

الگوی ساختاری ادراک بیماری بیماری در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید براساس سبک‌های دلبستگی و نگرش‌های ناکارآمد؛ نقش میانجی ناگویی هیجانی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۳/۰۸/۱۴۰۰

خلاصه

مقدمه

این پژوهش به تبیین الگوی ساختاری ادراک بیماری در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید بر اساس سبک‌های دلبستگی و نگرش‌های ناکارآمد با میانجی‌گری متغیر ناگویی هیجانی با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری (SEM) پرداخته است.

روش کار

در این پژوهش ۲۵۰ شرکت‌کننده (زن) حضور داشتند که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان البرز کرج انتخاب شدند، برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های ادراک بیماری بردبنت و همکاران فرم بلند (IPQ)، سبک‌های دلبستگی بزرگسالان فرم تجدید نظر شده کالینز و رید (RAAS)، نگرش‌های ناکارآمد فرم بلند ویسمن و بک (DAS) و پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS) استفاده شده است. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل مسیر و مدل معادلات ساختاری تحلیل شد.

نتایج

داده‌های به دست آمده از مدل اولیه، برازش خوبی از مدل نشان دادند به عنوان مثال شاخص برازش CFI و IFI در مدل حاضر برابر با ۰/۹۴۱ و ۰/۹۴۲ بود که چون این میزان بالاتر از معیار ۰/۹۰ برای این شاخص‌ها بود نشان دهنده‌ی برازش خوب مدل بود. همچنین شاخص GFI در پژوهش حاضر ۰/۹۲۴ به دست آمد که این میزان بالاتر از معیار ۰/۹۰ است و از این نظر نیز مدل دارای برازش خوبی است. در نهایت شاخص برازش RMSEA و SRMR که برخی متخصصان آن‌ها را از مهمترین شاخص برازش مدل می‌دانند برابر با ۰/۰۶۴ بود که کمتر از معیار ۰/۰۸ بود و از این رو نشان دهنده‌ی برازش خوب مدل می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش اثر مستقیم متغیر سبک دلبستگی اضطرابی و نگرش‌های ناکارآمد بر متغیر ادراک بیماری معنی‌دار است اما اثر مستقیم متغیر سبک‌های دلبستگی و نگرش‌های ناکارآمد از طریق واسطه‌ای متغیر ناگویی هیجانی معنی‌دار نمی‌باشد.

کلمات کلیدی

ادراک بیماری، سبک‌های دلبستگی، نگرش‌های ناکارآمد، ناگویی هیجانی

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سمیه عربی^۱

شکوه السادات بنی جمالی^{۲*}

شیرین کوشکی^۳

مهناز استکی^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۲ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

^۳ استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

Email: drbanijamali@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های مزمن از جمله مشکلات شایع بهداشتی در سراسر جهان به شمار می‌آیند که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد بطور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آن‌ها تاثیر دارند. بیماری‌های استخوان و مفاصل از جمله بیماری‌های شایع هم در کشورهای پیشرفته و هم در حال توسعه می‌باشند، به گونه‌ای که در یک اقدام بین‌المللی دهه ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ به عنوان دهه بیماری‌های استخوان و مفاصل نام گذاری شد (۱). آرتريت روماتوئید^۱ یک بیماری التهابی خود ایمنی است که منجر به تخریب مفصل و ناتوانی بیماران می‌شود (۲). آرتريت روماتوئید یک بیماری خود ایمنی پیش‌رونده با علائم بالینی متغیر می‌باشد که با دوره‌های التهاب در سینوویوم شروع می‌شود و باعث ضخیم شدن و ایجاد ادم در آن می‌گردد (۳). التهاب سینوویال ایجاد شده در مفصل یا مفاصل باعث تورم، حساس شدن و سفت شدن آنها می‌شود که می‌تواند با خستگی، کاهش وزن، اضطراب و افسردگی همراه باشد. این بیماری می‌تواند یک علت اصلی ناتوانی و مرگ میر باشد (۴). اگر چه اتیولوژی این بیماری تاکنون ناشناخته مانده است؛ اما مطالعات اپیدمیولوژیک، بیان کننده ترکیبی از عوامل مختلف محیطی و ژنتیکی هستند که دخالت هر کدام از آنها برای ایجاد بیماری لازم است؛ اما به تنهایی کافی نمی‌باشد (۵). براساس مطالعات صورت گرفته مشخص شده است که حدود ۵/۱ تا ۱ درصد از مردم سراسر جهان مبتلا به آرتريت روماتوئید می‌باشند (۴). دو مطالعه جمعیتی که در ایران انجام شده است، شیوع آرتريت روماتوئید را در منطقه روستایی (فشم) و شهری (تهران) حدود ۰/۳ درصد نشان داده است (۶). مشابه بسیاری از بیماری‌های خود ایمنی دیگر، این بیماری در زنان بیش تر از مردان و با نسبت ۳-۲ به ۱ رخ می‌دهد (۷). تحقیقات نشان داده که مکانیسم بروز ناتوانی در این بیماری در ۳۳ درصد موارد علائم بیماری، در ۴۱ درصد موارد عوامل ناشناخته و در ۲۶ درصد موارد عواملی غیر از بیماری اصلی هستند. به عنوان مثال، وضعیت روانشناختی و بروز

