژوهش

بررسی تأثیر شخصیت افراد و ابتلا به بیماری ها به هزاران سال قبل برمی گردد. این واقعیت که ارتباط بین هیجان، شخصیت و سلامتی در ۲۰۰۰ سال قبل نیز مورد توجه بوده است، حاکی از آن است که بین شخصیت و ابتلا به بیماری رابطه وجود دارد (فریدمن و همکاران، ۱۹۸۷). در واقع بررسی روان شناختی زمینه های ایجاد کننده بیماری، مستلزم مطالعه ویژگی های شخصیتی است که در طول زمان و موقعیت ها ثابت هستند (اندرسون، ۲۰۰۲). یکی از انواع تیپ های شخصیت که در سال های اخیر، توجه زیادی را به خود جلب نموده تیپ شخصیت D است (لیم و همکاران، ۲۰۱۱) که در دهه گذشته تأثیر آن بر نتایج کلینیکی و روان شناختی گسترش یافته است (ملز و دنولت، ۲۰۱۰). تیپ شخصیت D به عنوان یک تیپ آشفته تعریف می شود. رابطه بین ویژگی های شخصیتی و ابتلا به بیماری های جسمی و روانی امروزه یکی از موضوعاتی است که ذهن محققان را در حیطه روانشناسی سلامت به خود معطوف کرده است. شخصیت تیپ D که مخففی برای شخصیت آشفته است، اولین بار توسط دنولت در سال ۱۹۹۵ تنظیم و معرفی شد. تیپ شخصیت D، ارتباط قوی و پایداری با دامنه های از مشکلات مربوط به سلامت از جمله بیماری قلبی، فیبرومیالژیا، کیفیت زندگی پایین و میزان بالای افسردگی و اضطراب دارد (هولورد و هاگوس، ۲۰۱۱؛ جراند، رامپل و بارت، ۲۰۱۲). شخصیت تیپ D توسط تعامل دو ویژگی شخصیتی ثابت و کلی تعریف می شود که عبارت اند از عاطفه منفی و بازداری اجتماعی (دنمن و همکاران، ۲۰۱۰).

عاطفه منفی گرایش به تجربه هیجانات منفی در زمان‌ها و موقعیت‌های مختلف است (لندن و همکاران، ۲۰۰۸). افرادی که نمره بالایی در عاطفه منفی به دست می‌آورند، احساس ملامت، اضطراب و تحریک‌پذیری زیادی را تجربه می‌کنند، دیدگاهی منفی به خود دارند و دنیایی از نشانه‌های مشکل قریب‌الوقوع را برای خود متصور می‌شوند (دنولت، ۲۰۰۵). بازداری اجتماعی نیز تمایل به بازداری از بیان هیجانات منفی در طی تماس‌های اجتماعی به خاطر ترس از طرد شدن تعریف شده است (لندن و همکاران، ۲۰۰۸). افراد با بازداری بالا احساس بازداشته شدن، تنش و ناامنی هنگامی که در حضور دیگران هستند، دارند و دارای ویژگی‌هایی، مثل کم‌حرف بودن، فقدان انرژی، عدم جرئت ورزی و عدم برقراری ارتباطات بین فردی می‌باشند (دنولت، ۲۰۰۵). افراد با نمره بالا در بازداری اجتماعی دنیای اطراف خود را تهدیدآمیز می‌بینند و در حقیقت از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کنند. بدین معنی که در تعاملات اجتماعی از موقعیت‌هایی که احتمال عدم تأیید و از دست دادن پاداش دیگران وجود داشته باشد، اجتناب می‌ورزند. انزوای اجتماعی می‌تواند اثرات هیجانات منفی را تشدید نماید (دنولت، ۱۹۹۱؛ به نقل از باقریان سرارودی، ۱۳۸۸). هر چه فرد از نظر اجتماعی در خود فرورفته تر باشد، به همان اندازه کاهش حمایت محیط اجتماعی را تجربه می‌کند (پل و همکاران، ۲۰۱۲).

