



Mood/Anxiety Symptoms and Emotional Schemas in the Model of Quality of Spiritual Life of Patients with Chronic Low Back Pain Mediated by Role of Multidimensional Perfectionism Cognitions

Faranak Ardalani Farsa¹ , Fatemeh shahabizadeh^{2*} , Masoud Hashemi³, Payman Dadkhah⁴

1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, PHD, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
3. Associate Professor of Anesthesiology Pain fellowship, M.D, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. Anesthesiology Pain fellowship, M.D, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Assistant Professor of Anesthesiology, Fellowship in Pain Management, M.D, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. Anesthesiology Pain fellowship, M.D, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Quality of spiritual life is influenced by emotional structures, cognitive and motivational factors, so the present study aims to provide a conceptual model of quality of spiritual life based on symptoms and emotional schemas with the mediation of perfectionist cognitions of patients with chronic pain.

Materials and Methods: This study was a descriptive correlational study. The statistical population included all men and women (30-50 aged) with chronic low back pain referred to pain clinics in Akhtar, Labbafinejad and Imam Hossein (AS) hospitals in Tehran during the year 99-98. The sample included 400 people according to the inclusion criteria. The instruments used in this study are: Mood/Anxiety Symptoms Questionnaire, Short Form of Emotional Schemas, Perfectionist Structures, Short Form Spiritual Quality of Life. Data were analyzed by SPSS25 and LISREL 8.8 software programs by structural equation modeling.

Results: The results showed that the direct path of mood/anxiety Symptoms to increased Emotional Schemas ($p < 0.05$), and direct path of Emotional Schemas to increased Perfectionism Cognitions ($p < 0.05$), was significant. Also, indicated that the indirect path mood/anxiety Symptoms to Spiritual Quality of Life through Emotional Schemas and Perfectionism Cognitions was significant ($p < 0.01$)

Conclusion: The findings of this study support the mediating role of Perfectionism Cognitions in the relationship between emotional Symptoms and Emotional Schemas with Spiritual Quality of Life, so the development of therapeutic interventions based on reduced emotional schemas and perfectionism can be useful in improving the quality of spiritual life of patients with chronic pain.

Key words: Mood/anxiety symptoms, emotional schemas, quality of spiritual life, Multidimensional cognitions of perfectionism

► Please cite this paper as:

Ardalani Farsa F, shahabizadeh F, Hashemi M, Dadkhah P[Mood/Anxiety Symptoms and Emotional Schemas in the Model of Quality of Spiritual Life of Patients with Chronic Low Back Pain Mediated by Role of Multidimensional Perfectionism Cognitions(Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(3):115-128.

Corresponding Author: Fatemeh shahabizadeh, Associate Professor, Department of Psychology, PHD, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

Email: f_shahabizadeh@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

نشانه‌های خلقی / اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی در مدل کیفیت زندگی معنوی بیماران با کمر درد مزمن با میانجی‌گری ابعاد شناختی کمال‌گرایی

فرانک اردلانی فرسا^۱، فاطمه شهابی زاده^{۲*}، سید مسعود هاشمی^۳، پیمان دادخواه^۴

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
۳. دانشیار بیهوشی و درد، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. فلوشیپ بیهوشی و درد، دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استادیار بیهوشی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران. فلوشیپ مدیریت درد، دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی. تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۱۸

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی معنوی تحت تأثیر نشانه‌های هیجانی، شناختی و انگیزشی قرار می‌گیرد، لذا پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل مفهومی کیفیت زندگی معنوی بر اساس نشانه‌ها و طرحواره‌های هیجانی با میانجی‌گری ابعاد شناختی کمال‌گرایی بیماران با درد مزمن انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری عبارت از کلیه زنان و مردان (۳۰-۵۰) دارای کمردرد مزمن مراجعه کننده به کلینیک‌های درد در بیمارستان‌های اختر، لبافی‌نژاد و امام حسین(ع) شهر تهران در سال ۹۸-۹۹ بودند که تعداد ۴۰۰ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده عبارتند از: پرسشنامه نشانه‌های خلقی/اضطرابی، فرم کوتاه طرحواره‌های هیجانی، ابعاد شناختی کمال‌گرایی و کیفیت زندگی معنوی. داده‌ها با برنامه‌های نرم‌افزاری SPSS₂₅ و LISREL_{8/8} با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: مدل برازش‌یافته نشان داد، اثر مستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی بر افزایش طرحواره‌های هیجانی ($P < 0/05$) و اثر مستقیم طرحواره‌های هیجانی بر افزایش کمال‌گرایی ($P < 0/05$) معنی‌دار بدست آمد. همچنین اثر غیرمستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی از طریق افزایش طرحواره‌های هیجانی و ابعاد شناختی کمال‌گرایی بر کاهش کیفیت زندگی معنوی معنادار بدست آمد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه از میانجی‌گری ابعاد شناختی کمال‌گرایی در رابطه بین نشانه‌های هیجانی و طرحواره‌های هیجانی با کیفیت زندگی معنوی حمایت کرد. بنابراین تدوین مداخلات درمانی مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی در جهت کاهش طرحواره‌های هیجانی و کمال‌گرایی می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی معنوی بیماران مبتلا به درد مزمن مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: نشانه‌های خلقی/اضطرابی، طرحواره هیجانی، کیفیت زندگی معنوی، ابعاد شناختی کمال‌گرایی

نویسنده مسئول: فاطمه شهابی‌زاده، دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

