

تاثیر سبک های دلبستگی و نگرش های ناکارآمد بر ادراک بیماری زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۹

خلاصه

مقدمه

پژوهش‌ها نشان از این دارد که ادراک بیماری زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید متاثر از برخی سازه‌های روانشناختی آنها است. این پژوهش به تعیین تاثیر سبک‌های دلبستگی و نگرش‌های ناکارآمد بر ادراک بیماری زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداخت.

روش کار: پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و طرح پژوهش همبستگی بود. از جامعه آماری تمامی زنان بیمار مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان البرز کرج به روش در دسترس ۲۵۰ نفر نمونه انتخاب شد. برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های ادراک بیماری (بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶)، سبک های دلبستگی بزرگسالان کالینز و رید (۱۹۹۶) و نگرش های ناکارآمد فرم بلند (ویسمن و بک، ۱۹۷۸) استفاده شده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل آزمون پیرسون و OLS استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که مسیر مستقیم سبک دلبستگی نزدیکی ($\beta = -0/664, T = -0/074$) و اجتناب ($\beta = -0/047, T = -0/005$) به متغیر ادراک بیماری معنی دار نیست. اما مسیر مستقیم سبک دلبستگی اضطرابی ($\beta = 0/662, T = 3/662$) و نگرش‌های ناکارآمد ($\beta = 0/241, T = 2/372$) به متغیر ادراک بیماری معنی دار است.

نتیجه گیری: سبک دلبستگی اضطرابی و نگرش‌های ناکارآمد بر ادراک بیماری زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید تاثیر معنی دار دارد.

کلمات کلیدی: ادراک بیماری، سبک های دلبستگی، نگرش های ناکارآمد

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

سمیه عربی^۱

شکوه السادات بنی جمالی^{۲*}

شیرین کوشکی^۳

مهناز استکی^۴

^۱ دانشجوی دکتری گروه روانشناسی سلامت، واحد

تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ دانشیار دانشکده روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران،

ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روانشناسی بالینی - سلامت، واحد تهران

مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۴ استادیار گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران

مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

Email: Drbanijamali@yahoo.com

مقدمه

بیماریهای مزمن یکی از عواملی است که تأثیر منفی نامطلوب بسیاری بر سلامت عمومی افراد جامعه دارد. زمان طولانی که افراد باین بیماری ها درگیر هستند، روند زمان بر و ادامه دار درمان، این واقعیت که برای بیشتر این بیماری ها درمان مناسب و قطعی وجود ندارد و نیز عوارض همراه با آن، بیماری های مزمن را به عامل فرساینده سلامت عمومی جامعه تبدیل کرده است (۱). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع بیماری های مزمن و غیر واگیردار، در کلیه کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه روبه افزایش بوده است. به نحوی که چالش عمده سیستم بهداشتی و درمانی در قرن حاضر، دیگر زنده بودن افراد نیست، بلکه به سازگاری بهتر با بیماریهای مزمن و حفظ سلامت روانی، اجتماعی و بهزیستی روانی افراد در عین زندگی با یک بیماری مزمن جسمی مربوط می شود (۲).

یکی از این بیماری های مزمن، آرتریت روماتوئید می باشد که شایع ترین بیماری التهابی روماتیسمی است (۳). در اکثر جوامع شیوعی تقریباً ۳ درصدی دارد و زنان را دو تا سه برابر بیشتر مبتلا می کند. (۴). آرتریت روماتوئید یک بیماری التهابی، سیستمی، مزمن، ناتوان کننده و با سبب شناسی ناشناخته است، که نشانه های عمده ی آن مفصلی بوده و شامل خشکی صبحگاهی، تورم مفاصل مبتلا و در نهایت تغییر شکل مفاصل است (۵). از طرف دیگر این بیماری تظاهرات خارج مفصلی متعددی نیز دارد که از آن جمله می توان به نوروپاتی (بیماری نوروپاتی)، خستگی و آنمی (کم خونی)، اشاره کرد (۶).

از افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید تنها عده کمی بهبودی کامل پیدا می کنند و مابقی بیماری را برای همیشه ولی با شدت متفاوت به همراه خواهند داشت (۴). ابتلای به این بیماری از چند طریق موجب مشکلات و ایجاد ناتوانی هایی در زندگی فرد مبتلا می شود، به این صورت که، در ۳۳ درصد موارد نشانه های بیماری (مانند درد مزمن)، در ۴۱ درصد

موارد عوامل ناشناخته و در ۲۶ درصد موارد عواملی غیر از بیماری اصلی مثل افسردگی و مشکلات روانشناختی دخالت دارند (۷).

بیماری آرتریت روماتوئید با احتمال افزایش ابتلا به انواع متفاوتی از پریشانی های روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب همراه است (۸). مطالعات متعددی نشان داده اند که خطر ابتلا به افسردگی در این گروه از بیماران، دو برابر جمعیت طبیعی است (۹). افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید باعث ابراز درد بیشتر نسبت به گروه بیماران غیرافسرده می گردد و این خود می تواند ناتوانی و دشواری بیشتری در انجام کارهای روزمره این افراد ایجاد کند (۱۰).

این ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید سبب بدتر شدن پیش آگهی بیماری و افزایش هزینه های درمانی برای بیمار و جامعه نیز می شود، به طوری که مشخص شده که یک سوم بیماران شاغل مبتلا به آرتریت روماتوئید بعد از گذشت ۵ سال از تشخیص بیماری، کارشان را از دست می دهند و این نسبت بعد از ده سال به یک دوم یا نصف افزایش می یابد (۱۱).

اضطراب به عنوان یکی دیگر از عوامل روان شناختی هم در بروز و هم در تداوم این بیماری نقش مهمی دارد. مبتلایانی که در مرحله خاموش آرتریت روماتوئید هستند، اگر نتوانند اضطراب خود را کنترل کنند، امکان عود بیماری در آنها وجود دارد (۱۰). اضطراب می تواند بر ادراک بیماری تأثیر منفی بگذارد (۱۲). ادراک بیماری عبارت است از بازنمایی شناختی و واکنش هیجانی که افراد نسبت به بیماری خود دارند که از طریق یکپارچه سازی اطلاعات محرک های درونی و بیرونی با ماهیت از قبل موجود بیماری شکل می گیرد (۱۳).

از آنجا که تحقیقات اخیر در زمینه سبک دلبستگی به کاربرد نظریه دلبستگی معطوف شده اند و نظریه دلبستگی، برحسب مفروضه های بنیادین خود، توان یکپارچه سازی متغیرهای

¹. Anemia

روش کار

پژوهش حاضر از لحاظ رویکرد تحقیق در زمره تحقیقات کمی و از لحاظ روش تحقیق در زمره تحقیقات همبستگی دسته‌بندی می‌گردد. نمونه‌ی مورد مطالعه ۲۵۰ بیمار آرتربت روماتوئید بودند که به شیوه در دسترس 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 روان و ملاک خروج از پژوهش نیز مخدوش بودن پرسشنامه بود. گفتنی است که از قبل از اجرای پرسشنامه‌ها، درباره پرسشنامه‌ها به زنان توضیح داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا با کمال دقت به سوالات جواب دهند؛ در مورد محرمانه بودن اطلاعات و رعایت اخلاق پژوهشی به زنان اطمینان داده شد. بعد از گردآوری اطلاعات، داده‌های پژوهش با استفاده از روش همبستگی پیرسون و OLS تحلیل شد.