کیفیت زندگی احساسی از رضایت یا عدم رضایت در مورد جنبه‌های مهم و مختلف زندگی فرد هست که حوزه‌های روانی اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی را شامل می‌شود. بین این ابعاد ارتباط متقابل وجود دارد ولی می‌توان آن‌ها را به‌طور مستقل نیز مورد بحث قرار داد (لوپون و همکاران، ۲۰۰۸). سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳) در تعریف‌های جدید خود از کیفیت زندگی اعلام می‌کند: کیفیت زندگی شامل ادراک فرد از وضعیت‌های زندگی در رابطه با فرهنگ و ارزش‌های زندگی و در رابطه با توقعات، اهداف و استانداردها و علائق آن‌ها است. در ابعاد گسترده‌تر کیفیت زندگی در ترکیب با بهداشت روانی افراد، وضعیت روان، سطوح وابستگی‌های اجتماعی، اعتقادات شخصی وابستگی‌های متفاوت محیطی مطرح است (لوپون و همکاران، ۲۰۰۸).

از آنجایی که فیبرومیالژیا از جمله بیماری‌هایی است که کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد شناخت عوامل روان‌شناختی مؤثر بر کیفیت زندگی در این بیماران

نقش بسیار ارزشمند و قابل چشم‌گیری در حفظ یا بهبود آن به عهده‌دارند و خواهند داشت، در نتیجه بررسی این مؤلفه‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است؛ تا آنجایی که در متون مربوطه جستجو شد در خصوص تعیین رابطه شخصیت D با کیفیت زندگی در بیماران فیبرومیالژیا و مقایسه کیفیت زندگی در بیماران فیبرومیالژیا با تیپ شخصیت D و بدون شخصیت D مطالعه‌ای یافت نشد.

فرضیه‌های اصلی

- کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا با تیپ شخصیت D و بدون تیپ شخصیت D تفاوت معناداری وجود دارد

روش تحقیق

در خصوص تعیین رابطه بین شخصیت نوع D و کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا، محقق به روش مطالعه مقطعی مورد مطالعه قرار داده و به منظور پاسخ به سؤالات، آزمون‌های آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی از طریق ابزار سنجش (پرسشنامه)، انجام شده است. در واقع جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران فیبرومیالژیا (عضو انجمن بیماران فیبرومیالژیا در کشور و مرکز درمانی خورشید اصفهان) هستند که نمونه‌گیری آن‌ها به روش پی‌درپی با توجه به حجم نمونه مشخص شده است که به‌طور مفصل در فصل سوم (روش تحقیق) بیان خواهد شد.

این پژوهش یک تحقیق بنیادی - کاربردی است و با روش مقطعی روی بیماران انجام گرفته است.

در این تحقیق جامعه آماری، بیماران مراجعه کننده مرکز درمانی خورشید اصفهان و بیماران انجمن فیبرومیالژیا در سال ۱۳۹۷ می‌باشد. تعداد جامعه آماری دقیقاً معلوم نیست اما به طور تقریبی ۶۵۰ نفر می‌باشد.

در تعیین اندازه نمونه از بیماران فیبرومیالژیا مراکز درمانی خورشید شهر اصفهان و بیماران انجمن فیبرومیالژیا با توجه به جدول استاندارد مورگان تعداد نمونه‌ی موردنیاز برابر ۲۴۱ نفر برآورد گردید.

در جمع‌آوری و تدوین ادبیات تحقیق از روش مطالعات کتابخانه‌ای و اسنادی و سایت‌های اطلاعاتی و کتابخانه‌های الکترونیکی به روش فیش‌برداری استفاده شده است.

