



Clinical Psychology: Research and Practice Innovations

Online ISSN: [3115-9508](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37716.3187)

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>



Causal Modeling of Quality of Life Based on Anxiety Sensitivity with the Mediating Role of Zest for Life in Patients with Panic Disorder

Fatemeh Nemati¹ , Marzie Hashemi²

1. M.A. in Psychology, Alborz Non-Profit University of Higher Education, Alborz, Iran.

E-mail: 63nemati@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran.

E-mail: m.hashemi2@khatam.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received: 14 May 2025

Received in revised form: 24
September 2025

Accepted: 23 October 2025

Published Online: 22 June
2026

Keywords:

Panic Disorder,
Anxiety Sensitivity,
Zest for Life,
Quality of Life

ABSTRACT

Background: Panic disorder, as one of the most common anxiety disorders, significantly impacts the quality of life (QoL) of affected individuals. This study aimed to examine the mediating role of passion for life in the relationship between anxiety sensitivity and quality of life in patients with panic disorder.

Method: This descriptive-correlational study employed structural equation modeling (SEM) on 300 patients with panic disorder referred to the Aramesh Medical Center in Karaj, Iran, in 2024. Research instruments included the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3), the Zest for Life Scale (ZFLS), the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), and the DSM-5 diagnostic checklist. Data were analyzed using SPSS-26 and AMOS-24 software.

Results: Findings revealed that anxiety sensitivity had a significant negative effect on quality of life ($\beta = -0.61$, $p < 0.001$). Passion for life partially mediated this relationship (indirect effect: $\beta = -0.32$). Model fit indices ($\chi^2/df = 1.48$, CFI = 0.96, RMSEA = 0.04) confirmed the model's good fit. Significant negative correlations were observed between anxiety sensitivity and passion for life ($r = -0.42$ to -0.51) as well as quality of life ($r = -0.25$ to -0.51).

Conclusion: The results indicate that passion for life can serve as a protective factor, mitigating some of the negative effects of anxiety sensitivity on quality of life. These findings highlight the importance of incorporating positive psychological variables into therapeutic interventions for patients with panic disorder.

Citation: Nemati, F., & Hashemi, M. (2026). Causal Modeling of Quality of Life Based on Anxiety Sensitivity with the Mediating Role of Zest for Life in Patients with Panic Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 18(2), 91-106.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37716.3187>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers



✉ **Corresponding Author:** Marzieh Hashemi, Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran.
E-mail: m.hashemi2@khatam.ac.ir, Tel: (+98) 9128338627

Extended Abstract

Introduction

Panic disorder, with a prevalence of 2-3% in the general population (particularly among women), is considered one of the most debilitating anxiety disorders, characterized by severe anxiety attacks and physical symptoms. Studies indicate that 30-40% of patients face significant impairments in social and occupational functioning, with their quality of life scores in physical, psychological, social and occupational domains being significantly lower than the general population. The three main challenges for these patients include: fear of future attacks (leading to avoidance of daily situations), sleep disturbances (reported in 85-92% of cases), and interpersonal tensions.

Anxiety sensitivity, as a key factor, impairs quality of life through two pathways: 1) attentional bias toward bodily symptoms and their catastrophic interpretation, and 2) avoidance behaviors that gradually limit the range of activities. On the other hand, zest for life (including psychological energy, active engagement with experiences, and sense of meaning) can have protective effects through cognitive (attention shifting), emotional (better management) and behavioral (social support) mechanisms, potentially improving quality of life. However, the mediating role of zest for life in the relationship between anxiety sensitivity and quality of life in panic disorder patients has been less studied. This study was designed to examine this relationship to provide a basis for developing more comprehensive psychotherapeutic interventions.

Method

This descriptive-correlational study examined the mediating role of zest for life in the relationship between anxiety sensitivity and quality of life in patients with panic disorder. The statistical population included all patients with panic disorder referred to Aramesh Psychology Clinic in

Karaj in 2024. Using convenience sampling and based on inclusion (confirmed diagnosis per DSM-5, age 20-45, minimum literacy, and informed consent) and exclusion (severe comorbid psychiatric disorders and psychotropic medication use) criteria, 300 participants were selected. Data were collected using standardized questionnaires: the Zest for Life Scale (ZFLS, $\alpha = 0.88$), WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF, $\alpha = 0.89$), Anxiety Sensitivity Questionnaire (ASQ, $\alpha = 0.93$), and DSM-5 diagnostic checklist ($\kappa = 0.87$). After obtaining ethical approvals and informed consent, data were analyzed using SPSS-26 for descriptive analyses and AMOS-24 for structural equation modeling. The sample size was determined based on Kline's (2015) guideline of 10 participants per observed variable to ensure stable parameter estimates. All ethical principles, including confidentiality, informed consent, and voluntary participation, were strictly adhered to.

Results

This study was conducted with 300 patients diagnosed with panic disorder (62.3% female, mean age 32.5 years). Descriptive analysis indicated that the mean scores of anxiety sensitivity (23.45 ± 7.76), zest for life (34.52 ± 9.52), and quality of life (65.45 ± 12.34) were within the moderate range. Examination of data distribution using skewness and kurtosis indices (ranging from -2 to +2) confirmed the normality of the variables.

Pearson correlation analysis revealed significant relationships: anxiety sensitivity showed a negative correlation with both zest for life and quality of life. Additionally, zest for life demonstrated a strong positive correlation with quality of life. The strongest negative correlation was observed between anxiety sensitivity and mental health (-0.51). Confirmatory factor analysis with favorable fit indices (CFI= 0.93, RMSEA= 0.032, $\chi^2/df = 1.485$) confirmed the construct validity of the instruments. Standardized factor loadings (ranging from 0.77 to 0.84)

and Cronbach's alpha coefficients (ranging from 0.87 to 0.93) indicated satisfactory reliability and validity of the tools.

The results of the Baron and Kenny path analysis revealed: 1. The direct effect of anxiety sensitivity on quality of life was

significant. 2. Anxiety sensitivity had a negative effect on zest for life. 3. Zest for life had a positive effect on quality of life. 4. After introducing the mediating variable, the direct effect of anxiety sensitivity decreased.

Table 1. Results of the Mediation Analysis of Zest for Life Using the Baron and Kenny Method

Analysis Steps	Path	Path Coefficient (β)	t	p
Model without mediation	Quality of Life $\rightarrow$ Anxiety Sensitivity	-0.61	-8.45	< 0.001
Model with mediation	Zest for Life $\rightarrow$ Anxiety Sensitivity	-0.47	-6.32	< 0.001
	Quality of Life $\rightarrow$ Zest for Life	0.68	9.15	< 0.001
	Quality of Life $\rightarrow$ Anxiety Sensitivity (Direct Effect)	-0.29	-3.98	< 0.001

the conceptual model. The results support the protective role of zest for life in mitigating the negative effects of anxiety sensitivity on the quality of life of patients with panic disorder.

reducing threat sensitivity may yield optimal outcomes. Study limitations include self-report biases and unmeasured confounders like medication use. Future longitudinal studies should incorporate multimodal assessments to establish causal pathways. Clinically, integrated interventions combining cognitive restructuring for anxiety sensitivity with positive psychology techniques to enhance zest for life may improve treatment outcomes. These findings highlight the importance of addressing both vulnerability and resilience factors in panic disorder management.

Ethical Considerations

Ethics Code: All ethical principles for psychological research were followed, including informed consent, confidentiality, and voluntary participation, per Iranian Psychological Association guidelines and international human research standards.

Financial support: This study has no financial support.

Authors' Contributions: F. Nemati: Conceptualization, data collection, data management, editing

M. Hashemi: Methodology, data management, statistical analysis, data collection. M. Hashemi: Statistical analysis, data collection, writing

These findings indicate that zest for life partially mediates the relationship between anxiety sensitivity and quality of life (with a 52% reduction in the direct effect). The fit indices of the final model (CFI= 0.96, RMSEA= 0.040) indicated a favorable fit of

Conclusion

This study demonstrated that anxiety sensitivity significantly impairs quality of life (QoL) in panic disorder patients through attentional biases toward bodily symptoms and avoidance behaviors, consistent with previous findings (Kang et al.; Beheshti & beheshti). Neuroimaging evidence suggests this relationship may stem from functional abnormalities in the anterior cingulate-amygdala network. Importantly, zest for life emerged as a protective factor, partially mediating anxiety sensitivity's negative impact on QoL through multiple mechanisms: redirecting attention from threats, enhancing emotional regulation, and increasing motivation for social engagement - aligning with Fredrickson's broaden-and-build theory.

