



The lifestyle model of patients with chronic back pain according to the role of mood/anxiety symptoms and emotional schemas with the mediation of pain coping strategies

Ali Akbar Ebrahimbai Salami¹, Fatemeh Shahabizadeh^{2*}, Qasim Ahi³, Jalil Jarahi Fariz⁴

1. Ph.D. student in Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Birjand branch, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Birjand branch, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Birjand branch, Iran
4. Assistant Professor, Department of Basic Sciences, Wamar Faculty of Mathematics, Islamic Azad University, Birjand Branch, Iran

ABSTRACT

Aim and background: The lifestyle of patients is affected by mood/anxiety symptoms and emotional schemas and coping strategies with pain, so the present study aims to provide a conceptual model of the lifestyle of patients with chronic back pain with regard to the role of mood/anxiety symptoms and Emotional schemas and pain coping strategies.

Material and Methods: The descriptive research method was correlation type. The statistical population consisted of all women and men (25 to 55) years old with chronic back pain who referred to Razi Hospital and hospitals in Tarbat Heydarieh city in 1400-1401, which were 400 people, considering the entry criteria. The tools has been used were: questionnaire of emotional symptoms (mood/anxiety), short form of emotional schemas, strategies for coping with pain Rosenstein and Kaif (1983) and life style during quarantine by Ali Akbari Dehkordi. The data was analyzed by structural equation modeling method.

Results: The fitted model showed that the indirect effect of mood/anxiety symptoms on lifestyle through dealing with pain ($\beta=-0.165$ and $P<0.05$) are significant at the 0.05 level. The results of the study supported the mediation of pain coping strategies in the relationship between mood/anxiety symptoms and emotional schemas with patients' lifestyle.

Conclusion: Developing therapeutic interventions to reduce emotional schemas and improve pain coping strategies is useful in improving and improving the lifestyle of chronic pain sufferers.

Keywords: mood/anxiety symptoms, emotional schemas, lifestyle, pain coping strategies

►Please cite this paper as:

Ebrahimbai Salami AA, Shahabizadeh F, Ahi GH, Jarahi Fariz J [The lifestyle model of patients with chronic back pain according to the role of mood/anxiety symptoms and emotional schemas with the mediation of pain coping strategies (Persian)]. J Anesth Pain 2023;14(1)

Corresponding Author: Fatemeh Shahabizadeh, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Birjand branch, Iran

Email: f_shahabizadeh@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۱، بهار ۱۴۰۱

مدل سبک زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن با توجه به نقش نشانه‌های خلقی / اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی با میانجیگری راهبردهای مقابله با درد

علی اکبر ابراهیم بای سلامی^۱، فاطمه شهابی زاده^{۲*}، قاسم آهی^۳، جلیل جراحی فریز^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، ایران
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، ایران
۴. استادیار گروه علوم پایه، دانشکده ریاضی و آمار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۷

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۱۰/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: سبک زندگی بیماران تحت تاثیر نشانه‌های خلقی/ اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله با درد قرار می‌گیرد، لذا پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل مفهومی سبک زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن با توجه به نقش نشانه‌های خلقی/ اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله با درد انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری عبارت از کلیه زنان و مردان (۲۵ تا ۵۵) سال دارای کمردرد مزمن مراجعه کننده به بیمارستان رازی و درمانگاه‌های شهر تربت حیدریه در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بودند که تعداد ۴۰۰ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده عبارتند از: پرسشنامه‌های هیجانی (خلقی/ اضطرابی)، فرم کوتاه طرحواره‌های هیجانی، راهبردهای مقابله با درد روزنشستایل و کیف (۱۹۸۳) و سبک زندگی در زمان قرنطینه علی اکبری دهکردی. داده‌ها با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

نتایج: مدل برازش یافته نشان داد، اثر غیرمستقیم نشانه‌های خلقی/ اضطرابی بر سبک زندگی از طریق مقابله با درد ($\beta = -0.165$ و $P < 0.05$) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار هستند. نتایج مطالعه از میانجیگری راهبردهای مقابله با درد در رابطه بین نشانه‌های خلقی/ اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی با سبک زندگی بیماران حمایت کرد.

نتیجه‌گیری: تدوین مداخلات درمانی در جهت کاهش طرحواره‌های هیجانی و بهبود راهبردهای مقابله با درد در بهبود و ارتقای سبک زندگی مبتلایان به دردمزمن مفید است.

واژه‌های کلیدی: نشانه‌های خلقی/ اضطرابی، طرحواره‌های هیجانی، سبک زندگی، راهبردهای مقابله با درد

نویسنده مسئول: فاطمه شهابی زاده، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، ایران

پست الکترونیک: f_shahabizadeh@yahoo.com

مقدمه

می‌تواند اثر منفی بر درمان‌های جسمانی داشته باشد^(۱۱). و این اضطراب و افسردگی دارای ویژگی‌های مشترک هستند^(۱۴). بنابراین در این پژوهش از نشانه‌های خلقی/ اضطرابی یا همان مدل سه بخشی برای بررسی ویژگی‌های مشترک و منحصر به فرد اضطراب و افسردگی استفاده می‌کنیم^(۱۵). زیرا که این عوامل به طور گسترده با علائم پیشنهادی توسط مدل سه جانبه مطابقت دارد^(۱۶).

با توجه به مطالعات موجود که سبک زندگی تأثیر بسزایی بر سلامت جسمی و روانی انسان دارد^(۱۹). و میزان افسردگی، اضطراب و استرس موثر است^(۲۱). همچنین مطابق با نتایج پژوهش محمدی جبل عاملی نتیجه گیری می‌کنیم که سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و تحمل پریشانی به صورت مستقیم و غیر مستقیم بر پذیرش درد تأثیر دارند. و توجه به این عوامل روانشناختی و تلاش برای تقویت و آموزش آنها، میتواند به عنوان یک راهکار مفید در جهت پیشگیری و کاهش بروز مشکلات روانشناختی مرتبط با درد در این بیماران در نظر گرفته شود^(۲۲). لذا با توجه به اهمیت بعد عاطفی یا همان نشانه‌های خلقی/ اضطرابی بر ادراک درد، سازه هیجانات در بیماران کم‌درد مزمن در یک مدل علی و ارتباط آن با سبک زندگی بررسی می‌شود. تجربه درد و آسیب باعث فعال شدن آسیب پذیری‌های شخصیتی و یا طرحواره‌های ناسازگار درباره خود، جهان، و آینده میشود و تعداد قابل توجهی از بیماران درد مزمن از طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند که بر وضعیت درد فعلی آنها تأثیر می‌گذارد^(۲۳). (و نشانه‌های خلقی/ اضطرابی (هیجانات منفی) بیماران مبتلا به درد مزمن با طرحواره‌های هیجانی (ارزیابی منفی هیجانات و واکنش منفی به هیجانات) همراه است^(۲۴). که بر اساس مدل طرحواره شناختی بک، عواملی مانند درد، ناتوانی، از دست دادن کار یا جستجوی ناامیدکننده برای تشخیص می‌تواند استرس‌هایی باشد که فعال می‌شوند. و یک سوگیری پردازش منفی را حفظ کند که ادراک را مخدوش می‌کند. در نتیجه خلق و خوی منفی ایجاد می‌کند^(۲۵).

طرحواره درمانی هیجانی با به کارگیری شیوه‌هایی مانند ذهن آگاهی، تمرین‌های رفتاری مانند آرمیدگی عضلانی، اصلاح باورهای هیجانی ناکارآمد و تقویت باورهای هیجانی کارآمد موجب کاهش اضطراب شده است^(۲۶). و نقش مهارت‌های تنظیم هیجان در پیشگیری یا درمان مشکلات سلامت روان امیدوارکننده بوده است^(۲۷). و نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند یک مداخله اثربخش در کاهش نوروگرایی و ارتقاء سبک زندگی بیماران باشد^(۲۸).

درد مزمن یکی از مهمترین معضلات پزشکی بوده که همه ساله افراد زیادی به آن مبتلا می‌شوند^(۱) و زمانی که درد مزمن می‌شود به تدریج به جنبه‌های مختلف زندگی فرد رسوخ کرده و آسیب‌ها، ترس‌ها و پریشانی‌های بیشتری را به همراه خواهد داشت. در نتیجه درد بسیاری از ابعاد زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد که این موضوع در درمان و مراقبت از این بیماران لازم است در نظر گرفته شود^(۲). نتایج به دست آمده از تحقیقات نشان می‌دهد که میزان شیوع درد مزمن در جمعیت مورد بررسی در فاصله زمانی ۶ ماه قبل از شروع مطالعه، ۳۹٪ بوده است^(۳). و در تحقیق دیگر، (۲۲/۳) درصد افراد دچار درد مزمن بودند و شایعترین محل درد در افراد، ناحیه کمر،^(۴) با بیشترین آسیب در تمامی گروه‌های کاری، با شیوع ۴۹ درصد است^(۵). دردمزمن باعث اختلال عملکرد در زندگی روزانه و پریشانی هیجانی منجر می‌شود^(۶). همچنین کمر درد مزمن منجر به شکل گیری سبک زندگی جدید در کنار درد می‌گردد که در واقع همان پذیرش درد به عنوان بخشی از زندگی می‌باشد^(۷). به این صورت که به تدریج فرد توانایی خود را برای ارائه عملکرد طبیعی از دست می‌دهد و معمولاً اقدامات درمانی گوناگون وی برای رهایی از درد نتیجه نمی‌دهد و از طرف دیگر ناتوانی در برخورداری از عملکرد مطلوب و سرخوردگی از اقدامات درمانی به افسردگی و یاس و ناامیدی بیمار می‌انجامد، و همچنین مصرف طولانی مدت داروهای ضد درد اثرات جانبی چون خواب‌آلودگی و کاهش قدرت تمرکز و گیجی و بی‌وسست به وجود می‌آورند، که این‌گونه اثرات جانبی مشکل فرد را وخیم‌تر می‌کند^(۸). و از آنجاکه سلامتی مستلزم ارتقای شیوه زندگی سالم است^(۹). و اصلاح سبک زندگی می‌تواند بر وضعیت کم‌درد مؤثر باشد^(۸). بنابراین به بررسی سبک زندگی در بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن می‌پردازیم. و منظور از سبک زندگی، یک روش زندگی با الگوهای رفتاری مشخص است که تحت تأثیر اثر متقابل بین ویژگی‌های شخصی فرد، تعامل‌های اجتماعی، شرایط زندگی محیطی و اقتصادی - اجتماعی قرار دارد و دارای دو بعد سبک زندگی سالم یعنی (انجام رفتارها و فعالیت‌هایی در جهت بهداشت روانی و جسمانی) و سبک زندگی شاد (داشتن خلق مثبت و شادمان بودن)^(۱۰).

