

فصلنامه جامعه‌شناسی سبک زندگی، سال دوم، شماره هفتم، پاییز ۹۵، صفحات ۲۰۷-۲۴۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۰۲ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۵/۰۸/۲۶

بررسی رابطه بین ابعاد شخصیت، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و احساس گناه در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

لیلا صالحی^۱
زهره رافعی^۲
خدیجه سلمانی^۳
سارا شهبازی^۴
امین امینی^۵

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین مولفه‌های ابعاد شخصیت، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و احساس گناه (مرضی و غیر مرضی) و مقایسه آن در دو گروه زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد. این پژوهش از نوع زمینه‌ای و همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرج در سال ۱۳۹۲ بود. به منظور انجام این پژوهش ۹۰ نفر از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی شهر کرج با روش نمونه‌گیری تمام شمار انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های ابعاد شخصیتی کاستا و مک کری، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت والکر، سچرت و پندر و احساس گناه ضرابی‌ها و خسروی، را تکمیل نمودند. سپس داده‌های پژوهش با آزمون‌های رگرسیون چند متغیری، همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس چند متغیری و T مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده

۱ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران.

Salehi.leyla22@gmail.com

۲ - استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. rafezi.zohreh13@gmail.com

۳ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، باشگاه پژوهشگران و نخبگان جوان، کرج، ایران.

khadije.salman@gmail.com

(نویسنده مسئول)

shahbazi@skums.ac.ir

۴ - مربی و عضو هیأت علمی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرج.

amini.a@ut.ac.ir

۵ - پژوهشگر دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه امام حسین (ع)، تهران، ایران.

نشان داد که بین ابعاد شخصیت و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با احساس گناه (مرضی و غیرمرضی) رابطه معناداری وجود دارد. بدین معنا که در بین ابعاد شخصیت بعد روان رنجوری قادر به پیش‌بینی احساس گناه مرضی در بیماران مبتلا به RA می‌باشد و همچنین بعد روان رنجوری و برون‌گرایی قادر به پیش‌بینی احساس گناه غیرمرضی می‌باشد. همچنین صفت روان رنجوری با احساس گناه مرضی رابطه مثبت معنادار و صفت برون‌گرایی و سازگاری با احساس گناه غیرمرضی رابطه منفی معنادار دارد و همچنین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با بعد شخصیت روان رنجوری رابطه منفی و با بعد برون‌گرایی و سازگاری رابطه مثبت دارد ($p < 0/05$). براساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که براساس ابعاد شخصیت می‌توان احساس گناه را پیش‌بینی نمود و بین زنان و مردان مبتلا به RA از لحاظ ابعاد شخصیت و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت تفاوت وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: ابعاد شخصیت، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، احساس گناه، آرتریت روماتوئید.

مقدمه و بیان مسأله

آرتریت روماتوئید یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و با علت ناشناخته مسبب اصلی ناتوانایی‌ها به‌ویژه در بزرگسالی است (کارول و ساندرمن، ۱۹۹۳: ۱۱۱). بیماری آرتریت روماتوئید یک بیماری سیستمیک وابسته به سیستم ایمنی است که فقط در انسان دیده می‌شود و با تغییر شکل تدریجی مفاصل و کاهش فعالیت آن‌ها همراه است که معمولاً مزمن شده و منجر به تخریب مفاصل می‌گردد (اندرسون و بورخاردت، ۱۹۹۹: ۳۰۲). شیوع این بیماری در حدود یک درصد جمعیت دنیا می‌باشد و زنان سه برابر مردان گرفتار می‌شوند (راپ و بوشوزین، ۲۰۰۴: ۵۸۲). این بیماری به دلیل ماهیت مزمن، دردناک و ناتوان‌کننده آن، تأثیرات عمیقی بر عملکرد روانی و اجتماعی فرد دارد (اندرسون و بورخاردت، ۱۹۹۹: ۳۰۲). شخصیت جنبه‌ی قابل‌رویت منش فرد است که بر دیگران اثر گذاشته و دربرگیرنده خصوصیات ذهنی، اجتماعی و هیجانی فرد است. شخصیت مجموعه‌ای از ویژگی‌های بادوام و منحصر به فرد است که امکان دارد در پاسخ به موقعیت‌های مختلف فرق کند. افراد دارای صفات عمیقی هستند که عناصر بنیادی شخصیت آن‌ها را تشکیل می‌دهد. شناخت شخصیت مستلزم توصیف دقیق این عنصر می‌باشد (صفاری نیا و آقاییوسفی، ۱۳۹۳: ۹۲). آیزنک (۱۹۹۰) سه بعد شخصیتی را معرفی کرد. هر یک از این ابعاد شخصیتی صفات متعددی را شامل می‌شوند. این ابعاد شخصیتی عبارتند از برون‌گرایی، روان-

۱ Kro & Sanderman

۲ Anderson & Burckhardt

۳ Rupp & Boshuizen

۴ Anderson & Burckhardt

رنجوری و روان‌پریش خویی، او معتقد بود که این ابعاد شخصیتی می‌توانند رفتار را پیش‌بینی کنند (به نقل از کارول و همکاران، ۱۹۹۳: ۱۰۱). مطالعات نشان داده است که برخی از ویژگی‌های شخصیتی با نشخوار فکری و آشفتگی‌های هیجانی همراه است (صفاری نیا و آقاییوسفی، ۱۳۹۳: ۹۲). ساز-فرانس، والرو، کالو^۳ و همکاران (اندرسون، ۱۹۹۹: ۲۹۸) مطالعه‌ای با هدف ارتباط سندرم خستگی مزمن (CFS)، شخصیت و مطالعه یک مورد کنترل شده با استفاده از مدل پنج عاملی انجام دادند. نتایج بدست آمده نشان داد بعد روان‌رنجوری ارتباط عمیق تری با سندرم خستگی مزمن دارد و همچنین بیماران CFS کمتر از بیمارانی که این سندرم را ندارند، برون‌گرا می‌باشند و با مقایسه آن‌ها با گروه کنترل نشان داد که سطح پایینی از فعالیت و به‌طور مشخص سطح بالایی از اضطراب روان‌رنجوری در بیماران CFS وجود داشت.

