



Comparison of the Perception of Pain and Alexithymia in Patients with Rheumatoid Arthritis, Familial Mediterranean fever and Healthy People

Somayyeh Taklavi¹, Vahideh Azimi Seddig²

1. (Corresponding Author): Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

2. Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

Citation: Taklavi S, Azimi Seddig V. Comparison of the Perception of Pain and Alexithymia in Patients with Rheumatoid Arthritis, Familial Mediterranean fever and Healthy People. Journal of Research in Psychological Health, 2018; 12 (2): 40-52. [Persian]

Highlights

- Patients with rheumatoid arthritis and Familial Mediterranean fever experience more perception of pain and Alexithymia than healthy people
- Patients with rheumatoid arthritis and Familial Mediterranean fever are similar in perception of pain and alexithymia.
- The intensity of pain perception among patients with rheumatoid arthritis was more than its intensity among patients with familial Mediterranean fever.

Abstract

The present study aimed to compare pain perception and alexithymia between patients suffering from rheumatoid arthritis, familial Mediterranean fever, and healthy people. The research method was casual-comparative and the sample was drawn from all patients afflicted with rheumatoid arthritis, familial Mediterranean fever, and healthy people in Ardabil city in 2017. The sampling procedure was Convenient. The data collection procedure involved using McGill pain questionnaire and Toronto alexithymia scale as the instruments. To analyze the data, Manova and Post hoc tests conducted. The results indicated that there is a meaningful difference in the perception of pain and alexithymia between people with rheumatoid arthritis, familial Mediterranean fever and healthy people. The intensity of pain perception among patients with rheumatoid arthritis was more than its intensity among patients with familial Mediterranean fever. It could concluded that the pain perception and alexithymia in patients with rheumatoid arthritis and familial Mediterranean fever can worsen these diseases and affect their treatment process.

Keywords: Pain perception, Alexithymia, Rheumatoid Arthritis, Familial Mediterranean fever

مقایسه‌ی ادراک درد و ناگویی خلقی در بیماران آرتریت روماتوئید، تب فامیلی مدیترانه‌ای و افراد سالم

سمیه تکلوی^۱، وحیده عظیمی صدیق^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۵/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۲/۱۸

یافته‌های اصلی

- بیماران آرتریت روماتوئید و تب فامیلی مدیترانه‌ای از افراد سالم ناگویی خلقی و ادراک درد بالاتری دارند.
- بیماری‌های آرتریت روماتوئید و تب فامیلی مدیترانه‌ای از نظر ناگویی خلقی و ادراک درد مشابهت دارند.
- شدت ادراک درد در بیماران آرتریت روماتوئید بیشتر از تب فامیلی مدیترانه‌ای است.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی ادراک درد و ناگویی خلقی در بیماران آرتریت روماتوئید، تب فامیلی مدیترانه‌ای و افراد سالم انجام شد. روش پژوهش از نوع علی‌مقایسه‌ای بود و جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، تب فامیلی مدیترانه‌ای و نیز افراد سالمی از شهر اردبیل در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه‌ی درد مک‌گیل و مقیاس ناگویی خلقی تورنتو انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی استفاده شد. نتایج نشان داد ناگویی خلقی و ادراک درد در بیماران آرتریت روماتوئید، تب فامیلی مدیترانه‌ای و افراد سالم تفاوت معناداری دارد. شدت ادراک درد در بیماران آرتریت روماتوئید بیشتر از تب فامیلی مدیترانه‌ای است. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت اختلال در ناگویی خلقی و ادراک درد در بیماران آرتریت روماتوئید و تب فامیلی مدیترانه‌ای می‌تواند در تشدید این اختلال‌ها یا فرایند درمانشان اثرگذار باشد.

واژگان کلیدی: ادراک درد، ناگویی خلقی، آرتریت روماتوئید، تب مدیترانه‌ای

۱. نویسنده‌ی مسئول) دکتری روانشناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران. staklavi@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران

مقدمه

طول زمان ارائه شده است. عمدتاً نظریات اولیه بر بعد فیزیولوژیکی و بعدها بر ابعاد روان‌شناختی ادراک درد تأکید داشته است. ابتدا طبق نظریه‌ی ویژگی، بدن دستگاه حسی جداگانه‌ای برای درک درد دارد؛ نظیر آنچه برای شنوایی و بینایی دارد؛ اما نظریه‌ی الگو موضوع را چنین مطرح ساخت که هیچ دستگاه جداگانه‌ای برای درک درد وجود ندارد و گیرنده‌های درد و حس‌های دیگر نظیر حس لامسه، مشترک‌اند. ترکیب نظریه‌ی ویژگی و الگو منجر به پیدایش نظریه کنترل دروازه‌ای گردید. طبق این دیدگاه در بدن انسان یک «دروازه‌ی» عصبی قابل باز و بسته شدن وجود دارد که علائم درد را پیش از رسیدن به مغز تنظیم می‌کند. (۶).

برخی پژوهشگران درد را از دو عامل احساس و واکنش شخصی به آن احساس ناشی می‌دانند؛ به عبارت دیگر، به عوامل روان‌شناختی و علل عضوی به یک اندازه اهمیت دادند. برخی دیگر نیز در ارتباط با حساسیت به ادراک درد، تیپ‌های شخصیتی معرفی کرده‌اند. نظریه‌ی روانکاوای نگرانی‌های جسمانی را به‌عنوان مفردی برای سائق‌های جنسی، پرخاشگری یا دهانی یا به‌عنوان دفاع خود علیه تجربه‌ی گناه یا عزت‌نفس پایین استفاده می‌کند؛ همچنین دیدگاه یادگیری ادراکی‌شناختی و اجتماعی، جسمانی‌سازی را ماحصل تمایل طبیعی احساس‌های فیزیولوژیکی یا طبقه‌بندی نادرست نشانه‌های برانگیختگی هیجانی (ناگویی خلقی) به حساب می‌آورند (۶). امروزه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین ارتباطات بین‌فردی و ادراک درد بیماران آرتروز و ماتوئید ارتباط معنی‌داری وجود دارد و مقابله با درد با خلق‌وخو ارتباط معنی‌داری دارد (۷)؛ همچنین پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد هنگامی که معنویت‌گرایی در رفتار فرد تجلی می‌یابد، در پیش‌بینی پذیرش تجربه‌ی درد و ارزش‌های زندگی مبتلایان به درد مزمن مفید واقع می‌شود (۱). از طرفی علائم افسردگی با ادراک درد در بیماران آرتروز و ماتوئید و تب فامیلی مدیترانه‌ای ارتباط معناداری دارد و افسردگی و درد در این بیماران بالاتر از افراد عادی است (۸)؛ همچنین نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که در سه متغیر شناختی ترس از

