



Designing a Conceptual Model of Mood and Anxiety Symptoms with Quality of Life and Pain Outcomes in Patients with Chronic Back Pain: The Mediating Role of Emotional Schemas and Self-Compassion

Faranak Ardalani Farsa¹, Fatemeh Shahabizadeh^{2*}, Seyyad 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, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

3- Professor, Department of Anesthesia, Pain Fellowship, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Department of Anesthesia, Pain Fellowship, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding author: Fatemeh Shahabizadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email: f_shahabizadeh@yahoo.com

Received: 5 April 2023

Accepted: 12 June 2023

Abstract

Introduction: Various psychological factors, including mood and anxiety symptoms, can affect pain outcomes and quality of life. Therefore, the aim of the present study was to design a conceptual model of mood and anxiety symptoms with quality of life and pain outcomes in patients with chronic back pain and the mediating role of emotional schemas and self-compassion.

Methods: The research method of the present study is descriptive-correlation. The statistical population consisted of women and men aged 30-50 with chronic back pain and referred to pain clinics in Akhtar, Labbafinezhad and Imam Hossein (AS) hospitals in Tehran in 2019-2020. 400 people were selected by purposeful and convenience sampling method considering the entry and exit criteria. Data collection instruments are demographic questionnaire, "Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire", "World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)", "Consequences of Pain Questionnaire" and "Self-Compassion Scale- Short Form". The construct validity of the instruments was checked and confirmed by confirmatory factor analysis method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data analysis was done in SPSS. 21 and LISREL 8.8.

Results: The model showed a favorable fit, mood and anxiety symptoms have a direct, positive and significant correlation with the increase in emotional schemas ($P < 0.05$). Emotional schemas have a direct, negative and significant correlation with the reduction of self-compassion ($P < 0.05$). Also, mood and anxiety symptoms have an indirect, positive and significant correlation with the increase in pain outcomes and a negative and significant indirect correlation with the decrease in quality of life ($P < 0.05$).

Conclusions: Results supported the mediation of self-compassion between emotional symptoms and emotional schemas with pain outcomes and quality of life. Therefore, it is suggested to use the findings of the present study in treatment programs.

Keywords: Consequences of Pain, Self-Compassion, Mood Symptoms, Emotion Schema, Quality of Life.



طراحی الگوی مفهومی نشانه های خلقی و اضطرابی با کیفیت زندگی و پیامدهای درد در بیماران با کمردرد مزمن: نقش میانجی طرحواره های هیجانی و شفقت به خود

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

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۳- استاد، گروه بیهوشی، فلوشیپ درد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه بیهوشی، فلوشیپ درد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه شهبابی زاده، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
f_shahabizadeh@yahoo.com ایمیل:

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۲۴

چکیده

مقدمه: عوامل روانشناختی مختلفی از جمله علائم خلق و خو و اضطراب می‌توانند بر پیامدهای درد و کیفیت زندگی تأثیر بگذارند. لذا هدف پژوهش حاضر طراحی الگوی مفهومی نشانه های خلقی و اضطرابی با کیفیت زندگی و پیامدهای درد در بیماران با کمردرد مزمن و نقش میانجی طرحواره های هیجانی و شفقت به خود انجام شد.

روش کار: روش پژوهش مطالعه حاضر توصیفی- همبستگی می‌باشد. جامعه آماری عبارت از زنان و مردان ۳۰-۵۰ ساله دارای کمردرد مزمن و مراجعه کننده به کلینیک‌های درد در بیمارستان‌های اختر، لبافی‌نژاد و امام حسین (ع) شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۹ بودند. تعداد ۴۰۰ تن با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج با روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه جمعیت شناختی، «پرسشنامه نشانه های خلقی و اضطرابی» (Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire)، «ارزیابی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-فرم کوتاه» (World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-))، «پرسشنامه پیامد های درد» (Consequences of Pain Questionnaire) «پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره‌های هیجانی» (BREF)، «پرسشنامه پیامد های درد» (Consequences of Pain Questionnaire) «پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره‌های هیجانی» (BREF Short Form Self-Compassion)، «مقیاس شفقت به خود-فرم کوتاه» (Short Form of Emotional Schemas Questionnaire) (Scale) بود. روایی سازه ابزارها به روش تحلیل عامل تاییدی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بررسی و تایید شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزارهای اس پی اس نسخه ۲۱ و لیزرل نسخه ۸/۸ انجام شد.

یافته‌ها: الگوی برآزش مطلوبی را نشان داد، نشانه‌های خلقی و اضطرابی با افزایش طرحواره‌های هیجانی همبستگی مستقیم، مثبت و معنادار دارد ($P < 0/05$)، طرحواره‌های هیجانی با کاهش شفقت به خود همبستگی مستقیم، منفی و معنادار دارد ($P < 0/05$). همچنین نشانه‌های خلقی و اضطرابی از طریق افزایش طرحواره‌های هیجانی و کاهش شفقت به خود با افزایش پیامدهای درد همبستگی غیرمستقیم، مثبت و معنادار و کاهش کیفیت زندگی همبستگی غیرمستقیم، منفی و معنادار دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج از میانجی‌گری شفقت به خود بین نشانه‌های هیجانی و طرحواره‌های هیجانی با پیامدهای درد و کیفیت زندگی حمایت کرد. لذا پیشنهاد می‌شود، از یافته‌های مطالعه حاضر در برنامه های درمانی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: پیامدهای درد، شفقت به خود، نشانه‌های خلقی، طرحواره هیجان، کیفیت زندگی.

مقدمه

از سال ۱۹۷۹ واژه کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مراقبت‌های بهداشتی مطرح و وارد ادبیات علمی شده است. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را تصورات افراد از موقعیت خود در زندگی تعریف می‌کند. طبق این تعریف، سهم عمده شاخص بالا یا پایین بودن کیفیت زندگی افراد مربوط به عوامل جسمی، روانشناختی، معنوی و درک اختصاصی افراد از کیفیت زندگی خود (با ابعاد ذکر شده) در یک شرایط خاص می‌باشد (۱). در این راستا، کیفیت زندگی و کیفیت زندگی معنوی، تحت تأثیر سلامت فیزیکی فرد، وضعیت روانشناختی، میزان عدم وابستگی، ارتباطات اجتماعی و ارتباط آن‌ها با عوامل محیطی قرار می‌گیرد (۲،۳).

گاهی افراد درد مزمن (chronic pain) را تجربه می‌کنند، دردهایی که علت مشخصی ندارد، بیش از ۳ ماه طول می‌کشد و معمولاً داروهای متداول بر روی آن تأثیری ندارد (۴،۵). درد، فعالیت‌های روزانه را کاهش داده و با ناتوانی‌های جسمی و روانشناختی همراه است (۵،۶) و بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار می‌باشد (۷،۶). در این راستا مطالعات نشان داده است که عوامل روانشناختی از پیامدها و علل درد مزمن است (۹،۸). نقش پیامدهای درد در چگونگی ادراک روانی درد غیرقابل اجتناب است، نتایج پژوهشی نشان داده است که بین درد و کیفیت زندگی بیماران ارتباط وجود دارد و تجربه درد مزمن می‌تواند با رنج و محدودیت‌های جسمی، عاطفی، اجتماعی و عملکرد شغلی گسترده‌ای همراه و منجر به کاهش کیفیت زندگی شود (۳). بیماران مبتلا به درد مزمن معمولاً هیجانات منفی و پریشانی عاطفی، افسردگی، آشفتگی در روابط بین فردی، خستگی و کاهش کارکردهای فیزیکی و روانشناختی را تجربه می‌کنند (۱۰) که می‌تواند اثر منفی بر درمان‌های جسمانی داشته که منجر به افزایش مدت درد و شدت درد می‌گردد (۱۲، ۱۱). لذا با توجه به اهمیت بالقوه بعد عاطفی و هیجانات در ادراک درد، سازه احساسات در نظری و عمل نیز باید ادغام شود (۱۰). در «الگوی شناختی» (Cognitive Model) فرض بر این است که ارزیابی موقعیت و فرایندهای شناختی، تبیین‌کننده هیجان است و هیجان می‌تواند ناشی از ارزیابی شناختی باشد. Leahy بیان می‌کند که ساختارهای شناختی (cognitive structures)، در ساخت فعالانه ادراک و تجربه موثر هستند و تجارب هیجانی برآیند این فعالیت می‌باشد

(۱۳). اما در طرحواره‌های هیجانی (emotional schemas) این رابطه معکوس است و اعتقاد بر این است که آنچه باعث اتخاذ راهبردهای مؤثر و یا غیرمؤثر در مواجهه با شرایط تنش‌زا و بیماری می‌شود، تأثیر هیجانات منفی بر فرایندهای شناختی است، «نظریه طرحواره» (Schema Theory) بر این باور است که طرحواره‌ها خاستگاه آغازین پردازش است و افراد با توجه به طرحواره‌های هیجان، در مفهوم‌سازی خود در پاسخ به هیجانات تفاوت دارند (۱۴). بدین صورت که طرحواره‌های هیجانی (ارزیابی شناختی هیجانات منفی) می‌تواند در شکل‌گیری بیماری و تداوم آن تأثیر بسیاری داشته باشد در این راستا، یافته‌ها نشان داده است نشانه‌های هیجانی منفی با طرحواره‌های هیجانی منفی (۱۵) و سبک‌های فراشناختی هیجان با پیامدهای درد همبستگی مثبت و معنادار (۱۶) و با کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنادار دارد (۱۱). افزون بر آن پیامدهای درد و کیفیت زندگی تحت تأثیر تنظیم هیجانی قرار می‌گیرند (۱۰). لذا مساله قابل تامل چگونگی تأثیر پیامد طرحواره‌های هیجانی بر پیامدهای درد است.

