

Determination of Differences in Meta-Cognitive Beliefs, Life-Orientation, Positive and Negative Affection between Rheumatoid Arthritis Patients with and without Metabolic Syndrome and Normal individuals

Fatemi M¹ , Davoodi A^{2*} 

¹M.A. Clinical Psychology, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

²Ph.D. Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Abstract

Introduction: Rheumatoid Arthritis is an auto-immune, systemic, chronic, and inflammatory disease, which may lead to the Cardio-Vascular Diseases (CVD). Metabolic Syndrome (Met S) is considered as a risk factor for developing CVD while the level of mental health has an essential role in their occurrence and intensification. Therefore, the purpose of this study was to determine the differences in Meta-cognitive beliefs, Life-Orientation, positive and negative Affection between Rheumatoid Arthritis Patients with and without Met S and normal individuals in Shiraz city in 2019.

Methods: It is a comparative study. The participants of this study were 70 patients with Met S and 70 patients without Met S and 70 normal individuals who were selected by purposive sampling method and were matched in terms of features as age, gender, and marital status. The data were collected by using Wells-Meta-cognitive beliefs questionnaire, Life-Orientation-Reviewed Sheerer and Kurver, Positive and Negative Affection questionnaire by Watson, Clark, and Tellegen. Reliability was evaluated using Cronbach's alpha method. Data were analyzed using variance multi-variable Statistical analysis and Tukey's post-hoc test in SPSS software, version 25.

Results: The results showed a significant difference among the three groups in terms of meta-cognitive beliefs ($p=0.001$) and optimism-pessimism, and Positive Affection ($p<0.01$); However, a significant difference was not found in the Negative Meta-cognitive beliefs component ($p=0.52$) and Negative Affection ($p=0.07$).

Conclusion: The Rheumatoid Arthritis as a chronic disease and its co-occurrence with Met S both have a considerable impact on the CVD. Also, Patients' mental health can contribute to reducing anxiety and stress happening due to an illness. Besides, patients' mental health interventions is recommended along with medications.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Metabolic Syndrome, Cognition, Affect, Emotions

Sadra Med Sci J 2020; 8(2): 123-138.

Received: Nov. 3rd, 2019

Accepted: Apr. 19th, 2020

*Corresponding Author: **Davoodi A.** Ph.D. Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran, davoodi.azam@yahoo.com

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۸، شماره ۲، بهار ۱۳۹۹، صفحات ۱۲۳ تا ۱۳۸

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۱/۳۱ تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۱۲

مقاله پژوهشی

(Original Article)

تبیین تفاوت باورهای فراشناختی، جهت گیری زندگی، عواطف مثبت و منفی در بیماران آرتریت روماتوئید مبتلا و غیر مبتلا به سندرم متابولیک و افراد عادی

مریم فاطمی^{۱*}، اعظم داودی^{۲*}

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: آرتریت روماتوئید، بیماری مزمن، خود ایمن، سیستمیک و التهابی، با خطر بیماریهای قلبی - عروقی است. سندرم متابولیک، از فاکتورهای کلاسیک بیماریهای قلبی - عروقی است که سلامت روان، در بروز و تشدید آنها نقش دارد. هدف پژوهش حاضر، تبیین تفاوت باورهای فراشناختی، خوشبینی - بدبینی، عواطف مثبت و منفی در بیماران آرتریت روماتوئید مبتلا و غیرمبتلا به سندرم متابولیک و افراد عادی شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بود.

روش‌ها: پژوهش حاضر بصورت علی - مقایسه ای، میان ۷۰ بیمار آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک و ۷۰ بیمار آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک و ۷۰ نفر افراد عادی با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و از لحاظ سن، جنس، وضعیت تأهل با یکدیگر همتا سازی شدند. داده ها، بوسیله پرسشنامه های باورهای فراشناختی ولز، جهت گیری زندگی شی پرر و کارور عواطف مثبت و منفی واتسون، کلارک گردآوری شدند. پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ مورد بررسی و با استفاده از نرم افزار SPSS.V25 و از روش تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی توکی، آنالیز آماری انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته های پژوهش حاضر نشان داد که از نظر باورهای فراشناختی، در گروههای مورد بررسی تفاوت معناداری وجود داشت ($p=0/001$) اما در زیرمؤلفه باورهای فراشناختی منفی تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/52$). میانگین باورهای فراشناختی در بیماران آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک بالاتر از سایر گروهها بود. از نظر خوشبینی - بدبینی و عواطف مثبت نیز تفاوت معنی داری میان گروهها مشاهده شد ($p<0/01$) و میانگین بدبینی در بیماران آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک و بدون سندرم متابولیک تقریباً برابر هم، اما از افراد عادی بیشتر بود و میانگین خوشبینی و عواطف مثبت نیز در افراد عادی بیشتر از دو گروه دیگر دیده شد. در نهایت، متغیر عواطف منفی در بین گروههای مورد بررسی تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/07$).

نتیجه گیری: با توجه به مزمن بودن آرتریت روماتوئید و همراه شدن با سندرم متابولیک، که هر دو در سلامت قلبی - عروقی تأثیر دارند، لذا سلامت روان در کاهش اضطراب و استرس بیماری نقش بسزائی دارد. بنابراین، پیشنهاد می شود در کنار درمان های دارویی، مداخلاتی در خصوص سلامت روان بیماران ارائه گردد.

واژگان کلیدی: آرتریت روماتوئید، سندرم متابولیک، شناخت، عواطف، احساسات

* نویسنده مسئول: اعظم داودی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران، davoodi.azam@yahoo.com

مقدمه

آرتریت روماتوئید (RA)، شایعترین بیماری التهابی، خود ایمن، سیستمیک و مزمن است که منجر به تخریب مفاصل و ناتوانی بیماران می شود و بطور قرینه، مفاصل و بویژه مفاصل متحرک کوچک اندام ها را دچار مشکل کرده و حالت پیش رونده دارد (۱). تظاهرات بیماری فقط به سخت شدگی و تخریب مفاصل و درد ناشی از آن محدود نمی گردد بلکه اثرات سیستماتیک آن ممکن است منجر به فیبروزیس ریوی، نوروپاتی و نیز عفونت پری کاردیت قلبی - عروقی همراه باشد (۲). آرتریت روماتوئید بیشتر در زنان دیده می شود و نسبت جنسیتی زنان به مردان بیمار ۲ به ۱ است (۳). شیوع این بیماری در جهان بین ۰/۵ تا ۲/۴ درصد برآورد شده است (۴) و در مطالعه ای در ایران ۰/۳۷ درصد گزارش شده است (۵). مطالعات نشان داده اند که سیر این بیماری متغیر است و ۱۵-۲۰ درصد از بیماران آرتریت روماتوئید، دارای دوره های تشدید و تخفیف با یک سیر نسبتاً خوب از بیماری می باشند (۶). اگر چه سبب شناسی این بیماری تاکنون ناشناخته مانده است؛ اما مطالعات شیوع شناسی، ترکیبی از فاکتورهای مختلف محیطی و ژنتیکی را بیان می کنند که هر کدام از آنها برای ایجاد بیماری لازم است؛ اما کافی نیست بیماری آرتریت روماتوئید از جمله اختلالات روان تنی هستند که عوامل عاطفی و هیجانی نقش اساسی در علت شناسی آنها بازی می کنند و با توجه به اینکه اختلالات روان تنی در ارتباط با دستگاه عصبی خودکار بوده و این دستگاه تمام اندام ها و دستگاه های بدن را فرا می گیرند، از جمله معده، روده، قلب، عروق، ریه، عضلات، استخوان ها، پوست و اندام های تناسلی و موجب بیماریهای مختلف می شوند (۷).

