فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۹، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۷

رابطه ویژگی‌های شخصیتی (برون گرایی– روان رنجوری) وحمایت اجتماعی با بهزیستی روان–شناختی زنان مبتلا به درد مزمن

الهام فرجی[۱]، لیلامقتدر[۲*]، سامره اسدی مجره[۳]

۱- کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان، لاهیجان، ایران
۲- استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران.
۳- استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۷/۱۳ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۱۱**

چکیده

زمینـه و هـدف: زندگـی بـا درد مزمـن، مسـتلزم تحمـل فشـارهای روانـی و عاطفـی بسـیار قابـل توجهـی اسـت. هـدف از ایـن پژوهـش تعییـن رابطـه ویژگی‌هـای شـخصیتی (بـرون گرایـی- روان رنجـوری) و حمایـت اجتماعـی بـا بهزیسـتی روان‌شـناختی در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن کلینیک‌هـای تخصصـی شهرسـتان رشـت بـود.

مـواد و روش‌هـا: طـرح پژوهـش توصیفـی و از نـوع همبسـتگی بـود. نمونـه مـورد مطالعـه در ایـن پژوهـش شـامل ۱۵۰ بیمـار زن مبتـلا بـه درد مزمـن مراجعـه کننـده بـه کلینیک‌هـای درد شـهر رشـت در سـال ۱۳۹۶ بـود کـه بـه روش نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند. بـرای سـنجش متغیرهـای مـورد مطالعـه از پرسشـنامه‌های ویژگی‌هـای شـخصیتی نئـو، حمایـت اجتماعـی فیلیپـس و بهزیسـتی روانشـناختی ریـف اسـتفاده شـد. بـرای تحلیـل داده‌هـا از روش‌هـای آمـاری همبسـتگی پیرسـون و رگرسـیون همزمـان اسـتفاده شـد.

یافته‌هـا: نتایـج نشـان داد کـه بیـن ویژگـی شـخصیتی برونگرایـی و حمایـت اجتماعـی بـا بهزیسـتی روانشـناختی در بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن همبسـتگی مثبـت و معنـادار وجـود دارد ($P<۰/۰۱$). بیـن روان رنجـوری بـا بهزیسـتی روان شـناختی همبسـتگی معکـوس و معنـادار وجـود دارد ($P<۰/۰۱$). همچنیـن نتایـج تحلیـل رگرسـیون نشـان داد کـه متغیرهـای روان رنجـوری، بـرون گرایـی و حمایـت اجتماعـی در مجمـوع، ۷۴درصـد از تغییـرات بهزیسـتی روان‌شـناختی را پیش‌بینـی می‌کننـد ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیـری: بـا برنامه‌ریزی‌هـای مـدون در جهـت افزایـش حمایـت اجتماعـی بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن و تعدیـل برخـی ویژگی‌هـای شـخصیتی در آنهـا می‌تـوان سـطح بهزیسـتی روان‌شـناختی در ایـن بیمـاران را ارتقـا دارد.

واژه‌های کلیدی: برونگرایی، روان رنجوری، حمایت اجتماعی، بهزیستی روانشناختی، درد مزمن.

مقدمه

درد را یـک تجربـه حسـی و روانـی ناخوشـایند کـه بـا آسـیب احتمالـی یـا واقعـی بافـت در ارتبـاط اسـت، تعریـف می‌کننـد[۱]. درد مزمـن بـه درد مقـاوم بـه درمانـی اطـلاق می‌شـود کـه فراتـر از دوره‌ای کـه بـرای بهبـودی آن انتظـار مـی‌رود، ۶ مـاه یـا بیشـتر طـول کشـیده باشـد[۲]. دردهـای

نویسنده مسئول: لیلا مقتدر، استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، ایران.
پست الکترونیک: moghtaderleila@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

مزمن، طیف وسیعی را شامل می‌گردند و جمعیتی از فعالان هر جامعه‌ای را با خود درگیر می‌کنند[۳]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند یک و نیم میلیارد نفر در سراسر جهان از درد مزمن رنج می‌برند و شیوع آن رو به افزایش است[۴]. شیوع درد مزمن در طول زندگی برای هر فرد، ۱۱ تا ۵۵ درصد است[۵].

درد مزمن می‌تواند عملکرد و کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار دهد[۶]. پژوهش‌های مختلف بیانگر این نکته قابل توجه این است که درد با وضعیت روانی افراد رابطه دارد[۷]. امروزه برای تبیین درد، به نقش عوامل روان‌شناختی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های قدرتمند تجارب درد، توجه ویژه‌ای شده است[۸].

از جمله این عوامل می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی اشاره کرد. منظور از ویژگی شخصیتی، مجموعه سازمان‌یافته و واحدی از خصوصیات است، متشکل از ویژگی‌های نسبتا ثابت و با دوام که روی هم رفته، یک فرد را از فرد دیگر متمایز می‌سازد[۹].

کاستا و مکاکری با استفاده از تحلیل عاملی به این نتیجه رسیدند که شخصیت از پنج عامل گسترده تشکیل شده‌اند که عبارتند از ۱- روان‌رنجوری؛ تمایل عمومی به تجربه عواطف منفی چون ترس، غم، دستپاچگی، عصبانیت، احساس گناه و نفرت مجموعه حیطه روان رنجوری را تشکیل می‌دهد. افردا با نمره بالا در روان رنجوری مستعد داشتن عقاید غیر منطقی هستند و کمتر قادر به کنترل تکانش‌های خود بوده و خیلی ضعیفتر از دیگران با استرس کنار می‌آیند.