فعالیت مغز شامل حداقل ۳ سیستم عمده تنظیم هیجان می‌باشد: سیستم تهدید و حفاظت از خود (سیستم دفاعی)، سیستم برانگیختگی، جستجوی منبع و مشوق (سیستم انگیزشی) و سیستم تسکین، رضایت و امنیت (سیستم تسکین دهنده) (۱۷). شفقت به خود (self-compassion) در سیستم تسکین دهنده قرار دارد (۱۸). شفقت به خود، مراقبت و دلسوزی نسبت به خود در زمان‌های دشوار است که بر رفتار آدمی تأثیر دارد و به عنوان روش مقابله‌ای مفید باعث می‌شود سیستم‌های تنش فعال نشوند (۱۹). مطالعات نیز نشان داده است که افراد مشفق، سطوح پایین هیجان‌های منفی را گزارش می‌دهند (۲۰) که بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر مثبتی دارد (۲۱). شفقت به خود به عنوان یک راهبرد های تنظیم هیجان ضروری است زیرا افراد با شفقت به خود، ممکن است تجارب منفی را لحظه به لحظه، کنترل پذیرتر از سایر افراد ارزیابی می‌کنند، و این به طور بالقوه می‌تواند به عنوان بازدارنده و محافظی در برابر فعال سازی طرحواره‌های منفی مرتبط باشد (۲۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاهش شفقت به خود با درد مزمن (۲۳، ۲۴) و کاهش کیفیت زندگی (۵، ۲۵-۲۷) مرتبط است.

به نظر می‌رسد، پژوهش‌های ذکر شده اهمیت تنظیم هیجان را تایید کرده‌اند، اما این مطالعات بر روی بیماران

فقدان لذت (anhedonia) به عنوان ویژگی اختصاصی افسردگی و برانگیختگی اضطراب، (anxious arousal) به عنوان ویژگی اختصاصی اضطراب در نظر گرفته شده است. برای هر مولفه ۱۰ عبارت در نظر گرفته شده است. عبارت های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ می‌سینند. عبارت های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ برانگیختگی اضطراب را در بر می‌گیرد. عبارت های این ۲ مولفه به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. ۱۰ عبارت مربوط به فقدان لذت شامل عبارت های ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰ که به صورت عاطفه مثبت مطرح شده، دارای نمره‌گذاری معکوس است. عبارت ها در یک لیکرت ۵ درجه ای از به هیچ وجه (۱) تا بسیار زیاد (۵) قرار می‌گیرند. حداقل نمره ۳۰ و حداکثر نمره ۱۵۰ می‌باشد. نمره بالاتر از ۹۰ نشان‌دهنده نشانه های خلقی و اضطرابی زیاد است و نمره کمتر از ۹۰ نشان‌دهنده نشانه های خلقی و اضطرابی کم است. نمره ۳۰ تا ۶۰ نشانه های خلقی و اضطرابی خیلی کم، نمره ۶۱ تا ۹۰ نشانه های خلقی و اضطرابی کم، نمره ۹۱ تا ۱۲۰ نشانه های خلقی و اضطرابی زیاد، نمره ۱۲۱ تا ۱۵۰ نشانه های خلقی و اضطرابی خیلی زیاد را نشان می‌دهد (۲۹). «پرسشنامه نشانه های خلقی و اضطرابی» بر روی ۲ گروه جداگانه، ۱۴۶۱ تن از افراد با تشخیص اضطراب، جسمی و یا افسردگی و ۲۴۷۱ تن از آزمودنی‌های بدون تشخیص اضطراب، جسمی و یا افسردگی در کشور هلند انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی آن بررسی و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در ۱۴۶۱ بیمار دارای تشخیص اضطراب، جسمی و یا افسردگی، ۰/۸۷ و ۲۴۷۱ تن از آزمودنی‌های بدون تشخیص روانپزشکی ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۹).

Lin و همکاران در مطالعه ای بر روی ۱۴۷ نوجوان افسرده مراجعه کننده به مراکز مشاوره جهت درمان در استرالیا انجام دادند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «پرسشنامه نشانه های خلقی و اضطرابی» بررسی و هر ۳ عامل تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، ۰/۹۲ گزارش شد (۳۰).

در ایران ایزدی و همکاران «پرسشنامه نشانه های خلقی و اضطرابی» را بر روی ۲۰۳ تن از دانشجویان شهر تهران بررسی کردند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی

غیر از بیماران مبتلا به درد مزمن انجام شده است. از سویی دیگر، نکته قابل تأمل، نقش آسیب‌پذیری سیستم تسکین دهنده (شفقت به خود) بدتنظیمی هیجان بر پیامدهای درد و کیفیت زندگی است که در مطالعات مذکور به آن توجه نشده است. لذا مطالعه حاضر با هدف طراحی الگوی مفهومی نشانه های خلقی و اضطرابی با کیفیت زندگی و پیامدهای درد در بیماران با کم‌درد مزمن و نقش میانجی طرحواره های هیجانی و شفقت به خود انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی می‌باشد. در این پژوهش جامعه آماری را کلیه زنان و مردان ۳۰ تا ۵۰ ساله دارای کم‌درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک‌های درد در بیمارستان‌های اختر، لبافی‌نژاد و امام حسین (ع) شهر تهران در ماه‌های اسفند ۱۳۹۸ تا شهریور ۱۳۹۹ تشکیل دادند. Kline عنوان می‌کند، برای هر متغیر پنهان، حداقل ۲۰ تن نمونه باید در نظر گرفت. البته در نظری دیگر به ازای هر ۲ متغیر مکنون ۱۰۰ تن لازم است (۲۸) که با توجه به ۷ متغیر مکنون و با احتمال ریزش، ۴۰۰ تن مناسب است. بنابراین، تعداد نمونه پژوهش حاضر، با در نظر گرفتن ۵ درصد ریزش نمونه ۴۰۰ تن با یک بار نمونه‌گیری و با روش نمونه‌گیری دردسترس و با توجه به ملاک های ورود انتخاب شدند.

معیارهای ورود شامل: سن آزمودنی‌ها ۳۰ تا ۵۰ سال، وجود حداقل ۶ ماه کم‌درد علیرغم دریافت درمان، تشخیص کم‌درد مزمن توسط پزشک، وجود پرونده پزشکی در کلینیک درد، عدم وجود علایم خطر همزمان مانند وجود نقص‌های نورولوژیک و نظایر آن بود. معیارهای خروج نیز شامل: عدم رضایت جهت ادامه همکاری و پاسخگویی ناقص به ابزارها بود. داده‌ها با ابزارهای زیر جمع‌آوری شد.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سوالاتی در مورد جنسیت، سن، تحصیلات بود.

«پرسشنامه نشانه های خلقی و اضطرابی» (Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire) توسط Wardenaar و همکاران در کشور هلند و در سال ۲۰۱۰ ساخته شد و دارای ۳۰ عبارت است و روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی، ۳ عامل را نشان داد. پریشانی عمومی (general distress) به عنوان ویژگی مشترک اضطراب و افسردگی،

جمهوری چک، دانمارک، استونی، فرانسه، آلمان، هنگ کنگ، مجارستان) انجام شد و مقدار ۰/۸۶ گزارش کردند (۳۳).

در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان «ارزیابی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه» که در ۱۵ مرکز بین المللی این سازمان که بر روی ۴۸۰۰ تن از زنان و مردان با فرهنگ‌های مختلف انجام شد، روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «ارزیابی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه» تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی فوق، ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۴).

در ایران نجات و همکاران، ۲ پرسشنامه فرم کوتاه و فرم بلند «ارزیابی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» را به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش کرده اند. پرسشنامه بر روی ۱۱۶۷ تن از مردم تهران انجام شد و جهت بررسی روایی سازه به روش روایی همگرا، همبستگی ۲ پرسشنامه بررسی شد که میزان آن ۰/۷۰ را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، ۰/۸۳ گزارش شده است (۳۵). «پرسشنامه پیامد های درد» (Consequences of Pain Questionnaire) توسط Clark و همکاران در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۳ ساخته شد و بر روی ۵۹۷ تن از کهنه سربازان مجروح جنگی مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه شامل ۲۰ عبارت است که در یک طیف لیکرت ۱۰ درجه ای از گزینه صفر (اصلا) و گزینه ۱۰ (همیشه) قرار می گیرد (۳۶). عبارت ۱ در مورد زمان اجرای پرسشنامه (تاریخ، ماه و سال) است و جزو عبارات پرسشنامه برای نمره گذاری نمی باشد. عبارت ۲ شدت درد (intensity of pain)، عبارت های ۳، ۴، ۵ و ۶ تحرک (mobility)، عبارت های ۷، ۸، ۹، ۱۰ فعالیت های روزانه (daily activities)، عبارت های ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ عاطفه منفی (negative emotion) را می سنجد. همچنین عامل سرزندگی (vitality) شامل عبارت ها ۱۲، ۱۳ و ۱۴ است و عامل ترس از درد (fear of pain) با عبارت های ۱۷ و ۱۸ سنجیده می شود (۳۶). حداقل و حداکثر نمره بین صفر تا ۱۹۰ می باشد. نمره صفر تا ۴۷ پیامد درد پایین، نمره ۴۸ تا ۹۵ پیامد درد متوسط، نمره ۹۶ تا ۱۴۳ پیامد درد بالا، نمره ۱۴۴ تا ۱۹۰ پیامد درد خیلی بالا را نشان می دهد. Clark و همکاران در مطالعه خود روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «پرسشنامه پیامد های درد» را بررسی و عامل ها تایید

بررسی و تایید گردید. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ آن در نمونه فوق، ۰/۹۱ گزارش شد (۳۱). در مطالعه ای دیگر عابر و موسوی مطالعه خود را بر روی ۳۰۰ تن از بزرگسالان در شهر کرج انجام دادند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «پرسشنامه نشانه های خلقی و اضطرابی» بررسی و تایید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی فوق، ۰/۹۱ محاسبه گردید (۳۲).