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 بیماری‌اش 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 دوره ای (باورهای بیمار درباره چرخشی و دوره ای بودن بیماری وی) را اندازه‌گیری می‌کنند. سازندگان مقیاس ادراک بیماری، ضریب اعتبار خرده مقیاس‌ها را با

زیستی، روانی و اجتماعی تحول، سلامت و بیماری را به منظور تبیین سازگاری با بیماری طبی (جسمانی) را دارد، یکی دیگر از متغیرهای مورد مطالعه‌ی این پژوهش سبک دلبستگی است (۱۴)، بالبی رابطه بین بچه‌ها و طرفین آنها را در شاخصه‌ای به نام «دلبستگی» معرفی کرد، نزدیکی فیزیکی نقش مهمی را در شکل‌گیری و ایجاد دل‌بستگی ایفا می‌کند. و این به معنی است که این فرد یکی احساس امنیت را به کودکان می‌دهد مخصوصاً زمانی که کودک در موقعیت اضطراب آور و ترس‌ناک قرار دارد (۱۵). سبک دل‌بستگی در بزرگسالی نیز وجود دارد و می‌تواند تعیین‌کننده و پیش‌بینی‌کننده رفتار آنها باشد (۱۶) سه سبک دلبستگی معرفی شده است ایمن، اضطرابی / دوسوگرایانه و اجتنابی (۱۵).

نگرش‌های ناکارآمد متغیر شناختی است که تأثیر و رابطه‌ی آن در ابتلا به افسردگی بسیار بررسی و مطالعه شده است، مفهوم متغیر نگرش‌های ناکارآمد اولین بار توسط بک در توصیف افکار بیماران افسرده و به عنوان مفهوم اصلی مرکزی ایجاد و پایایی اختلال افسردگی مطرح شد (۱۷). نگرش‌های ناکارآمد در واقع جزئی از باورهای واسطه‌ای ناکارآمد است که در کنار افکار خودکار در نظام شناختی فرد بر رفتار او تأثیر می‌گذارد (۱۸). نگرش‌ها از طریق پردازش اطلاعات در رفتار، عواطف و هیجانات تأثیر می‌گذارند و در جریان تفکر بهتر و تصمیم‌گیری کمک می‌کند و قابل‌انتظارترین پیش‌بینی می‌آورد (۱۹).

با توجه به این موضوع که عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی در جریان ابتلا به آرتربت روماتوئید، پیش‌آگهی و کنترل آن نقش دارند و از سویی دیگر، این بیماری مزمن و ناتوان‌کننده است و مشکلات زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی را با خود برای بیمار به همراه خواهد داشت شناخت و مطالعه عوامل دخیل در سیر و کنترل این بیماری مساله‌ای مهم و درخور توجه است. سوال اصلی این پژوهش به این صورت است که آیا سبک‌های دلبستگی و نگرش‌های ناکارآمد بر ادراک بیماری در زنان مبتلا به آرتربت روماتوئید اثر دارد؟

کانلیز ورید (۱۹۹۰) نشان دادند که زیرمقیاس های نزدیکی (C) 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 و 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 نمونه ای 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 مقیاس های C، D و A در RASS معنادار نبوده است و این آزمون در سطح ۹۵٪ قابل اعتماد است (۲۱).

پرسشنامه نگرش های ناکارآمد، 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 گویه ای فرم الف جهت کاربرد در جمعیت تهیه و کیفیت روان سنجی آن تعیین شد. فرم ایرانی این مقیاس که یکی از شناخته شده ترین ابزارها در حیطه پژوهش های شناختی است، ۲۶ عبارت را شامل می شود که چهار عامل کمال طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری را اندازه گیری می کند. آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه ای به آن پاسخ می دهد و نمره بین ۲۶ تا ۱۸۲ را کسب می کند و کسانی که نمره بالا ۸۲ در این مقیاس دارند به عنوان افراد پرخطر از لحاظ آسیب پذیری شناختی تلقی می گردند. آلفای کرونباخ این ابزار برابر با ۰/۹۲، همبستگی با فرم اصلی ۰/۹۷ است (۲۲).

استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای مؤلفه های تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد/مزمن، انسجام بیماری، کنترل شخصی و خط زمانی دوره ای به ترتیب برابر با: ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۷ گزارش کردند این مقیاس در ایران توسط مسعودنیا در مطالعه ای راجع به رفتار بیماری در بیماران آرتریت روماتوئید به فارسی برگردانده شد. ضریب اعتبار مؤلفه های 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 آیت‌های پرسشنامه براساس طیف ۵ درجه ای لیکرت (قویاً موافق، موافق، نه موافق نه مخالف، مخالف، قویاً مخالف) درجه بندی شده اند (۲۰).