۲- برونگرایی؛ برونگراها افرادی اجتماعی هستند. افزون بر دوستدار دیگران بودن و تمایل به شرکت در اجتماعات و میهمانی‌ها، این افراد در عمل قاطع، فعال و حراف یا اهل گفتگو هستند. هیجان و تحرک را دوست دارند و برآنند که به موفقیت در آینده امیدوار باشند.

۳- گشودگی به تجربه یا انعطاف‌پذیری؛ افرادی که بسیار کنجکاو و جستجوگرند، خلاق‌اند، تجاربی را کسب کرده‌اند مغتنم می‌شمارند، سخت‌گرا نیستند، علایق زیادی دارند، برای رسیدن به اهدافشان مقاومت می‌کنند، با پشتکارند، تلاش می‌کنند تا روابط بین چیزهایی که به ظاهر بی ارتباطند را کشف نمایند.

۴- دلپذیر بودن یا توافق؛ همانند برونگرایی، دلپذیر بودن مقدمتاً بعدی از تمایلات بین فردی است. یک فرد دلپذیر اساساً نوع دوست است. او نسبت به دیگران همدردی کرده مشتاق است که کمک کند و باور دارد که دیگران نیز متقابلاً کمک کننده هستند. در مقابل فرد غیر دلپذیر ستیزه جو، خود مدار و شکاک نسبت به دیگران بوده و رقابت جو است تا همکاری کننده. نمره پایین در این سازه با حالات خودشیفتگی، ضد اجتماعی و اختلال شخصیتی پارانوئید همراه بوده در حالی که نمره بالا، با اختلال شخصیتی وابسته همراه است.

۵- وظیفه‌شناسی یا وجدانی بودن؛ افراد دارای نمره‌ی بالا در این مولفه، افرادی دقیق و وسواسی، وقت‌شناس و قابل اعتماد هستند. افراد دارای نمره‌های پایین را نباید افرادی فاقد پایبندی به اصول اخلاقی دانست، بلکه این افراد معمولاً دقت کافی را برای انجام کارها از خود نشان نمی‌دهند، همچنین، در جهت رسیدن به اهداف خود نیز چندان مصر و پیگیر نیستند[۱۰]. افراد با نمره بالا در روان رنجورخویی دارای عواطف غیرمنطقی بیشتر و توانایی کمتر در مهار رفتارهای تکانشی و ضعف در کنارآمدن با مشکلات، خصومت، افسردگی، کمرویی و آسیب‌پذیری هستند[۱۱].

نتایج پژوهش‌ها حکایت از وجود رابطه بین متغیرهای شخصیتی با درد مزمن دارد[۱۲]. پژوهش بیرامی و همکارن نشان داد همبستگی معناداری بین عامل‌های شخصیتی و درد وجود دارد[۱۳]. اسدی مجره و همکاران نیز در پژوهش خود نتیجه گرفتند متغیر روان‌رنجوری به واسطه نقش میانجی نگرانی با ادراک درد در بیماران مبتلا به درد مزمن رابطه دارد[۱۴].

به علاوه اغلب پژوهش‌ها بیانگر نقش عوامل روانی-اجتماعی مانند حمایت اجتماعی ادراک شده در مسیر درد مزمن بوده و حمایت اجتماعی خود تأییدی بر فرضیه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

مقابلـه اشـتراکی درد اسـت[۱۵]. حمایـت اجتماعـی بـه عنـوان میـزان برخـورداری از محبـت، همراهـی و توجـه بـه اعضـای خانـواده، دوسـتان و سـایر افـراد تعریـف شـده اسـت[۱۶]. پژوهـش نیکبخـت و همـکاران بیانگـر وجـود رابطـه معنـاداری بیـن حمایـت اجتماعـی و درد مزمـن بـود[۱۷]. علـی افسـری و همـکاران در پژوهـش خـود نتیجـه گرفتنـد بیشـترین اختـلال بـه وجـود آمـده در مبتلایـان بـه کمـر درد مزمـن مربـوط بـه روابـط اجتماعـی اسـت[۱۸]. امیـری و همـکاران در بررسـی تجربـه درد، حمایـت اجتماعـی و باورهـای ادراکـی در افـراد مبتـلا بـه دردهـای مزمـن، بـه ایـن نتیجـه رسـیدند کـه نـوع درد نقشـی در حمایـت اجتماعـی نـدارد ولـی بیـن زنـان و مـردان مبتـلا بـه درد مزمـن از نظـر حمایـت اجتماعـی ادراک شـده تفـاوت معنـی‌داری وجـود دارد و زنـان نسـبت بـه مـردان مبتـلا بـه درد مزمـن، حمایـت اجتماعی ادراک شـده بیشـتری دریافـت می‌کننـد[۱۹].

شـاکری‌نیا در پژوهشـی بـا عنـوان رابطـه حمایـت اجتماعـی و امیـدواری بـا سـلامت عمومـی در سـالمندان مـرد مبتـلا بـه دردهـای مزمـن جسـمانی دریافـت کـه بیـن حمایـت اجتماعـی، امیـد و سـلامت عمومـی سـالمندان مبتـلا بـه دردهـای مزمـن، رابطـه معنـادار وجـود دارد[۲۰].