«ارزیابی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه» (The World Health Organization Quality of Life Assessment WHOQOL-BREF) از روی «فرم بلند پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت» با ۱۰۰ عبارت در (آرژانتین، تایلند، هند، استرالیا، پاناما، آمریکا، هلند، ژاپن، زیمباوه، برزیل، چین) در سال ۲۰۰۲ ساخته شد (۳۳). ابزار دارای ۲۶ عبارت است. روایی سازه به روش تحلیل عاملی بررسی و ۴ عامل مشخص شد که عبارت اند از: عامل سلامت جسمی (physical health) شامل عبارت های ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، سلامت روانشناختی (psychological health) شامل عبارت های ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶. روابط اجتماعی (social relationships) شامل عبارت های ۲۰، ۲۱، و محیط اجتماعی (social environment) شامل عبارت های ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵ است. ۲ سوال اول به هیچ یک از مولفه ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند. عبارت های ۳، ۴ و ۲۶ دارای نمره گذاری معکوس هستند. بنابراین، ابزار در مجموع ۲۶ عبارت دارد. برای نمره گذاری لیکرت ۵ گزینه ای وجود دارد که نمره گذاری از ۱ تا ۵ صورت می گیرد. در کل حداقل و حداکثر نمره بین ۲۶ تا ۱۳۰ می باشد. نمره ۲۶ تا ۵۲ کیفیت زندگی خیلی پایین، نمره ۵۳ تا ۷۸ کیفیت زندگی پایین، نمره ۷۹ تا ۱۰۴ کیفیت زندگی متوسط، نمره ۱۰۵ تا ۱۳۰ کیفیت زندگی بالا را نشان می دهد. این ابزار به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده که در کشورهای مختلف برای اندازه گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می شود. گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت، این ابزار را یک مقیاس بین فرهنگی (cross cultural) می داند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۸۲۹۴ تن از دانشجویان دانشگاه در کشورهای مختلف (آرژانتین، استرالیا، برزیل، بلغارستان، کانادا، چین، کرواسی،

گزارش شد (۴۰).

در مطالعه‌ای دیگر Velázquez-Jurado همکاران در کشور مکزیک در سال ۲۰۱۹ بر روی ۲۸۹ تن از جمعیت عمومی بزرگسال در محدوده سنی ۱۸ تا ۷۰ سال انجام دادند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی، عامل‌ها تایید کرد. روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره های هیجانی» با «مقیاس های اضطراب بک (Beck's Anxiety Scale) و افسردگی بک (Beck's Depression Scale) انجام و مقدار همبستگی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۲ گزارش شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، ۰/۸۵ گزارش کردند (۴۱). Faustino و همکاران در کشور پرتغال در سال ۲۰۲۰، مطالعه‌ای با استفاده از «پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره های هیجانی» بر روی ۲۵۰ دانشجوی مقطع کارشناسی رشته علوم روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه Lisbon در پرتغال انجام دادند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی، عامل‌ها را تایید کرد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه فوق، ۰/۸۸ گزارش کردند (۴۲).

سلامی و همکاران «پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره های هیجانی» را روی ۶۱۳ دانشجوی در شهر تهران استفاده کردند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی بررسی و ۲ عامل تایید شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه فوق، ۰/۸۹ گزارش کردند (۴۳). هرمزی و همکاران در سال ۲۰۲۲ در مطالعه‌ای در ایران بر روی ۲۴۴ مادر خانه دار داوطلب انجام دادند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «پرسشنامه طرحواره های هیجانی» بررسی و عامل‌های آن تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی فوق، ۰/۸۹ گزارش شد (۴۴).

«مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه» (Short Form -Self- Compassion Scale) توسط Raes و همکاران در کشور بلژیک در سال ۲۰۱۱ ساخته شد که شامل ۱۲ عبارت است. این ابزار ۶ زیر مقیاس دارد و هر کدام ۲ عبارت دارند. عبارت های ۱ و ۹؛ همانند سازی افراطی (over-identification)، عبارت های ۲ و ۶؛ مهربانی با خود (self-kindness)، عبارت های ۳ و ۷؛ ذهن آگاهی (mindfulness)، عبارت های ۴ و ۸؛ انزوا (isolation)، عبارت های ۵ و ۱۰؛ مشترکات انسانی (common humanity)، عبارت های ۱۱ و ۱۲؛ قضاوت در

شدند. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی فوق، ۰/۸۸ را گزارش کردند (۳۶). در مطالعه‌ای دیگر Mukhdomi و همکاران در سال ۲۰۲۲ در کشور امریکا، «پرسشنامه پیامد های درد» بر روی ۱۱۲ تن از کهنه سربازان جنگی بررسی کردند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی، عامل‌ها را تایید کرد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، ۰/۸۰ گزارش شد (۳۷).

در مطالعه‌ای حقیقت و همکاران در سال ۱۳۹۰ در شهر اصفهان «پرسشنامه پیامد های درد» بر روی ۲۴۹ بیمار مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس انجام دادند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی بررسی و عامل‌ها تایید شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، ۰/۸۰ گزارش شد (۳۸). در مطالعه‌ای دیگر، نویدزاده در سال ۱۴۰۰ در شهر نیشابور مطالعه ای بر روی ۸۰ تن از بیماران مبتلا به سرطان انجام داد. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «پرسشنامه پیامد های درد» بررسی و عامل‌ها تایید شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، ۰/۹۲ گزارش شد (۳۹).

«پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره های هیجانی» (Short Form of Emotional Schemas Questionnaire) توسط Suh و همکاران در کشور کره جنوبی در سال ۲۰۱۹ ساخته شد (۴۰). این پرسشنامه بر روی ۱۴۷۸ تن از دانشجویان کشور کره جنوبی انجام شد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه وجود عامل ارزشیابی منفی هیجانات (negative evaluation of emotions) و پاسخ به هیجان (response to excitement) را تایید کرد. این ابزار ۱۰ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه ای از، در مورد من خیلی نادرست است (۱) تا در مورد من خیلی درست است (۶) قرار دارد. عبارت های ۱ تا ۵ عامل ارزشیابی منفی هیجانات و عبارت های ۶ تا ۱۰ عامل پاسخ به هیجان را تشکیل می‌دهند. هرچه نمره در این مقیاس بیشتر باشد، فرد طرحواره های منفی بیشتری را دارد. حداقل و حداکثر نمره بین ۱۰ تا ۶۰ می‌باشد. نمره ۱۰ تا ۲۷ طرحواره هیجانی منفی پایین، نمره ۲۸ تا ۴۴ طرحواره هیجانی منفی متوسط، نمره ۴۵ تا ۶۰ طرحواره هیجانی منفی بالا را نشان می‌دهد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، برای کل پرسشنامه، ۰/۸۷

بهداشت - فرم کوتاه»، «پرسشنامه نشانه های خلقی و اضطرابی» و «پرسشنامه شفقت به خود- فرم کوتاه» بررسی و عامل های آن تایید گردید. بعلاوه، در مطالعه حاضر، «پرسشنامه پیامد های درد» و «پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره های هیجانی» از انگلیسی به فارسی و مجدداً از فارسی به انگلیسی ترجمه شد (۴۷) و روایی ترجمه و صوری آن تایید گردید. ابتدا ترجمه پرسشنامه از زبان اصلی به زبان فارسی انجام شد، ترکیب و تلفیق ترجمه های اولیه به یک ترجمه واحد صورت گرفت. برگرداندن نسخه نهایی ترجمه شده از زبان فارسی به زبان اصلی انجام شد و بازنگری نسخه ترجمه شده از زبان فارسی به زبان اصلی صورت گرفت. در گام بعدی، جهت بررسی روایی صوری، نظر ۵ تن از صاحب نظران و متخصصان روانشناسی در مورد پرسشنامه ترجمه شده دریافت شد. همچنین روایی سازه پرسشنامه های فوق با روش تحلیل عامل تاییدی بررسی و عامل های آن تایید گردید.

همچنین پایایی «پرسشنامه پیامد های درد»، «پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره های هیجانی»، «پرسشنامه نشانه های خلقی و اضطرابی»، «ارزیابی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - فرم کوتاه» و «پرسشنامه شفقت به خود، فرم کوتاه» به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه ای متشکل از ۴۰۰ نفر از زنان و مردان ۳۰ تا ۵۰ ساله دارای کمردرد مزمن، بترتیب ۰/۸۶ و ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ۰/۸۰ و ۰/۷۱ محاسبه گردید.