درد مزمن، بیش از همه در میان افرادی شایع است که به بیماری‌های مزمن مبتلا هستند. یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، آرتروز و ماتوئید است (۱). بیماری آرتروز و ماتوئید شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری التهابی مفاصل است که بر اثر تعامل عوامل ژنتیکی، ایمنی‌شناختی، روانی و اجتماعی به وجود می‌آید و با دردهای مزمن همراه است (۲). آرتروئید روماتوئید بیماری التهابی، سیستمی، مزمن، ناتوان‌کننده و با سبب‌شناسی ناشناخته با علائم عمده مفصلی بوده و باعث بروز خشکی صبحگاهی، تورم مفاصل مبتلا و درنهایت تغییر شکل مفصل می‌شود. از افراد مبتلا به آرتروئید روماتوئید، تنها بخش کوچکی بهبود کامل پیدا می‌کنند و مابقی بیماری را برای همیشه ولی با شدت نوسان‌کننده به همراه خواهند داشت. ابتلا به این بیماری از چند طریق سبب بروز ناتوانی می‌شود (۳). یکی دیگر از بیماری‌های ناتوان‌کننده‌ای که این روزها بیشتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، تب مدیترانه‌ای است. بیماری تب فامیلی مدیترانه‌ای (FMF) سردسته‌ی گروهی از بیماری‌های ارثی است که با حملات مکرر تب و التهاب خودبه‌خود سرروزال و درنهایت آملوئیدوزیز مشخص می‌شود. بیماری به‌صورت اتوزومال مغلوب است که در ۹۰ درصد موارد تا ۲۰ سالگی اولین حمله‌ی بیماری مشاهده می‌شود (۴). بیماری‌هایی مثل آرتروز و ماتوئید و تب مدیترانه‌ای با دردهای مختلف بدنی در افراد مبتلا همراه است که می‌توانند ادراک درد در این افراد را تحت تأثیر خود قرار دهد. ادراک درد بنیادی‌ترین جنبه‌ی هوشیاری است. درد معمولاً نشانه‌ای است که به احتمال قوی فرد را وامی‌دارد به دنبال مراقبت پزشکی برود. درد به‌عنوان پدیده‌ای زیستی، روانی، اجتماعی با بسیاری از ابعاد روان‌شناختی، زمینه‌های فرهنگی، نژادی و وضعیت اقتصادی انسان، روابط پیچیده و چندگانه‌ای دارد و ارائه‌ی راهبردهایی برای کاهش یا حذف آن، همواره تقاضای اغلب بیماران و خواسته‌ی بسیاری از پزشکان و درمانگران بوده است (۵). در ارتباط با ادراک درد، نظریه‌های مختلفی در

درد، شناخت فاجعه آمیزی شده و فاجعه سازی درد در بیماران آرتریت روماتوئید نسبت به گروه عادی تفاوت معناداری وجود دارد (۹).

ناگویی خلقی در بررسی های آسیب شناسی و سبب شناسی به عنوان یکی از همبسته های مهم اختلالات روان شناختی و روان تنی شناخته شده است. ناگویی خلقی با اختلالات روان تنی مثل بیماری های التهاب روده، زخم معده واکنشی و سردردهای میگرنی و صرع مرتبط است (۱۰). ناگویی خلقی به عنوان ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها تعریف می شود. ناگویی خلقی سازه ای چندوجهی است که متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، دشواری در تمایز بین احساسات و تهییج های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی، قدرت تجسم محدود که برحسب فقر خیال پردازی ها مشخص می شود و سبک شناختی عینی (غیرتجسمی)، عمل گرا و واقعیت مدار یا تفکر عینی. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج های بدنی بهنجار را بزرگ می کنند، نشانه های بدنی انگیزتگی هیجانی را بد تفسیر می کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت های بدنی نشان می دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان نشانه های جسمانی هستند (۱۱). همراه با این ویژگی های اساسی، ویژگی های متعدد دیگری مانند دشواری در پردازش اطلاعات هیجانی، دشواری در فهم بیان چهره ای و ظرفیت کمتر برای همدلی نیز در مبتلایان به ناگویی هیجانی مشاهده شده است (۱۲). در پژوهشی به بررسی ناگویی خلقی و افسردگی در بیماران مبتلا به درد مزمن پرداختند که نتیجه ای این پژوهش نشان داد بیماران مبتلا به درد مزمن به طور معناداری ناگویی خلقی بیشتری دارند و بین افسردگی و میزان ادراک درد ارتباط معناداری وجود داشت (۱۳). در پژوهش دیگری به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تب مدیترانه ای در ارتباط با خستگی، وضعیت روان شناختی، شدت بیماری و دیگر پارامترهای بالینی پرداختند که نتایج این پژوهش نشان داد، همه ی زیرمجموعه های افسردگی و

اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی در گروه مورد مطالعه به جز سلامت روان بالاتر بودند. کیفیت زندگی با افسردگی و اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی به جز سلامت روان و تأثیر بیماری بر افسردگی و خستگی نیز معنی دار بود (۱۴). همچنین پژوهشی به بررسی ناگویی خلقی، افسردگی، سطح اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداخته که نتایج این پژوهش نشان داد میزان نمرات ناگویی خلقی، افسردگی و سطح اضطراب در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بیشتر از افراد سالم بود و کیفیت زندگی پایین تری داشتند (۱۵). در پژوهش دیگری میزان نمرات ناگویی خلقی، افسردگی و سطح اضطراب در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بیشتر از افراد سالم بود و کیفیت زندگی پایین تری داشتند (۱۶). مرور تحقیقات نشان می دهد که علی رغم تحقیقات در زمینه ی آرتریت روماتوئید، تحقیقات محدودی در حوزه ی تب فامیلی مدیترانه ای انجام شده است؛ لذا در این راستا هدف پژوهش حاضر مقایسه ی ادراک درد و ناگویی خلقی در بیماران آرتریت روماتوئید، تب فامیلی مدیترانه ای و افراد سالم است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه ای است و پژوهشگر به دنبال مقایسه ی ادراک درد و ناگویی خلقی در بیماران آرتریت روماتوئید، تب مدیترانه ای و افراد سالم بود. در پژوهش حاضر بیمار آرتریت روماتوئید، تب فامیلی مدیترانه ای و سلامتی به عنوان متغیر مستقل و ادراک درد و ناگویی خلقی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه ی آماری پژوهش حاضر شامل بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، تب مدیترانه ای و افراد سالم شهر اردبیل در سال ۱۳۹۶ بود که آماری دقیقی از افراد مبتلا به این بیماری ها در دسترس موجود نیست. روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود. برای نمونه گیری در پژوهش حاضر ابتدا بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و تب مدیترانه ای که از

به منظور جمع‌آوری داده‌های پژوهش حاضر، ابتدا به مراکز در مان تخصصی بیماری‌های آرتریت روماتوئید و تب مدیترانه‌ای مراجعه کرده و اهداف پژوهش برای مسئول فنی یا مدیریت درمانگاه تشریح و هماهنگی‌های لازم انجام شد و در ادامه بیماران که از متخصص تشخیص بیماری‌های آرتریت روماتوئید و تب مدیترانه‌ای دریافت کرده‌اند، شناسایی شده و اهداف پژوهش برای این افراد تشریح شد و در ادامه از بین افرادی که رضایت خود را برای شرکت در طرح پژوهش اعلام کردند، تعداد ۴۰ نفر از هر گروه و نیز ۴۰ نفر از افراد سالم که همراه بیماران مراجعه کرده‌اند، انتخاب شدند. در انتخاب گروه سالم با استفاده از پرسش مستقیم از بین همراهان بیمار، افرادی که رضایت داشتند، از لحاظ تحصیلات و وجود بیماری بررسی شدند و در ادامه از بین افرادی که شرایط لازم را داشتند، تعداد ۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک ورود به پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات اول راهنمایی و نداشتن بیماری‌های روانی و ملاک خروج، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شده است. در ادامه روند پژوهش، پرسشنامه‌های درد و ناگویی خلقی جهت پاسخگویی در اختیار این افراد قرار داده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر از آمار توصیفی مثل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان تحقیق از لحاظ سنی در سه گروه به شرح زیر بودند: در بیماران تب مدیترانه‌ای ۵۳/۳۳ درصد زیر ۲۰ سال، ۱۳/۳۳ درصد ۲۱-۳۰ سال، ۱۳/۳۳ درصد ۳۱-۴۰ سال و ۲۰ درصد ۴۱-۵۰ سال سن داشتند و در گروه مبتلا به آرتریت روماتوئید ۸۶/۶۶ درصد زیر ۲۰ سال، ۶/۶۶ درصد ۲۱-۳۰ سال و ۶/۶۶ درصد ۳۱-۴۰ سال داشتند؛ همچنین در افراد سالم ۲۰ درصد زیر ۲۰ سال، ۴۶/۶۶ درصد ۲۱-۳۰ سال، ۲۶/۶۶ درصد ۳۱-۴۰ سال و ۶/۶۶ درصد ۴۱-۵۰ سال سن داشتند. از لحاظ جنسیت ۴۶/۶۶ درصد افراد مبتلا به تب

پزشک متخصص تشخیص دریافت کرده بودند، شناسایی شدند. در ادامه از بین این افراد و همچنین افراد سالم همراه بیماران در مجموع ۱۲۰ نفر، از هر گروه ۴۰ نفر انتخاب شدند. حداقل تعداد نمونه در تحقیقات مقایسه‌ای ۱۵ نفر است که در پژوهش حاضر به منظور افزایش اعتبار بیرونی و قابلیت تعمیم با اطمینان بیشتر ۴۰ نفر برای هر گروه انتخاب شدند.

ب) ابزار و مواد

۱- پرسشنامه‌ی درد مک‌گیل: پرسشنامه‌ی درد مک‌گیل، گزارشی ذهنی از درد را فراهم می‌سازد. سه خرده‌مقیاس درد حسی و درد عاطفی و نوروپاتیکی برای این پرسشنامه در نظر گرفته شده است. یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسشنامه است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود چهار خرده‌مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، نوروپاتیکی و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. پژوهشگران دیگری، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۵ و ضریب پایایی را بالای ۰/۸۰ به دست آوردند (۱۷).

۲- پرسشنامه‌ی ناگویی خلقی: مقیاس ناگویی خلقی تورنتو یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره‌ی ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره‌ی کل نیز از جمع نمره‌های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (۱۸). در نسخه‌ی فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه‌ی همسانی درونی خوب مقیاس است و روایی این پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد (۱۲).