مقیاس دلبستگی بزرگسالان: این مقیاس چگونگی ارزیابی فرد از مهارت‌های ارتباطی و سبک رابطه ی صمیمانه ی وی را مورد بررسی قرار می دهد، دارای ۱۸ عبارت است که پاسخ دهندگان در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات را بیان می کنند این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس است: زیر مقیاس وابستگی، که میزان اطمینان و تکیه کردن آزمودنی به دیگران نشان می دهد؛ زیر مقیاس نزدیکی، که میزان صمیمیت و نزدیکی، عاطفی و آزمودنی با دیگران را می سنجد؛ زیر مقیاس اضطراب؛ که میزان نگران فرد از طرد شدن را مورد ارزیابی قرار می دهد. به هر یک از زیر مقیاس ها ۶ عبارت اختصاص یافته است. ضریب پایانی باز آزمایی این آزمون برای هر یک از سه زیر مقیاس نزدیکی، وابستگی و اضطراب به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۱ و ۰/۵۲ گزارش شده است.

نتایج

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
نمره کل ادراک بیماری	۴۸/۹۹	۶/۴۷	۰/۱۳۳	۰/۰۳۱-
ادراک بیماری	۶/۰۵	۱/۷۴	۰/۰۴۱	۰/۱۵۶-
شناخت بیماری	۵/۶۳	۱/۵۵	۰/۱۹۰-	۰/۲۳۴

۰/۱۶۷-	۰/۰۸۶	۱/۶۵	۶/۲۰	نگرانی	
۰/۳۳۷	۰/۰۷۷-	۱/۳۶	۶/۱۳	کنترل درمان	
۰/۱۶۸-	۰/۰۴۰-	۱/۴۱	۶/۰۸	ماهیت	
۰/۱۷۰	۰/۱۶۶-	۱/۵۹	۵/۵۴	کنترل شخصی	
۰/۶۰۷-	۰/۳۱۹-	۰/۹۳	۸/۷۴	طول مدت	
۰/۰۲۳	۰/۱۹۰-	۱/۵۲	۶/۲۲	پیامد	
۰/۲۲۹-	۰/۰۹۹-	۳۳/۶۷	۱۶۸/۱۴	نمره کل نگرش ناکارآمد	نگرش ناکارآمد
۰/۳۱۹-	۰/۳۱۷-	۰/۹۱	۳/۱۶	نزدیکی	
۰/۲۴۳-	۰/۴۶۳-	۰/۸۳	۳/۱۳	وابستگی	دلبستگی
۱/۵۲۰-	۰/۱۴۹	۱/۲۱	۲/۸۳	اضطراب	

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین نمره‌ی ادراک بیماری برابر با ۴۸/۹۹ و انحراف استاندارد آن برابر با ۶/۴۷ بود، میانگین مولفه‌های ادراک بیماری برای پاسخ عاطفی برابر با ۶/۰۵، شناخت بیماری برابر با ۵/۶۳، نگرانی برابر با ۶/۲۰، کنترل درمان برابر با ۶/۱۳، ماهیت برابر با ۶/۰۸، کنترل شخصی برابر با ۵/۵۴، طول مدت برابر ۸/۷۴ و پیامد برابر با ۶/۲۲ می‌باشد، همچنین انحراف استاندارد این متغیرها نیز به ترتیب برابر با ۱/۷۴، ۱/۵۵، ۱/۶۵، ۱/۳۶، ۱/۴۱، ۱/۵۹، ۰/۹۳ و ۱/۵۲ می‌باشد. میانگین و انحراف استاندارد متغیر نگرش‌های ناکارآمد به ترتیب برابر با ۱۶۸/۱۴ و ۳۳/۶۷ می‌باشد. در نهایت میانگین سبک‌های دلبستگی نزدیکی برابر با ۳/۱۶، وابستگی برابر با ۳/۱۳ و اضطراب برابر با ۲/۸۳ می‌باشد، همچنین انحراف استاندارد این متغیرها نیز به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۳ و ۱/۲۱ می‌باشد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. ادراک بیماری	۱					
۲. ناگویی هیجانی	**۰/۵۵۲	۱				
۳. نگرش‌های 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