بیماران مبتلا به درد مزمن معمولاً هیجانات منفی و پریشانی عاطفی، افسردگی، را تجربه می‌کنند که

توانایی فرد برای کنترل درد، تحمل درد و نیز استمرار فعالیت روزمره در فرایند درمان و پاسخ به درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^(۳۷) در واقع مقابله با درد به کارگیری افکار و هیجان‌ها و یا رفتارهای خاصی است که افراد از آن‌ها برای کنترل و مدیریت درد یا واکنش‌های عاطفی خود به درد استفاده می‌کنند.^(۳۸) مطالعه بیماران مبتلا به درد حاکمی از آن است که استفاده از راهبردهای مقابله فعال مانند تلاش برای انجام وظایف با وجود درد - عدم توجه به درد - استفاده از آرامش عضلات دارای نتایج سازمان‌یافته‌ای است و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای غیرفعال مانند فاجعه‌آفرینی، وابستگی و محدود کردن فعالیت با درد بیشتر، ناتوانی جسمانی شدیدتر، ترس زیادتر، اضطراب، نگرانی و احتمال افسردگی همراه است.^(۳۹) همچنین آموزش راهبرد مقابله‌ای مانند برنامه‌های درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس افراد مبتلا به کمردردهای مزمن مؤثر است.^(۴۰)

در کل این نتیجه را می‌توان چنین توضیح داد که احتمالاً افرادی که دچار کمردرد می‌شوند و روش‌های کارآمد برای مقابله با استرس ناشی از این مشکل را دارند، می‌توانند مشکل حاضر را مدیریت کنند تا از تداوم آن جلوگیری به عمل آید به همین خاطر است که افرادی که به صورت کارآمدتر با استرس مقابله می‌نمایند بازه زمانی تداوم درد کمتری را دارند.^(۴۱)

از آنجا که سبک زندگی تأثیر مهمی بر سلامت روان دارند، واز بین مولفه‌های سبک زندگی سالم، مدیریت استرس موثرترین پیش‌بینی‌کننده سلامت روان در هر دو جنس است.^(۴۲) و ایجاد هیجان‌ات و عواطف مثبت باعث می‌شوند، افراد راهبردهای کارآمد را به منظور بهبود سلامت روانی‌شان به کار گیرند.^(۴۳) می‌توان از سبک زندگی در معنای ذهنی آن یعنی شیوه تفسیر فرد از زندگی، سبک زندگی شاد برای تولید شادی، گسترش و تداوم آن را به عنوان برنامه معینی در نظر گرفت.^(۴۴) با در نظر گرفتن توضیحات و پژوهش‌های انجام شده، و به دلیل ابعاد گسترده درد مزمن که از عوامل مختلفی نشات می‌گیرد، به نظر می‌رسد مدل مفهومی سبک زندگی بتواند مؤثر باشد.

لذا این سوال مطرح شد که آیا مدل مفهومی رابطه نشانه‌های خلقی - اضطرابی با سبک زندگی بیماران از طریق متغیرهای طرحواره‌های هیجانی و راهبردهای مقابله‌ی با درد از برآزش لازم برخوردار است؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر شیوه گردآوری

در نتیجه برآنیم که نقش فراشناخت هیجان‌ات و طرحواره‌ها را در بیماران با کمردرد مزمن را در یک مدل علی وارتباط آن با سبک زندگی بررسی کنیم.

تجربه کمردرد به دلیل مزمن بودن، منجر به اثرات درد در رابطه با نحوه مقابله افراد با آسیب‌ها، بیماری و پریشانی روانشناختی ناشی از تغییر ایجاد شده در زندگی می‌شود.^(۳۹) و برخی از راهبردهای مقابله بیماران با ناتوانی جسمی، افسردگی و درد رابطه دارد؛ به عنوان مثال راهبرد منفی فاجعه‌آفرینی بیش‌تر در مواجهه با درد، با ناتوانی جسمی، افسردگی و شدت درد بیش‌تری همراه است.^(۴۰) همچنین برخی افراد مبتلا به کمردرد مزمن از راهبردهای مقابله‌ای مانند استراحت طولانی در کنار دارو درمانی برای تسکین درد خود استفاده می‌کنند. این راهبردها در طولانی مدت انطباق با درد را دشوار می‌سازد. چرا که راهبردهای اجتنابی، مواجهه با موقعیت‌ها را کاهش داده و به نوبه خود به انزوای اجتماعی و افسردگی منجر می‌گردد.^(۴۱) و می‌تواند در بروز اختلالات اسکلتی نقش داشته باشد.^(۴۲)

از آنجا که درمان طرحواره‌های ناسازگار در مبتلایان به درد مزمن توصیه می‌شود و احتمالاً بتواند نوعی پیشگیری ثانویه از پیامدهای ناشی از درد در این افراد فراهم کند.^(۴۳) درمان طرحواره‌های هیجانی شکل جدیدی از درمان شناختی-رفتاری است که لیهی (۲۰۰۷) برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود. طبق این مدل درمانی همه افراد، هیجان‌ات منفی و دردناک را تجربه می‌کنند اما آنچه که افراد را از یکدیگر متمایز می‌سازد، چگونگی تفسیر و واکنش به هیجان‌ات و یا همان طرحواره‌های هیجانی آنها است.^(۴۴) از آنجا که افراد دارای اختلال اضطرابی از نگرانی به عنوان راهبردی برای مقابله با هیجان برانگیخته شده استفاده می‌کنند، و طرحواره‌های هیجانی و باورهای فراشناختی و فرانگرانی فرد را درگیر می‌کند. بنا براین می‌توان با درمان‌های ترکیبی ضمن اصلاح طرحواره‌های هیجانی و کمک به تنظیم هیجان، به اصلاح باورهای فراشناختی مرتبط با نگرانی پرداخت و استفاده از نگرانی را به عنوان راهبردی ناکارآمد در تنظیم هیجان کاهش داده و نگرانی و علائم اضطراب را تخفیف داد.^(۴۵) بنابراین طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای مقابله با درد می‌تواند راه‌حل مؤثری برای بهبود مدیریت درد بیماران و همچنین کنترل و مقابله با بیماری باشد. این برنامه‌ها به افزایش کیفیت زندگی بیمار و خودمدیریتی بیماری و همچنین کاهش مشکلات روانی و ارتباطی کمک می‌کند.^(۴۶) مقابله با درد ادراک فرد از شدت درد و همچنین

نمونه پژوهش حاضر، ۴۰۰ نفر با توجه به ملاکهای ورود انتخاب شدند. ملاکهای ورود: شامل سن افراد بین ۲۵-۵۵ سال، علیرغم دریافت درمان حداقل ۶ ماه دارای کمردرد باشند، وجود و تشخیص کمردرد مزمن توسط پزشک، و توانایی شرکت در تحقیق و تکمیل پرسشنامه‌ها بود. معیار خروج شامل عدم تمایل به شرکت در طرح، وجود دردهای حاد مانند شکستگی یا بیماری زمینه‌ای، ناتوانی در تکمیل و شرکت در طرح بود.

از آنجا که انجام تحقیق در شرایط همه‌گیری کرونا ویروس است، و سلامتی بیماران اهمیت دارد و کلینیک‌ها از همکاری با طرح ممانعت نموده‌اند. بیماران مراجعه کننده توسط محقق از شهریورماه سال ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ۱۴۰۱ با حضور در کلینیک‌ها و بیمارستان تامین اجتماعی شهر تربت حیدریه شناسایی شده است. به این صورت که در این دوران پژوهشگر در کلینیک‌ها و بیمارستان با رعایت شرایط بهداشت و محافظت فردی حضور یافته و مراجعین واجدین شرایط را با مشورت پزشک شناسایی و انتخاب نموده است و بعد از معرفی طرح و هدف از تحقیق، و اطمینان خاطر دادن در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و تحلیل گروهی، افراد علاقمند به شرکت در طرح انتخاب شدند. و سپس در بازه زمانی دو ماهه (از فروردین ۱۴۰۱) پرسشنامه‌ها بین گروه نمونه افراد مبتلا به کمردرد مزمن از طریق پیام رسانی‌های اینترنتی توزیع شد، و پس از پاسخگویی و تکمیل پرسشنامه‌های ارسال شده جمع آوری گردید. و تحلیل آماری انجام شد.