نمرات ادراک درد برای بیماران مبتلا به تب مدیترانه‌ای، ۶۵/۹۷ (۴/۲۷)، بیماری آرتریت روماتوئید ۶۷/۲۵ (۵/۸۹) و افراد سالم ۴۶/۰۵ (۴/۶۷) به دست آمد. میانگین و انحراف معیار نمرات ناگویی خلقی برای بیماران تب مدیترانه‌ای ۶۷/۷۲ (۵/۷۸)، بیماران آرتریت روماتوئید و ۶۸/۲۲ (۶/۷۳) و افراد سالم ۶۰/۳۷ (۶/۶۷) به دست آمد.

مدیترانه‌ای مؤنث و ۵۳/۳۳ درصد، مذکر بودند و در گروه بیماران آرتریت روماتوئید ۳۳/۳۳ در صد مؤنث و ۶۶/۶۶ در صد مذکر بودند؛ همچنین در افراد سالم ۶۶/۶۶ درصد مؤنث و ۳۳/۳۳ مذکر بودند.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین و (انحراف معیار)

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات ادراک درد و ناگویی خلقی در بیماران تب مدیترانه‌ای، آرتریت روماتوئید و افراد سالم

متغیرها	تب مدیترانه‌ای		آرتریت روماتوئید		سالم	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درد حسی	۲۲/۴۰	۳/۰۳	۲۳/۱۰	۳/۲۸	۱۴/۹۷	۲/۴۰
درد عاطفی	۲۲/۰۱	۲/۱۶	۲۲/۶۵	۲/۹۹	۲۰/۶۲	۲/۷۱
درد نوروتیک	۱۹/۵۰	۲/۷۵	۲۰/۷۲	۲/۷۱	۱۹/۳۰	۲/۶۹
ادراک درد (نمره‌ی کل)	۶۵/۹۷	۴/۲۷	۶۷/۲۵	۵/۸۹	۴۶/۰۵	۴/۶۷
مشکل در شناسایی احساسات	۲۲/۵۰	۲/۶۲	۲۴/۱۵	۳/۷۸	۲۰/۱۲	۳/۹۳
مشکل در توصیف احساسات	۱۴/۶۲	۲/۲۰	۱۴/۷۷	۳/۰۹	۱۳/۱۷	۳/۲۶
تفکر عینی	۲۶/۸۵	۲/۵۶	۲۸/۸۰	۲/۸۶	۲۸/۰۷	۲/۵۴
ناگویی خلقی (نمره‌ی کل)	۶۷/۷۲	۵/۷۸	۶۸/۲۲	۶/۷۳	۶۰/۳۷	۶/۶۷

(p). در نتیجه استفاده از آزمون پارامتریک، تحلیل واریانس چندمتغیری بلامانع است. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره روی ادراک درد و ناگویی خلقی نشان داد. سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری بر نمرات ادراک درد و ناگویی خلقی در سه گروه مورد مطالعه را مجاز می‌شمارد. نتایج نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا به تب مدیترانه‌ای، آرتریت روماتوئید و سالم از نظر یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا برای لامبدا و پلکز که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است، نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع

جهت مقایسه‌ی متغیرهای تحقیق، ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس مورد بررسی قرار گرفت. به‌منظور بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس نمرات ادراک درد و ناگویی خلقی نمرات از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای نمرات متغیرها معنی‌دار نبود ($F=1/42$ ؛ $p=0/20$) بنابراین پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس در متغیرهای مورد مطالعه به‌درستی رعایت شده است؛ همچنین نتایج نشان داد آزمون لوین معنی‌دار نیست. براساس این نتایج پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای بالا در گروه‌های مورد مطالعه تأیید شد. این آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرها معنی‌دار نبود (درد $F=1/43$ ؛ $p=0/24$ و ناگویی خلقی $F=0/52$ ؛ $p=0/59$)

میزان ضریب تأثیر ادراک درد در سه گروه (۰/۷۹) و در ناگویی خلقی (۰/۲۴) است.

معنی دار است و میزان این تفاوت ۰/۵۴ است؛ یعنی ۵۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین سه گروه است. طبق جدول ۲،

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین نمرات ادراک درد و ناگویی خلقی

متغیر وابسته	مجموع	Df	میانگین	F	P	ضریب اتا
ادراک درد	۴۲۸۵۲۷/۰۰۸	۱	۴۲۸۵۲۷/۰۰۸	۱/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۹۹
ناگویی خلقی	۵۱۳۹۱۳/۴۰	۱	۵۱۳۹۱۳/۴۰	۱/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۹
ادراک درد	۱۱۳۰۷/۶۱	۲	۱۱۳۰۷/۶۱	۲۲۶/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۷۹
ناگویی خلقی	۱۵۴۵/۲۶	۲	۱۵۴۵/۲۶	۱۸/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۲۴
ادراک درد	۲۹۲۲/۳۷	۱۱۷	۲۴/۹۷			
ناگویی خلقی	۴۸۰۶/۳۲	۱۱۷	۴۱/۰۸			

حسی (F=۰/۳۱؛ p=۰/۷۲)؛ درد عاطفی (F=۰/۷۳؛ p=۰/۴۸) و درد نوروتیک (F=۰/۵۵؛ p=۰/۵۷)؛ بنابراین در نتیجه‌ی استفاده از آزمون پارامتریک، تحلیل واریانس چند متغیری بلامانع است. نتایج آزمون، معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره روی درد حسی، عاطفی و نوروتیک را نشان داد که سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری بر نمرات درد حسی، عاطفی و نوروتیک در سه گروه مورد مطالعه را مجاز می‌شمارد. نتایج نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا به تب مدیترانه‌ای، آرتريت روماتوئید و سالم از نظر یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا برای لامبدا و پلکز که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است، نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت ۰/۳۶ است؛ یعنی ۳۶ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین سه گروه است. طبق جدول ۳، میزان ضریب تأثیر دارد: حسی (۰/۵۶)، درد عاطفی (۰/۱) و درد نوروتیک (۰/۰۵) است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات ادراک درد (F=۲۲۶/۳۵) و ناگویی خلقی (F=۱۸/۸۰) در بین سه گروه تفاوت معنی داری دارد (P<۰/۰۵)؛ همچنین نتایج مجذور اتا نشان می‌دهد درصد‌های به‌دست‌آمده ناشی از تفاوت بین گروه‌هاست. نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد میانگین نمرات ادراک درد و ناگویی خلقی به‌طور معناداری در بین گروه سالم با بیماران دارای تب مدیترانه‌ای و آرتريت روماتوئید تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۵)؛ اما نتایج در بین گروه بیماران تب مدیترانه‌ای و آرتريت روماتوئید معنادار نبود (p>۰/۰۵). نتایج آزمون باکس برای نمرات درد حسی، عاطفی و نوروتیک معنی دار نبود (F=۰/۸۰؛ p=۰/۶۴)؛ بنابراین پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس در متغیرهای مورد مطالعه به‌درستی رعایت شده است؛ همچنین نتایج نشان داد آزمون لوین معنی دار نیست. براساس این نتایج پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای بالا در گروه‌های مورد مطالعه تأیید شد. این آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرها معنی دار نبود (درد