سندرم متابولیک (Met S) یا سندرم مقاومت به انسولین، نشانگان سوخت و سازی است که مجموعه ای از عوامل خطر ساز بیماریهای قلبی - عروقی شامل مقاومت به انسولین (FBS)، چاقی مرکزی، فشار خون بالا، تری گلیسیرید (TG) بالا و لیپو پروتئین با دانسیته بالا

(HDL) پایین می باشد (۸). طبق معیارهای سومین پنل درمان بزرگسالان در برنامه ملی آموزش کلسترول (NCEP ATP-III) و مجمع بین المللی دیابت (IDE)، با سندرم متابولیک، سه مورد از این پنج معیار مشخص می شود: (۱) دور کمر بزرگتر از ۱۰۲ سانتی متر برای مردان و ۸۸ سانتی متر برای زنان. (۲) سطح سرمی تری گلیسیرید بیشتر از ۱۵۰ میلیگرم بر دسی بل و یا درمان دارویی تری گلیسیرید بالا. (۳) سطح کلسترول HDL، برای مردان کمتر از ۴۰ میلی گرم بر دسی بل و برای زنان ۵۰ میلی گرم بر دسی بل و یا درمان دارویی برای HDL پایین. (۴) فشار خون بالاتر از ۱۳۰/۸۵ میلی متر جیوه و یا درمان دارویی برای فشار خون بالا. (۵) گلوکز پلازما در حالت ناشتا بالای ۱۰۰ میلی گرم بر دسی بل و یا درمان دارویی برای گلوکز بالای خون (۹). رواج این سندرم بیشتر بدلیل شیوع اپیدمیچ چاقی، همه گیر شده است و هم اکنون بعنوان یک مسأله ی سلامت عمومی حدوداً یک چهارم جمعیت جهانی را تهدید می کند (۱۰). طبق پژوهش های متا آنالیز کلان فرمان فرما (۲۰۱۸)، شیوع سندرم متابولیک بر حسب شاخص های NCEP ATP-III و IDE، ۳۰/۴ درصد در بین جمعیت بزرگسالان ایرانی برآورد کرده است و بیشترین فراوانی مربوط به استان بوشهر (۵۷/۸ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به استان سیستان و بلوچستان (۱۸/۳ درصد) است. همچنین شیوع سندرم متابولیک در زنان را (۳۴/۸ درصد) در مقایسه با مردان (۲۵/۷ درصد) برآورد کرده است (۱۱). مبینی (۲۰۱۸)، در پژوهش خود شیوع سندرم متابولیک در بیماران آرتریت روماتوئید را ۳۱/۴۰ درصد گزارش کرده است (۱۲). الیوریا (۲۰۱۶)، نیز شیوع سندرم متابولیک در بیماران آرتریت روماتوئید در شمال برزیل را طبق شاخص های NCEP ATP-III، ۵۰ درصد برآورد کرده است (۱۳).

پژوهش های اخیر نشان داده اند که عوامل روانشناختی و اجتماعی را تا حد زیادی در شروع و روند پیشرفت بیماری آرتریت روماتوئید و همچنین سندرم متابولیک که زمینه

کرونی با تشخیص سندرم متابولیک در مقایسه با بیماران بدون این سندرم، بطور معنی داری کمتر می باشد (۲۰). بررسی های استلار، جان - هندرسون، اندرسون گوردن و مک نیل (۲۰۱۵) نشان دادند که صفت "عاطفه مثبت" با سطح سیتوکین های پیش التهابی (IL-6) ارتباط دارد بطوریکه بالا بودن عاطفه مثبت در فرد به کاهش فعالیت التهابی و سلامت بیشتر منجر می شود (۲۱). همچنین، مونز، استنبرگر و تیلور (۲۰۱۰) در تحقیقات خود نشان دادند که عواطف منفی منجر به پیامد سلامت ضعیفتر از طریق افزایش التهاب (پاسخ نظام ایمنی) می شود (۲۲). اما تاکنون، تحقیقاتی به تبیین تفاوت باورهای فراشناختی و خوش بینی - بد بینی و نیز عواطف مثبت و منفی در بیماران آرتریت روماتوئید مبتلا به سندرم متابولیک و بیماران غیر مبتلا به این سندرم پرداخته نشده و مطالعات اغلب شیوع سندرم متابولیک در بیماران آرتریت روماتوئید را مورد هدف قرار داده اند. با توجه به شیوع بالا و اهمیت سندرم متابولیک در همه ی افراد علی الخصوص بیماران آرتریت روماتوئید و عدم مطالعه مشابه در جمعیت ایرانی، مطالعه حاضر با هدف مقایسه باورهای فراشناختی و جهت گیری زندگی (خوش بینی - بدبینی) و نیز عواطف مثبت و منفی در بیماران آرتریت روماتوئید مبتلا و غیر مبتلا به سندرم متابولیک و افراد عادی انجام شد.

مواد و روش

پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه ای می باشد و روش آماری، تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی توکی (Post hoc Tukey test) بود که بوسیله نرم افزار SPSS 25 انجام شده است و نتایج با سطح $P < 0.05$ معنی دار تعریف گردید و به تبیین تفاوت باورهای فراشناختی، جهت گیری زندگی (خوشبینی - بدبینی) و عواطف مثبت و منفی در بیماران آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک و بدون سندرم متابولیک و افراد عادی پرداخته است. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران آرتریت روماتوئید، مراجعه کننده به مرکز کلینیک