داده‌ها جزو پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی بود. در این پژوهش جامعه آماری آن را کلیه زنان و مردان (۲۵ تا ۵۵ سال) دارای کمردرد مزمن مراجعه کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان رازی شهر تربت حیدریه در ماه‌های شهریور ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ۱۴۰۱ تشکیل داد. از آنجا که زنان و مردان در سنین ۲۵-۵۵ سال جزو نیروی فعال جامعه حساب می‌شوند و همچنین کمردرد مزمن نیز در این گروه بیشتر دیده می‌شود. (۵)، نمونه از بین زنان و مردان دارای کمردرد مزمن شهرستان تربت حیدریه به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد.

از نظر گیلفورد حداقل حجم نمونه برای مدلیابی ۲۰۰ نفر است، کامری نیز پیشنهاد کرده است گروه نمونه ۳۰۰ نفری مناسب است. افزون بر آن بر پایه پیشنهاد جیمز استیونس در نظر گرفتن ۱۵ مورد برای هر متغیر پیش بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش کمترین مجذورات استاندارد مناسب می‌باشد. و چون مدل یابی معادلات ساختاری نیز در برخی جنبه‌ها کاملاً مرتبط با رگرسیون چند متغیری است. بنابراین تعداد ۱۵ مورد به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده غیر منطقی نیست (۴۵). به هر حال در مدل حاضر مجموع نشانگرهایی که در ماتریس همبستگی وارد می‌شوند، ۱۶ متغیر است، لذا حجم نمونه مناسب با احتمال ریزش ۴۰۰ نفر مناسب است. البته در مدل تحلیل عاملی تاییدی به ازای هر ۲ یا ۴ عامل (متغیر مکنون) ۱۰۰ یا ۲۰۰ مورد نیز مناسب است (۴۵). از آنجایی که مدل حاضر نیز از ۴ عامل تشکیل شده است ۴۰۰ نفر، حجم نمونه مناسب می‌باشد. بنابراین حجم

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی

متغیر	میانگین	میانه	مد	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
نشانه‌های خلقی هیجانی	۸۸/۷۸	۵۰/۷۶	۷۰	۶۴/۱۸	۳۴	۱۳۸
طرحواره‌های هیجانی	۱۵/۳۱	۳۳	۴۱	۸۴/۱۱	۱۰	۵۷
مقابله با درد	۵۶/۱۰۴	۱۰۴	۱۰۹	۲۲/۳۷	۰	۲۲۰
سبک زندگی در دوران قرنطینه	۶۶/۳۸	۳۷	۳۵	۴۲/۱۷	۱	۱۰۷

جدول ۲: کشیدگی و چولگی متغیرهای پژوهش

متغیر	چولگی	کشیدگی
نشانه‌های خلقی هیجانی	۹۵۷/۰	۳۳۷/۱
طرحواره‌های هیجانی	-۱۳۴/۰	-۳۰۰/۱
مقابله با درد	۳۰۲/۰	۶۳۳/۰
سبک زندگی در دوران قرنطینه	۳۶۶/۰	۹۰۰/۰

پرسشنامه فرم کوتاه طرح‌واره‌های هیجانی توسط جانگ هو، هجای جی، ناهیان، هان، دونگ جی و کی هونگ در سال ۲۰۱۹ ساخته شد. این ابزار از روی پرسشنامه ۲۸ سوالی تنظیم شده است که توسط مسکووچینکو، یالتونسکی و کوچیتکو در سال ۲۰۱۶ ساخته شده بود (جانگ هو و همکاران، ۲۰۱۹). منظور از طرح‌واره‌های هیجانی، نمره‌ای است که فرد در مقیاس طرح‌واره‌های هیجانی لیبی (۲۰۰۹ نقل از بیراوند، ۱۳۹۳) و در ابعاد چهارده گانه آن (تایید طلبی، قابلیت درک، احساس گناه، ساده انگاری هیجان‌ها، ارزش‌های والاتر، فقدان کنترل، کرحتی، عقلانیت، تداوم، توافق پذیری، پذیرش احساسات، نشخوار فکری، بیان احساسات، سرزنش دیگران) کسب می‌نماید. پرسشنامه فرم کوتاه ۱۰ سوالی، با روش تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی بررسی شد و دو عامل مشخص گردید. عامل اول ارزیابی منفی احساسات شامل سوالات ۱-۷-۹-۱۰-۱۲ (به ترتیب عدم اتفاق نظر، غیر قابل درک بودن، دوام، اجساس گناه و اعتبار زدایی) و عامل دوم پاسخ به هیجان شامل سوالات ۵-۱۶-۱۷-۱۸ و ۲۰ (به ترتیب فقدان کنترل، نشخوار، فقدان کنترل، عدم پذیرش و بی‌حسی) می‌باشد. این مقیاس دارای گزینه‌هایی در طیف لیکرت می‌باشد که از یک تا شش نمره گذاری می‌شود. هرچه نمره فرد در این مقیاس بیشتر باشد فرد طرح‌واره‌های منفی بیشتری را دارد. آلفای کرونباخ در فرم ۱۰ سوالی ۰/۸۹۳ گزارش شده است. همبستگی بین دو پرسشنامه ۲۸ سوالی و ۱۰ سوالی ۰/۹۳۳ گزارش شده است. نمره کل پرسشنامه (LESS II) با آزمون‌های ارزیابی مرکز مشاوره از علائم روانشناختی و پرسشنامه سازگاری دانشگاه فرم کوتاه دارای روایی همگرایی بسیار خوب مثبت است و همبستگی متوسط تا قوی را با خرده مقیاس‌های پرسشنامه (CCAPS) نشان می‌دهد. همچنین پرسشنامه LESS II دارای همبستگی درونی بالای سوالات است و تقریباً ۸۷/۰۵ درصد واریانس را با فرم اصلی ۲۸ سوالی دارد. این پرسشنامه برای کاربرد بالینی و تحقیقاتی توصیه می‌گردد (جانگ هو و همکاران، ۲۰۱۹). این ۱۰ سوال در فرم کوتاه، ابتدا ترجمه و سپس روایی و پایایی آن توسط مطالعه اردلانی و همکاران ۱۴۰۰ میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲۹ محاسبه گردید و روایی تحلیل عامل تاییدی مورد بررسی قرار گرفت و عامل‌های آن تایید شد. نتایج تحلیل عاملی تا ییدی نشان داد شاخص برازندگی تطبیقی، شاخص برازندگی نرمال، شاخص برازندگی افزایشی و شاخص برازندگی تعدیل شده به ترتیب برابر ۹۶، ۹۹، ۰/۹۷، ۰/۰ بدست آمد. افزون بر آن نسبت مجذور کای

در این مقاله کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان جنوبی با شماره و مشخصه IR.BUMS.REC.1401.181 انجام شد و نکات اخلاقی، از جمله شرکت بیماران با اختیار خود و اطلاع رسانی از محرمانه بودن اطلاعات انجام و رعایت عدم هر گونه آسیب به آنها صورت گرفت و رضایت نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای بیمار رسید. لازم به ذکر است با توجه به این که جامعه مورد نظر دارای کمردرد مزمن بودند و ممکن است احساس خستگی کنند و همچنین شرایط همه گیری کروناویروس بوده تکمیل پرسشنامه‌ها توسط بیماران بصورت آنلاین و غیر حضوری بوده است.

در این پژوهش از پرسشنامه‌های نشانه‌های خلقی/اضطرابی، پرسشنامه فرم کوتاه طرح‌واره‌های هیجانی، پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد و پرسشنامه سبک زندگی در دوران کروناویروس استفاده شد.

پرسشنامه نشانه‌های هیجانی یا خلقی/اضطرابی

پرسشنامه توسط واردنر، وان ون، گیلتهای، دی برس، پنیکس و زیتمن در سال ۲۰۱۰ ساخته شد. این پرسشنامه ۳۰ سوالی است و سه عامل اصلی در آن سنجیده می‌شود که عبارتند از عامل پریشانی کلی به‌عنوان ویژگی مشترک اضطراب و افسردگی، فقدان لذت به‌عنوان ویژگی اختصاصی افسردگی و عامل برانگیختگی اضطرابی به‌عنوان ویژگی اختصاصی اضطراب که در یک لیکرت پنج درجه‌ای از به هیچ وجه (۱) تا بسیار زیاد (۵) قرار می‌گیرد. برای هر مؤلفه ۱۰ سوال در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه با روش تحلیل عامل تهیه گردید و همسانی درونی آن نیز ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ بدست آوردند. در ایران این ابزار توسط ایزدی دهنوی و همکاران در سال (۱۳۹۴) با روش روایی همگرا و تحلیل عامل هنجار گردیده است پایایی آن نیز ۰/۹۱ گزارش شده است. در مطالعه اخیر میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲۹ محاسبه گردید و در بررسی روایی تحلیل عامل تاییدی، عامل‌های آن تایید شد و شاخص برازندگی نرمال، شاخص برازندگی افزایشی و شاخص برازندگی تعدیل شده به ترتیب ۹۳/۹، ۹۲/۹۲، ۹۲/۹۳ بدست آمد، افزون بر آن نسبت مجذور کای (۶۲۵/۴۳) به درجه آزادی (۲۱۹) نیز عدد کمتر از ۲ را نشان داد و در سطح ۵ درصد ($P=0.06$) غیر معنادار شد و ریشه دوم واریانس خطای قریب نیز برابر ۷ درصد شد که بیانگر برازش مناسب مدل است^(۲۶). در پژوهش حاضر همچنین مقدار ضریب آلفای کرونباخ هر یک از این عامل بالاتر از ۰/۷ قرار گرفته است که نشان از همسانی درونی مطلوب برای آنها دارد.