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین نمرات درد حسی، عاطفی و نوروتیک

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین	F	P	ضریب اتا
درد حسی	۴۸۷۶۳/۰۰۸	۱	۴۸۷۶۳/۰۰۸	۴/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۹۷
مدل						
درد عاطفی	۵۶۸۱۱/۰۰۸	۱	۵۶۸۱۱/۰۰۸	۸/۱۲	۰/۰۰۰	۰/۹۸
درد نوروتیک	۴۷۲۴۳/۰۰۸	۱	۴۷۲۴۳/۰۰۸	۶/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۹۸
درد حسی	۱۶۲۱/۸۱	۲	۱۶۲۱/۸۱	۷۷/۱۲	۰/۰۰۰	۰/۵۶
درد عاطفی	۸۵/۵۱	۲	۸۵/۵۱	۶/۱۱	۰/۰۰۳	۰/۱۰
درد نوروتیک	۴۷/۶۱	۲	۴۷/۶۱	۳/۲۱	۰/۰۰۴	۰/۰۵
خطا						
درد حسی	۱۲۳۰/۱۷	۱۱۷	۱۰/۵۱			
درد عاطفی	۸۱۸/۴۷	۱۱۷	۶/۹۹			
درد نوروتیک	۸۶۶/۳۷	۱۱۷	۷/۴۰			

از متغیرها معنی‌دار نبود (مشکل در شناسایی احساسات $F=۲/۸۵$ ؛ $p=۰/۰۶$ ؛ مشکل در توصیف احساسات $F=۱/۱۵$ ؛ $p=۰/۳۱$ و تفکر عینی $F=۰/۵۴$ ؛ $p=۰/۵۸$)؛ بنابراین، در نتیجه‌ی استفاده از آزمون پارامتریک، تحلیل واریانس چندمتغیری بلا مانع است. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره روی مشکل در شناسایی احساسات، مشکل در توصیف احساسات و تفکر عینی نشان داد، سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری بر نمرات این متغیرها در سه گروه مورد مطالعه را مجاز می‌شمارد. نتایج نشان می‌دهد که بین افراد مبتلا به تب مدیترانه‌ای، آرتریت روماتوئید و سالم، از نظر یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا برای لامبدا ویلکز که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است، نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار و میزان این تفاوت ۰/۱۶ است؛ یعنی ۱۶ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین سه گروه است. طبق جدول ۴، بیشترین ضریب تأثیر به ترتیب متعلق به مشکل در توصیف احساسات (۰/۰۶)، تفکر عینی (۰/۰۹) و مشکل در شناسایی احساسات (۰/۱۸) است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که در میانگین نمرات درد حسی ($F=۷۷/۱۲$)، درد عاطفی ($F=۶/۱۱$) و درد نوروتیک ($F=۳/۲۱$) بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$)؛ همچنین نتایج مجذور اتا نشان می‌دهد درصد‌های به‌دست‌آمده، ناشی از تفاوت بین گروه‌هاست. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای نمرات درد حسی، عاطفی و نوروتیک نشان داد، میانگین نمرات درد حسی و درد عاطفی به‌طور معناداری در بین گروه سالم با بیماران دارای تب مدیترانه‌ای و آرتریت روماتوئید تفاوت معناداری دارد ($p<۰/۰۵$)؛ اما نتایج بین گروه بیماران تب مدیترانه‌ای و آرتریت روماتوئید معنادار نبود ($p<۰/۰۵$)؛ همچنین نتایج نشان داد میانگین نمرات درد نوروتیک در افراد دارای بیماری تب مدیترانه‌ای با آرتریت روماتوئید و افراد سالم تفاوت معناداری داشت ($p<۰/۰۵$). نتایج آزمون باکس برای نمرات مشکل در شناسایی و توصیف احساسات و تفکر عینی معنی‌دار نبود ($F=۱/۳۴$ ؛ $p=۰/۱۸$)؛ بنابراین پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس در متغیرهای مورد مطالعه به‌درستی رعایت شده است.

