Journal of Research in Psychological Health

March 2022, Volume 15, Issue 4

The role temperament and character dimensions and self-compassion in predicting quality of life women with musculoskeletal pain

Behzad Taghipuor*[1], Seyedeh fatemeh sharifi [2], Fariba Abdi[3], Roqayeh barzegaran[4]

1. Corresponding Author: PhD in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. behzad.taaghipuor1386@gmail.com.
2. MA in clinical Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamiazad, Ardabil unit, Ardabil
3. MA in clinical Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamiazad, Ardabil unit, Ardabil
4. MA in clinical Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamiazad, Ardabil unit, Ardabil

Citation: Taghipuor B, sharifi S. F, Abdi F, Barzegaran R. The role temperament and and character dimensions and self-compassion in predicting quality of life women with musculoskeletal pain. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2022; 15(4). 1-11 [Persian].

Key words: temperament, character, self-compassion, Quality of life, musculoskeletal pain

- Temperament and characterdimensions has a considerable role in predicting quality of life of the wife suffering from musculoskeletal pains.
- Self compassion has a considerable role in predicting quality of life of the wife suffering from musculoskeletal pains.

Abstract

The purpose of this study was to determine the role self-compassion and temperament character dimensions and in predicting quality of life women with musculoskeletal pain. This descriptive study is of correlative kind. Population ofthe research includes all the patients suffering from musculoskeletal pains who had referred to medical centers of Ardabil City. Sample of the study was 210 patients suffering from musculoskeletal pains whom were selected by an available manner. For collecting data, questionnaires ofself-compassion Raes & et al (2011), Temperament and character dimension Cloninger et al (1994) andquality of life were used. Obtained data was analyzed by Pearson's correlation coefficient and multiple regressions.The results of analyzing the multiple regressions showed that self-compassion (%31),dimensions of temperament (%22) and dimensions of character (%31) explained the common variance of quality of lifeWorld Health Organization (1989).These findings show that self compassion and temperament and characterdimensions has a considerable role in predicting quality of life of the patients suffering from musculoskeletal pains. These results have important implications in prevention, pathology and clinical deal.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

نقش ابعاد سرشت و منش و خوددلسوزی در پیش بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی

بهزاد تقی پور [*1]، سیده فاطمه شریفی [2]، فریبا عبدی [3]، رقیه برزگران [4]

۱. دکترای روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
behzad.taaghipuor1386@gmail.com

۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران

تاریخ دریافت
۱۳۹۸/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش
۱۴۰۱/۳/۱

واژگان کلیدی
سرشت، منش، خوددلسوزی، کیفیت زندگی، دردهای اسکلتی عضلانی

یافته‌های اصلی

- ابعاد سرشت و منش نقش مهمی در پیش بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی دارد.
- خوددلسوزی نقش مهمی در پیش بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی دارد..

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقشابعاد سرشت و منش و خوددلسوزیدر پیش بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی بود.این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است.جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اردبیل بود. .نمونه پژوهش ۲۱۰ نفر بیمار مبتلا به درد اسکلتی عضلانی بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده ها از پرسشنامه خوددلسوزی ریس و همکاران (۲۰۱۱)، ابعاد سرشت و منش کلونینجر و همکاران (۱۹۹۴) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) استفاده شد. داده های پژوهش با روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه تجزیه و تحلیل شدند.نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که خوددلسوزی (۳۱٪)، ابعاد سرشت (۲۲٪) و ابعاد منش (۳۱٪) از واریانس مشترک کیفیت زندگی را تبیین کردند.این یافته ها بیان می‌کند که دلسوزی به خود و ابعاد سرشت و منش نقش قابل ملاحظه ای در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی دارد. این نتایج تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری، آسیب شناسی و مقابله بالینی درد دارد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

بیماران با دردهای مـزمن، مشـکلات فراوانـی را در حـوزه های مختلف سلامت جسمانی و روانشناختی تجربـه مـی-کنند(۱).دردهای اسکلتی – عضلانی یکی از انواع دردهای مزمن است که برگرفته از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است که به ندرت می‌توان یکی از این عوامل را به تنهـایی در سبب شناسی آن دخیل دانست(۲).این دردهـا ممکـن است صرفا در یـک ناحیـه از بـدن یـا در چنـدین منطقـه مختلف بدن مانند گردن، شانه، آرنج، مـچ، کمـر، مفصـل، رانو همچنـین ایجـاد ضـایعات ارگانیـک دربرخـی نـواحی واندامها تظاهرم نمایند(۳). دردهای اسکلتی عضلانی یکـی از شایع ترین و پرهزینه‌ترین بیماری-ها در همه گروه‌های سنی و در جوامع مختلـف اسـت (۴). ایـن دردهـا عواقـب جسمانی، روانی واجتماعی منفی دارند. و با بالا رفتن سـن بدتر می‌شوند و باعث ناراحتی و کاهش فعالیت عضـلانی و تحرک می‌گردنـد.این دردهـا یکـی از مهـم تـرین دلایـل ناخوشی در جهان است که کیفیـت زنـدگی انسـان هـا را تحت تاثیر قرار می‌دهد و هزینه زیادی برای سیستم هـای بهداشتی و اجتماعی به همراه دارد (۵).دردهـای اسـکلتی شیوع بالای در جمعیت عمومی دارند به طوری که میـزان شیوع این دردها در ایران در ناحیـه کمـر (۳۰/۴ درصـد)، زانو (۲۴/۸ درصد)، گردن (۲۱/۲ درصد)، شانه و مچ دست (۱۶/۳)، پاشنه پا (۶/۹ درصد) و آرنج (۲ درصـد) گـزارش شده است(۶).

