Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2021, Vol 12, NO 3



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 Farsa[1], Fatemeh shahabizadeh[2*], Masoud Hashemi[3], Payman Dadkhah[4]

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 Médical 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 Médical 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

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 کمردرد 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 دریافت: ۱۴۰۰/۱/۲۱ تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۲/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۱۸

چکیده

زمینـــه و هـــدف: کیفیـت زندگـی معنـوی تحـت تأثیـر نشـانه‌های هیجانـی، شـناختی و انگیزشـی قـرار می‌گیـرد، لـذا پژوهـش حاضـر بـا هـدف ارائـه مـدل مفهومـی کیفیـت زندگـی معنـوی بـر اسـاس نشـانه‌ها و طرحواره‌هـای هیجانـی بـا میانجی‌گـری ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی بیمـاران بـا درد مزمـن انجـام شـد.

مـــواد و روش‌هـــا: روش پژوهـش، توصیفـی از نـوع همبسـتگی بـود. جامعـه آمـاری عبـارت از کلیـه زنـان و مـردان (۳۰-۵۰) دارای کمـردرد مزمـن مراجعـه کننـده بـه کلینیک‌هـای درد در بیمارسـتان‌های اختـر، لبافی‌نـژاد و امـام حسـین(ع) شـهر تهـران در سـال ۹۸- ۹۹ بودنـد کـه تعـداد ۴۰۰ نفـر بـا در نظـر گرفتـن ملاک‌هـای ورود انتخـاب شـدند. ابـزار مـورد اسـتفاده عبارتنـد از: پرسشـنامه نشـانه‌های خلقی/اضطرابـی، فـرم کوتـاه طرحواره‌هـای هیجانـی، ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی و کیفیـت زندگـی معنـوی. داده‌هـا بـا برنامه‌هـای نرم‌افـزاری $SPSS_{25}$ و $LISREL_{8/8}$ بـا روش مدل‌یابـی معـادلات سـاختاری تحلیـل شـد.

یافته‌هـــا: مـدل برازش‌یافتـه نشـان داد، اثـر مسـتقیم نشـانه‌های خلقی/اضطرابـی بـر افزایـش طرحواره‌هـای هیجانـی ($P<۰/۰۵$) و اثـر مسـتقیم طرحواره‌هـای هیجانـی بـر افزایـش کمال‌گرایـی ($P<۰/۰۵$) معنـی‌دار بدسـت آمـد. همچنیـن اثـر غیرمسـتقیم نشـانه‌های خلقی/اضطرابـی از طریـق افزایـش طرحواره‌هـای هیجانـی و ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی بـر کاهـش کیفیـت زندگـی معنـوی معنـادار بدسـت آمـد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیـــری: نتایـج مطالعـه از میانجی‌گـری ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی در رابطـه بیـن نشـانه‌های هیجانـی و طرحواره‌هـای هیجانـی بـا کیفیـت زندگـی معنـوی حمایـت کـرد. بنابرایـن تدویـن مداخـلات درمانـی مبتنـی بـر طرحواره‌هـای هیجانـی در جهـت کاهـش طرحواره‌هـای هیجانـی و کمال‌گرایـی می‌توانـد در ارتقـای کیفیـت زندگـی معنـوی بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن مفیـد باشـد.

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

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 (۱۸-۶۵ 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 ۳۱۰۳۹ 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 خوش‌بینی 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، معنویت/دینداری 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 اضراب، 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[۱۳]. 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 علّی، 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]. امّا در مدل طرحواره هیجانی این رابطه معکوس است و اعتقاد بر این است هیجانات منفی بر فرایندهای شناختی در خصوص آن هیجانات تاثیر 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

هیجانات منفی) می‌تواند در شکل‌گیری بیماری و تداوم آن تأثیر چشمگیری داشته باشد[۲۰]، 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[۲۱] و سبک‌های فراشناختی هیجان بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند[۲۲] و آن نقش کلیدی در سازگاری بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن ایفا می‌کند که می‌تواند کیفیت زندگی را متأثر سازد[۲۳]. افزون بر آن نتایج نیز نشان داده‌اند معنویت و زمینه‌های کیفیت زندگی به طور بالقوه تحت تأثیر تنظیم هیجانی قرار می‌گیرند[۲۴].