پرسشنامه فرم کوتاه طرح‌واره‌های هیجانی

شهر تهران (۱۵۰ نفر مرد و ۲۰۰ نفر زن) از طریق فراخوان اینترنتی اجرا شده است و شامل دو عامل سبک زندگی شاد و سبک زندگی سالم است دادها با استفاده از الفای کرونباخ و تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از نرم افزار SPSS24 تجزیه و تحلیل شده که در مجموع دو عامل ۷/۳۴ از واریانس کل را تبیین می کند همچنین ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از الفای کرونباخ حاکی از پایایی مطلوب برای کل مقیاس (a=۷۷) و عوامل سبک زندگی سالم (a=۷۳) و سبک زندگی شاد (a=۸۱) بود. نمرات استاندارد محاسبه و دامنه نمرات عامل ها و کل پرسشنامه براساس نمرات استاندارد به سه دامنه ضعیف و متوسط و قوی تقسیم شده و در نتیجه گیری بیان می کند که ابزار فوق از کفایت لازم برخوردار است و می تواند در پژوهش های آینده مورد استفاده قرار گیرد و این مقیاس برای سنجش این سازه در نمونه های ایرانی از پایایی و روایی کافی برخوردار است (۴۷). در پژوهش حاضر همچنین مقدار ضریب آلفای کرونباخ هر یک از این عامل ها بالاتر از ۰/۷ قرار گرفته است که نشان از همسانی درونی مطلوب برای آنها دارد و نیکویی برازش مدل اندازه گیری تایید شد.

(۲۰/۰۶) به درجه آزادی ۱۷ نیز عدد کمتر از ۲ را نشان داد و در سطح (۰/۰۵) ۵ صدم (P=۰/۲۷) و غیر معنادار شد و ریشه دوم واریانس خطای تقریب نیز برابر (۰/۰۲) ۲ صدم شد که بیانگر برازش مناسب مدل است (۴۶). در پژوهش حاضر همچنین مقدار ضریب آلفای کرونباخ مربوط به عامل ارزیابی احساسات منفی ۰/۸۵۵ و برای پاسخ به هیجان ۰/۸۵۴ شده است که بالاتر از ۰/۷ قرار گرفته است که نشان از همسانی درونی مطلوب برای این دو عامل دارد. همچنین شاخص های GFI، CFI و NFI به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۶ و ۰/۹۵ گزارش شده اند که بیشتر از ۰/۹ بوده و موید برازش خوب مدل اندازه گیری مربوط هستند

پرسشنامه سبک زندگی در زمان همه گیری کوید

۱۹

❖ مقیاس سبک زندگی در زمان همه گیری بیماری کرونا و ویروس و قرنطینه خانگی توسط علی اکبری دهکردی و محتشمی و تدریس تبریزی در سال ۱۳۹۹ با استفاده از دستورالعمل سبک زندگی سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۲۰ روایی و ساخته شده است بر روی ۳۵۰ نفر از ساکنین

جدول ۳: ضرایب همبستگی بین متغیرهای تحقیق

نشانه های خلقی هیجانی		طرحواره های هیجانی		مقابله با درد		سبک زندگی در دوران قرنطینه	
۱	۳۵۲	۱	۳۵۲	۱	۳۵۲	۱	۳۵۲
ضریب همبستگی سطح معنی داری تعداد	۰/۳۸۲** ۰/۰۰۰	ضریب همبستگی سطح معنی داری تعداد	۰/۲۴۱** ۰/۰۰۰	ضریب همبستگی سطح معنی داری تعداد	۰/۱۴۳** ۰/۰۰۷	ضریب همبستگی سطح معنی داری تعداد	۰/۵۵۳** ۰/۰۰۰
نشانه های خلقی هیجانی	۳۵۲	طرحواره های هیجانی	۳۵۲	مقابله با درد	۳۵۲	سبک زندگی در دوران قرنطینه	۳۵۲

جدول ۴: عامل تورم واریانس و ضریب تحمل متغیرهای پیش بین

متغیر	ضریب تحمل	تورم واریانس (VIF)
نشانه های خلقی هیجانی	۸۵۱/۰	۱۷۵/۱
طرحواره های هیجانی	۸۶۶/۰	۱۵۵/۱
مقابله با درد	۹۰۳/۰	۱۰۷/۱
سبک زندگی در دوران قرنطینه	۸۵۷/۰	۱۶۷/۱

۱۲۷ نفر (۳۶/۱ درصد) دارای سن ۳۱ تا ۴۰ سال، ۱۱۰ نفر (۳۱/۳ درصد) دارای سن ۴۱ تا ۵۰ سال و ۲۴ نفر (۶/۸ درصد) دارای سن بیشتر از ۵۰ سال هستند. همچنین ۳۱ نفر (۸/۸ درصد) از افراد نمونه دارای تحصیلات زیردیپلم، ۱۲۱ نفر (۴/۳۴ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۳۸ نفر (۸/۱۰ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۱۲۷ نفر (۱/۳۶ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۳۵ نفر (۹/۹ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر هستند.

تحلیل توصیفی متغیرها

شاخص های تمرکز و پراکندگی برای نشانه های خلقی/هیجانی، طرحواره های هیجانی، مقابله با درد و سبک زندگی در دوران قرنطینه و ابعاد آنها در جدول ۱- آمده است. ملاحظه می شود که شاخص تمرکز میانگین، میانه و مد برای این متغیرها نزدیک به هم بوده که نشان دهنده تقارن نسبی داده هاست.

-مفروضه های تحلیل شامل نرمال بودن تک متغیری

به منظور ارزیابی نرمال بودن توزیع داده های تک متغیری، کشیدگی و چولگی و چولگی تک تک متغیرها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ قابل مشاهده است. و جدول ۲ نشان می دهد که مقادیر کشیدگی و چولگی همه متغیرها در محدوده $+2$ و -2 قرار دارد. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده های مربوط به متغیرهای پژوهش از نرمال بودن تک متغیری انحراف آشکاری ندارند (رک کلاین، ۲۰۱۶).

جدول ۳ - ماتریس و ضرایب همبستگی بین متغیرهای تحقیق است براساس این جدول نشان داد که بین متغیرهای وابسته (میانجی اصلی) با متغیرهای مستقل همبستگی معنادار وجود دارد

همخطی بودن مفروضه همخطی بودن به کمک عامل تورم واریانس (VIF) و ضریب تحمل مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ - قابل ملاحظه است. جدول ۴ - نشان می دهد که مقادیر ضریب تحمل همه متغیرهای پیش بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس آنها کوچکتر از ۱۰ است. براین اساس می توان گفت مفروضه عدم وجود همخطی در بین داده های پژوهش حاضر برقرار است.

جدول (۵): شاخص های نیکویی برآزش مدل مفهومی رابطه بین نشانه های خلقی/اضطرابی و طرحواره های هیجانی با سبک زندگی و اضطراب از طریق مقابله با درد

پرسشنامه مقابله با درد

این پرسشنامه روزنشتایل و کیف (۱۹۸۳) طراحی شده است. ۴۲ عبارت و ۷ خرده مقیاس دارد. در واقع شش راهبرد شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگشتان درد، فاجعه آفرینی، دعا - امیدواری) و یک راهبرد مقابله ای رفتار (افزایش فعالیت رفتاری) را می سنجد. هر راهبرد از ۶ عبارت تشکیل شده و دامنه نمره بین صفر تا ۳۶ است. روزنشتایل و کیف (۱۹۸۵) ضریب همسانی درونی ۷ خرده مقیاس را بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ بر روی مبتلایان به درد حاد و مزمن بدست آورد که روایی قابل قبولی برای این پرسشنامه است. اصغری مقدم و گلک (۱۳۸۴) در پژوهشی بر روی جمعیت ایرانی مبتلا به درد مزمن ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ بدست آوردند. همچنین مجددا روایی ملاکی و روایی پیش بین این پرسشنامه تایید شده است. (۳۰) در پژوهش حاضر نتایج زیر نشان می دهد که بار های عاملی مربوط به تمام گویه ها (بجز گویه های شماره ۵، ۱۱، ۱۳، ۲۵، ۳۳) بیشتر از ۰/۳ بوده و مورد تایید قرار می گیرند. همچنین مقدار ضریب آلفای کرونباخ هر یک از این عامل ها کمتر از ۰/۷ قرار گرفته است که نشان از عدم همسانی درونی مطلوب برای آنها دارد. پس از حذف گویه های شماره ۵، ۱۱، ۱۳، ۲۵ و ۳۳ مجددا مدل را برآزش داده که نتایج زیر بدست آمد نشان می دهد که بار های عاملی مربوط به تمام گویه ها بیشتر از ۰/۳ بوده و مورد تایید قرار می گیرند. همچنین مقدار ضریب آلفای کرونباخ هر یک از این عامل ها بیشتر از ۰/۷ قرار گرفته است که نشان از همسانی درونی مطلوب برای آنها دارد. همچنین شاخص های CFI, GFI, NFI به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۵ و ۰/۹۳ گزارش شده اند که بیشتر از ۰/۹ بوده و موید برآزش خوب مدل اندازه گیری مربوط هستند. لذا در نهایت می توان گفت مدل اندازه گیری مربوط به مفهوم مقابله با درد از برآزش مناسب و قابل قبولی برخوردار می باشد.