پست الکترونیک: f_shahabizadeh@yahoo.com

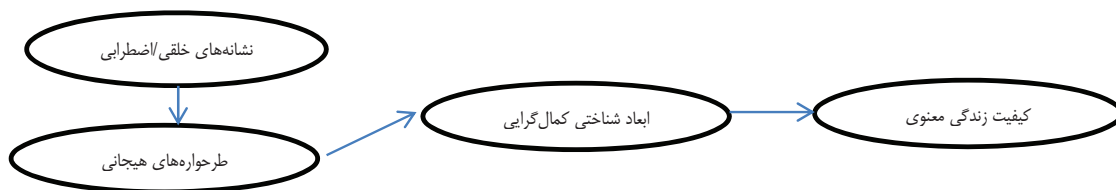
مقدمه

درد مزمن، زندگی را سخت و دشوار می‌کند و از سویی داروها در درمان آن خیلی تأثیرگذار نیستند^(۱). پژوهش‌های انجام شده در ایران، شیوع درد مزمن مستمر را در جمعیت عمومی بزرگسال (۶۵-۱۸ سال) از ۹ تا ۲۱ درصد گزارش کرده‌اند. در یک بررسی سیستماتیک در ایران، میزان شیوع کمر درد در طی یکسال در ۲۴ مقاله با حجم نمونه ۳۹۰۳۹ نفر، ۵۱/۶ درصد بود و شیوع کمر درد در گروه سنی بیشتر از ۲۴ سال با میانگین ۵۵/۲ درصد بیشترین میزان را به خود اختصاص داد^(۲). در بیماران دارای درد مزمن، بیماری‌ها و درد از جمله عوامل مهمی هستند که کیفیت زندگی را متأثر می‌سازند^(۳). کیفیت زندگی، یک مفهوم پویا و چندبعدی بوده و شامل جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی مرتبط با یک بیماری و یا درمان آن است و بخشی از کیفیت زندگی، بعد معنوی آن است و اهمیت معنویت و نگرانی‌های وجودی در ارتباط با کیفیت زندگی و سلامت روان به اثبات رسیده است^(۴) و اکثریت قریب به اتفاق مطالعات، حاکی از تأثیر مثبت معنویت در کیفیت زندگی افراد است^(۵). کیفیت زندگی معنوی به معنای جنبه‌های کیفی زندگی است که مرتبط با معنویت، مذهبی بودن و اعتقادات شخصی را نیز پوشش می‌دهد و مؤلفه‌های روانی ارتباط با خدا، قدرت معنوی، ایمان، معنای زندگی، یکپارچگی و کلیت، صلح و آرامش، امید و خوش بینی و بیم را در بر می‌گیرد^(۶). مطالعات نشان داده است سطح بالایی از معنویت به بیماران در کاهش رنج کمک می‌کند^(۷) و از نظر بعضی بیماران، درد مزمن فرصتی برای رشد انسانی و معنوی است^(۸). همچنین، معنویت‌دینداری برای بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌برند به طور مستقیم بر راهکارهای مقابله و کنترل درد تأثیر می‌گذارد و به طور غیرمستقیم از طریق تأثیر بر افسردگی و اضطراب، وضعیت دردناک را بهبود می‌بخشد^(۹). نقش معنویت در چگونگی ادراک روانی درد غیرقابل اجتناب است، نتایج نشان داده است که معنویت با کاهش درد همراه است و ممکن است به عنوان یک عامل محافظ در برابر کاهش سطح کلی کیفی زندگی فرد، به ویژه حوزه‌های اجتماعی، عاطفی و عملکردی در بیماران با درد

مزمن خود را نشان دهد^(۱۰). لذا این پژوهش به شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی معنوی در بیماران با درد مزمن پرداخت چرا که اندازه‌گیری کیفیت زندگی، اطلاعات مهمی را در زمینه‌ی شناسایی عوامل تأثیرگذار در بیماری یا مداخلات پزشکی از دیدگاه بیماران فراهم می‌کند^(۱۱).

درد دارای دو بُعد حسی و عاطفی (هیجانی) است^(۱۲) و بیشتر مربوط به استرس عاطفی و آگاهی عاطفی محدود است^(۱۳). بیماران مبتلا به درد مزمن نیز معمولاً هیجانات منفی و پریشانی عاطفی، افسردگی، آشفتگی در روابط بین فردی و کاهش کارکردهای روانشناختی را تجربه می‌کنند که می‌تواند اثر منفی بر درمان‌های جسمانی داشته^(۱۴) و سبب کاهش کیفیت زندگی بیماران و مراقبان آنان شود^(۱۵،۱۶). لذا با توجه به اهمیت بالقوه بعد عاطفی در ادراک درد، سازه هیجانات در تئوری و عمل نیز باید در مدل‌های شناختی-رفتاری پایدار ادغام شود^(۱۷). بنابراین، در این پژوهش حاضر سعی بر این بود که نقش نشانه‌های هیجانی و خلقی/اضطرابی و فراشناختی هیجان (طرحواره‌های هیجانی) در بیماران با درد مزمن و در یک مدل علی، ارتباط آن را با کیفیت زندگی بررسی گردد. در مدل شناختی فرض بر این است که ارزیابی موقعیت و فرایندهای شناختی، تبیین کننده هیجان است و هیجان می‌تواند ناشی از ارزیابی شناختی باشد. این پژوهش‌ها و الگوها به طور کلی دریافته‌اند تجارب هیجانی برآیند ساختارهای شناختی ناشی از ادراک موقعیت است^(۱۷). اما در مدل طرحواره هیجانی این رابطه معکوس است و اعتقاد بر این است هیجانات منفی بر فرایندهای شناختی در خصوص آن هیجانات تأثیر می‌گذارد، نظریه طرحواره براین باور است که طرحواره‌ها خاستگاه آغازین پردازش است و افراد با توجه به طرحواره‌های هیجانی، در مفهوم‌سازی و استراتژی‌های خود در پاسخ به هیجانات تفاوت دارند^(۱۸). نتایج نیز نشان می‌دهد بحث هیجانات و ارزیابی هیجانی در قالب طرحواره‌های هیجانی و پژوهش‌های این حیطه به صورت روزافزون افزایش یافته و می‌تواند شروع به ساخت چارچوب تئوریک جهانی‌تر طرح‌های هیجانی کند^(۱۹). بنابراین از آنجایی که طرحواره‌های هیجانی (ارزیابی شناختی

و امنیت (سیستم تسکین^(۲۵)، کمالگرایی نیز یک سیستم تنظیمی انگیزشی هیجان است^(۲۶)، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کمال‌گرایی با سطح پایینی از رضایت از زندگی^(۲۷) مرتبط است. افزون بر این شدت اختلال درد مزمن نیز با کاهش کیفیت زندگی فرد مرتبط است^(۲۸،۲۹) و در مطالعات متعددی نقش کمال‌گرایی در شدت ادراک درد تایید شده است^(۲۹). در مجموع سیستم‌های تنظیم هیجانی به عنوان میانجی مؤثر بر سلامت معنوی و کیفیت زندگی است^(۳۴) و نکته قابل تأمل نقش آسیب‌پذیری سیستم انگیزشی بدتنظیمی هیجان (کمال‌گرایی) بر کیفیت زندگی معنوی است که در مطالعه مذکور به آن توجه نشده است، حال آنکه در مطالعه حاضر نقش کمال‌گرایی به عنوان سیستم انگیزشی تنظیم هیجان با توجه به مدل فراشناخت هیجانی در کیفیت زندگی معنوی بیماران با درد مزمن بررسی شد. 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 طرح فراشناختی هیجانات بتواند مؤثر باشد. لذا این سوال مطرح شد که آیا مدل مفهومی رابطه نشانه‌ها و طرحواره‌های هیجانی با کیفیت زندگی معنوی از طریق متغیر کمال‌گرایی از برآزش لازم برخوردار است؟



شکل ۱: مدل مفومی نشانه‌ها و طرحواره‌های هیجانی بر کیفیت زندگی معنوی با میانجی‌گری ابعاد شناختی کمال‌گرایی

در ماه‌های اسفند ۱۳۹۸ تا شهریور ۱۳۹۹ تشکیل داد. 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 پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش کمترین مجذورات استاندارد مناسب می‌باشد

هیجانات منفی) می‌تواند در شکل‌گیری بیماری و تداوم آن تأثیر چشمگیری داشته باشد^(۳۰)، در این پژوهش مدل طرحواره‌های هیجانی در بیماران با درد مزمن آزمون شد، یعنی اثر مستقیم هیجانات منفی و غیرمستقیم آن از طریق طرحواره‌های هیجانی بر کیفیت زندگی معنوی بیماران با درد مزمن بررسی شد. یافته‌ها نشان داده است طرحواره‌های هیجانی منفی^(۳۱) و سبک‌های فراشناختی هیجان بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند^(۳۲) و آن نقش کلیدی در سازگاری بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن ایفا می‌کند که می‌تواند کیفیت زندگی را متأثر سازد^(۳۳)، افزون بر آن نتایج نیز نشان داده‌اند معنویت و زمینه‌های کیفیت زندگی به طور بالقوه تحت تأثیر تنظیم هیجانی قرار می‌گیرند^(۳۴).