لذا مساله قابل تامل چگونگی 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 مشوّق (سیستم انگیزشی) و سیستم تسکین دهنده، رضایت 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[۳،۲۸] و در مطالعات متعددی نقش کمال‌گرایی در شدت ادراک درد تایید شده است[۲۹،۳۰]. در مجموع سیستم‌های تنظیم هیجانی به عنوان میانجی مؤثر بر سلامت معنوی و کیفیت زندگی است[۲۴] 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 بیمارن 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 برازش لازم برخوردار است؟



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

روش

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

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، ۱۵متغیر 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 کلینیک‌ها 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 کمر درد مزمن بودند و احتمال این وجود داشت که درگیرخستگی 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، 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، گیلتای، 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=۰/۰۶) 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

محاسبه گردید و روایی تحلیل عامل 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 عامل 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 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 ۵۰-۴۶ سال با ۱۳۷ نفر (۴۳/۲۵ درصد)، سنین ۴۵-۴۱ سال با ۸۵ نفر (۲۱/۲۵ درصد)، سنین ۳۵-۳۰ سال با ۱۰۳ نفر (۲۵/۷۵ درصد) و کمترین آزمودنی‌ها در رده سنی ۴۰-۳۶ 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 برون زا

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

نشـان دهنـده هم خطی بـودن چند گانه اسـت. نتایـج حاصل از ضرایـب همبسـتگی بیـن متغیرهـای مـورد مطالعـه در جدول ۱ بیانگـر تاییـد مفروضـه مذکور اسـت. لازم به ذکر اسـت میانگین و انحـراف اسـتاندارد در جـدول ۱، گـزارش شـده اسـت.

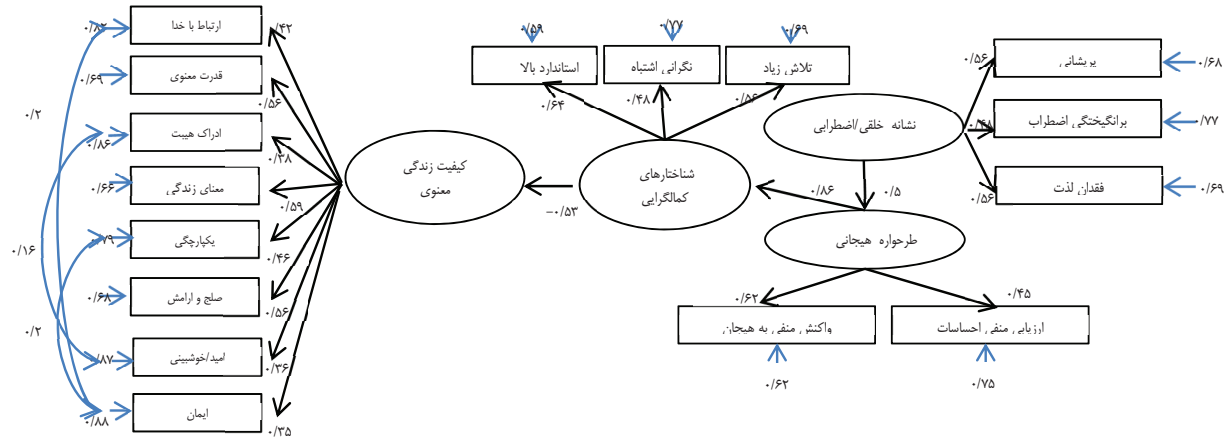
جدول ۱: ماتریس همبستگی و میانگین و انحراف استاندارد نشانه‌های هیجانی، طرحواره‌های هیجانی، ابعاد شناختی کمال‌گرایی، کیفیت زندگی معنوی

	متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
نشانه خلقی اضطرابی	۱. پریشانی	۱															
	۲. برانگیختگی	۰/۴۲*	۱														
	۳. فقدان لذت	۰/۳۱*	۰/۲۸*	۱													
طرحواره هیجانی	۴. ارزیابی هیجان	۰/۰۹	۰/۱۳*	۰/۱۹*	۱												
	۵. واکنش به هیجان	۰/۲۱*	۰/۱۹*	۰/۲۴*	۰/۳۵*	۱											
کمالگرایی	۶. تلاش بالا	۰/۰۴	۰/۱۱*	۰/۱۴*	۰/۳۸*	۰/۳۸*	۱										
	۷. استاندارد بالا	۰/۱۹*	۰/۲۳*	۰/۱۸*	۰/۲۳*	۰/۳۱*	۰/۳۵*	۱									
	۸. نگرانی اشتباه	۰/۱۵*	۰/۱۲*	۰/۱۲*	۰/۲۹*	۰/۲۷*	۰/۳۷*	۰/۱۲*	۱								
کیفیت زندگی معنوی	۹. ارتباط با خدا	-۰/۱*	-۰/۱۳*	-۰/۰۲	-۰/۱۳*	-۰/۱۵*	-۰/۱۴*	-۰/۱۲*	-۰/۰۷	۱							
	۱۰. قدرت معنوی	-۰/۱۴*	-۰/۱*	-۰/۰۹	-۰/۱۵*	-۰/۲۲*	-۰/۱۷*	-۰/۲۴*	-۰/۰۸	۰/۲*	۱						
	۱۱. هیبت و احترام	-۰/۲۲*	-۰/۱۳*	-۰/۰۵	-۰/۱۳*	-۰/۲۴*	-۰/۱۲*	-۰/۲۳*	-۰/۱۶*	۰/۱۱*	۰/۲۲*	۱					
	۱۲. معنا	-۰/۰۶	-۰/۱۴*	-۰/۰۳	-۰/۱*	-۰/۱۹*	-۰/۱۴*	-۰/۱*	-۰/۰۲	۰/۱۸*	۰/۲۵*	۰/۲۲*	۱				
	۱۳. یکپارچگی	-۰/۰۶	-۰/۰۱	-۰/۰۹	-۰/۱۶*	-۰/۱۸*	-۰/۰۹	-۰/۱۴*	-۰/۰۱	۰/۳۱*	۰/۲۰*	۰/۱۳*	۰/۲*	۱			
	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*	۰/۲۴*	۱		
	۱۵. امید	-۰/۳۵*	-۰/۲۸*	-۰/۰۹	-۰/۱۹*	-۰/۳۱*	-۰/۱۶*	-۰/۲*	-۰/۱۷*	۰/۰۶	۰/۲۰	۰/۳۱*	۰/۱۷*	۰/۱۳*	۰/۱۱*	۱	
	۱۶. ایمان	۰/۲*	-۰/۱۵*	-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	۱
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 معنی‌دار است و ** در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. N =۴۰۰

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

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 شاخص‌های برازندگی تطبیقی، شاخص برازندگی نرمال، شاخص برازندگی تعدیل شده و شاخص برازندگی 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.



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

همانطور که شکل ۲ نشان داد اثر مستقیم نشانه‌های خلقی/ اضطرابی بر طرحواره‌های هیجانی (P<۰/۰۱، β=۰/۵، t=۵/۱۵) برابر ۳۵ درصد معنادار بود. اثر مستقیم طرحواره‌های هیجانی بر ابعاد شناختی کمال‌گرایی (P<۰/۰۱، β= ۰/۸۶، t=۵/۷۷) برابر ۴۶ درصد مثبت و معنادر و اثر مستقیم ابعاد شناختی کمال‌گرایی نیز بر کیفیت زندگی معنوی (P<۰/۰۱، β= -۰/۵۳، t=-۴/۹۵) منفی و برابر ۴۱ درصد معنادر بدست آمد.

قابل ذکر است اثر غیرمستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی از طریق افزایش طرحواره‌های هیجانی و ابعاد شناختی کمال‌گرایی بر کاهش کیفیت زندگی معنوی (P<۰/۰۵، β=-۰/۲۳، t=۳/۰۳) معنی‌دار و برابر-۰/۲۳ بدست آمد و در مدل برازش شده، اثر مستقیم نشانه‌های خلقی/ اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی بر کیفیت زندگی معنوی غیرمعنی‌دار (P>۰/۰۵) و در مدل نهایی حذف شد، اما لازم به ذکر است در مدل‌های جداگانه‌ای اثر مستقیم نشانه‌های خلقی/اضطرابی بر کیفیت زندگی معنوی (P<۰/۰۵، β= -۰/۳۱، t=-۳/۵) برابر ۹/۶ درصد و اثر مستقیم طرحواره‌های هیجانی بر کیفیت زندگی معنوی (P<۰/۰۵، β=۰/۴۱، t=۵/۸۲) برابر ۴۱ درصد معنادار شده

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

بـود کـه در مـدل نهایـی معنـی‌داری خـود را از دسـت داد و ایـن گویـای نقـش میانجـی طرحواره‌هـای هیجانـی و ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی در مـدل نهایـی در رابطـه بیـن نشـانه‌های خلقی/اضطرابـی و کیفیـت زندگـی معنـوی اسـت. در مجمـوع مـدل نهایـی توانسـت ۲۸ درصـد تغییـرات کیفیـت زندگـی معنـوی را تبییـن کنـد.