یافته ها

در سطح توصیفی در این پژوهش، نتایج اطلاعات جمعیت شناختی حاکی از آن است که ۱۸۲ نفر (۵۱/۷ درصد) از افراد نمونه مرد و ۱۷۰ نفر (۴۸/۳ درصد) از آنان زن هستند. همچنین ۴۳ نفر (۱۲/۲ درصد) از افراد نمونه مجرد و ۳۰۹ نفر (۸۷/۸ درصد) از آنان متاهل هستند. همچنین نتایج حاکی از آن است که ۱۴ نفر (۴ درصد) دارای سن ۲۰ سال و کمتر، ۷۷ نفر (۲۱/۹ درصد) دارای سن ۲۱ تا ۳۰ سال،

تحلیل استنباطی

۱- آیا مدل مفهومی رابطه بین نشانه های خلقی/اضطرابی و طرحواره های هیجانی با سبک زندگی از طریق مقابله با درد از برآزش لازم برخوردار است؟

به منظور بررسی پاسخ به سوال ۱ و بررسی برآزش مدل مفهومی رابطه بین نشانه های خلقی/اضطرابی و طرحواره های هیجانی با سبک زندگی از طریق مقابله با درد، شاخص های نیکویی برآزش مورد مطالعه و بررسی قرار می گیرند. شاخص های نیکویی برآزش مدل در جدول (۶) آمده است. ملاحظه می شود که تمامی شاخص های نیکویی برآزش مدل در دامنه قابل قبول قرار گرفته اند و مطلوب ارزیابی می شوند.

همچنین با توجه به شکل (۱-) مشاهده می شود که p -مقدار $0/11029$ گزارش شده است که از $0/05$ بیشتر بوده و در نتیجه می توان گفت جواب سوال اول تحقیق مثبت بوده و نیکویی برآزش مدل مفهومی رابطه بین نشانه ها و طرحواره های هیجانی با سبک زندگی از طریق مقابله با درد مورد تایید قرار گرفته و می توان به نتایج بدست آمده از برآزش این مدل اعتماد نمود. همچنین قدر مطلق آماره های t مربوط به گویه های هر یک از متغیرها بیشتر از $1/96$ است که به معنای تایید تمام گویه ها بوده و نیازی به حذف هیچ کدام از آنها نمی باشد.

با توجه به نتایج حاصل از بررسی ضرایب مربوط به مسیر های مستقیم مدل که در جدول ۶- درج شده است ملاحظه می شود که رابطه بین نشانه های خلقی/اضطرابی و طرحواره های هیجانی (و)، رابطه بین نشانه های خلقی/اضطرابی با مقابله با درد(و)، رابطه بین نشانه های خلقی/اضطرابی با سبک زندگی(و)، رابطه بین مقابله با درد با سبک زندگی (و) در سطح معنی داری $0/05$ معنا دار هستند.

بررسی مسیرهای غیر مستقیم مدل از طریق آزمون سوبل در جدول ۷- آمده است. ملاحظه می شود که رابطه غیرمستقیم بین نشانه های خلقی/اضطرابی با سبک زندگی از طریق مقابله با درد (و) که در سطح $0/05$ معنی دار هستند اما رابطه غیرمستقیم بین نشانه های خلقی/اضطرابی با مقابله با درد از طریق طرحواره های هیجانی (و) شده اند که در سطح $0/05$ معنی دار نیست.

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل سبک زندگی با توجه به نقش نشانه های خلقی - هیجانی با میانجیگری طرحواره های هیجانی و راهبردهای مقابله با درد بر روی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن انجام شد. اما در نهایت مطابق نتایج، نشانه های خلقی / اضطرابی و طرحواره های هیجانی با میانجیگری راهبردهای مقابله با درد توانست سبک زندگی بیماران را تبیین کند. و میانجیگری راهبردهای مقابله با درد تایید شد.

جدول ۵: شاخص های نیکویی برآزش مدل مفهومی رابطه بین نشانه های خلقی / اضطرابی و طرحواره های هیجانی با سبک زندگی و اضطراب از طریق مقابله با درد

ECVI برای مدل اشباع شده	فاصله اطمینان %۹۰ برای ECVI	ECVI	IFI	NNFI	NFI	AGFI	GFI	CFI	RM-SEA	SRMR	معیار قابل قبول
			۱ تا ۰	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	< ۰/۱	< ۰/۰۵	۱ تا ۵
۰/۱۱۲	(۰/۱۱۴ و ۰/۱۲۶)	۰/۱۲۰	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۰۶۳	۰/۰۶۶	۱/۹۸۸

جدول ۶: برآورد ضرایب استاندارد شده اثرات مسیر مستقیم مدل تحقیق بر مبنای سوال اول با روش حداکثر درست نمایی (ML)

Sig	t	R ²	β	مسیرهای مستقیم
< ۰/۰۵	۱۳/۷۰	۰/۵۵	۰/۷۴	اثر مستقیم نشانه های خلقی/اضطرابی بر طرحواره های هیجانی
< ۰/۰۵	-۵/۰۳	۰/۰۷	-۰/۲۶	اثر مستقیم نشانه های خلقی/اضطرابی بر مقابله با درد
< ۰/۰۵	۵/۲۱	۰/۷۹	۰/۸۹	اثر مستقیم نشانه های خلقی/اضطرابی بر سبک زندگی
< ۰/۰۵	۱۰/۰۸	۰/۳۶	۰/۶۰	اثر مستقیم مقابله با درد بر سبک زندگی

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل سبک زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن با توجه به نقش نشانه های خلقی - هیجانی با میانجیگری طرحواره های هیجانی و راهبردهای مقابله با درد انجام شد. مطابق نتایج بدست آمده نشانه های خلقی / اضطرابی و طرحواره های هیجانی با میانجیگری راهبردهای مقابله با درد توانست سبک زندگی بیماران را تبیین کند. هم راستا با پژوهش حاضر می توان به تحقیق اردلانی و همکاران (۱۴۰۰) اشاره کرد که نشان داد که اثر مستقیم نشانه های خلقی / اضطرابی بر افزایش طرحواره های هیجانی در بیماران مبتلا به درد مزمن معنادار است و بر کیفیت زندگی معنوی بیماران موثر است (۴۶). آنچه دارای اهمیت است پرداختن به سبک زندگی سلامت محور است که در تحقیق فوق به آن نپرداخته است و در این پژوهش تدوین مدل سبک زندگی تایید شد. چراکه پژوهشها نشان می دهد نتایج نشان داد که دردمزمن می تواند بر جنبه های مختلف زندگی بیماران تاثیر داشته باشد. به طوری که باعث کاهش کنترل بر زندگی در آن ها شده و به اختلال عملکرد در زندگی روزانه و پریشانی هیجانی منجر می شود. (۶). همچنین کمر درد مزمن اثرات تعیین کنندهای در همه حوزها از جمله زندگی روزمره بیمار، شغل و روابط بین فردی افراد دارد (۷). سبک زندگی سالم تأثیر بسزایی بر سلامت جسمی و روانی انسان دارد. اشکال مختلفی از این تأثیرات ذکر شده است (۱۹)، بطوریکه اصلاح الگوی سبک زندگی می تواند در بهبود وضعیت کمردرد موثر باشد (۸). همچنین میزان افسردگی، اضطراب و استرس

پایین خواهد آمد.