لذا مساله قابل تأمل چگونه تأثیر پیامد طرحواره‌های هیجانی بر کیفیت زندگی است، یعنی آیا طرحواره‌های هیجانی می‌تواند سیستم‌های تنظیم هیجانی چون سیستم انگیزشی را نیز تحت تأثیر قرار دهد؟ پژوهشگران در تحقیقات خود، مدلی را ارائه کردند که نشان می‌دهد مغز حاوی حداقل سه سیستم عمده تنظیم هیجان شامل؛ سیستم تهدید و حفاظت از خود (سیستم دفاعی)، سیستم برانگیختگی، جستجوی منبع و مشوق (سیستم انگیزشی) و سیستم تسکین دهنده، رضایت

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی بود. در این پژوهش جامعه آماری آن را کلیه زنان و مردان (۳۰-۵۰ ساله) دارای کم‌درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک‌های درد در بیمارستان‌های اختر، لباقی‌نژاد و امام‌حسین(ع) شهر تهران

پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره‌های هیجانی، پرسشنامه ابعاد شناختی کمال‌گرایی، پرسشنامه کیفیت زندگی معنوی استفاده شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها اطلاعات و داده‌ها به صورت کد وارد برنامه نرم‌افزاری SPSS25 شد و با کمک نرم‌افزار LISREL8/8 مدل رسم شد و مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه نشانه‌های خلقی/اضطرابی: این پرسشنامه توسط واردنر، وان ون، گیلتهای، دی برس، پنیکس و زیتمن در سال ۲۰۱۰ ساخته شد و دارای ۳۰ سوال است و دارای سه عامل اصلی پریشانی کلی، فقدان لذت و برانگیختگی اضطرابی است که در یک لیکرت پنج درجه‌ای از به هیچ وجه^(۱) تا بسیار زیاد^(۵) قرار می‌گیرد و همسانی درونی آن نیز ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ بدست آمد^(۳۲). در ایران این ابزار توسط ایزدی دهنوی و همکاران^(۳۳) با روش روایی همگرا و تحلیل عامل هنجار گردیده است پایایی آن نیز ۰/۹۱ گزارش شده است. در مطالعه حاضر 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 نیز به ترتیب برابر ۰/۹، ۰/۹۳، ۰/۹۲ 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 ۰/۰۵ ($P=0/06$) غیر معنادار شد و ریشه دوم واریانس خطای تقریب نیز برابر ۰/۰۷ شد که بیانگر برازش مناسب مدل است.

پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره‌های هیجانی: این پرسشنامه توسط جانگ هو، هجای جی، ناهیان، هان، دونگ جی و کی هونگ در سال ۲۰۱۹ ساخته شد. این ابزار از روی پرسشنامه ۲۸ سوالی مسکووچینکو، یالتونسکی و کوچیتکو که در سال ۲۰۱۶ ساخته شده بود، طراحی شد^(۳۴). فرم کوتاه ۱۰ سوالی، با لیکرت شش درجه‌ای با روش تحلیل عامل اکتشافی و تاییدی بررسی و دو عامل ارزیابی منفی احساسات و واکنش شناختی منفی به هیجان مشخص گردید. آلفای کرونباخ در فرم ۱۰ سوالی ۰/۸۹۳ و همبستگی بین دو پرسشنامه ۲۸ سوالی و ۱۰ سوالی ۰/۹۳۳ گزارش شده است^(۳۴). در مطالعه حاضر میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲۹

و چون مدل‌یابی 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^(۳۱). به هر حال در مدل حاضر مجموع نشانگرهایی که در ماتریس همبستگی وارد می‌شوند، ۱۵ متغیر است، لذا حجم نمونه مناسب با احتمال ریزش ۵ درصدی ۴۰۰ نفر مناسب بود. البته در مدل تحلیل عاملی تاییدی به ازای هر ۲ یا ۴ عامل (متغیر مکنون) ۱۰۰ یا ۲۰۰ مورد نیز مناسب است^(۳۱). از آنجایی که مدل حاضر نیز از ۴ عامل تشکیل شده است ۴۰۰ نفر، حجم نمونه مناسبی می‌باشد. بنابراین حجم نمونه پژوهش حاضر، ۴۰۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل: ۱- سن بین ۳۰-۵۰ سال، ۲- علیرغم دریافت درمان حداقل ۶ ماه دارای کمردرد بودند و ۳- وجود و تشخیص کمردرد مزمن توسط پزشک (دارای پرونده پزشکی در کلینیک درد باشند).

با توجه به هماهنگی‌های به عمل آمده، پرونده بیماران بررسی و با توجه به ملاک‌های ورود، بیماران مشخص و بعد از تایید پزشک به محقق ارجاع داده می‌شد. سپس پرسشنامه‌ها در کلینک‌ها و درمانگاه‌های درد مستقر در بیمارستان‌های اختر، لبافی‌نژاد و امام حسین(ع) بین گروه نمونه توزیع و پس از پاسخگویی آنان جمع‌آوری گردید، این فرایند حدود ۷ ماه طول کشید.

در این مقاله کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی استان خراسان جنوبی با شماره و مشخصه IR.BUMS.REC.1399.180 انجام شد و نکات اخلاقی، از جمله شرکت بیماران با اختیار خود و اطلاع رسانی محرمانه بودن اطلاعات انجام و رعایت عدم هر گونه آسیب به آنها صورت گرفت و رضایت‌نامه 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 احتمال این وجود داشت که درگیر خستگی ناشی از پر کردن پرسشنامه قرار بگیرند، نیمی از پرسشنامه‌ها قبل از ورود به دفتر دکتر و نیمی پس از معاینه پزشک، توسط بیماران پر گردید.

در این پژوهش از پرسشنامه‌های نشانه‌های خلقی/اضطرابی،

نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد شاخص برازندگی نرمال، شاخص برازندگی افزایشی و شاخص برازندگی تعدیل شده به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۹۴، ۰/۹ بدست آمد. افزون بر آن نسبت مجذور کای (۶۰۶/۷۷) به درجه آزادی (۳۹۴) نیز عدد کمتر از ۲ را نشان داد و در سطح ۰/۰۵ (P=۰/۱۴) غیر معنادار شد و ریشه دوم واریانس خطای تقریب نیز برابر ۰/۰۴ شد که بیانگر برازش مناسب مدل است.