ساز افزایش خطر بیماریهای قلبی - عروقی می باشند (۱۴). شناسایی دلایل این ارتباط، موضوعیست که این پژوهش، آنرا مورد توجه قرار داده است. یکی از عوامل روانشناختی مهم در ایجاد افسردگی و اضطراب و در نتیجه تأثیرگذار بر شدت آرتریت روماتوئید و سندرم متابولیک دارد، باورهای فراشناخت می باشد. فراشناخت مفهومی چند وجهی است که در برگزیده دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می کند (۱۵). در سالهای اخیر فراشناخت به عنوان پایه و اساس بسیاری از اختلال های شناختی مورد بررسی قرار گرفته است (۱۶). بطور کلی، سه نوع فراشناخت مطرح است که عبارتند از: دانش فراشناختی، تجارب فراشناختی و راهبردهای کنترل فراشناختی. دانش فراشناختی، باورهای فرد در مورد شناخت باورهای مثبت و منفی در مورد هیجانات را در بر میگیرد. تجارب فراشناختی، ارزیابی احساسات روانشناختی و قضاوت در مورد وضعیت شناخت است و راهبردهای کنترل فراشناختی، همان پاسخ هایی است که به کنترل فعالیت های نظام شناختی داده می شود (۱۷). به نظر ولز باورهای فراشناختی مثبت و منفی، از مهمترین عوامل زمینه ساز و تداوم بخش رفتارهای بهنجار و نابهنجار هستند (۱۸). عاملهای روانشناختی دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته، متغیر جهت گیری زندگی (خوش بینی - بدبینی) و عواطف مثبت و منفی است. خوش بینی - بدبینی و عواطف مثبت و منفی که بعنوان سازه های شناختی و هیجانی و از اجزای بهزیستی روانشناختی تعریف می شود بر عملکرد دستگاه ایمنی بدن تأثیر گذار است (۱۹). خوش بینی با عملکرد مؤثر دستگاههای انتقال دهنده ی عصبی شامل سروتونین و نورآدرنالین مرتبط می باشد (۱۹). نتایج پژوهش ها نشان می دهد که خوش بینی و عواطف مثبت با کاهش عوامل خطر متابولیکی ارتباط دارد. نتایج تحقیقات محمدی و همکاران (۱۳۹۶)، نشان می دهد که خوش بینی و عواطف مثبت با کاهش میزان عوامل خطر سندرم متابولیک ارتباط دارد و خوش بینی در بیماران

به همکاری خود پایان دهند. اطلاعات شرکت کنندگان شامل اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل بصورت پرسش و پاسخ و خود گزارش دهی بیماران و اطلاعات مرتبط با سندرم متابولیک براساس دستورالعمل برنامه ملی آموزش کلسترول - پانل درمانی بزرگسالان از طریق آزمایشاتی که بیماران به هنگام مراجعه به روماتولوژیست به همراه خود دارند، ثبت گردید. وجود سندرم متابولیک بر اساس تعاریف NCEP ATP-III و IDE در تمام بیماران و گروه افراد بهنجار تعیین شد. در نهایت نیز، شرکت کنندگان به روش مداخله‌ای به پرسشها پاسخ گفتند. این پژوهش دارای کد اخلاق از کمیته ملی اخلاق در پژوهش های زیست - پزشکی دانشگاه آزاد شیراز به شماره IR.IAU.SHIRAZ.REC.1398.022 می باشد.

ابزار سنجش

پرسشنامه باورهای فراشناخت

پرسشنامه فراشناخت توسط ولز و کارت رایت - هاتون (۲۰۰۴) طراحی شده است (۲۴). این پرسشنامه بر اساس مدل کنش اجرایی خود تنظیمی ولز و ماتیوس برای جمعیت بزرگسال ۱۸ سال به بالا ساخته شده است یک مقیاس ۳۰ گویه ای خود گزارشی است که باورهای افراد درباره تفکراتشان را می سنجد. این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس می باشد که شامل: ۱- اعتماد شناختی یا اطمینان شناختی ضعیف (سؤالات ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶، ۲۹، ۳۰)؛ ۲- باورهای مثبت در مورد نگرانی (سؤالات ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸)؛ ۳- وقوف شناختی یا خود آگاهی شناختی (سؤالات ۳، ۵، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰)؛ ۴- باورهای منفی یا افکار خطرناک و کنترل ناپذیر در مورد نگرانی که با کنترل ناپذیری و خطر، مرتبط است. (سؤالات ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵، ۲۱)؛ ۵- نیاز به کنترل افکار (سؤالات ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵، ۲۷). پاسخها در این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرت (۱) موافق نیستم، (۲) کمی موافقم، (۳) نسبتاً موافقم، (۴) کاملاً موافقم محاسبه

روماتولوژی آقای دکتر سید منصور حسینی (فوق تخصص روماتولوژی) واقع در شهر شیراز، در سال ۱۳۹۸ تشکیل داد. معیار های ورود به پژوهش در بیماران آرتریت روماتوئید، عبارتند از: داشتن سن بالاتر از ۱۸ سال و کمتر از ۷۰ سال، داشتن سابقه حداقل یک سال ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید و داشتن توانایی خواندن و نوشتن جهت پاسخگویی به سؤالات بود و معیارهای خروج از پژوهش شامل ابتلا به بیماریهای مزمن دیگر نظیر آسم، سرطان، وجود بیماری روماتولوژیک دیگر و نیز مصرف دارو برای هرگونه بیماری مزمن جسمی یا روانی، بر طبق ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5) بود. تشخیص بیماری آرتریت روماتوئید توسط پزشک روماتولوژیست بر اساس معیارهای تقسیم بندی انجمن روماتولوژی آمریکا و اتحادیه اروپایی بیماریهای روماتولوژیک (EULAR و ACR) انجام شد (۲۳). کل بیماران ثبت شده در این محدوده ۱۵۱ بیمار بودند که ۱۴۰ بیمار شرایط ورود به مطالعه را داشتند و ۱۱ بیمار بعلت عدم تمایل به شرکت در پژوهش حذف شدند. با توجه به پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه ای و روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره می باشد که از میان آنها ۷۰ نفر بیمار آرتریت روماتوئید مبتلا به سندرم متابولیک و ۷۰ نفر بیمار آرتریت روماتوئید غیر مبتلا به سندرم متابولیک و ۷۰ نفر نیز از همراهان و خانواده بیماران که آرتریت روماتوئید نداشتند به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. هر سه گروه را از لحاظ سن، جنس و میزان تحصیلات همتا سازی شدند. بمنظور رعایت موازین اخلاقی، پیش از اجرای پژوهش، هدف پژوهش، مراحل پژوهش، اهمیت پاسخگویی درست به پرسش ها، شیوه پاسخگویی و همچنین عدم ذکر نام و نام خانوادگی و محرمانه ماندن اطلاعات بیماران نزد پژوهشگر به اختصار توضیح داده شد. از شرکت کنندگان درخواست شد که در صورت تمایل به همکاری فرم رضایت نامه کتبی را امضاء نمایند و به منظور رعایت حقوق شرکت کنندگان، به آنها اختیار داده شد که در هر مرحله از پژوهش بتوانند

