



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

Behzad Taghipuor\*<sup>1</sup>, Seyedeh fatemeh sharifi <sup>2</sup>, Fariba Abdi<sup>3</sup>, Roqayeh barzegaran<sup>4</sup>

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 Islamiyazad, Ardabil unit, Ardabil*

3. *MA in clinical Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamiyazad, Ardabil unit, Ardabil*

4. *MA in clinical Psychology, Faculty of human Sciences, University of Islamiyazad, 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. **Journal of Research in Psychological Health.** 2022; 15(4). 1-11 [Persian].

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

- Temperament and character dimensions 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 of the 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 of self-compassion Raes & et al (2011), Temperament and character dimension Cloninger et al (1994) and quality 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 life World Health Organization (1989). These findings show that self compassion and temperament and character dimensions 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.

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

بهزاد تقی پور<sup>۱\*</sup>، سیده فاطمه شریفی<sup>۲</sup>، فریبا عبدی<sup>۳</sup>، رقیه برزگران<sup>۴</sup>

۱. دکترای روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، 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

### 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 نقش ابعاد 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 جمع آوری 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 می کند 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.

### تاریخ دریافت

۱۳۹۸/۱۱/۱۵

### تاریخ پذیرش

۱۴۰۱/۳/۱

### واژگان کلیدی

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

## مقدمه

موجب افزایش عدم رضایت از زندگی و کاهش عملکرد فیزیکی و روانی می‌شود. (۱۳).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با درد های اسکلتی عضلانی، سازه خود دلسوزی می‌باشد، خود دلسوزی با افزایش پذیرش درد همراه است (۱۴). پذیرش درد خطر وابستگی به دارو و مواد مخدر برای تسکین درد را کاهش می‌دهد (۱۵). این سازه شکل سالم خودپذیری است که نشان دهنده گرمی و پذیرش جنبه های از خود و زندگی خود بوده و ناخوشایند هستند (۱۶). در دو سه دهه گذشته مطالعات زیادی بر نقش تجارب روان شناختی منفی بیماران مبتلا به اختلال های مزمن به عنوان مثال (آرتریت روماتیسم، ایدز، بیماری های قلبی عروقی و دردهای اسکلتی عضلانی) متمرکز بوده است. پژوهش در این زمینه ها نقش منفی متغیرهای روان شناختی مانند عاطفه منفی و فاجعه آمیزی در تعدیل آشفتگی ها و ناتوانی ها از جمله درد مداوم را نشان داده است (۱۷). اخیرا نقش احتمالی خود دلسوزی در چگونگی این که مردم چگونه با مشکلات زندگی شان برخورد می کنند، نشان داده شده است. احتمالا یک فرد خوددلسوز مشکلات خود را می بیند، ضعفها و کاستی هایش را با دقت و در عین حال با واکنش نشان می دهد و مهربانی و شفقت را به جای انتقاد از خود و خشونت بکار می گیرد. خود دلسوزی با خود انتقادی، افسردگی، اضطراب، نشخوارگری، سرکوب افکار و کمال گرایی نوروپیک رابطه منفی، و با رضایت از زندگی و روابط اجتماعی رابطه مثبت دارد، خود دلسوزی همچنین با کارکردهای روانشناختی و انطباقی و بهزیستی بالاتر مرتبط است (۱۶). خوددلسوزی مستلزم ویژگی های مانند محبت و تفاهم به خود در شرایط دشوار می باشد و ممکن است سازگاری برای درد مداوم را تحت تاثیر قرار داده و یک عامل موثر در تنظیم درد افراد مبتلا به درد مزمن باشد.

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با درد های اسکلتی عضلانی سازه‌ی، ابعاد سرشت و منش می‌باشد. مفهوم سرشت در دیدگاه کلونینجر به تفاوت های فردی در زمینه پاسخ های هیجانی اشاره دارد، سرشت صفات اثری است که در سرتاسر زندگی ثابت و پایدار می ماند. از سوی دیگر منش که ممکن است رشد یافته یا رشد نیافته باشد منعکس کننده اهداف زندگی، نظام ارزشی و هیجانات