While confirming known negative associations between anxiety sensitivity and QoL, our novel contribution reveals zest for life's mediating role, suggesting that positive psychology interventions could complement traditional anxiety reduction approaches. The findings support Hobfoll's conservation of resources theory, indicating that simultaneously strengthening reward processing (through zest for life) while

Conflict of Interest: The authors declare no conflicts of interest in this study.

Acknowledgments: We sincerely thank all participating patients and the staff at Aramesh Clinic for their cooperation in data collection

F. Nemati & M. Hashemi: Conceptualization, editing, statistical analysis

F. Nemati: Methodology, data management, software.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیکی: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

مدلیابی علی کیفیت زندگی بر اساس حساسیت اضطرابی با نقش میانجی اشتیاق به زندگی در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی

فاطمه نعمتی^۱، مرضیه هاشمی^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه غیر انتفاعی دانش البرز، البرز، ایران. ایمیل: 63nemati@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران. ایمیل: m.hashemi2@khatam.ac.ir

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۷/۰۲

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۰۱

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

کلیدواژه‌ها:

اختلال وحشت‌زدگی،

حساسیت اضطرابی،

اشتیاق به زندگی،

کیفیت زندگی

زمینه: اختلال وحشت‌زدگی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی، تأثیرات قابل توجهی بر کیفیت زندگی مبتلایان دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی اشتیاق به زندگی در رابطه بین حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی انجام شد.

روش: این پژوهش توصیفی-همبستگی با استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری بر روی ۳۰۰ بیمار مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی آرامش شهر کرج در سال ۱۴۰۳ انجام شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه حساسیت اضطرابی (ASI-3)، مقیاس اشتیاق به زندگی (ZFLS)، پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) و چک‌لیست تشخیصی DSM-5 بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که حساسیت اضطرابی اثر منفی و معناداری بر کیفیت زندگی دارد ($\beta = -0.61$ ، $p < 0.01$). اشتیاق به زندگی به صورت جزئی این رابطه را میانجی‌گری می‌کند (اثر غیرمستقیم $\beta = -0.32$ ، شاخص‌های برازش مدل $\chi^2/df = 1/48$ ، $CFI = 0.96$ ، $RMSEA = 0.04$ ، برازش مطلوب مدل را تأیید کردند. همبستگی منفی بین حساسیت اضطرابی با اشتیاق به زندگی ($r = -0.42$) تا $r = -0.51$ و کیفیت زندگی ($r = -0.25$) تا $r = -0.51$ معنادار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد اشتیاق به زندگی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت‌کننده، بخشی از اثرات منفی حساسیت اضطرابی بر کیفیت زندگی را تعدیل نماید. این نتایج بر اهمیت توجه به متغیرهای روانشناختی مثبت در طراحی مداخلات درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی تأکید دارد.

استناد: نعمتی، فاطمه؛ و هاشمی، مرضیه (۱۴۰۵). مدلیابی علی کیفیت زندگی بر اساس حساسیت اضطرابی با نقش میانجی اشتیاق به زندگی در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی. مجله روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل، ۱۸ (۲)، ۹۱-۱۰۶.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37716.3187>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

رایانامه: m.hashemi2@khatam.ac.ir تلفن: ۰۹۱۲۸۳۳۸۶۲۷

مقدمه

اختلال وحشت‌زدگی یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی با شیوع ۱۲ ماهه ۲-۳ درصد در جمعیت عمومی است که در زنان دو تا سه برابر مردان مشاهده می‌شود (۱). این اختلال مزمن و ناتوان‌کننده معمولاً در اوایل بزرگسالی شروع و با حملات ناگهانی و شدید اضطراب همراه با علائم جسمانی مانند تپش قلب، تنگی نفس، تعریق و ترس از مردن مشخص می‌شود (۲).

مطالعات طولی اخیر نشان می‌دهند که حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی با اختلالات قابل توجهی در عملکرد اجتماعی و شغلی مواجه هستند، به طوری که شاخص‌های کیفیت زندگی در این گروه به شکل معناداری پایین‌تر از جمعیت عمومی گزارش شده است (۳). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که این بیماران در تمام ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی (با میانگین نمره ۵۰ در مقیاس SF-36 در مقایسه با ۷۵ در جمعیت عمومی) (۴)، سلامت روانی (میانگین نمره ۴۵ در مقابل ۷۲)، عملکرد اجتماعی (میانگین نمره ۵۵ در مقابل ۸۰) (۵) و عملکرد شغلی (میانگین نمره ۴۰ در مقابل ۷۵) با مشکلات جدی مواجه هستند (۶).

بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی با سه چالش عمده در کیفیت زندگی مواجه هستند: ترس دائمی از حملات بعدی که منجر به اجتناب از موقعیت‌های روزمره مانند سفر، حضور در جمع‌های شلوغ و حتی تنهایی در منزل می‌شود. دوم، اختلالات خواب که در ۸۵-۹۲٪ موارد گزارش شده و به طور مستقیم بر عملکرد شناختی و شغلی تأثیر می‌گذارد و سوم، تنش‌های بین‌فردی ناشی از نوسانات خلقی که بعد اجتماعی کیفیت زندگی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). مطالعات حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی به عنوان یکی از کلیدی‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی محسوب می‌شود. پژوهش‌ها بیانگر این هستند که اکثریت قابل توجهی از این افراد از سطوح بالای این ویژگی رنج می‌برند، که با ترس شدید از علائم اضطراب و تفسیر فاجعه‌بار از آن‌ها همراه است (۸).

تحقیقات حوزه روان‌شناسی سلامت نشان می‌دهند که حساسیت اضطرابی از دو مسیر مستقل، عملکرد روزمره بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی را مختل می‌سازد. در مرحله اول، این افراد دچار تمرکز بیمارگونه بر واکنش‌های فیزیولوژیک

بدن خود می‌گردند که هم ادراک ذهنی از علائم را تشدید نموده و هم تواتر بحران‌های اضطرابی را بالا می‌برد. کوچکترین تغییر در وضعیت جسمانی به صورت نادرست به عنوان پیش‌آگهی یک بحران قریب‌الوقوع تعبیر می‌شود. در مرحله بعد، فرد در گرداب رفتارهای پرهیزی گرفتار می‌شود که به صورت تدریجی دامنه فعالیت‌های عادی زندگی را تحلیل برده و تعاملات اجتماعی و عملکرد حرفه‌ای افراد را دچار ضعف می‌سازد (۹).

مطالعات روانشناختی نشان می‌دهند که حساسیت اضطرابی از دو مسیر مجزا کیفیت زندگی این بیماران را تخریب می‌کند. نخست، این افراد دچار سوگیری توجه افراطی به نشانه‌های بدنی می‌شوند که هم بر شدت درک علائم می‌افزاید و هم تعداد حملات وحشت‌زدگی را افزایش می‌دهد. هرگونه نوسان طبیعی در عملکرد جسمانی به اشتباه به عنوان هشدار فوری از خطری آتی تفسیر می‌گردد. دوم، این بیماران در دام چرخه معیوبی از رفتارهای اجتنابی گرفتار می‌آیند که به تدریج حوزه عملکرد روزمره آنان را محدودتر می‌سازد. این الگوی اجتناب تدریجی از موقعیت‌های محرک اضطراب، نهایتاً به کاهش چشمگیر روابط بین‌فردی و افت محسوس بهره‌وری شغلی می‌انجامد (۹).