نتایج نشان داد آزمون لوین معنی‌دار نیست. بر اساس این نتایج پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پیش‌گفته در گروه‌های مورد مطالعه تأیید شد. این آزمون برای هیچ‌کدام

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری بر میانگین نمرات مشکل شناسایی و توصیف احساسات و تفکر عینی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا
مدل	مشکل در شناسایی احساسات	۱	۵۹۴۵۲/۰۰۸	۴/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۹۷
	مشکل در توصیف احساسات	۱	۲۴۱۶۸/۴۰	۲/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۹۶
	تفکر عینی	۱	۹۳۴۶۵/۰۰۸	۱/۳۱	۰/۰۰۰	۰/۹۹
گروه	مشکل در شناسایی احساسات	۲	۳۲۷/۵۱	۱۳/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۱۸
	مشکل در توصیف احساسات	۲	۶۲/۴۶	۳/۷۳	۰/۰۲	۰/۰۶
	تفکر عینی	۲	۷۷/۷۱	۵/۴۷	۰/۰۰۵	۰/۰۹
خطا	مشکل در شناسایی احساسات	۱۱۷	۱۴۲۹/۴۷	۱۲/۲۱		
	مشکل در توصیف احساسات	۱۱۷	۹۷۸/۱۲	۸/۳۶		
	تفکر عینی	۱۱۷	۸۳۰/۲۷	۷/۰۹		

همچنین نتایج نشان داد، میانگین نمرات ادراک درد به طور معناداری بین گروه سالم با گروه بیماران آرتریت روماتوئید و تب مدیترانه‌ای تفاوت معناداری دارد که بالاترین میانگین مربوط به بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. نتایج به دست آمده همسو با نتایج تحقیقات پیشین (۷، ۸، ۹) است. بیماری آرتریت روماتوئید و تب مدیترانه علائم متعددی دارند؛ ولی بارزترین علامت این بیماری دردهای مفصلی است که گاهی تحمل درد برای بیمار مبتلا را مشکل می‌کند. بیماری آرتریت روماتوئید به عنوان رایج‌ترین التهاب مفاصل در زنان شناخته شده است و بیماری تب مدیترانه‌ای در مردان شایع‌تر است. درد به عنوان مکانیسم طبیعی بدن هشدار است برای شناسایی و رفع منبع دردی که امکان دارد سلامت انسان را به خطر اندازد؛ اما مطالعات اخیر در زمینه‌ی بیماری روماتوئید آرتریت، به اهمیت دو متغیر شناختی مرتبط با درد، یعنی فاجعه‌سازی درد و ترس از درد، به عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم در زمینه‌ی مزمن بودن بیماری آرتریت روماتوئید، تمرکز کرده‌اند.

طبق نظریه‌ی کنترل دروازه‌ای ادراک درد، عواملی از قبیل توجه، تفکر، دقت و احساسات منجر به کاهش یا افزایش

همان‌طور که در جدول ۴، مشاهده می‌شود نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات مشکل در شناسایی احساسات ($F=13/40$)، مشکل در توصیف احساسات ($F=3/73$) و تفکر عینی ($F=5/47$) در بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p>0/05$). نتایج آزمون تعقیبی LSD نشان می‌دهد میانگین نمرات مشکل در شناسایی احساسات، مشکل در توصیف احساسات و تفکر عینی بین گروه سالم و بیماران دارای تب مدیترانه‌ای و آرتریت روماتوئید تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی ادراک درد و ناگویی خلقی در بیماران آرتریت روماتوئید، تب مدیترانه‌ای و افراد سالم انجام شد. فرضیه‌ی این پژوهش عبارت بود از اینکه ادراک درد و ناگویی خلقی در بیماران آرتریت روماتوئید، تب فامیلی مدیترانه‌ای و افراد سالم تفاوت دارد. یافته‌ها نشان داد میانگین نمرات ادراک درد و مؤلفه‌های آن یعنی درد حسی، درد عاطفی و درد نوروتیک، بین سه گروه بیماران آرتریت روماتوئید، تب مدیترانه‌ای و افراد سالم تفاوت معناداری دارد.

۶۶/۶۶ درصد مذکر)؛ به عبارتی عدم هم‌تاسازی نمونه‌های تحقیق از لحاظ جنسیت می‌تواند یکی از دلایل احتمالی تفاوت ادراک درد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و تب مدیترانه‌ای باشد.

نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمرات ناگویی خلقی و مؤلفه‌های دشواری در شناسایی و توصیف احساسات و تفکر عینی، بین سه گروه بیماران آرتریت روماتوئید، تب مدیترانه‌ای و افراد سالم تفاوت معناداری دارد. میانگین نمرات ناگویی خلقی به‌طور معناداری در بین گروه سالم با گروه بیماران آرتریت روماتوئید و تب مدیترانه‌ای تفاوت معناداری دارد و بالاترین میانگین مربوط به بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. نتایج به‌دست‌آمده هم‌سو با نتایج تحقیقات پیشین (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶) است. اصطلاح ناگویی خلقی به معنی فقدان لغت برای هیجانات است. در توصیف ناگویی خلقی چهار ویژگی عنوان شده است که عبارت‌اند از: دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، دشواری در تمایز بین هیجانات و تحریکات بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی و سبک تفکر برون‌مدار. این سازه در انواع بیماران و با گستره‌ی وسیعی از اختلالات روانی و حتی در جمعیت‌های غیربالینی مشاهده شده است. درباره‌ی عوامل زمینه‌ساز ناگویی خلقی عوامل مختلفی عنوان شده است و یکی از این عوامل بیماری جسمانی است. وجود بیماری جسمانی و دردهای ناشی از آن به‌نوعی به درگیری ذهنی فرد در رابطه با بیماری منجر می‌شود. در ناگویی خلقی، ذهن برای ساخت نمادهای ذهنی هیجانی ظرفیت معیوبی دارد؛ از این‌رو، پژوهشگران مسئله‌ی مهم در ناگویی خلقی را نقص در پردازش و تنظیم هیجان معرفی کرده‌اند که در زمان درگیری با بیماری‌های جسمانی هیجانات افراد با مشکل مواجهه شده و ناگویی خلقی در افراد تقویت می‌شود. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج‌های بدنی به‌نجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی‌انگیختگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند و در اقدامات درمانی نیز به دنبال درمان