افسردگی و اضطراب در بدتر کردن پیامد بالینی آرتريت روماتوئید که شامل دو بخش روانشناختی و بیولوژی است تاثیر گزار است (۸). به جهت اهمیت مطالعه عوامل روانشناختی موثر در این بیماری، که منجر به بدتر شدن سیر بیماری می‌شود، یکی از متغیرهای اصلی دخیل در افسردگی که نگرش‌های ناکارآمد است، مورد مطالعه قرار می‌گیرد تا میزان تاثیر آن بر بیماری آرتريت بررسی دقیق‌تری شود.

نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه ساز در شروع دوره‌های افسردگی به صورت مستقیم و یا به عنوان یک عامل آسیب پذیری، تحت شرایط فشارزای محیطی تلقی می‌شود و ارتباط نزدیکی در شروع و ماندگاری افسردگی دارد (۹) نگرش‌های ناکارآمد، هسته‌ی مرکزی ایجاد افکار خودآیند منفی فرد نسبت به خود در اختلال افسردگی هستند. مطالعات قبلی در بزرگسالان افسرده نشان داده است که نگرش‌های ناکارآمد در سلامت زنان مبتلا به افسردگی دخیل بوده است (۱۰).

متغیر مورد مطالعه‌ی بعدی در این پژوهش، دلبستگی است. تحقیقات اخیر در زمینه‌ی دلبستگی به کاربرد نظریه دلبستگی در بیماری‌های طبی معطوف شده اند. دلبستگی پیوند عاطفی و هیجانی نسبتاً پایداری است که بین کودک و مادر یا افرادی که کودک در تعامل مداوم با آنهاست، ایجاد می‌شود (۱۱). نظریه دلبستگی برحسب مفروضه‌های بنیادین خود، توان یکپارچه‌سازی متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی سلامت و بیماری را دارد (۱۲). بر اساس تجارب مربوط به دلبستگی و مدل‌های کارکردی کنونی، به نظر می‌رسد افراد با سبک‌های دلبستگی گوناگون، راهبردهای متفاوتی برای مدیریت پریشانی و حفظ احساس امنیت داشته باشند. یکی از الگوهایی که در مطالعات دیده شده این است که در موقعیت‌های پراسترس، بزرگسالان ایمن بیشتر به دنبال حمایت می‌گردند (۱۳). مدل‌های کارکردی منفی خود و دیگران که به دلبستگی نایمن مربوط می‌شود، می‌تواند زمینه ساز انتظارات و شناخت‌هایی باشد که در افسردگی دیده می‌شود (۱۴).

^۱Arthritis teumatoid

همکاران حاکی از پیش بینی سلامت روان و سلامت جسمی و مقیاس‌های روابط اجتماعی از طریق متغیرهای سبک ایمن و دل مشغول دلبستگی است (۱۴).

متغیرهای روانشناختی همراه با آرتریت روماتوئید از طریق کاهش تمایل ویزیت روماتولوژیست، کاهش تبعیت بیمار از توصیه‌های دارویی و غیر دارویی و کاهش علاقه وی به دستیابی اطلاعات کافی در مورد بیماری در پیامد بیولوژیک این بیماری موثر خواهد بود (۱۹). بار مالی ناشی از توجه نکردن به تشخیص و درمان به موقع اختلالات روانشناختی بیماران آرتریت روماتوئید برسیستم بهداشتی-درمانی بار دیگر نیاز به توجه بیشتر به این اختلالات را به ما یاد آور می‌شود (۲۰). بنابراین مطالعه بر روی متغیرهای روانشناختی بیماری‌های مزمنی همچون آرتریت روماتوئید ضروری بنظر می‌رسد. هم چنین با توجه به تفاسیر و توضیحاتی که به تفصیل بیان شد و با توجه به کمبود و نقص پژوهشی جامع که این متغیرها را در کنار یکدیگر بررسی کند هدف اصلی این پژوهش مطالعه اثر سبک‌های دلبستگی، نگرش‌های ناکارآمد و ناگویی هیجانی بر ادراک بیماری در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید بوده است.

روش کار

پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع الگوی معادلت ساختاری بود. در این نوع پژوهش، همبستگی همزمان بین متغیرها از طریق مدل یا بی معادلت ساختاری که یک تکنیک تحلیل چند متغیری بسیار کلی از خانواده‌ی رگرسیون چند متغیری است، انجام می‌شود. این نوع مدل یابی به پژوهشگر امکان می‌دهد تا مجموعه‌ای از معادلت رگرسیون را به گونه‌ی همزمان مورد بررسی قرار دهد. نمونه‌ی مورد مطالعه ۲۵۰ بیمار آرتریت روماتوئید بودند که به شیوه دردسترس از بین مراجعه کنندگان زنی که به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان البرز شهر کرج در سال ۹۹-۱۳۹۸ مراجعه کرده و در آنجا پرونده داشتند برگزیده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از حداقل تحصیلات دیپلم، بازه سن ۴۰ تا ۵۰ سال، سابقه‌ی ابتلا به بیماری حداقل ۶ ماه، تمایل آگاهانه و عدم مصرف داروهای اعصاب و