هایفانتیس، گولیا، آندره و کاروالوه^۴ (۲۰۱۳: ۳۶۲) مطالعه‌ای با هدف بررسی ویژگی‌های شخصیتی، مکانیسم دفاعی و ویژگی‌های خصومت در ارتباط با شدت علائم جسمی در سلامت و بیماری انجام دادند. نتایج نشان داد سن بالا، تحصیلات کم، روان‌رنجوری بالاتر، تصویب مکانیسم دفاعی جابه‌جایی و نشانه‌های افسردگی با شدت علائم جسمی همراه است و همچنین شدت علائم جسمی بالاتر با ویژگی‌های درون‌گراتر و همچنین با استفاده کردن از سبک دفاعی خود فدا کردن و انتقاد از خود بین شرکت‌کنندگان مبتلا به بیماری‌های مزمن که تثبیت شده وجود داشت.

۱ Ayzenk Saez-Francas

۲ Valero

۳ Calvo

۴ Hyphantis, Goulia, Andre & Carvalho

ویژگی‌های شخصیت نقش مهمی در سلامت جسمی و روحی فرد دارد. تاجایی که می‌تواند توانایی غلبه موفقیت‌آمیز را به فرد بدهد (راس، ۱۳۸۶؛ ترجمه جمال‌فر: ۱۳۸). سبک زندگی، شامل رفتارهایی است که از عوامل خطرزای بعضی بیماری‌ها به شمار می‌رود. بسیاری از مردم به دلیل تشخیص پیامدهای ناشی از عوامل خطرزا جهت ارتقاء سلامتشان به اصلاح رفتارهای خود پرداخته‌اند. رفتارهای حافظ سلامت، به هرگونه فعالیتی که به منظور حفظ یا ارتقاء سلامت فرد انجام گیرد گفته می‌شود، که بعضی از افراد برای سلامت خود بسیار اهمیت قائل هستند و در مقابل کسانی هم هستند که برای این امر اصلاً اهمیتی قائل نیستند. انجام این رفتارها یکی از راهکارهای ارزشمند جهت تقویت حس استقلال، بهبود و حفظ سلامت مبتلایان بیماری‌های مزمن است (سارافینو، ۲۰۰۲: ۱۹۵).

اهمیت سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و کیفیت زندگی از آن جهت است که در صورت نادیده گرفته شدن می‌تواند منجر به احساس ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هرگونه تلاش و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی شده و در ابعاد عمیق‌تر ضمن تحمیل هزینه بر اقتصاد خانواده بر توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور نیز تأثیر می‌گذارد (خیرجو، ۱۳۸۹: ۸۱). برای مبتلایان به بیماری‌های مزمن، بیماری در درجه اول یک نگرانی محسوب می‌شود، لذا بهبود سلامت آنان برای رهایی از نگرانی یک ضرورت است. در راه نیل به هدف، این بیماران نیاز به تلاش بیشتری در تمرکز بر بیماری وضعیت سلامت خود دارند. نتیجه اینکه سلامت مبتلایان به بیمارهای مزمن پیچیده و چالش برانگیز است، و این در حالی است که اغلب بر

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت افراد سالم در مقایسه با افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، توجه بیشتری می‌شود (خیرجو، ۱۳۸۹: ۸۱). آنچه مسلم است آن است که اشخاص مبتلا به بیماری‌های مزمن، باید مسئولیت مراقبت از خود را بر عهده پذیرند. یکی از مهمترین اهداف برای این بیماران اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت است (خیرجو، ۱۳۸۹: ۸۱).

یافته‌های عینی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل روان‌شناختی با آمادگی ابتلا به بیماری‌های مزمن تداخل نموده و موجب تشدید یا بهبود فرآیند بیماری می‌شود. مولفه‌های روان‌شناختی همچون گناه به‌عنوان عامل تسریع‌کننده بیماری و کاهش دهنده کیفیت زندگی شناخته شده است (استودمیر، ۱۹۹۷: ۷۹۷). احساس گناه نوعی سرپیچی از هنجارها و ارزش‌هایی است که پیشینیان به ما یاد داده‌اند که باعث از بین رفتن اعتماد به نفس فرد می‌شود. در واقع احساس گناه عملکرد فرد را در محیط همراه با اضطراب و ترس خواهد کرد که نتواند خود را با محیط‌های مختلف به‌خوبی سازگار کند. به‌همین دلیل از محیط‌گیران شده و به‌دنبال آن گوشه‌گیری، انزوا و افسردگی بر زندگی فرد احاطه خواهد شد (مدی، ۲۰۰۰، به نقل از محمودی، ۱۳۹۱: ۷۹). احساس گناه تنها محصول نادیده گرفتن معیارهای اخلاقی، مذهبی یا اجتماعی نبوده، بلکه احساس کوتاهی نمودن در برخورد با یک وظیفه یا احساس انجام یک کار نادرست در انتظار مجازات بودن یا مورد بازخواست قرار گرفتن هم از آن استنباط می‌شود (محمودی، ۱۳۹۱: ۷۹). احساس گناه از یک سو به‌عنوان یک عامل استرس‌زای درونی و از سوی دیگر یکی از علائم افسردگی و فاکتوری مؤثر در واکنش بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌باشد.

از آنجایی که آرتريت روماتويد عموماً با افت بهزيستی فیزیکی و روان‌شناختی همراه است، لذا در راستای ارتقاء سلامت مبتلایان به آرتريت روماتويد، ابتدا باید نيمرخ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت آنان را معين نمود تا بدین وسیله با مشخص نمودن میزان انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت توسط آنان، بتوان در جهت ارتقاء- سلامت و متعاقباً کیفیت زندگی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد گام برداشت (خيرجو، ۱۳۸۹: ۷۹).

کارینا سیلوا لونا^۱ و اورتیز و همکاران (سیلوا^۲ و همکاران، ۲۰۱۲: ۳۲۸) به بررسی تأثیر سبک خلق و خو در تشخیص بیماری آرتريت روماتويد پرداختند که نتایج بدست آمده نشان داد حالات و خلق مثبت و منفي در این بیماران شبیه افراد سالم بود. یوسفی، کوپرا^۳ و همکاران (یوسفی و همکاران، ۲۰۱۴: ۵۷) ارزیابی کلینیکی و وضعیت سلامت در بین بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد ایرانی و هندی بررسی کردند. نتایج حاصله نشان داد که نتایج سلامت‌ذهنی در دو گروه تفاوت چندانی ندارد. اگرچه تفاوت‌های مهمی در نوع درد در مفاصل وجود داشته، مطالعات گروهی بیماران RA در بین نژادهای ایرانی و هندی در فعالیت‌های آنها و وضعیت عملی آنها بسیار شبیه بوده است.