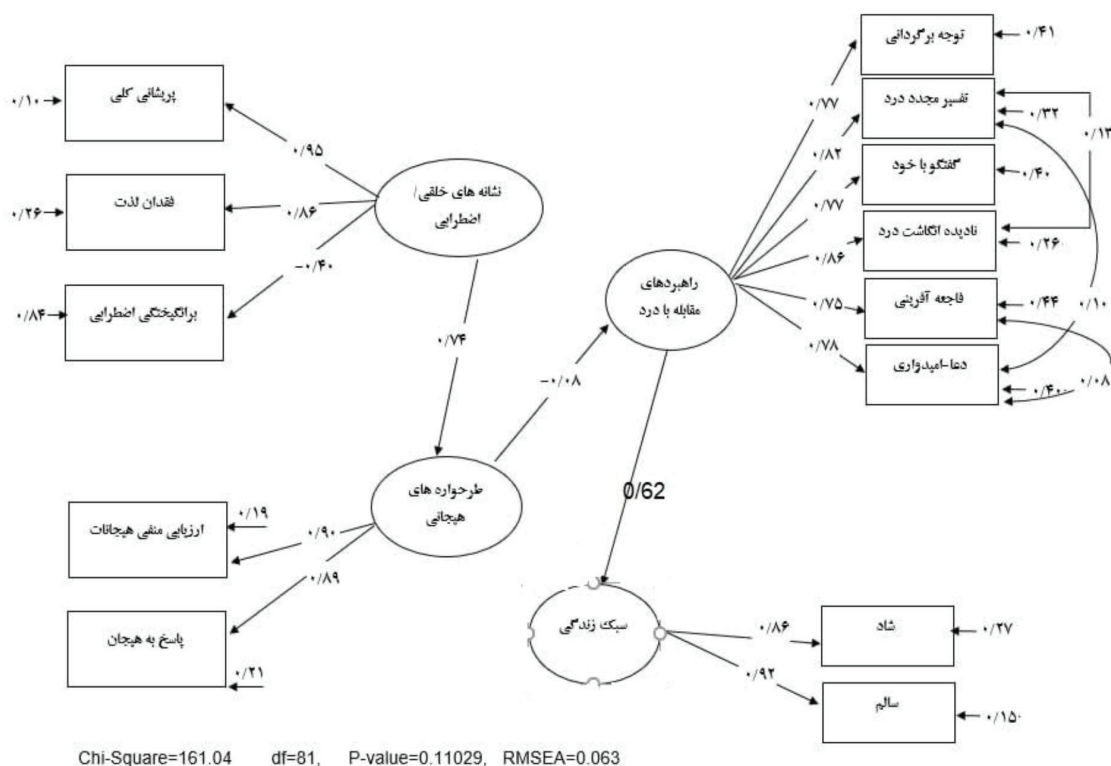
با توجه به نتایج حاصل از بررسی ضرایب مربوط به مسیر های مستقیم مدل حاضر نشان داد هیجانات منفی بیماران با درد مزمن با طرحواره های هیجانی (ارزیابی منفی هیجانات و واکنش منفی به هیجانات) همراه است. که هم راستا با نتایج اردلانی و همکاران (۱۴۰۰) و نتایج تحقیق (هاوک، پروونچر) (۴۸) است. و در حمایتی دیگر از مسیر تایید شده ادوارد و والپیپرمن (۴۹) رابطه نشانه های خلقی / اضطرابی و طرحواره های هیجانی را نیز تایید کردند. که بر اساس مدل نظری لیهی در تبیین میتوان گفت، هنگامی که هیجانات منفی رخ می دهند طرحواره های هیجانی در قالب تفسیر های هیجانی سبب تشدید و ایجاد هیجانات دردسرساز و در نتیجه تشدید تفسیر های منفی می شود (۵۰).

هیجانات منفی نقش اساسی در بروز و تداوم بیماری های روان تنی دارند هیجان ها یک زنجیره از اعمال خودکار هستند که به دلیل ماهیت عاطفی و هیجانی خود به زنجیره زیربنای خود یعنی طرحواره های هیجانی می رسند و در ساخت و تداوم آن ها اثر گذار هستند (۵۱). همچنین می توان گفت هیجان ها عوامل سازنده یک طرحواره هیجانی هستند (۵۲). تجربه درد و آسیب باعث فعال شدن آسیب پذیری های شخصیتی و یا طرحواره های ناسازگار درباره خود، جهان، و آینده میشود و این افراد دارای شدت درد، طول مدت درد و ناتوانی بالاتر بودند (۳۳). و طرحواره درمانی به طور موفقیت آمیزی به اختلالات خلقی و اضطرابی گسترش یافته (۴۸) است.

جدول ۷: برآورد ضرایب استاندارد شده اثرات غیرمستقیم مدل تحقیق بر مبنای سوال اول با روش حداکثر درست نمایی

Sig	آماره سوبل	R ²	β	مسیرهای غیر مستقیم
<۰/۰۵	-۴/۴۳	۰/۱۱	-۰/۱۶۵	اثر غیر مستقیم نشانه های خلقی/اضطرابی بر سبک زندگی از طریق مقابله با درد
>۰/۰۵	-۱/۳۰	۰/۱۲۳	-۰/۰۵۹	اثر غیر مستقیم نشانه های خلقی/اضطرابی بر مقابله با درد از طریق طرحواره های هیجانی

نمودار ۱: مدل تحقیق در قالب استاندارد (b)



شکل ۲: ضرایب مسیر و بار عاملی مدل مفهومی رابطه بین نشانه ها و طرحواره های هیجانی با سبک زندگی و اضطراب از طریق مقابله با درد

درد رابطه دارد؛ به عنوان مثال راهبرد منفی فاجعه آفرینی بیش تر در مواجهه با درد، با ناتوانی جسمی، افسردگی و شدت درد بیش تری همراه بود^(۳۰)؛ در تایید دیگر نتایج بیان کرد که برخی از راهبردهای مقابله با ناتوانی جسمی، افسردگی و درد رابطه دارد^(۵۳)؛ اما تکنیک آگاهی پیوسته و کامل از هیجانات آشفته کننده همراه با افکار، احساسات و رفتار (بدون فرار و اجتناب از آنها) به افراد ارتباط کمتر منفی با هیجانات را می آموزد در واقع فرد ارتباط کمتر منفی و جدید با هیجانات را می آموزد و کمتر عاطفه منفی را در بلند مدت تجربه میکند^(۴۳). همچنین در مدل حاضر اثر مستقیم نشانه های خلقی اضطرابی بر سبک زندگی بیماران معنادار به دست آمد و نشان داد هیجانانگیزی مانند اضطراب و افسردگی سبک زندگی ناسالم را پیش بینی می کند در تایید پژوهش حاضر می توان به تحقیقات نصرالهی^(۲۰۲۰)^(۱۸) و نتایج بابایی و همکاران^(۲۰۲۰)^(۷) و نتایج ایران منش و دشت بزرگی^(۲۰۱۹)^(۵۵) اشاره کرد. در تبیین می توان گفت، دردمزمن می تواند بر جنبه های مختلف زندگی بیماران تاثیر داشته باشد واز آنجا که این افراد پریشانی

نتیجه پژوهش رابطه بین نشانه های خلقی/ اضطرابی با مقابله با درد را نشان داد. و به این مفهوم است که نوع هیجان بر راهبرد و روش حل مسئله درد تاثیر گذار است همراستا است با تحقیق بابایی و همکاران^(۷) و اصغری مقدم و گلک^(۵۳) از آنجا که افراد مبتلا به کمردرد مزمن از راهبردهای مقابله ای مانند استراحت طولانی در کنار دارو درمانی برای تسکین درد خود استفاده می کنند. این راهبردها در طولانی مدت انطباق با درد را دشوار می سازد. چرا که راهبردهای اجتنابی، مواجهه با موقعیت ها را کاهش داده و به نوبه خود به انزوای اجتماعی و افسردگی منجر می گردد^(۳۱). و این اثرات درد در رابطه با نحوه مقابله افراد با آسیب ها و پریشانی روانشناختی ناشی از درد موثر است^(۷) پژوهش هادر تایید بیان میکند که جانبازانی که افسردگی کمتری داشتند، به طور معنی داری از روشهای موثر مقابله ای متمرکز بر مساله به ویژه روشهای روی آوردن به مذهب، مقابله فعال، برنامه ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی و تفسیر مثبت استفاده می کردند^(۵۴). اپژوهش دیگر بیان می کند که برخی از راهبردهای مقابله با ناتوانی جسمی، افسردگی و

احتمالی این یافته می توان اذعان نمود که تلاش های مساله مدار در سطوح شناختی رخ می دهد که عموماً عامل موثر بر سازگاری با محیط می باشد. هدف مقابله ی مسئله مدار، تغییر شرایط استرس آفرین است .^(۵۹) از آنجا که تجربه درد و آسیب باعث فعال شدن آسیب پذیری های شخصیتی و یا طرحواره های ناسازگار درباره خود، جهان، و آینده میشود و تعداد قابل توجهی از بیماران درد مزمن از طرحواره های ناسازگار اولیه رنج می برند که بر وضعیت درد فعلی آنها تأثیر می گذارد^(۶۰) بر اساس مدل نظری لیبی می توان گفت، هنگامی که هیجانات منفی رخ می دهند طرحواره های هیجانی در قالب تفسیر های هیجانی سبب تشدید و ایجاد هیجانات دردسرساز و در نتیجه تشدید تفسیر های منفی میشود^(۶۱) و درمان طرحواره های ناسازگار در مبتلایان به درد مزمن توصیه می شود و میتواند نوعی پیشگیری ثانویه از پیامدهای ناشی از درد در این افراد فراهم کند^(۶۲).

همچنین بررسی مسیرهای غیر مستقیم مدل نشان داد که رابطه غیرمستقیم بین نشانه های خلقی/اضطرابی با سبک زندگی از طریق مقابله با درد معنی دار هستند که به معنی تایید میانجی بودن مقابله با درد در این رابطه است که مطابق با بخشی از پژوهش ذیل است که بیان میکند استرس های ادراک شده با واسطه راهبردهای مساله مدار، هیجان مدار و سبک اجتنابی با کیفیت زندگی والدین کودکان دچار اختلال طیف اتیسم رابطه دارد^(۶۳) در تایید دیگر بیان میکنند که راهبرد مقابله پذیرش درد با هر یک از معیارهای درد و عملکرد روزانه ارتباط معنی داری دارد^(۶۴) در زمینه ی برخورد ناکارآمد با استرس درد با غیاب از کار رابطه دارد^(۶۵).