صفـات شـخصیتی و حمایـت اجتماعـی می‌تواننـد بـا بهزیسـتی روان شـناختی مبتلایـان بـه درد مزمـن در ارتبـاط باشـند. بهزیسـتی روان‌شـناختی جـزء روان‌شـناختی کیفیـت زندگـی اسـت کـه بـه عنـوان درک افـراد از زندگـی خودشـان در حیطـه رفتارهـای هیجانـی و عملکردهـای روانـی و ابعـاد سـلامت روانـی تعریـف شـده اسـت و شـامل دو جـزء اسـت، اولیـن جـزء آن قضـاوت شـناختی دربـاره ایـن اسـت کـه چطـور افـراد در زندگیشـان در حـال پیشـرفت هسـتند، در صورتـی کـه دومیـن جـزء آن، سـطح تجربه‌هـای خوشـایند را در بـر می‌گیـرد.

در پژوهشـی داینـر و همـکاران بیـان کردنـد کـه بهزیسـتی روانـی تاثیـر مهمـی در موفقیـت افـراد دارد. افـراد دارای بهزیسـتی روان‌شـناختی بـالا نگـرش خوش‌بینانـه نسـبت بـه رویدادهـا و واقیعـت اطـراف خـود دارنـد و بـه جـای جبهه‌گیـری منفـی نسـبت بـه اتفاقـات پیرامـون خـود سـعی در اسـتفاده بهینـه از ایـن رویدادهـا دارنـد[۲۱]. نتایـج پژوهش‌هـا حاکـی از ایـن اسـت کـه افـراد دارای بهزیسـتی روان‌شـناختی، ویژگیهـای مثبـت فراوانـی دارا می‌باشـند، ماننـد اینکـه بیشـتر دارای فعالیتهـای معنـادار، خودکارآمـدی بـالا، سـبک تبیینـی خوش‌بینانـه، گـزارش دادن هیجانـات مثبـت در طـول روز، روابـط بیـن فـردی عمیـق، رضایـت از زندگـی، گشـودگی بـه تجربـه، نمـرات بـالادر شـاخص‌های عواطـف مثبـت و نمـرات کـم در شـاخص‌های عواطـف منفـی، اسـتقلال و بـرون گرایـی هسـتند[۲۲].

بـا توجـه بـه ضـرورت مطالعـات هرچـه بیشـتر در زمینـه اسـتفاده از درمان‌هـای غیـر دارویـی بـر اختـلالات درد و بـا عنایـت بـه پژوهش‌هـای محـدود موجـود در ایـن زمینـه، پژوهـش حاضـر بـا هـدف تعییـن رابطـه ویژگیهـای شـخصیتی (برون‌گرایـی- روان‌رنجـوری) و حمایـت اجتماعـی بـا بهزیسـتی روان‌شـناختی بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن انجـام گردیـد.

روش مطالعه

پژوهـش حاضـر از لحـاظ نـوع مطالعـه تحقیقاتـی، توصیفی و از نـوع همبسـتگی اسـت. جامعـه آمـاری پژوهـش حاضـر شـامل تمامـی بیمـاران زن مبتـلا بـه درد مزمـن مراجعـه کننـده بـه کلینیـک تخصصـی درد مزمـن و بیمارسـتان‌های شهرسـتان رشـت در بهـار و تابسـتان سـال ۱۳۹۶بودنـد کـه بـه علـت عـدم اطلاعـات دقیـق از جامعـه آمـاری ایـن آزمودنی‌هـا، نمونـه‌ای بـه حجـم ۱۵۰ نفـر بـه روش نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب شـدند.

در خصـوص روش تعییـن حجـم نمونـه بایـد اشـاره کـرد کـه بـا توجـه بـه اینکـه در پژوهش‌هـای همبسـتگی بـه ازای هـر متغیـر ۳۰آزمودنـی انتخـاب می‌شـود، لـذا بـا توجـه بـه بررسـی ۳ متغیـر در پژوهـش و نیـز احتمـال افـت آزمودنی‌هـا بـه دلیـل تکمیـل ناقـص پرسشـنامه‌ها، حجـم نمونـه ۱۵۰ نفـر انتخـاب گردیـد.

جهـت رعایـت اصـول اخلاقـی پژوهـش، رضایـت آزمودنی‌هـا جهـت شـرکت در تحقیـق جلـب شـد. شـیوه اجـرای پژوهـش

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

به این صورت بود که بعد از تکمیل فرم رضایت‌نامه توسط بیمار و ارائه توضیحات کلی در خصوص پژوهش و لزوم صادقانه پاسخ دادن آزمودنی‌ها و اطمینان بخشی به آزمودنی‌ها جهت محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه‌ها در اختیار آزمودنی قرار گرفت. اجرا بصورت انفرادی بود و جهت پاسخگویی به سوالات محدودیت زمانی وجود نداشت. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: داشتن تحصیلات حداقل سیکل، دارا بودن انواع درد در ناحیه کمر، سر، پا، ستون فقرات که حداقل ۶ ماه طول کشیده باشد، سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۵ سال، عدم سابقه اختلالات روان شناختی، امضاء رضایت‌نامه کتبی توسط بیمار. ملاک‌های خروج شامل سابقه جراحی، دریافت درمان و مدیریت درد، مصرف داروهای روان پزشکی و موارد مشابهی که در روند تحقیق اختلال ایجاد کند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری spss-۲۰ تحلیل شدند.

برای یافته‌های توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف معیاراستفاده گردید و برای تعیین ارتباط میان متغیرهای پژوهش از روش ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. در ادامه با رعایت پیش فرض‌های آزمون رگرسیون شامل نرمال بودن توزیع متغیر ملاک، ارتباط خطی متغیرهای پیش بین و ملاک، استقلال خطاها، نرمال بودن توزیع خطاها و عدم هم خطی بین متغیرهای پیش بین، جهت پیش‌بینی متغیر بهزیستی روان شناختی از روی متغیرهای پیش بین از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده گردید.