بیماران با دردهای مزمن، مشکلات فراوانی را در حوزه های مختلف سلامت جسمانی و روانشناختی تجربه می کنند (۱). دردهای اسکلتی - عضلانی یکی از انواع دردهای مزمن است که برگرفته از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است که به ندرت می توان یکی از این عوامل را به تنهایی در سبب شناسی آن دخیل دانست (۲). این دردها ممکن است صرفا در یک ناحیه از بدن یا در چندین منطقه مختلف بدن مانند گردن، شانه، آرنج، مچ، کمر، مفاصل، رانو همچنین ایجاد ضایعات ارگانیک در برخی نواحی و اندامها تظاهر نمایند (۳). دردهای اسکلتی عضلانی یکی از شایع ترین و پرهزینه ترین بیماری ها در همه گروه های سنی و در جوامع مختلف است (۴). این دردها عواقب جسمانی، روانی و اجتماعی منفی دارند. و با بالا رفتن سن بدتر می شوند و باعث ناراحتی و کاهش فعالیت عضلانی و تحرک می گردند. این دردها یکی از مهم ترین دلایل ناخوشی در جهان است که کیفیت زندگی انسان ها را تحت تاثیر قرار می دهد و هزینه زیادی برای سیستم های بهداشتی و اجتماعی به همراه دارد (۵). دردهای اسکلتی شیوع بالای در جمعیت عمومی دارند به طوری که میزان شیوع این دردها در ایران در ناحیه کمر (۳۰/۴ درصد)، زانو (۲۴/۸ درصد)، گردن (۲۱/۲ درصد)، شانه و مچ دست (۱۶/۳)، پاشنه پا (۶/۹ درصد) و آرنج (۲ درصد) گزارش شده است (۶).

اختلالات اسکلتی عضلانی روی سلامتی و کیفیت زندگی تاثیر منفی می گذارند (۷). بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، اهداف، انتظارات، استانداردها و الویت هایشان می باشد. لذا درک از کیفیت زندگی کاملا فردی بوده و بوسیله دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد بر جنبه های مختلف زندگی شان استوار است (۸). تحقیقات نشان می دهد که عواملی از قبیل درجه شدت درد (۹). درد طولانی مدت (۱۰). و انتظارات بالا از درد (۱۱). پیش بینی کننده سطح پایین کیفیت زندگی در افراد مبتلا به درد های اسکلتی عضلانی است. همچنین سیگار کشیدن، سطح پایین فعالیت بدنی و شاخص توده بدن بالا با دردهای چندگانه در جمعیت عمومی ارتباط دارد (۱۲). این دردها با تقلیل کیفیت زندگی

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 تا ۵۰ سال بود. برای گردآوری اطلاعات پس از اخذ مجوز به مراکز درمانی مراجعه و پس از انتخاب نمونه آماری و کسب رضایت از بیماران پرسشنامه های خوددلسوزی، ابعاد سرشت و منش و کیفیت زندگی در اختیار آنها قرار داده شد. پس از جمع آوری اطلاعات داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به کمک نرم افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ب) ابزارهای پژوهش

پرسشنامه فرم کوتاه خود-دلسوزی: مقیاس ۱۲ ماده ای 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، تقریباً هرگز=۲، نظری ندارم=۳، تقریباً همیشه=۴، و همیشه=۵) مرتب شده است، حداقل و حداکثر نمره این ابزار به ترتیب ۱۲ تا ۶۰ است. ضمناً 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

خودآگاه فرد است، ابعاد منش کمتر ارثی است و اغلب تحت تاثیر یادگیری اجتماعی قرار می گیرد (۱۸). مدل عصبی زیستی کلونینجر جنبه های ژنوتایپی شخصیت را بررسی می کند 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 و منش فرد با درد های اسکلتی عضلانی ارتباط دارد. به گونه ای که این بیماران به طور معنی داری در ویژگی های شخصیتی و ابعاد سرشت و منش 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 می توان 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 می شوند. 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 و بعد خود راهبری با کیفیت زندگی ارتباط مثبت داشت و پیش بینی کننده کیفیت زندگی بهتر در حوزه های فیزیکی، روانی و زیست محیطی بودند. 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 مخصوصاً سلامت روانشناختی دارد، ضرورت بررسی عوامل روانشناختی که در دردهای اسکلتی و عضلانی دچار آسیب می شوند لازم و ضروری است، از این رو پژوهش حاضر در صدد پاسخ گویی به این سوال اساسی است که آیا خوددلسوزی، ابعاد سرشت و