ناگویی هیجانی^۱ و سرکوب هیجانات نیز بیشتر استفاده می‌کنند که منجر به تشدید علایم بیماری و درد در آن‌ها می‌گردد (۱۵). به نظر می‌رسد افسردگی در ارتباط بین ناگویی هیجانی و جسمانی سازی در این گونه بیماران نقش میانجی را بازی می‌کند. مطالعات نشان می‌دهند که، افسردگی و ناگویی هیجانی با یکدیگر ارتباط دارند بین دو بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات با افسردگی ارتباط مثبتی وجود دارد (۱۶). افراد مبتلا به اختلالات کلاسیک روان‌تنی مانند: آسم، زخم معده، و آرتریت روماتوئید مشکلات قابل توجهی در ابراز کردن و توصیف نمودن کلامی احساساتشان دارند و کمبود یا فقدان خیال پردازی در آنها بارز است (۱۷).

و در نهایت از آن جایی که بیماران پردازش‌کننده‌های فعال بیماری خود هستند، بازنمایی‌های ادراکی می‌تواند تعیین کننده نحوه پاسخ‌گویی بیماران به این عوامل باشد و سازگاری بیماران با بیماری و علائم آن را نیز تعیین کند (۱). ادراک بیماری^۲ از جمله متغیرهای روانشناختی است که تاثیر آن در بیماری‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است و عبارت است از بازنمایی شناختی و واکنش هیجانی بیماران نسبت به بیماری خود که از طریق یک پارچه سازی اطلاعات و محرک‌های درونی و بیرونی با ماهیت از قبل موجود بیماری، شکل می‌گیرد. همچنین یافته‌ها نشان داده‌اند که تغییر در ادراک بیماری در بهبود بیماران سکنه قلبی نقش دارد (۱۸) و نیز ادراک بیماری با تعدادی از پیامدها مانند پیگیری درمان یا بهبود عملکرد مرتبط است (۱۷). همچنین یافته‌ها نشان داده‌اند که تغییر در ادراک بیماری در بهبود بیماران سکنه قلبی نقش دارد و نیز ادراک بیماری با تعدادی از پیامدها مانند پیگیری درمان یا بهبود عملکرد. مطالعات قلبی نشان داده که ادراک بیماری با تعدادی از پیامدها مانند پیگیری درمان یا بهبود عملکرد مرتبط است بازنمایی ادراکی تعیین کننده نحوه‌ی پاسخگویی بیماران به این عوامل می‌باشد و سازگاری بیماران با بیماری و علایم آن را نیز تعیین می‌کند (۱۹). نتیجه پژوهش بهفر و

^۲Alexithymia

^۳Illnessperception

روان و ملاک خروج از پژوهش نیز مخدوش بودن پرسشنامه بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه‌ی ادراک بیماری: پرسشنامه ادراک بیماری، مرکب از ۴۳ گویه است که ۷ مؤلفه‌ی تظاهرات هیجانی (واکنش‌های هیجانی بیمار در زمان مشاهده علائم بیماری نظیر ترس و اضطراب)، کنترل درمان (درجه‌ای که بیمار ذکر میکند درمان اتخاذ شده از سوی وی می‌تواند بیماری اش را کنترل نماید)، برآیند بیماری (باورهای بیمار درباره نتایج احتمالی که بیماری وی می‌تواند بر جنبه‌های زندگی وی داشته باشد)، خط زمانی حاد / مزمن (باورهای بیمار درباره مدت زمانی که بیماری وی طول می‌کشد)، انسجام بیماری (باورهای بیمار درباره قابل فهم بودن بیماری)، کنترل شخصی (باور بیمار درباره توانایی وی در کنترل بیماری) و خط زمانی دوره‌ای (باورهای بیمار درباره چرخشی و دوره‌ای بودن بیماری وی) را اندازه گیری می‌کنند. سازندگان مقیاس ادراک بیماری، ضریب اعتبار خرده مقیاس‌ها را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای مؤلفه‌های تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد / مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی و خط زمانی دوره‌ای به ترتیب برابر با: ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۷ گزارش کردند این مقیاس در ایران توسط مسعودنیا در مطالعه‌ای راجع به رفتار بیماری در بیماران آرتریت روماتوئید به فارسی برگردانده شد. ضریب اعتبار مؤلفه‌های ادراک بیماری در مطالعه فوق با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۳؛ ۰/۸۵؛ ۰/۷۸؛ ۰/۸۴؛ ۰/۸۶؛ ۰/۷۸؛ ۰/۳۸، محاسبه گردید. همه آیمهای پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (قویاً موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف، قویاً مخالف) درجه بندی شده‌اند (۲۰).