لاملی^۴، لیسن^۵ و پارتیدگ^۱ و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه‌ای با هدف تأثیر افشای

^۱ Karina Silva Luna

^۲ Silva

^۳ Yousefi & Chopra

^۴ Lumley

^۵ Leisen

احساسات در مورد استرس بر افزایش سلامتی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام دادند که نتایج ناهمگونی را نشان داد. بدین صورت که در موارد نوشته شده فقط درد بین ۱ تا ۶ ماه کاهش یافته و نتیجه دیگری بدست نیامد، اما نتایج گفتاری کاهش درد در ۳ ماه و کاهش ورم مفاصل را نشان داد و پزشک توانست در مدت شش ماه بیماری را کنترل کند (لومالی و همکاران، ۲۰۱۱: ۸۶۶).

با توجه به این که سازه‌های شخصیتی (مانند ابعاد شخصیتی) و هیجانی (مانند احساس گناه) در سلامت روانی مؤثرند می‌توانند پاسخ‌های ایمنی شناختی و فیزیولوژیکی را نیز تغییر دهند و در ظهور بیماری‌ها نقش داشته باشند. آرتریت روماتوئید نیز به‌عنوان یک بیماری خود ایمن ناتوان کننده از این قاعده مستثنی نمی‌باشد. لذا با توجه به عدم انجام چنین مطالعه‌ای در ایران و خارج از کشور، بروز چنین رفتارها و هیجانات متفاوت در شرایط مختلف محققان بر آن شدند تا تحقیقی با هدف بررسی رابطه بین ابعاد شخصیت، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و احساس گناه در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام دهند. لذا محقق به دنبال پاسخ به این سؤالات است که آیا ابعاد شخصیتی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با احساس گناه (مرضی و غیر مرضی) در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید رابطه وجود دارد. آیا بین ابعاد شخصیت (روان رونیجوری، برون گرایی، بازبودن نسبت به تجربه، وظیفه شناسی و سازگاری) و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در بیماران آرتریت روماتوئید رابطه وجود دارد. آیا بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و احساس گناه

۲ Partridge

۴ Lumley

(مرضی و غیر مرضی) در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید رابطه وجود دارد. آیا بین ابعاد شخصیت و احساس گناه (مرضی و غیرمرضی) در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید رابطه وجود دارد. آیا هریک از عوامل ابعاد شخصیت و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت احساس گناه (مرضی و غیرمرضی) را در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پیش‌بینی می‌کنند. آیا بین زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید از لحاظ ابعاد شخصیتی تفاوت وجود دارد. بین زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید از لحاظ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت تفاوت وجود دارد. آیا بین زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید از لحاظ احساس گناه (مرضی و غیر مرضی) تفاوت وجود دارد.

روش تحقیق

این مطالعه زمینه‌یابی، از نوع همبستگی بوده و در بیماران مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به مراکز درمانی روماتولوژی شهر کرج در سال ۱۳۹۲ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن رضایت شرکت در مطالعه، برخورداری از هوشیاری کامل و معیارهای خروج از مطالعه شامل نداشتن شرایط ورود به مطالعه، عدم توانایی در خواندن و نوشتن، عدم همکاری و یا ناقص پرکردن پرسشنامه‌ها بود.

در این مطالعه ۹۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد. برای انتخاب آماری نمونه با توجه به تعداد کم جامعه آماری از روش تمام شماری استفاده شد. پس از انتخاب، بیمار فرم رضایت آگاهانه را تکمیل می‌کرد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل سه پرسش‌نامه نئو، سبک‌های زندگی ارتقاء دهنده سلامت (HPLP) و احساس گناه بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات

پرسش‌نامه نئو: یکی از آزمون‌های شخصیتی است که براساس تحلیل عوامل ساخته شده و از جدیدترین ابزارها در زمینه شخصیت است که توسط کاستا و مک-کری در سال ۱۹۸۵ تحت عنوان پرسش‌نامه شخصیتی نئو معرفی شد. فرم بلند این پرسش‌نامه در ۲۴۰ عبارت، به منظور اندازه‌گیری پنج عامل یا حیطه اصلی روان رنجوری، برون‌گرایی، پذیرا بودن، سازگاری و مسئولیت‌پذیری طراحی شده است. همچنین این پرسش‌نامه فرم دیگری به نام نئو دارد که یک پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی است و برای ارزیابی پنج عامل شخصیتی بکار می‌رود و برای مردان در فرم ۲۴۰ سؤالی هر عامل دارای ۶ سطح یا زیر مقیاس است، در حالی که در فرم کوتاه با ۱۲ سؤال سنجیده می‌شود. پنج عامل اصلی شخصیت عبارتند از: روان‌رنجور خویی، برون‌گرایی، پذیرا بودن، سازگاری، مسئولیت‌پذیری و با وجدان بودن. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به این صورت است که سؤالات به صورت لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۰)، مخالفم (۱)، نظری ندارم (۲)، موافق (۳)، کاملاً موافقم (۴) است.

فرم بلند پرسش‌نامه در کشورهای مختلف جهان از جمله ایران اعتبار یابی شده است. در ایران فرم بلند، توسط گروسی، مهریار و طباطبایی (۱۳۸۰:۱۷۳) اعتبار یابی شد و نتایج اعتباریابی شبیه نتایج به دست آمده در آزمون زبان اصلی بود (گروسی فرشی، مهریار، قاضی طباطبایی). نتایج مطالعات انجام شده توسط کاستا و مک‌کری^۱ (۱۹۹۲) نشان داد که همبستگی پنج زیر مقیاس فرم کوتاه با فرم بلند از ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ است. همچنین همسانی درونی زیر مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ برآورد شده

است. برای پژوهش حاضر ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ بدست آمده. که در هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب؛ ۶۷/۸۰، ۷۴/۷۸، ۸۷/۰، ۷۸/۰، ۸۰/۰ بود. اعتبار آزمون نثو با استفاده از مقیاس‌های زیر عبارت است از با سلامت روان در دامنه‌ای بین ۰/۰۰۱ تا ۰/۰۴، در آزمون سلطه‌گرایی و جرم‌گرایی بین ۰/۰۰۱ تا ۰/۰۵ و آزمون آیزنک بین ۰/۰۰۱ تا ۰/۰۵ و معنی دار گزارش شده است (خدادادی، ۱۳۸۸: ۷۱). در ایران نیز فرم کوتاه توسط دکتر رسول روشن هنجاریابی شده است.