افـزون بـر آن اثـر غیرمسـتقیم طرحواره‌هـای هیجانـی از طریـق ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی بـر کاهـش کیفیـت زندگـی معنـوی (P<۰/۰۵، β= -۰/۴۶، t=۴/۱۶) برابـر۰/۴۶- بدسـت آمـد و در مـدل بـرازش شـده، اثـر مسـتقیم طرحواره‌هـای هیجانـی بـر کیفیـت زندگـی معنـوی معنـادار نشـد (P>۰/۰۵)، امـا لازم بـه ذکـر اسـت همانطـور کـه در مطلـب قبـل اشـاره شـد، در مـدل جداگانـه‌ای اثـر مسـتقیم طرحواره‌هـای هیجانـی بـر کیفیـت زندگـی معنـوی (P<۰/۰۵) معنـادار شـده بـود کـه در مـدل نهایـی معنـی‌داری خـود را از دسـت داد و ایـن گویـای نقـش میانجـی ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی در مـدل نهایـی در رابطـه مذکـور اسـت. عـلاوه بـر آن اثـر غیرمسـتقیم نشـانه‌های خلقی/اضطرابـی از طریـق طرحواره‌هـای هیجانـی بـر ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی (P<۰/۰۵، β=۰/۴۳،t=۳/۸۴) معنـی‌دار و برابـر۰/۴۳ بدسـت آمـد و ۷۴ درصـد تغییـرات کمال‌گرایـی را تبییـن می‌نمـود و در مـدل بـرازش شـده، اثـر مسـتقیم نشـانه‌های خلقی/اضطرابـی بـر ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی معنـادار نشـد (P>۰/۰۵)، امـا لازم بـه ذکـر اسـت در مـدل جداگانـه‌ای اثـر مسـتقیم نشـانه‌های خلقـی/ اضطرابـی بـر ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی (P<۰/۰۵، β=۰/۴۶، t=۴/۶۹) معنـادار شـده بـود کـه در مـدل نهایـی معنـی‌داری خـود را از دسـت داد و ایـن گویـای نقـش میانجـی ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی در در رابطـه مذکـور اسـت.

بحث

پژوهـش حاضـر با هـدف تدوین مـدل کیفیت زندگـی معنوی با توجـه بـه نقـش نشـانه‌های خلقی/اضطرابـی و بـا میانجی‌گـری طرحواره‌هـای هیجانـی و ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی بـر روی بیمـاران دارای درد مزمن انجام شـد. نتایج نشـان داد نشـانه‌های خلقی/اضطرابـی بـا میانجی‌گـری طرحواره‌هـای هیجانـی و ابعاد شـناختی کمال‌گرایی توانسـت کیفیـت زندگی معنـوی را تبیین کنـد. مـدل حاضـر نشـان داد هیجانـات منفـی بیمـاران بـا درد مزمـن بـا طرحواره‌هـای هیجانـی (ارزیابـی منفـی هیجانـات و واکنـش منفـی بـه هیجانـات) همـراه اسـت و بـه طور مسـتقیم کیفیـت زندگـی معنـوی را تحـت تأثیـر قـرار نمی‌دهـد. امـا بـر خـلاف نتایـج مطالعـه حاضـر، مطالعـه هانـگ، برینکمـن، آرمسـترانگ، لیسنرینگ، رابینسـون، کرول[۳۶] نشان داد هیجانات منفـی می‌توانـد اثر منفی مسـتقیمی بـر کاهش کیفیـت زندگی بیمـاران داشـته باشـد، به هر حـال نکته قابل تامل این اسـت که در پژوهـش مذکور نقـش میانجی طرحواره‌های هیجانی بررسـی نشـده بـود و عـلاوه بـر آن کیفیـت زندگـی بـه طور کل بررسـی شـده بـود در صورتی کـه در مطالعه حاضر بعـد خاصی از کیفیت زندگـی یعنـی حـوزه معنوی آن مورد بررسـی قرار گرفـت. اما در حمایت از مسـیر تایید شـده در مدل حاضر، ادواردز و واپرمن[۱۹] نیـز رابطـه نشـانه‌های خلقی/اضطرابـی و طرحواره‌هـای هیجانی را تاییـد کردنـد و در حمایـت از ایـن یافته مطالعات دیگر نشـان دادنـد، بیماران بـا درد مزمن معمولاً هیجانات منفـی[۳۷] را تجربه می‌کننـد کـه می‌تواند اثـر منفی بر درمان‌های جسـمانی داشـته باشـد[۳۸]. بر اسـاس مـدل نظری لیهـی، هنگامی کـه هیجان‌های منفـی رخ می‌دهنـد، طرحواره‌هـای هیجانی در قالب تفسـیرهای هیجانـی سـبب تشـدید و ایجـاد هیجـان دردسرسـاز و در نتیجه تشـدید تفسـیرهای منفـی[۱۸] و کاهش کیفیـت زندگـی[۱۵،۱۶،۳۹] را در پـی دارد. بـه هـر حـال به نظر می‌رسـد ناتوانـی در پذیرش هیجانـات منفـی (طرحواره‌های منفـی) در بیمـاران مبتلا به درد مزمـن بـر تجربـه درد ذهنـی نیـز تأثیـر می‌گـذارد و تجربـه درد مزمـن را بدتر می‌کنـد[۴۰].