جهت گردآوری آوری داده ها، مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند و کد اخلاق از دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد واحد بیرجند دریافت شد. سپس هماهنگی های لازم با مسئولین کلینیک های درد در بیمارستان های اختر، لبافی نژاد و امام حسین (ع) جهت اجرای پرسشنامه ها انجام شد. پس از کسب رضایت از شرکت کنندگان به منظور شرکت در پژوهش، با ارائه توضیحات لازم در خصوص ماهیت پژوهش و نحوه تکمیل آن، ابزارها به آن ها ارائه و خواسته شد تا پرسشنامه ها را تکمیل نمایند.

لازم به ذکر است با توجه به این که جامعه مورد نظر دارای کمر درد مزمن بودند و احتمال این وجود داشت که درگیر خستگی ناشی از پر کردن پرسشنامه قرار بگیرند، نیمی از پرسشنامه ها قبل از معاینه پزشک و نیمی پس از معاینه پزشک، توسط بیماران و با نظارت پژوهشگر اول مقاله

مورد خود (self-judgment) را شامل می شوند که در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می گیرند. برای عبارت های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ نمره دهی معکوس از ۱ (تقریباً همیشه) تا ۵ (تقریباً هرگز) و برای عبارت های ۲، ۳، ۵، ۶، ۷ و ۱۰ نمره دهی بصورت ۱ (تقریباً هرگز) و ۵ (تقریباً همیشه) انجام می شوند. حداقل نمره فرد ۱۲ و حداکثر ۶۰ می باشد. نمره بالاتر از ۳۶ نشان دهنده شفقت به خود، بالاست و نمره پایین تر از ۳۶ نشان دهنده شفقت به خود، پایین است. نمره ۱۲ تا ۲۴ شفقت به خود خیلی پایین، نمره ۲۵ تا ۳۶ شفقت به خود پایین، نمره ۳۷ تا ۴۸ شفقت به خود بالا، نمره ۴۹ تا ۶۰ شفقت به خود خیلی بالا را نشان می دهد. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی روی ۲۷۱ تن از دانشجویان هلندی زبان دانشگاه بلژیک بررسی شد و عامل ها تایید شد. همچنین روایی سازه به روش روایی همگرا فرم بلند «مقیاس شفقت به خود» و فرم کوتاه این مقیاس، ۰/۹۷ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه فوق، ۰/۸۶ گزارش شد (۱۹). در مطالعه ای دیگر Brophy و همکاران در سال ۲۰۱۹ در کشور آلمان، پژوهشی روی ۲۲۵۳ تن از مردان و زنان بزرگسال انجام دادند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «پرسشنامه شفقت به خود- فرم کوتاه» تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق، ۰/۹۱ گزارش شد (۲۱).

در ایران نیز خانجانی و همکاران در سال ۱۳۹۵، مطالعه خود را روی ۲۱۰ تن از دانشجویان دانشگاه در شهر تهران انجام دادند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «پرسشنامه شفقت به خود- فرم کوتاه» بررسی و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق، ۰/۷۱ گزارش کردند (۴۵). شهبازی و همکاران در سال ۱۳۹۴ مطالعه ای روی ۱۷۸ تن از زندانیان شهر اهواز انجام دادند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «پرسشنامه شفقت به خود- فرم کوتاه» بررسی و عامل ها تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق، ۰/۹۱ گزارش کردند (۴۶).

در مطالعه حاضر که بر روی ۴۰۰ تن زن و مرد دارای درد کمر مزمن در شهر تهران انجام شده است، روایی و پایایی ابزار های پژوهش بررسی شد. روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی «ارزیابی کیفیت زندگی سازمان جهانی

فرانک اردلانی فرسا و همکاران

متغیرها، استفاده شد و پس از نرمال شدن داده‌ها، تحلیل داده‌ها در ۲ سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح آمار توصیفی، از شاخص‌های آماری فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی از روش الگوی معادلات ساختاری (Structural Equation Model) بهره گرفته شد. در نهایت، تحلیل داده‌ها در نرم افزارهای آماری اس پی اس نسخه ۲۱ و لیزرل نسخه ۸/۸ انجام گردید.

یافته‌ها

نتایج جمعیت شناختی نشان داد ۱۷۲ تن (۴۳ درصد) از آزمودنی‌ها مرد و ۲۲۸ تن زن (۵۷ درصد) بودند و کمترین میزان تحصیلات متعلق به تحصیلات زیر دیپلم با ۲۳ تن (۵/۸ درصد)، دیپلم ۱۰۴ تن (۲۶ درصد)، کارشناسی ۸۴ تن (۲۱ درصد)، کارشناسی ارشد ۴۸ تن (۱۲ درصد)، و بیشترین میزان تحصیلات مربوط به مقطع کاردانی با ۱۳۴ تن (۳۳/۵ درصد) بود. بیشتر آزمودنی‌ها در سنین ۴۶-۵۰ سال با ۱۳۷ تن (۴۳/۲۵ درصد)، سنین ۴۱-۴۵ سال با ۸۵ تن (۲۱/۲۵ درصد)، سنین ۳۰-۳۵ سال با ۱۰۳ تن (۲۵/۷۵ درصد) و کمترین آزمودنی‌ها در رده سنی ۳۶-۴۰ سال (۱۸/۷۵ درصد) را شامل شد. در ادامه به بررسی میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی پرداخته شده است:

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
نشانه‌های هیجانی	۲/۴۶	۰/۲۳	-۱/۰۱۶	۱/۳۹۷
طرحواره‌های هیجانی	۲/۳۱	۰/۴۶	-۰/۰۱۲	۱/۳۷۹
شفقت به خود	۳/۴۱	۰/۴۳	۱/۳۲۴	۱/۲۱۱
پیامدهای درد	۵/۴۲	۱/۱۵	-۱/۴۰۷	۱/۴۳۲
کیفیت زندگی	۳/۳۸	۰/۲۲	۱/۸۵۵	۱/۵۶۷

است، نسبت ضریب به خطای چولگی و کشیدگی با توجه به مقادیر بدست آمده از ۲ کمتر است در نتیجه توزیع داده‌های پژوهش از وضعیت نرمال برخوردار می باشد. در ذیل روابط همبستگی بین متغیرهای پژوهش آورده شده است (جدول ۲).

حاضر، در بیمارستان‌های اختر، لبافی‌نژاد و امام حسین (ع) تکمیل گردید. پرسشنامه جمعیت شناختی ابتدا (قبل از معاینه پزشک) توسط بیمار پر می‌شد. تمام پرسشنامه بدون اولویت در ارائه و ترتیب مشخص به آزمودنی‌ها ارائه شد و تمام آزمودنی‌ها به تمام پرسشنامه‌ها پاسخ دادند اما ترتیب آرایه پرسشنامه‌ها برای همه آزمودنی (قبل از معاینه پزشک و پس از معاینه پزشک) یکسان نبود.

در پایان پرسشنامه‌ها در حین جمع‌آوری از نظر عدم پاسخ دهی در تکمیل بررسی شد تا جهت کنار گذاشتن پاسخننامه های ناقص اقدام شود. اجرای پرسشنامه بر روی ۴۲۳ آزمودنی واجد شرایط اجرا گردید، تعداد ۲۳ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن و مخدوش بودن از پژوهش کنار گذاشته شد و تعداد ۴۰۰ پرسشنامه وارد تحلیل شد.

با توجه به اهمیت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بدین صورت بود که به شرکت‌کنندگان، تاکید شد نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه نبوده و اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه حفظ شده و در جایی گزارش نخواهد شد. جهت شرکت در پژوهش، رضایت کامل داشته باشند همچنین تمامی شرکت‌کنندگان این پژوهش، فرم رضایت‌نامه را قبل از انجام پژوهش، امضا کردند.

فرض طبیعی بودن داده‌ها با مقادیر چولگی و کشیدگی بررسی شد. به دلیل عدم نرمالیتی از تبدیل داده‌ها در همه

مطابق با اطلاعات جدول ۱، فرض طبیعی بودن داده‌ها با مقادیر چولگی و کشیدگی بررسی شد. جهت طبیعی بودن داده‌ها با استفاده از این شاخص‌ها لازم است نسبت ضریب به خطای چولگی و کشیدگی مقادیر بدست آمده از ۲ کمتر باشد. همانگونه که از نتایج جدول ۱ مشخص

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۵	۴	۳	۲	۱	
				۱	۱. نشانه های هیجانی
			۱	۰/۳۳۴**	۲. طرحواره های هیجانی
		۱	-۰/۲۲۱**	۰/۰۰۴	۳. شفقت به خود
	۱	-۰/۲۴۹**	-۰/۳۵۳**	-۰/۰۹۲	۴. کیفیت زندگی (کلی)
۱	۰/۶۲۶**	-۰/۰۵۹	۰/۲۳۶**	۰/۵۸۱**	۵. پیامدهای درد

** $(P > 0.05)$ * $(P > 0.1)$

بر اساس اطلاعات خروجی آزمون پیرسون و همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود بین متغیرهای نشانه های هیجانی، طرحواره های هیجانی و پیامدهای درد همبستگی مستقیم، مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین بین متغیرهای طرحواره های هیجانی، کیفیت زندگی و پیامدهای درد با شفقت به خود همبستگی مستقیم، منفی و معنادار وجود دارد. بر اساس شاخص های پیشنهادی الگوی، خطای مشترک بین مولفه های پیامدهای درد آزاد شد. چون شاخص های برازندگی تطبیقی، شاخص برازندگی نرمال، شاخص برازندگی تعدیل شده (Adjusted goodness) (AGFI) (Incremental of fit index) و شاخص برازندگی افزایشی (Fit Index) (IFI) به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۹۰ است، می توان استنباط نمود الگو با داده ها برازش خوبی دارد. شاخص روایی متقاطع (Expected Cross) (ECVI)