علاوه بر این، حساسیت اضطرابی بالا با کاهش خودکارآمدی و اختلال در پردازش هیجانی همراه است. بیماران در باور به توانایی مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا مشکل دارند و در تنظیم هیجانات خود ناتوان می‌شوند. این عوامل در مجموع کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۰). تحقیقات معاصر در حوزه روان‌درمانی اختلالات اضطرابی به طور فزاینده‌ای بر اهمیت متغیرهای روانشناختی مثبت، به ویژه سازه اشتیاق به زندگی^۱، به عنوان عوامل محافظتی کلیدی تأکید دارند (۱۱). اشتیاق به زندگی که در ادبیات پژوهشی معاصر به عنوان یک سازه چندبعدی شامل مؤلفه‌های انرژی روانی بالا، درگیری فعال با تجربیات زندگی، لذت بردن از چالش‌ها و احساس معنا در فعالیت‌های روزمره تعریف می‌شود (۱۲) که می‌تواند از طریق مکانیسم‌های پیچیده و چندسطحی عملکرد محافظتی خود را در بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی اعمال کند. تحقیقات نشان می‌دهد که اشتیاق به زندگی نقش محوری در تعدیل علائم اختلال وحشت‌زدگی ایفا می‌نماید. از جنبه شناختی، این ویژگی با

شرکت‌کنندگان بر اساس ملاک‌های ورود شامل تشخیص قطعی اختلال وحشت‌زدگی بر اساس ملاک‌های DSM-5، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش انتخاب شدند. از سوی دیگر، افراد دارای تشخیص همزمان اختلالات روان‌پزشکی شدید، مصرف‌کنندگان داروهای روان‌گردان در سه ماه گذشته و کسانی که پرسشنامه را به صورت ناقص یا مخدوش تکمیل کرده بودند، از مطالعه خارج شدند. در کل تعداد ۴۲۰ نفر واجد ملاک‌های ورود بودند که ۱۲۰ نفر از مطالعه خارج و نمونه نهایی متشکل از ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. پس از دادن آگاهی در مورد هدف پژوهش، نحوه اجرا، اصل رازداری، حق انتخاب برای همکاری و حق انصراف در حین پاسخ به گویه‌های پرسشنامه‌ها به شرکت‌کنندگان داده شد. همچنین، توضیح هدف پژوهش، دادن اطمینان از اینکه پاسخنامه آن‌ها به صورت گروهی تحلیل می‌شود از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. داده‌ها از طریق روش SPSS-26 جهت تحلیل‌های توصیفی و AMOS-24 برای مدلیابی معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار

۱. مقیاس اشتیاق به زندگی (ZFLS): این مقیاس توسط گالاگر و لویز (۱۶) طراحی و شامل ۱۰ گویه در دو خرده‌مقیاس انرژی روانی (۵ گویه) و درگیری فعال با زندگی (۵ گویه) است. نمره‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (۱=کاملاً مخالف تا ۷=کاملاً موافق) انجام می‌شود. نمره کل از مجموع نمرات گویه‌ها محاسبه شده (دامنه نمرات: ۱۰-۷۰) و نمره بالاتر نشان‌دهنده اشتیاق بیشتر به زندگی است. گالاگر و لویز (۱۶) پایایی ($\alpha = 0.89$) و روایی همگرایی مطلوبی با مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی ($r = 0.72$) گزارش کردند. در مطالعه شهیدی و همکاران (۱۷)، ضریب آلفای کرونباخ 0.81 و پایایی سازه مقیاس نیز از طریق تحلیل عاملی تأییدی و با به دست آمدن شاخص برازش ($CFI = 0.93$)، مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با آلفای کرونباخ 0.88 محاسبه شد.

۲. پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF): این ابزار نسخه کوتاه‌شده WHOQOL-100 است که توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۸) طراحی شده و شامل ۲۶ گویه در چهار حوزه است: سلامت جسمانی (۷ گویه)، سلامت روانی

تغییر جهت توجه از نشانه‌های تهدیدکننده به رویدادهای خشی یا مثبت، چرخه معیوب اضطراب را متوقف می‌سازد (۱۳). در بعد هیجانی، این سازه موجب بهبود مدیریت هیجانات و تجربیات خوشایند و از منظر رفتاری، این ویژگی با به کارگیری راهکارهای مؤثر مانند تحلیل منطقی مشکلات و دریافت حمایت اجتماعی همراه است. در سطح فراشناختی نیز، این خصوصیت موجب برخورد انعطاف‌پذیرتر با افکار منفی می‌شود. تقویت حس هدفمندی که از مؤلفه‌های کلیدی تمایل به زندگی است، به افراد کمک می‌کند تا علی‌رغم مشکلات ناشی از بیماری، سطح مطلوبی از رضایت از زندگی را حفظ نمایند (۱۴).

با وجود اهمیت این موضوع، مطالعات اندکی به بررسی نقش میانجی اشتیاق به زندگی در رابطه بین حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی در این بیماران پرداخته‌اند. این در حالی است که درک این روابط می‌تواند به توسعه مداخلات روان‌درمانی جامع‌تری منجر شود که هم به کاهش عوامل خطر (مانند حساسیت اضطرابی) و هم به تقویت عوامل محافظت‌کننده (مانند اشتیاق به زندگی) می‌پردازند. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف پاسخ به این سؤال طراحی شد که آیا اشتیاق به زندگی می‌تواند رابطه بین حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی میانجی‌گری کند؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی-همبستگی از نوع مدلیابی معادلات ساختاری است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی و کلینیک روان‌شناسی و مشاوره آرامش شهر کرج در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. با توجه به ماهیت تحلیل‌های ساختاری و بر اساس راهنمای کلاین (۱۵)، حجم نمونه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد که با روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت مستمر از میان مراجعین واجد شرایط این مرکز انتخاب شدند. این مرکز به عنوان تنها منبع نمونه‌گیری، به دلیل حجم بالای مراجعین و تخصصی بودن خدمات در حوزه اختلالات اضطرابی، امکان دستیابی به نمونه مورد نیاز را فراهم کرد. همچنین این حجم نمونه با نسبت ۱۰ شرکت‌کننده به ازای هر متغیر مشاهده‌شده، امکان برآوردهای پایدار پارامترهای مدل را فراهم می‌ساخت.

(۶ گویه)، روابط اجتماعی (۳ گویه) و محیط زندگی (۸ گویه). نمره‌دهی هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ امتیازدهی می‌شود. نمره هر حوزه با تبدیل خطی به طیف ۰-۱۰۰ محاسبه می‌گردد، به‌طوری که نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. مطالعات بین‌المللی پایایی بالا ($\alpha = 0.82/0.93$) و روایی مطلوب را تأیید کرده‌اند (۱۹). در ایران، نجات و همکاران (۲۰) پایایی $0.84/0.91$ و روایی سازه ($CFI = 0.90$) را گزارش کردند. همچنین روایی همگرایی این پرسشنامه با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) همبستگی مثبت و معناداری ($r = 0.76$) نشان داد. در نمونه حاضر، روایی سازه پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی مورد بررسی قرار گرفت که شاخص‌های برازش ($CFI = 0.92$ ، $RMSEA = 0.06$) حاکی از برازش مطلوب مدل اندازه‌گیری بود. همچنین پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه 0.89 و برای حوزه‌های سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی به ترتیب 0.85 ، 0.87 ، 0.81 و 0.83 به دست آمد.

۳. پرسشنامه حساسیت اضطرابی (ASQ): توسط فلویید و همکاران (۲۱) طراحی شد. دارای ۱۶ سؤال و ۳ مؤلفه ترس از نگرانی‌های بدنی، ترس از نداشتن کنترل شناختی و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران است و بر اساس طیف پنج‌گزینه به سنجش حساسیت اضطرابی می‌پردازد. نمره گذاری پرسشنامه شامل دامنه ۱۶ تا ۸۰ با خط برش ۳۳ است که نمرات بالاتر بیانگر میزان حساسیت اضطرابی در حد بالا است. ریس و همکاران (۲۲) همسانی درونی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای سه مؤلفه و نمره کلی به ترتیب برابر با 0.72 ، 0.85 ، 0.65 و 0.75 بود. همچنین پایایی ابزار به روش بازآزمایی به ترتیب برابر با 0.90 ، 0.87 ، 0.82 و 0.85 گزارش گردید. اعتبار این ابزار در نمونه ایرانی توسط بیرامی و همکاران (۲۳) بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تنصیفی برای کل مقیاس 0.93 ، 0.95 و 0.97 گزارش شده است. همچنین در مطالعه مذکور روایی همگرا و واگرا برای کل مقیاس از طریق همبستگی با پرسشنامه اضطراب بک ($r = 0.89$) و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ($r = -0.88$) گزارش گردید. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب برای سه خرده مقیاس 0.82 ، 0.90 ، 0.88 به دست آمد.