پرسش‌نامه سبک‌های زندگی ارتقاءدهنده سلامت: این پرسش‌نامه ۴۸ سؤالی است که به وسیله والکر، سچریست و پندر^۲ (۱۹۸۷، ۷۹)، براساس الگوی ارتقاء سلامت طراحی شد. آنان این پرسش‌نامه را بر اساس یافته‌های پژوهشی و اطلاعات مرتبط به سلامت بازبینی نموده و تعداد سؤالات زیر مقیاس‌های آن را متعادل نمودند و نهایتاً فرم تجدید نظر شده آن به نام (HPLH-2) و با ۵۲ سؤال ایجاد شد. هر سؤال این پرسش‌نامه بر روی مقیاسی از لیکرت ۴ درجه‌ای (۱= هرگز یا هیچ وقت تا ۴= بطور معمول یا همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه به‌طور گسترده‌ای برای ارزیابی رفتارهایی با هدف کاهش شدت ناخوشی‌ها (عدم سلامت) و افزایش سلامت به کار برده شده است و رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت را در ابعاد شش‌گانه مسئولیت‌پذیری بهداشتی: مسئولیت‌پذیری و توجه به سلامت شخصی (۹ سؤال)، فعالیت‌بدنی: پیروی از الگوهای فعالیتی منظم (۸ سؤال)، تغذیه: بیان استفاده از الگوهای غذایی و انتخاب غذا (۹ سؤال)، رشد معنوی داشتن احساس هدف، دنبال نمودن رشد شخصی و تجربه خودآگاهی و رضامندی (۹ سؤال)، ارتباطات میان فردی: بدست آوردن ارتباطاتی که

^۲ HPLP

^۴ Walker, Sechrist & Pender

احساس صمیمیت را شامل می‌شود (۹ سؤال) و در مدیریت استرس: مشخص نمودن منابع استرس و مدیریت استرس (۸ سؤال)، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

پایایی پرسش‌نامه فوق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ می‌باشد. برای مسئولیت‌پذیری بهداشتی ۰/۸۵، فعالیت‌بدنی ۰/۸۰، تغذیه ۰/۸۶، رشد معنوی ۰/۸۷، ارتباطات میان فردی و مدیریت استرس ۰/۷۹ می‌باشد، یعنی دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ برای ابعاد شش‌گانه ۰/۹۴: برای کل پرسشنامه به اثبات رسیده است (خیرجو، ۱۳۸۹: ۸۱). پایایی این پرسشنامه برای پژوهش حاضر برای مولفه‌های مختلف به ترتیب: ۰/۸۳، ۰/۸۸، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ بدست آمد.

پرسش‌نامه احساس‌گناه: این پرسش‌نامه، پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته است که توسط ضرابی‌ها و خسروی (۱۳۸۲) تدوین و اعتبار یابی شده است. اجرای اولیه این تست توسط ضرابی‌ها (۱۳۸۲) روی ۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران انجام شد. این پرسش‌نامه دارای ۳۸ سؤال می‌باشد و احساس‌گناه را در دو خرده‌مقیاس (شامل خرده‌مقیاس‌های احساس‌گناه مرضی و غیر مرضی) در بر گرفته است. در پژوهش ضرابی‌ها (۱۳۸۲) نتیجه پیوستگی درونی سؤالات با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و بصورت زیر گزارش شده: تعداد ۱۳ سؤال احساس‌گناه غیر مرضی را می‌سنجد که با حدود ۴۰ نفر آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمد. تعداد ۲۵ سؤال هم احساس‌گناه مرضی را می‌سنجد که با حدود ۴۰ نفر شرکت‌کننده ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آمد (ضرابی‌ها و خسروی، ۱۳۸۲: ۹۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه ۰/۸۸ گزارش شد.

داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد و از آمار توصیفی استنباطی نظیر تحلیل رگرسیون چند متغیری، ضریب همبستگی بین دو مقیاس، تحلیل واریانس چند متغیری، T مستقل و برای بررسی نرمال بودن و یکسانی (واریانس‌های خطا) ابعاد

شخصیتی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و احساس گناه مرضی و غیر مرضی از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف، آزمون F لوین (یکسانی واریانس‌های خطا) استفاده گردید.

به تمامی بیماران در مورد اختیاری بودن شرکت آنان در روند پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات آنان آگاهی لازم داده شد و از تمامی بیماران شرکت کننده رضایت نامه آگاهانه مکتوب اخذ گردید.

یافته‌های پژوهش

تعداد بیماران شرکت کننده در این مطالعه ۹۰ نفر بود که از این میان ۶۳/۳ درصد را زنان و ۳۶/۷ درصد را مردان تشکیل دادند. ۹/۲۸ درصد افراد در رده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال و ۶/۴۵ درصد دارای تحصیلات دیپلم بودند. جدول ۱ اطلاعات مربوط به سن، جنسیت و مقطع تحصیلی افراد نمونه آماری را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۹۰)

درصد	فراوانی		
۶۳/۳	۵۷	زن	جنس
۳۶/۷	۳۳	مرد	
۱۳/۳	۱۲	۲۱-۳۰	سن
۲۸/۹	۲۶	۳۱-۴۰	
۱۶/۷	۱۵	۴۱-۵۰	
۲۵/۶	۲۳	۵۱-۶۰	
۱۵/۵	۱۴	۶۱-۷۴	
۲۴/۴	۲۲	سیکل	تحصیلات
۴۵/۶	۴۱	دیپلم	
۲۵/۶	۲۳	کارشناسی	

میانگین و انحراف معیار ابعاد شخصیتی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و احساس گناه مرضی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد که در بین مؤلفه‌های شخصیتی در سازگاری بالاترین میانگین و روان‌رنجوری کمترین میانگین را داراست. برای بررسی نرمال بودن و یکسانی (واریانس‌های خطا) ابعاد شخصیتی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و احساس گناه مرضی و غیرمرضی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، آزمون F لوین (یکسانی واریانس‌های خطا) استفاده شد. مشخصه Z آزمون کلموگراف - اسمیرنوف مربوط به نرمال بودن توزیع ابعاد شخصیتی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و احساس گناه مرضی نشان داد که توزیع نمره‌ها با توزیع طبیعی این ابعاد تفاوت معنی داری ندارد ($P < 0/05$). نتایج نشان داد که واریانس‌های خطا برای ابعاد شخصیتی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و احساس گناه مرضی یکسان است ($P < 0/05$). همچنین در این تحقیق، قبل از اجرای رگرسیون چندمتغیره و تحلیل مسیر، میزان ارتباط بین یکایک متغیرهای مستقل با متغیر وابسته بررسی می‌شود. قبل از انجام رگرسیون لازم است پیش فرض‌های رگرسیون رعایت شود. اولین و مهم‌ترین پیش‌فرض رگرسیون، خطی بودن روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته است. در تحقیق حاضر روابط بین متغیرهای مستقل و وابسته خطی بود. همچنین، توزیع متغیر وابسته نیز نرمال است. علاوه بر این، از آماره دورین- واتسون^۱ برای سنجش مستقل بودن همبستگی باقیمانده‌ها استفاده شده است. نتایج این آماره نشان می‌دهد که باقیمانده‌ها با

^۱ Durbin-Watson

هم همبستگی^۱ ندارند و مستقل از هم هستند. همچنین واریانس خطاها با هم برابر و ثابت است.