داده‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی (سن، جنسیت و تحصیلات) و استنباطی انجام شد. افزون بر آن جهت بررسی مفروضه‌ها، از ماتریس همبستگی و جهت برازش مدل، از روش مدلیابی معادلات ساختاری از طریق نرم‌افزار SPSS 25 و LISREL 8 استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج جمعیت شناختی نشان داد ۱۷۲ نفر (۴۳ درصد) از آزمودنی‌ها مرد و ۲۲۸ نفر زن (۵۷ درصد) بودند و کمترین میزان تحصیلات متعلق به تحصیلات زیر دیپلم با ۲۳ نفر (۵/۸ درصد)، دیپلم ۱۰۴ نفر (۲۶ درصد)، کارشناسی ۸۴ نفر (۲۱ درصد)، کارشناسی ارشد ۴۸ نفر (۱۲ درصد)، و بیشترین میزان تحصیلات مربوط به مقطع کاردانی با ۱۳۴ نفر (۳۳/۵ درصد) بود. بیشتر آزمودنی‌ها در سنین ۴۶-۵۰ سال با ۱۳۷ نفر (۴۳/۲۵ درصد)، سنین ۴۱-۴۵ سال با ۸۵ نفر (۲۱/۲۵ درصد)، سنین ۳۵-۳۰ سال با ۱۰۳ نفر (۲۵/۷۵ درصد) و کمترین آزمودنی‌ها در رده سنی ۳۶-۴۰ سال (۱۸/۷۵ درصد) را شامل شد. بر پایه مدل‌یابی، مفروضه‌های معادلات ساختاری در مدل مورد مطالعه بررسی شد. الف) طبق گفته هومن^(۳۱) اگر تعداد طبقه‌های رتبه‌ای ۵ یا بیشتر باشد، احتمالاً می‌توان با آنها (البته با کمی خطا) مانند داده‌های فاصله‌ای رفتار کرد. ب) به گونه کلی یکسان نبودن پراکندگی رگرسیون‌های چند متغیری مدل‌های لیزرل را ناروا نمی‌سازد،^(۳۱) از طرفی با توجه به اینکه حجم نمونه مطالعه حاضر تا حدی بزرگ می‌باشد می‌توان به برقراری این مفروضه اطمینان کرد. پ) بنا بر نظر بسیاری از صاحب نظران^(۳۱) همبستگی‌های بالاتر از ۰/۸ بین متغیرهای برون‌زا

محاسبه گردید و روایی تحلیل عاملی تاییدی مورد بررسی قرار گرفت و عامل‌های آن تایید شد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نشان داد شاخص برازندگی تطبیقی، شاخص برازندگی نرمال، شاخص برازندگی افزایشی و شاخص برازندگی تعدیل شده به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۹۹، ۰/۹۷ بدست آمد. افزون بر آن نسبت مجذور کای (۲۰/۰۶) به درجه آزادی (۱۷) نیز عدد کمتر از ۲ را نشان داد و در سطح ۰/۰۵ (P=۰/۲۷) غیر معنادار شد و ریشه دوم واریانس خطای تقریب نیز برابر ۰/۰۲ شد که بیانگر برازش مناسب مدل است.

پرسشنامه ابعاد شناختی کمال‌گرایی: این پرسشنامه ابزار توسط استوبر، کوبوری و تانو در سال ۲۰۱۰ ساخته شد که با لیکرت چهار درجه‌ای پاسخ داده می‌شود و دارای ۱۵ سوال و سه زیر مقیاس تلاش برای کمال، نگرانی از اشتباه و استانداردهای بالای فردی است و تحلیل عاملی ساختار ۳ عاملی آن را تایید کرد و پایایی آن نیز با آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد^(۳۷). تحلیل عاملی اکتشافی این ابزار در ایران بر روی پرستاران تایید شد و میزان آلفا کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد^(۳۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۶۱۳ محاسبه شد و روایی تحلیل عاملی تاییدی ساختار سه عاملی نشان داد و شاخص برازندگی نرمال، شاخص برازندگی افزایشی و شاخص برازندگی تعدیل شده به ترتیب برابر ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۷ بدست آمد. افزون بر آن نسبت مجذور کای (۷۱/۰۷) به درجه آزادی (۳۵) نیز عدد کمتر از ۲ را نشان داد و در سطح ۰/۰۵ (P=۰/۰۷) غیر معنادار شد و ریشه دوم واریانس خطای تقریب نیز برابر ۰/۰۶ شد که بیانگر برازش مناسب مدل است.

پرسشنامه کیفیت زندگی معنوی: کاراگلو، برینگتون، هینینگ، پی و چای در سال ۲۰۱۵ مقیاس ۳۲ سوالی با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای را طراحی کردند. این مقیاس دارای مؤلفه‌های روانی ارتباط با خدا، قدرت معنوی، ایمان، معنای زندگی، یکپارچگی و کلیت، صلح و آرامش، امید و خوشبینی و بیم است^(۶). این پرسشنامه به فارسی سپس متن فارسی به انگلیسی ترجمه و بعد از مقایسه و اعمال اصلاحات، در یک نمونه اولیه آلفای کرونباخ آن محاسبه گردید. میزان آلفای آن در این پژوهش ۰/۵۴۷۶ به دست آمد. در نمونه اصلی

نشان دهنده هم خطی بودن چند گانه است. نتایج حاصل از بیانگر تایید مفروضه مذکور است. لازم به ذکر است میانگین ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ و انحراف استاندارد در جدول ۱، گزارش شده است.