Validation Index) نیز ۰/۰۸۶ و کمتر از مقدار الگو اشباع شده (۰/۰۷۸) بود و در فاصله اطمینان قرار گرفت که بیانگر تقریب معقولی در جامعه است. نسبت مجذور کای (۱۷۶/۲۵) به درجه آزادی (۹۶) (Chi-square value/Degree of Freedom) (X2/ DF Root) نیز عدد کمتر از ۲ را نشان داد. افزون بر این ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) (Mean Square Error Approximation) ۰/۰۴۳ در فاصله اطمینان قرار گرفت و مقدار مجذور کای نیز در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار شد که بیانگر برازش مناسب الگو است. در مجموع همه این شاخص ها در محدوده برازش مطلوب قرار دارند پس از حصول اطمینان از تأیید شاخص های برازندگی الگوی معادله ساختاری، اقدام به برآورد ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش گردید که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳: برآورد ضرایب استاندارد شده همبستگی مستقیم الگو با روش حداکثر درست نمایی (ML)

P-Value	t	R ²	β	مسیرهای مستقیم
< ۰/۰۵	۲/۵۲	۰/۱۶	۰/۴۰	مسیر مستقیم نشانه های خلقی و اضطرابی با طرحواره های هیجانی
> ۰/۰۵	-۰/۵۸	۰/۰۰۵	-۰/۰۶۸	مسیر مستقیم نشانه های خلقی و اضطرابی با شفقت به خود
< ۰/۰۵	۵/۷۱	۰/۴۱	۰/۶۴	مسیر مستقیم نشانه های خلقی و اضطرابی با پیامدهای درد
< ۰/۰۵	-۱۰/۸۰	۰/۳۰	-۰/۵۵	مسیر مستقیم نشانه های خلقی و اضطرابی با کیفیت زندگی
< ۰/۰۵	۴/۴۰	۰/۴۸	۰/۶۹	مسیر مستقیم شفقت به خود با کیفیت زندگی
< ۰/۰۵	-۳/۲۵	۰/۰۶	-۰/۲۴	مسیر مستقیم شفقت به خود با پیامدهای درد

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۳، برآورد ضرایب استاندارد شده مسیرهای مستقیم الگو با روش حداکثر درست نمایی (ML) نشان داده شده است. همبستگی بین نشانه های خلقی و اضطرابی با طرحواره های هیجانی (β=۰/۴۰، P<۰/۰۵) مستقیم، مثبت و معنادار بود. همبستگی بین نشانه های خلقی و اضطرابی با کیفیت زندگی (β=-۰/۵۵، P<۰/۰۵) مستقیم، مثبت و معنادار به دست آمد. همچنین همبستگی بین شفقت به خود با کیفیت زندگی (β=۰/۶۹، P<۰/۰۵) مستقیم، مثبت و معنادار بود، و در نهایت همبستگی بین شفقت به خود با پیامدهای درد (β=-۰/۲۴، P<۰/۰۵) مستقیم، منفی و معنادار بود. در ادامه برآورد ضرایب استاندارد شده مسیرهای غیرمستقیم

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۳، برآورد ضرایب استاندارد شده مسیرهای مستقیم الگو با روش حداکثر درست نمایی (ML) نشان داده شده است. همبستگی بین نشانه های خلقی و اضطرابی با طرحواره های هیجانی (β=۰/۴۰، P<۰/۰۵) مستقیم، مثبت و معنادار بود. همبستگی بین نشانه های خلقی و اضطرابی با شفقت به خود (β=-۰/۰۶۸، P>۰/۰۵) مستقیم، منفی و غیر معنادار به دست آمد. همچنین همبستگی بین نشانه های خلقی و

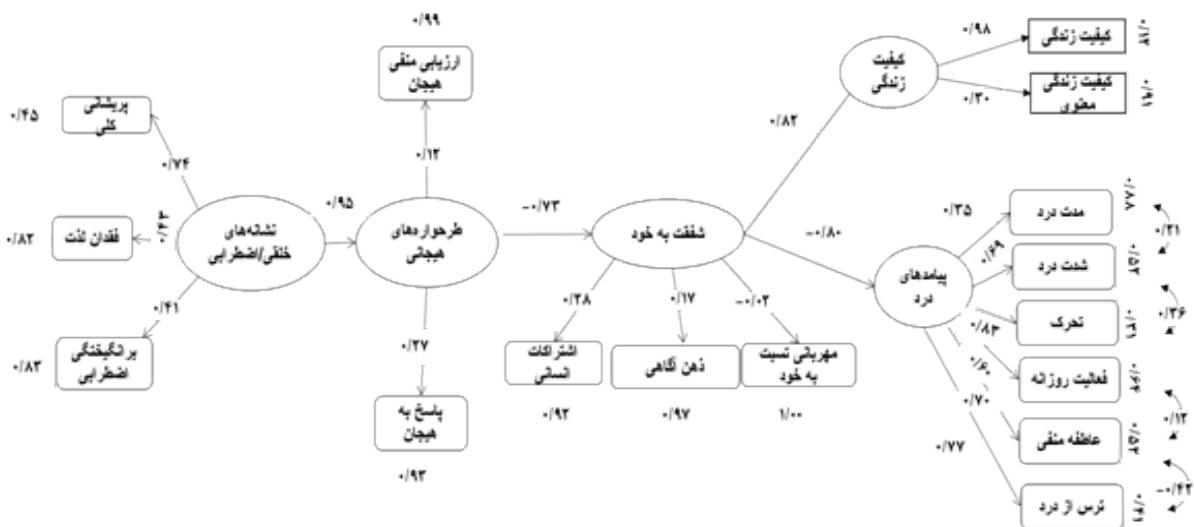
متغیرها و نتایج آماره سوبل در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: برآورد ضرایب استاندارد شده همبستگی غیرمستقیم الگو با روش حداکثر درست نمایی (ML)

P-Value	آماره سوبل	R ²	حاصلضرب بتاها	مسیرهای غیرمستقیم
<۰/۰۵	۱/۹۷۵	۰/۰۵	۰/۰۶	مسیر غیر مستقیم نشانه های خلقی و اضطرابی با پیامدهای درد از طریق شفقت به خود
<۰/۰۵	۲/۱۸	۰/۲۱	۰/۲۲	مسیر غیر مستقیم نشانه های خلقی و اضطرابی با کیفیت زندگی از طریق شفقت به خود
<۰/۰۵	۲/۹۸	۰/۲۶	۰/۲۹	مسیر غیر مستقیم نشانه های خلقی و اضطرابی با شفقت به خود از طریق طرحواره های هیجانی
<۰/۰۵	۳/۱۶	۰/۵۳	-۰/۵۷	مسیر نشانه های خلقی و اضطرابی ← طرحواره های هیجانی ← شفقت به خود ← کیفیت زندگی
<۰/۰۵	۳/۰۵	۰/۵۲	۰/۵۵	مسیر نشانه های خلقی و اضطرابی ← طرحواره های هیجانی ← شفقت به خود ← پیامدهای درد

های خلقی و اضطرابی و طرحواره های هیجانی از طریق شفقت به خود با کیفیت زندگی همبستگی غیرمستقیم، منفی و معناداری دارد ($\beta = -0/57, P < 0/05$) که این مقدار حاصلضرب ضرایب مربوط به مسیرهای نشانه های هیجانی به طرحواره های هیجانی ($0/95$)، ضریب مسیر طرحواره های هیجانی با شفقت به خود ($-0/73$) و ضریب مسیر شفقت به خود با کیفیت زندگی ($0/82$) می باشد. از سویی دیگر، نشانه های خلقی و اضطرابی و طرحواره های هیجانی از طریق شفقت به خود با پیامدهای درد همبستگی غیرمستقیم، منفی و معناداری دارد ($\beta = 0/55, P < 0/05$) که این مقدار حاصلضرب ضرایب مربوط به مسیرهای نشانه های هیجانی به طرحواره های هیجانی ($0/95$)، ضریب مسیر طرحواره های هیجانی با شفقت به خود ($-0/73$) و ضریب مسیر شفقت به خود با پیامدهای درد ($-0/80$) می باشد.