افـزون بـر نتیجـه ذکـر شـده در بـالا، مـدل حاضـر نشـان داد نشـانه‌های هیجانـی و طرحواره‌هـای هیجانـی افزایـش دهنـده ابعـاد شـناختی کمال‌گرایـی (سـامانه انگیزشـی سیسـتم تنظیم هیجـان) بیمـاران بـا درد مزمـن اسـت. در حمایـت از ایـن یافته حاضـر، مطالعـات دیگر نیز رابطـه نشـانه‌های خلقی/اضطرابی که بـه شـکل بی‌نظمی هیجانی و به صورت مسـتقیم و غیرمسـتقیم (بـه واسـطۀ افـکار تکرارشـوندۀ منفـی) بـا کمال‌گرایـی منفـی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

ارتبـاط معنـی‌دار دارد را نشـان داده اسـت[۴۱]. در ایـن حالـت دو نکتـه قابـل تامـل اسـت اول اینکـه بـه نظر می‌رسـد یـک چرخه معیوبـی وجـود داشـته باشـد، یعنـی شـدت کمال‌گرایـی نیـز تشـدید کننـده هیجانات منفی باشـد. به بیان دیگـر کمال‌گرایی یـک فعـال شـدن افراطی یکی از سـامانه‌های سیسـتم انگیزشـی تنظیـم هیجـان اسـت کـه بـه طـور بالقـوه منجر بـه بـروز علائم جسـمی از طریـق فشـار بیـش از حـد سیسـتم پاسـخ اسـترس می‌شـود[۴۲]. دوم اینکـه در بعضـی مطالعـات بـر خـلاف مطالعـه حاضـر، نقـش کمال‌گرایـی بـر هیجانـات پاتولوژیـک تایید شـده اسـت[۳۰]، ضمـن اینکـه ابعاد شـناختی کمال گرایی کـه می‌تواند متاثـر از تجربـه هیجانـات منفی باشـد بررسـی نشـده اسـت، اما در مطالعـه حاضـر نقش هیجانـات منفی غیرپاتولوژیک بر شـدت ابعاد شـناختی کمال‌گرایی بررسـی شـد. در واقـع می‌توان چنین اسـتنباط نمـود که هیجانات منفی که جنبـه پاتولوژیک ندارند از طریـق طرحواره‌هـای هیجانـی و افزایـش کمال‌گرایـی می‌توانند آسـیب‌زا شـوند. در مجموع در بیماران با درد مزمن، کمال‌گرایی یـک الگـوی خـاص و غیرواقعی ایجـاد می‌کند، بدیـن صورت که فعالیتهـا و اهـداف بـدون در نظـر گرفتن شـدت درد، برنامه‌ریزی و ارزیابـی می‌شـوند، در نتیجـه بیـن رسـیدن بـه اهـداف سـطح بـالا و شـدت درد کـه مانـع از انجـام فعالیـت مناسـب می‌گردد، تعـارض ایجـاد می‌شـود و این فراینـد تأثیر مسـتقیم و مثبتی بر اجتنـاب از فعالیـت در بیـن ایـن بیمـاران دارد. در شـرایط درد، کمال‌گرایـی بـه صـورت یک راهـکار مقابلـه‌ای ناسـازگارانه عمل کـرده و منجـر به تشـدید هیجانات منفـی می‌گـردد[۴۱]. افزون بر نتایـج ذکـر شـده در بـالا، مـدل حاضـر نشـان داد طرحواره‌های هیجانـی از طریـق افزایـش ابعـاد شـناختی کمال‌گرایی (سـامانه انگیزشـی سیسـتم تنظیـم هیجـان)، کیفیـت زندگی معنـوی را کاهـش داده اسـت کـه ایـن نتایـج بـا توجـه بـه تجربـه درد در بیمـاران بـا درد مزمـن اتفـاق افتـاده اسـت. هیجانـات منفـی به طـور معنـاداری بـا درد رابطـه منفـی و بـا کیفیت زندگـی رابطه مثبـت دارد و بـا میانجی‌گـری تنظیـم هیجـان، تغییـرات شـدت درد بـه طـور غیرمسـتقیم سـطح کیفیـت زندگـی را در بیمـاران مبتـلا بـه اختـلال درد تعییـن می‌کنـد[۳۸]. در ایـن راسـتا در مطالعـه عربی و باقـری[۲۳] نقش میانجی‌گـری راهبردهای تنظیم هیجـان در تبییـن شـدت درد و کیفیـت زندگـی تاییـد شـد. کمال‌گرایـی نوعـی افراط گری در فعال شـدند سـامانه انگیزشـی سیسـتم تنظیمـی هیجان اسـت، ارتبـاط سـاختاری کمال‌گرایی و بـی نظمـی هیجانـی تاییـد شـده اسـت[۴۳]، لـذا در خصـوص این سسـیتم انگیزشـی تنظیـم هیجـان، در مطالعـات رابطه بین کمال‌گرایـی و درد مزمـن در جهـت کیفیـت زندگـی تایید شـده است[۲۹].