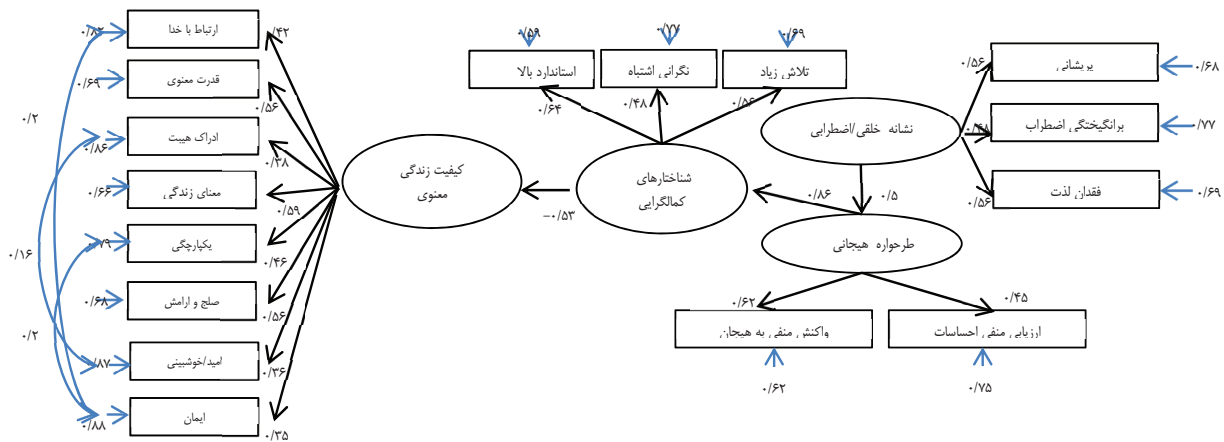
جدول ۱: ماتریس همبستگی و میانگین و انحراف استاندارد نشانه‌های هیجانی، طرحواره‌های هیجانی، ابعاد شناختی کمال گرایی، کیفیت زندگی معنوی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
نشانه خلقی اضطرابی	۱. پریشانی															
	۲. برانگیختگی	۰/۴۲°														
	۳. فقدان لذت	۰/۳۱°	۰/۲۸°													
طرحواره هیجانی	۴. ارزیابی هیجان	۰/۰۹	۰/۱۳°	۰/۱۹°												
	۵. واکنش به هیجان	۰/۲۱°	۰/۱۹°	۰/۲۴°	۰/۳۵°											
کمالگرایی	۶. تلاش بالا	۰/۰۴	۰/۱۱°	۰/۱۴°	۰/۳۸°	۰/۳۸°										
	۷. استاندارد بالا	۰/۱۹°	۰/۲۳°	۰/۱۸°	۰/۲۳°	۰/۳۱°	۰/۳۵°									
	۸. نگرانی اشتباه	۰/۱۵°	۰/۱۲°	۰/۱۲°	۰/۲۹°	۰/۲۷°	۰/۳۷°	۰/۱۲°								
	۹. ارتباط با خدا	۰/۰۱°	۰/۱۳°	۰/۰۲°	۰/۱۳°	۰/۱۵°	۰/۱۴°	۰/۱۲°	۰/۰۷°							
کیفیت زندگی معنوی	۱۰. قدرت معنوی	۰/۰۱°	۰/۰۹°	۰/۱۵°	۰/۲۳°	۰/۱۷°	۰/۲۴°	۰/۰۸°	۰/۰۲°							
	۱۱. هیبت و احترام	۰/۰۲°	۰/۱۳°	۰/۰۵°	۰/۱۳°	۰/۲۴°	۰/۱۲°	۰/۱۶°	۰/۱۱°	۰/۲۲°						
	۱۲. معنا	۰/۰۶°	۰/۱۴°	۰/۰۳°	۰/۱°	۰/۱۴°	۰/۱°	۰/۱۸°	۰/۰۲°	۰/۲۵°	۰/۲۲°					
	۱۳. یکپارچگی	۰/۰۶°	۰/۰۱°	۰/۰۹°	۰/۱۶°	۰/۱۸°	۰/۰۹°	۰/۱۴°	۰/۰۱°	۰/۳۱°	۰/۲۰°	۰/۱۳°				
	۱۴. آرامش	۰/۰۹°	۰/۰۵°	۰/۰۲°	۰/۱۴°	۰/۱۹°	۰/۲۲°	۰/۱۲°	۰/۰۸°	۰/۲۴°	۰/۲۷°	۰/۱۴°	۰/۲۶°			
	۱۵. امید	۰/۰۳۵°	۰/۰۲۸°	۰/۰۹°	۰/۱۹°	۰/۳۱°	۰/۱۶°	۰/۲°	۰/۱۷°	۰/۰۶°	۰/۲۰°	۰/۳۱°	۰/۱۷°	۰/۱۳°	۰/۱۱°	
۱۶. ایمان	۰/۰۴°	۰/۰۱۵°	۰/۰۵°	۰/۱۷°	۰/۱۸°	۰/۱۶°	۰/۰۵°	۰/۰۱°	۰/۳۸°	۰/۱۳°	۰/۰۵°	۰/۱۸°	۰/۳۸°	۰/۲۹°	۰/۰۵°	
میانگین	۲۳/۹۷	۲۵/۰۹	۲۲/۴۹	۱۳/۱۲	۱۵/۰۳	۱۳/۷۱	۱۴/۲۴	۱۰/۱۰	۱۵/۶۴	۱۳/۵۲	۱۳/۳۷	۱۱/۱۷	۱۵/۱۹	۱۳/۲۰	۹/۹۰	۱۶/۲
انحراف استاندارد	۲/۷۹	۲/۶۳	۲/۳۶	۲/۵۵	۲/۳۷	۲/۰۲	۱/۸	۱/۵۹	۲/۱۵	۱/۸۳	۱/۷۶	۲/۳۸	۲/۲۵	۱/۸۴	۲/۱۹	۱/۹۸

*در سطح ۰/۰۵ معنی دار است و ** در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. N=۴۰۰

شاخص‌های برزندگی تطبیقی، شاخص برزندگی نرمال، شاخص برزندگی تعدیل شده و شاخص برزندگی افزایشی به ترتیب برابر ۰/۹۸، ۰/۹۱، ۰/۹ و ۰/۸۹ است، می‌توان استنباط نمود مدل با داده‌ها برازش خوبی دارد. شاخص روایی متقاطع نیز ۰/۳۶ کمتر از مقدار مدل اشباع شده (۰/۴۴) بود که بیانگر تقریب معقولی در جامعه است. نسبت مجذور کای (۲۰۳/۱۰) به درجه آزادی (۹۶) نیز عدد کمتر از ۲ را نشان داد. افزون بر این ریشه دوم واریانس خطای تقریب ۰/۰۷۴ و مقدار مجذور کای نیز در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار شد که بیانگر برازش مناسب مدل است.

قابل ذکر است پس از مقایسه ماده‌های عامل بندی شده بر پایه تحلیل عاملی و مبانی نظری، برای هر عامل خرده مقیاس‌های آن به عنوان نشانگر در نظر گرفته شد. نتایج مدلیابی معادلات ساختاری در شکل ۲. برازش مدل مفهومی را نشان داد. لازم به ذکر است مسیرهای مستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی به کیفیت زندگی معنوی نیز همانند مدل مفهومی (شکل ۱) غیر معنی دار بود که در مدل نیز نمایش داده نشد. بر اساس شاخص‌های پیشنهادی مدل، خطای مشترک بین ماده‌های کیفیت زندگی معنوی آزاد شد. چون



شکل ۲: ضرایب استاندارد شده مدل کیفیت زندگی معنوی در ارتباط با نشانه‌های خلقی / اضطرابی و نقش میانجی‌گری شناخت‌های کمال‌گرایی

کمال‌گرایی بر کاهش کیفیت زندگی معنوی ($P < 0.05$ ، $\beta = -0.23$ ، $t = 3.03$) معنی‌دار و برابر -0.23 بدست آمد و در مدل برازش شده، اثر مستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی بر کیفیت زندگی معنوی غیرمعنی‌دار ($P > 0.05$) و در مدل نهایی حذف شد، اما لازم به ذکر است در مدل‌های جداگانه‌ای اثر مستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی بر کیفیت زندگی معنوی ($P < 0.05$ ، $\beta = -0.31$ ، $t = -3.5$) برابر ۹/۶ درصد و اثر مستقیم طرحواره‌های هیجانی بر کیفیت زندگی معنوی ($P < 0.05$ ، $\beta = 0.41$ ، $t = 5.82$) برابر ۴۱ درصد معنادار شده

همانطور که شکل ۲ نشان داد اثر مستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی بر طرحواره‌های هیجانی ($P < 0.01$ ، $\beta = 0.15$ ، $t = 5.15$) برابر ۳۵ درصد معنادار بود. اثر مستقیم طرحواره‌های هیجانی بر ابعاد شناختی کمال‌گرایی ($P < 0.01$ ، $\beta = 0.186$ ، $t = 5.77$) برابر ۴۶ درصد مثبت و معنادار و اثر مستقیم ابعاد شناختی کمال‌گرایی نیز بر کیفیت زندگی معنوی ($P < 0.01$ ، $\beta = -0.53$ ، $t = -4.95$) منفی و برابر ۴۱ درصد معنادار بدست آمد. قابل ذکر است اثر غیرمستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی از طریق افزایش طرحواره‌های هیجانی و ابعاد شناختی