(۹) و ۴ ماده بصورت انحرافی می باشد که نمره ای برای آن در نظر گرفته نشده است. نمره گذاری در این آزمون به این صورت می باشد که در ماده های ۱، ۴، ۱۰ نمرات در طیف لیکرت (۴ = کاملاً موافقم تا ۰ = کاملاً مخالفم) تعلق می گیرد و در ماده های ۳، ۷، ۹ نمره گذاری بصورت معکوس می باشد. این آزمون ابتدا در سال ۱۹۸۵ توسط شی یو و کارور برای ارزیابی خوش بینی سرشتی عنوان آزمون جهت گیری زندگی ارائه گردید؛ اما در سال ۱۹۹۴ آزمون ذکر شده توسط شی یو و کارور مورد تجدید نظر واقع شد (۲۶). لذا ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در یک مطالعه ایرانی ۰/۷۴ بدست آمد که نشاندهنده پایایی بالای آزمون بوده است، همچنین ضرایب روایی همزمان بین مقیاس خوش بینی و افسردگی و خود تسلط یابی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۷۲ بدست آمده، بنابراین توان اجرایی این ابزار نیز اجرا گردید. این آزمون در سال ۱۳۸۳، توسط خدا بخشی در ایران هنجاریابی شده است. نتایج بدست آمده بر اساس روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ حاکی از پایایی بالای مقیاس خوش بینی می باشد. ضریب روایی همزمان بین مقیاس خوش بینی با افسردگی و خود تسلط یابی، به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۷۲ بدست آمد (۲۷). همچنین ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر، برای مؤلفه خوش بینی ۰/۶۷ و برای مؤلفه بدبینی ۰/۷۱ بدست آمده است.

پرسشنامه عواطف مثبت و منفی

این پرسشنامه یک ابزار سنجش ۲۰ آیتمی است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت توسط واتسون، کلارک و تلگن (۱۹۸۹) طراحی شده است (۲۸). هر خرده مقیاس دارای ۱۰ آیتم است. آیتم ها روی یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت (۱ = بسیار کم تا ۵ = بسیار زیاد) رتبه بندی می شوند و دامنه نمرات برای هر یک از عاطفه مثبت و منفی ۱۰ تا ۵۰ میباشد. گویه های

میشوند. حداقل نمره کسب شده در این آزمون ۳۰ سؤالی برابر ۳۰ و حداکثر آن برابر ۱۲۰ میباشد. نمره کل برای فراشناخت با مجموع نمرات زیر مقیاسها به دست میاید. نمره بین ۳۰ تا ۶۰ نشانگر میزان فراشناخت ضعیف در فرد، نمره بین ۶۰ تا ۹۰ نشانگر میزان فراشناخت متوسط در فرد، نمره بین ۹۰ تا ۱۲۰ نشانگر میزان فراشناخت قوی در فرد است. پرسشنامه فراشناخت دارای پایایی و روایی قابل قبولی میباشد. پایایی به دست آمده از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاسها و مقیاس کل در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی برای نمره کل، بعد از ۲۲ تا ۱۱۸ روز، ۰/۷۵ و برای خرده مقیاسها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۴). در ایران، توسط شیرین زاده دستگرددی و همکاران در سال ۱۳۸۵ هنجاریابی شده است. ضریب همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، وقوف شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۷۱ و پایایی باز آزمائی این آزمون در فاصله ی چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس ها در دامنه ی ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش شد. همبستگی کل مقیاس با مقیاس اضطراب خصلتی ۰/۴۳ و همبستگی خرده مقیاس ها در دامنه ی ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ بود (۲۵). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس ها اعتماد شناختی ۰/۷۶، باور فراشناختی مثبت ۰/۶۷، باور فراشناختی منفی ۰/۶۵، خود آگاهی شناختی ۰/۶۱ و کنترل افکار ۰/۶۶ بدست آمد.

پرسشنامه جهت گیری زندگی - بازنگری شده

این آزمون در سال ۱۹۹۴ توسط شی یو و کارور تهیه شده است، که دارای ۱۰ ماده است که از این میان ۳ ماده نشان دهنده تلقی خوش بینانه شامل سؤالات (۱، ۴، ۱۰) و ۳ ماده نشان دهنده تلقی بدبینانه شامل سؤالات (۳، ۷،

فهرست عواطف مثبت شامل سوالات (۱، ۳، ۵، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹) و گویه های فهرست عواطف منفی شامل سوالات (۲، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۲۰) می باشد گویه های فهرست عواطف مثبت و منفی هیجان ها و احساسات مختلفی را توصیف می کنند و هر یک در یک مقیاس عواطف مثبت و یا یک مقیاس عواطف منفی گروه بندی می شوند. در این طیف عدد یک نشان دهنده عدم تجربه هیجان و عدد ۵ بیانگر تجربه بسیار زیاد هیجان است. از لحاظ شاخص های روانسنجی یعنی پایایی و روایی، از ویژگیهای مطلوب برخوردار است. ضرایب سازگاری درونی برای عواطف مثبت ۰/۸۸ و برای عواطف منفی ۰/۸۷ است. پایایی آزمون - بازآزمون با فاصله ۸ هفته ای برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ است. دو عاطفه از هم مستقل هستند (۲۸). در ایران توسط بخشی پور و دژکام (۱۳۸۴)، پایایی این پرسشنامه از طریق آماره های همسانی درونی و همبستگی آزمون - بازآزمون محاسبه شدند. همسانی درونی برای عاطفه منفی و عاطفه مثبت بترتیب عبارت اند از ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ضرایب آزمون - بازآزمون برای خرده مقیاس ها عبارت بودند از ۰/۸۲ و ۰/۸۰ (۲۹). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای عاطفه مثبت ۰/۸۱ و برای عاطفه منفی ۰/۷۹ بدست آمد.

یافته ها

پس از جمع آوری داده ها، جهت تجزیه تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. میانگین سنی در بیماران آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک برابر با ۴۰/۳۵، در بیماران آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک برابر با ۴۶/۵۲ و میانگین سنی گروه افراد عادی برابر با ۴۳/۲۸ بود. همچنین، ۵۷ درصد بیماران آرتریت

روماتوئید با سندرم متابولیک و ۴۳ درصد بیماران آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک و ۶۰ درصد افراد عادی شرکت کننده در پژوهش را زنان و ۳۸ درصد بیماران آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک و ۶۲ درصد بیماران آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک و ۴۰ درصد افراد عادی شرکت کننده در پژوهش را مردان تشکیل داده بودند. ۸۶ درصد بیماران آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک و ۸۰ درصد بیماران آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک و ۷۸ درصد افراد عادی شرکت کننده در پژوهش را متأهلین و ۱۴ درصد بیماران آرتریت روماتوئید مبتلا به سندرم متابولیک و ۲۰ درصد بیماران آرتریت روماتوئید غیر مبتلا به سندرم متابولیک و ۲۲ درصد افراد عادی شرکت کننده در پژوهش را مجردها تشکیل داده بودند. شاخص های توصیفی متغیرهای سندرم متابولیک و تعداد مؤلفه های سندرم متابولیک در میان بیماران آرتریت روماتوئید شرکت کننده در پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. همانطور که در این جدول دیده می شود، ۵۷ درصد از زنان، ۳۸ درصد از مردان و ۵۰ درصد از کل بیماران آرتریت روماتوئید شرکت کننده در پژوهش، سندرم متابولیک (دست کم سه مؤلفه از مؤلفه های سندرم متابولیک) داشتند. برای تعیین پیش فرضهای آزمون، یعنی نرمال بودن جامعه آماری، آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov)، و جهت بررسی همسانی واریانس ها، آزمون لوین (Leven) مورد استفاده قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها در تمامی متغیرها برقرار است ($1/1 < Z$). نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که پیش فرض همسانی واریانس ها برای تمامی متغیرهای پژوهش برقرار است ($P < 0/05$).