ابزار پژوهش شامل سیاهه شخصیتی پنج عاملی نئو، پرسشنامه حمایت اجتماعی فیلیپس و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف بود.

سیاهه شخصیتی پنج عاملی نئو

سیاهه شخصیتی پنج عاملی نئو یکی از آزمونهای شخصیتی است که توسط مک‌کری وکوستا در سال ۱۹۸۵ معرفی شد. پرسشنامه حاضر شامل ۶۰ پرسش و هر عامل شامل ۱۲ پرسش است که برای ارزیابی پنج عامل بزرگ شخصیت (روانرنجوری، برونگرایی، مقبولیت، گشودگی و وظیفه شناسی) به کار می‌رود.

همچنین در تحقیق حاضر دو عامل روان‌رنجوری و برونگرایی- درنگرایی مورد بررسی قرار گرفت به این دلیل که پژوهشها نقش این متغیرها را در انواع دردهای مزمن نشان داده‌اند. نمره‌گذاری آزمون روی یک مقیاس لیکرتی میزان انطباق عبارت ارائه شده ربا وضعیت خود را از کاملا مخالفم=۰ تا کاملا موافقم =۴ مشخص کند. برای ارزیابی اعتبار ملاکی پرسشنامه شخصیتی نئو فرم کوتاه از همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی (فرم S) وارزیابی مشاهده‌گر(فرم R) استفاده شده است که میزان همبستگی در پنج عامل اصلی قابل قبول است. در بین عوامل اصلی حداکثر همبستگی به میزان ۰/۶۶ در عامل برونگرایی (E) وحداقل آن به میزان ۰/۴۵ در عامل دلپذیر بودن (A) است.

در بین رویه‌ها حداکثر همبستگی به میزان ۰/۷۰ در رویه اعتماد وحداقل آن به میزان ۰/۲۹ در رویه‌های انعطاف پذیر در احساسها و دلرحم بودن دیده می‌شود[۲۳]. در ایران ضریب پایایی بدست آمده برای پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵،۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ برای مقیاس‌های نوروتیسم، برونگرایی، گشودگی به تجربه، سازش‌یافتگی و وظیفه‌شناسی بوده است[۲۴].

پرسشنامه حمایت اجتماعی

پرسشنامه جمایت اجتماعی فیلیپس، توسط فیلیپس در سال ۱۹۸۶ ساخته شد که میزان حمایت اجتماعی را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۲۳ ماده است و مولفه‌های حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت دیگران است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت از بسیارکم[۱] تا بسیار زیاد[۵] است.

پرسشنامه نمره کل دارد و حداقل امتیاز ممکن ۲۳ و حداکثر ۱۱۵ است. ضریب پایایی در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش‌آموزی ۰/۷۰ودر آزمون مجدد در دانش آموزان پس از شش هفته ۰/۸۱ بود[۲۵].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

در پژوهش مدرسی یزدی، به منظور سنجش پایایی هر یک از ابعاد این پرسشنامه نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که طبق نتایج هر یک از مولفه‌های پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار هستند[۲۶].

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف، توسط ریف(۱۹۹۵)، برای اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی پرسشنامه‌های ۲۰ سوالی،۱۲۰سوالی، ۹ سوالی را طراحی کرد. پس از بررسیهای اولیه نسخه اصلی مقیاس بهزیستی روانشناختی که دارای ۸۴ سوال است، طراحی شد. این پرسشنامه ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بنابراین دارای ۶ زیر مقیاس (هر زیر مقیاس شامل ۱۰۴ عبارت) است. این پرسشنامه برای بزرگسالان تهیه شده و دونسخه ۵۴ عبارتی و۱۸ عبارتی نیز دارد. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای کاملا مخالفم تا کاملا موافقم مشخص سازد که تا چه حد با هریک از عبارات موفق یا مخالف است. پرسشنامه دارای خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر خود، زندگی هدفمند و رشد فردی است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ۰/۸۲ و خرده مقیاسهای پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند ورشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷،۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۶ و ۰/۵۸، ۰/۴۷ به دست آمد[۲۷].

یافته‌ها

با توجه به نتایج به دست آمده از اطلاعات توصیفی بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس ۱۰۴ مورد (۶۹/۳ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات زیر دیپلم ۹ مورد (۶ درصد) بود. همچنین بیشترین فراوانی مربوط به شغل خانه دار ۱۰۷ مورد (۷۱/۳ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به سایر موارد ۶ مورد (۴ درصد) بود. ۵ نفر هم شغل خود را ذکر نکردند.