خلقی/اضطرابی با میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی و ابعاد شناختی کمال‌گرایی توانست کیفیت زندگی معنوی را تبیین کند. مدل حاضر نشان داد هیجانات منفی بیماران با درد مزمن با طرحواره‌های هیجانی (ارزیابی منفی هیجانات و واکنش منفی به هیجانات) همراه است و به طور مستقیم کیفیت زندگی معنوی را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. اما بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، مطالعه هانگ، برینکمن، آرمسترانگ، لیسرنینگ، رایبسنسون، کرول^(۳۶) نشان داد هیجانات منفی می‌تواند اثر منفی مستقیمی بر کاهش کیفیت زندگی بیماران داشته باشد، به هر حال نکته قابل تامل این است که در پژوهش مذکور نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی بررسی نشده بود و علاوه بر آن کیفیت زندگی به طور کل بررسی شده بود در صورتی که در مطالعه حاضر بعد خاصی از کیفیت زندگی یعنی حوزه معنوی آن مورد بررسی قرار گرفت. اما در حمایت از مسیر تایید شده در مدل حاضر، ادواردز و واپرن^(۳۹) نیز رابطه نشانه‌های خلقی/اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی را تایید کردند و در حمایت از این یافته مطالعات دیگر نشان دادند، بیماران با درد مزمن معمولاً هیجانات منفی^(۳۷) را تجربه می‌کنند که می‌تواند اثر منفی بر درمان‌های جسمانی داشته باشد^(۳۸). بر اساس مدل نظری لیهی، هنگامی که هیجان‌های منفی رخ می‌دهند، طرحواره‌های هیجانی در قالب تفسیرهای هیجانی سبب تشدید و ایجاد هیجان در دسرساز و در نتیجه تشدید تفسیرهای منفی^(۳۸) و کاهش کیفیت زندگی^(۱۵،۱۶،۳۹) را در پی دارد. به هر حال به نظر می‌رسد ناتوانی در پذیرش هیجانات منفی (طرحواره‌های منفی) در بیماران مبتلا به درد مزمن بر تجربه درد ذهنی نیز تأثیر می‌گذارد و تجربه درد مزمن را بدتر می‌کند^(۴۰).

افزون بر نتیجه ذکر شده در بالا، مدل حاضر نشان داد نشانه‌های هیجانی و طرحواره‌های هیجانی افزایش دهنده ابعاد شناختی کمال‌گرایی (سامانه انگیزشی سیستم تنظیم هیجان) بیماران با درد مزمن است. در حمایت از این یافته حاضر، مطالعات دیگر نیز رابطه نشانه‌های خلقی/اضطرابی که به شکل بی‌نظمی هیجانی و به صورت مستقیم و غیرمستقیم (به واسطه افکار تکرارشونده منفی) با کمال‌گرایی منفی

بود که در مدل نهایی معنی‌داری خود را از دست داد و این گویای نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی و ابعاد شناختی کمال‌گرایی در مدل نهایی در رابطه بین نشانه‌های خلقی/اضطرابی و کیفیت زندگی معنوی است. در مجموع مدل نهایی توانست ۲۸ درصد تغییرات کیفیت زندگی معنوی را تبیین کند.

افزون بر آن اثر غیرمستقیم طرحواره‌های هیجانی از طریق ابعاد شناختی کمال‌گرایی بر کاهش کیفیت زندگی معنوی ($P < 0/05$, $\beta = -0/46$, $t = 4/16$) برابر $0/46$ - بدست آمد و در مدل برآزش شده، اثر مستقیم طرحواره‌های هیجانی بر کیفیت زندگی معنوی معنادار نشد ($P > 0/05$)، اما لازم به ذکر است همانطور که در مطلب قبل اشاره شد، در مدل جداگانه‌ای اثر مستقیم طرحواره‌های هیجانی بر کیفیت زندگی معنوی ($P < 0/05$) معنادار شده بود که در مدل نهایی معنی‌داری خود را از دست داد و این گویای نقش میانجی ابعاد شناختی کمال‌گرایی در مدل نهایی در رابطه مذکور است. علاوه بر آن اثر غیرمستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی از طریق طرحواره‌های هیجانی بر ابعاد شناختی کمال‌گرایی ($P < 0/05$, $\beta = 0/43$, $t = 3/84$) معنی‌دار و برابر $0/43$ بدست آمد و ۷۴ درصد تغییرات کمال‌گرایی را تبیین می‌نمود و در مدل برآزش شده، اثر مستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی بر ابعاد شناختی کمال‌گرایی معنادار نشد ($P > 0/05$)، اما لازم به ذکر است در مدل جداگانه‌ای اثر مستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی بر ابعاد شناختی کمال‌گرایی ($P < 0/05$, $\beta = 0/46$, $t = 4/69$) معنادار شده بود که در مدل نهایی معنی‌داری خود را از دست داد و این گویای نقش میانجی ابعاد شناختی کمال‌گرایی در در رابطه مذکور است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل کیفیت زندگی معنوی با توجه به نقش نشانه‌های خلقی/اضطرابی و با میانجی‌گری طرحواره‌های هیجانی و ابعاد شناختی کمال‌گرایی بر روی بیماران دارای درد مزمن انجام شد. نتایج نشان داد نشانه‌های

هیجان در تبیین شدت درد و کیفیت زندگی تایید شد. کمال‌گرایی نوعی افراط‌گری در فعال‌شدن سامانه‌انگیزی سیستم‌تنظیمی هیجان است، ارتباط ساختاری کمال‌گرایی و بی‌نظمی هیجانی تایید شده است^(۴۳)، لذا در خصوص این سیستم‌انگیزی تنظیم هیجان، در مطالعات رابطه بین کمال‌گرایی و درد مزمن در جهت کیفیت زندگی تایید شده است^(۴۹).

یافته‌های این پژوهش نشان داد نشانه‌های هیجانی و طرحواره‌های هیجانی نمی‌تواند مستقیم در کاهش کیفیت زندگی مؤثر باشند، بلکه از طریق فعال‌سازی کمال‌گرایی این تأثیر اتفاق می‌افتد، این یافته می‌تواند کاربرد بالینی داشته باشد، لذا توصیه می‌شود در روان‌درمانی بیماران دارای درد مزمن به این فرایند توجه شود. افزون بر آن افت کیفیت زندگی معنوی با آسیب‌هایی همراه است، چرا که باورها و اعمال معنوی و مذهبی، افق دید افراد را گسترش می‌دهند، نگرانی‌های وجودی را کاهش می‌دهد و منجر به افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان می‌گردد^(۴). علاوه بر آن معنویت، دین و اعتقادات می‌تواند به عنوان استراتژی مقابله‌ای سازگاران به بیماران کمک می‌کند تا خود را با مشکلات زندگی و بیماری‌های صعب‌العلاج و دشوار سازگار کنند^(۴۴). از طرفی چون تنظیم هیجان نقش کلیدی در سازگاری طولانی مدت با اختلال درد ایفا می‌کند^(۴۳) و نتایج نیز نشان داده‌اند معنویت و زمینه‌های کیفیت زندگی به طور بالقوه تحت تأثیر تنظیم هیجانی قرار دارد^(۴۵). بنابراین به محققان و متخصصان در تیم‌های بین‌رشته‌ای که از افراد مبتلا به درد مزمن مراقبت می‌کنند، توصیه می‌شود برای ارزیابی وضعیت معنوی در بیماران با درد مزمن اقدام کنند و با استفاده از مداخلات مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی و مداخلات شناختی کمال‌گرایی، ارتقای معنویت را در بیماران با درد مزمن موجب شوند. با این حال این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله مقطعی بودن مطالعه، عدم انتخاب تصادفی و خود گزارشی بوده پرسشنامه‌ها که در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد.