در جمع‌آوری داده‌های آماری از روش میدانی با ابزار پرسشنامه اقدام گردید. انتخاب ابزار اندازه‌گیری مناسب یکی از مهم‌ترین مراحل روش علمی پژوهش است که می‌تواند پژوهشگر را در جمع‌آوری داده‌های آماری کمک نماید. برای گردآوری اطلاعات، روش‌ها و تکنیک‌های گوناگونی وجود دارد. از آن جایی که رایج‌ترین وسیله گردآوری داده‌های آماری در تحقیقات پیمایشی پرسشنامه می‌باشد، لذا در پژوهش حاضر برای گردآوری داده‌های آماری از پرسشنامه مبتنی بر شاخص‌های متناظر با متغیرهای تحقیق استفاده شده است. این پرسشنامه توسط دنولد در سال ۱۹۹۸ طراحی شده و دو ویژگی کلی را که شامل عاطفه منفی و بازداری اجتماعی است را ارزیابی می‌کند. از ۱۴ ماده که ۷ ماده آن مربوط به عاطفه منفی و ۷ ماده دیگر آن مربوط به بازداری اجتماعی است و هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (درست تا نادرست) به هر ماده پاسخ می‌دهد. نمره به دست آمده مساوی یا بالای ۱۰ در هر دو زیر مقیاس برای شناسایی افراد با تیپ شخصیتی D به کار می‌رود. روایی و پایایی این پرسشنامه در جوامع اروپایی، چین و کره مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفته است. در ایران فخاری و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ برای هیجان‌ات منفی (NA) را مقدار ۰/۷۹ و برای مهار اجتماعی (SI) مقدار ۰/۵۶ گزارش کردند. آلفای کرونباخ برای تعیین پایایی کل DS14 مقدار ۰/۸۳ به دست آمد. روایی مناسب آن، با همبستگی متناسب تیپ شخصیتی D بر اساس پرسشنامه (DS14)، با افسردگی ($P < 0/001$)، اختلال فعالیت روزانه ($P < 0/003$) و خستگی ($P < 0/004$) و عصبی بودن ($P < 0/001$) بود.

این پرسشنامه خود گزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود توسط ویر و شربورن (۱۹۹۲) ساخته شد و دار شامل ۳۶ سؤال در ۸ بعد سلامت عمومی، سلامت روانی، عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، احساس نشاط، درد بدن،

محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی می‌باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده وضعیت عملکرد بهتر می‌باشد. گذشته از این، SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مؤلفه فیزیکی که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مؤلفه روانی که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌نماید. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۵) و اصغری و همکاران (۱۳۸۳) مورد تأیید قرار گرفته است و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید.

در این تحقیق برای تحلیل داده‌ها در قسمت آمار توصیفی از معیارهایی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای توصیف پدیده‌ها و متغیرهای تحقیق استفاده گردید.

به منظور بررسی و تعیین توزیع نرمال داده‌ها، آزمون کلموگروف اسمیرنوف در نظر گرفته شده است. جهت بررسی و آزمون فرضیه‌های تحقیق از آزمون‌های آمار استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل کواریانس چند متغیری و آزمون مقایسه t دو نمونه مستقل) در محیط نرم افزار آماری SPSS۲۲ استفاده گردید.

نتایج

در این تحقیق، ملاک ورود افراد در نمونه انتخابی به صورت زیر بود. اول اینکه، بیمار فیبرومالژی باشد. دوم اینکه، حداقل ۱۵ و حداکثر ۶۰ سال سن داشته باشد. سوم رضایت آگاهانه و تمایل برای مشارکت در پژوهش و تکمیل فرم، چهارم توانمندی در فهم زبان فارسی

در این مطالعه افرادی که دارای ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و تشخیص اختلالات روان‌شناختی نظیر اختلالات شدید خلقی و اضطرابی قبل از تشخیص بیماری فیبرومالژی یا مبتلا شدن به یک بیماری روان‌شناختی شدید بعد از تشخیص بیماری از مطالعه خارج می‌گردیدند.

پس از تعیین حجم نمونه پژوهش، از بیماران فیبرومیالژیا که مایل به همکاری بودند درخواست شد که پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کنند. پیش از تکمیل پرسشنامه ها، رضایت آگاهانه شرکت کنندگان جلب و به آن ها در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه شد. همچنین از آن ها خواسته خواهد شد با رعایت دقت و صداقت کامل سؤالات را پاسخ دهند. به منظور کنترل اثر خستگی، از شرکت کنندگان خواسته خواهد شد در صورت تمایل پرسشنامه ها را در دو نوبت تکمیل کنند.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آنان در پژوهشی روان شناختی شرکت می کنند و همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. علاوه بر این، ضمن پاسخ به تمام سؤالات شرکت کنندگان در مورد پژوهش، به آنان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و آن ها اختیار کامل خواهند داشت که در پژوهش شرکت نکنند و مختارند که از ادامه پژوهش انصراف دهند.

