فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۷، شماره ۴، تابستان ۱۳۹۶



مدل یابی معادلات ساختاری تعیین گرهای درد مزمن: نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهوشیاری زمینه‌ای

رسول حشمتی[۱]، نسرین زمانی‌زاد[۲]، محمد ستایشی[۳]

۱. استادیار، روان شناسی سلامت، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
۲. کارشناسی ارشد، روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۳. کارشناسی ارشد، روان شناسی تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۱ تاریخ بازبینی: تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۲۳

چکیده

زمینـه و هـدف: مطالعـات نشـان داده کـه درد فراگیرتریـن شـکایت پزشـکی اسـت بـه طـوری کـه خیلـی از بزرگسـالان بـا مشـکل درد درگیـر شـده انـد. بنابرایـن در ایـن پژوهـش هـدف، آزمـون رابطـه سـاختاری طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه بـا درد مزمـن، بـا مطالعـه نقـش میانجـی گـری بهوشـیاری زمینـه‌ای در دانشـجویان بـود.

مـواد و روش‌هـا: شـرکت کننـدگان پژوهـش ۲۰۱ نفـر از دانشـجویان کارشناسـی بودنـد کـه بـه روش نمونه‌گیـری تصادفـی خوشـه‌ای چندمرحلـه‌ای انتخـاب شـدند. ابـزار اندازه‌گیـری پژوهـش شـامل پرسشـنامه طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه یانـگ و پرسشـنامه بهوشـیاری زمینـه‌ای بائـر و همـکاران و پرسشـنامه درد مزمـن مـک گیـل بـود. آزمـون مسـیرهای مسـتقیم و غیرمسـتقیم الگـوی پژوهـش، بـه ترتیـب، بـا اسـتفاده از روش‌هـای مـدل معـادلات سـاختاری و بـوت اسـترپ انجـام گرفـت.

یافته‌هـا: یافته‌هـا نشـان داد کـه طرحواره‌هـای ناسـازگار و درد مزمـن بـه ترتیـب پیشـایند و پیامـد بهوشـیاری زمینـه‌ای در دانشـجویان هسـتند. همچنیـن، یافته‌هـا نشـان داد کـه بهوشـیاری زمینـه‌ای میانجی‌گـر معنـی‌دار رابطـه طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه و درد مزمـن اسـت. همچنیـن، مـدل آزمـون شـده، مدلـی مطلـوب بـرای تبییـن درد مزمـن در دانشـجویان می‌باشـد.

نتیجه‌گیـری: بـر اسـاس ایـن یافته‌هـا می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه و بهوشـیاری زمینـه‌ای تعییـن گرهـای مهـم درد مزمن هسـتند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بهوشیاری زمینه‌ای، درد مزمن

مقدمه

شـاید شناخته‌شـده‌ترین و پذیرفته‌شـده‌ترین تعریف درد توسـط انجمـن بین‌المللـی درد[۱] ارائـه شـده باشـد: درد تجربـه حسـی و هیجانـی / عاطفـی و تجربـه شـناختی ناخوشـایندی اسـت کـه بـا آسـیب بافتـی واقعـی یـا بالقـوه همـراه بوده یـا در اصطـلاح با چنین آسـیبی شـرح داده‌شـده اسـت[۱] درد همیشـه یـک تجربه شـخصی، ذهنـی، منحصربه‌فـرد اسـت[۲]، و همچنیـن چندبعدی بوده و توسـط جنسـیت بیمار[۳]، سـن، فرهنگ، تجربه درد قبلی، و عوامـل عاطفـی، مانند شـادی، انـدوه، ترس، هیجـان، و باورها و نگـرش بیمـار نسـبت بـه درد[۴] تحت تأثیـر قـرار می‌گیرد.

درد بـه دو نـوع حـاد و مزمن تقسـیم می‌شـود. درد حـاد به‌عنوان "درد بـا شـروع اخیـر و مدت‌زمان محـدود احتمالی تعریف شـده

نویسـنده مسـئول: نسـرین زمانی‌زاد، کارشناسـی ارشـد، روان شناسـی عمومی، گروه روان شناسـی، دانشـکده علوم تربیتی و روان شناسـی، دانشگاه تبریز، تبریـز، ایران.
پست الکترونیک: nasrin.z2013@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

است. این حالت معمولاً یک رابطه علی و موقتی قابل شناسایی با آسیب یا بیماری دارد. " درد مزمن، معمولاً فراتر از زمان بهبودی از آسیب همچنان ادامه‌دارد و اغلب ممکن است هیچ علت قابل شناسایی به وضوح وجود نداشته باشد[۵]. درباره شیوع درد مزمن گزارش‌های مختلفی وجود دارد؛ برای مثال، در یک بررسی تحلیلی بر روی ۱۵ مطالعه همه‌گیرشناسی در جمعیت بزرگ‌سال، شیوع آن را ۱۵ درصد اعلام کرده‌اند[۶]. این میزان در جمعیت بزرگ‌سال ایرانی، از ۹ درصد[۷] تا ۱۴ درصد[۸] گزارش شده است.