اختلالات اسکلتی عضلانی روی سلامتی و کیفیت زنـدگی تاثیر منفی می‌گذارنـد(۷). بنـابر تعریـف سـازمان جهـانی بهداشت، کیفیت زندگی، درک افـراد از موقعیـت خـود در زندگی از نظر فرهنـگ، اهـداف، انتظـارات، اسـتانداردها و الویت هایشان می باشد. لذا درک از کیفیت زندگی کـاملا فردی بوده و بوسیله دیگـران قابـل مشـاهده نیسـت و بـر درک افراد بر جنبـه هـای مختلـف زنـدگی شـان اسـتوار است(۸).. تحقیقات نشان مـی‌دهـد کـه عـواملی از قبیـل درجه شدت درد (۹). درد طولانی مدت (۱۰). و انتظـارات بالا ازدرد (۱۱). پیش بینی کننـده سـطح پـایین کیفیـت زندگی در افراد مبتلا به درد های اسکلتی عضـلانی اسـت. همچنین سیگار کشـیدن، سـطح پـایین فعالیـت بـدنی و شاخص توده بدن بـالا بـا دردهـای چندگانـه در جمعیـت عمومی ارتباط دارد(۱۲).این دردهابا تقلیل کیفیت زندگی موجب افزایش عدم رضایت از زنـدگی و کـاهش عملکـرد فیزیکی و روانی می‌شود. (۱۳).

یکـی دیگـر از متغیرهـای مـرتبط بـا درد هـای اسـکلتی عضلانی، سازه خود دلسوزی می‌باشد، خـود دلسـوزی بـا افزایش پذیرش درد همراه است (۱۴). پـذیرش درد خطـر وابستگی به دارو و مواد مخدر برای تسکین درد را کـاهش می-دهد(۱۵).این سازه شکل سالم خودپـذیری اسـت کـه نشان دهنده گرمی و پذیرش جنبه های از خود و زنـدگی خـود بـوده و ناخوشـایند هسـتند(۱۶). در دو سـه دهـه گذشته مطالعات زیادی بر نقـش تجـارب روان شـناختی منفی بیماران مبتلا به اختلال های مزمن به عنوان مثـال (آرتریـت روماتئیـد، ایـدز،بیماری هـای قلبـی عروقـی ودردهای اسکلتی عضلانی) متمرکز بوده است. پژوهش در این زمینه ها نقش منفی متغیرهای روان شناختی ماننـد عاطفه منفی و فاجعـه آمیـزی در تعـدیل آشـفتگی هـا و ناتوانی ها از جملـه درد مـداوم را نشـان داده اسـت (۱۷). اخیرا نقش احتمالی خود دلسوزی در چگـونگی ایـن کـه مردم چگونه با مشکلات زندگی شان برخـورد مـی کننـد، نشـان داده شـده اسـت. احتمـالا یـک فـرد خوددلسـوز مشکلات خود را می بیند، ضـعفها و کاسـتی هـایش را بـا دقت و در عین حال با واکنش نشان می دهد و مهربـانی و شفقت را به جای انتقاد از خود و خشونت بکار مـی گیـرد. خـود دلسـوزی بـا خـود انتقـادی، افسـردگی، اضـطراب، نشخوارگری، سرکوب افکار وکمال گرایی نوروتیـک رابطـه منفی، وبا رضایت از زندگی و روابطه اجتماعی رابطه مثبت دارد، خود دلسوزی همچنین با کارکردهای روانشناختی و انطباقی و بهزیستی بالاتر مرتبط است (۱۶). خوددلسوزی مستلزم ویژگی های ماننـد محبـت و تفـاهم بـه خـود در شرایط دشوار می باشد و ممکن است سازگاری بـرای درد مداوم را تحت تاثیر قرار داده و یک عامل مـوثر در تنظـیم درد افراد مبتلا به درد مزمن باشد.