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای سندرم متابولیک و تعداد مؤلفه های آن در میان بیماران آرتریت روماتوئید

کل		مردان		زنان		بیماران آرتریت روماتوئید	متغیر
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۵۰	۷۰	۳۸	۱۹	۵۷	۵۱	با سندرم متابولیک	سندرم متابولیک
۵۰	۷۰	۶۲	۳۱	۴۳	۳۹	بدون سندرم متابولیک	
۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۹۰	مجموع	
۱۰	۱۴	۱۲	۶	۹	۸	صفر مؤلفه (سندرم متابولیک)	تعداد مؤلفه های سندرم متابولیک
۱۶	۲۲	۲۲	۱۱	۱۲	۱۱	یک مؤلفه (سندرم متابولیک)	
۲۴	۳۴	۲۸	۱۴	۲۲	۲۰	دو مؤلفه (سندرم متابولیک)	
۲۷	۳۸	۲۲	۱۱	۳۰	۲۷	سه مؤلفه (سندرم متابولیک)	
۱۶	۲۲	۱۲	۶	۱۸	۱۶	چهار مؤلفه (سندرم متابولیک)	
۷	۱۰	۴	۲	۹	۸	پنج مؤلفه (سندرم متابولیک)	
۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۹۰	مجموع	

گروههای مورد بررسی، آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳، ۴ و ۵ آمده است.

همانطور که اطلاعات جدول شماره ۳ نشان می دهند، بین متغیر خوش بینی گروه آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک و گروه افراد عادی در سطح معنی داری ۰/۰۲ تفاوت وجود دارد. اما بین گروه آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک و گروه افراد عادی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. و نیز بین متغیر بد بینی گروه آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک و گروه افراد عادی، و گروه آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک و گروه افراد عادی در سطح معنی داری ۰/۰۰۱ تفاوت وجود دارد. اما در متغیر بدبینی بین گروه آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک و گروه آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۴، در متغیر باورهای فراشناختی (نمره کل) بین گروه آرتریت روماتوئید با

میانگین و انحراف معیار مؤلفه های باورهای فراشناختی، خوشبینی - بدبینی و عواطف مثبت و منفی در میان سه گروه مورد بررسی در جدول شماره ۲ آمده است. همانطور که در این جدول دیده می شود بین باورهای فراشناختی و خوش بینی - بدبینی و عواطف مثبت در بین هر سه گروه تفاوت معنی داری دیده شد. اما در مؤلفه باورهای فراشناختی منفی از متغیر باورهای فراشناختی و عواطف منفی در بین سه گروه مورد بررسی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. همینطور با توجه به جدول شماره ۲، میانگین باورهای فراشناختی، عواطف منفی در گروه بیماران آرتریت روماتوئید مبتلا به سندرم متابولیک بیش از گروه بیماران آرتریت روماتوئید غیر مبتلا به سندرم متابولیک و افراد عادی بود؛ این در حالی بود که میانگین خوش بینی و عواطف مثبت در گروه افراد عادی بیشتر از دو گروه دیگر بود. بمنظور بررسی دقیق تر تفاوت باورهای فراشناختی و خوش بینی - بدبینی و عواطف مثبت در بین

آرتريت روماتوئيد با سندرم متابوليك و گروه افراد عادي و همچنين گروه آرتريت روماتوئيد بدون سندرم متابوليك و گروه افراد عادي در سطح $0/001$ تفاوت معني داري وجود داشت .

همچنين با توجه به جدول شماره ۵ ، عواطف مثبت در گروه آرتريت روماتوئيد با سندرم و گروه افراد عادي در سطح معني داري $0/02$ تفاوت وجود دارد اما گروه آرتريت روماتوئيد بدون سندرم متابوليك و گروه افراد عادي و همچنين بين گروه آرتريت روماتوئيد با سندرم متابوليك و گروه آرتريت روماتوئيد بدون سندرم متابوليك تفاوت معني داري مشاهده نشد.

سندرم متابوليك و گروه افراد عادي و همچنين گروه آرتريت روماتوئيد بدون سندرم متابوليك و گروه افراد عادي در سطح $0/001$ تفاوت معني داري وجود دارد. اما بين گروه آرتريت روماتوئيد با سندرم متابوليك و گروه آرتريت روماتوئيد بدون سندرم متابوليك تفاوت معني داري مشاهده نشد . در مؤلفه اعتماد شناختي نيز، بين هر سه گروه مورد بررسي تفاوت معني داري مشاهده شد. در مؤلفه هاي باور هاي فراشناختي مثبت و خود آگاهي شناختي و کنترل افكار نيز بين گروه آرتريت روماتوئيد با سندرم متابوليك و گروه آرتريت روماتوئيد بدون سندرم متابوليك تفاوت معني داري مشاهده نشد اما بين گروه

جدول ۲. مقابسه نمرات مؤلفه هاي باورهاي فراشناختي ، خوش بيني - بد بيني و عواطف مثبت و منفي در بيماران آرتريت روماتوئيد با

سندرم متابوليك و بدون سندرم متابوليك و افراد عادي

سطح معني داري P	مقدار آماره F	گروه ها			متغيرها
		افراد عادي	بيماران آرتريت روماتوئيد بدون سندرم متابوليك	بيماران آرتريت روماتوئيد با سندرم متابوليك	
		ميانگين (انحراف معيار)	ميانگين (انحراف معيار)	ميانگين (انحراف معيار)	
0/003	17/80	12/75 (4/07)	9/87 (2/52)	8/44 (2/44)	خوش بيني
0/01	14/24	4/68 (1/55)	6/18 (2/42)	6/14 (2/52)	بد بيني
0/005	12/28	39/26 (7/08)	35/82 (6/74)	33/94 (6/34)	عواطف مثبت
0/07	2/80	26/87 (6/09)	25/34 (6/26)	27/20 (5/95)	عواطف منفي
0/02	14/48	10/03 (1/55)	12/01 (4/16)	13/92 (4/48)	اعتماد شناختي
0/01	49/40	10/01 (1/06)	14/88 (2/91)	13/88 (3/24)	خود آگاهي شناختي
0/04	16/39	11/78 (1/75)	14/64 (2/87)	14/18 (3/01)	کنترل افكار
0/52	0/64	13/18 (1/56)	13/74 (3/95)	13/82 (3/19)	باورهاي فراشناختي منفي
0/009	55/41	7/98 (1/37)	12/30 (4/02)	13/06 (3/63)	باورهاي فراشناختي مثبت
0/001	56/87	52/94 (3/26)	67/14 (12/82)	69/54 (10/64)	باورهاي فراشناختي (نمره كل)