خودداوری، انزوا و بیش‌هماندسازی 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 می‌دهد که میزان  $F=۱۳/۲۲۴$  مشاهده شده معنی‌دار است ( $P=۰/۰۱$ ). که نشان‌دهنده آن است که خوددلسوزی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی را پیش‌بینی کند. با توجه به نتایج جدول مولفه‌های خودمهربانی، اشتراک-انسانی، ذهن‌آگاهی، خودداوری، انزوا و بیش‌هماندسازی به ترتیب با بتای ۰/۴۹، ۰/۲۳، ۰/۲۳، 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 می‌کنند.

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که از بین مولفه‌های ابعاد سرشت، نوجویی و آسیب‌پرهیزی 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 معنی‌داری 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 می‌دهد که میزان  $F=۳/۷۱۹$  مشاهده شده ابعاد سرشت معنی‌دار است ( $P=۰/۰۱$ ). که نشان‌دهنده آن است که ابعاد سرشت می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی را پیش‌بینی کند. با توجه به نتایج جدول از بین ابعاد سرشت مولفه‌های نوجویی و آسیب‌پرهیزی 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 می‌کنند. همچنین نتایج جدول نشان می‌دهد که میزان  $F=۳/۴۱۹$  مشاهده شده ابعاد منش معنی‌دار است ( $P=۰/۰۱$ ). که نشان‌دهنده آن است که ابعاد

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 دامنه‌سوالاتی که آزمودنی می‌تواند به دست آورد بین ۰ تا ۱۲۵ می‌باشد. در این پرسشنامه سرشت و مولفه‌های آن یعنی (نوجویی، 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 روش ضریب 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 در ۱۵ کشور دنیا تنظیم گردیده است. هدف این ابزار، سنجش کیفیت زندگی در گروه‌های فرهنگی مختلف و بیماری‌های متفاوت است (۳۰). این پرسشنامه دارای 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 جسمی ۰/۷۹ 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،

منش می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی را پیش‌بینی کند. با توجه به نتایج جدول ابعاد منش خودراهبری، همکاری و خودفراروی به ترتیب با بتای ۰/۲۳، ۰/۲۶ و 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 می‌کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش‌ابعاد سرشت و منش و خوددلسوزی در پیش‌بینی 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 می‌باشد (۳۳-۳۵). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که خود-دلسوزی به معنی پذیرش عاطفی چیزی است که در این لحظه در درون ما رخ می‌دهد. خوددلسوزی 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 می‌داند که آنها نیز آسیب دیده‌اند و از این طریق موقعیت خود را در یک دید وسیع‌تر مورد بررسی قرار می‌دهند. سازه خوددلسوزی یک مولفه روان‌شناختی مثبت در افراد ایجاد می‌کند که در صورت بالا بودن این سازه می‌توان کیفیت زندگی بهتر و شدت درد کمتر را در بیماران مبتلا به درد-های اسکلتی-عضلانی پیش‌بینی کرد. انسان‌های که نسبت به خوددلسوزی دارند درک می‌نمایند که کامل نبودن، شکست خوردن و تجربه سختی‌های 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 که با خود با مهربانی رفتار نمایند انسان‌ها همیشه نمی‌توانند 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 دارد قادر است حتی هنگام مواجهه با ناکامی و بدبختی نگرش توأم با ملامت و مهربانی نسبت به خود داشته باشد، چنین فردی درک می‌کند که تمام انسانها شکست می‌خورند و درد را تجربه می‌کنند، داشتن چنین ویژگی‌هایی فرد را قادر می‌سازد احساسات و هیجانات خود را به طور مناسب تجربه نماید، بدون آنکه آنها را از خود دور رانده یا کاملاً در سیطره‌ی آنها قرار بگیرد. نتایج پژوهش حاضر نقش مهم و تعدیل‌کننده خوددلسوزی را در کنار آمدن با رفتارهای زندگی از قبیل دردهای اسکلتی-عضلانی نشان می‌دهد. کیفیت زندگی بالا نقش ضربه‌گیری در کنار آمدن با مشکلات روانی و بیماری‌های جسمی دارد، و خوددلسوزی 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 می‌کند. از بین ابعاد سرشت بعد نوجویی و آسیب‌پرهیزی پیش‌بین کیفیت زندگی پایین. در افراد مبتلا به دردهای اسکلتی-عضلانی است. در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که آسیب‌گریزی شامل تمایل ارثی در مهار رفتار، در پاسخ به پیام‌های تنبیه و فقدان پاداش‌های ناکام‌کننده است. این ویژگی به صورت ترس از بلا تکلیفی، خجالتی بودن، مهار اجتماعی و اجتناب غیر فعال از مشکلات و خطرات، خستگی‌پذیری سریع و نگرانی بدبینانه در موقعیت‌های است که انتظار مشکل را داریم، حتی موقعیت‌های که دیگران را نگران نمی‌کند. از این رو بیماران که در بعد آسیب‌گریزی نمره بالای را کسب کرده بودند به خاطر عدم تحمل بلا تکلیفی و تحمل رنج ناشی از درد و دید بدبینانه نسبت به درد و رنج خود که از خصوصیات افراد دارای بعد آسیب‌گریزی است نمی‌توانستند با مشکلات زندگی خود کنار آمده و از این رو دارای کیفیت زندگی مطلوبی نبودند. همچنین بیماران 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