جدول ۱: معیارهای آماری وضعیت افراد به لحاظ شخصیت D (تعداد = ۲۴۱)

متغیرها	غیر شخصیت D		دارای شخصیت D		کل	
	SI	NA	SI	NA	SI	NA
تعداد	۹۷	۹۷	۱۴۴	۱۴۴	۲۴۱	۲۴۱
میانگین	۱۳٫۷۱	۸٫۸۱	۱۴٫۵۰	۱۷٫۳۴	۱۳٫۷۷	۱۶٫۸۱
انحراف معیار	۳٫۰۴	۰٫۴۰	۲٫۷۵	۲٫۶۱	۳٫۲۰	۲٫۹۳

منبع: محاسبات محقق

جدول ۲: معیارهای آماری سلامت جسمی و ابعاد آن (تعداد = ۲۴۱)

وضعیت افراد	غیر شخصیت D		دارای شخصیت D		کل	
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
کارکرد جسمی (PF)	۹۷	۷۷٫۵۸	۱۴۴	۶۹٫۸۱	۲۴۱	۷۰٫۸۱
اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی (RP)	۹۷	۳۴٫۹۷	۱۴۴	۴۰٫۶۰	۲۴۱	۳۹٫۸۷
درد (P)	۹۷	۶۰٫۰۰	۱۴۴	۴۸٫۹۴	۲۴۱	۵۰٫۳۶
سلامت عمومی (GH)	۹۷	۵۹٫۰۳	۱۴۴	۵۲٫۱۹	۲۴۱	۵۳٫۰۷
سلامت جسمی PHH	۹۷	۲۳۱٫۵۸	۱۴۴	۲۱۱٫۵۴	۲۴۱	۲۱۴٫۱۱

جدول ۳ معیارهای آماری سلامت روانی و ابعاد آن (تعداد = ۲۴۱)

وضعیت افراد	غیر شخصیت D			دارای شخصیت D			کل		
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی (RE)	۹۷	۵۴,۸۴	۳۵,۰۱	۱۴۴	۵۴,۲۹	۲۹,۰۸	۲۴۱	۵۴,۳۶	۲۹,۸۲
انرژی/خستگی (EF):	۹۷	۵۲,۲۶	۸,۲۵	۱۴۴	۵۱,۵۵	۹,۶۲	۲۴۱	۵۱,۶۴	۹,۴۴
بهبودی هیجانی (EW):	۹۷	۵۴,۵۸	۹,۰۴	۱۴۴	۵۴,۸۴	۹,۲۱	۲۴۱	۵۴,۸۰	۹,۱۷
کارکرد اجتماعی (SF):	۹۷	۳۴,۶۸	۱۴,۶۹	۱۴۴	۴۰,۴۲	۱۰,۱۴	۲۴۱	۳۹,۶۸	۱۰,۹۷
سلامت روانی MEH	۹۷	۱۹۶,۳۵	۴۵,۱۵	۱۴۴	۲۰۱,۰۹	۳۵,۳۲	۲۴۱	۲۰۰,۴۸	۳۶,۶۵

جدول ۱ نشان می‌دهد که:

میانگین عاطفه منفی (NA) افراد دارای شخصیت D، ۱۷,۳۴ و میانگین عاطفه منفی (NA) افراد غیر شخصیت D، ۱۳,۷۱ می‌باشد.
 میانگین بازداری اجتماعی (SI) افراد دارای شخصیت D، ۱۴,۵۰ و میانگین بازداری اجتماعی (SI) افراد غیر شخصیت D، ۸,۸۱ می‌باشد.
 میانگین عاطفه منفی (NA) کل افراد نمونه، ۱۶,۸۸ و میانگین بازداری اجتماعی (SI) کل افراد نمونه، ۱۳,۷۷ می‌باشد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که:

میانگین سلامت جسمی (PHH) افراد دارای شخصیت D، ۲۱۱,۵۴ و میانگین سلامت جسمی (PHH) افراد غیر شخصیت D، ۲۳۱,۵۸ می‌باشد. می‌توان گفت سلامت جسمی افراد دارای شخصیت D کمتر از سلامت جسمی افراد غیر شخصیت D می‌باشد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که:

۱۱۴ / بررسی اثرات تیپ شخصیت D بر کیفیت زندگی و کاری در بیماران فیبرومالژی

میانگین سلامت روانی (MEH) افراد دارای شخصیت D، ۲۰۱،۰۹ و میانگین سلامت روانی (MEH) افراد غیر شخصیت D، ۱۹۶،۳۵ می‌باشد. می‌توان گفت سلامت روانی افراد دارای شخصیت D اندکی کمتر از سلامت روانی افراد غیر شخصیت D می‌باشد.

در این قسمت آزمون فرضیه‌های تحقیق مورد بررسی و تحلیل استنباط آماری قرار گرفته است.

با توجه به اینکه حجم نمونه‌ی پژوهش بزرگ است (بسیار بیشتر از ۳۰) و با توجه به قضیه حد مرکزی در آمار و اینکه امتیاز متغیرها بر اساس جمع پاسخ‌ها در پرسشنامه به دست می‌آید، لذا توزیع نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش، نرمال در نظر گرفته می‌شوند و می‌توان بدون فرضیه‌های تحقیق را با آزمون‌های پارامتریک بررسی نمود.

فرضیه اصلی: بین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فیبرومالژی با تیپ شخصیت D و بدون تیپ شخصیت D تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به اینکه کیفیت زندگی دارای دو بعد سلامت جسمی و سلامت روانی است و در بررسی مقایسه‌ای در بیماران مبتلا به فیبرومالژی با تیپ شخصیت D و بدون تیپ شخصیت D، رابطه بین دو بعد سلامت جسمی و سلامت روانی نیز می‌تواند در دسرساز باشد، لذا از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شده است. در اینجا به دنبال یافتن تفاوت بین نمرات کیفیت زندگی (سلامت جسمی و سلامت روانی) بیماران فیبرومالژی دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D هستیم. در آزمون فرضیه‌های فوق فرضیه‌های H_0 و H_1 به صورت زیر می‌باشند:

H_0 : بین کیفیت زندگی (سلامت جسمی و سلامت روانی) بیماران فیبرومالژی دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D تفاوت وجود ندارد.

H_1 : بین کیفیت زندگی (سلامت جسمی و سلامت روانی) بیماران فیبرومالژی دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D تفاوت وجود دارد.

به منظور استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری بایست ابتدا فرض‌های زیربنایی آزمون شوند. لذا داریم:

نتایج آزمون باکس در بررسی ماتریس کواریانس بین ابعاد کیفیت زندگی در جدول ۴-۸ نشان می دهد که سطح معنی داری از خطای ۰,۰۵ کمتر است و لذا می-توان گفت، ماتریس کواریانس مستقل خطی است و می-توان از آزمون‌های چند متغیری مبتنی بر ماتریس کواریانس استفاده نمود.

نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌های ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه دارا و غیر شخصیت D در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون ماتریس کواریانس بین ابعاد کیفیت زندگی

آزمون باکس	آماره F	سطح معنی داری P
۵۷,۳۱	۱۸,۶۳	۰,۰۰۰

جدول ۵ نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌های ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه (دارا و غیر تیپ شخصیتی D) را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه سطوح معنی‌داری آزمون لوین از خطای ۵٪ کمتر نیست لذا فرض تساوی واریانس‌های ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه (دارا و غیر تیپ شخصیتی D) مورد پذیرش قرار می‌گیرد و می‌توان از تحلیل کواریانس جهت آزمون فرضیه تفاوت در کیفیت زندگی بیماران فیبرومالژیا دارا و غیر شخصیت D استفاده نمود.