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای بررسی خوش بینی - بدبینی در بین گروههای مورد بررسی

متغیرها	گروه ها	RA: آرتريت روماتويد	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
خوش بینی	آرتريت روماتويد با سندرم متابوليك	RA بدون سندرم متابوليك	-۰/۵۶	۰/۴۳	۰/۴۰
	آرتريت روماتويد بدون سندرم متابوليك	افراد عادي	۰/۹۶	۰/۴۳	۰/۰۷
		RA با سندرم متابوليك	۰/۵۶	۰/۴۳	۰/۴۰
	افراد عادي	افراد عادي	۱/۵۲	۰/۴۳	۰/۰۲
		RA با سندرم متابوليك	-۰/۹۶	۰/۴۳	۰/۰۷
	بدبینی	آرتريت روماتويد با سندرم متابوليك	RA بدون سندرم متابوليك	-۰/۰۸	۰/۴۲
آرتريت روماتويد بدون سندرم متابوليك		افراد عادي	۲/۵۶	۰/۴۲	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابوليك	۰/۰۸	۰/۴۲	۰/۹۸
افراد عادي		افراد عادي	۲/۶۴	۰/۴۲	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابوليك	-۲/۵۶	۰/۴۲	۰/۰۰۱
RA بدون سندرم متابوليك		-۲/۶۴	۰/۴۲	۰/۰۰۱	

بحث

هدف پژوهش حاضر، تبیین تفاوت متغیرهای باورهای فراشناختی، خوش بینی - بدبینی و عواطف مثبت و منفی در بین بیماران آرتريت روماتويد مبتلا به سندرم متابوليك و غير مبتلا به سندرم متابوليك و افراد عادي است. باورهای فراشناختی به عنوان یک عامل مهم در تکوین و تداوم اختلالات روانی گوناگون، بویژه اختلالات اضطرابی و افسردگی افراد در نظر گرفته می شود. یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد بیماران آرتريت روماتويد، باورهای فراشناختی بالاتری را نسبت به افرادی که بیماری آرتريت روماتويد ندارند، تجربه می کنند و همین اضطراب ناشی از بیماری و همچنین عوارض ناشی از آن از جمله درد و خشکی و التهاب در مفاصل و نیز در موارد شدیدتر آن تغییر شکل در مفاصل کوچک، خود باعث اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری شده و به طبع آن عوامل تشکیل دهنده سندرم متابوليك پدیدار می شود. همانطور که در پژوهش روگرس (Rogers) و همکاران (۲۰۱۵) آمده است وقوع این اختلالات، مشکلات هیجانی و حالت پریشانی در فرد بیمار به همراه دارد و فرد را در وضعیت طولانی کننده و عود کننده پردازش اطلاعات مربوط به خود، دیگران و محیط گرفتار می سازد و در

نهایت موجب تفسیر غلط فرد از رویدادها و انتخاب راهبردهای مقابله ای ناکارآمد شده که خود موجب تداوم آسیب روانی می شود (۳۰). بر اساس نتایج مطالعات قبلی، برای تبیین یافته های بررسی حاضر می توان مکانیسم های زیستی را به عنوان ارتباط عوامل روانشناختی مانند باورهای فراشناختی، خوش بینی - بدبینی و عواطف مثبت و منفی در افزایش یا کاهش احتمال خطر سندرم متابوليك را در بیماران آرتريت روماتويد معرفی نمود. فعالیت محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال (HPA) به عنوان محور تأثیر استرس بر سلامت مطرح می باشد که با افزایش فعالیت محور HPA، شاخص های التهابی افزایش می یابد (۳۱). در واقع، اختلال محور HPA با بسیاری از عوامل خطر ساز بیماری قلبی - عروقی، مانند فشار خون بالا، کلسترول بالا، تری گلیسیرید بالا (مؤلفه های سندرم متابوليك) و ضربان قلب بالا، مرتبط شده است (۳۲). طبق دیدگاه کوپ و گات دینر، استرس مزمن، افسردگی و رفتارهای مرتبط با سلامت را بعنوان عوامل آشکار ساز حاد یا عوامل دوره ای بیماریهای قلبی - عروقی می داند که با الگو قرار دادن دیدگاه بیماری پذیری - استرس، ترکیب این عوامل بطور مستقیم بر آشکار شدن اجزای سندرم

متابولیک در افراد بخصوص در بیماران آرتریت روماتوئید می شود(۳۳).

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای بررسی باورهای فراشناختی در بین گروههای مورد بررسی

متغیرها	گروه ها	RA: آرتریت روماتوئید	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
باورهای فراشناختی (نمره کل)	آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک	RA بدون سندرم متابولیک	۰/۴۰	۱/۶۶	۰/۹۶
	آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک	افراد عادی	۱۵/۶۰	۱/۶۶	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابولیک	-۰/۴۰	۱/۶۶	۰/۹۶
	افراد عادی	افراد عادی	۱۵/۲۰	۱/۶۶	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابولیک	-۱۵/۶۰	۱/۶۶	۰/۰۰۱
	RA بدون سندرم متابولیک	RA بدون سندرم متابولیک	-۱۵/۲۰	۱/۶۶	۰/۰۰۱
اعتماد شناختی	آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک	RA بدون سندرم متابولیک	۱/۹۲	۰/۷۲	۰/۰۲
	آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک	افراد عادی	۳/۹۲	۰/۷۲	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابولیک	-۱/۹۲	۰/۷۲	۰/۰۲
	افراد عادی	افراد عادی	۲/۰۰	۰/۷۲	۰/۰۱
		RA با سندرم متابولیک	-۳/۹۲	۰/۷۲	۰/۰۰۱
	RA بدون سندرم متابولیک	RA بدون سندرم متابولیک	-۲/۰۰	۰/۷۲	۰/۰۱
باورهای فراشناختی مثبت	آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک	RA بدون سندرم متابولیک	-۰/۰۴	۰/۵۳	۰/۹۹
	آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک	افراد عادی	۴/۸۶	۰/۵۳	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابولیک	۰/۰۴	۰/۵۳	۰/۹۹
	افراد عادی	افراد عادی	۴/۹۰	۰/۵۳	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابولیک	-۴/۸۶	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	RA بدون سندرم متابولیک	RA بدون سندرم متابولیک	-۴/۹۰	۰/۵۳	۰/۰۰۱
خودآگاهی شناختی	آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک	RA بدون سندرم متابولیک	-۱/۰۰	۰/۵۱	۰/۱۳
	آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک	افراد عادی	۳/۸۸	۰/۵۱	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابولیک	۱/۰۰	۰/۵۱	۰/۱۳
	افراد عادی	افراد عادی	۴/۸۸	۰/۵۱	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابولیک	-۳/۸۸	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	RA بدون سندرم متابولیک	RA بدون سندرم متابولیک	-۴/۸۸	۰/۵۱	۰/۰۰۱
کنترل افکار	آرتریت روماتوئید با سندرم متابولیک	RA بدون سندرم متابولیک	-۰/۵۶	۰/۵۲	۰/۵۴
	آرتریت روماتوئید بدون سندرم متابولیک	افراد عادی	۲/۳۰	۰/۵۲	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابولیک	۰/۵۶	۰/۵۲	۰/۵۴
	افراد عادی	افراد عادی	۲/۸۶	۰/۵۲	۰/۰۰۱
		RA با سندرم متابولیک	-۲/۳۰	۰/۵۲	۰/۰۰۱
	RA بدون سندرم متابولیک	RA بدون سندرم متابولیک	-۲/۸۶	۰/۵۲	۰/۰۰۱