یکـی دیگـر از متغیرهـای مـرتبط بـا درد هـای اسـکلتی عضلانی سازه‌ی، ابعاد سرشـت و مـنش مـی‌باشـد. مفهـوم سرشت در دیـدگاه کلـونینجر بـه تفـاوت هـای فـردی در زمینه پاسخ های هیجانی اشاره دارد، سرشت صفات ارثـی است که در سرتاسر زندگی ثابت وپایدار می ماند. از سوی دیگر منش که ممکن است رشد یافته یا رشد نایافته باشد منعکس کننده اهداف زنـدگی، نظـام ارزشـی و هیجانـات

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

خودآگاه فرد است، ابعاد منش کمتر ارثی است واغلب تحت تاثیر یادگیری اجتماعی قرار می‌گیرد(۱۸).مدل عصبی زیستی کلونینجر جنبه های ژنوتایپی شخصیت را بررسی می‌کند و شامل چهار بعد سرشتی آسیب گریزی، نوجویی، پاداش وابستگی و پشتکار و سه بعد منشی خود هدایتی، همکاری و خود فراروی است(۱۹). نتایج تحقیقات نشان می دهد که ویژگی های شخصیتی و سرشت ومنش فرد با درد های اسکلتی عضلانی ارتباط دارد. به گونه‌ای که این بیماران به طور معنی داری در ویژگی های شخصیتی و ابعاد سرشت ومنش از افراد سالم متفاوت هستند. این افراد اجتناب از آسیب بالا و خود راهبری پایینی داشتند. بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی را از نظر شخصیتی می‌توان به عنوان افرادی محتاط، ناامن و بدبینانه مشخص کرد،همچنین این بیماران با مشکلات در پذیرش مسئولیت، فاقد اهداف بلند مدت، اعتماد به نفس مزمن پایین، و چالش اساسی در هویت خود مشخص می‌شوند. همچنین ابعاد شخصیتی با پریشانی روانی نسبت به درد ارتباط قوی تری دارد(۲۰).به طوری که روان رنجوری و اجتناب از آسیب با کیفیت زندگی بدتر مرتبط بوده، در حالی که وجدان گرایی و خود راهبری با کیفیت زندگی بهتر ارتباط مثبت داشتند(۲۱). همچنین سطوح پایین اجتناب از آسیب و سطوح بالاتری از خود راهبری به طور قابل توجهی با کیفیت زندگی بهتر در ارتباط بود(۲۲).و اجتناب از آسیب و وابستگی به پاداش با بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی ارتباط منفی وبعد خود راهبری با کیفیت زندگی ارتباط مثبت داشت و پیش بینی کننده کیفیت زندگی بهتر در حوزه های فیزیکی، روانی و زیست محیطی بوند. همچنین اجتناب از آسیب و پاداش وابستگی پیش بین سلامت جسمی کمتر و وضعیت تاهل پیش بین سلامت جسمی و کیفیت زندگی بهتر بود(۲۳).

با توجه به موارد فوق و میزان شیوع بالای دردهای اسکلتی و عضلانی و تاثیرات منفی که این دردها بر روی سلامت عمومی و مخصوصا سلامت روانشناختی دارد، ضرورت بررسی عوامل روانشناختی که در دردهای اسکلتی و عضلانی دچار آسیب می‌شوند لازم و ضروری است، از این رو پژوهش حاضر در صدد پاسخ گویی به این سوال اساسی است که آیا خوددلسوزی،ابعاد سرشت و منش در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی نقش دارند؟

روش

الف) طراحی مطالعه و شرکت کنندگان

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی مراجعه کننده در سال ۱۳۹۸ به کلینیک فیزیوتراپی دکتر افضلی فرد و کلینیک فیزیوتراپی مهر را تشکیل می-دادند.نمونه گیری به روش در دسترس از بین کسانی که به کلینیک های فیزیوتراپی مراجعه کرده بودند انجام گرفت. تعداد داده های نمونه بعد از حذف داده های ۲۱۰ نفر بود.. ملاک های ورود عبارت بود از، وجود درد های اسکلتی عضلانی، و دامنه سنی بین ۲۰ تا۵۰سال بود. برای گردآوری اطلاعات پس از اخذ مجوز به مراکز درمانی مراجعه و پس از انتخاب نمونه آماری و کسب رضایت از بیماران پرسشنامه‌های خوددلسوزی، ابعاد سرشت و منش و کیفیت زندگی در اختیار آنها قرار داده شد. پس از جمع آوری اطلاعات داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به کمک نرم‌افزار spss-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ب) ابزارهای‌پژوهش

پرسشنامه فرم کوتاه خود-دلسوزی: مقیاس ۱۲ مادهای خود-دلسوزی شامل ۶ خرده مقیاس (مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و همانند سازی افراطی) است، که ماده های این مقیاس در یک طیف لیکرت ۵ رتبه ای (هرگز=۱، تقریبا هرگز=۲، نظری ندارم=۳، تقریبا همیشه=۴، و همیشه=۵) مرتب شده است، حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۱۲ تا ۶۰ است. ضمنا سوال های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمره های بالاتر در این ابزار میزان خود-دلسوزی بالا و نمره پایین، میزان خود-دلسوزی پایین شرکت کننده ها را نشان می دهد(۲۴). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۶ گزارش شده است(۲۵).همچنین پایایی این پرسشنامه در ایران به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شده است (۲۶).پایایی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