۴. چک‌لیست تشخیصی اختلال وحشت‌زدگی بر اساس DSM-5: این چک‌لیست توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲) طراحی شده و شامل ۷ معیار اصلی تشخیصی (مانند "حملات وحشت‌زدگی مکرر و غیرمنتظره" یا "نگرانی مداوم از وقوع حمله بعدی") است. هر معیار به صورت دیکتوم (بله = ۱، خیر = ۰) نمره‌دهی می‌شود. تشخیص اختلال وحشت‌زدگی مستلزم حداقل ۴ معیار است. مطالعات بین‌المللی مانند براون و همکاران (۱۳)، روایی مطلوبی را با توافق بین ارزیاب‌ها ($\kappa = 0.85$) و تطابق ۹۲٪ با تشخیص روان‌پزشک گزارش کرده‌اند. در ایران، محمدی و همکاران (۲۴) حساسیت ۸۹٪ و ویژگی ۹۴٪ را تأیید کردند. در پژوهش حاضر، پایایی بین ارزیاب‌ها ($\kappa = 0.87$) و تطابق ۹۰٪ با تشخیص بالینی بود.

روند اجرای پژوهش: این پژوهش به روش ترکیبی (کتابخانه‌ای-میدانی) و پس از اخذ مجوزهای لازم انجام شد. از بین ۸۵۰ بیمار مراجعه‌کننده با تشخیص اولیه اختلال وحشت‌زدگی به مرکز روان‌شناسی و مشاوره آرامش شهر کرج در بازه زمانی فروردین تا اسفند ۱۴۰۳ تعداد ۴۲۰ نفر واجد ملاک‌های ورود بودند. در نهایت و با اعمال ملاک‌های خروج (شامل ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید همزمان، مصرف داروهای روان‌گردان در سه ماه گذشته و تکمیل ناقص یا مخدوش پرسشنامه‌ها)، تعداد ۱۲۰ نفر از مطالعه خارج شدند و نمونه نهایی متشکل از ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. پس از جلب اعتماد شرکت‌کنندگان و توضیح اهداف پژوهش و اطمینان‌بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های اشتیاق به زندگی، مقیاس کیفیت زندگی و حساسیت اضطرابی انجام گرفت. همچنین تشخیص اختلال وحشت‌زدگی با استفاده از چک‌لیست تشخیصی مبتنی بر DSM-5 تأیید شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 برای مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، محرمانه ماندن اطلاعات و امکان خروج آزادانه از پژوهش در هر مرحله رعایت شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، از میان ۳۰۰ شرکت‌کننده مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی که به مرکز درمانی و کلینیک روان‌شناسی و مشاوره آرامش شهر کرج مراجعه کرده بودند، ۱۸۷ نفر (۶۲/۳)

درصد) زن و ۱۱۳ نفر (۳۷/۷ درصد) مرد بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۲/۵ سال با انحراف معیار ۶/۸ سال بود که دامنه سنی آن‌ها بین ۲۰ تا ۴۵ سال قرار داشت. از نظر وضعیت تأهل، ۱۵۶ نفر (۵۲ درصد) متأهل، ۱۲۲ نفر (۴۰/۷ درصد) مجرد و ۲۲ نفر (۷/۳ درصد) مطلقه یا بیوه بودند. بررسی سطح تحصیلات نشان داد که ۴۵ نفر (۱۵ درصد) دیپلم، ۱۲۳ نفر (۴۱ درصد) فوق‌دیپلم یا لیسانس، ۸۴ نفر (۲۸ درصد) فوق‌لیسانس و ۴۸ نفر (۱۶ درصد) دکتری یا بالاتر داشتند. از نظر

وضعیت اشتغال، ۱۶۸ نفر (۵۶ درصد) شاغل، ۹۳ نفر (۳۱ درصد) خانه‌دار و ۳۹ نفر (۱۳ درصد) دانشجو یا بیکار بودند. میانگین مدت زمان ابتلا به اختلال وحشت‌زدگی در نمونه پژوهش ۳/۸ سال با انحراف معیار ۱/۲ سال بود که حداقل زمان ابتلا ۶ ماه و حداکثر ۱۲ سال گزارش شد. همچنین، ۱۰۵ نفر (۳۵ درصد) از شرکت‌کنندگان سابقه اختلال در اعضای خانواده و ۱۹۵ نفر (۶۵ درصد) فاقد این سابقه بودند.

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های پژوهش

متغیر/مؤلفه	M	SD	حداقل	حداکثر	چولگی	کشیدگی
حساسیت اضطرابی (نمره کل)	۴۵/۲۳	۸/۷۶	۲۲	۷۲	۰/۳۲	-۰/۱۵
ترس از نگرانی‌های بدنی	۱۵/۸۷	۴/۲۳	۷	۲۵	۰/۴۱	-۰/۰۸
ترس از نداشتن کنترل شناختی	۱۴/۹۵	۳/۸۹	۵	۲۴	۰/۲۷	۰/۱۲
ترس از مشاهده اضطراب	۱۴/۴۱	۳/۶۵	۶	۲۳	۰/۳۵	-۰/۲۱
اشتقاق به زندگی (نمره کل)	۵۲/۳۴	۹/۱۲	۲۸	۷۰	-۰/۱۸	۰/۰۵
انرژی روانی	۲۶/۷۸	۵/۴۳	۱۲	۳۵	-۰/۲۲	۰/۱۱
درگیری فعال	۲۵/۵۶	۴/۸۹	۱۰	۳۵	-۰/۱۵	-۰/۰۳
کیفیت زندگی (نمره کل)	۶۵/۴۵	۱۲/۳۴	۳۲	۹۵	-۰/۲۵	۰/۱۸
سلامت جسمانی	۱۶/۲۳	۴/۵۶	۷	۲۸	۰/۱۲	-۰/۰۷
سلامت روانی	۱۵/۸۹	۳/۹۸	۶	۲۵	-۰/۰۹	۰/۲۳
روابط اجتماعی	۱۲/۴۵	۲/۷۸	۵	۱۸	۰/۳۱	۰/۱۴

همانطور که در جدول ۱ گزارش شده، مقدار ضریب چولگی و کشیدگی تمامی متغیرها بین منفی ۲ و مثبت ۲ قرار گرفته است. لذا تخطی از توزیع نرمال در بین داده‌ها دیده نمی‌شود.

در ادامه نتایج آزمون همبستگی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول (۲) نتایج همبستگی پیرسون بین مؤلفه‌های پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. حساسیت اضطرابی کل	۱						
۲. انرژی روانی	**-.۰/۴۲	۱					
۳. درگیری فعال	**-.۰/۳۸	**۰/۶۵	۱				
۴. سلامت جسمانی	**-.۰/۳۴	**۰/۴۸	**۰/۴۱	۱			
۵. سلامت روانی	**-.۰/۵۱	**۰/۵۹	**۰/۵۴	**۰/۴۳	۱		
۶. روابط اجتماعی	**-.۰/۲۹	**۰/۳۷	**۰/۳۹	**۰/۳۲	**۰/۴۵	۱	
۷. محیط زندگی	*-.۰/۲۵	**۰/۳۳	**۰/۳۱	**۰/۲۸	**۰/۳۹	**۰/۴۲	۱

**p < ۰/۰۱، *p < ۰/۰۵

تمامی ضرایب همبستگی در سطح معناداری ۰/۰۱ و ۰/۰۵ محاسبه شده‌اند. همبستگی‌های منفی بین حساسیت اضطرابی با تمام مؤلفه‌های اشتیاق به زندگی و کیفیت زندگی نشان‌دهنده رابطه معکوس این متغیرهاست. به عبارت دیگر، با افزایش حساسیت اضطرابی، میزان اشتیاق به زندگی و

کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. همبستگی‌های مثبت قوی بین مؤلفه‌های اشتیاق به زندگی (انرژی روانی و درگیری فعال) با مؤلفه‌های کیفیت زندگی (به ویژه سلامت روانی با ضریب ۰/۵۹) حاکی از نقش مهم اشتیاق به زندگی در ارتقای کیفیت زندگی است. بالاترین همبستگی منفی بین حساسیت

همبستگی بین ۰/۲۵ تا ۰/۵۹ در محدوده متوسط تا قوی قرار دارند که برای تحلیل‌های بعدی در مدل‌یابی معادلات ساختاری مناسب هستند. جهت بررسی تحلیل عاملی تأییدی متغیرهای پژوهش از تحلیل عاملی تأییدی مورد ارزیابی قرار گرفته است.