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای بررسی عواطف مثبت در بین گروهها

متغیرها	گروه ها	RA: آرتريت روماتويد	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنی داری
عواطف مثبت	آرتريت روماتويد با سندرم متابوليك	RA بدون سندرم	-۱/۸۸	۰/۹۶	۰/۰۶
		افراد عادی	-۰/۳۲	۰/۹۶	۰/۰۲
	آرتريت روماتويد بدون سندرم	RA با سندرم	۱/۸۸	۰/۹۶	۰/۰۶
		افراد عادی	۲/۵۶	۰/۹۶	۰/۹۹
	افراد عادی	RA با سندرم	۰/۳۲	۰/۹۶	۰/۰۲
		RA بدون سندرم	-۲/۵۶	۰/۹۶	۰/۹۹

همچنین در تبیین یافته های پژوهش حاضر می توان گفت که خوش بینی - بدبینی به عنوان عامل تفاوت فردی در نظر گرفته می شود و بر چگونگی سازگاری افراد با بیماریها اثر می گذارند. وقتی افراد با ناملایمات و مشکلات بیماریهای مزمن مانند آرتريت روماتويد مواجهه می شوند هیجانات گوناگونی را تجربه میکنند که دامنه ای از برانگیختگی تا عصبانیت، اضطراب و افسردگی را شامل می شود. به نظر میرسد تعادل این احساسات به درجه ی خوش بینی و بد بینی بیماران مربوط می شود. همانطور که در تحقیقات کی ویسا گاجسکا (Kwissa - Gajewska) نشان داده است که خوش بینی به عنوان فاکتور آسیب پذیری در دردهای روزانه ناشی از بیماری آرتريت روماتويد تأثیر می گذارد و خوش بینی بالا به عنوان یک عامل محافظت کننده عمل می کند (۳۴). نیلی (Neili) نیز در تحقیقات خود نشان دادند که خوش بینی و تاب آوری رابطه منفی با خستگی مرتبط با بیماری آرتريت روماتويد داشت (۳۵).

در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت که عواطف بخش اساسی از نظام پویای شخصیت آدمی است. بیماران آرتريت روماتويد که عواطف منفی بالاتری دارند ممکن است رفتارهای سلامتی پایین همچون سیگار کشیدن و یا حتی استفاده از مواد مخدر برای تسکین درد ناشی از

بیماری، مصرف الکل، رژیم غذایی نامناسب، سبک زندگی کم تحرک و اختلال خواب باشد و شرایط را برای ابتلا به سندرم متابوليك فراهم آورند و ریسک فاکتورهای سندرم متابوليك در این بیماران نمایان شود. در حالیکه، بیمارانی که دارای بهزیستی و عوامل روانی مثبت بیشتری دارند رفتارهای سلامتی مطلوب که در کاهش سندرم متابوليك نقش بسزایی دارند، در پیش می گیرند. نتایج این آزمون با نتایج تحقیقات کی ویسا - گاجوسکا که در یافته های خود نشان دادند که عواطف مثبت و منفی در دردهای روزانه ناشی از بیماری آرتريت روماتويد تأثیر می گذارد و عاطفه منفی بیشتر با درد روزانه حاصل از بیماری رابطه داشت و خوش بینی کمتر نیز در بیماران با عواطف منفی و درد روزانه ارتباط داشت، همسو است (۳۴) و همچنین با یافته های محمدی و دکتر بشارت (۱۳۹۷) که عواطف مثبت و منفی در رابطه بین معنای زندگی و سلامت روانی، نقش واسطه ای دارد، همسو و هم خوان است (۳۶). از محدودیتهای این پژوهش می توان به مقطعی بودن مطالعه و همچنین امتناع بسیاری از بیماران آرتريت روماتويد به تکمیل نمودن پرسشنامه، بعلاوه التهاب شدید مفاصل کوچک انگشتان دست و درد ناشی از آن اشاره نمود.

نتیجه گیری

رشد روزافزون بیماریهای مزمن و خود ایمن مانند آرتریت روماتوئید و بیماریهای متابولیکی مانند سندرم متابولیک، در چند دهه اخیر و اثرات زیانبار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی، و نحوه مدیریت این بیماریها، سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف گردد. بنابراین برنامه ریزی اثر بخش برای ارتقاء سطح روانی سلامت بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نیازمند کشف و درک عمیق ماهیت و عوامل تأثیر گذار بر ابعاد مختلف آن در زندگی مبتلایان به این بیماری است. در این راستا با توجه به یافته های پژوهش حاضر، توجه به افزایش سطح خوش بینی و عواطف مثبت و کاهش باورهای فراشناختی و بد بینی و عولطف منفی در بیماران، حائز اهمیت است. انجام مطالعات بعدی با حجم نمونه بیشتر به منظور تعمیم پذیری یافته ها و سنجش سایر عوامل روانشناختی و همچنین استفاده از سایر روشهای سنجش مانند مصاحبه های بالینی ساختار یافته در کنار آزمون های بالینی پیشنهاد می شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم فاطمی (۱۶۳۲۰۷۰۱۹۷۲۰۰۴) دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز بوده لذا بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان محترم و کادر درمانی کلینیک روماتولوژی آقای دکتر سید منصور حسینی که در انجام این تحقیق همکاری داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر میگردد. همچنین، از کمیته ملی اخلاق در پژوهش های زیست - پزشکی دانشگاه آزاد که طبق نام شماره IR.IAU.SHIRAZ.REC.1398.022 که این طرح را تأیید نمودند تشکر می نمایند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچگونه تضاد منافع وجود ندارد.