این پرسشنامه در این پژوهش به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه سرشت و منش:پرسشنامه سرشت و منش برای اندازه‌گیری سرشت زیستی ژنتیکی و منش اکتسابی ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲۵ سوال دارد و هر آزمودنی به این سوالات به صورت صحیح یا غلط پاسخ می‌دهد دامنه سوالاتی که آزمودنی می‌تواند به دست آورد بین ۰ تا ۱۲۵ می‌باشد. در این پرسشنامه سرشت و مولفه‌های آن یعنی(نوجوئی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و پشتکار) و منش و مولفه‌های آن یعنی (خودراهبری، همکاری و خودفراروی) اندازه‌گیری می‌شود(۲۷).ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۸ گزارش شده است(۲۸).همچنین پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ در ایران ۰/۷۱ گزارش شده است (۲۹). پایایی این پرسشنامه به روشضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای ابعاد سرشت ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی طراحی و تدوین شده و بر اساس مطالعه کیفیت زندگی در۱۵ کشور دنیا تنظیم گردیده است. هدف این ابزار، سنجش کیفیت زندگی در گروه‌های فرهنگی مختلف و بیماری‌های متفاوت است(۳۰). این پرسشنامهدارای ۲۶ سوال است که هر کدام از سوال‌ها حیطه‌های مختلفی را می‌سنجد. راسل و همکاران پایایی مقوله‌های اصلی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای سلامتی و کیفیت زندگی کلی ۰/۸۷ برای حیطه جسمی۰/۷۹ و برای حیطه روانی ۰/۸۴ به دست آورده اند(۳۱).پایایی این پرسشنامه در ایران به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۲).پایایی این پرسشنامه در این پژوهش به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

در جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد ابعاد سرشت و منش، خوددلسوزی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به دردهای اسکلتی – عضلانی آورده شده است.

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که مولفه‌های خوددلسوزی، خودمهربانی، اشتراک انسانی، ذهنآگاهی، خودداوری، انزوا و بیش‌همانندسازی به ترتیب ۰/۴۹، ۰/۳۲، ۰/۵۰، ۰/۳۹، ۰/۵۴، ۰/۴۰ با کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۱ همبستگی مثبت معنی‌دار دارند.

نتایج جدول (۳) نشان می دهد که میزان F=۱۳/۲۲۴ مشاهده شده معنی دار است (P=۰/۰۱). که نشان‌دهنده آن است که خودلسوزی می تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی‌عضلانی را پیش‌بینی کند. با توجه به نتایج جدول مولفه‌های خودمهربانی، اشتراک-انسانی، ذهن‌آگاهی، خودداوری، انزوا و بیش‌همانندسازی به ترتیب با بتای ۰/۴۹، ۰/۲۳، ۰/۳۳، ۰/۲۸، ۰/۲۹ و ۰/۲۴ در تبیین کیفیت زندگی سهم معنی‌داری دارند. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که مولفه‌های خوددلسوزی به طور همزمان ۳۱٪ از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین می کنند.

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که از بینمولفه‌های ابعاد سرشت، نوجویی و آسیب پرهیزی به ترتیب ۰/۳۵- و ۰/۳۴- با کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۱ همبستگی معنی‌دار دارند. اما بین مولفه‌های پاداش وابستگی و پشتکار ابعاد سرشت با کیفیت زندگی رابطه معنی داری مشاهده نشد.همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که مولفه‌های ابعاد منش، خودراهبری، همکاری و خودفراروی به ترتیب ۰/۴۳، ۰/۴۰ و ۰/۴۴ با کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۱ همبستگی مثبت معنی‌دار دارند.

نتایج جدول (۵) نشان می دهد که میزان F=۳/۷۱۹ مشاهده شده ابعاد سرشت معنی دار است (P=۰/۰۱). که نشان‌دهنده آن است که ابعاد سرشت می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی‌عضلانی را پیش-بینی کند. با توجه به نتایج جدول از بین ابعاد سرشت مولفه‌های نوجویی و آسیب پرهیزی به ترتیب با بتای ۰/۳۶- و ۰/۲۳- در تبیین کیفیت زندگی سهم معنی‌داری دارند. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که مولفه‌های ابعاد منش به طور همزمان ۲۲٪ از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین می کنند.همچنین نتایج جدول نشان می دهد که میزان F=۳/۴۱۹ مشاهده شده ابعاد منش معنی دار است (P=۰/۰۱). که نشان‌دهنده آن است که ابعاد