پیام‌های مربوط به درد و باز یا بسته شدن دریچه می‌شود؛ مثلاً توجه، ترس، غم و اندوه باعث باز شدن بیشتر این دروازه و خوشحالی، انحراف توجه و آرامش و مانند این‌ها باعث بیشتر بسته شدن این دروازه می‌شوند. این نظریه تبیینی است از اینکه چرا درد ناشی از یک آسیب دیدگی معین و ثابت، هنگامی که فرد دارای هیجان‌های منفی مثل ترس و غم و اندوه است، شدیدتر از مواقعی احساس می‌گردد که وی دارای هیجان‌های مثبتی مانند خوشحالی یا آرامش است (۱۹). مطالعات نشان می‌دهد که ۶۶ درصد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید از افسردگی رنج می‌برند و علائم افسردگی با ادراک درد رابطه‌ی معناداری دارد (۸)؛ همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند ۵۴ درصد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، افسرده بوده و نیاز به مداخلات روان‌پزشکی دارند؛ ۲۲ درصد نیز افسردگی شدید و ۶۰ درصد بیماران اضطراب خفیف و ۱۳/۳ درصد افسردگی شدید داشتند که در همه‌ی موارد افسردگی همراه با اضطراب بود (۲۰). به نظر می‌رسد افسردگی و اضطراب به چرخه‌ی معیوب منجر شده و انتظارات منفی را در مورد آسیب‌پذیری به صورت رفتار اجتنابی، نگرش منفی و اجتناب‌های گسترده از بیشتر فرایندهای روزانه، ایجاد می‌کنند. در نتیجه طبق نظریه‌ی کنترل دروازه‌ای درد، افزایش پیام‌های مرتبط با درد منجر به باز شدن دریچه کنترل دروازه‌ای درد می‌شود و در نتیجه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، ادراک درد بالاتری را نسبت به افراد سالم تجربه می‌کنند. از طرفی با توجه به اینکه بیماران تب مدیترانه‌ای نیز همانند آرتریت روماتوئید از دردهای مفصلی رنج می‌برند، تبیین ارائه شده برای ادراک درد در بیماران آرتریت روماتوئید در بیماران مبتلا به تب مدیترانه‌ای نیز کاربرد دارد؛ لیکن در خصوص ادراک درد بالاتر در بیماران آرتریت روماتوئید می‌توان به احتمال تأثیر نسبت جنسیت آزمودنی‌های تحقیق حاضر اشاره کرد. به‌طوری‌که نسبت جنسیت در آزمودنی‌های مبتلا به تب مدیترانه‌ای تقریباً برابر است (۴۶/۶۶ درصد مؤنث در برابر ۵۳/۳۳ درصد مذکر) اما در گروه بیماران آرتریت روماتوئید تعداد مردان بیشتر است (۳۳/۳۳ درصد مؤنث و

حوزه‌های مختلف زندگی می‌شود. به نظر می‌رسد اثرات متقابل افسردگی، اضطراب و آشفتگی‌های هیجانی به تشدید نشانه‌های این بیماری می‌انجامد. همان‌طور که قبلاً توضیح داده شد، بر طبق نظریه‌ی کنترل دروازه‌ای، استرس و افسردگی توأم با بیماری آرتریت روماتوئید و تب مدیترانه‌ای، منجر به بازشدن دریچه‌ی کنترل دروازه‌ای می‌شود و به دنبال آن ادراک درد در این افراد افزایش می‌یابد. در نتیجه چرخه‌ی معیوبی ایجاد می‌شود که در یک‌طرف ناراحتی‌ها و محدودیت‌های جسمی و در سویی دیگر ادراک درد بالا و ناتوانی در شناسایی هیجانات (ناگویی خلقی) قرار دارد. با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر، بررسی متغیرهای روان‌شناختی دخیل در ادراک درد و ناگویی خلقی بیماران آرتریت روماتوئید و تب مدیترانه‌ای می‌تواند در کاهش آلام این بیماران بسیار راهگشا باشد.

از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به محدود بودن نمونه‌ی آماری به شهر اردبیل اشاره کرد؛ بنابراین در تعمیم نتایج این پژوهش به مناطق جغرافیایی دیگر باید با احتیاط عمل شود؛ همچنین ناتوانی پژوهشگر در کنترل متغیرهای مرتبط با فرد مثل متغیرهای جنسیتی، خانوادگی، فرهنگی و... و عدم کنترل اختلالات همبودی با اختلال روانی، عدم بررسی مدت‌زمان بیماری در گروه‌های مورد مطالعه و عدم کنترل داروهای مصرفی در گروه‌های مصرف‌کننده، از محدودیت‌های دیگر تحقیق حاضر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ادراک درد و ناگویی خلقی با دیگر متغیرهای روان‌شناختی همچون شخصیتی و انگیزشی و شناختی و در گروه‌های بیماران و در مناطق جغرافیایی دیگر بررسی شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مدت‌زمان بیماری و همبودی با دیگر اختلالات روانی کنترل شود و در پژوهش‌های آتی متغیرهای مرتبط با فرد مانند متغیرهای جنسیتی، خانوادگی، فرهنگی و...، داروهای مصرفی از طرف پزشک معالج، مدت‌زمان مصرف دارو و همچنین تأثیرات خلقی و تسکین‌دهندگی درد توسط داروها، مورد بررسی قرار بگیرد.