نتایج نشان داد نشانه های خلقی / اضطرابی و طرحواره های هیجانی با میانجیگری راهبردهای مقابله با درد توانست سبک زندگی بیماران را تبیین کند. از آنجا که عوامل روانشناختی اغلب به عنوان عاملی ثانویه نسبت به درد و در واقع واکنشی نسبت به آن در نظر گرفته می شوند^(۶۶)، عواملی مانند درد، ناتوانی، از دست دادن کار یا جستجوی نامیدکننده برای تشخیص می تواند استرس هایی باشد که فعال می شوند. و یک سوگیری پردازش منفی را حفظ کند که ادراک را مخدوش می کند. در نتیجه خلق و خوی منفی ایجاد می کند^(۶۷). و این اثرات درد در رابطه با نحوه مقابله افراد با آسیب ها، بیماری و پریشانی روانشناختی ناشی از درد موثر است^(۶۸) بطوری که راهبردهای اجتنابی، مواجهه با موقعیت ها را کاهش داده و به نوبه خود به انزوای اجتماعی و

روانشناختی قابل توجهی را تجربه میکنند. منجر به شکل گیری سبک زندگی جدید در کنار درد می گردد^(۶۹). به این صورت که به تدریج فرد توانایی خود را برای ارائه عملکرد طبیعی از دست می دهد و معمولاً اقدامات درمانی گوناگون وی برای رهایی از درد نتیجه نمی دهد و از طرف دیگر ناتوانی در برخورداری از عملکرد مطلوب و سرخوردگی از اقدامات درمانی به افسردگی و یاس و ناامیدی بیمار می انجامد. همچنین مصرف طولانی مدت داروهای ضد درد اثرات جانبی چون خواب آلودگی و کاهش قدرت تمرکز و گیجی و یبوست به وجود می آورند که این گونه اثرات جانبی مشکل فرد را وخیم تر می کند و بهبود سبک زندگی سلامت محور می تواند به عنوان راهکاری روانشناختی در جهت درمان بیماران در کنار درمان های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد^(۷۰).

در نتایج دیگر حاصل از بررسی ملاحظه می شود مقابله با درد بر سبک زندگی موثر است. در تایید فوق پژوهش های ذیل اشاره کرد که نشان داد بین میزان پذیرش درد مزمن با شدت درد، ناتوانی جسمی و اختلال در عملکرد روزانه به دلیل درد، ارتباط معنی داری وجود داشت^(۷۱). و میان سبک های حل مسئله ناکارآمد با غیبت از کار رابط وجود داشت^(۷۲).

پذیرش با هر یک از معیارهای درد و عملکرد روزانه ارتباط معنی داری دارد^(۷۳) پذیرش شامل کنار گذاشتن از مبارزه با درد، رویکرد واقع بینانه به درد و شرایط مرتبط با درداست، و کمک کننده به درگیر شدن فرد در فعالیت های مثبت روزمره است^(۷۴). احتمالاً افرادی که دچار کمر درد می شوند و روش های کارآمد برای مقابله با استرس ناشی از این مشکل را دارند، می توانند مشکل حاضر را مدیریت کنند تا از تداوم آن جلوگیری به عمل آید به همین خاطر است که افرادی که به صورت کارآمدتر با استرس مقابله می نمایند بازه زمانی تداوم درد کمتری را دارند. در زمینه ی برخورد ناکارآمد با استرس و غیاب از کار هم می توان گفت که احتمالاً افراد با روش های ناکارآمد مقابله با استرس نمی توانند مشکل به وجود آمده را به درستی مدیریت کنند. بنابراین امکان تداخل بیشتر در کار این افراد و در نتیجه غیاب از کار بیشتر در آن ها دیده می شود^(۷۵).

اما در نتایج مارابله غیرمستقیم بین نشانه های خلقی/ اضطرابی با مقابله با درد از طریق طرحواره های هیجانی معنی دار نشد. و هم راستا با پژوهش دیگر است که بیان کرد هیچکدام از طرحواره های هیجانی سبک مقابله مساله مدار را پیش بینی نمی کنند^(۷۶) در تبیین

توصیه به انجام پژوهش در شرایط دیگر وبا فرهنگ های مختلف می شود. در نتیجه، پیشنهاد می شود که رویکردهای درمانی برای افراد مبتلا به درد مزمن باید به همه عوامل مرتبط با سبک زندگی سالم وشاد همزمان در یک مداخله چندوجهی متناسب با فرد بپردازند^(۴۳).

نتیجه گیری

با توجه به برآزش مدل، بار بیماری های جهانی درد مزمن باید با مدیریت علل و اثرات درد مزمن، هم در سطح فردی و هم در سطح جمعیت مورد توجه قرار گیرد. برای پیشگیری و کاهش تاثیر درد مزمن، عوامل خطر قابل اصلاح (مانند درد حاد، سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با درد) باید مورد توجه قرار گیرند و بیمار در مرکز مدیریت قرار گیرد^(۴۱). و در کنار درمان های پزشکی توجه به عوامل روانشناختی وهمچنین آموزش راهبرد مقابله ای مانند برنامه های درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس افراد مبتلا به کمردردهای مزمن موثر است^(۴۰).

قدردانی و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی روانشناسی بوده است نویسندگان بر خود لازم می دانند از بیماران واساتید محترم که در این پژوهش ما را یاری کردند قدردانی کنند. کد اخلاقی پژوهش IR.BUMS.REC.1401.181 است

تضاد منافع

تضاد منافع وجود ندارد.

افسردگی منجر می گردد^(۳۱). از آنجا که سبک زندگی سالم تأثیر بسزایی بر سلامت جسمی و روانی انسان دارد^(۱۹)، بطوریکه اصلاح الگوی سبک زندگی می تواند در بهبود وضعیت کمردرد موثر باشد^(۸). همچنین میزان افسردگی، اضطراب و استرس پایین خواهد آمد^(۳۱). بنابراین مطابق با نتایج پژوهش ها نتیجه گیری می کنیم که سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و تحمل پریشانی به صورت مستقیم و غیر مستقیم بر پذیرش درد تاثیر دارند. بنابراین توجه به این عوامل روانشناختی و تلاش برای تقویت و آموزش آنها، میتواند به عنوان یک راهکار مفید در جهت پیشگیری و کاهش بروز مشکلات روانشناختی مرتبط با درد در این بیماران در نظر گرفته شود^(۳۲) بدین صورت که بهبود و ایجاد هیجانات و عواطف مثبت باعث شناخت های کارآمد میشوند. به عبارت دیگر، هیجانات مثبت باعث میشوند تا افراد بتوانند دید مثبت تری نسبت به مسایل داشته باشند، سختی های زندگی را به گونه ای دیگر تعبیر و تفسیر کنند و راهبرهای کارآمد به منظور بهبود سلامت روانی شان به کار گیرند^(۴۳).

محدودیت های پژوهش شامل: عدم کنترل متغیرهای دموگرافیک وعوامل محیطی مانند همزمانی بیماری کووید ۱۹ به عنوان یک استرس محیطی که بر شیوه جمع اوری اطلاعات و بر وضعیت روحی وروانی افراد موثر بود ودیگری عوامل اجتماعی واقتصادی موثر بر وضعیت روانی افراد دران شرایط است و همچنین انتخاب جامعه آماری ازیک شهرستان با فرهنگ خاص خودشان که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجهه می کند، بود بنابراین

References

- Moradi Klardeh P, Sadeghi Firouzabadi V, Heydari M, Mahmoud, d. [A study related to chronic pain and sleep quality in mothers(Persian)]. *Psychology of JI-JoH* 2019;2(1):47-54.
- Seyed Mahmoud Mab, Akbar S., Mohammad Taqi Hess, Ahmad S. [The effect of pain on different dimensions of life of patients with chronic pain(Persian)].
- Mohammad Ali M. [Investigating the prevalence of continuous and recurrent chronic pain and its effect on the social functioning and life of employees of one of the large industrial units in Tehran(Persian)].
- Tepe Mak, Abdul Jabbar, Ganji N, Mukhtar S, Faridouni B, Masoud, et al. [Prevalence of musculoskeletal pain and demographic factors related to pain location in patients with chronic trauma(Persian).] 21-7:(7)20;2018.
- Parno a, sayehmiri k, nabi Amjad r, Ivanbagha r, Ahagh m, Hosseini Foladi s, et al. [Meta-analysis of the prevalence of musculoskeletal disorders caused by work in Iran(Persian)182-205:(2)21;2020 .].
- Fereshte H, Seyedkazem Razat, Samiya Z. [The effect of pain on different dimensions of life in patients with multiple sclerosis(Persian)].
- Babaei, Dehghani, Babakhani, Nursing NemJp. [Lived experiences and challenges of patients with chronic back pain(Persian)]: a phenomenological study. 2020;15(4):43-57.
- Karimi, Shkoweh, Afkhami, Farzaneh, Pour B., Mazandaran, TepJmdeap. [Relationship between back pain and lifestyle in employees of Mazandaran University of Medical Sciences in2016(Persian) 141-8:(162)28.].
- Pirzadeh A, Sharifirad G, Kamran AJJoe, promotion h. [Healthy lifestyle in teachers(Persian)1 ;2012 .].
- Dehkordi Aa, Mohtashmi, Salamat TatJfa-per. [Constructing, validating and validating the lifestyle scale during the epidemic of the Covid-19 virus(Persian).] 161-77:(33)9;2020.
- Maria A. [Comparing the effectiveness of mindfulness and cognitive behavioral therapy in reducing pain, anxiety and depression in patients with chronic back pain 2013(Persian)].
- Dehghan, Ahmadi, Shahrekord JMdap. [Investigation of pain intensity and anxiety/depression in non-specific chronic back pain sufferers(Persian).] 9-19:(3)20;2018.
- Narimani, Khanluq, Sabri, Vahid. [Comparison of self-compassion, anxiety and depression of patients with chronic pain and normal people. Anesthesia and pain(Persian)57-65:(3)11;2020 .].
- Clark DA, Beck AT, Stewart BLJJoAP. Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? 1990;99(2):148.
- Watson D, Clark LA, Weber K, Assenheimer JS, Strauss ME, McCormick RAJJoAP. Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. 1995;104(1):15.
- Kalmbach DA, Kingsberg SA, Ciesla JAJTjosm. How changes in depression and anxiety symptoms correspond to variations in female sexual response in a nonclinical sample of young women: a daily diary study. 2014;11(12):2915-27.
- Huang I-C, Brinkman TM, Armstrong GT, Leisenring W, Robison LL, Krull KRJJoCS. Emotional distress impacts quality of life evaluation: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. 2017;11(3):19-309.
- Nasrallahi, Bedarfesh %J Health S, Ethics M. [Investigating the relationship between Islamic lifestyle and depression and anxiety of Qom University of Medical Sciences students in 2017(Persian).] 51-5:(3)7;2020.
- Farhud DDJJoPh. Impact of lifestyle on health. 2015;44(11):1442.
- Karimi, Shkoweh, Afkhami, Farzaneh, Pour B., Mazandaran, TepJmdeap. [Relationship between back pain and lifestyle in employees of Mazandaran University of Medical Sciences in 2016(Persian).] 141-8:(162)28;2016.
- Hanawi S, Saat N, Zulkafly M, Hazlenah H, Taibukhan N, Yoganathan D, et al. Impact of a Healthy Lifestyle on the Psychological Well-being of University Students. 2020;9(2).
- Mohammadi, Aamili J., Shida, Haqati, Dard Rebo. [Structural model of the effect of health-promoting lifestyle and distress tolerance on chronic pain acceptance in patients with chronic musculoskeletal pain: the mediating role of learned helplessness(Persian)35-49:(3)12;2021 .].
- Saariaho TH, Saariaho AS, Karila IA, Joukamaa MIJSjop. Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. 2010;1(4):196-202.
- Ardalani, Frank, Zadeh S., Hashemi, Masoud S., Dadkhah, et al. [Mood/anxiety symptoms and emotional schemas in the spiritual quality of life model