منابع

1. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2010; 376(9746):1094–1108
2. Radner H, Lesperance T, Accortt NA, Solomon DH. Incidence and prevalence of cardiovascular risk factors among patients with rheumatoid arthritis, psoriasis, or psoriatic arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017; 69(10):1510–1518
3. Kvien TK, Uhlig T, Odegard S, Heiberg MS. Epidemiological aspects of rheumatoid arthritis: the sex ratio. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1069:212-222
4. McDougall C, Hurd K, Barnabe C. Systematic review of rheumatic disease epidemiology in the indigenous populations of Canada, the United States, Australia, and New Zealand. *Semin Arthritis Rheum*. 2017; 46(5): 675-686
5. Davatchi F, Sandoughi M, Moghimi N, Jamshidi AR, Tehrani Banihashemi A, Zakeri Z, et al. Epidemiology of rheumatic diseases in Iran from analysis of four COPCORD studies. *Int J Rheum Dis*. 2016; 19(11): 1056 - 1062 (In Persian)
6. Akbarian M, Salehi I. Rheumatoid arthritis. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2006. P. 84. (In Persian)
7. Knittle K, Maes S, De Gucht V. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: examining the role of self-regulation with a systematic

- psoriatic arthritis: A cross sectional study. *Rheum Res J* .2018; 3(2):69-73
13. Oliveria BMG, Medeiros MMC, Cerqueira JVM, Quixada RTS. Metabolic Syndrome in patients with rheumatoid arthritis followed at a University Hospital in Northeastern Brazil. *Rev Bras Rheum Engl Ed* .2016; 56(2):117-125
 14. Meissner Y, Richter A, Manger B, Tony HP, Wilden E, Listing J, et al. Serious adverse events and the risk of stroke in patients with rheumatoid arthritis: results from the German RABBIT cohort. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76(9)
 15. Wells A. Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior. Cognitive. Psychother.*1995; 23: 301–320. DOI: 10.1017/S1352465800015897
 16. Wells A , Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the SREF model, *J Behav Res and Ther* .1996; 34: 881-888
 17. Wells A , King P. Meta cognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial, *J Behav Ther and Exp Psychiatry*.2006b; 37: 206–212
 18. Wells A. The anxious thoughts inventory and related measures of metacognition and worry, in book “worry and its psychological disorders; theory assessments and treatment” edited by: Graham, C. L. Davey and Adrian wells. John Wiley & Sons Ltd. England .2006a; 121-136
 - review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care Res (Hoboken)* .2010; 62: 1460–1472
 8. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001; 285(19):2486-2497
 9. Targher G, Bertolini L, Tessari R, Zenari L, Arcaro G. The International Diabetes Federation definition of the metabolic syndrome independently predicts future cardiovascular events in Type 2 diabetic patients. The Valpolicella Heart Diabetes Study. *Diabetic Med*. 2006; 23(11):1270-1271
 10. Fauzi NF, Harith RM. Coping with Stress: Evaluation on Metabolic Syndrome Patients in Hospital University Sains Malaysia. *Int Med J* 2017; 24(1):27-30
 11. Farmanfarma Kh K, Kaykhaei MA, Adineh HA, Mohammadi M, Dabiri S, et al. Prevalence of metabolic syndrome in IRAN: A Meta-Analysis of 69 studies. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clin Res & Rev*.2018; 13:792-799
 12. Mobini M, Niksolat F, Mohamadpour A, Sadr S, Dashti Dargahloo S. Comparing the prevalence of metabolic syndrome in systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis and

- structure, validity of questionnaire validity Metacognition 30]. J Psych. 1999; 12 (4): 461-445 (In Persian)
26. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. J Pers Soc Psych .1994; 67(6): 1063-1078
27. Kajbaf MB, Oreyzi Samani Sm, Khodabakhshi M. Standardization, reliability, and validity of optimism scale in Esfahan and a survey of relationship between optimism, self-mastery, and depression. Psych Stu. 2006; 2(1-2): 51-68 (In Persian)
28. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. J Pers Soc Psych 1988; 54(6): 1063-1070
29. Bakhshipour R, Dezhkam M. A confirmatory factor analysis of the positive affect and negative affect scales (PANAS). J Psych. 2006; 9(4): 351-365 (In Persian)
30. Rogers HL, Brotherton HT, Olivera Plaza SL, Segura Duran MA, Pena Altamar ML. Depressive and anxiety symptoms and social support are independently associated with disease-specific quality of life in Colombian patients with rheumatoid arthritis. Rev Bras Rheum 2015; 55(5) :406-413
31. Cohen BE, Panguluri P, Na B, Whooley MA. Psychological risk factors and the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease: 19. Danoff - Burg S, Revenson TA. Benefit - finding among patients with rheumatoid arthritis: Positive effects on interpersonal relationships. J Behve Med.2005; 28(1): 91-103 DOI:10.1007/s10865-005-2720-3
20. Mohammadi N, Aghayosefi A, Alipour A, Nikrahan G, Sadeghi M, Roohafza H. The Comparison of Negative and Positive Psychological Factors in Patients with Coronary Heart Disease with and without Metabolic Syndrome. J Res Behav Sci. 2018; 15(4): 480-487
21. Stellar J E, John-Henderson N, Anderson C L, Gordon AM, McNeil G D, et al. Positive affect and markers of inflammation: Discrete positive emotions predict lower levels of inflammatory cytokines. Emotion.2015; 15: 129-135
22. Moons WG, Eisenberger NI, Taylor SE. Anger and fear responses to stress have different biological profiles. Brain, Behav, Immun.2010; 24: 215–219
23. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, 3rd, et al .Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology /European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum.2010; 62(9): 2569-2581 DOI: 10.1002/art.27584.
24. Wells A, Cert wright -Hatton S. A short from of metacognition questionnaire. Behav Res Ther.2004; 42:385-396
25. Shirinzade Dasstgiri P, Goodarzi AS, Rahimi Ch & Naziri ah. [Factor

- a vulnerability factor. *J Behav Med* .2018 ; 41: 12–21
35. Neili Xu, Zhao S, Xue H, Fu W, Liu L, Zhang T, et al. Associations of perceived social support and positive psychological resources with fatigue symptom in patients with rheumatoid arthritis. *PLOS ONE*. 2017; 12(3): e0173293.
36. Mohammadi L, Besharat MA, Rezazade MR, Lavasani MG. The mediating role of positive and negative affect in the relationship between meaning in life and mental health. *J Psych* .2018; 22:157-171.
- Findings from the Heart and Soul Study. *Psychiatry Res* 2010; 175(1-2): 133-137
32. Rosmond R, Bjorntorp P. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity as a predictor of cardiovascular disease, type 2 diabetes and stroke. *J Int Med* .2000; 247: 188-197
33. Kop WJ, Gottdiener JS. The role of immune system parameters in the relationship between depression and coronary artery disease. *Psycho Med*.2005; 67: 37-41
34. Kwissa - Gajewska. Z., Gruszczynska E Relationship between daily pain and affect in women with rheumatoid arthritis: lower optimism as

Cite this article as:

Fatemi M, Davoodi A. Determination of Differences in Meta-Cognitive Beliefs, Life-Orientation, Positive and Negative Affection between Rheumatoid Arthritis Patients with and without Metabolic Syndrome and Normal individuals. *Sadra Med Sci J* 2020; 8(2): 123-138.