با توجه به جدول ۲ می‌توان 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 معنی‌دار می‌باشد. 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 ۰/۳۵ است و تمام این روابط در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد 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 معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۳. ضرایب مسیر اثرات متغیرهای مکنون و معنی داری پارامترهای برآورد شده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیر استاندارد	خطای استاندارد	t	P
نزدیکی	ادراک بیماری	-۰/۰۷۴	-۰/۰۶۹	۰/۱۰۵	-۰/۶۶۴	۰/۵۰۷
اجتناب	ادراک بیماری	-۰/۰۰۵	-۰/۰۰۵	۰/۱۱۱	-۰/۰۴۷	۰/۹۶۳
اضطراب	ادراک بیماری	۰/۲۴۱	۰/۱۷۰	۰/۰۴۶	۳/۶۶۲	۰/۰۰۱
نگرش های ناکارآمد	ادراک بیماری	۰/۶۶۱	۰/۰۱۷	۰/۰۰۷	۲/۳۷۲	۰/۰۱۸

با توجه به جدول ۳ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم متغیر نزدیکی به متغیر ادراک بیماری معنی دار نیست ($T = -0/664$)، مسیر مستقیم متغیر اجتناب به متغیر ادراک بیماری معنی دار نیست ($T = -0/047$ ، $\beta = -0/005$)، مسیر مستقیم متغیر اضطراب به متغیر ادراک بیماری معنی دار است ($T = 3/662$ ، $\beta = 0/241$)، در نهایت نتایج نشان داد که مسیر مستقیم متغیر نگرش های ناکارآمد به متغیر ادراک بیماری معنی دار است ($T = 2/372$ ، $\beta = 0/661$).

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین تاثیر سبک های دلبستگی و نگرش های ناکارآمد بر ادراک بیماری زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. بررسی سبک های دلبستگی نشان داد که سبک نزدیکی، اجتناب با متغیر ادراک منفی از بیماری رابطه ی معکوس و متغیر اضطراب با آن رابطه ی مستقیم دارند که میزان این روابط به ترتیب برابر $-0/42$ ، $-0/41$ و $0/35$ است که از بین آنها فقط سبک دلبستگی اضطراب با ادراک بیماری معنی دار است.

این یافته ها را به این صورت می توان تحلیل کرد که هرچه عامل نزدیکی که از عوامل سبک دلبستگی ایمن است بالاتر باشد میزان ادراک منفی از بیماری کاهش می یابد و هرچه عامل اضطراب که از عوامل سبک دلبستگی نا ایمن اضطرابی است افزایش یابد ادراک منفی از بیماری هم افزایش می یابد این یافته با نتایج پژوهشی (۲۳) همسو است و آنها نیز به همین نتایج در بیماران مبتلا به آنوریزم رسیدند.

یافته ی دیگر پژوهش این بود که متغیر نگرش ناکارآمد با متغیر ادراک منفی از بیماری رابطه ی مستقیم دارد که میزان این رابطه برابر با $0/68$ است و این رابطه در سطح $0/01$ معنی دار است. می توان این طور گفت که متغیر نگرش های ناکارآمد قوی ترین متغیر شناختی مورد مطالعه در این پژوهش بود و بیشترین میزان رابطه را با متغیر ادراک بیماری نشان داد به این معنی که هرچه میزان نگرش های ناکارآمد در زن مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید افزایش می یابد، میزان ادراک منفی از بیماری نیز بالا می رود. متأسفانه پژوهشی که به بررسی این دو متغیر کنار هم پرداخته باشد بدست نیامد اما پژوهشی (۲۴) تاثیرات درمان بر میزان ادراک بیماری، اضطراب و افسردگی را در افراد بستری طولانی را بررسی کردند و مشخص کردند افزایش ادراک بیماری منفی، اضطراب و افسردگی می تواند منجر به بدتر شدن و عدم نتیجه درمان مناسب در این افراد بشود و از آنجا که نگرش های ناکارآمد متغیری مهم و مطالعه شده در افسردگی است پس این پژوهش می تواند هم راستا با این یافته ی پژوهش حاضر محسوب شود.

مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش نمونه گیری غیر تصادفی بود که این امر می تواند بر اعتبار تعمیم نتایج تاثیر بگذارد. همچنین محدودیت بعدی این بود که از زنان به عنوان نمونه پژوهش استفاده شد. بنابراین پیشنهاد می شود به منظور تعمیم دهی بهتر و معتبر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی پژوهش تکرار شود؛ همچنین در پژوهش های آتی از مردان نیز به عنوان نمونه پژوهش

استفاده شود. در نهایت با توجه به شیوع بالای پریشانی های هیجانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پیشنهاد می شود که در مراکز درمانی امکاناتی فراهم شود که این بیماران از خدمات روانشناختی و روان درمانی استفاده نمایند. و از آنجا که نگرش و میزان تاثیرپذیری بیمار از پیشداوری ما درباره بیماری از عواملی است که سطح فعالیت، روابط اجتماعی و خلق بیماران را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار میدهد، لذا پیشنهاد می شود که سیستم های رسانه ای و آموزشی در زمینه اطلاع رسانی مناسب در مورد ماهیت، سبب شناسی و جنبه های مختلف این بیماری برنامه های اجرایی مناسبی را طراحی می نمایند.

References

1. Ngai SS, Jiang S, Cheung CK, Wang L, Tang HY. Trust in mutual aid group members, self-management of chronic illness, and well-being among young patients with chronic illness in Hong Kong. *Children and Youth Services Review*. 2021 Nov 1; 130:106240.
2. Matarese M, Barbaranelli C, Riegel B. Reply to Comment on: Self-Care Evaluation in COPD. *Evaluation & the Health Professions*. 2020 Mar;43(1):64-5.
3. Ebel AV, O'Dell JR. Clinical features, diagnosis, and treatment of rheumatoid arthritis. *Physician Assistant Clinics*. 2021 Jan 1;6(1):41-60.
4. Wasserman A. Rheumatoid arthritis: common questions about diagnosis and management. *American Family Physician*. 2018 Apr 1;97(7):455-62.
5. Cush JJ. Rheumatoid arthritis: early diagnosis and treatment. *Medical Clinics*. 2021 Mar 1;105(2):355-65.
6. Studenic P, Bang H, Alunno A, Sieghart D, Aletaha D, Blüml S, Haslacher H, Smolen JS, Steiner G. FRI0585 Prevalence of anti-acetylated protein antibodies in inflammatory arthritis, osteoarthritis, connective tissue diseases and its discriminative capacity as diagnostic marker for early rheumatoid arthritis.
7. Croia C, Bursi R, Sutera D, Petrelli F, Alunno A, Puxeddu I. One year in review 2019: pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2019 May 1;37(3):347-57.
8. Dörner T, Vital EM, Ohrndorf S, Alten R, Bello N, Haladyj E, Burmester G. A narrative literature review comparing the key features of musculoskeletal involvement in rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Rheumatology and Therapy*. 2022 Mar 31:1-22.
9. Abramkin AA, Lisitsyna TA, Veltishchev DY, Seravina OF, Kovalevskaya OB, Glukhova SI, Nasonov EL. Depression and severity of articular destruction in patients with rheumatoid arthritis. *Terapevticheskii arkhiv*. 2020 Jun 5;92(5):22-32.
10. Fragoulis GE, Cavanagh J, Tindell A, Derakhshan M, Paterson C, Porter D, McInnes IB, Siebert S. Depression and anxiety in an early rheumatoid arthritis inception cohort. associations with demographic, socioeconomic and disease features. *RMD open*. 2020 Oct 1;6(3):e001376.
11. amini F, sajjadian I, salesi M. Relationship between Pain-Related Beliefs and Pain Anxiety with Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. *JAP*. 2020; 11 (1) :25-37
12. Aletaha D, Smolen JS. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis: a review. *Jama*. 2018 Oct 2;320(13):1360-72.
13. 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.
14. Takano T, Mogi K. Adult attachment style and lateral preferences in physical proximity. *Biosystems*. 2019 Jul 1;181:88-94.
15. Bowlby J. The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*. 1979 Dec;2(4):637-8.
16. Anselmetti S, Poletti S, Ermoli E, Bechi M, Cappa S, Venneri A, Smeraldi E, Cavallaro R. The brief assessment of cognition in schizophrenia. Normative data for the Italian population. *Neurological Sciences*. 2008 Apr;29(2):85-92.
17. Alford RF, Leaver-Fay A, Jeliakov JR, O'Meara MJ, DiMaio FP, Park H, Shapovalov MV, Renfrew PD, Mulligan VK, Kappel K, Labonte JW. The Rosetta all-atom energy function for macromolecular modeling and design. *Journal of chemical theory and computation*. 2017 Jun 13;13(6):3031-48.