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

منش می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی‌عضلانی را پیش‌بینی کند. با توجه به نتایج جدول ابعاد منش خودراهبری، همکاری و خودفراروی به ترتیب با بتای ۰/۲۳، ۰/۲۶و ۰/۲۵ در تبیین کیفیت زندگی سهم معنی‌داری دارند. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که مولفه‌های ابعاد منش به طور همزمان ۳۱٪ از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین می کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقشابعاد سرشت و منش و خوددلسوزی در پیش بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به دردهای اسکلتی عضلانی بود. نتایج نشان داد که سازه-خوددلسوزی ۳۱ درصد از واریانس مشترک کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. این نتایج همسو با تحقیقات پیشین می-باشد(۳۵-۳۳).در تبیین این نتایج می‌توان گفت که خود-دلسوزی به معنی پذیرش عاطفی چیزی است که در این لحظه در درون ما رخ می‌دهد.خود دلسوزی نیازمند یک دیدگاه متعادل به احساسات منفی می‌باشد تا این احساسات نه به طور اغراق آمیز مورد توجه قرار گیرد و نه سرکوب شوند. این حالت متعادل ریشه در فرایندی دارد که فرد تجربیات شخصی خود را با تجربه سایر افرادی مرتبط می-داند که آنها نیز آسیب دیده‌اند و از این طریق موقعیت خود را در یک دید وسیع تر مورد بررسی قرار می دهند.سازه خود دلسوزی یک مولفه روان‌شناختی مثبت درافراد ایجاد می-کند که در صورت بالا بودن این سازه می‌توان کیفیت زندگی بهتر و شدت درد کمتر را در بیماران مبتلا به درد-های اسکلتی عضلانی پیش بینی کرد. انسان‌های که نسبت به خود دلسوزی دارند درک می نمایند که کامل نبودن، شکست خوردن و تجربه سختی های زندگی غیر قابل اجتناب است بنابراین آنها زمانی که با تجارب سخت زندگی مواجه می‌شوند به جای آنکه از نرسیدن به ایده آل هایشان عصبانی شوند، تمایل دارند کهبا خود با مهربانی رفتار نمایند انسان‌ها همیشه نمی توانند چیزی که به نظرشان ایده آل است، باشند یا چیزی را که می‌خواهند به دست بیاورند زمانی که این واقعیت نادیده گرفته می‌شود رنج ناشی از ناکامی به شکل استرس، ناامیدی و از خود انتقادی افزایش پیدا می‌کند. زمانی که این واقعیت بامهربانی و همدلی پذیرفته شود فرد آرامش روانی بیشتری را تجربه می‌کند.. شخصی که دلسوزی به خود بالایی داردقادر است حتی هنگام مواجهه با ناکامی و بدبیاری نگرش توام با ملایمت و مهربانی نسبت به خود داشته باشد،چنین فردی درک می‌کند که تمام انسانها شکست می‌خورند ودرد راتجربه می کنند،داشتن چنین ویژگی‌هایی فرد را قادر می-سازد احساسات و هیجانات خود را به طور مناسب تجربه نماید،بدون آنکه انها را از خود دور رانده یا کاملا در سیطره-ی آنها قرار بگیرد. نتایج پژوهش حاضر نقش مهم و تعدیل کننده خود دلسوزی را در کنار آمدن با گرفتارهای زندگی از قبیل دردهای اسکلتی عضلانی نشان می‌دهد. کیفیت زندگی بالا نقش ضربه گیری در کنار آمدن با مشکلات روانی و بیماری های جسمی دارد، و خود دلسوزی به عنوان یک سازه روانشناختی مثبت، در صورت بالا بودن موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی و عضلانی می‌گردد

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که ابعاد سرشت ۲۲ درصد از واریانس مشترک کیفیت زندگی را تبیین می-کند.از بین ابعاد سرشت بعد نوجویی و آسیب پرهیزی پیش بین کیفیت زندگی پایین. در افراد مبتلا به دردهای اسکلتی- عضلانی است.در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که آسیب گریزی شامل تمایل ارثی در مهار رفتار، در پاسخ به پیام‌های تنبیه و فقدان پاداش‌های ناکام کننده است. این ویژگی به صورت ترس از بلاتکلیفی، خجالتی بودن، مهار اجتماعی و اجتناب غیر فعال از مشکلات و خطرات، خستگی پذیری سریع و نگرانی بد بینانه در موقعیت‌های است که انتظار مشکل را داریم، حتی موقعیت-های که دیگران را نگران نمی‌کند. از این رو بیمارانی که در بعد آسیب گریزی نمره بالای را کسب کرده بودند به خاطر عدم تحمل بلاتکلیفی و تحمل رنج ناشی از درد و دید بد بینانه نسبت به درد و رنج خود که از خصوصیات افراد دارای بعد آسیب گریز است نمی توانستند با مشکلات زندگی خود کنار آمده و از این رو دارای کیفیت زندگی مطلوبی نبودند.. همچنین بیمارانی که در بعد نوجویی در سطح بالایی قرار داشتند هم کیفیت زندگی پایینی داشتند و هم شدت درد بیشتری را گزارش می‌کردند نوجویی به صورت فعالیت اکتشافی در پاسخ به تازگی و تنوع، تکانشگری،افراط در رویارویی در