اضطرابی و سلامت‌روانی (۰/۵۱-) مشاهده شد که نشان‌دهنده تأثیر قوی حساسیت اضطرابی بر بعد روانی کیفیت زندگی است. الگوی همبستگی‌ها از روایی همگرا و واگرایی مطلوب ابزارهای پژوهش حمایت می‌کند. ضرایب همبستگی محاسبه شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و با روش همبستگی گشتاوری پیرسون به دست آمده‌اند. مقادیر

جدول ۳) بار عاملی استاندارد شده و سطح معناداری آزمون بین سؤالات و متغیرهای پژوهش

متغیرها/مؤلفه‌ها	سؤالات پرسشنامه	ضریب استاندارد	مقدار بحرانی (C.R.)	p	آلفای کرونباخ	نتیجه
حساسیت اضطرابی	AS1	۰/۷۸	-	***	۰/۸۹۱	مطلوب
	AS2	۰/۸۱	۱۴/۳۲	***		مطلوب
	AS3	۰/۷۹	۱۳/۹۸	***		مطلوب
	AS4	۰/۸۰	۱۴/۲۱	***		مطلوب
	AS5	۰/۷۷	۱۳/۷۵	***		مطلوب
اشتیاق به زندگی	ZL1	۰/۸۴	-	-	۰/۹۰۲	مطلوب
	ZL2	۰/۸۲	۱۵/۴۱	***		مطلوب
	ZL3	۰/۸۱	۱۴/۸۹	***		مطلوب
	ZL4	۰/۸۳	۱۵/۶۷	***		مطلوب
	ZL5	۰/۸۲	۱۵/۲۴	***		مطلوب
کیفیت زندگی (سلامت جسمانی)	Q1	۰/۸۱	-	-	۰/۸۷۶	مطلوب
	Q2	۰/۷۹	۱۳/۵۴	***		مطلوب
	Q3	۰/۷۸	۱۳/۲۱	***		مطلوب
	Q4	۰/۸۰	۱۳/۸۷	***		مطلوب
	Q5	۰/۸۳	-	-		مطلوب
کیفیت زندگی (سلامت روانی)	Q6	۰/۸۱	۱۴/۶۵	***	۰/۸۸۵	مطلوب
	Q7	۰/۸۲	۱۴/۸۹	***		مطلوب
	Q8	۰/۸۰	۱۴/۳۲	***		مطلوب
کیفیت زندگی (روابط اجتماعی)	Q9	۰/۸۴	-	-	۰/۸۲۷	مطلوب
	Q10	۰/۸۱	۱۳/۹۸	***		مطلوب
	Q11	۰/۸۲	۱۴/۳۲	***		مطلوب
کیفیت زندگی (محیط زندگی)	Q12	۰/۸۰	-	-	۰/۸۵۳	مطلوب
	Q13	۰/۷۹	۱۳/۵۴	***		مطلوب
	Q14	۰/۸۱	۱۴/۱۲	***		مطلوب

پژوهش حمایت می‌کنند. مقادیر ضریب استاندارد بین ۰/۷۷۶ تا ۰/۸۴۳ در محدوده قابل قبول قرار دارند که نشان‌دهنده قدرت تبیین مطلوب گویه‌ها توسط سازه‌های مربوطه است. در ادامه جهت تأیید مدل تحلیل عاملی و مستند بودن نتایج حاصله لازم است تا شاخص‌های برازش مدل در حد قابل قبول قرار گیرد. در جدول زیر شاخص‌های مورد استفاده به همراه مقادیر آن آمده است.

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، تمامی بارهای عاملی استاندارد شده بالاتر از ۰/۴ و در سطح معناداری ۰/۰۰۱ (***) هستند که نشان‌دهنده روایی سازه مطلوب ابزارهاست. مقادیر بحرانی (C.R.) تمامی سؤالات بالاتر از ۱/۹۶ بوده که نشان‌دهنده معناداری بارهای عاملی در سطح $p < ۰/۰۰۱$ می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ برای تمامی خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۷ بوده که حاکی از پایایی مطلوب ابزارهاست. الگوی بارهای عاملی از ساختار عاملی تأییدی ابزارهای

جدول ۴) شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی

شاخص‌های بررسی شده	نماد لاتین	میزان استاندارد	مقدار برآورد شده
کای اسکوتر/درجه آزادی	(x2/ df)	کمتر از ۳	۱/۳۰۹
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	(RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۳۲
برازش مقایسه‌ای	(CFI)	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۷
برازش فزاینده	(IFI)	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۷
نیکویی برازش	(GFI)	بیشتر از ۰/۸	۰/۸۷
		بنترلر و بونت (۱۹۸۰)	
		کارمینز و مکلاور (۱۹۸۱)	
		هایر و همکاران (۱۹۹۸)	
		اتزادی و فروهمند (۱۹۹۶)	

همانطور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، در مدل تحلیل عاملی مقدار کای دو به درجه آزادی ۱/۳۰۹ و کمتر از ۳ است. همچنین مقدار جذر برآورد واریانس خطای تقریب $RMSEA \approx 0.032/0.08$ است.

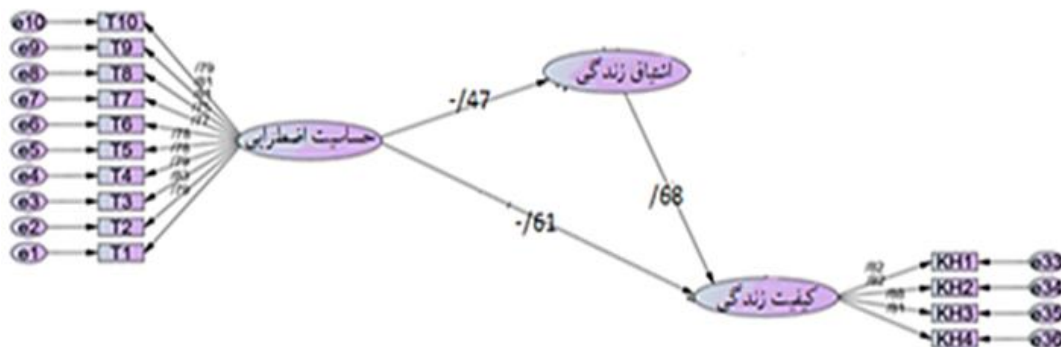
همچنین شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) و شاخص نیکویی برازش (GFI) همگی در حد مناسبی محاسبه شده است. بنابراین در حالت کلی و با توجه به شاخص‌های محاسبه شده می‌توان برازش مطلوب مدل را نتیجه گرفت.