ارتباط معنی‌دار دارد را نشان داده است^(۴۱). در این حالت دو نکته قابل‌تأمل است اول اینکه به نظر می‌رسد یک چرخه معیوبی وجود داشته باشد، یعنی شدت کمال‌گرایی نیز تشدیدکننده هیجانات منفی باشد. به بیان دیگر کمال‌گرایی یک فعال‌شدن افراطی یکی از سامانه‌های سیستم‌انگیزی تنظیم هیجان است که به طور بالقوه منجر به بروز علائم جسمی از طریق فشار بیش از حد سیستم پاسخ استرس می‌شود^(۴۲). دوم اینکه در بعضی مطالعات بر خلاف مطالعه حاضر، نقش کمال‌گرایی بر هیجانات پاتولوژیک تایید شده است^(۳۰)، ضمن اینکه ابعاد شناختی کمال‌گرایی که می‌تواند متأثر از تجربه هیجانات منفی باشد بررسی نشده است، اما در مطالعه حاضر نقش هیجانات منفی غیرپاتولوژیک بر شدت ابعاد شناختی کمال‌گرایی بررسی شد. در واقع می‌توان چنین استنباط نمود که هیجانات منفی که جنبه پاتولوژیک ندارند از طریق طرحواره‌های هیجانی و افزایش کمال‌گرایی می‌توانند آسیب‌زا شوند. در مجموع در بیماران با درد مزمن، کمال‌گرایی یک الگوی خاص و غیرواقعی ایجاد می‌کند، بدین صورت که فعالیتها و اهداف بدون در نظر گرفتن شدت درد، برنامه‌ریزی و ارزیابی می‌شوند، در نتیجه بین رسیدن به اهداف سطح بالا و شدت درد که مانع از انجام فعالیت مناسب می‌گردد، تعارض ایجاد می‌شود و این فرایند تأثیر مستقیم و مثبتی بر اجتناب از فعالیت در بین این بیماران دارد. در شرایط درد، کمال‌گرایی به صورت یک راهکار مقابله‌ای ناسازگارانه عمل کرده و منجر به تشدید هیجانات منفی می‌گردد^(۴۱). افزون بر نتایج ذکر شده در بالا، مدل حاضر نشان داد طرحواره‌های هیجانی از طریق افزایش ابعاد شناختی کمال‌گرایی (سامانه‌انگیزی سیستم تنظیم هیجان)، کیفیت زندگی معنوی را کاهش داده است که این نتایج با توجه به تجربه درد در بیماران با درد مزمن اتفاق افتاده است. هیجانات منفی به طور معناداری با درد رابطه منفی و با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد و با میانجی‌گری تنظیم هیجان، تغییرات شدت درد به طور غیرمستقیم سطح کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به اختلال درد تعیین می‌کند^(۳۸). در این راستا در مطالعه عربی و باقری^(۳۳) نقش میانجی‌گری راهبردهای تنظیم

نتیجه‌گیری

در مجموع با توجه به برآزش مدل، عوامل مؤثر در کاهش کیفیت زندگی معنوی مشخص شد و چگونگی روابط بین این متغیرها، توانست اهمیت آنان و چگونگی اثر تشدید یافته هیجانات منفی را به صورت آسیب‌هایی در کیفیت زندگی معنوی نشان دهد. مدل نشان داد، نشانه‌های خلقی/اضطرابی و هیجانات منفی تحت تأثیر طرحواره‌های هیجانی (ارزیابی منفی هیجانات و واکنش منفی به آنها)، ابعاد شناختی کمال‌گرایی را افزایش داد که این خود می‌توانست کاهش دهنده کیفیت زندگی معنوی بیمار با درد مزمن باشد. به عبارتی با توجه به تأثیر هیجانات منفی بر کیفیت زندگی از طریق طرحواره‌های هیجانی، مدل فراشناختی هیجانات تایید شد و افزون بر آن با توجه به نقش غیرمستقیم طرحواره‌های هیجانی بر کیفیت زندگی از طریق کمال‌گرایی، اهمیت نقش میانجی‌گری سامانه انگیزشی سیستم تنظیم هیجان نیز در این مسیر تایید شد.

قدردانی و تشکر

پژوهش حاضر بر گرفته از رساله دکتری روانشناسی بالینی بوده است و نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از بیمارانی که در این پژوهش ما را یاری کردند قدردانی کنند. کد اخلاق این پژوهش IR.BUMS.REC.1399.180 است.

تضاد منافع

تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Zhang Y, Deng G, Zhang Z, Zhou Q, Gao X, Di L, et al. Across sectional study between the prevalence of chronic pain and academic pressure in adolescent in china, *BMC Musculoskelet Disorder*. 2015; 16: 219.
2. Azizpoor Y, Hemmati F, sayehmiri K. Prevalence of one-year back pain in Iran: a systematic review and meta-analysis. *ioh*. 2014; 11 (1): 1-12. [In Persian]
3. Saravanan A, BajajDO P, Herbert L.M, Tell D, Starkweather A, Janusek L. Behavioral Symptom Clusters, Inflammation, and Quality of Life in Chronic Low Back Pain, *Pain Management Nursing*, 2021. In Press, Corrected Proof, <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.012>.
4. BingBai J, Brubaker A, Meghani S H, Bruner D W, Yeager K A. Spirituality and Quality of Life in Black Patients With Cancer Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018; 56(3): 390-398.
5. Panzini Raquel G, Paz Mosqueiro B, Zimpel R, Bandeira Neusa S, Rocha Denise R, Fleck Marcelo P. Quality-of-life and spirituality, *International Review of Psychiatry*. 2017; 29(3): 263-282.
6. Krägeloh Christian U, Billington D Rex, Henning Marcus A, Pei Minn Chai Penny. Spiritual quality of life and spiritual coping: evidence for a two-factor structure of the -WHOQOL spirituality, religiousness, and personal beliefs module, *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015; 13: 26. Link
7. Vasudevan S. *Multidisciplinary management of chronic pain: A practical guide for clinicians*. New York, NY: Springer; 2015.
8. Büssing A, Michalsen A, Balzat HJ, Grünther RA, Ostermann T, Neugebauer EAM, and Mathiessen PF. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine* 2009; 10(2): 327–339.
9. Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: what is its role in pain medicine? *Pain Medicine*. 2015;16 (1):51-60.
10. Bai J, Brubaker A, Meghani SH, Bruner DW, Yeager KA. Spirituality and quality of life in black patients with cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 201 8;56(3):390-8.
11. Jones G, Hall J, Balen A, Ledger W. Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovarysyndrome: a systematic review. *Human reproduction update*. 2008;14(1):15-25.
12. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Antonio Mico J, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system, *J Pain Res*. 2016; 9: 457–467. Link
13. Lumley MA, Cohen JL, Borszcz GS, Cano A. Radcliffe, AM.Porter, LS. Schubiner, H. Keefe, FJ. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *J Clin Psychol*. 2011; 67(9): 942-68. doi: 10.1002/jclp.20816. PMID: 21647882; PMCID: PMC3152687.
14. Rogers A H, Garey L, Allan N P, Zvolensky M J. Exploring transdiagnostic processes for chronic pain and opioid misuse among two studies of adults with chronic pain, *Behaviour Research and Therapy*. 2021; 136: 103786
15. Phillips A, Faghiih, M, Drewes, A, Singh, V, Yadav D, Olesen S. The prevalence of anxiety and depression is high in patients with chronic pancreatitis and associates with pain and reduced quality of life, *Pancreatology*. 2020, 20: S9-S10.
16. Ünal M, Evcik E, Kocaturk M, Algun ZC. Investigating the effects of myofascial induction therapy techniques on pain, function and quality of life in patients with chronic low back pain, *Movement Therapies*. 2020; 24(4): 188-195
17. Edge R, Mills R, Tennant A, Diggle P. J, Young C. A. TONiC study group. Do pain, anxiety and depression influence quality of life for people with amyotrophic lateral sclerosis/motor neuron disease? A national study reconciling previous conflicting literature.