جدول ۲: نمره‌های ابعاد شخصیتی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و احساس گناه مرضی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

مقیاس‌ها	مردان		زنان	
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
روان رنجوری	۳۳	۴۵/۱۷	۵۷	۲۳/۸۷
برونگرایی	۳۳	۳۳/۲۸	۵۷	۲۷/۰۵
بازبودن به تجربه	۳۳	۷۲/۲۴	۵۷	۷۵/۲۵
وظیفه‌شناسی	۳۳	۱۵/۲۸	۵۷	۷/۳۱
سازگاری	۳۳	۷۲/۳۲	۵۷	۷۱/۳۵
سبک زندگی	۳۳	۸۴/۱۳۹	۵۷	۷۸/۱۲۴
احساس گناه مرضی	۳۳	۵۴/۴۹	۵۷	۴۱/۵۱
احساس گناه غیر مرضی	۳۳	۳۲	۵۷	۷۸/۳۰

با توجه به ماهیت فرضیه‌های پژوهش، از روش‌های تحلیل واریانس چند متغیره و تی مستقل، برای تحلیل فرضیه‌ها استفاده شد، که نتایج آنها در جدول ۳ ارائه شده است.

فرضیه اول: ابعاد شخصیتی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با احساس گناه

۱ - مقدار این آماره بین ۰ تا ۴ است. اگر باقیمانده‌ها با یکدیگر همبستگی نداشته باشند، این آماره نزدیک به ۲ خواهد بود.

مرضی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید رابطه وجود دارد.

نتایج جدول ۳ نشان داد که ابعاد شخصیتی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مشترکاً ۲۵ درصد واریانس احساس گناه مرضی را پیش‌بینی می‌کند و رابطه ابعاد شخصیتی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است.

جدول ۳: خلاصه نتایج معنی‌داری مدل رگرسیون برای پیش‌بینی احساس گناه مرضی در بیماران

مدل	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	R	ضریب تعیین R2	F
همزمان احساس گناه مرضی	رگرسیون	۴۲۴۵/۱۰۷	۶	۰/۵۰۱	۰/۲۵۱	۴/۶۲۵**
	باقیمانده	۱۲۶۹۷/۵۱۵	۸۳			
	جمع	۱۶۹۴۲/۶۲۲	۸۹			

جدول ۴ نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین، بعد روان‌رنجوری قادر به پیش‌بینی احساس گناه مرضی بیماران است. آزمون معناداری t برای روان‌رنجوری در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. ضریب رگرسیون بعد روان‌رنجوری (۰/۴۸۷) است که نشان‌گر رابطه مثبت و معنی‌دار با احساس گناه مرضی بیماران است. لازم به ذکر است که مؤلفه‌های برون‌گرایی، بازبودن نسبت به تجربه، وظیفه‌شناسی، سازگاری و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در این مدل رابطه معناداری با احساس گناه مرضی ندارد.

جدول ۴: خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی احساس گناه مرضی

مدل	متغیر	B	انحراف معیار	Beta	آماره t
همزمان	ثابت	۳۷/۸۱	۱۱/۹۵۶		۳/۱۶۳**

۴/۸۰۲**	۰/۴۸۷	۰/۱۵۶	۰/۷۵۱	روان رنجوری
۰/۳۹۰	۰/۰۵۱	۰/۲۶۵	۰/۱۰۴	برون گرایی
-۰/۷۷۹	-۰/۰۸۰	۰/۳۰۰	-۰/۲۳۴	بازبودن به تجربه
-۱/۳۸۰	-۰/۱۶۷	۰/۲۵۳	-۰/۳۴۹	وظیفه شناسی
۰/۸۹۲	۰/۱۱۹	۰/۲۳۴	۰/۲۰۸	سازگاری
۰/۳۷۳	۰/۰۳۹	۰/۰۶۷	۰/۰۲۵	سبک زندگی

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

فرضیه دوم: ابعاد شخصیتی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با احساس گناه غیرمرضی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید رابطه وجود دارد.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که ابعاد شخصیتی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مشترکاً ۰/۲۳ درصد واریانس احساس گناه غیرمرضی را پیش‌بینی می‌کند و رابطه ابعاد شخصیتی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است.

جدول ۵: خلاصه نتایج معنی داری مدل رگرسیون برای پیش‌بینی احساس گناه غیرمرضی در بیماران

F	R2	R	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع تغییرات	مدل
			۶	۴۷۸/۳	رگرسیون	همزمان
۴/۲۳۶**	۰/۲۳۴	۰/۴۸۴	۸۳	۱۵۶۱/۸	باقیمانده	احساس گناه مرضی
			۸۹	۲۰۴۰/۱	جمع	

** $p < 0.01$

برای بررسی استقلال داده‌ها از همدیگر می‌توان از آزمون دوربین-واتسون استفاده کرد، اگر مقدار به دست آمده بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشد می‌توان تقریباً به استقلال

داده‌ها از همدیگر پی‌برد. با توجه نتیجه کاربرد آزمون دورین- واتسون می‌توان به مستقل بودن داده‌ها پی‌برد. جدول شماره ۶ نتیجه آزمون فوق را نشان می‌دهد.

جدول ۶: آزمون دورین _ واتسون برای بررسی استقلال داده‌ها

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	مقدار آزمون دورین- واتسون
۱	۰/۱۶۹	۰/۰۲۸	۰/۰۰۲	۰/۵۷۸۱	۱/۹۴۸

فرضیه سوم: بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و احساس گناه مرضی و غیر مرضی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید رابطه دارد.

جدول ۷ نشان می‌دهد که با توجه به نتیجه آزمون ماتریس همبستگی احساس گناه مرضی با روان‌رنجوری رابطه مثبت معنادار دارد و احساس گناه غیر مرضی با برون‌گرایی و سازگاری رابطه منفی معناداری دارد.