بررسی مسیرهای غیرمستقیم الگو از طریق آزمون سوبل (Sobel test) در جدول ۴ آمده است. ملاحظه می شود که همبستگی غیرمستقیم، مثبت و معنادار بین نشانه های خلقی و اضطرابی با پیامدهای درد از طریق شفقت به خود ($\beta = 0/06, P < 0/05$) همبستگی غیرمستقیم، مثبت و معنادار بین نشانه های خلقی و اضطرابی با کیفیت زندگی از طریق شفقت به خود ($\beta = 0/22, P < 0/05$) و همبستگی غیرمستقیم، مثبت و معنادار بین نشانه های خلقی و اضطرابی با شفقت به خود از طریق طرحواره های هیجانی ($\beta = 0/29, P < 0/05$) شده اند که در سطح $0/05$ معنادار هستند. همچنین به منظور بررسی تأثیر نشانه های خلقی و اضطرابی و طرحواره های هیجانی از طریق شفقت به خود بر کیفیت زندگی از آزمون سوبل استفاده شد. با توجه به جدول ۴، ملاحظه می شود که سطح معناداری برای آزمون سوبل کمتر از $0/05$ گزارش شده است که نشان می دهد نشانه



شکل ۱: ضرایب بار عاملی الگوی مفهومی همبستگی بین نشانه‌ها و طرحواره‌های هیجانی با کیفیت زندگی و پیامدهای درد از طریق شفقت به خود

همچنین نشانه‌های هیجانی و طرحواره‌های هیجانی همبستگی غیر مستقیم، منفی و معناداری با شفقت به خود داشتند. بر اساس شکل ۱، نشانه‌های هیجانی از طریق طرحواره‌های هیجانی و شفقت به خود با کیفیت زندگی و پیامدهای درد همبستگی غیرمستقیم، منفی و معنادار دارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی مفهومی نشانه‌های خلقی و اضطرابی با کیفیت زندگی و پیامدهای درد در بیماران با کمردرد مزمن و نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی و شفقت به خود انجام شد. نتایج نشان داد که الگو از برآزش خوبی برخوردار است و نشانه‌های هیجانی از طریق طرحواره‌های هیجانی و شفقت به خود توانست کیفیت زندگی و پیامدهای درد را تبیین کند.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از تایید همبستگی مستقیم، مثبت و معنادار نشانه‌های خلقی و اضطرابی با طرحواره‌های هیجانی بود که با نتایج عرفان و همکاران (۱۵) و قاسم خانلو و همکاران (۳۴) همسو است. به عنوان مثال، قاسم خانلو و همکاران (۳۴) بیان کردند نشانه‌های خلقی و اضطرابی با طرحواره‌های هیجانی مرتبط است و طرحواره درمانی هیجانی در کاهش شدت افسردگی، سرکوبی، ارزیابی مجدد، طرحواره‌های هیجانی انطباقی و طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی موثر است. در این راستا، Leahy (۱۳) عنوان می‌کند، هیجان‌ها، عوامل سازنده یک طرحواره هیجانی هستند و طرحواره‌ها از دوران کودکی به تدریج شکل گرفته و باورها و شناخت فرد در آینده را تشکیل می‌دهند، این تفسیرها، ارزیابی‌ها و پاسخ‌های فرد نیز به طور اجتماعی ساخت یافته‌اند و نشانه‌های خلقی و اضطرابی نظیر غم، اندوه، خشم و اضطراب فعال کننده هیجانات منفی و طرحواره‌های منفی هستند. طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی که باعث تفسیر و ارزیابی منفی از هیجانات می‌شوند با افسردگی همبستگی مستقیم، مثبت و معنادار دارند و می‌توانند افسردگی را به طور معناداری پیش‌بینی کنند. وی بیان می‌دارد طرحواره‌های هیجانی به ۲ صورت موجب افسردگی می‌گردند: ۱- از طریق ارزیابی‌های افسرده‌زا از هیجان؛ و ۲- به صورت غیرمستقیم از طریق گسترش راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مثل نگرانی، نشخوار فکری و اجتناب که منجر به تداوم تجربه بیمارگون می‌گردد.

همچنین نتایج نشان داد نشانه‌های خلقی و اضطرابی از طریق طرحواره‌های هیجانی با شفقت به خود، همبستگی غیر مستقیم منفی و معناداری دارند. این نتیجه با مطالعه Trompetter و همکاران (۲۴) همسو است، آن‌ها عنوان کردند، کاهش شفقت به خود باعث عدم مقاومت در برابر طرحواره‌های منفی شده و هیجانات منفی را افزایش می‌دهد. در این راستا Leahy (۱۳) بیان می‌کند نشانه‌های هیجانی همانند افسردگی و اضطراب با طرحواره‌های هیجانی همبستگی مستقیم، مثبت و معنادار دارد و منجر می‌شود که فرد از راهبردهای ناسازگارانه همانند کاهش شفقت به خود استفاده کند. طرحواره‌های هیجانی ارزیابی هیجانات و واکنش به آن‌ها را شامل می‌شود. لذا هنگامی که برچسب‌زنی منفی به هیجانات منفی رخ می‌دهد با فعال شدن طرحواره‌های منفی، افراد هنگام مواجهه با شکست‌ها و نقایص خود، به جای آن که آن‌ها را خالی از هرگونه قضاوت بپذیرند، دست به انکار و یا بزرگ کردن آن می‌پردازند؛ به جای آن که با خود به مهربانی و ملاحظت با خود رفتار کنند به انتقاد و سرزنش خویش پرداخته و آن که مشکل خود را در میان تمامی انسان‌ها مشترک بدانند آن را منحصر به فرد دانسته و خود در شکست‌ها و داشتن نواقص و کاستی‌ها مقصر قلمداد و سرزنش می‌کنند و بدین صورت با کاهش شفقت به خود هیجانات منفی و طرحواره‌های منفی تشدید می‌شوند.

از دیگر یافته‌ها، همبستگی نشانه‌های خلقی و اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی مستقیم، مثبت و معنادار است و همبستگی نشانه‌های خلقی و اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی با شفقت به خود به عنوان متغیر فراتشخیصی به صورت همبستگی غیر مستقیم، منفی و معنادار است. همچنین نشانه‌های خلقی و اضطرابی، طرحواره‌های هیجانی و شفقت به خود با کیفیت زندگی همبستگی غیر مستقیم، منفی و معنادار و از سویی دیگر نشانه‌های خلقی و اضطرابی، طرحواره‌های هیجانی و شفقت به خود با پیامدهای درد دارای همبستگی غیر مستقیم، مثبت و معنادار بود.

در این راستا Edge و همکاران (۱۱) نقش هیجانات با کیفیت زندگی و شدت درد را بررسی و تأیید کردند لیکن ارتباط هیجانات منفی و طرحواره‌های و شفقت به خود به عنوان متغیر فراتشخیصی با کیفیت زندگی و پیامدهای زندگی مورد بررسی قرار نگرفته بود که در این پژوهش به آن پرداخته

معنادار است. به عبارت دیگر، نشانه‌های خلقی و اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی منفی، کاهش دهنده شفقت به خود (سیستم تسکین دهنده) بیماران با درد مزمن است. مطالعات Diedrich و همکاران (۲۲) و Thimm (۲۵) با نتایج مطالعه حاضر همسو است. Diedrich و همکاران (۲۲) در مطالعه خود بیان کردند کاهش عملکرد سیستم تسکین دهنده، منجر به کاهش شفقت به خود می‌شود، همچنین بین نشانه‌های خلقی و اضطرابی بالا و طرحواره‌های هیجانی منفی با کاهش شفقت به خود، همبستگی غیرمستقیم، منفی و معناداری وجود دارد (۲۲). از سوی دیگر Thimm (۲۵) بیان کرد بین طرحواره‌های منفی اولیه با کاهش شفقت به خود و پریشانی روانشناختی همبستگی غیر مستقیم، منفی و معنادار وجود دارد. در این راستا، درد مزمن از طریق بی‌نظمی هیجانی با کیفیت زندگی معنوی همبستگی غیر مستقیم، منفی و معنادار دارد. بدین صورت که، بی‌نظمی هیجان، منجر به بروز اضطراب، افسردگی در میان افراد مبتلا به درد مزمن می‌شود. درد مزمن از یک سو، منجر به کاهش آستانه تحمل فرد می‌گردد و از سوی دیگر، ناتوانی در اداره امور فردی و اجتماعی به دلیل درد مزمن منجر به افزایش یا تشدید اضطراب و افسردگی در این افراد می‌شود (۱۰). مطالعات نشان داده‌اند که معنویت بالا با شدت درد، تداخل درد و نمره کل علائم درد پایین همراه است (۱). همچنین مداخلات مبتنی بر معنویت همراه با مداخلات مدیریت علائم، در بهبود کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بوده است. معنویت هم به عنوان کنترل اولیه (مشکل مدار مانند دعا برای استعانت از امدادهای الهی) و هم کنترل ثانویه (بازنگری در موقعیت برای درک آن از منظر تقدیر) می‌تواند ایفای نقش کند. همچنین راهبرد های مقابله‌ای سازگار همانند فعال ماندن، مشغول بودن در اجتماع، دعا/مراقبه و حفظ می‌تواند منجر به کاهش درد می‌شود (۲۶). با توجه به این مطالب، می‌توان مطرح کرد که کاهش شفقت به خود، تشدید کننده هیجانات منفی است. به بیان دیگر، کاهش شفقت به خود یک بدکارکردی از سیستم تسکین دهنده است (۲۵). می‌توان چنین استنباط نمود که هیجانات منفی که جنبه آسیب‌زا ندارند از طریق طرحواره‌های هیجانی و کاهش شفقت به خود می‌توانند آسیب‌زا شوند. در بیماران دارای درد مزمن، در زمان بروز چالش و مشکل، کاهش شفقت به خود، را به صورت کاهش خود مراقبتی و استفاده از روش‌ها و الگوهای