به علاوه بیشترین فراوانی مربوط به سن ۴۰ سال به بالا ۱۳۸ مورد (۹۲ درصد) و کمترین فراوانی مربوط سن به ۳۰ تا ۴۰ سال به ۷ مورد (۴/۶ درصد) بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (n=۱۵۰)

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
برونگرایی	۹۰	۱۳۶	۱۲۹/۹۴	۶/۵۳	۳/۴۳	۱/۱۸
روانرنجوری	۱۴	۵۶	۳۳/۵۷	۱۷/۶۱	۰/۰۷۴	۱/۹۳
حمایت اجتماعی	۱۹	۷۶	۳۳/۵۴	۱۴/۰۶	۰/۹۱۶	-۰/۲۰۰
بهزیستی روانشناختی	۱۶	۶۷	۲۹۹/۷	۱۲/۱۷	۰/۵۱۲	۱/۵۴

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

جدول ۲. آزمون کولموگروف- اسمیرنوف (K-S) در بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

	میانگین	انحراف استاندارد	خنثی	عدد مثبت	عدد منفی	کولموگروف-اسمیرنوف (K-S)	معناداری
برونگرایی	۲۴/۷۵	۱۳/۵۳	۰/۲۵۸	۰/۱۷۷	-۰/۲۵۸	۳/۷۰	۰/۰۰۰
روان رنجوری	۳۳/۵۷	۱۷/۶۱	۰/۲۸۱	۰/۲۸۱	-۰/۲۵۱	۴/۰۳	۰/۰۰۰
حمایت اجتماعی	۶۶/۱۹	۱۴/۰۶	۰/۲۳۳	۰/۲۳۳	-۰/۱۵۱	۳/۳۴	۰/۰۰۰
بهزیستی روانشناختی	۲۹۹/۷	۱۲/۱۷	۰/۳۴۲	۰/۲۱۶	-۰/۱۳۱	۲/۳۷	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۲ و مقادیر آزمون کولموگراف اسمیرنف می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال می‌باشد و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک مانند همبستگی و رگرسیون برای بررسی فرضیه‌های پژوهش استفاده نمود. همچنین سایر مفروضه‌های رگرسیون شامل چند هم خطی بودن با توجه به مقادیر تلورانس و آماره VIF (فاکتور افزایش واریانس)که نزدیک به عدد ۱ است، چند همخطی بودن در داده‌ها موجود نیست.

جدول ۳. ضرایب همبستگی ویژگی‌های شخصیتی (برونگرایی و روان‌رنجوری) با حمایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی

متغیرها	۱	۲	۳
۱- برون گرایی	-		
۲- روان رنجوری	-۰/۶۸**	-	
۳- حمایت اجتماعی	۰/۵۹**	-۰/۲۴۱**	-
۴- بهزیستی روان شناختی	۰/۷۸**	-۰/۶۷**	۰/۶۳۱**

نتایج ارائه شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که رابطه بین نمره برون‌گرایی (P<۰/۰۱، r=۰/۷۸)، روان رنجوری (P<۰/۰۱، r=۰/۶۷) و حمایت اجتماعی (P<۰/۰۱، r =۰/۶۳) با بهزیستی روان‌شناختی از نظر آماری معنی‌دار است. جهت همبستگی نشان می‌دهد که نمره بالا در برون‌گرایی و حمایت اجتماعی با سطح بالای بهزیستی روان شناختی مبتلایان به درد مزمن همراه است. همچنین نمره بالا در روان رنجوری با سطح پایین بهزیستی روان شناختی همراه است.

در ادامه، جهت پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی از روی ویژگی‌های شخصیتی برون گرایی و روان رنجوری و حمایت اجتماعی از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده گردید که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

جدول ۴. تحلیل رگرسیون نمرات متغیر ملاک بر اساس نمرات متغیرهای پیش‌بین

مدل	متغیرهای پیش‌بین	R	R^2	F	sig	B	b (بتا)	t
همزمان	روان رنجوری، برون‌گرایی، حمایت اجتماعی	۰/۸۶	۰/۷۴	۱۸۰/۴۸	۰/۰۰۱	-۰/۵۹۵	-۰/۱۵۵	-۱/۰۸۹
						۰/۷۹۲	۰/۲۱۶	۰/۷۲۱
						۱/۲۱۶	۰/۶۱۰	۲/۰۰۶

خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به درد مزمن در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که متغیرهای روان رنجوری، برون‌گرایی و حمیات اجتماعی در مجموع ۷۴ درصد (R^2=۰/۷۴) از بهزیستی روان شناختی را تبیین کرده است.

بحث

نتایج آماری فوق بیانگر وجود رابطه بین متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن بود. نتیجه حاصل از پژوهش همسو با نتایج اسمخانی و همکاران[۲۸]، نجفی و همکاران[۲۹] و میهتا و همکاران[۳۰] می‌باشد. نتایج حاصل از این فرضیه را می‌توان اینگونه تبیین کرد که افراد با نمره بالا در برون‌گرایی افرادی صمیمی و با محبت هستند که ارتباط دوستانه‌تری با دیگران دارند، آنها جمع‌گرا هستند و از بودن با دیگران لذت می‌برند و بالطبع با این ویژگیها از سلامت روان و بهزیستی. روانی بالاتری نیز برخوردارند. چرا که افرادی که از بهزیستی روانی بالابرخوردارند همواره مشغول فعالیت بوده و تمایل به تجربه هیجانات مثبت را دارند. بنابراین این افراد از نگرش مثبت به خود و دیگران وپذیرش جنبه‌های مختلف مانند ویژگی‌های مثبت و منفی برخوردارند و همچنین از صمیمت در رابطه با دیگران احساس رضایت می‌کنند. به عبارت دیگر سطوح بالای برونگرایی با افزایش عاطفه مثبت، میزان زیادی از احساس خرسندی و سلامت همراه است.