جدول ۵) نتایج شاخص‌های برازش مدل مفهومی پژوهش

x2/df < 3	RMSEA < 0.08	CFI > 0.9	IFI > 0.9	GFI > 0.8
۱/۴۸۵	۰/۰۴۰	۰/۹۶	۰/۹۶	۰/۸۶

همانطور که در جدول ۵ گزارش شد، در مدل پژوهش مقدار کای دو به درجه آزادی ۱/۴۸۵ و کوچک‌تر از ۳ است. همچنین مقدار جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) برابر ۰/۰۴۰ و کمتر از ۰/۰۸ است. همچنین شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص

برازندگی افزایشی (IFI) بترتیب برابر با ۰/۹۶، ۰/۸۶ و ۰/۹۶ بوده و همگی در حد بسیار مطلوب قرار دارند، پس مدل برازش خوبی را نشان داده و مورد تأیید است. مدل زیر مدل تحقیق بر اساس ضرایب مسیر استاندارد شده را نشان می‌دهد.



مدل ۱) مدل تحقیق در حالت ضرایب مسیر استاندارد شده

جهت بررسی نقش میانجی‌گری اشتیاق به زندگی در رابطه بین حساسیت اضطرابی (متغیر مستقل) و کیفیت زندگی (متغیر

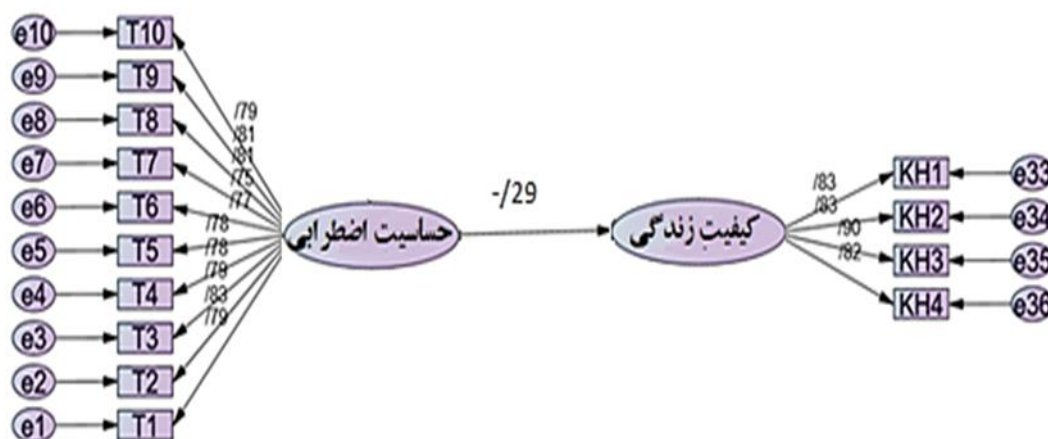
وابسته) از روش بارون و کنی و تحلیل مسیر در نرم‌افزار AMOS-24 استفاده شد. نتایج به شرح زیر بود:

جدول ۶) نتایج تحلیل میانجی‌گری اشتیاق به زندگی با روش برون و کنی

گام‌های آزمون	مسیر	ضریب مسیر (β)	(p)
مدل بدون میانجی			
حساسیت اضطرابی $\leftarrow$ کیفیت زندگی	-۰/۶۱	-۸/۴۵	۰/۰۰۱
مدل با میانجی			
حساسیت اضطرابی $\leftarrow$ اشتیاق به زندگی	-۰/۴۷	-۶/۳۲	۰/۰۰۱
اشتیاق به زندگی $\leftarrow$ کیفیت زندگی	۰/۶۸	۹/۱۵	۰/۰۰۱
حساسیت اضطرابی (اثر مستقیم) $\leftarrow$ کیفیت زندگی	-۰/۲۹	-۳/۹۸	۰/۰۰۱

این نشان می‌دهد افزایش حساسیت اضطرابی با کاهش کیفیت زندگی همراه است.

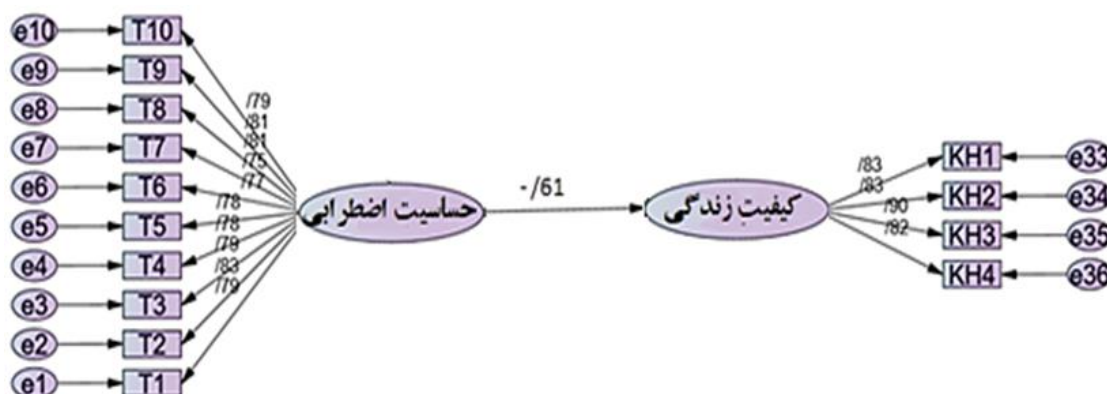
نتایج نشان داد که رابطه مستقیم حساسیت اضطرابی با کیفیت زندگی با ضریب -۰/۶۱ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ تأیید شد (C.R. = -۸/۴۵).



مدل ۲) ضریب مسیر استاندارد شده حساسیت اضطرابی با کیفیت زندگی بدون دخالت متغیر میانجی اشتیاق به زندگی (شرط اول)

زندگی پس از وارد کردن میانجی، از -۰/۶۱ به -۰/۲۹ کاهش یافت که نشان‌دهنده نقش جزئی اشتیاق به زندگی در میانجی‌گری است

ز سویی حساسیت اضطرابی بر اشتیاق به زندگی اثر منفی و معناداری دارد ($\beta = -۰/۴۷$)، ($C.R. = -۶/۳۲$) و نیز اشتیاق به زندگی بر کیفیت زندگی اثر مثبت و معناداری دارد ($\beta = ۰/۶۸$)، اثر مستقیم حساسیت اضطرابی بر کیفیت زندگی ($C.R. = ۹/۱۵$).



مدل ۳) ضریب مسیر استاندارد شده بین حساسیت اضطرابی با کیفیت زندگی با دخالت متغیر میانجی اشتیاق به زندگی

به طور کلی نتایج نشان داد که اشتیاق به زندگی به صورت جزئی رابطه بین حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی را میانجی‌گری می‌کند و کاهش ضریب اثر مستقیم از $0/61-$ به $0/29-$ پس از وارد کردن متغیر میانجی، تأیید کننده فرضیه پژوهش است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی تأثیر منفی معناداری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی دارد. این نتیجه با یافته‌های کانگ و همکاران (۲۵) و بهشتی و بهشتی (۲۴) همسو است که نشان دادند حساسیت اضطرابی از طریق مکانیسم‌های مختلفی مانند تمرکز افراطی بر علائم جسمانی و ایجاد چرخه‌های اجتنابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وحشت‌زدگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع این سازه شناختی با ایجاد سوگیری‌های توجهی و اختلال در تنظیم هیجانات، عملکرد روزمره بیماران را مختل می‌کند. این نقص عصبی-شناختی منجر به تشدید واکنش‌های اضطرابی و کاهش توانایی فرد در مدیریت مؤثر موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود که در نهایت کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۶). همچنین، یافته‌های تصویربرداری عصبی از وجود ناهنجاری‌های عملکردی در شبکه‌های سینگولات قدامی-آمیکدال در این بیماران خبر می‌دهد که می‌تواند پایه عصبی ارتباط میان واکنش‌پذیری اضطرابی و اختلال در کارکردهای بین فردی و حرفه‌ای را تبیین نماید (۲۷).

در واقع حساسیت اضطرابی از طریق چندین مکانیسم کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ نخست، این سازه با افزایش توجه انتخابی به علائم جسمانی، تمرکز فرد را بر فعالیت‌های روزمره کاهش می‌دهد (۷). دوم، با تضعیف خودکارآمدی، احساس کنترل فرد بر زندگی خود را مختل می‌کند و سوم، با ایجاد اختلال در خواب و کاهش انرژی روانی، عملکرد روزانه را متاثر می‌سازد (۴). این مکانیسم‌ها به خوبی توضیح می‌دهند که چرا در پژوهش حاضر، حساسیت اضطرابی چنین تأثیر قوی‌ای بر کیفیت زندگی داشته است.