تجربه درد به شیوه‌های مختلف در افراد ممکن است ریشه در دوران کودکی افراد داشته باشد. وقتی کودکی با بیماری یا آسیبی مواجه می‌شود نحوه مدیریت درد توسط والدین کودک می‌تواند باعث یادگیری روش‌های مقابله مناسب شود. میدانیم که تجربه‌های دردناک دوران کودکی در آینده نیز بر رفتار درد کودک تأثیر خواهد داشت. یکی از متغیرهای مهمی که می‌تواند تجربه درد دوران کودکی را توجیه کند طرحواره‌های دوران کودکی می‌باشد. این طرحواره‌ها ریشه در تجارب خوشایند و ناخوشایند و همچنین تروماهای دوران کودکی و نوجوانی دارد. طرحواره سازه شناختی پایدار و عمیقی است که حاوی قوانین و یا دستورالعمل‌هایی می‌باشد که انتخاب، برنامه‌نویسی، ذخیره‌سازی و بازیابی اطلاعات را هدایت می‌کند. این سازه‌ها مابین استعداد ژنتیکی فرد و قرار گرفتن آن‌ها در معرض تأثیرات محیطی، از طریق ارتباط آن‌ها با دیگران مهم، والدین، معلمان، خواهر و برادر شکل گرفته‌اند که منجر به مجموعه‌ای از ایده‌ها و باورها در مورد خود و دیگران در شرایط و شیوه‌ای که موقعیت‌ها ارزیابی و تفسیر شده‌اند خواهد شد[۹].

طرحواره‌های ناسازگار در عمیق‌ترین سطح شناخت و معمولاً خارج از آگاهی عمل می‌کنند، و از نظر روان‌شناختی افراد را برای افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، اعتیاد، تروماهای دوران کودکی، هراس اجتماعی، سوءمصرف مواد، اختلالات خوردن، اختلالات شخصیت، اختلال هراس با ترس از مکان‌های شلوغ و اختلالات روان‌تنی آسیب‌پذیر می‌سازند[۱۰-۱۷].

در مورد رابطه درد مزمن و طرحواره پژوهش‌های بسیار کمی صورت گرفته است. در پژوهشی با عنوان رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد سه‌گانه تأثیر سردرد، درد، ناتوانی و درماندگی عاطفی در زنان بیمار سرپایی ایران، مبتلا به میگرن مزمن بدون اورا، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که به‌طور ضمنی طرحواره درمانی می‌تواند یک درمان مناسب برای کاهش ابعاد تأثیر سردرد، حداقل، در بیماران سرپایی زن ایرانی(۱۳۶نفر) مبتلا به میگرن بدون اورا فراهم نماید[۱۸].

با توجه به بررسی‌های انجام‌شده یکی از متغیرهایی که می‌تواند با کاهش درد مرتبط باشد بهوشیاری است چرا که بودن در زمان حال و آگاه بودن به اکنون به افراد کمک می‌کند تا احساس آرامش بیشتری داشته باشند. بهوشیاری به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است[۱۹-۲۰]. این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه[۲۱-۲۲]. بهوشیاری به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آنکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد[۲۳].

رابطه بهوشیاری و درد و همچنین تأثیر آن بر کاهش درد در پژوهش‌های مختلفی بررسی شده است. بهوشیاری روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنا بخشی و معنادارسازی زندگی[۲۴] همچنین شواهد و ادبیات تحقیق نمایانگر اثرات مفید آموزش ذهن آگاهی در تندرستی است[۲۵-۲۶] افزایش بهوشیاری با افزایش بهزیستی روان‌شناختی، توافق، گشودگی، وجدانمندی و کاهش نشانه‌های درد همراه است. در حقیقت افراد بهوشیار در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره تواناتر هستند[۲۷] یکی از جهت گیری‌های اساسی بهوشیاری پافشاری بر

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

توجـه بـه لحظـه کنونـی اسـت، ایـن جهـت گیـری "اینجـا و اکنـون "در کمـک بـه بیماران سـرطانی و بیمـاران بـا درد مزمن مؤثـر بـوده اسـت [۲۹-۲۸].

در پژوهشـی بـا عنـوان اثربخشـی روش کاهـش اسـترس مبتنـی بـر بهوشـیاری بـر بهبـود درد و راهبـرد مقابلـه فاجعه‌آفرینـی در زنـان مبتـلا بـه دردهـای مزمـن عضلانـی اسـکلتی ایـن نتیجـه حاصـل شـد کـه درنتیجـه مداخلـه کاهـش اسـترس مبتنـی بـر بهوشـیاری در صـورت تـداوم تمرینـات به‌طـور مرتـب می‌توانـد در کاهـش شـدت درد و کاهـش اسـتفاده از راهبـرد مقابلـه فاجعه‌آفرینـی مؤثـر باشـد[۳۰]. طبـق بررسـی‌های انجام‌شـده رابطـه بیـن درد مزمـن، طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه و همچنیـن بهوشـیاری در مطالعات پیشـین بررسـی نشـده اسـت. بیشـتر پژوهش‌هـا، همان‌طـور کـه در بـالا اشـاره شـد تأثیـر بهوشـیاری و همچنیـن تمرینـات آن را در کاهـش درد بررسـی کرده‌انـد و بـه نتایـج مثبتـی دسـت یافته‌انـد. امـا در خصـوص رابطـه درد و طرحواره‌هـا و همچنیـن رابطـه ایـن سـه متغیـر بـا یکدیگـر پژوهش‌هـای بسـیار کمـی انجـام پذیرفتـه اسـت. لـذا بـا توجـه بـه کمبـود بررسـی‌ها در ایـن زمینـه پژوهـش حاضـر در نظـر دارد ایـن سـه متغیـر را بـا یکدیگـر مـدل یابـی کنـد. در ایـن پژوهـش متغیـر درد به‌عنـوان متغیـر مـلاک در نظـر گرفتـه شـده اسـت. بهوشـیاری به‌عنـوان متغیـر میانجـی نقـش خـود را ایفـا می‌کنـد و طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه نیـز متغیـر پیـش بیـن می‌باشـد. بـر ایـن اسـاس و بـا توجـه بـه پژوهش‌هـای انجام‌شـده، هـدف پژوهـش حاضـر، بررسـی نقـش طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه در تعییـن گرهـای درد مزمـن بـا میانجیگـری بهوشـیاری می‌باشـد. و فرضیـه پژوهشـی بـه ایـن صـورت مطـرح می‌شـود کـه: طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه پیـش بیـن مناسـبی بـرای درد مزمـن بـا میانجـی گـری بهوشـیاری اسـت.