همچنین نتایج بیانگر وجود رابطه بین متغیرهای روان‌رنجوری و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران درد مزمن بود. این نتایج با پژوهش‌های بوتکاویک و همکاران[۳۱]، شیوارتره و همکاران[۳۲] و سوییکرت و همکاران[۳۳] همسو بود. ساسو- ریبرا و گالاردو- پوجل[۳۴] نشان داد که در مبتلایان به درد مزمن، روان‌رنجورخویی با شدت درد مرتبط است. نتیجه پژوهش رادات همکاران[۳۵] نشان داد که بیماران مبتلا به سردرد در بعد روان‌رنجوری نمره بالایی کسب می‌کنند و نمره روان‌رنجوری در این بیماران، به شدت حملات، استرس ادراک شده و رفتارهای ناسازگارانه بستگی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد روانجور قادر به تجربه حس بهزیستی روانی نمی‌باشند. چرا که این افراد تمایل بالایی به تجربه‌های منفی مانند ترس، غم وعصبانیت و نفرت دارند و این عواطف منفی مانع احساس خشنودی و رضایت از زندگی آنها می‌شود. بنابراین روان رنجوری با بهزیستی روانی ارتباط معکوس دارد. بنابراین افرادی که صفت روان رنجوری در آنها قوی‌تر از سایر صفات شخصیتی است، مکررا در وضعیت‌های سلامت و بهزیستی نمرات پایین‌تری کسب می‌کنند.

افراد با نمره بالا در روان رنجورخویی، نسبت به موقعیت‌های استرس‌زا واکنش‌پذیر هستند وکمتر به مهارت‌های سازگاری که می‌توانند به محافظت از آنها در برابر پیامدهای منفی ناشی از استرس مزمن کمک کند مجهز هستند. پژوهش‌ها حاکی از ارتباط روان رنجوری با دردهای مزمن است. سطوح بالاتر روان رنجورخویی با مسایل و مشکلات عضلانی اسکلتی مرتبط بوده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

مولفه‌های نوروتیسیسم از قبیل خشم با واکنش‌پذیری بالا و برانگیختگی بیش از حد به استرس ارتباط دارد[۳۶]. همچنین نتایج پژوهش نشان داد بین متغیرهای حمایت اجتماعی وبهزیستی روانشناختی در بیماران درد مزمن رابطه وجود دارد. که همسو با نتایج پژوهش‌های دم ریحانی[۳۷] و مرزبانی[۳۸] بود. در تبیین این یافته باید گفت که تحقیقات بسیاری در نقاط مختلف جهان نشان از آن دارند که برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند. چرا که انسان موجودی اجتماعی است ودر طول حیات خویش نیازمند همنوعان خود است. این نیازمندی از جنبه‌های مختلف و به صورت‌های متفاوتی قابل مشاهده است. میزان برخورداری فرد از محبت، توجه ومساعدت اطرافیان، حمایت اجتماعی نامیده می‌شود که شامل دو بعد ذهنی (تصور فرد از میزان این حمایت) و عینی (کمک‌های واقعی) است. در شرایط خاص وبحرانی زندگی، وجود و همچنین میزان این حمایت برای فرد بسیار حائز اهمیت می‌باشد. یکی از این شرایط بحرانی ابتلای یکی از اعضای خانواده به یک بیماری مهلک ومزمن است که تبعات روانی آن علاوه بر خود فرد، سایر اعضای خانواده و اطرافیان وکل سیستم خانواده را تحت تاثیر قرار می‌دهد[۳۷].

در تبیین این یافته باید اذعان کرد که وجود حمایت‌های اجتماعی به صورت سپری در مقابل عوامل فشارزای درونی عملکرده و توانایی مقابله با مشکلات را افزایش داده و به احساس سلامت روانی منجر می‌گردد. حمایت اجتماعی فراهم شده توسط دیگران با تأمین منابع اجتماعی برای افراد در برخورد با فشارهای روانی، سلامت روان را تضمین می‌کنند، منجر به افزایش مشارکت‌های اجتماعی شده و دلبستگی اجتماعی و روابط پایدار و گرم میان افراد را افزایش می‌دهد. دورکیم بر این باور است که مشارکت در امور گروه و یا جامعه می‌تواند منجر به افزایش احساس تعلق به گروه و جامعه شود و هرچه احساس نزدیکی و پیوند فرد با گروهش قویتر باشد، احتمال انزوا و به خطر افتادن سلامتی فرد کاهش می‌یابد[۳۹].

نتیجه‌گیری

روان‌رنجوری با سطح بالای اضطراب و ادراک درد بیشتر مرتبط است و در نهایت سطح سلامت و بهزیستی مبتلایان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. برون‌گرایی و تعامل بیشتر با دیگران منجر به حساسیت پایین و کاهش تمرکز افراطی روی محرک‌های مرتبط با درد و افسردگی و درماندگی و در نهایت افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. ارتباطات نزدیک و حمایت اجتماعی که توسط خانواده، دوستان، همکاران و جامعه فراهم می‌شود، ارتباط مثبتی با بهبود عملکرد، مقابله بهتر با مشکلات زندگی، سازگاری عمومی، کاهش درماندگی و بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی دارد. اخذ احترام، محبت و دوستی از دیگران باعث بالا رفتن عزت نفس و امید می‌شود که این متغیرها تفکر مثبت و سازنده را در فرد تقویت می-نماید که پایه اولیه سلامت روانی در فرد می‌باشد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت است از تعمیم یافته‌ها به جمعیت‌های دیگر از جمله مبتلایان به درد مزمن دارای اختلالات روان شناختی، عدم امکان مقایسه تفاوت‌های جنسیتی، استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی؛ لذا پیشنهاد می‌شود بررسی‌های مشابه بر روی مبتلایان به دردهای مزمن دارای اختلالات خلقی و اضطرابی و به تفکیک نوع درد انجام گیرد و در پژوهش‌های آتی تفاوت‌های جنسیتی مدنظر قرار داده شود و در کنار داده‌های خودسنجی، داده‌های به دست آمده از ارزیابی متخصصان بالینی نیز به کار برده شود تا شاید الگوهای جدیدی از همبستگی‌ها را آشکار سازد.