علاوه بر این، نتایج نشان داد که اشتیاق به زندگی به عنوان یک عامل محافظتی قوی نه تنها اثر مستقیم مثبتی بر کیفیت زندگی داشته؛ بلکه توانست به صورت جزئی رابطه بین حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی را میانجی‌گری کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های وسنر و همکاران (۲۸) و بابایی و

همکاران (۲۹) همسو بود که بصورت غیرمستقیم نشان دادند که اشتیاق به زندگی با تقویت توانایی‌های مقابله‌ای و ایجاد انعطاف‌پذیری روانی، اثرات مخرب حساسیت اضطرابی را تعدیل می‌کند. این سازه از طریق مکانیسم‌های مختلف از جمله افزایش تاب‌آوری (۲۸) عمل می‌نماید. چنین تأثیراتی منجر به کاهش ادراک تهدید و بهبود پاسخ‌دهی به عوامل استرس‌زا می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان بر اساس مدل‌های نظری اخیر عنوان داشت که تأکید دارند هیجانات مثبت می‌توانند با گسترش دامنه توجه و ایجاد منابع روانشناختی پایدار، به عنوان سپری در برابر پیامدهای منفی اختلالات اضطرابی عمل کنند (۳۰). این سازه همچنین با افزایش تاب‌آوری هیجانی، به بیماران کمک می‌کند تا بهتر با چالش‌های ناشی از اختلال وحشت‌زدگی کنار بیایند (۳۱). این نتایج با مدل گسترش و ساخت‌وساز فردریکسون (۳۲) درباره تأثیرات گسترش‌دهنده و سازنده هیجانات مثبت همخوانی دارد که نشان می‌دهد تجربیات عاطفی مطلوب می‌توانند به توسعه پایدار ظرفیت‌های روانی منجر شوند.

در واقع اشتیاق به زندگی از طریق چندین مکانیسم کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. نخست، با تعدیل سوگیری توجهی، تمرکز فرد را از علائم تهدیدآمیز به سمت جنبه‌های مثبت زندگی تغییر می‌دهد (۱۳). از سوی دیگر، این سازه با بهبود کارآمدی فرآیندهای نظم‌دهی هیجانی، قابلیت کنترل و تعدیل واکنش‌های ناشی از اضطراب را ارتقاء می‌بخشد (۳۳).

همچنین، با القای بینش‌های مثبت و معنابخش به تجربیات زندگی، سطح انگیزش و تمایل به مشارکت در عرصه‌های مختلف اجتماعی و حرفه‌ای را افزایش می‌دهد (۳۴). این مکانیسم‌ها به خوبی توضیح می‌دهند که چرا اشتیاق به زندگی در پژوهش حاضر چنین تأثیر مثبت و قوی‌ای بر کیفیت زندگی داشته است.

مقایسه یافته‌های این پژوهش با مطالعات مشابه داخلی (۲۰) و خارجی (۳۵) نشان می‌دهد که اگرچه رابطه منفی بین حساسیت اضطرابی و کیفیت زندگی در جمعیت‌های مختلف به تأیید رسیده است، اما بررسی نقش میانجی‌گر متغیرهای مثبت‌نگر مانند اشتیاق به زندگی می‌تواند دیدگاه جدیدی برای طراحی مداخلات درمانی فراهم آورد. این یافته‌ها از یک سو اهمیت توجه به عوامل محافظتی در کنار عوامل خطرزا را برجسته می‌سازد و از سوی دیگر، لزوم توسعه پروتکل‌های

درمانی جامع‌تری را که به هر دو جنبه می‌پردازند، مورد تأکید قرار می‌دهد.

در نهایت یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اشتیاق به زندگی اثر حساسیت اضطرابی بر کیفیت زندگی را میانجی‌گری و کاهش داده است. این نتیجه با مطالعه براون و همکاران (۳۶) همخوانی دارد که نشان دادند متغیرهای مثبت‌نگر می‌توانند تا ۴۵ درصد از اثرات منفی عوامل خطرزا بر سلامت روان را تعدیل کنند. در واقع اشتیاق به زندگی اثرات منفی عوامل خطرزا بر سلامت روان را تعدیل می‌کند (۱۳). از این روی در پژوهش حاضر، اشتیاق به زندگی به عنوان یک عامل محافظتی عمل کرده و بخشی از اثرات منفی حساسیت اضطرابی را خنثی ساخته است. این یافته از نظریه منابع روانشناختی هابفول (۳۷) نیز حمایت می‌کند که بر نقش منابع مثبت در مقابله با استرس تأکید دارد. مکانیسم این اثر میانجی را می‌توان از طریق مدل‌های پردازش هیجانی نیز توضیح داد. درحالی‌که حساسیت اضطرابی سیستم پردازش تهدید را فعال می‌کند، اشتیاق به زندگی سیستم پردازش پاداش را تقویت می‌نماید (۳۸). نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که تعادل عملکردی بین مکانیسم‌های عصبی می‌تواند تأثیرات نامطلوب حساسیت اضطرابی را تخفیف دهد. این امر، لزوم به کارگیری روش‌های ترکیبی را برجسته می‌سازد که به صورت توانمند هم به کاستن از واکنش‌پذیری اضطراب و هم به پرورش تمایلات مثبت به زندگی می‌پردازند (۳۹). در واقع چنین مداخلاتی می‌تواند با تأثیر همزمان بر جنبه‌های مثبت و منفی عملکرد روانشناختی، نتایج بهتری در بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته باشند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که از جمله می‌توان به محدودیت در کنترل متغیرهای مداخله‌گر (مانند مصرف داروهای غیرروان‌گردان، سابقه درمانی و حمایت اجتماعی) اشاره کرد که ممکن است بر نتایج تأثیر گذاشته باشد. همچنین، وابستگی به داده‌های خودگزارشی و امکان وجود سوگیری پاسخ (مانند تمایل به پاسخ‌های اجتماعی پسندیده) از دیگر محدودیت‌ها بود. علاوه بر این، طرح مقطعی پژوهش، امکان استنباط روابط علی را به صورت قطعی محدود می‌کند.

در بخش پیشنهادات پژوهشی، انجام مطالعات طولی برای بررسی تغییرات روابط بین متغیرها در طول زمان، بررسی نقش تعدیل‌گر متغیرهای جمعیت‌شناختی (مانند جنسیت و سن) و

استفاده از روش‌های چندگزارشی (مثل مصاحبه بالینی و گزارش خانواده) برای کاهش سوگیری پیشنهاد می‌شود. در بخش پیشنهادات کاربردی، طراحی مداخلات یکپارچه‌ای که همزمان حساسیت اضطرابی را از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی کاهش دهند و اشتیاق به زندگی را با تمرینات روان‌شناسی مثبت‌نگر (مانند مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و فعال‌سازی رفتاری) تقویت کنند، می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران مؤثر باشد. همچنین، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و افزایش تاب‌آوری به عنوان مؤلفه‌های مکمل در برنامه‌های درمانی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه بیماران مشارکت‌کننده در این پژوهش که با صبر و همکاری خود امکان انجام این مطالعه را فراهم نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم. همچنین از مرکز درمانی آرامش شهر کرج و همکاران محترم که در جمع‌آوری داده‌ها ما را یاری کردند، تقدیر می‌کنیم. این مقاله هیچگونه حمایت سازمانی و خصوصی نداشته است. بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