مواد و روش‌ها

پژوهـش حاضـر همبسـتگی و از نـوع مـدل معـادلات سـاختاری اسـت. جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش شـامل کلیـه دانشـجویان دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد قـم کـه در نیمسـال دوم تحصیلـی ۹۵-۱۳۹۴ مشـغول بـه تحصیـل بودنـد تشـکیل دادنـد. در ایـن پژوهـش، جهـت آزمایـش الگـوی پیشـنهادی، از روش نمونه‌گیـری تصادفـی خوشـه‌ای چندمرحلـه‌ای اسـتفاده شـد، به ایـن صـورت کـه در اولیـن مرحلـه لیسـت رشـته‌های مختلـف تهیه‌شـده، بعـد از لیسـت تهیـه شـده به‌صـورت تصادفـی چنـد رشـته انتخـاب و در نهایـت از هـر رشـته سـه کلاس بـه صـورت تصادفـی برگزیـده شـد و همـه دانشـجویان کلاس مـورد مطالعـه قـرار گرفتنـد. در نهایـت، ۲۰۱ دانشـجو (۱۱۱ دختـر و ۹۰ پسـر)، نمونـه پژوهـش را تشـکیل دادنـد. روش اجـرای پژوهـش بـه ایـن صـورت بـود کـه، بعدازانتخـاب دانشـجویان، هـر سـه پرسشـنامه قبـل یـا بعـد از کلاس بـه طـور همزمـان در اختیـار دانشـجویان قـرار گرفـت. قبـل از اجـرای پژوهـش، بـه دانشـجویان گفتـه شـد کـه انتخـاب آن‌هـا کامـلاً تصادفـی بـوده و بـرای انجـام پژوهـش دانشـگاهی انتخـاب شـده‌اند و لـذا نیـاز بـه ذکـر نـام خـود در پرسشـنامه‌ها ندارنـد. سـپس، بـرای اینکـه شـرایط مطلـوب اجـرای پرسشـنامه‌ها فراهـم آیـد، از آنهـا خواسـته شـد سـوالات را بـه دقـت بخواننـد و بـا توجـه بـه افـکار، احساسـات و رفتـار خـود بـه آنهـا پاسـخ دهنـد و در صـورت امـکان هیـچ سـوالی را بی‌جـواب نگذارنـد. همچنیـن، در ابتـدای پرسشـنامه متنـی در خصـوص محرمانـه مانـدن اطلاعـات، رازداری و آزادی شـرکت پژوهـش نوشـته شـده بـود. از شـرکت کننـدگان خواسـته شـد کـه آن را بخواننـد و بدیـن شـکل رضایـت کتبـی و شـفاهی دریافـت شـد.

ابزارهای پژوهش؛

الـف) فـرم کوتـاه مقیـاس طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیه‌یانـگ (۱۹۹۴) (YSQ-SF): ایـن پرسشـنامه شـامل ۷۵ گویـه اسـت کـه آزمون‌شـوندگان بـه صـورت خـود گزارش‌دهـی بـه آن پاسـخ می‌دهنـد. ایـن مقیـاس را یانـگ و بـرون به‌منظوراندازه‌گیـری ۱۵ طرحـواره ناسـازگار اولیـه سـاخته‌اند. پایایـی آن بـه کمـک آلفـای کرونبـاخ بـرای همـه طرحواره‌هـا از ۰/۷۶ تـا ۰/۹۳ بـه دسـت آمـد. پاسـخ‌دهندگان بـر روی لیکـرت ۶ درجـه‌ای از ۱=" کامـلاً در مـورد من نادرسـت اسـت" تـا ۶= " کامـلاً در مـورد مـن درسـت اسـت" میـزان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

موافقت خود را مشخص می‌کنند. این مقیاس با نمرات اعتماد به نفس، افسردگی، نشانگان اختلال شخصیت، آسیب پذیری روان‌شناختی همبستگی خوبی دارد که نشانگر از روایی همزمان قابل قبول این مقیاس است [۳۱]. ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس بین ۰/۹۱ تا ۰/۸۶ محاسبه کردند [۳۱]. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۳ محاسبه گردید.