مقیاس دلبستگی بزرگسالان: این مقیاس چگونگی ارزیابی فرد از مهارتهای ارتباطی و سبک رابطه‌ی صمیمانه‌ی وی را مورد بررسی قرار می‌دهد، دارای ۱۸ عبارت است که پاسخ دهندگان در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات را بیان می‌کنند این

پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس است: زیر مقیاس وابستگی، که میزان اطمینان و تکیه کردن آزمودنی به دیگران نشان می‌دهد؛ زیر مقیاس نزدیکی، که میزان صمیمیت و نزدیکی و عاطفی و آزمودنی با دیگران را می‌سنجد؛ زیر مقیاس اضطراب؛ که میزان نگرین فرد از طرد شدن را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. به هر یک از زیر مقیاس‌ها ۶ عبارت اختصاص یافته است. ضریب پایانی بازآزمایی این ازمون برای هر یک از سه زیر مقیاس نزدیکی، وابستگی و اضطراب به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۱ و ۰/۵۲ گزارش شده است. کانلیز ورید (۱۹۹۰) نشان دادند که زیرمقیاس‌های نزدیکی (C) و وابستگی (D) و اضطراب (A) در فاصله زمانی ۲ ماه و حتی ۸ ماه پایدار ماندند. با توجه به این که مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی با بیش از ۰/۸۰ است، میزان قابلیت اعتماد به دست آمده، بالا است. در ایران نیز میزان قابلیت اعتماد با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد به صورت همبستگی بین دو اجرا بر روی نمونه‌ای با حجم ۱۰۰ نفر آزمودنی، نتایج حاصل از دو بار اجرا این پرسشنامه با فاصله زمانی یک ماه از یکدیگر بیانگر آن بود که متفاوت بین دو اجرای مقیاس‌های C، D و A در RASS معنادار نبوده است و این آزمون در سطح ۹۵٪ قابل اعتماد است (۲۱).

پرسشنامه نگرش‌های ناکار آمد، ویسمن و بک: این مقیاس در سال ۱۹۷۸ طراحی شد. وایزمن و بک دو فرم موازی را برای سنجش این سازه طراحی کردند که فرم الف آن ۴۰ سوال و فرم ب آن ۱۰۰ سوال داشت. این نسخه توسط ابراهیمی و دیگران در سال ۱۳۹۱ از نسخه ۴۰ گویه‌ای فرم الف جهت کاربرد در جمعیت تهیه و کیفیت روان سنجی آن تعیین شد. فرم ایرانی این مقیاس که یکی از شناخته شده‌ترین ابزارها در حیطه پژوهش‌های شناختی است، ۲۶ عبارت را شامل می‌شود که چهار عامل کمال طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری را اندازه گیری می‌کند. آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهد و نمره بین ۲۶ تا ۱۸۲ را کسب می‌کند و کسانی که نمره بالا ۸۲ در این مقیاس دارند به عنوان افراد پرخطر از لحاظ آسیب پذیری

۲۰ تا ۱۰۰ می باشد. افرادی که در این مقیاس نمره ۶۱ به بالا کسب کنند به عنوان افراد واجد الکسی تایمیای بالا مشخص می شوند. مطالعات صورت گرفته در زمینه این ابزار ثبات درونی (آلفای کرونباخ ۰/۸۱) و اعتبار آزمون -باز آزمون با فاصله‌ی زمانی ۳ هفته‌ی مناسبی را ($r=77/0$) گزارش کرده اند. در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه‌ی ایرانی برای دشواری در تشخیص احساس ها، ۰/۶۱، برای دشواری در توصیف احساس ها، ۰/۷۴، و برای تفکر با جهت گیری بیرونی ۰/۵۰ بدست آمد (۲۳).

نتایج

شناختی تلقی می گردند. آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۹۲، همبستگی با فرم اصلی ۰/۹۷ است (۲۲).

مقیاس ۲۰ ماده ای الکسی تایمیای (ناگویی هیجانی) تورتو: این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در بین روش های متفاوت سنجش الکسی تایمیای، پر استفاده ترین و احتمالاً معتبرترین پرسشنامه می باشد. در این مقیاس، سازه‌ی الکسی تایمیدار سه زیر مقیاس دشواری تشخیص احساسات، دشواری توصیف احساسات و تفکر با جهت گیری بیرونی، ارزیابی می شود. شیوه ی نمره گذاری آزمون براساس مقیاس لیکرت (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) نمره گذاری می شود. به این ترتیب حداقل و حداکثر نمره در این آزمون بین