جدول ۷: ماتریس همبستگی ابعاد شخصیتی، احساس گناه مرضی و غیر مرضی

روان رنجوری	برونگرایی	بازبودن به تجربه	وظیفه شناسی	سازگاری	احساس گناه مرضی	احساس گناه غیر مرضی
۱						
برون‌گرایی	۱					
بازبودن به تجربه	۰/۳۰۶**	۱				
وظیفه‌شناسی	۰/۲۴۹*	۰/۲۱	۱			
سازگاری	۰/۱۵۶	۰/۴۹۹*	۰/۱۸۸	۱		
احساس گناه	۰/۱۲۰	۰/۵۸۴**	۰/۳۴۷**	۰/۵۸۵**	۱	
مرضی	۰/۴۷۵**	۰/۱۱۶	۰/۰۶۰	۰/۱۵۶	۰/۰۲۵	۱

۱	۰/۱۵۶	-۰/۲۵۸*	۰/۰۸۷	-۰/۱۸۲	-۰/۴۰۱**	-۰/۰۷۷	احساس گناه غیر مرضی
---	-------	---------	-------	--------	----------	--------	------------------------

$p < ۰/۰۵$ * $p < ۰/۰۱$ **

جدول ۸ نشان می‌دهد که سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با بعد شخصیتی روان‌رنجوری رابطه منفی و با ابعاد برون‌گرایی و سازگاری رابطه مثبت دارد.

جدول ۸: ماتریس همبستگی ابعاد شخصیتی، سبک زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

سبک زندگی سلامت	سازگاری	وظیفه شناسی	بازبودن به تجربه	برون‌گرایی	روان رنجوری
					۱
				۱	-۰/۳۰۶**
			۱	۰/۲۴۹*	-۰/۰۲۱
		۱	۰/۱۸۸	۰/۴۹۹*	-۰/۱۵۶
	۱	۰/۵۸۵**	۰/۳۴۷**	۰/۵۸۴**	-۰/۱۲۰
۱	۰/۲۶۳*	۰/۱۸۲	۰/۱۸۶	۰/۳۹۷**	-۰/۲۴۵*

$p < ۰/۰۱$ * $p < ۰/۰۵$ **

جدول ۹ نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش‌بین، بعد روان‌رنجوری و برون‌گرایی قادر به پیش‌بینی احساس گناه غیرمرضی بیماران است. آزمون معناداری t برای روان‌رنجوری و برون‌گرایی در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنا دار است. ضریب رگرسیون بعد روان‌رنجوری (-۰/۲۱۸) و برون‌گرایی (-۰/۴۷۷) است که نشان‌گر رابطه منفی و

معنی‌دار با احساس گناه غیرمرضی بیماران است. لازم به ذکر است که مؤلفه‌های بازبودن نسبت به تجربه، وظیفه‌شناسی، سازگاری و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در این مدل رابطه معناداری با احساس گناه غیرمرضی ندارد.

جدول ۹: خلاصه جدول ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی احساس گناه غیرمرضی

مدل	متغیر	b	انحراف معیار	Beta	آماره t
همزمان	ثابت	۴۳/۸۶۹	۴/۱۹۳		۱۰/۴۶۲**
	روان رنجوری	-۰/۱۱۷	۰/۰۵۵	-۰/۲۱۸	-۲/۱۲۷*
	برونگرایی	-۰/۳۳۷	۰/۰۹۳	-۰/۴۷۷	-۳/۶۲۰**
	بازبودن به تجربه	-۰/۰۶۷	۰/۱۰۵	-۰/۰۶۰	-۰/۶۳۷
	وظیفه شناسی	-۰/۱۳۴	۰/۰۸۹	-۰/۱۸۴	۱/۵۹۰
	سازگاری	-۰/۰۴۶	۰/۰۸۲	۰/۰۷۶	-۰/۵۶۴
	سبک زندگی	-۰/۰۱۲	۰/۰۲۳	۰/۰۵۷	-۰/۵۳۱

$p < ۰/۰۱$ * $p < ۰/۰۵$ **

فرضیه چهارم: بین ابعاد شخصیت (روان رنجوری، برون گرایی، بازبودن نسبت به تجربه، وظیفه شناسی و سازگاری) و سبک زندگی ارتقاءدهنده در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید رابطه وجود دارد.

جدول ۱۰: تحلیل واریانس چندمتغیری و تک متغیری نسبت‌های F برای اثر ابعاد شخصیتی در زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید

آزمون	مقدار	F	df	sig
لامبدای ویلکز	۰/۷۳۳	۶/۱۲۸	۵	۰/۰۰۰۱

آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مقدار F به دست آمده برای اثر لامبدای ویلکز ۶/۱۲۸ در سطح $P < ۰/۰۱$ معنادار نشان داد (جدول ۹).

فرضیه پنجم: بین زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید از لحاظ ابعاد شخصیتی تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۱: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری ANOVA برای ابعاد شخصیتی

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F
روان‌رنجوری		۸۶۲/۱۳۳	۱	۸۶۲/۱۳۳	۱۲/۰۹**
برون‌گرایی		۳۴/۲۸۰	۱	۳۴/۲۸۰	۰/۷۴۳
جنسیت	بازبودن به تجربه	۲۲/۰۴۹	۱	۲۲/۰۴۹	۱/۰۰۲
	وظیفه‌شناسی	۲۶۳/۴۲۸	۱	۲۶۳/۴۲۸	۶/۴۰۳*
	سازگاری	۱۸۷/۱۰۱	۱	۱۸۷/۱۰۱	۳/۰۸۱

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

میانگین‌ها نشان داد که دو بعد شخصیتی روان‌رنجوری و وظیفه‌شناسی در زنان بیشتر از مردان است (جدول ۱۱).

جدول ۱۲: شاخص میانگین پس از تعدیل در آزمون بن فرونی

مقیاس‌ها	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد
روان‌رنجوری	مردان	۱۷/۴۵	۶/۳۱
	زنان	۲۳/۸۷	۹/۴۴
برون‌گرایی	مردان	۲۸/۳۳	۷/۱۰
	زنان	۲۷/۰۵	۶/۶۱
بازبودن به تجربه	مردان	۲۴/۷۲	۳/۴۱
	زنان	۲۵/۷۵	۵/۲۸
وظیفه‌شناسی	مردان	۲۸/۱۵	۷/۶۲
	زنان	۳۱/۷۰	۵/۶۰
سازگاری	مردان	۳۲/۷۲	۸/۲۵
	زنان	۳۵/۷۱	۷/۵۱

فرضیه ششم: بین زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید از لحاظ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۳ نشان می‌دهد که بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). از طرفی میانگین‌ها نشان داد سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مردان بیشتر است.