شد. از سوی دیگر، عربی و باقری (۲۳) در پژوهش خود هیجانات و ارتباط آن را با شدت درد و کیفیت زندگی بررسی کردند که با نتایج پژوهش حاضر همسو است. همچنین Thimm (۲۵) در پژوهش خود نشان داد که ذهن آگاهی و شفقت به خود به عنوان میانجی بین طرحواره‌های ناسازگار بر تنش روانشناختی تأثیر دارند. در نتیجه طرحواره‌های منفی در ادراک فرد از شدت درد مؤثر است و موجب کاهش کیفیت زندگی و کیفیت زندگی معنوی می‌شوند. Leahy (۱۳) بیان می‌کند فعال شدن طرحواره‌های منفی به صورت غیرمستقیم با گسترش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار موجب کاهش شفقت به خود شده و به ادامه دار شدن تجربه بیمارگونه فرد منتهی می‌شود. در این راستا، شفقت به خود با افزایش انعطاف‌پذیری روانی، سلامت روان را افزایش می‌دهد، بدین صورت که افزایش شفقت به خود باعث مقاومت در برابر طرحواره‌های منفی می‌شود که این امر نه تنها از طریق کاهش عواملی مانند نشخوار فکری و انتقاد از خود، بلکه با تقویت عواملی مانند مهربانی و احساسات مثبت، سلامت روان را نیز بهبود می‌بخشد. لذا افزایش شفقت به خود، می‌تواند موجب کاهش درد و افزایش کیفیت زندگی می‌شود و حتی ممکن است خطر عود بیماری را کاهش دهد (۲۴). در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت، مطالعات در مورد بیماران مبتلا به درد مزمن نشان دادند که این بیماران معمولاً هیجانات منفی را تجربه می‌کنند که می‌تواند اثر منفی بر درمان‌های جسمانی داشته باشد (۱۶). با توجه به الگوی طرحواره‌ی هیجانی، توجه به هیجانات منفی موجب فعال شدن طرحواره‌های هیجانی شده و استفاده از تفسیرهای منفی و راهبردهای ناسازگارانه و جزمی موجب کاهش شفقت به خود می‌شود. در نهایت موجب افزایش پیامدهای درد و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۲۶). به هر حال استفاده از راهبردهای ناسازگارانه و ناتوانی در شفقت به خود و دیگران و ابراز مناسب هیجانات منفی و طرحواره‌های منفی در بیماران مبتلا به درد مزمن منجر به افزایش تجربه درد، شدت و مدت درد در این بیماران می‌شود و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۴).

همچنین الگوی مطالعه حاضر نشان داد همبستگی نشانه‌های خلقی و اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی مستقیم، مثبت و معنادار است و نشانه‌های خلقی و اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی با شفقت به خود همبستگی غیر مستقیم، منفی و

ناسالم زندگی نشان می‌دهد و سبب کاهش سلامت خود می‌گردد. در نتیجه کاهش عملکرد سیستم تسکین‌دهنده، شدت علائم روانی و علائم جسمانی درد افزایش می‌یابد. این فرایند سبب کاهش شفقت به خود در بین بیماران می‌شود. در شرایط درد، شفقت به خود پایین به صورت یک راهکار مقابله‌ای ناسازگارانه عمل کرده و منجر به تشدید هیجانات منفی می‌گردد (۲۵).

افزون بر نتایج ذکر شده در بالا، الگوی حاضر نشان داد طرحواره‌های هیجانی از طریق کاهش شفقت به خود (سیستم تسکین‌دهنده)، پیامدهای درد را افزایش داده است. این نتایج با مطالعات Torrijos و همکاران (۹) و Rogers و همکاران (۱۰) همسو است. Torrijos و همکاران (۹) نشان دادند که کاهش شفقت به خود با افزایش پیامدهای درد همراه است همچنین Rogers و همکاران (۱۰) بیان کردند که کاهش عملکرد سیستم تسکین هیجان (فراشخصی) با پیامدهای درد همراه است و بیماران با سومصرف مواد درصد کاهش پیامدهای درد می‌باشند. هیجانات منفی به طور معناداری با شدت و مدت درد همبستگی مستقیم، مثبت و معنادار دارد و با میانجی‌گری تنظیم هیجان، تغییرات شدت درد به طور غیرمستقیم سطح پیامدهای درد را در بیماران مبتلا به اختلال درد تعیین می‌کند (۲۴). نشانه‌های هیجانی و فرایند فراشناختی هیجانات یعنی طرحواره‌های هیجانی نمی‌تواند مستقیم در افزایش پیامدهای درد مؤثر باشند، بلکه از طریق فعال‌سازی کاهش فعالیت شفقت به خود، این تأثیر اتفاق می‌افتد. هنگامی که بدتنظیمی هیجانی رخ می‌دهد شفقت پیش‌بینی‌کننده ادراک درد است، بدین صورت که شفقت به خود، مواجه شدن با هیجان را مدنظر قرار می‌دهد تا اجتناب کردن از آن. بنابراین، افراد با شفقت به خود بالاتر، اجتناب از هیجان کمتری دارند و بیشتر از راهبردهای مساله محور استفاده می‌کنند (۱۹) که این امر در کاهش تجربه درد بسیار با اهمیت است. به هر حال افزایش خودتنظیمی از طریق کنترل و منظم کردن رفتارها در جهت تقویت و مدیریت رفتارهای سالم باعث ارتقاء سلامتی می‌شود. همچنین خود شفقت‌گری در زمان چالش، از عقب‌نشینی و کاهش تلاش برای انجام رفتارهای سلامت‌جوگیری می‌کند و فرد را در مسیر پویایی و فعالیت قرار می‌دهد (۹).

نتایج همچنین نشان داد که نشانه‌های خلقی و اضطرابی با طرحواره‌های هیجانی و شفقت به خود با کیفیت زندگی

همبستگی غیر مستقیم، منفی و معنادار دارد. بدین معنا که طرحواره‌های هیجانی از طریق کاهش شفقت به خود (سیستم تسکین‌دهنده)، کیفیت زندگی بیماران دارای درد مزمن را کاهش می‌دهد، این یافته با مطالعات Brophy و همکاران (۲۱) Hughes و همکاران (۵) Carvalho و همکاران (۲۷) همسو است. برای مثال Hughes و همکاران (۵) در مطالعه خود بیان کردند، افزایش خود شفقت‌گری با کاهش افسردگی و اضطراب منجر به افزایش سلامت روان فرد می‌شود و کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. می‌توان گفت افزایش پیامدهای درد با آسیب‌هایی همراه است، چرا که پیامدهای درد موجب کاهش عملکرد فرد می‌شود، به مرور تحمل فرد را تحلیل می‌برد، موجب تأخیر در درمان و بهبودی شده و همچنین سبب افزایش نشانه‌های خلقی نظیر افسردگی می‌شود و در نهایت منجر به کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان می‌گردد. از طرفی، تنظیم هیجان، نقش کلیدی در سازگاری طولانی مدت با اختلال درد ایفا می‌کند (۱۶). نتایج نیز نشان داده‌اند پیامدهای درد به طور بالقوه تحت تأثیر تنظیم هیجانی قرار دارد (۲۳). ناتوانی در اداره امور فردی و اجتماعی به دلیل درد مزمن منجر به افزایش یا تشدید اضطراب و افسردگی در این افراد می‌شود و همچنین درد مزمن، منجر به کاهش آستانه تحمل فرد می‌گردد (۱۰). در این میان خودشفقت‌گری به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای تنظیم هیجان در مقابل تنش‌های مزمن محسوب می‌شود. همچنین یکی از روش‌های مقابله با احساسات بد درونی و خود قضاوتی به شمار می‌آید. از سویی دیگر، افزایش خود شفقت‌گری با کاهش افسردگی و اضطراب منجر به افزایش سلامت روان فرد می‌شود و کیفیت زندگی افزایش می‌یابد (۵).

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که بین نشانه‌های خلقی و اضطرابی و طرحواره‌های هیجانی، شفقت به خود با کیفیت زندگی همبستگی غیر مستقیم، منفی و معنادار وجود دارد. همچنین نشانه‌های خلقی و اضطرابی، طرحواره‌های هیجانی، شفقت به خود با پیامدهای درد در بیماران دارای کم‌درد مزمن همبستگی غیر مستقیم، مثبت و معنادار معناداری دارند. در این میان طرحواره‌های هیجانی و شفقت به خود میانجی نشانه‌های هیجانی با کیفیت زندگی و پیامدهای درد بود. همچنین نشانه‌های هیجانی و طرحواره‌های هیجانی

اردلانی فرسا به راهنمایی خانم دکتر فاطمه شهبابی زاده و آقای دکتر سید مسعود هاشمی می باشد که سال ۱۳۹۸ در سایت پژوهشیار به آدرس <https://iris.iaui.ir> و با کد ۱۳۱۴۸۰۹۰۱۱۷۷۸۶۵۰۰۰۱۶۳۳۰۲۱۶ ثبت گردیده است. همچنین کد اخلاق این پژوهش IR.BUMS.REC.1399.180 است.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

همبستگی مستقیم، منفی و معناداری با شفقت به خود داشتند. پیشنهاد می شود پژوهشگران و متخصصان در تیم های بین رشته ای که از افراد مبتلا به درد مزمن مراقبت می کنند، از یافته های مطالعه حاضر در برنامه های درمانی بیشترین استفاده را داشته باشند. این پژوهش دارای محدودیت هایی بود از جمله انتخاب نمونه به صورت هدفمند است که باعث می شود نمونه پژوهش معرف کلیه بیماران دارای درد مزمن نباشد و در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری دانشجو، فرانک