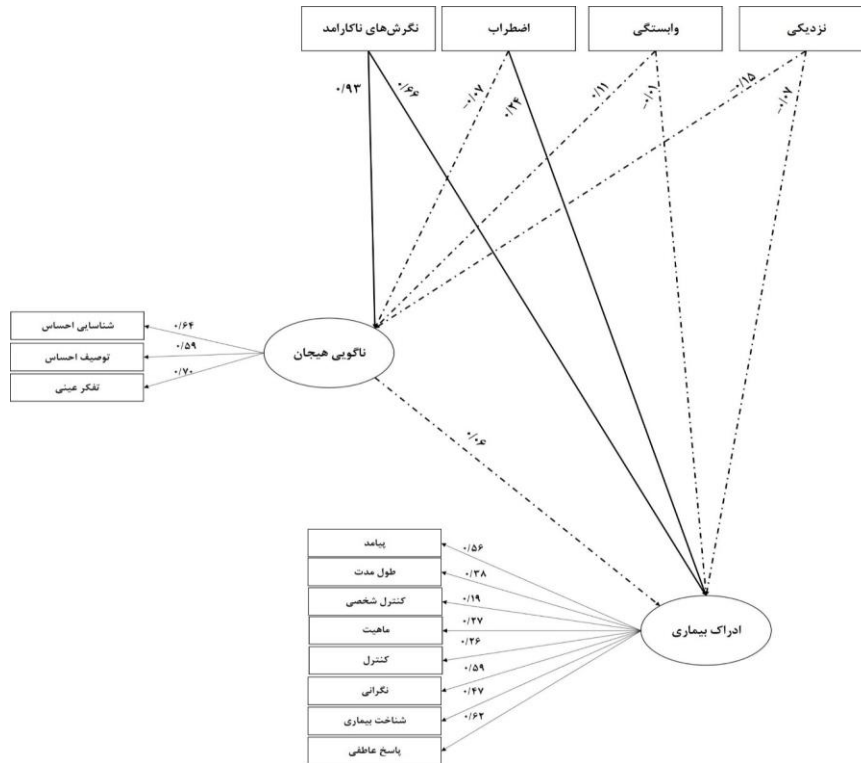
جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. ادراک بیماری	۱					
۲. ناگویی هیجانی	**۰/۵۵۲	۱				
۳. نگرش های ناکارآمد	**۰/۶۸۵	**۰/۷۵۴	۱			
۴. نزدیکی	**۰/۴۲۳-	**۰/۳۹۱-	**۰/۴۸۹-	۱		
۵. اجتناب	**۰/۴۱۵-	**۰/۳۸۸-	**۰/۵۱۲-	**۰/۸۴۹	۱	
۶. اضطراب	**۰/۳۵۴	**۰/۲۱۹	**۰/۳۶۰	**۰/۳۰۳-	**۰/۲۰۶-	۱

** P < ۰/۰۱ * P < ۰/۰۵

۰/۳۵ است و تمام این روابط در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد و متغیر نگرش ناکارآمد با متغیر ادراک منفی از بیماری رابطه‌ی مستقیم دارد که میزان این رابطه برابر با ۰/۶۸ است و این رابطه در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد.

با توجه به جدول ۱ می توان مشاهده نمود که متغیر ناگویی هیجان با ادراک منفی از بیماری رابطه‌ی مستقیم دارد که میزان این رابطه برابر با ۰/۵۵ است و این رابطه در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد. متغیرهای نزدیکی، اجتناب با متغیر ادراک منفی از بیماری رابطه‌ی معکوس و متغیر اضطراب با آن رابطه‌ی مستقیم دارند که میزان این روابط به ترتیب برابر با ۰/۴۲، -۰/۴۱ و



شکل ۱. ضرایب استاندارد برآورد شده با استفاده از روش OLS برای مدل مفروض شده

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

مقدار	دامنه قابل پذیرش	شاخص برازندگی
۱۵۳/۲۷۵	-	خی دو (χ^2)
۲/۰۱۷	کم‌تر از ۳	نسبت خی دو به درجه آزادی
۰/۹۴۱	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)
۰/۹۴۲	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص برازندگی فزاینده (IFI)
۰/۹۲۴	بزرگتر از ۰/۹۰	شاخص نیکویی برازش (GFI)
۰/۰۶۴	کم‌تر از ۰/۰۸	ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)
۰/۰۶۴	کم‌تر از ۰/۰۸	ریشه دوم میانگین مربعات باقی مانده (SRMR)

ها از مقادیر قابل قبولی برخوردار هستند. این نتیجه حاکی از برازش مدل با داده‌های تجربی است.

جدول ۳. ضرایب مسیر اثرات متغیرهای مکنون و

معنی داری پارامترهای برآورد شده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب غیر استاندارد	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	t	P
نزدیکی	ادراک بیماری	-۰/۰۶۹	-۰/۰۷۴	۰/۱۰۵	-۰/۶۶۴	۰/۵۰۷
اجتناب	ادراک	-۰/۰۰۵	-۰/۰۰۵	۰/۱۱۱	-۰/۰۴۷	۰/۹۶۳

با توجه به جدول ۲ مشخص است که مدل طراحی شده توسط محقق از برازش قابل قبولی برخوردار است. نگاهی به جدول ۲، گویای این است، هرچند که اندازه خی دو (χ^2) از نظر آماری معنی دار است و این معناداری به معنای عدم برازش مدل با داده‌هاست. با این حال در تفسیر نتایج معادلات ساختاری معمولاً خی دو به علت اینکه شدیداً به تعداد نمونه بستگی دارد، به عنوان شاخص برازش مطمئن محسوب نمی‌شود و باید برای بررسی برازش مدل با داده‌ها از شاخص‌های برازش دیگر استفاده کرد. با توجه به نتایج جدول ۲، تمام شاخص‌های برازش مدل با داده