- of patients with chronic back pain with the mediation of cognitive dimensions of perfectionism(Persian)115-28:(3)12;2021 .].
25. Glombiewski JA, Hartwich-Tersek J, Rief WJP. Depression in chronic back pain patients: prediction of pain intensity and pain disability in cognitive-behavioral treatment. 2010;51(2):6-130.
 26. Zamani A, Mashhadhi, Sash J Perhshbo consultation. [The effectiveness of group emotional schema therapy on anxiety and emotional schemas of women with generalized anxiety disorder(Persian).] 5-24:(1)9;2019.
 27. Berking M, Lukas CAJCOiP. The Affect Regulation Training (ART): a transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders. 2015;3:64-9.
 28. Pushti K., Zadeh H., Ramadan, Emadian, Babol S.J. [Effectiveness of emotional schema therapy on neuroticism and lifestyle of cardiovascular patients(Persian)46-52:(1)23;2021 .].
 29. Babaei, Dehghani, Babakhani, Mehri N, Iran SJMP. [Lived experiences and challenges of patients with chronic back pain: a phenomenological study(Persian)43-57:(4)15;2020 .].
 30. Mohammad Ali M, Naser G. [The role of coping strategies in coping with chronic pain(Persian)].
 31. Vroman K, Warner R, Chamberlain KJD, rehabilitation. Now let me tell you in my own words: narratives of acute and chronic low back pain. 2009;31(12):976-87.
 32. Berhanzehi Kh, Ebrahimi Rigi z,yazdan Parast e, Dadpishesh s, Ebrahimi Rigi ha, . [Investigating the prevalence of musculoskeletal disorders and its relationship with negative emotions in nurses: a descriptive-analytical study(Persian)42-52:(1)13;2021 .].
 33. yousefzadeh m, Talebi h,neshat Dost h.t, Behavari HaJpaheshu. [The effectiveness of schema therapy on reducing incompatible schemas in patients with chronic back pain in Tehran: a two-month follow-up(Persian)69-82:(2)7;2018 .].
 34. Leahy RLJC, Practice b. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. 2007;14(1):36-45.
 35. Farrokhzadian, Rezaei, Sadeghi, Piri Meresh. [The effectiveness of emotional schema therapy combined with metacognitive therapy on reducing the symptoms of generalized anxiety disorder in the elderly(Persian)83-91:(2)4;2018 .].
 36. Ramezanzade Tabriz E, Mohammadi R, Roshandel GR, Talebi R, Khorshidi MJMEJoC. [Pain coping strategies and their relationship with unpleasant emotions (anxiety, stress, and depression) and religious coping in cancer patients(Persian).] 208-16:(3)9;2018.
 37. Turner JA, Ersek M, Kemp C. Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain. The Journal of pain. 2005;6(7):471-9.
 38. Brunner L. Pain treatment, health check, critical thinking, ethical decision and the nursing process. Sami Puran Tehran: Boshra. 2008; 18:19.
 39. Sharma P, Sandhu J, Shenoy SJIJoM, Sciences B. Variation in the response to pain between athletes and non-athletes. 2011;3(05):165-71.
 40. Sobhani, Babakhani, Iran AbJ Marvarb. [The effectiveness of mindfulness-based stress reduction treatment on depression, anxiety, stress and perception of pain reduction in women with chronic back pain after childbirth(Persian)266-77:(3)25;2019 .].
 41. Reza Shaa, Leila R, Zahrasadat K, Ali K. [The relationship between how to deal with stress and back pain in students(Persian)].
 42. Azam A, Parvaneh D, Amir M, Fatemeh J. [The relationship between healthy lifestyle components and mental health of men and women(Persian)].
 43. Craske MG, Farchione TJ, Allen LB, Barrios V, Stoyanova M, Rose RJBR, et al. Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: more of the same or less of more? 2007;45(6):109-1095.
 44. Fazli, Najmem's knowledge. [Happiness and lifestyle(Persian)188-204:(3)3;2020 .].
 45. Hooman HJT PFP. Analysis of multivariate data in behavioral research. 2006:300-50.
 46. Ardalani, Frank, Zadeh, Hashemi, Dadkhah, Peyman. [Mood/anxiety symptoms and emotional schemas in the spiritual quality of life model of patients with chronic back pain with the mediation of cognitive dimensions of perfectionism(Persian)]. Anesthesia and pain. 2021;12(3):115-28.
 47. Dehkordi AA, Mohtashmi, Tabrizi T. [Constructing, validating and validating the lifestyle scale during the epidemic of the Covid-19 virus. Scientific-research quarterly journal of health psychology(Persian)161-77:(33)9;2020 .].
 48. Hawke LD, Provencher MDJJocp. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. 2011;25(4):257-76.
 49. Edwards ER, Wupperman P. Research on emotional

- schemas: A review of findings and challenges. *Clinical Psychologist*. 2019;23(1):3-14.
50. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*: Guilford press; 2011.
 51. Mears GS. *Examining the relationship between emotional schemas, emotional intelligence, and relationship satisfaction*: Liberty University; 2012.
 52. Leahy RL, Tirsch DD, Melwani PS. Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012;5(4):362-79.
 53. Asghari-Moghadam a, Golak N. [The role of pain coping strategies in coping with chronic pain. *Clinical psychology and personality(Persian)*.] 1-23:(1)3;2005.
 54. Amraleh A, Jafar B, Fazilah Z. [Investigating the relationship between methods of dealing with stress and social support with the level of depression of spinal cord amputation veterans(Persian)].
 55. manesh A, gan bozorgi D. [The effectiveness of health-oriented lifestyle education on psychological well-being, blood pressure and death anxiety of elderly women(Persian)263-73:(4)4;2019 .].
 56. Iran D, Yadaleh Z, Elham Mapes, Farideh N, Karim M. [The relationship between pain catastrophizing, pain anxiety, neuroticism, social support and coping strategies with functional disability in rheumatic patients(Persian)].
 57. Fateme M, Mohammad Ali M, Mohammad Reza S, Akram B, Nader M, Ismail et al. [The role of pain acceptance in reducing pain intensity and disability in patients with chronic pain(Persian)].
 58. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*. 2003;105(1-2):197-204.
 59. Bayazi m, Gohri, Hojat z, Kaveh S, Behrad, A. [The relationship between emotional schemas with the level of anxiety and depression and stress coping styles in coronary heart patients. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences(Persian)*.] 1091-8:(5)5;2014.
 60. Farzaneh G, Ismat D, Asghar D, Sadegh Tal. [Mediating role of coping strategies and perceived social support in relation to perceived stress and quality of life of parents of children with autism spectrum disorder(Persian)].
 61. Mills SE, Nicolson KP, Smith BH, Bjoa. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. 2019;123(2):e273-e83.
 62. Yoshimoto T, Ochiai H, Shirasawa T, Nagahama S, Uehara A, Muramatsu J, et al. Clustering of lifestyle factors and its association with low back pain: a cross-sectional study of over 400,000 Japanese adults. 2020;13:1411.
 63. Nijs J, D'Hondt E, Clarys P, Deliens T, Polli A, Malfliet A, et al. Lifestyle and chronic pain across the lifespan: an inconvenient truth? 2020;12(4):410-9.n