جدول ۱۳: نتایج آزمون t برای مقایسه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	Sig	T	Df
سبک زندگی	مردان	۱۳۹/۸۴	۲۴/۸۵	۰/۴۳۵	۰/۵۱۱	۳/۱۹۲**	۸۸
	زنان	۱۲۴/۷۸	۱۹/۱۵				

** $p < 0/01$

فرضیه هفتم: بین زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید از لحاظ احساس گناه مرضی و غیر مرضی تفاوت وجود دارد.

جدول ۱۴ نشان می‌دهد، F محاسبه شده برای احساس گناه مرضی و غیر مرضی در زنان و مردان مبتلا به آرتریت روماتوئید در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین بین احساس گناه مرضی و غیر مرضی در زنان و مردان مبتلا تفاوت معنادار وجود ندارد.

جدول ۱۴: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری ANOVA برای احساس گناه مرضی و غیر مرضی

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F
جنسیت	احساس گناه مرضی	۷۶/۳۰	۱	۷۶/۳۰	۰/۳۹۸
	احساس گناه غیر مرضی	۳۰/۶۲۶	۱	۳۰/۶۲۶	۱/۳۴۱

بحث

پژوهش حاضر نشان داد ابعاد شخصیت و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با احساس گناه مرضی بیماران رابطه دارد که نتیجه بدست آمده از تأثیر بعد شخصیتی روان‌رنجوری بر روی احساس گناه مرضی حمایت می‌کند که همسو با یافته‌های امیدوارمقدم (۱۳۹۱)، فاضلی (۱۳۹۰)، سیز فرانس^۱ و همکاران (۲۰۱۴)، هایفانتیس، گولیا و کاروالوه^۲ (۲۰۱۳)، غیابی و بشارت (۲۰۱۱)، کریم‌زاده و بشارت (۲۰۱۱)، رامرز، مستر، مارتیز و وزرازگا^۳ (۲۰۰۴) می‌باشد. امیدوار مقدم (۱۳۹۱) پژوهشی را با هدف رابطه ویژگی‌های شخصیت با سبک‌های مقابله‌ای در بیماران هپاتیت B و C انجام داد و گزارش کرد که بین ویژگی‌های شخصیت (برون‌گرایی و روان‌رنجوری) با سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار رابطه وجود دارد. این رابطه در برون‌گرایی مثبت و معنادار و در روان‌رنجوری منفی و معنادار است. همچنین بین روان‌رنجوری و برون‌گرایی با سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه وجود دارد که در روان‌رنجوری مثبت و معنادار و در برون‌گرایی منفی و معنادار است.

در تبیین و نتیجه‌گیری این یافته می‌توان گفت که افراد با نمره بالا روان‌آزردگی نشانه‌های جسمانی بیشتر و احساس ناراحتی شدیدتری دارند و همچنین کنترل ضعیف به امیال و تمایل به پریشانی‌روان‌شناختی به شکل هیجان‌ات منفی دارند و دچار آسیب‌پذیری بیشتر می‌شوند و در روابط بین فردی خود با پرخاشگری و قضاوت زود هنگام

۱ Sàez-Francàs, N

۲ Hyphantis, T. Goulia, P. Andre, F. Carvalho, C

۳ Ramirez-maestre, C. Martinez, A. E. & Zarazaga

و افکار منفی و تردید برخورد می کنند. و از آنجایی که احساس گناه مرضی با روان-رنجوری رابطه مثبت معنادار دارد که به نظر می رسد افرادی که سطح روان رنجوری بالایی دارند آمادگی بیشتری برای افکار غیرمنطقی و توانایی کمتری برای کنترل تکانه هایشان دارند (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). بنابراین بیشتر احتمال دارد که این افراد درگیر راهبردهای هیجان مدار منفی نظیر گریز، اجتناب، کناره گیری میان فردی و سرزنش شوند (بولگر، زاگرم، ۱۹۹۵: ۸۹۰، اندلر و پارکر، ۱۹۹۰؛ ۸۴۹) و کوشش-های مقابله ای خود را به سمت مدیریت هیجانات مخربشان (مانند احساس گناه مرضی) هدایت می کنند این افراد در مقابل شیوه های سازگارانه مشکل دارند (امیدوار مقدم، ۱۳۹۱) که این امر نه تنها هیجانات منفی آنها را تخفیف نمی دهد بلکه حتی ممکن است منجر به ایجاد عاطفه منفی در آنها گردد (بولگر و زاگرم، ۱۹۹۵: ۸۹۰) از آنجایی که بسیاری از پژوهشگران و صاحب نظران معتقدند که مقابله هیجان مدار پیامدهای روانی و جسمانی نامطلوب تری خواهد داشت می توان نتیجه گرفت که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که سطوح بالایی از روان رنجورگرایی را نشان می دهند سازگاری مطلوبی با این بیماری و استرس های مختلف ناشی از آن را نداشته و همچنین رضایت از خود ندارند. در مطالعه ای افراد بین سنین ۶۲ تا ۷۳ سال که عواطف منفی بالاتری داشتند علائم جسمانی بیشتری از قبیل خستگی، گیجی اختلالات خواب و کمبود انرژی را از خودشان نشان دادند. (لونتال و همکاران، ۱۹۸۲: ۵۵) و از آنجایی که در چند تحقیق معلوم شد که روان رنجورخویی با سلامت هیجانی همبستگی منفی داشت در نتیجه چون روان رنجوری با صفات عصبی بودن، عزت نفس

پایین، احساس گناه و افسرده، مضطرب، هیجانی، خجالتی و غیر منطقی توصیف می‌شود، می‌تواند نقش پیش‌بینی‌کننده‌ی مثبتی در وجود احساس گناه مرضی در بیماران آرتریت روماتوئید داشته باشد. از سوی دیگر در کنار درمان بیماری‌های مزمنی مانند آرتریت روماتوئید عوامل روانشناختی نیز در آن دخیل می‌باشد می‌توان از آموزش‌ها و درمان‌های روانشناختی استفاده کرد. مثلاً از راهبردهای بازسازی ساختی، مدیریت استرس می‌توان افکار برانگیزاننده اضطراب و افسردگی (احساس گناه نیز یکی از موارد ایجاد افسردگی می‌باشد) را در بیماران شناسایی کرد، بعضی از این افکار باعث تشدید علائم بیماری شده و برخی دیگر حاصل پیامد بیماری است که در هر دو مورد بر روی بیماری آن‌ها تأثیر گذاشته و آن را تشدید می‌کند و با استفاده از روش‌های مثل آرام سازی باعث آرامش در تمامی عضلات و بالاخص مفاصل آن‌ها شود و نتیجه می‌توان گرفت تمام راهبردهای موجود مانند آرام سازی، مدیریت استرس و غیره، می‌تواند خودکارآمدی، مقابله با ناامیدی و سایر مهارت‌های مفید روانشناختی را در بیماران مبتلا به آرتریت افزایش داده تا بتوانند با یادگیری آن‌ها هم از تشدید بیماری و هم از پیامدهای مخرب بیماری روی سلامت روانی و جسمانی خود جلوگیری کنند.