- Journal of neurology. 2020; 267(3): 607–615. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09615-3>
18. Leahy R L, Trich D, Napolitano L A. Emotion regulation in psychotherapy. New york, NY: Guilford press, 2011.
 19. Edwards ER, Wupperman Pe. Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. *Clinical Psychologis.*, 2019, 23 :3–14.
 20. Almquist E, Törnblom H, Simrén M. Practical management of irritable bowel syndrome: A clinical review. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2016; 62:30-48.
 21. Kamali S, Gharraee B, Birashka B. [The role of emotional schema in prediction of pathological worry in Iranian students, 3rd World Conference on Psychology, Counselling and Guidance (WCPCG-2012)], *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2013; 9(84): 994 – 998. [In Persian].
 22. Kakhak M, Samari A, Toozandehjani H. [The mediating role of quality of life in the relationship between positive meta-emotion styles and life expectancy in elderly men]. *Journal of Gerontology,* 2019, 3:67-75. [In Persian].
 23. Arabi E, Bagheri M. The mediating role of emotion regulation strategies on the relationship between pain intensity and quality of life in patients with chronic pain disorder, *Journal of Health Psychology.* 2017; 6 (22): 72-87. [In Persian].
 24. Barberis N, Cernaro V, Costa S, Montalto G, Lucisano S, Larcan R, Buemi M. [The relationship between coping, emotion regulation, and quality of life of patients on dialysis]. *The International Journal of Psychiatry in Medicine.* 2017;52: 111–123.
 25. Depue R.A, Morrone-strupinaky J.V. A neurobehavioral model of rliative bonding”, *Behavioral and brain sciences.* 2005; 28: (313)395.
 26. Morris L, Mansell W. A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology, *Journal of Experimental Psychopathology.* 2018: 1–40.
 27. Stoeber J, Kobori O, Tanno, Y. The Multidimensional Perfectionism Cognitions Inventory–English (MPCI-E): Reliability, validity, and relationships with positive and negative affect. *Journal of Personality Assessment.* 2010; 92(1): 16-25.
 28. Molnar D S, Moore J, O’Leary D D, MacNeil A J, Wade T J. Perfectionistic Cognitions, Interleukin-6, and C-Reactive Protein: A Test of the Perfectionism Diathesis Stress Model, *Brain, Behavior, & Immunity- Health,* 2021, In Press, Journal Pre-proof.
 29. Randall Edin T, Gray Laura S, Fletcher Angela A. Topical Review: Perfectionism and Pediatric Chronic Pain: Theoretical Underpinnings, Assessment, and Treatment, *Journal of Pediatric Psychology.* 2018; 43 (3): 326–330.
 30. Wright A, Fisher P L, Baker N, O’Rourke L, GemmaCherry M. Perfectionism, depression and anxiety in chronic fatigue syndrome: A systematic review, *Research.* 2021; 140: 110322.
 31. Hooman HA. Analysis of multivariate data in behavioral research. Tehran: Peyke Farhang Publication; 2006. [In Persian].
 32. Wardenaar KJ, van Veen T, Giltay EJ, de Beurs E, Penninx BW, Zitman FG. Development and validation of a 30-item short adaptation of the Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ). *Psychiatry Res.* 2010; 179(1):101-6. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.03.005 PMID: 20472297
 33. Izadi Dehnavi S, Yaghubi H, Heydari Nasab L. [Simultaneous Changes of Depression and Anxiety Symptoms with Variations in Sexual Function of Young Married Women]. *Avicenna J Clin Med.* 2016; 23 (3) :227-236. [In Persian].
 34. Jong-Woo Suh , Heejae J. Lee , Nahyun Yoo , Han Min, Dong Gi Seo & Kee-Hong Choi. A Brief Version of the Leahy Emotional Schema Scale: a Validation Study, *International Journal of Cognitive Therapy.*

- March 2019, 12(1): 38–54.
35. Nouripour L, Hosseinian R, Habibi H, Saliminia M, Dehestani AR, Hejazi M. 'Study of the validity and validity of the multidimensional list of perfectionism in nurses in Tehran', *Psychometrics*. 2016; 5 (18): 79-98. [In Persian].
36. Huang C, Brinkman TM, Armstrong G.T, Leisenring Wendy, Robison L, Krull KR. Emotional distress impacts quality of life evaluation: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Cancer Surviv*. 2017; 11(3): 309–319.
37. Woo K. Chronic wound-associated pain, Psychological stress, and wound healing. *Surg Technol Int* 2012; 22:57-65.
38. Chojnacka-Szawłowska G, Kloc W, Zdun-Ryżewska A, Basiński K, Majkowicz M, Leppert W, Kurlandt P, Libionka W. Impact of Different Illness Perceptions and Emotions Associated with Chronic Back Pain on Anxiety and Depression in Patients Qualified for Surgery, *Pain Management Nursing*. 2019; 20(6): 599-603.
39. Lemos BO, Cunha AM, Cesarino CB , Martins MR. The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly, *BrJP. São Paulo*. 2019; 2(3):237-41
40. Saariaho A. S. Alexithymia and Chronic Pain Reflections of early maltreatment in chronic pain patients with a special focus on alexithymia with depression and early maladaptive schemas, 2017, ACADEMIC DISSERTATION University of Tampere, Faculty of Social Sciences Raah Hospital Finland
41. Blanco S, Luque-Reca O, Catala P, Bedmar D, Velasco L, Peñacoba C. Perfectionism and Pain Intensity in Women with Fibromyalgia: Its Influence on Activity Avoidance from The Contextual Perspective, *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17: 8442. doi:10.3390/ijerph17228442
42. Van Houdenhove B, Luyten P, Kempke S. Chronic fatigue syndrome/fibromyalgia: a “stress-adaptation” model, *Fatigue Biomed. Heal. Behav*. 2013; 1 (3): 137-47. 10.1080/21641846.2013.795085
43. Naghavi N, Akbari M, Moradi A. [The structural model of perfectionism based on cognitive, behavioral and emotional transdiagnostic constructs]. *rph*. 2017; 11(2) :19-33. [Persian].
44. Veterans' Health Administration. VHA national pain management strategy. *Pain Assessment: The 5th vital sign*. Washington (DC): Veterans' Health Administration; 2000. p. 27–29.
45. Jamali N, SHakerinia I, Jalili Nikoo S, Ghasemi Jobaneh R. [Role of Spiritual Health and Emotional Regulation in Mental Health of Nulliparous Women]. *Health Spiritual Med Ethics*. 2017; 4:32–37. [In Persian].