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

اشارات مربوط به پاداش و اجتناب فعال از ناکامی بروز می کند.افرادی که نوجویی بالایی دارند،به سرعت تحریک می شوند و کنجکاو، زودرنج، تکانشگری،افراطی و بی نظم‌اند. مضرات آن، ملالت، خستگی پذیری آسان و مکرر، تکانشگری، حملات خشم، بی ثباتی در روابط،تاثیر پذیری و خیال پردازی در کوشش‌هاست. از این رو بیمارانی که نوجویی بالایی دارند به خاطر اجتناب فعال از درد و رنج خود و ملالت و خستگی بیش از حد به خاطر درد خود کیفیت زندگی پایینی را گزارش کردند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که ابعاد منش (خودراهبری، خودفراروی و همکاری) ۳۱ درصد از واریانس مشترک کیفیت زندگی را تبیین می‌کند.در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد کهکسانی که خود راهبری بالایی دارند، خود کفا، مسوئلیت پذیر، معتبر، مبتکر، هدفمند و خودپذیر هستند. آنها واقع گرا و موثر هستند و به همین دلیل آنها می‌توانند رفتار خود را، با اهدافی که خود شخصا برگزیده‌اند، هماهنگ کنند.. از این رو بیمارانی که خودراهبری بالایی داشتند با وجود آنکه از یک درد واقعی رنج می‌برند به خاطر مبتکر و هدفمند بودن شدت درد کمتری را گزارش می‌کردند و با وجود یک درد واقعی کیفیت زندگی مطلوبی را گزارش کردند.. همچنین. افرادی که همکاری بالا دارند خود را به صورت اجزا یکپارچه اجتماع انسانی مفهوم سازی می‌کنند. این چنین مردمان به صورت افرادی بردبار، مهربان، حمایت کننده و اصول‌گرا توصیف می‌شوند. این ویژگی‌ها در کارهای تیمی و گروه‌های اجتماعی سودمند است. از این رو بیمارانی که همکاری بالایی داشتند به دلیل تحمل پذری بالا و پذیرش درد خود به عنوان یک واقعیت عینی و مسئولیت پذیری در برابر این حقیقت با وجود داشتن یک درد واقعی مزمن، شدت درد کمتری را گزارش کرده و کیفیت زندگی بهینه ی را گزارش کردند. همچنین خود فراروی بیان گر افرادی است که به طور کلی خود را به عنوان بخش یکپارچه ی از جهان هستی تلقی می‌کنند. این افراد به عنوان افرادی دارای قضاوت سلیم، بصیر، روحانی، بی ادعا و متواضع توصیف می‌شوند. سودمندی تطابقی این صفات وقتی است که افراد با رنج، مرگ یا بیماری مواجه می‌شوند که در سنین بالاتر اجتناب ناپذیرند. این صفات در اکثر اجتماعات مدرن زمانی بی ارزش تلقی می‌شوند که احتمال آن برود که آرمان گرایی، فروتنی و مراقبه های معنی جویانه با کسب قدرت و ثروت تداخل کنند.. از این رو بیمارانی که خودفراروی بالایی داشتند به دلیل قدرت انطباقی شان و قضاوت درست از دردشان با وجود داشتن درد شدید کیفیت زندگی مطلوبی را گزارش کردند.

در کل نتایج حاضر نشان می‌دهد که ابعاد سرشت و منش نقش مهمی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی دارد، گرچه درد های اسکلتی عضلانی بیشتر دارای منبع جسمانی می باشد اما تجربه کردن و گزارش درد یک تجربه ذهنی و فردی می‌باشد، به طوری که آسیب دیدگی عضلات و اسکلت ها در افراد مختلف یکسان است اما تجربه و گزارش درد که از لحاظ شدت تجربه می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد در افراد مختلف متفاوت است. پژوهش حاضر نشان می‌دهد که این تفاوت‌ها در گزارش و تجربه درد نشات گرفته از ویژگی های شخصیتی بیماران می‌باشد. از این رو شناخت ویژگی های شخصیتی بیماران مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی در جهت کمک موثر به این بیماران برای بالا بردن کیفیت زندگی آنها و تعدیل درد آنها لازم و ضروری لست.

از محدودیت‌های پژوهش محدود بودن جامعه، نمونه، استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و استفاده از پرسشنامه در جهت جمع آوری داده ها بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در جهت تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها جانب احتیاط در نظر گرفته شده و استنباط علی نتایج با احتیاط صورت بگیرد. همچنین از روش‌های نمونه‌گیری دیگری غیر از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شود.

پژوهشگران بر خود لازم میدانند از همکاری کلیه شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

منابع

Basharpoor S, Mohammadi N, Asadi-Shishegaran H. The effectiveness of cognitive self-compassion training on craving, dependence severity and cognitive flexibility in substance dependent Radojcic MR, Perera RS, Chen L, Spector TD, Hart DJ, Ferreire, ML, Arden NK. Specific body mass index trajectories were related to musculoskeletal pain and mortality: 19-year follow-up cohort. J of Clin Epid, (2021), 141, 54-63.

Sapkota S, Takematsu M, Adewunmi V, Gupta C, Williams AR & Friedman, BW. Oxycodone induced euphoria in ED patients with acute musculoskeletal pain. A secondary analysis of data from a randomized trial. The American J of Emer Med. (2022), 53, 240-244.

Riley C, Wilson C, Andrzejowska L & Giri P. Reducing musculoskeletal pain in the operating theatre. BJA Edu, (2022), 22(4), 154-159.

Kerouo E, Kerosuo H, kanerva L. Self reported health complains among general practitioners, orthodontists, and office employees, actaodontolscand. (2003); 58(5): 207-12.