تطابق 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 خودفراری 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 می باشد، به طوری که آسیب دیدگی عضلات و اسکلت ها در افراد مختلف یکسان است اما تجربه و گزارش درد که از لحاظ شدت تجربه می تواند 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 می باشد. 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 است.

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.

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، خودفراری و همکاری) ۳۱ درصد از واریانس مشترک کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که کسانی که خود راهبری بالایی دارند، خود کفا، مسوولیت 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 پذیری بالا و پذیرش درد خود به عنوان یک واقعیت عینی و مسوولیت 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

## منابع

- Basharpour S, Mohammadi N, Asadi-Shishegaran H. The effectiveness of cognitive self-compassion training on craving, dependence severity and cognitive flexibility in substance dependent. *Radojic 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 among 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, Abaira 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 the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' 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 with 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. Neuroticism and 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 dimensions 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: epileptic personality. *J Ment Dis. (2013); 201(5): 365-370.*

- 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): a guide to its development 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, et al. Personality dimensions in obsessive-compulsive disorder: Relation to clinical variables, *Psychiatry Research*. (2008); 157(1-3): 159-168.
- Narimani M, Fayezi N, Sooreh J & Fallahi V. The role of temperament and character traits, basic psychological needs and cognitive flexibility in psychological hardness 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 of Life Outcomes*. (2007); 19(5):68.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie, Naieni, K., Mohammad, K., & Majidzadeh, S. (2006). The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute 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 M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *J Anxiety Dis*. (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.

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
پدایش 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	بیش همانندسازی	۶/۱۴	۱/۱۵
خودفراروی	۷/۸۹	۱/۳۶	کیفیت زندگی	۴۳/۱۲	۳/۱۵

جدول ۲. نتایج تحلیل همبستگی کیفیت زندگی با خوددلسوزی

متغیر ملاک							متغیر پیش بین (خوددلسوزی)						
		خودمهربانی		اشتراک انسانی		ذهن آگاهی		خودداوری		انزوا		بیش همانندسازی	
کیفیت زندگی	همبستگی	۰/۴۹	۰/۳۲	۰/۵۰	۰/۳۹	۰/۵۴	۰/۴۰	۰/۴۹	۰/۳۹	۰/۵۴	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۴۰
	معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	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	معنی داری	
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	
بیش همانندسازی	۱/۰۱	۰/۳۹	۰/۲۴	۲/۳۴	۰/۰۲۶	

$$F=۱۳/۲۲۴ \quad P=۰/۰۰۰ \quad R^2=۰/۳۱ \quad R=۰/۵۶$$

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

متغیر ملاک								متغیر پیش بین (ابعاد سرشت و منش)							
		نوجویی		آسیب پرهیزی		پشتکار		پدایش وابستگی		خودراهبری		همکاری		خودفراروی	
کیفیت زندگی	همبستگی	-۰/۳۵	-۰/۳۲	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۴۳	۰/۴۰	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۴۳	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۴۰	۰/۴۴	۰/۴۴
	معنی داری	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۲۵	۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

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

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