در ادامه جدول ۴ اثر میانجی متغیر ناگویی هیجان در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و نگرش‌های ناکارآمد با ادراک بیماری، از طریق روش بوت استرپ با ۲۰۰۰ بار فرایند نمونه‌گیری و با فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد را گزارش می‌کند. با توجه به جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر نزدیکی هیجان (b = -۰/۰۰۸، p > ۰/۰۵)، اجتناب (b = ۰/۰۰۶، p > ۰/۰۵)، اضطراب (b = -۰/۰۰۳، p > ۰/۰۵) و ادراک بیماری (b = ۰/۰۰۱، p > ۰/۰۵) از طریق ناگویی هیجان معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این مطالعه بررسی الگوی ساختاری ادراک بیماری در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید براساس سبک‌های دل‌بستگی و نگرش‌های ناکارآمد؛ با واسطه‌ی ناگویی هیجان بود. نتایج ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داد که، متغیر ناگویی هیجان با ادراک منفی از بیماری رابطه‌ی مستقیم دارد یعنی هر چه ناگویی هیجانی افزایش یابد ادراک کنفی از بیماری هم افزایش می‌یابد، متغیرهای نزدیکی، اجتناب با متغیر ادراک منفی از بیماری رابطه‌ی معکوس و متغیر اضطراب با آن رابطه‌ی مستقیم دارند، متغیر نگرش ناکارآمد با متغیر ادراک منفی از بیماری رابطه‌ی مستقیم دارد، متغیرهای نزدیکی، اجتناب با متغیر ناگویی هیجان رابطه‌ی معکوس و متغیر اضطراب با آن رابطه‌ی مستقیم دارند و متغیر نگرش ناکارآمد با متغیر ناگویی هیجان رابطه‌ی مستقیم دارد.

نتایج تحلیل مدل معادلات ساختاری در قالب روابط موجود در مدل در ادامه تشریح می‌گردد. از جمله یافته‌های مهم و جدید این پژوهش وجود رابطه‌ی معنادار متغیر نگرش‌های ناکارآمد در هر دو زیر مقیاس آن با متغیر وابسته ادراک بیماری است. این رابطه مستقیم و بدون واسطه است و از طریق متغیر میانجی ناگویی هیجانی نمی‌باشد. به بیان دیگر یعنی نگرش‌های ناکارآمد (کمال‌گرایی و نیاز به تأیید دیگران) بر ادراک بیماری تأثیر دارند. این نتایج با نتایج پژوهش‌های (۲۴) و (۲۵) همسو می‌باشد. که نشان دادند برای دستیابی به اهداف درمانی بهتر، توصیه می‌شود اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران مدنظر قرار بگیرد.

بیماری	ادراک	ناگویی	هیجان	اضطراب	نگرش‌های ناکارآمد
بیماری	۰/۲۴۱	۰/۱۷۰	۰/۰۴۶	۳/۶۶۲	۰/۰۰۱
ادراک	۰/۶۶۱	۰/۰۱۷	۰/۰۰۷	۲/۳۷۲	۰/۰۱۸
ناگویی	۰/۰۵۹	۰/۰۱۰	۰/۰۴۹	۰/۲۰۶	۰/۸۳۷
هیجان	-۰/۱۴۵	-۰/۷۹۴	۰/۵۴۹	۱/۴۴۶	۰/۱۴۸
اضطراب	۰/۱۰۷	۰/۶۴۴	۰/۶۰۴	۱/۰۶۷	۰/۲۸۶
نگرش‌های ناکارآمد	-۰/۰۷۴	-۰/۳۰۵	۰/۲۳۲	۱/۳۱۳	۰/۱۸۹
هیجان	۰/۹۲۸	۰/۱۳۷	۰/۰۱۲	۱۱/۹۰۰	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم نزدیکی، اجتناب و ناگویی هیجانی به متغیر ادراک بیماری معنی‌دار نیست (P ≥ 0.001) اما مسیر مستقیم متغیر اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد به متغیر ادراک بیماری معنی‌دار است (P < 0.001). همچنین نتیجه نشان می‌دهد که مسیر مستقیم نزدیکی، اجتناب و اضطراب به متغیر ناگویی هیجانی معنی‌دار نیست (P ≥ 0.001) اما مسیر مستقیم متغیر نگرش‌های ناکارآمد به متغیر ناگویی هیجان معنی‌دار است (P < 0.001).