ب) مقیاس هوشیاری زمینه‌ای بائر و همکاران (۲۰۰۶) (FFMQ): این پرسشنامه توسط بائر، اسمیت، اپکینز، کریتمیر و تونی در سال ۲۰۰۶ به‌منظوراندازه‌گیری پنج خرده مقیاس طراحی شد. این خرده مقیاس‌هاعبارت‌اند از؛ مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش. درکل این مقیاس ۳۹ گویه دارد و یک مقیاس خودگزارشی است. آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را با گویه‌های پرسشنامه بر روی یک لیکرت پنج درجه‌ای از ۱= "هرگز یا خیلی کم" تا ۵= " اغلب یا همیشه" مشخص می‌کنند. در پژوهشی[۳۲] ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس مشاهده ۰/۸۵، توصیف ۰/۹، عمل همراه با آگاهی ۰/۹۱، عدم قضاوت ۰/۹۳ و عدم واکنش ۰/۸۵ محاسبه کردند. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه در این پژوهش برابر ۰/۹۱ به دست آمد.ج) فرم کوتاه پرسشنامه مک گیل(۱۹۸۳) (SF-MPQ-2): این مقیاس را رونالد ملزاک در سال ۱۹۸۳ در دانشگاه مک گیل ساخت. این مقیاس دارای مجموعه عبارت است. این پرسشنامه علاوه بر کیفیت درد، شدت آن را هم اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس فقط درد نوروپاتیک را اندازه‌گیری نمی‌کند، بلکه دردهای غیر نوروپایتک را هم اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس از ۲۲ توصیف کننده‌ی درد را اندازه‌گیری می‌کند که شدت آن را آزمون‌شونده از ۰ تا ۱۰ به‌طورخودگزارش‌دهی به آن پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه شامل چهار زیرمقیاس است؛ درد ادامه‌دار (دردضربان دار، درد گرفتگی، درد جویده شدن، درد مبهم، درد سنگین و درد تهوع‌آور)، درد متناوب (درد تیر کشیدن، درد مثل سوراخ کردن، درد برنده، درد شکننده، درد مثل شوک الکتریکی و درد مثل سیخ فروکردن)، درد نوروپاتیک (درد سوزنده، درد بااحساس یخزدگی، درد ناشی از سطح لمسی، خارش و بی‌حسی) و درد مؤثر (درد کسل‌کننده، درد ترس‌آور، درد شکافنده، درد زجرآور)[۳۳]. در این پژوهش جهت بررسی روایی این پرسشنامه از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد نتایج نشان داد که مقدار کایزر مایر اولکین برابر با ۰/۸۸ است و همچنین آزمون بارتلت معنادار بود، که حاکی از روایی قابل قبول این پرسشنامه است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶ محاسبه شد نشانگر از پایایی قابل قبول این مقیاس است.

یافته‌ها

نتایج ماتریس همبستگی نشان داد که طرحواره محرومیب هیجانی با خرده مقیاس‌های توصیف، آگاهی، عدم قضاوت، درد ادامه‌دار، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره رها شدگی/بی ثباتی با مشاده، توصیت، عدم قضاوت، عدم واکنش، درد ادامه‌دار، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره بی اعتمادی با آگاهی توصیف، درد ادامه‌دار، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره انزوای اجتماعی با مشاهده، توصیف، عدم قضاوت، عدم واکنش، درد ادامه‌دار، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره نقص با مشاهده توصیف، عدم قضاوت، عدم واکنش، درد ادامه‌دار، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد.طرحواره شکست با مشاهده، توصیف، عدم قضاوت، عدم واکنش، درد ادامه‌دار، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره وابستگی با مشاهده، توصیف، عدم قضاوت، عدم واکنش، درد ادامه‌دار، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره آسیب با مشاهده، توصیف، عدم قضاوت، درد ادامه‌دار، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره گرفتاری با توصیف، عدم قضاوت، درد ادامه‌دار و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره اطاعت با مشاهده، توصیف، آگاهی، قضاوت، درد ادامه‌دار، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره فدارکاری با

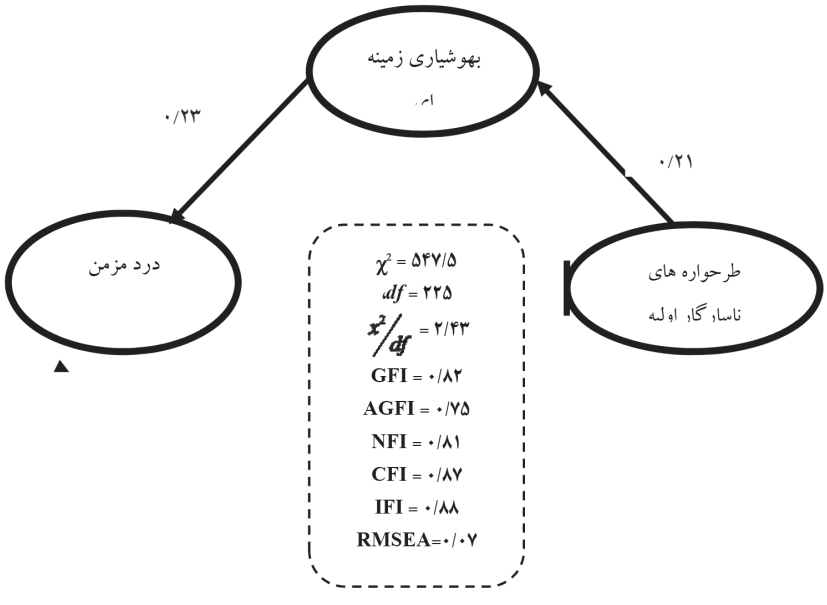
[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

توصیف، درد ادامه‌دار، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره بازداری هیجانی با توصیف، آگاهی، عدم قضاوت، درد ادامه‌دار، درد متناوب، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره استانداردهای بی امان با درد ادامه‌دار، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره استقلال با درد ادامه‌دار، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. طرحواره خودکنترلی ناکافی با توصیف، آگاهی، عدم قضاوت، درد ادامه‌دار، درد نوروپاتی و درد موثر رابطه ندارد. در پژوهش حاضر، به‌منظور بررسی اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش از مدل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۲ استفاده شد. ضرایب مسیر استاندارد نیز در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱. ضرایب استاندارد و سطح معناداری مدل پیشنهادی پژوهش

مسیرهای مستقیم	□	خطای استاندارد	سطح معناداری
طرحواره‌های ناسازگار اولیه به بهوشیاری زمینه‌ای	۰/۲۱	۰/۱۸	۰/۰۰۹
بهوشیاری زمینه‌ای به درد مزمن	۰/۲۳	۰/۱۴	۰/۰۰۵
طرحواره‌های ناسازگار اولیه به درد مزمن	۰/۰۰۸	۰/۳	۰/۹۱۵

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ضرایب مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به بهوشیاری زمینه‌ای و بهوشیاری زمینه‌ای به درد مزمن معنادار است. با این حال ضریب مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به درد مزمن در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بنابراین مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به درد مزمن از مدل حذف شد و مدل دوباره برازش شد که نتایج برازش در جدول ۳ و نمودار ۲ آمده است.