تشکر و قدردانی

در انتها لازم است از همکاری کارکنان مراکز درمانی و بیماران شرکت‌کننده در پژوهش کمال تقدیر و تشکر را بجا آوریم. در ضمن این پژوهش، حاصل پایان‌نامه دانشگاه آزاد اسلامی واحد لاهیجان دررشته روانشناسی بالینی می‌باشد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

References

1. Anvari MH, Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Afshar H, Abedi A. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety, acceptance of pain and pain intensity in patients with chronic pain. Isfahan Med sci 2014; 32(295): 1156- 65. [Persian].
2. Garcia, J. B. S.; Bonilla, P.; Kraychette, D. C.; Flores, F. C.; Valtolina, E. D. P. D.; & Guerrero, C. (2017). "Optimizing post-operative pain management in Latin America". Revista Brasileira de Anestesiologia, 67 (4), 395-403.
3. Basharat MA, Farahani H, Dehghani M, Kochi S, B. Momenzadeh S. Examine the moderating role of self- efficacy on the relationship between alexithymia, severity of pain in patients with chronic pain. Daneshvar. 2012. 19(7): 103-113. [Persian].
4. Mohammadzadeh F, Faghihzadeh S, Baghestani A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M, Arab Kheradmand J, et al. Epidemiology of chronic pain in Tehran small area estimation of its prevalence in Tehran neighborhoods by Bayesian approach (Urban HEART-2 study). Iran J Epidemiol. 2013; 9(1): 19-31. [Persian].
5. Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Lwaki R, Kawta H, Sawamoto R,et al. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the hisayama study. BMC. Psychitry. BMC Psychiatry. 2015 Jul 31;15:181.
6. Reis FJJ, Gomes MK, Rodrigues J, GoslingAP, Fontana AP, Ledo A Cunha JA. Pain and Its Consequences in Quality of Life: A Study with WHOQOL-Bref in Leprosy Patients with Neuropathic Pain. ISRN Trop Med 2013; 1-7.
7. Jung, Y. H.; Lee, U. S.; Jang, J. H.; & Kang, D. H. (2016). "Effects of Mind-Body Training on Personality and Behavioral Activation and Inhibition System According to BDNF Val66Met Polymorphism" . Psychiatry investigation, 13 (3), 333-340.
8. Shamloo S. (2015). mental health. Tehran: roshd. [Persian].
9. Pulvers K, Hood, A. The role of positive traits and pain catastrophizing in pain perception. Curr Pain Headache Rep, 2013, May; 17(5):330.
10. Bahadori J. The role of psychological capital in psychological well-being with regard to the moderating effects of social capital. Master thesis, General Psychology, Tabriz University. [Persian].
11. Linton SJ. A Transdiagnostic Approach to Pain and Emotion. Journal of Applied Biobehavioral Research 2013; 18(2): 82–103.
12. Davis CE, Stockstill JW, Stanley WD, Wu Q. Painrelated worry in patients with chronic orofacial pain. JADA 2014; 145(7): 722-730.
13. Bayrami M, Movahedi M, Movahedi Y, Azizi A, Rahimi A. (2013). The Role of Personality Factors in Predicting Migraine Symptoms in Nurses. IJN. 26(84): 71-79. [Persian].
14. Asadi Majreh S, Sepehrian Azar F. Evaluating the role of anxiety model in pain perception in chronic pain Patients with Generalized anxiety syndrome. J Anesth Pain 2017; 8(2):1-14. [Persian].
15. Turk DC, Melzack R. Handbook of. Assessment Pain 3rd ed; New York: Guilford Press.2010.
16. Mazlomi, Seyyed Saeed, Saeedi, Masoumeh; Vahidian, Mohammad; and Jalalpour, Zahra. The effect of burnout on social support and self-esteem of health personnel in Yazd city. Quarterly Journal of Occupational Medicine, 2013. 5 (1), 46-56. [Persian].
17. Neekbakht N, Pooladi Ali, Dehghani Y, Emadi s. Investigating the relationship between social anxiety, difficulty with Chronic pain Nursing. Healthy breeze. 2015. 3(2): 30-35. [Persian].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