18. Docteur A, Mirabel-Sarron C, Lefèvre HK, Sala L, Husky M, Swendsen J, Gorwood P. Role of autobiographical memory in the impact of MBCT on dysfunctional attitudes, depressive symptoms and anxiety in bipolar I patients. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Nov 1;276:907-13.
19. Imani S, Alkhlil Y, Shokri O. The relationship between dysfunctional attitudes and social anxiety in student adolescents: The mediating role of emotion regulation. *Journal of Educational Psychology Studies*, 2019; 16 (33): 1-28.
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*, 2017; 2(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. Conigliaro P, Triggianese P, De Martino E, Fonti GL, Chimenti MS, Sunzini F, Viola A, Canofari C, Perricone R. Challenges in the treatment of rheumatoid arthritis. *Autoimmunity reviews*. 2019 Jul 1;18(7):706-13.
24. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie KJ. Can an illness perception intervention reduce illness anxiety in spouses of myocardial infarction patients? A randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research*. 2009 Jul 1;67(1):11-5.

*Original Article***The effect of attachment styles and dysfunctional attitudes on women's perception of rheumatoid arthritis**

Received: 06/04/2022 - Accepted: 19/06/2022

Somayeh Arabi¹
 Shokooh Sadat Bani Jamali^{2*}
 Shirin Koushki³
 Mahnaz Esteki⁴

¹ Doctoral student of Health Psychology Department, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Associate Professor, Faculty of Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran (corresponding author)

³ Assistant Professor, Department of Clinical-Health Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of General Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: Drbanijamali@yahoo.com

Abstract**Introduction**

Research shows that the perception of women with rheumatoid arthritis is affected by some of their psychological structures. This study determined the effect of attachment styles and dysfunctional attitudes on the perception of women with rheumatoid arthritis.

Material and Method

The present study was correlational in terms of applied purpose and research design. From the statistical population of all sick women referring to the clinic of Alborz Hospital in Karaj, 250 samples were selected by available method. To evaluate the research variables, Bradbent et al.'s Long Form et Perceptions questionnaire, Collins and Reed revised adult attachment styles, and Wissman and Beck long form dysfunctional attitudes were used. Data analysis was performed using Pearson and OLS test models.

Results

The results showed that the direct path of delicacy style ($T = -0.664$, $\beta = -0.074$) and avoidance ($\beta = -0.005$ - $T = -0.047$) to the disease perception variable was significant. is not. But the direct path of anxiety attachment style ($T = 3.662$, $\beta = 0.241$) and dysfunctional attitudes ($T = 2.372$, $\beta = 0.661$) to the variable of disease perception is significant.

Conclusion

Anxious attachment style and dysfunctional attitudes have a significant effect on the perception of women with rheumatoid arthritis.

Key words

Disease Perception, Attachment Styles, Dysfunctional Attitudes

Acknowledgement: There is no conflict of interest