نمودار۲.شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده‌ی پژوهش

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول۲. ضرایب استاندارد و سطح معناداری مدل اصلاح شده‌ی پژوهش

مسیرهای مستقیم	□	خطای استاندارد	سطح معناداری
طرحواره‌های ناسازگار اولیه به بهوشیاری زمینه‌ای	۰/۲۱	۰/۱۸	۰/۰۰۸
بهوشیاری زمینه‌ای به درد مزمن	۰/۲۳	۰/۱۴	۰/۰۰۴

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد. ضرایب مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به بهوشیاری زمینه و بهوشیاری زمینه‌ای به درد مزمن در سطح ۰/۰۱ معنادار است. علاوه بر بررسی ضرایب ساختاری، برازندگی مدل پیشنهادی بر اساس شاخص‌های برازش نیز ارزیابی شد. بررسی شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده نشان داد که شاخص نیکویی برازش، شامل مجذور خی (X^2=۵۴۷/۵) با درجه آزادی df=۲۲۵، مجذور خی نسبی (X^2/df=۲/۴۳)، شاخص نیکویی برازش (GFI=۰/۸۲)، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI=۰/۷۵)، شاخص بنتلر- بونت (NFI=۰/۸۱)، شاخص برازش تطبیقی(CFI=۰/۸۷)، شاخص برازش افزایشی (IFI=۰/۸۸)، شاخص تاکر-لویز (TLI=۰/۷۵)، و شاخص مهم جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA=۰/۰۷) که فقط شاخص RMSEA برازش قابل قبولی با داده‌ها برخودار است سایر شاخص‌ها این نیز غیرقابل قبول هستند. جدول ۳ نتایج و وضعیت شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده را نشان می‌دهد.

جدول۳. شاخص‌های برازش مدل اصلاح شده‌ی پژوهش

شاخص‌ها	نتایج	وضعیت
X^2	۵۴۷/۵	غیرقابل قبول
GFI	۰/۸۲	در حد قابل قبول
AGFI	۰/۷۵	در حد قابل قبول
NFI	۰/۸۱	در حد قابل قبول
CFI	۰/۸۷	در حد قابل قبول
IFI	۰/۸۸	در حد قابل قبول
RMSEA	۰/۰۷	قابل قبول

همچنین برای آزمون روابط غیر مستقیم پژوهش از آزمون بوت استرپ استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بوت استرپ

مسیر غیرمستقیم	اثر	حد بالا	حدپایین	سطح معناداری
طرحواره‌های ناسازگار اولیه ← بهوشیاری زمینه‌ای	۰/۰۳۱	۰/۴۶۱	۰/۰۳	۰/۰۱۳
بهوشیاری زمینه‌ای ← درد مزمن				

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

همان‌طـور کـه از جـدول فـوق اسـتنباط می‌شـود، چـون اثـر بـه دسـت آمـده در سـطح ۰/۰۵ معنـادار اسـت و اثـر به‌دست‌آمده خـارج از حـد بـالا (۰/۴۶۱) و حـد پاییـن (۰/۰۳) اسـت و صفـر را در برنگرفتـه اسـت بـا ۹۵ درصـد اطمینـان می‌تـوان گفـت کـه بهوشـیاری زمینـه‌ای نقـش میانجی‌گـر معنـاداری در رابطـه‌ی بیـن طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه و درد مزمـن دارد.

بحث

پژوهـش حاضـر باهـدف طراحـی و آزمـون مـدل از پیشـایندها و پیامدهـای بهوشـیاری زمینـه‌ای انجـام گرفـت. یافته‌هـای پژوهـش حاضـر نشـان داد کـه طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه پیشـآیند بهوشـیاری زمینـه‌ای اسـت و بـر آن اثـر معنـی‌داری دارد. در ایـن رابطـه پژوهـش زیـادی صـورت نگرفتـه اسـت. در مقالـه‌ای بـا عنـوان رابطـه بهوشـیاری و طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه در مردانـی کـه بـه دنبـال سـوء مصـرف مـواد هسـتند ایـن نتیجـه بـه دسـت آمـد کـه رابطـه منفـی نیرومنـدی بیـن بهوشـیاری و ۱۵ طرحـواره از ۱۸ طرحـواره ناسـازگار اولیـه وجود دارد. عـلاوه بـر ایـن، مردانـی کـه طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه چندگانـه‌ای داشـتند نسـبت بـه کسـانی کـه طرحواره‌هـای کمتـری داشـتند از بهوشـیاری پایین‌تـری نیـز برخـوردار بودنـد[۴۵].