Tuzun EH. Quality of life in chronic musculoskeletal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. (2007); 21(3): 567–579.

Kazemi SS, Rafighi M. Musculoskeletal Disorder amomg tarbiat modarres university students living in dormitories in 2016. IUMPP. 2016, 1(4): 166-72.

Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of Life and Disability in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. European Psychiatry. (2011); 16(4): 239-242.

Bonmi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Quality of life measurement. Will we ever be satisfied? CLIN Epidemiol. (2000); 53(1): 1-12.

Ang DC, Kroenke K, & Mc Horney CA. Impact of Pain Severity and Location on Health-related Quality of Life. Rheumatol Int. (2006); 26(6): 567–572.

Kovacs FM, Abraira V, Zamora J, Fernandez C. The transition from acute to sub acute and chronic low back pain: study basedon determinants of quality of life and prediction of chronic disability. Spine (Phila Pa1976) (2005); 30(15): 1786–1792.

McCracken LM, Gross RT, Sorg PJ & Edmands TA. Prediction of pain in patients with chronic low back pain: effects of inaccurate prediction and pain-related anxiety. Behavior Research Therapy. (1993); 31(7): 647–652.

Kamaleri Y, Natvig B, Ihlebaek CM, Benth JS & Bruusgaard D. Number of pain sites is associated with demographic, lifestyle, and health-related factors in the general population. Eur J Pain. (2008); 12(6): 742–748.

Cavlac U, Yagci N, Aslan UB, Ekici G. A new tool measuring health-related quality of life (HRQOL): The effects of musculoskeletal pain in a group of older Turkish people. Archives of Gerontology and Geriatrics. . (2009); (49)(2): 298-303

Costa J, Pinto-Gouveia J. Acceptance of pain,self-compassion and psychopathology: using theChronic Pain Acceptance Questionnaire to identifypatients' subgroups. Clinical Psychology Psychotherapy. (2011);18: 292-302.

Kratz AL, Murphy J, Kalpakjian CZ & chen P. Medicate or Meditate? Greater pain acceptance is related to lower pain medication use in persons wite chronic pain and spinal cord Injury. Clin J of Pain. (2018); 34 (4), 357-367.

Neff K. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and Identity. (2003); 2: 223–250.

Affleck G, Tennen H, Urrows S, Higgins P. Neuroticismand the pain-mood relation in rheumatoid arthritis: insights from a prospective daily study. J Con Clin Psycho. (1992); 60:119-126.

Takeuchi M, Miyaoka H, Tomoda A, Suzuki M, Lu X & Kitamura T. Validity and reliability of the Japanese version of the temperament and character inventory: a study of university and college students. Comprehensive Psychiatry. (2011); 52: 109–117.

Sadock BJ, Sadock PR. Kaplan and sadocks pocket handbook of clinical psychiatry. 11th ed. (2015).

Malmgren O, Bergdahl J. Temperament and character personality vimensions in patients with nonspecific musculoskeletal disorder. Clin J of Pain. (2006); 22(7): 625-631.

Masthoff ED, Trompenaars FJ, Van Heck, GL. Hodiamont PP, Vries JD. The relationship between dimensional personality models and quality of life in psychiatric outpatients. Psychiatry Research. (2007); (49): 81-88.

Bonacchi A, Miccinesi G, Guazzini M, Rossi A, Bacci, S& et.al. Temperament and Character Traits Associated with Health-related Quality of Life in Cancer Patients. Tumori. (2012); 98(3):377-384.

Yazici E, Yazici AB, Aydin N, Kirpiner L, Acemoglu H. Temperament and character traits in patients with epilepsy: apileptic personality. J Ment Dis. (2013); 201(5): 365-370.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Raes F, Pommier E, Neff Kd & Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. Clinical Psychology and Psychotherapy. (2011); 18, 250-255.

Odou N, Brinker J. Exploring the relationship between rumination, self-compassion, and mood. Self and Identity. (2014); 13(4), 449-459.

Taghipuor B & Barzegaran R. The effectiveness of group existence therapy on self-compassion and resilience of mothers with children with intellectual disability. J Kno & Res In App Psycho. (2019), 20(2), 109-100.[Persian].

Cloninger CR, Przybeck. TR, Svrakic DM, Wetzel RD.The Temperament and Character Inventory (TCI): aguide to itsdevelopment and use. Center for Psychobiology of Personality. Washington University St Louis. (1994); 25-30.

Alonso P, Menchon JM, Jimenez S, Segalas J, Mataix-Cols D, Jaurrieta N, etal. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinicalvariables, Psychiatry Research. (2008); 157(1-3): 159-168.

Narimani M, Fayezi N, Sooreh J & Fallahi V. Thr role of temperament and character traits, basic psychological needs and cognitive flexibility in psychological hardiness of autistic children mothers. J Psy Stu, (2020), 16(2), 57-74.[Persian].

Koran LM, Bromberg D, Hornfeldt CS, Shepsker JC, Wang S & Hollander E. Extended–release fluvoxamine and improvements in quality of life in patients with obsessive–compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry, Comp psych. (2010); 24: 1-17.