جدول ۴. اثر میانجی متغیر ناگویی هیجان در رابطه بین سبک-

های دل‌بستگی و نگرش‌های ناکارآمد با ادراک بیماری

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیر استاندارد	حد پایین	حد بالا	P
نزدیکی	هیجان	ادراک	-۰/۰۰۸	-	۰/۱۲۹	۰/۶۸۴
اضطراب	هیجان	ادراک	۰/۰۰۶	-	۰/۵۵۱	۰/۷۲۰
نگرش‌های ناکارآمد	هیجان	ادراک	-۰/۰۰۳	-	۰/۰۶۱	۰/۶۴۰
	هیجان	بیماری	۰/۰۰۱	-	۰/۰۵۳	۰/۷۶۲

نداشت هم چنین سبک‌های دلبستگی نیز با متغیر میانجی ناگویی هیجانی رابطه‌ی معنی داری نشان نداد. مهم‌ترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی بود، بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. نقص عوامل شناختی مثل نگرش‌های ناکارآمد رابطه‌ی قوی تری بر ادراک منفی از بیماری در این بیماران دارد و عوامل هیجانی نقش کم رنگ تری نشان می‌دهند، البته عوامل هیجانی با تغییر و تاثیر بر افکار و نگرش ممکن است موجب تاثیر بر ادراک بیماری باشند که رسیدن به آن پژوهش‌های بیشتر با تعداد نمونه‌ی بیشتری را می‌طلبد. همچنین پرسشنامه‌های سبک‌های دلبستگی مورد استفاده در ایران در تجزیه و تحلیل قوی نشان نمی‌دهد و نیاز به پرسشنامه‌ی بهتر برای پژوهش‌های قوی تری احساس می‌شود.

یافته‌ی دیگر این پژوهش این بود که زیر مقیاس اضطراب از سبک‌های دلبستگی با متغیر وابسته‌ی ادراک بیماری به صورت مستقیم معنی دار رابطه دارد و روی آن تاثیر دارد. درد و زیر مقیاس دیگر (نزدیکی و وابستگی) این رابطه معنی دار نشده است. این رابطه را اینطور می‌توان تبیین کرد که عامل اضطراب بر ادراک منفی از بیماری در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید موثر است این رابطه هم یک رابطه‌ی مستقیم است و از طریق متغیر میانجی ناگویی هیجانی نمی‌باشد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های (۲۶) و (۲۷) همسو است. یافته‌ی دیگر این مطالعه که علاوه بر فرضیه‌های تحقیق بدست آمد رابطه‌ی معنی دار و مستقیم متغیر ادراک بیماری و متغیر اضطراب از سبک‌های دلبستگی در مدل بود که نشان می‌دهد اضطراب در ادراک بیماری تاثیر گذار است. متغیر میانجی ناگویی هیجان با متغیر ادراک بیماری رابطه‌ی معنی داری

References

- Berner C, Erlacher L, Fenzl KH, Dorner TE. A cross-sectional study on self-reported physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis and the role of illness perception. *Health and quality of life outcomes*. 2018 Dec;16(1):1-0.
- Pizzorno JE, Murray MT. *Textbook of natural Medicine-E-Book*. Elsevier Health Sciences; 2020 Jun 26.
- Aung AK, Trubiano JA, Spelman DW. Travel risk assessment, advice and vaccinations in immunocompromised travellers (HIV, solid organ transplant and haematopoietic stem cell transplant recipients): a review. *Travel medicine and infectious disease*. 2015 Jan 1;13(1):31-47.
- Machado V, Botelho J, Proença L, Mendes JJ. Self-reported illness perception and oral health-related quality of life predict adherence to initial periodontal treatment. *Journal of Clinical Periodontology*. 2020 Oct;47(10):1209-18.
- Krentz AJ, Clough G, Byrne CD. Interactions between microvascular and macrovascular disease in diabetes: pathophysiology and therapeutic implications. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2007 Nov;9(6):781-91.
- Forghanizadeh J, Abhari R, Shakibi M, Samadi F, Oiroozian M, Tavakoli S. PREVALENCE OF RHEUMATIC DISEASES IN FASHAM. *RJMS*. 1995; 2 :182-191
- Ceribelli A, Motta F, De Santis M, Ansari AA, Ridgway WM, Gershwin ME, Selmi C. Recommendations for coronavirus infection in rheumatic diseases treated with biologic therapy. *Journal of autoimmunity*. 2020 May 1; 109:102442.
- Michelena X, Borrell H, López-Corbeto M, López-Lasanta M, Moreno E, Pascual-Pastor M, Erra A, Serrat M, Espartal E, Antón S, Añez GA. Incidence of COVID-19 in a cohort of adult and paediatric patients with rheumatic diseases treated with targeted biologic and synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs. In *Seminars in arthritis and rheumatism* 2020 Aug 1 (Vol. 50, No. 4, pp. 564-570). WB Saunders.
- Zahra. D, Mohamad. H. B; The effectiveness of mind fullness-based cognitive therapy on the illness perception and psychological symptoms in patients with Rheumatoid Arthritis. *clinical practice*. 34(2019):139-144.
- Beck, A.T., 1967. *Department: clinical, Experimental, and theoretical Aspects*. Hoeber medical Newyork 1967