می‌تـوان چنیـن در نظـر گرفـت کـه افـرادی کـه دارای طرحواره‌هـای ناسـازگار زیـادی هسـتند ممکـن اسـت بیشـتر در گذشـته زندگـی کـرده و نتواننـد از بهوشـیاری مطلوبـی برخـوردار باشـند. ایـن افـراد هنـگام رو بـه رو شـدن بـا درد بویـژه درد مزمـن و همچنیـن بـا داشـتن طرحواره‌هـای منفـی نمی‌تواننـد بـه طـور رضایـت بخشـی بـا درد خـود کنـار آینـد چـرا کـه میـزان بهوشـیاری پایینـی دارنـد. در پژوهشـی کـه بـا عنـوان بهوشـیاری و طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه در زنانـی کـه بـه دنبـال مصـرف مـواد محلـی و تحـت معالجـه هسـتند انجـام شـد سـوابق بیمـاران زن کـه از قبـل موجـود بود بررسـی و یافته‌هـا نشـان داد کـه میـزان بـالای بهوشـیاری بـا ۱۲ طرحـواره ناسـازگار اولیـه رابطـه منفـی دارد. همچنیـن بیمارانی کـه طرحواره‌هـای ناسـازگار چندگانـه‌ای داشـتند نسـبت بـه کسـانی کـه طرحواره‌هـای کمتـری داشـتند از بهوشـیاری پایین‌تـری نیـز برخـوردار بودنـد. یافته‌هـا نشـان از نیرومنـدی رابطـه بیـن طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه و بهوشـیاری دارنـد و تحقیقـات آینـده همچنیـن می‌تواننـد بررسـی کننـد کـه آیـا مداخـلات مبتنـی بـر بهوشـیاری طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیـه راکاهـش می‌دهنـد یـا نـه[۴۵].

طبـق یافتـه دوم ایـن پژوهـش، مسـیر بهوشـیاری زمینـه‌ای بـر درد مزمـن نیـز معنـادار اسـت. ایـن یافته‌هـا بـا نتیجـه پژوهـش سـیگل[۳۴]، کولـز و سـور، والـش[۳۵]، اسـپکا و همـکاران[۳۸]؛ داهل و لوندگریـن[۳۹] و نیـز بـا پژوهش داوودی و نسـیمی‌فر[۳۰] همسـو اسـت. بـه عقیـده‌ی اکلسـتون و کرومبـز لازمـه‌ی احسـاس درد ایـن اسـت کـه توجـه افـراد بـه سـمت محـرک ناخوشـایندی در ذهـن فـرد رهنمـون شـود کـه در پـی آن اسـت کـه افـراد درد را احسـاس می‌کننـد. به‌عبـارت دیگـر بـه عقیـده ایـن محققیـن وجـود درد نیـز نیـاز بـه هوشـیاری و آگاهـی از درد دارد کـه در طـی آن درد ادراک و ایجـاد می‌شـود. بـا توجـه بـه ویژگی‌هـای بهوشـیاری، حضـور در لحظـه حـال و همچنیـن توجـه کـردن بـه زمـان حـال در کاهـش ادراک درد موثـر خواهـد بـود. چـرا کـه بـدون قضـاوت منفـی فـرد مشـکلات کمتـری را احسـاس خواهـد کـرد.

ذهـن آگاهـی شـامل یـک آگاهـی پذیـرا و عـاری از قضـاوت از وقایـع جـاری می‌باشـد. افـراد ذهـن آگاه واقعیـات درونـی و بیرونـی را آزادانـه و بـدون تحریـف درک می‌کننـد و توانایـی زیـادی در رویارویـی بـا دامنـه گسـترده‌ای از تفکـرات، هیجانـات و تجربه‌هـا (اعـم از خوشـایند و ناخوشـایند) دارنـد. ذهـن آگاهـی بـا آرامـش ذهنـی و روانشـناختی و سـلامت روانـی رابطـه مثبـت دارد در حالـی کـه خودآگاهـی بـا میـزان پاییـن آرامـش روانشـناختی مرتبـط اسـت[۳۵]. کاهـش اسـترس ناشـی از اسـتفاده از روش ذهـن آگاهـی موفقیت‌هایـی در زمینـه درمـان نشـانگان جسـمی و روانـی افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن و بهبـودی قابـل توجـه در کیفیـت زندگـی، نشـانگان اسـترس و کیفیـت خـواب بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان سـینه و پروسـتات نشـان داده اسـت[۳۶].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

کابات زین[۳۱] پیشنهاد می‌کند که در مراقبه و نشستن‌های طولانی مدت و بدون حرکت، روی حسهای درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنشهای هیجانی به این دردها، فقط نظاره‌گر باشند. وی یادآوری می‌کند که این مشاهده‌گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به وسیله درد فراخوانی شده اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی، توانایی مراجعان برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزاش می‌دهد و آنها را برای مقابله مؤثر قادر می‌سازد. همچنین مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به درد مزمن نیز معنادار بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش تولایی و همکاران[۱۸] همسو است. آنها عقیده دارند که وجود طرحواره‌هاست که منجر به سردرد میگرنی در افراد می‌شود، همچنین آن‌ها عقیده دارند که طرحواره درمانی افراد منجر به کاهش این درد در افراد خواهد شد. به‌علاوه، از جمله یافته‌های مهم این پژوهش آن بود که متغیر بهوشیاری زمینه‌ای، در روابط بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درد مزمن، نقش میانجی‌گری دارد. این یافته تأییدی بر این نکته است که بیمارانی که دارای طرحواره‌های هوشیاری بیش از حد و بازداری هستند، دارای بهوشیاری بیشتری نسبت به افراد عادی هستند[۱۲]، درنتیجه این افراد در صورت وجود درد، شدت آن را بیشتر احساس می‌کنند[۳۷].