جدول ۵: نتایج آزمون لوین در بررسی تساوی واریانس‌های ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه

ابعاد کیفیت زندگی	آماره F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معنی‌داری
سلامت جسمی	۳,۰۶۵	۱	۲۳۹	۰,۰۹۸
سلامت روانی	۲,۲۷۴	۱	۲۳۹	۰,۱۱۳

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که:

سطح معنی‌داری در آزمون تفاوت سلامت جسمی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر شخصیت D مقدار (۰/۰۱۵) محاسبه شده و از خطای ۰,۰۵ کمتر است لذا فرض صفر رد و فرض مقابل تأیید می‌گردد. می‌توان گفت، بین بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D تفاوت وجود دارد و سلامت جسمی بیماران فیبرومیالژیای دارای تیپ شخصیت نوع D کمتر از سلامت جسمی بیماران فیبرومیالژیای غیر تیپ شخصیت نوع D است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره در بررسی تفاوت در کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر شخصیت D

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری p
مقدار ثابت مدل	سلامت جسمی	۵۳۰۳۹۵۱,۱	۱	۵۳۰۳۹۵۱,۱	۲۹۴۶,۴	۰,۰۰۰
	سلامت روانی	۴۲۶۶۹۱۰,۲	۱	۴۲۶۶۹۱۰,۲	۳۱۶۸,۶	۰,۰۰۰
عازا و غیر شخصیت D	سلامت جسمی	۱۰۸۵۳,۶	۱	۱۰۸۵۳,۶	۶,۰	۰,۰۱۵
	سلامت روانی	۶۰۵,۲	۱	۶۰۵,۲	۰,۴	۰,۵۰۳
خطا	سلامت جسمی	۴۳۰۲۳۴,۵	۲۳۹	۱۸۰۰,۱		
	سلامت روانی	۳۲۱۸۴۶,۶	۲۳۹	۱۳۴۶,۶		
کل	سلامت جسمی	۱۱۴۸۹۶۹۷,۳	۲۴۱			
	سلامت روانی	۱۰۰۰۸۷۰۷,۱	۲۴۱			

سطح معنی‌داری در آزمون تفاوت سلامت روانی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر شخصیت D مقدار (۰/۵۰۳) محاسبه شده و از خطای ۰,۰۵ کمتر نیست لذا فرض صفر رد نمی‌شود و فرض مقابل تأیید نمی‌گردد. می‌توان گفت، بین بعد سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

هدف از این پژوهش، تعیین رابطه بین شخصیت نوع D و کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا و تفاوت در ابعاد کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا در بین کسانی که دارای شخصیت نوع D هستند و کسانی که دارای شخصیت نوع D نیستند، می‌باشد. ابزار گردآوری داده‌های آماری، پرسشنامه تیپ شخصیتی (DS14) دنولد (۱۹۹۸) و مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ویر و شربورن (۱۹۹۲) بود. ملاک ورود افراد در نمونه‌ی

انتخابی بدین صورت بود که، بیمار فیبرومیالژیا باشد و حداقل ۱۵ و حداکثر ۶۰ سال سن داشته باشد و رضایت آگاهانه و تمایل برای مشارکت در پژوهش و تکمیل فرم را داشته باشد. در این مطالعه افرادی که دارای ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و تشخیص اختلالات روان‌شناختی نظیر اختلالات شدید خلقی و اضطرابی قبل از تشخیص بیماری فیبرومیالژیا و یا مبتلا شدن به یک بیماری روان‌شناختی شدید بعد از تشخیص بیماری از مطالعه خارج می‌گردیدند. ضمن رعایت ملاحظات اخلاقی، از بیماران فیبرومیالژیا که مایل به همکاری بودند درخواست شد که پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کنند. داده‌های جمع‌آوری شده، تلخیص و طبقه‌بندی شدند و جهت تحلیل استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق مورد استفاده قرار گرفتند. در این فصل ضمن ارائه خلاصه‌ای از موضوع پژوهش، نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. در ادامه پیشنهادها کاربردی و پیشنهادها جهت پژوهش‌های آتی ارائه شده و محدودیت‌های پژوهش بیان گردیده است.