11. Yumeng Jua,b, Mi Wang, Xiaowen Lua,b , Jinrong Suna,b , Qiangli Donga,b , Liang Zhanga,b , Bangshan Liua,b , Jin Liua,b , Danfeng Yana,b , Hua Guoc , Futao Zhaoc , Mei Liaoa,b , Xiangyang Zhangd , Yan Zhanga,b , Lingjiang L; The effects of childhood trauma on the onset, severity and improvement of depression: The role of dysfunctional attitudes and cortisol levels. *Journal of Affective Disorders* 276(2020) 402:410.
12. Bowlby J. *Attachment and Loss: Attachment*; John Bowlby. Basic books; 1969.
13. Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, Nichols T, Barnett D, Zeanah C, Berliner L, Egeland B, Newman E, Lyon T, LeTourneau E. Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child maltreatment*. 2006 Feb;11(1):76-89.
14. Kraskian A, Fathi M. The role of attachment styles in quality of life among patients with chronic pain. *Anesthesiology and Pain*. 2018 Aug 10;9(2):37-46.
15. Ferraro IK, Taylor AM. Adult attachment styles and emotional regulation: The role of interoceptive awareness and alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 2021 Apr 1; 173:110641.
16. Pellerone M, Cascio MI, Costanzo G, Gori A, Pace U, Craparo G. Alexithymia and psychological symptomatology: research conducted on a non-clinical group of Italian adolescents. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2017 Jul 3;10(3):300-9.
17. Gul A, Yousaf J. Alexithymia Predicts Cognitive Deficits in Patients with Idiopathic Parkinson's Disease. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*. 2019 Jan 1;31(1):21-5.
18. Lloyd CS, Stafford E, McKinnon MC, Rabellino D, D'Andrea W, Densmore M, Thome J, Neufeld RW, Lanius RA. Mapping alexithymia: Level of emotional awareness differentiates emotion-specific somatosensory maps. *Child Abuse & Neglect*. 2021 Mar 1; 113:104919.
19. Yildirim D, Baykal D. Evaluation of treatment adherence and illness perception in cardiology patients. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2020 Sep 1;23(9):1305.
20. Masoudnia.E., Mirzaii.M., Chananinasab.H., Relationship between Perception of Disease and Perceived Social Defamation in Patients with HIV Symptoms. *Jiroft University of Medical Sciences*,2(2017)1:12.
21. Salehzade.M., Najafi.M., Ebrahimi., A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on dysfunctional attitudes in patients with epilepsy. *Scientific Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd*19(2002)377:387.
22. Collins&Read (1996), Revised Adult Attachment Scale, retrieved from: www.psych.ohiou.edu/.../21005.
23. Davoodi, I., Afshari.A., Relationship between Alexithymia and Personality Traits in Students *Journal of Clinical Psychology Research and Counseling*150(2001)132:137.
24. Dalili Z, Bayazi MH. The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the illness perception and Psychological Symptoms in patients with Rheumatoid Arthritis. *Complementary therapies in clinical practice*. 2019 Feb 1; 34:139-44.
25. Quiles Y, Quiles MJ, León E, Manchón J. Illness perception in adolescent patients with anorexia: does it play a role in socio-emotional and academic adjustment? *Frontiers in Psychology*. 2020;11.
26. Husain MO, Dearman SP, Chaudhry IB, Rizvi N, Waheed W. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical practice and epidemiology in mental health*. 2008 Dec;4(1):1-5.
27. Ambrosi C, Zaiontz C, Peragine G, Sarchi S, Bona F. Randomized controlled study on the effectiveness of animal-assisted therapy on depression, anxiety, and illness perception in institutionalized elderly. *Psychogeriatrics*. 2019 Jan;19(1):55-64.

Original Article

Structural Model Illness Perception in Women with Arthritis Rheumatoid On Attachment Styles and Dysfunctional Attitudes: Mediating Alexythimia

Received: 13/08/2021 - Accepted: 05/11/2021

Somayyeh Arabi¹
Shokohalsadat Banijamali*²
Shirin Koushki³
Mahnaz Estaki³

¹PhD student, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

²Associate Professor, Department of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran.

³Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Department of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran.

Email: drbanijamali@yahoo.com

Abstract

Introduction: Drug addiction as a phenomenon occurs in any country, whether developed or developing, and due to its consequences, this phenomenon is classified as a social harm, which is the basis for many other harms. The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the attitude to drug use and impulsivity of drug dependent adolescents.

Method: In this research, a semi-experimental method and a pre-test and post-test design with a control group were used. The statistical population of this research was made up of adolescents who referred to addiction treatment clinics in the 1st district of Tehran. From this community, 34 people were randomly selected and randomly replaced in the experimental and control groups. The implementation method was as follows: after the pre-test of attitude towards substance use and impulsivity, cognitive therapy based on mindfulness was implemented for the experimental group and the post-test was performed for both groups. The research findings were analyzed using covariance.

Results: The findings showed that the average attitude towards substance use and impulsivity of the experimental group increased and decreased respectively in the post-test compared to the pre-test. The result of covariance analysis showed that after removing the pre-test effect, the mean post-test scores of the two groups had a statistically significant difference ($p < 0.001$).

Conclusion: This study shows that cognitive therapy based on mindfulness can be used to improve the attitude towards drug use and impulsivity of drug dependent adolescents.

Keywords: impulsivity, mindfulness, attitude towards drug use, drug-dependent adolescents.

conflict of interest: There is no conflict of interest.