نتیجه گیری

به‌طور خلاصه، این پژوهش بینش عمیقی را در مورد فعل و انفعال در بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بهوشیاری زمینه‌ای و درد در افراد مبتلا به درد مزمن به وجود می‌آورد، به این معنا که مکانیزم و نحوه تأثیرگذاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر بهوشیاری زمینه‌ای و اثرات غیرمستقیم آن بر درد دانشجویان را تفهیم می‌کند و این می‌تواند برای پرستاران، متخصصین بی‌هوشی، و به‌طورکلی برای کسانی که با بیمار سروکار دارند کاربرد فراوانی در مواجهه با مشکلات درد آن‌ها داشته باشد.

این یافته‌ها، ساختار رابطه‌ی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درد را که در پژوهش‌های دیگر ارائه نشده است را برجسته می‌کند. این پژوهش با به‌کارگیری افراد مبتلا به درد مزمن شواهدی برای اعتبار خارجی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و درد با نقش میانجیگری بهوشیاری زمینه‌ای فراهم می‌آورد. اگر چه باید به چند محدودیت مهم در این پژوهش اشاره‌کنیم. اول اینکه، همه‌ی داده‌های این پژوهش به‌صورت خود گزارش‌دهی جمع‌آوری شدند، یکی از بزرگ‌ترین مشکلات این شیوه‌ی جمع‌آوری در کنترل تأثیر مطلوبیت اجتماعی نهفته است. به‌عنوان‌مثال در طول پاسخ‌دهی، آزمودنی‌ها گزینه‌ای که بهتر آن‌ها را جلوه می‌دهد را انتخاب کنند تا گزینه‌ای که به‌طور صحیح وضعیت فعلی آن‌ها را توصیف می‌کند. این خود منجر به کاهش کارایی ابزار اندازه‌گیری می‌شود. استفاده از شیوه‌های ارزیابی چندگانه برای غلبه بر این مشکل نیز پیشنهاد می‌شود.دوم، این مطالعه بر پایه نمونه‌ی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد قم صورت گرفته است که قابلیت تعمیم‌دهی نتایج را محدود می‌کند.انجام مطالعه‌ای در نمونه‌های دیگر و بر روی هر دو جنس نیز می‌تواند گامی در جهت حل این موضوع باشد. سرانجام، در این پژوهش روابط بین متغیرها توصیف شده است و روابط علی بین متغیرها به دست نیامده است، از این‌رو انجام مطالعه آزمایشی بینش عمیق‌تری در رابطه‌ی بین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بهوشیاری زمینه‌ای و درد به وجود می‌آورد، به‌این ترتیب که با درمان مبتنی بر طرحواره در دو گروه آزمایش و کنترل اثرات آن بر درد را مشاهده کنیم.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند که از تمامی دانشجویان شرکت کننده در پژوهش حاضر که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده اند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

References

1. IASP: Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP (1979) Subcommittee on Taxonomy. Pain 6: 249.
2. McCaffery, M (1979) Nursing Management of the Patient with Pain. J.P. Lippincott, Philadelphia.
3. Cepeda MS, Carr DB (2003) Women experience more pain and require more morphine than men to achieve a similar degree of analgesia. AnesthAnalg 97: 1464-1468.
4. Dahl J, Kehlet H (2006) Postoperative pain and its management. In McMahon SB, Koltzenburg M (edit) Wall and Melzack's Textbook of Pain (5thedn), Churchill Livingstone.
5. Ready LB & Edwards WT (1992) Management of Acute Pain: a Practical Guide. Taskforce on Acute Pain. Seattle, IASP Publications
6. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic pain disorder among adults: A review of the literature. Pain 1998;77(3): 231-239.
7. Asghari Moghadam MA, Karami B, Sadrieh R. The prevalence of lifetime pain and chronic pain in two small cities in IRAN. Journal of psychology 2002;6(1): 30-51.
8. Asghari Moghadam MA. The prevalence rate of choronic pain and some of its associations among the employees of a big industrial company in Tehran. Daneshvar Raftar (2004);11(4): 1-14.
9. Beck, J (1995) Terapia cognitive. New York: Guilford Press.
10. Young, J. Cognitive Therapy for personality disorders: A Schema -focused approach (3ª Ed.). Sarasota, Florida: Professional Resource Press. (1999).
11. Restrepo JE. Psychopathology and Epistemology. RevistaColombiana de Psiquiatría. 2007 Mar; 36(1):123-44.
12. Young, J.E., Klosko, J.S. &Weishaar, M.E. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press. (2003).
13. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2010 Dec 31; 41(4):373-80.
14. Waller G, Kennerley H, Ohanian V. Schema-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders.
15. Riso W. TerapiaCognitiva. Fundamentosteóricos y conceptualizacióndelcasoclínico. Editorial Norma; 2006.
16. Jovev M, Jackson HJ. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. Journal of Personality Disorders. 2004 Oct 1;18(5):467.
17. Hedley LM, Hoffart A, Sexton H. Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2001 Jan 1;15(2):131-42.
18. Tavallaii1, A. Naderi, Z. Rezaiemaram. P. Tavallaii, V.babamohamadi. Z, Aghaie, M (2015). The relationship between early maladaptive schemas and three dimensions of headache impact in Iranian outpatients with chronic migraine without aura.Int J BehavSci Vol.9, No.3, Autumn 2015.
19. Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003), "Thebenefits of being present: Mindfulnessand its role in psychological wellbeing",Journal of personality andSocial psychology, 84, 822- 848.
20. Walsh, J.; Baliant, M. G.; Smolira S. J. D.R.; Fredericksen, L. K. & Madsen, S.(2009), "Predicting individualdifferences in mindfulness: The roleof trait anxiety, attachment anxietyand attentional control", Personalityand Individual differences, 46,94- 99.
21. Kabat-Zinn, J. (2003), "Mindfulness - Based Interventions in context: Past, Present and Future", ClinicalPsychology: Science and practice, vol.10, no.2, 144-156.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