18. Aliafsari ME, Soleimani –Kiwi Y, Talati P, Jalali F, Pour Iran M. Assessing quality of life in nurse's whit chronic low back pain working in educational hospitals in Tabriz, 2013. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014; 3(4): 20-28. [Persian].
19. Amiri S, Isazadegan A, Mahmood Alilo M, Banafsheh M. The Study of Pain Experienced , Social Support and Perceptual Beliefs in Chronic Pain Sufferers Individuals. J of Neyshabur University of Medical Siences 2017. 4(2): 58-68. [Persian].
20. Shakirinia, I. The Relationship between Social Support and Endurance with General Health in the Elderly Man with Chronic Physical pains. Iranian Journal of Aging, 2012. 7 (24). [Persian].
21. Mohammadi Z, Soleimani A A, Fathi A A, Jawavi, N. A survey on the relationship between well-being and education in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder and its comparison with normal children's mothers. Nasim Tandorosti, 2013. 2 (3), 22 -28. [Persian].
22. Safoorai Parizi, M M, Vahbesteh, N. Comparing spiritual well-being, well-being -Psychology and Family Efficiency among Students and Psychology of Religion, Ravanshenasi-va - Din 2016. 8 (3), 71-92.
23. Groosi farshi, M. New Approaches to Personality Evaluation (Application of Factor Analysis in Personality Studies). Bibliography: Daniel Publishing. 2001.
24. Soltani, Mehri; Fouladvand, Khadijeh Wafti Ashtiani, Ali (2009). Relationship between Identity and Identity and Internet Addiction. Journal of Behavioral Sciences, 4 (3): 25-37. [Persian].
25. Khoshkonesh A, Asadi M, Alipour S, Keshavarz A, Afshar H. Introduction of Fundamental Needs and Social Security in Social Adjustment of High School Students. Applied Psychology 2010; 4 (1): 82-94. [Persian].
26. Moderated Yazdi, F S. Social, cultural and social isolation of single girls over 30 years old in Yazd. Master's Thesis. Yazd University, Faculty of Social Sciences. 2014. [Persian].
27. Bayani AA, Koocheky AM, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008, 14, 146-151.
28. Smakhani S, Akbari Nejad Hadi Etemadi A. Investigating the relationship between personality dimensions and motivating academic achievement and mental well-being of female students. Family studies, 2015. 6 (23), 45-57.
29. Najafi M, Mavand Hosseini S, Mohammadifar, MA, Worstami M. Relationship between the goals of life and personality characteristics with the subjective well-being of adults. The Principles of Mental Health, 2014. 17 (6), 33-325.
30. Mehta S, Rice D, McIntyre A, Getty H, Speechley M, Sequeira K, Shapiro AP, Morley-Forster P, Teasell RW . Identification and Characterization of Unique Subgroups of Chronic Pain Individuals with Dispositional Personality Traits, Pain Res Manag. 2016. 2016(5187631): 1-7.
31. Butkovic A, Brkovic, I, Bratko D. Predicting well-being from personality in adolescents and older adults. Journal of Happiness Studies. 2012, 13, 455-467.
32. Shivarathre DG Howard N, Krishna S, Cowan C, Platt SR. Psychological factors and personality traits associated with patients in chronic foot and ankle pain. Foot Ankle Int. 2014 35(11):1103-7.
33. Dom Reyhani N, Behzadipour S, Temmasbi S. The relationship between perceived social protection with psychological well-being and marital status in women with breast cancer after mastectomy. Iranian Journal of Surgery 2017; 25 (1): 23-34. [Persian].
34. Suso-Ribera C, Gallardo-Pujol D. Personality and health in chronic pain: Have we failed to appreciate a relationship. Personality and Individual Differences

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

2016; 96: 7-11.

35. Radat F, Mekies C, Geraud G, Valade D, Vives E, Lucas C, Joubert JM., et al. Anxiety and coping behaviours in migraine. Cephalalgia 2008; 28(11): 1115-25.
36. Mohiyeddini CH, Baue S, & Semple s. Neuroticism and stress: The role of displacement behavior. Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal. 2015; 28(4): 391-407.
37. Bozorg Poor N. The Relationship between Social Support and Quality of Relationships with Mental Health of Free Students in Marvdasht. Journal of Advanced Advances in Behavioral Sciences 2017. 2 (11): 11-23. [Persian].
38. Marzbani, F, Bostan M. The role of perceived social support in predicting the psychological well-being of female teachers. A Principles of Mental Health, 2016. 18-41-537. [Persian].
39. Hemati E, Mahdavi M S, Baghayi Sarabi A. Effect social support on social health in women head of household in the city of Roudhan. Social Research 2013; 6(8): 45-61. [Persian].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]

Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2019, Vol 9, NO 4

The relationship between social support and the personality traits of Extroversion and Neuroticism and psychological well-being in women with chronic pain

Elham Faraji[1], Leila Moghtader[2*], Samereh Asadi Majareh[3]

1. *Graduate Master Rasht, Islamic Azad University, Rasht, Iran*
2. *Assistant of Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad*
3. *Assistant of Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht Iran.*

ABSTRACT

Aims and background: Living with chronic pain can cause a great deal of mental and emotional stress.
Objective: The aim of this study is to explore the relationship between social support and the personality traits of extroversion and neuroticism and psychological well-being in patients with chronic pain referred to specialized clinics in the city of Rasht.

Materials and methods: The present study is descriptive and shows a correlation. The study sample included 150 women with pain chronic. They were selected from female and male patients with chronic pain that received treatment in the Clinic of Chronic Pain and Hospital in Rasht. To evaluate the variables, NEO personality traits, Filips social support and Riyf Psychological well-being questionnaires were employed. In order to analyze the data, the statistical methods of Spearman correlation and regression analysis were used.

Findings: The results showed that there was a positive and significant correlation between psychological well-being in women with chronic pain and extroversion and social support (P<0/01). There is a reverse and significant correlation between neuroticism and psychological well-being (P<0/01). Also, the results of the regression analysis showed that the variables of neuroticism, extroversion and social support predicted 74% of the changes in psychological well-being (P<0/01).

Conclusion: Therefore, with the planned curriculum in order to improve the psychological well-being and personality traits in these women with chronic pain we should work to improve their social support.

keywords: extroversion, neuroticism, social support, psychological well-being, chronic pain

Please cite this paper as:
Faraji E, Moghtader L, Asadi Majare S[The relationship between personality traits (Extroversion-Neuroticism) and social support With Psychological well-being in women with chronic pain(Persian)]. J Anesth Pain 2019;9(4):29-40.

Corresponding Author: Leila Moghtader، Assistant of Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht Iran.
Email: moghtaderleila@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-29]