1. Crone C, Fochtmann LJ, Attia E, Boland R, Escobar J, Fornari V. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2023;180(2):167-171.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2022.18020179>
2. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
<https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
3. Miqdadi AI, Chong MC, Tang LY, Koh OH, Alhadidi M, Issa M. Easing panic: the effect of an online psychoeducational program on panic symptoms, anxiety, and quality of life among people experiencing panic attacks. *Issues Ment Health Nurs*. 2024;45(10):1022-33.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2024.2384412>
4. Machado S, Telles G, Magalhaes F, Teixeira D, Amatriain-Fernández S, Budde H. Can regular physical exercise be a treatment for panic disorder? A systematic review. *Expert Rev Neurother*. 2022;22(1):53-64.
<https://doi.org/10.1080/14737175.2022.2018301>
5. Robinaugh DJ, Haslbeck J, Waldorp LJ, Kossakowski JJ, Fried EI, Millner AJ, et al. Advancing the network theory of mental disorders: A computational model of panic disorder. *Psychol Rev*. 2024;131(6):1482.
<https://doi.org/10.1037/rev0000456>
6. Oft AC, Philip S, Holz E, Sathi S, Geng X, Hoge E. Effect of meditation or escitalopram on work performance in patients with anxiety disorders. *J*

17. Shahidi S, Hasanazadeh R, Mirzaian B. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Mental Pain and Life Engagement in Patients with Psoriasis. *J Health Res Commun* 2022; 8 (3):68-77. <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-754-fa.html>
18. World Health Organization. (1998). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. World Health Organization. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
19. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299-310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486>
20. 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. *sjsph* 2006; 4 (4):1-12. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html>
21. Floyd M, Garfield A, LaSota MT. Anxiety sensitivity and worry. *Pers Individ Differ*. 2005;38(5):1223-9. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.005>
22. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther*. 2012;24(1):1-8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
23. Beyrami M, Akbari E, Qasempour A, Azimi Z. An investigation of anxiety sensitivity, meta-worry and components of emotions regulation in students with and without social anxiety. *J Clin Psychol Stud*. 2012;2(8):827-57. (Persian) https://jcps.atu.ac.ir/article_2053.html?lang=fa
24. Beheshti M, Beheshti SH. Predicting quality of life based on anxiety sensitivity in patients with panic disorder [Internet]. In: 22nd International Conference on Research in Psychology, Counseling and Educational Sciences; 2024; Tehran. <https://civilica.com/doc/2295618>
25. Kang, E. H., Kim, B., Choe, A. Y., Lee, J. Y., Choi, T. K., & Lee, S. H. (2015). Panic disorder and health-related quality of life: the predictive roles of anxiety sensitivity and trait anxiety. *Psychiatry research*, 225(1-2), 157-163. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.029>
26. Aghighi, A., Mohammadi, N., Rahimi, C., Imani, M. Effectiveness of the Emotion-regulation Group Therapy on Symptom Recovery and Quality of Life of Panic Disordered Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 2021; 13(3): 19-32. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.20147.1858>
27. Wilmer, M. T., Anderson, K., & Reynolds, M. (2021). Correlates of quality of life in anxiety Affect Disord. 2024;364:104-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.051>
7. Su S, Jiang W, Wang S, Xu M, Ren X, Qiu J. Impact of anxiety levels and alexithymia degree on the quality of life in patients with anxiety disorders. *J Shanghai Jiao Tong Univ (Med Sci)*. 2024;44(5):584-90. <https://doi.org/10.1002/da.23123>
8. Fidry, M., Zugliani, M. M., do Valle, C. R., Martins, R. M., Cabo, M. C. D., Nardi, A. E., & Freire, R. C. (2019). Quality of life in panic disorder: the influence of clinical features and personality traits. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(4), 387-393. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0008>
9. Behenck, A. D. S., Wesner, A. C., Guimaraes, L. S. P., Manfro, G. G., Dreher, C. B., & Heldt, E. (2021). Anxiety sensitivity and panic disorder: evaluation of the impact of cognitive-behavioral group therapy. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 112-118. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1780527>
10. Selinheimo S, Vuokko A, Lappalainen P, Keinonen K, Sainio M, Lappalainen R, et al. The association between quality of life and psychological flexibility, depressive, anxiety or insomnia symptoms in patients with persistent indoor environment-related symptoms or chronic fatigue. *BMC Psychol*. 2025;13(1):229. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-00993-6>
11. Mori L. Synthesizing a zest for life with social emotional learning in the educational system in Japan. *Int J Educ Reform*. 2025;34(2):386-404. <https://doi.org/10.1177/10567879221129623>
12. Shahidi S, Hassanazadeh R, Mirzaian B. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on subjective pain and zest for life in patients with psoriasis. *Health Res Community*. 2022;8(3):68-77. (Persian) <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-754-en.html>
13. Gaiaschi, C., Ghigi, R., & Quaglia, V. (2025). Joy and Guilt, Passion and Anxiety. Exploring Emotions in the Neoliberal Academia. *Sociologica*, 19(2), 109-122. <https://orcid.org/0000-0003-3768-9529>
14. Soria-Reyes LM, Cerezo MV, Molina P, Blanca MJ. Life satisfaction and character strengths in women with breast cancer: zest and hope as predictors. *Integr Cancer Ther*. 2023;22:15347354231197648. <https://doi.org/10.1177/15347354231197648>
15. Kline, R. B. (2015). Principles and Practice of Structural Equation Modeling (4th ed.). New York: Guilford Press. <https://scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1375492>
16. Gallagher MW, Lopez SJ. Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *J Posit Psychol*. 2009;4(6):548-56. <https://doi.org/10.1080/17439760903157166>

39. Asiamah N, Mensah HK, Ansah EW, Eku E, Ansah NB, Danquah E, et al. Association of optimism, self-efficacy, and resilience with life engagement among middle-aged and older adults with severe climate anxiety: sensitivity of a path model. *J Affect Disord.* 2025;380:607-19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.180>
40. disorders: review of recent research. *Current psychiatry reports*, 23(11), 77. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01290-4>
41. 28. Wesner, A. C., Behenck, A., Finkler, D., Beria, P., Guimarães, L. S., Manfro, G. G., ... & Heldt, E. (2019). Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 33(4), 428-433. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003>
42. 29. Babayie K, Abdolhoseini A, Saydi Z, Mousavi SM. Relationship between physical concern and anxiety sensitivity in females with panic disorder: the moderating role of distress tolerance. *Int J Appl Behav Sci* [Internet]. 2023 [cited 2024 Month Day];10(4):13-20. Available from: <https://doi.org/10.22037/ijabs.v10i4.44513>
43. 30. Kashdan TB, Goodman FR, Machell KA. Emotion regulation flexibility in anxiety disorders: current evidence and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2023;19(1):387-412. <https://doi.org/10.1007/s10608-022-10283-3>
44. 31. Taghipour B, Basharpour S, Smaeili M. The effectiveness of emotion regulation on emotion processing and symptoms of panic in women with panic disorder. *J Clin Psychol.* 2021;13(3):79-88. <https://doi.org/10.22037/ijabs.v10i4.44513>
45. 32. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol.* 2001;56(3):218-26. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
46. 33. Amalia N, Mauluddin SH, Hanakasi K. Correlation of students' well-being and problem-solving skills in mathematics. *Afore: Jurnal Pendidikan Matematika.* 2025;4(1):97-109. <https://doi.org/10.57094/afore.v4i1.2866>
47. 34. St-Louis AC, Rapaport M, Chénard Poirier L, Vallerand RJ, Dandeneau S. On emotion regulation strategies and well-being: the role of passion. *J Happiness Stud.* 2021;22(4):1791-818. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00296-8>
48. 35. Irawan AW, Pimada LH, Herawati AA, Isrofin B, Amedome SN. Meaning of life as a protective factor against early mortality: implications for life expectancy. *J Psychosom Res.* 2025;112:162 <https://doi.org/10.1037/bul0000356>
49. 36. Hovenkamp-Hermelink JH, Jeronimus BF, Myroniuk S, Riese H, Schoevers RA. Predictors of persistence of anxiety disorders across the lifespan: a systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2021;8(5):428-43. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30433-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30433-8)
50. 37. Hobfoll, Stevan (1989). "Conservation of Resources. A New attempt at conceptualizing stress". *The American Psychologist.* 44 (3): 513-524. [Doi:10.1037/0003-066X.44.3.513](https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513)
51. 38. Craske MG, Meuret AE, Echiverri-Cohen A, Rosenfield D., & Ritz, T. Positive affect treatment for anxiety and depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry.* 2024;181(2):143-151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230102>