22. Leigh, L.; Bowen, S.; LanMarlatt, G. A.(2005), “Spirituality, mindfulness andsubstance abuse”, Addictive Behaviors, 30.1335-1341.
23. Emanuel, A. S.; Updegraff, J. A.;Kalmbach, A. D.; Ciesla, J. A. (2010),”The role of mindfulness facets inaffective forecasting”, Personality andIndividual differences, 49.815-818.
24. Siegel, R. D. (2010), The mindfulness Solution (every day practices for everyday problems, New York:Guilford.
25. Kols, N.; Sauer, S.; Walach, H. (2009),”Facet of mindfulness – Results of anonline study investigating the Freiburgmindfulness inventory”, Personality andIndividual differences, 46. 224-230.
26. Walker, L.; Colosimo, K. (2011),”Mindfulness, self-compassion andhappiness in non- meditators: Atheoretical and empirical examination”, Personality and Individual Differencess, 50. 222-227.
27. Zeidan, F.; Gordon, N. S.; Merchant, J.; Goolkasian, Paula. (2010), “The effectof brief mindfulness meditationtraining on experimentally inducedPain”, The Journal of Pain, vol.11, No. 3, 199-209.
28. Speca, M.; Carlson, L. E.; MacKenzie, M.J.; Angen, M. (2006), Mindfulness - Based Stress Reduction (MBSR) as anIntervention for Cancer Patients InBaer, R. Mindfulness-Based TreatmentApproaches. SanDiego : Elsevier.Treatment of Chronic Pain in Baer, R.Mindfulness-Based TreatmentApproaches, San Diego: Elsevier.
29. Dahl, J. & Lundgren, T. (2006), Acceptance and Commitment Therapy (ACT).
30. Davoudi, I. Nasimi far, N. (2012). The effectiveness of mindfulness-based stress reductionandpain reliefBids disaster straw and coping strategies in women with chronic pain and musculoskeletal. Journal of new findings in psychology. No,22.45-62.
31. Bidadian M, Bahramizadeh H, Poursharifi H. Obesity and quality of life: the role of early maladaptive schemas. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011 Dec 31;30:993-8
32. Shorey RC, Elmquist J, Wolford-Clevenger C, Gawrysiak MJ, Anderson S, Stuart GL. The relationship between dispositional mindfulness, borderline personality features, and suicidal ideation in a sample of women in residential substance use treatment. Psychiatry research. 2016 Apr 30; 238:122-8.
33. Kachooei AR, Ebrahimzadeh MH, Erfani-Sayyar R, Salehi M, Salimi E, Razi S. Short Form-McGill Pain Questionnaire-2 (SF-MPQ-2): a cross-cultural adaptation and validation study of the Persian Version in Patients with Knee Osteoarthritis. Archives of bone and joint surgery. 2015 Jan;3(1):45.
34. Shorey, R.C., Brasfield, H., Anderson, S. et al. Mindfulness (2015) 6: 348. doi:10.1007/s12671-013-0268-9
35. Nejati, V. (2010). Relationship between mindfulness and executive performance among blind veterans. Journal of veteran medicine. 44-48.
36. Sajadian A, Neshat doust H, Molavi H, Maroufi M (2008). The effects of mindfulness training on the symptoms of obsessive-compulsive disorder in Isfahan women. University of Psychology and Educational Studies ferdowsi.128-140.
37. Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: A cognitive–affective model of the interruptive function of pain. Psychological bulletin. 1999 May; 125(3):356.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

Journal of Anesthesiology and Pain Summer 2017, Vol 7, NO 4

Structural equation modeling of chronic pain determinants: The role of early maladaptive schema and dispositional mindfulness

Rasoul Heshmati[1], Nasrin Zamanizad*[2], Mohamad Setayeshi[3]

1. *Assistant professor of Health Psychology, Faculty of psychology, Tabriz university, Tabriz*
2. *MSc in general Psychology, Faculty of psychology, Tabriz University, Tabriz*
3. *MSc in Training Psychology, faculty of psychology, Tabriz Universitt, Tabriz*

ABSTRACT

Aim and Background: Studies indicate that chronic pain is a comprehensive medical complaint,in a way that many adults are engaged in this process. Thus in this study the aim was to examine the structural relationship of early maladaptive schemas and pain with the mediating role of mindfulness in university students.

Methods and Materials: The participants included 201 undergraduate students who were chosen by multistage cluster sampling method. Young early maladaptive schema scale, FFMQ, and Mac-Gill pain Questionnaire were administered. Structural equation modeling (SEM) and Bootstrap tests were conducted to explore direct and indirect pathways of study's model, respectively.

Findings: Results showed that early maladaptive schemas and pain are antecedents and consequences of mindfulness in students,respectively. The results indicate that mindfulness has a significant mediating role on the relationship between early maladaptive schemas and pain. The tested model is a fit model to explain university students' pain.

Conclusions: The results showed that early maladaptive schemas and dispositional mindfulness are the main determinants of chronic pain.

Keywords: Early maladaptive schemas, Mindfulness, Pain

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

Please cite this paper as:
Zamani zad N, Heshmati R, Setayeshi M. [Structural equation modeling of chronic pain determinants: The role of early maladaptive schema and dispositional mindfulness (Persian)]. J Anesth Pain 2017;7(4):34-44.

Corresponding Author: Nasrin Zamanizad, MSc in general Psychology, Faculty of psychology, Tabriz University, Tabriz.
Email: nasrin.z2013@yahoo.com