در بررسی فرضیه‌ی اصلی، نتایج آزمون نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد که بین بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D تفاوت وجود دارد و سلامت جسمی بیماران فیبرومیالژیای دارای تیپ شخصیت نوع D کمتر از سلامت جسمی بیماران فیبرومیالژیای غیر تیپ شخصیت نوع D است؛ اما بین بعد سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D تفاوت معنی داری به لحاظ آماری وجود ندارد.

در بررسی فرضیه‌های فرعی تحقیق، نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که، بین زیر مقیاس‌های ابعاد کیفیت زندگی بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D تفاوت وجود دارد و می‌توان گفت، بین زیر مقیاس‌های کارکرد جسمی (PF)، درد (P)، سلامت عمومی (GH)، کارکرد اجتماعی (SF) بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر شخصیت نوع D تفاوت وجود دارد و امتیازهای کارکرد جسمی (PF)، درد (P)، سلامت عمومی (GH)، کارکرد اجتماعی (SF) بیماران فیبرومیالژیای دارای تیپ شخصیت نوع D کمتر از سلامت جسمی بیماران فیبرومیالژیای غیر تیپ شخصیت نوع D است؛ اما بین زیر مقیاس‌های اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی (RP)، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی

(EF)، بهزیستی هیجانی (EW) دارا و غیر شخصیت D بیماران فیبرومیالژیا دارا و غیر تیپ شخصیت نوع D تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از این تحقیق و نتایج تحقیقات پیشین می‌توان گفت، در تیپ شخصیت D، می‌توان گفت، عواطف منفی به تمایل فرد به تجربه احساسات منفی در زمان‌ها یا موقعیت‌های مختلف گفته می‌شود. افراد با عواطف منفی زیاد، بیشتر احساس بدخلقی، نگرانی و تحریک‌پذیری دارند و یک نگرش منفی نسبت به خود داشته و دنیا را برای یافتن نشانه‌های یک مشکل قریب‌الوقوع جستجو می‌کنند. همچنین بازداری اجتماعی به گرایش به خودداری از ابراز احساسات و رفتارها در تقابلات اجتماعی برای اجتناب از تائید یا رد شدن توسط دیگران، گفته می‌شود. لذا افراد با بازداری اجتماعی زیاد، زمانی که با دیگران هستند معمولاً احساس ممانعت شدن و ناامنی دارند. افرادی که در هر دو زمینه‌ی عواطف منفی و بازداری اجتماعی نمره بالایی دارند، به‌عنوان افراد با تیپ شخصیتی D طبقه‌بندی می‌شوند و این اصطلاح بیانگر آسیب‌پذیری آن‌ها در مقابل پریشانی مزمن است. بیماران با تیپ شخصیتی D در معرض خطر بالای طیف وسیعی از مشکلات و عوارض در سلامت انسان (جسمی و روانی) هستند که حتی بعد از درمان‌های تهاجمی و دارویی، شامل ناخوشی و مرگ و میر است. نشان داده شده است که، بیماران با تیپ شخصیتی D، در معرض خطر تجمع فاکتورهای خطر روان‌پزشکی شامل افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری، سطح پایین اعتماد به نفس و سطح پایین احساس سلامتی و خوشی و عواطف مثبت می‌باشند. با توجه به اینکه، اولین اثر بیماری بر عملکرد شخصی است و سپس اثرات روانی داشته و به دنبال آن سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد لذا عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا از اهمیت بالایی برخوردار است. در مطالعات بسیاری که با هدف شناسایی عوامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا انجام شده است، نشان داده شده که این بیماری تحت تأثیر عوامل متعددی از قبیل درد منتشر، شاخص توده بدنی، سن بیمار، استرس و اضطراب و خشکی صبحگاهی می‌باشد. در این مطالعات با توجه به رابطه شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی افراد روش‌های کاهش وزن و رژیم‌درمانی و

افزایش فعالیت بدنی و حذف عوامل مرتبط با استرس مزمن در راستای بهبود کیفیت زندگی به پزشکان توصیه شد.