یافته‌هـای ایـن پژوهـش نشـان داد نشـانه‌های هیجانـی و طرحواره‌هـای هیجانـی نمی‌توانـد مسـتقیم در کاهـش کیفیـت زندگـی مؤثـر باشـند، بلکـه از طریـق فعال‌سـازی کمال‌گرایـی ایـن تأثیـر اتفـاق می‌افتـد، ایـن یافتـه می‌توانـد کاربـرد بالینـی داشـته باشـد، لـذا توصیـه می‌شـود در روان‌درمانـی بیمـاران دارای درد مزمـن بـه ایـن فراینـد توجـه شـود. افزون بـرآن افت کیفیـت زندگـی معنـوی بـا آسـیب‌هایی همـراه اسـت، چـرا که باورهـا و اعمـال معنـوی و مذهبـی، افـق دیـد افراد را گسـترش می‌دهنـد، نگرانی‌هـای وجـودی را کاهـش می‌دهـد و منجـر بـه افزایـش کیفیـت زندگـی و سـلامت روان می‌گـردد[۶]. عـلاوه بـر آن معنویـت، دیـن و اعتقـادات می‌توانـد بـه عنـوان اسـتراتژی مقابلـه‌ای سـازگارانه بـه بیمـاران کمـک می‌کنـد تـا خـود را بـا مشـکلات زندگـی و بیماری‌هـای صعب‌العـلاج و دشـوار سـازگار کننـد[۴۴]. از طرفـی چـون تنظیـم هیجـان نقـش کلیـدی در سـازگاری طولانـی مدت بـا اختلال درد ایفـا می‌کنـد[۲۳] و نتایج نیـز نشـان داده‌انـد معنویـت و زمینه‌های کیفیت زندگـی به طور بالقـوه تحـت تأثیـر تنظیـم هیجانـی قـرار دارد[۴۵]. بنابرایـن بـه محققـان و متخصصـان در تیم‌هـای بیـن رشـته‌ای کـه از افـراد مبتـلا بـه درد مزمـن مراقبـت می‌کننـد، توصیـه می‌شـود بـرای ارزیابـی وضعیـت معنـوی در بیمـاران بـا درد مزمـن اقـدام کنند و بـا اسـتفاده از مداخـلات مبتنـی بـر طرحواره‌هـای هیجانـی و مداخـلات شـناختی کمال‌گرایی، ارتقـای معنویـت را در بیماران بـا درد مزمـن موجـب شـوند. بـا ایـن حـال ایـن پژوهـش بـا محدودیت‌هایـی همـراه بـود از جملـه مقطعـی بـودن مطالعـه، عـدم انتخـاب تصادفـی و خـود گزارشـی بـوده پرسشـنامه‌ها که در تعمیـم نتایـج بایـد احتیـاط کـرد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

نتیجه‌گیری

در مجموع با توجه به برازش 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 دراین 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 منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

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, Faghih, 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, Kocatürk 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]

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 Raahe 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].

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-12]