References

1. 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. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285553>
2. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva: Author. 2015. https://reliefweb.int/report/world/world-report-ageing-and-health?gclid=CjwKCAiAoL6eBhA3EiwAXDom5u7oyGMbb-G2Y6ta-jM_2oyz57egHJrGnS9ax5hMm0T9vpJPTKtW1RoCqJEQA vD_BwE
3. Åkerblom S, Perrin S, Rivano Fischer M, McCracken L M. Predictors and mediators of outcome in cognitive behavioral therapy for chronic pain: The contributions of psychological flexibility. *Journal of Behavioral Medicine*. 2021; 44(1): 111-122. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00168-9>
4. 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(1): 111-123. <https://doi.org/10.1177/0091217417720893>
5. Hughes M, Brown S, Campbell S, Dandy S, Cherry M. Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: A systematic review. *Mindfulness*. 2021; 12(1): 1597-1610. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01602-y>
6. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Chronic pain information page. 2017. www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/chronic-pain.
7. Kremer M, Becker L J, Barrot M, Yalcin I. How to study anxiety and depression in rodent models of chronic pain? *European Journal of Neuroscience*. 2021; 53(1): 236-270. <https://doi.org/10.1111/ejn.14686>
8. Azizpoor Y, Hemmati F, Sayehmiri K. [Prevalence of life-time back pain in Iran: A systematic review and meta-analysis]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences SJKU*. 2013; 18 (4):102-112. URL: <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-1193-en.html>
9. Torrijos M, Mediavilla R, Rodríguez-Vega B, Río-Diéguez M, López-Álvarez I, Rocamora-González C, Palao-Tarrero Á. Mindful Self-Compassion program for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*. 2021; 25(4):930-944. <https://doi.org/10.1002/ejp.1734>
10. Rogers A H, Garey L, Allan N P, Zvolensky M J. Exploring trans diagnostic processes for chronic pain and opioid misuse among two studies of adults with chronic pain. *Behavior Research and Therapy*. 2021; 13(6): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103786>
11. Edge R, Mills R, Tennant A, Diggle P J, Young C A. 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>

12. Baghbanzadeh M, Safarzadeh S. [Developing structure model of psychosomatic disorders based on cognitive ability, morningness-eveningness types and brain/behavioral systems mediated by perceived stress in women with chronic pain]. *Journal of Health Promotion Management*. 2022; 11 (1) :85-101. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1321-fa.html>
13. Leahy R L. *Emotional Schema Therapy*. The Guilford Press. Edwards, 2015. <https://www.guilford.com/books/Emotional-Schema-Therapy/Robert-Leahy/9781462540792>
14. Wupperman P. Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. *Clinical Psychologist*. 2019; 23(1): 3-14. <https://doi.org/10.1111/cp.12171>
15. Erfan A, Noorbala A, Karbasi Amel S, Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of Emotional Schema Therapy on the emotional schemas and emotional regulation in irritable bowel syndrome: Single subject design. *Advanced Biomedical Research*. 2018; 7(1): 72-81. https://doi.org/10.4103/abr.abr_113_16
16. Riquino M R, Priddy S E, Howard M O, Garland E L. Emotion dysregulation as a transdiagnostic mechanism of opioid misuse and suicidality among chronic pain patients. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2018; 5(1): 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0088-6>
17. Patzelt E, Kool W, Millner A J, Gershman S J. The transdiagnostic structure of mental effort avoidance. *Scientific Reports*. 2019; 9(1): 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-37802-1>
18. Wrzesien M, Helmond P, Nikolic M, Eline Möller E, Ruth B, de Bruin B, Esther S. A meta-analysis of the association between compassion and psychopathology: A transdiagnostic approach. 2018; Poster Program. <https://www.cmc-ia.org/icm2018amsterdam/wp-content/uploads/2017/03/w28.pdf>.
19. Raes F, Pommier E, Neff K, Gucht D. Construction and Factorial Validation of a Short Form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2011; 18(1): 250-255. doi: 10.1002/cpp.702. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
20. Gharisaadati L, Ghorban Shiroudi S, Khalatbari J. [Comparison of the effectiveness of “Solution-Focused Brief Therapy” and “Compassion-Focused Therapy” on ruminative responses of couples with depression]. *Journal of Health Promotion Management*. 2022; 11 (5) :16-28. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1481-fa.html>.
21. Brophy K, Brähler E, Hinz A, Schmidt S, Körner A. The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 260 (1): 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.066>
22. Diedrich A, Grant M, Hofmann S G, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*. 2014; 58(1): 43-51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006>
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]. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2017; 6(22): 72-87. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4038.html?lang=en.
24. Trompetter HR, De Kleine E, Bohlmeijer E T. Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*. 2017; 41(3): 459-468. <https://doi.org/10.1007/s10608-016-9774-0>
25. Thimm J C. Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2017; 17(1): 3-17. https://www.researchgate.net/publication/315977623_Relationships_between_early_maladaptive_schemas_mindfulness_self-compassion_and_psychological_distress.
26. BingBai J, Brubaker A, Meghani S H, Bruner D W, Yeager K A. Spirituality and Quality of Life in Black Patients with Cancer Pain. *J Pain Symptom Manage*. 2018; 56(3): 390-398. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.05.020. Epub 2018 May 30. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.020>
27. Carvalho SA, Trindade IA, Duarte J, Menezes P, Patrão B, Nogueira MR, Guiomar R, Lapa T, Pinto-Gouveia J and Castilho P. Efficacy of an ACT and Compassion-Based eHealth Program for self-management of chronic pain (ACT with

- Pain): Study protocol for a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*. 2021; 12(1):1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.630766>
28. Kline RB. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3rd edition. New York: Guilford Press; 2010. P.11-15. <https://psycnet.apa.org/record/2010-18801-000>
 29. 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 Research*. 2010;179(1):101-106. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.005>
 30. Lin A, Yung AR, Wigman JT, Killackey E, Baksheev G, Wardenaar KJ. Validation of a short adaptation of the Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ) in adolescents and young adults. *Psychiatry Research*. 2014;215(3):778-783 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.018>
 31. Izadi Dehnavi S, Yaghobi H, Heydari Nasab L, Montshloo S. [Psychometric properties of the transdiagnostic Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire MASQ-D30 in a sample of Iranian population]. *Journal of Health Breeze*. 2016;4(3):1-6 <https://www.sid.ir/paper/128362/en>.
 32. Aber P, Mousavi M. Predicting mood and anxiety symptoms based on Revised adult attachment, dysfunctional attitude, and life orientation. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 2020; 62(5.1): 632-641.
 33. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*. 2012; 28: (1): 551-558, http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
 34. Ghasemkhanloo A, Atadokht A, Sabri V. The effectiveness of Emotional Schema Therapy on the severity of depression, emotional dysregulation and emotional schemas in patients with major depressive disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2021; 8 (3):76-88. <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1204-en.html>. <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.3.76>
 35. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4 (4) :1-12. URL: <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>.
 36. Clark M E, Gironda R J, Young R W. Development and validation of the Pain Outcomes Questionnaire-VA. *Journal of Rehabilitation Research and Development*. 2003;40(5):381-396. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2003.09.0381>
 37. Mukhdomi T, Brown T, Lovett-Carter D, Siddiqui A. Outcomes after Injection-Based Therapy: A pain Outcomes Questionnaire for veterans' univariate analysis. *Journal of Federal Practitioner*. 2022;39(4):176-180. <https://doi.org/10.12788/fp.0244>
 38. Haghghat F, Zadhoosh S, Rasoolzade-Tabatabaei K, Etemadifar M. The relationship between pain self-efficacy and pain intensity in multiple sclerosis patients. *Journal Behavioral Sciences*. 2011; 5(1): 47-54. <https://sid.ir/paper/129691/fa>.
 39. Navidzade F. Regulation of emotion on pain outcome, on cancer patients. *Brand Afarin Journal of Management*. 2022; 2(24):1-11. ISSN: 2783-3801. https://www.brandafarin.org.ir/article_145203.html?lang=fa.
 40. Suh J, Lee HJ, Yoo N, Min H, Seo D G, Choi K. A Brief Version of the Leahy Emotional Schema Scale: A validation study. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019; 12: 38-54. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0039-4>
 41. Velázquez-Jurado H, Niño-Tamayo D, Flores A, Fuente-Villanueva A, Sánchez M, Del P, Peñaloza Gómez R. Adaptación cultural y propiedades psicométricas de la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (LESS II) en población mexicana. *Psicología y Salud*. 2019; 30(1): 117-122. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2623>
 42. Faustino B, Vasco AB, Silva AN, Marques T. Relationships between emotional schemas, mindfulness, self-compassion and unconditional self-acceptance on the regulation of psychological needs. *Research in Psychotherapy*. 2020;23(2):1-15. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.442>
 43. Salemi-Langroudi A, Dobson KS, Artounian V, Ghasemi M, Kolahkaj B, Khosravani V, Shafaghi M, Bafekr T, Heidarian A, Behfar Z, Kiani Dehkordi M. Psychometric properties

- of the Leahy Emotional Schema Scale-II among Iranian students. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021; 14(1): 455-472. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00111-z>
44. Hormozi BK, Khosravi Z, Sabzi N. Parental burnout and sleep problems in Iranian mothers of primary school-aged children: Exploring the mediation effect of emotional schemas. *Journal of Brain and Behavior*. 2022;12(8):1-11. <https://doi.org/10.1002/brb3.2688>
45. Khanjani S, Foroughi A, Sadghi K, Bahrainian S A. [Psychometric properties of Iranian version of Self-Compassion Scale (Short Form)]. *Journal of Pajoohandeh*. 2016; 21 (5) :282-289. <http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-2292-fa.html>.
46. Shahbazi M, Rajabi GH, Maghami E, Jelodari A. [Confirmatory factor analysis of the Persian version of the self-compassion rating scale-revised]. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2015;6(19):31-46. <https://www.sid.ir/paper/227521/en>.
47. Afrasibai A, Yaghmaie F, Abdoli S, Abed Saiedy Zh. Research tool translation and cross-cultural adaptation. *Advances in Nursing and Midwifery*. 2006; 16(54):58-67. <https://www.sid.ir/paper/108126/fa>.