در خصوص فیبرومیالژیا و کیفیت زندگی، مطالعاتی برای اندازه‌گیری میزان ناتوانی ناشی از فیبرومیالژیا انجام شده است. بیمارانی که شاغل هستند در مقایسه با بیمارانی که شاغل نیستند کیفیت زندگی بهتری دارند و شاید این موضوع به این علت است که افرادی که شاغل هستند فعالیت بدنی بیشتری دارند و ساعت بیشتری را بیرون منزل هستند و این سبب می‌شود که احساس از کار افتادگی کمتری نسبت به دیگران داشته باشند. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که بیمارانی که درد کمتری را تجربه میکنند کیفیت زندگی بهتری را تجربه می‌کنند.

در بسیاری از مطالعات، نقش شخصیت تیپ D در کیفیت زندگی بیماران از طریق نقش عوامل خطر ساز روانی-اجتماعی و رفتاری بر کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن نشان داده شده است. شواهدی مبنی بر تأثیر تیپ شخصیتی D بر کیفیت زندگی نیز وجود دارد. در مطالعات اخیر، ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی با کیفیت زندگی در بیماری‌های قلبی عروقی و همچنین تأثیر این عوامل بر پیش‌آگهی و میزان مرگ و میر این بیماران به اثبات رسیده است.

منابع

- اصغری، ا؛ و نسیمی فر، ن (۱۳۸۳) اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود درد و راهبرد مقابله فاجعه‌آفرینی در زنان مبتلا به دردهای مزمن عضلانی اسکلتی». یافته‌های نو در روان‌شناسی، سال ۷ شماره ۲۲ صفحات ۲۲ تا ۳۵
- فخاری، س. گلزاری، م. شعیری، م. ر؛ و مومن زاده، س (۱۳۹۲). « اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن
- منتظری، م. بیات، ش؛ و خدادوست، س (۱۳۸۵). بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیماران فیبرومیالژیا». روانشناسی سلامت، دوره ۱۱، شماره ۲، صفحات ۱۴ تا ۱۹

منصوری، احمد؛ بخشی پوررودسری، عباس؛ محمود علیلو، مجید؛ فرنام، علیرضا؛ فخاری، علی، (۱۳۹۰). مقایسه نگرانی وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اختلال وسواس اجبار اختلال افسردگی عمده و افراد بهنجار. علمی-پژوهشی وزارت علوم صفحه - از ۵۵ تا ۷۴

Anderson, DS, Wallace DJ. The management of fibromyalgia-associated syndromes. *Rheum Dis Clin North Am.* 2002; 28(2): 405-17.

Denman, DJ, Schmidt M, Radulovic D, Singer A, Katz P, Bresette J. The relationship between fibromyalgia and interstitial cystitis. *J Psychiatr Res.* 2010; 31(1): ۱۲۵-۳۱.

Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social 1 inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005; 67(1):89-97. V V

Fridman F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL and et al. The American College of Rheumatology, Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1960; 33(2): 160-72.

Landen L, Bergman S, Petersson IF, Jacobsson LT, Herrstrom P. prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scand J Prim Health Care* 2008; 18: ۱۴۹-۵۳.

Levinen, M. Chan, Leighton, Kowalske, Karen J. *Physical Medicine and Rehabilitation 3rd Edition*, Elsevier Science Health Science div, 2008, 989-۱۰۱۵.

Lim, S. Matolcsy, Z. and Chow, D. (2011) The association between board composition and different types of voluntary disclosure, *European Accounting Review*, Vol.16, No.5, pp.55-83

Lionel, W, Wolfe F. Diagnosis and diagnostic tests for fibromyalgia (syndrome). *Reumatismo.* 2008; 64(4): 194-205.

Molz, R, Denolt, D. Fibromyalgia: an afferent processing disorder leading to a complex pain generalized syndrome. *Pain Physician.* 2010; 14(2): 217-45.

Weir, L. Shron, b. between fibromyalgia and sexual dysfunction in women. *Clin Rheumatol.* 2009; 28(4): 365-