نشانه‌های جسمانی هستند (۱۱). تنظیم‌نبودن هیجان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به افزایش علائم هیجانی (ترس و وحشت‌زدگی) و علائم جسمانی (خستگی) منجر می‌شود. مشکل در شناسایی احساسات و هیجانات زمانی رخ می‌دهد که فرد در تمایز میان احساسات و هیجانات دچار پریشانی می‌شود. از دیدگاه علوم شناختی، هیجان‌ها به‌عنوان دسته‌ای از طرح‌واره‌های مبتنی بر پردازش اطلاعات شناخته می‌شوند که شامل فرایندها و تجسم‌های نمادین و غیرنمادین هستند. افراد دارای ناگویی خلقی، قدرت تجسم محدودی دارند که نشان از محدود بودن تخیل در آن‌هاست و دارای سبک‌شناختی لفظی، سودمندگرا و بیرونی هستند (۲۱). به‌طورکلی برخی پژوهشگران ناگویی خلقی را صفتی شخصیتی که بیانگر نقص در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی است و عده‌ای آن را «پدیده‌ای وابسته به حالت» می‌دانند که بیانگر نقص در پردازش معنایی است (۲۲). ناگویی خلقی به هر دلیل که ایجاد شده باشد در صورت توأم شدن با بیماری آرتریت روماتوئید که با کاهش حرکت، کارایی و ایجاد وابستگی هم همراه است، اغلب موجب تغییرات بزرگی در شیوه و کیفیت زندگی بیماران می‌شود. ناتوانی در به‌کارگیری احساسات به‌عنوان یکی از علائم مشکلات هیجانی، مانع تفکر انتزاعی و باعث کاهش یادآوری رؤیاها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس‌های بدنی، قیافه‌ی خشک و رسمی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی می‌شود. افسردگی و استرس هم در بروز بیماری و هم در تداوم این بیماری نقش دارند. مبتلایانی که در مرحله‌ی خاموش آرتریت روماتوئید هستند، اگر نتوانند استرس، تنهایی و افسردگی را کنترل کنند، باعث عود بیماری خود می‌شوند. از طرفی بیماری تب فامیلی مدیترانه‌ای نیز از جمله بیماری‌هایی هست که کمتر در حوزه‌ی روان‌شناختی مورد توجه قرار گرفته است. تب مدیترانه‌ای فامیلی موجب بروز تب‌های عودکننده و التهاب و مشکلات شدید ریوی در افراد می‌شود که این امر موجب کاهش سلامت جسمانی و به‌تبع کاهش عملکرد فرد در

References

1. Pourshahbazi M, Imani M, Sarafranz M. Relationship between Spirituality and Religious Practice with Pain Acceptance in Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Research in Psychological Health*. 2018; 11(4): 40-51. [Persian].
2. Shakibi MR, Ata-pour J, Ramazani MA. Prevalence of fibromyalgia in patient referring to Kerman Rheumatology clinic from 1995-1998. *Journal of Kerman University Medical Science*. 2001; 8(4): 220-225. [Persian].
3. Löwe B, Willand L, Eich W, Zipfel S, Ho AD, Herzog W, Fiehn C. Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66(3):395-402.
4. Jameson J L , Fauci A S , Kasper D L , Hauser S L , Longo Dan L, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 20th Ed, New York: Mac Graw Hill; 2015
5. Cane D., Nielson WR, McCarthy M & Mazmanian D. Pain-related activity patterns: measurement, interrelationships, and associations with psychosocial functioning. *Clinical Journal of Pain*. 2013; 29(5): 42-435.
6. Rajabi GH, Attar Y. Psychology of pain; Etiology, evaluation and treatment. *Psychotherapical novelties*. 2002; 9(2): 25-26. [Persian].
7. Affleck G, Tennen H, Keefe F J, Lefebvre J C, Kashikar-Zuck S, Wright K, Starr K & SCaldwell D. Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. *Pain*. 2015; 83(3): 601-609.
8. Rezaei F, Neshat Doost H T , Molavi H, RezaAbedi M & Karimifar M. Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception, The Egyptian Rheumatologist. 2014; 36(2): 57-64.
9. Ghooshchian S, Moghimi J, Behnam B. Role of pain and its associated cognitive related variables in the patients with rheumatoid arthritis. *Scientific journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2013 18(2):58-66. [Persian].
10. Heshmati R. Structural Equation Modelling of Alexithymia Determinants: The Role of BAS/BIS and Dispositional Mindfulness. *Journal of Research in Psychological Health*. 2018; 10(4): 30-44. [Persian].
11. Zarei J, Besharat MA. Alexithymia and interpersonal problems. *Procedia Social and Behavioral Sciences* .2010; 5(1): 619-622.
12. Guttman H & Laporte L. Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comp Psychiatry*. 2002; 43: 448-55.
13. Saariaho A S, Saariaho T H, Mattila A K, Karukivi M R & Joukamaa M I. Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample, *General Hospital Psychiatry*. 2013; 35(3): 239-245.
14. Guler T, Garip Y, Dortbas F, Dogan Y P. Quality of life in Turkish patients with Familial Mediterranean Fever: Association with fatigue, psychological status, disease severity and other clinical parameters, The Egyptian Rheumatologist. 2017; 40(2):117-121.
15. Karahan A Y, Kucuk A, Balkarli F, Kayhan O, Nas N, Ozhan A Y. Karahan T, Gungor S, Kucuksen M . Alexithymia, depression, anxiety levels and quality of life in patients with rheumatoid arthritis, *Acta Medica Mediterranea*. 2016; 32(2): 1675-1682.
16. Krol B, Sanderman R, Suurmeijer TP. Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: Concepts, measurement and research. *Patient Educ Couns*. 1993; 20 (2-3): 101-20.

17. Hamzhepour Haghighi T, Dousty Y, Fakhri M.K. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on illness and pain perception in patients with rheumatoid arthritis. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2015; 20(3):45-57. [Persian].
18. Parker DA, Taylor G, Bagby RM. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. Pers Individ Differ 2001; 30: 107- 115.
19. Asghari Moghaddam M A. Change in the concept of pain over time. Biannual Journal of Clinical Psychology & Personality, 2016; 13(2): 165-172. [Persian].
20. Abid rahmani A, Ghorbanshiroudi S, Kalatbari J, Hajiabbasi A. Survey of Depression and Anxiety in Patients with Rheumatoid Arthritis. Journal guilan university medical sciences. 2013; 22 (85):15-22. [Persian].
21. Luminet O , Vermeulen N , Demaret C , Taylor G J , & Bagby R M. Alexithymia and levels of processing: Evidence for an overall deficit in remembering emotion words. Journal of Research in Personality.2006; 40(5): 713-733.
22. Haviland M G, Warren W L, Riggs M L. An observer scale to measure alexithymia. Psychosomatics.2000; 41(5): 385-392.