Sawatzky R, Liu-Ambrose T, Miller WC, Marra CA. Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. Health Quality ofLife Outcomes. (2007); 19(5):68.

Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie, Naieni, K., Mohammad, K.,&Majidzadeh, S. (2006). The world health orqanization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. Journal of School of Public Health andInstitute of Public Health Research, 4(4); 1-12.[Persian].

Wren AA, Somers TJ, Wright MA, Goetz MC, Leary MR, Fras, AM, Huh BK, Rogers LL, Keefe FG. Self-Compassion in Patients With Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain. J of Pain and Symptom Management. (2012); 43(4): 759-770.

Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP,Earleywine MSelf-compassion is a better predictorthan mindfulness of symptom severity and qualityof life in mixed anxiety and depression. J AnxietyDis. (2011); 25:123-130.

Woo J, Leung J, Lau E. Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life. Public Health. (2009); 123(8): 549-556.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد سرشت و منش، خوددلسوزی و کیفیت زندگی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
نوجویی	۹/۳۲	۱/۸۹	خودمهربانی	۵/۸۹	۱/۶۷
آسیب پرهیزی	۹/۳۵	۲/۱۴	اشتراک انسانی	۵/۸۴	۱/۵۸
پشتکار	۲/۶۵	۱/۳۶	ذهن آگاهی	۶/۱۳	۱/۴۶
پداش وابستگی	۷/۸۵	۱/۸۵	خودداوری	۵/۴۱	۱/۱۳
خودراهبری	۱۲/۲۵	۳/۰۹	انزوا	۶/۵۸	۱/۴۶
همکاری	۱۲/۶۴	۲/۵۶	بیش‌همانندسازی	۶/۱۴	۱/۱۵
خودفراروی	۷/۸۹	۱/۳۶	کیفیت زندگی	۴۳/۱۲	۳/۱۵

جدول ۲. نتایج تحلیل همبستگی کیفیت زندگی با خوددلسوزی

متغیرملاک		متغیر پیش‌بین (خوددلسوزی)					
		خودمهربانی	اشتراک‌انسانی	ذهن‌آگاهی	خودداوری	انزوا	بیش‌همانندسازی
کیفیت‌زندگی	همبستگی	۰/۴۹	۰/۳۲	۰/۵۰	۰/۳۹	۰/۵۴	۰/۴۰
	معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی با خوددلسوزی

	آماره				
متغیر	B	SE	Beta	T	معنی‌داری
خودمهربانی	۱/۱۲	۰/۳۲	۰/۴۹	۳/۳۲	۰/۰۰۰
اشتراک انسانی	۰/۸۵	۰/۳۰	۰/۲۳	۴/۰۷	۰/۰۴۶
ذهن آگاهی	۰/۹۴	۰//۴۹	۰/۳۳	۲/۰۱	۰/۰۴۲
خودداوری	۱/۰۹	۰/۴۱	۰/۲۸	۳/۰۸	۰/۰۰۲
انزوا	۱/۳۱	۰/۴۸	۰/۲۹	۲/۱۲	۰/۰۱۲
بیش‌همانندسازی	۱/۰۱	۰/۳۹	۰/۲۴	۲/۳۴	۰/۰۲۶

F=۱۳/۲۲۴ *P*=۰/۰۰ R^2=۰/۳۱ R=۰/۵۶

جدول ۴. نتایج تحلیل همبستگی کیفیت زندگی با ابعاد سرشت و منش

متغیر ملاک		متغیر پیش‌بین (ابعاد سرشت و منش					
		نوجویی	آسیب پرهیزی	پشتکار	پاداش وابستگی	خودراهبری	همکاری	خودفراروی
کیفیت زندگی	همبستگی	-۰/۳۵	-۰/۳۲	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۴۳	۰/۴۰	۰/۴۴
	معنی داری	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۲۵	۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی با ابعاد سرشت و منش

ابعاد سرشت و منش	آماره				
	B	SE	Beta	T	معنی‌داری
نوجویی	-۱/۶۵	۰/۶۱	-۰/۳۶	۳/۱۲	۰/۰۰۱
آسیب‌پرهیزی	-۰/۷۲	۰/۳۹	-۰/۲۳	-۲/۹۲	۰/۰۰۴
پشتکار	-۰/۶۱	۰/۹۶	۰/۰۴	۰/۳۸	۰/۶۳۸
پاداش وابستگی	۰/۴۹	۰/۷۸	۰/۰۸۱	۰/۵۹	۰/۵۹۵
F=۳/۷۱۹ p=۰/۰۰۲ R^2=۰/۲۲ R=۰/۴۷					
خودراهبری	۰/۷۶	۰/۴۱	۰/۲۳	۲/۰۹	۰/۰۵
همکاری	۰/۸۸	۰/۳۹	۰/۲۶	۲/۰۱	۰/۰۳
خودفراروی	۰/۷۹	۰/۵۱	۰/۲۵	۱/۶۱	۰/۰۵
F=۳/۴۱۹ p=۰/۰۰۱ R^2=۰/۳۱ R=۰/۵۶					

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]