همچنین از آنجایی که درد تأثیرات منفی در خلق بیمار دارد و هر روز فعالیت‌های بیمار را با سختی مواجه می‌کند و باعث دل‌سردی بیمار می‌شود، و افکار منطقی بیمار در جهت افکار ناامیدکننده و همراه با ترس پیش می‌رود، عامل درد در بیمار وخیم‌تر شده و مدیریت آن سخت‌تر می‌شود. اگر افکار منفی در افراد بصورت دائمی وجود داشته باشد و بیمار آن را در خود نگهدارد وضعیت بیمار در جهت بدی پیش خواهد

رفت زیرا با استفاده از افکار منفی نه تنها بیمار نمی‌تواند به مقابله با درد جسمی رود بلکه این افکار منفی خطر ابتلا به ناتوانی و درد را نیز افزایش می‌دهد (گلی، عسگری مقدم و مرادی، ۲۰۱: ۲۰۱۴).

یافته‌های پژوهش نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین، بعد روان رنجوری و برون‌گرایی قادر به پیش‌بینی احساس گناه غیرمرضی بیماران است. نتیجه بدست آمده از تأثیر ابعاد شخصیتی روان‌رنجوری و برون‌گرایی بر روی احساس گناه غیر مرضی حمایت می‌کند که همسو با یافته‌های امیدوار مقدم (۱۳۹۱)، فاضلی (۱۳۹۰)، ساز، فرانس، والرو، کاهو و همکاران (۲۰۱۴)، غیابی و بشارت (۲۰۱۱)، کریم‌زاده و بشارت (۲۰۱۱)، رامرز، مستر، مارتیز و و زرازگا (۲۰۰۴) می‌باشد.

غیابی و بشارت (۲۰۱۱: ۴۱۶): مطالعه‌ای را با هدف بررسی ارتباط بین ابعاد شخصیتی و هوش هیجانی در نمونه از دانشجویان (دختر و پسر) دانشگاه تهران انجام دادند و نشان دادند که هوش هیجانی مثبت و منفی به ترتیب می‌تواند به پیش‌بینی بعد برون‌گرایی و روان‌رنجوری منجر شود. در واقع می‌توان این گونه بیان کرد که افرادی که بعد روان‌رنجوری در آن‌ها بالا است تمایل به سمت تجارب منفی و افرادی که بعد برون‌گرایی در آن‌ها بالا می‌باشد تمایل به تجارب مثبت دارند. در تبیین و نتیجه‌گیری این یافته می‌توان گفت: نمرات بالای برون‌گرایی با تجربه هیجان‌ات مثبت و ارزیابی مثبت از وضعیت روانی و سلامت عمومی و کارکرد جسمی بهتر و فعالیت و قاطعیت همراه است. بنابراین شخصی که دارای چنین ویژگی‌های مثبت شخصیتی باشد، در روابط فردی شادتر، اجتماعی‌تر و خوش‌بینی بیشتری دارد و احساسات و عواطف خود را به راحتی بروز می‌دهد. و از آنجایی که در چند تحقیق معلوم شد که برون‌گرایی با

سلامت هیجانی همبستگی مثبت داشته به عنوان یکی از مؤلفه‌های شخصیتی که با نداشتن احساس گناه غیر مرضی در این بیماران همراه است که دلیل آن را شاید بتوان این گونه تبیین نمود که با داشتن تمایلات اجتماعی قوی و برخورداری از روابط بین فردی که موجب سازگاری روانشناختی بهتر با بیماری آرتريت روماتوئید و عوارض نامطلوب این بیماری می‌شود، همچنین برونگرایی با بهزیستی جسمانی و روانی همبستگی دارد (کاستا و مک ری؛ ۱۹۹۲). برون‌گرایان حالات خلقی مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و کمتر به بیماری‌های مزمن مثل آسم، آرتريت روماتوئید، زخم‌های گوارشی و بیماری‌های قلبی مبتلا می‌شوند (فریدمن و همکاران، ۱۲۷: ۱۹۹۲).

این مطالعه نشان داد که احساس گناه مرضی با روان رنجوری رابطه مثبت دارد و احساس گناه غیر مرضی با برون‌گرایی و سازگاری رابطه منفی دارد. نتیجه بدست آمده از تأثیر صفات شخصیتی در بروز هیجانات حمایت می‌کند که با یافته‌های امیدوار مقدم (۱۳۹۱)، فاضلی (۱۳۹۰)، هایفانتیس، گولیا و کاروالوه (۲۰۱۳)، کریم زاده و بشارت (۲۰۱۱)، غیابی و بشارت (۲۰۱۱) همسو می‌باشد، که می‌توان بدین صورت تبیین نمود که چون افراد برون‌گرا به خاطر داشتن برخی از ویژگی‌ها از جمله اجتماعی بودن، با جرات بودن و فعال که از مهمترین صفات آن‌ها می‌باشد و اینکه افرادی هستند که با انرژی و خوش‌بین می‌باشند و افرادی که در سازگاری نیز نمره بالایی دارند همانند برون‌گرایی دارای تمایل به روابط بین فردی می‌باشند و اساساً افراد نوع دوست می‌باشند که این صفات کمک می‌کند که افراد نسبت به خویشتن احساس مطلوبی داشته باشند و در مدیریت هیجانات مخرب موفق‌تر باشند و شیوه سازگاران-

تری را اتخاذ نمایند.

هایفانتیس و گولیا و کاروالوه (۳۶۲:۲۰۱۳) مطالعه‌ای را با هدف بررسی ویژگی‌های شخصیتی، مکانیسم دفاعی و ویژگی‌های خصومت در ارتباط با شدت علائم جسمی در سلامت و بیماری انجام دادند که نتایج بدست آمده نشان داد سن بالا، تحصیلات کم، روان رنجوری بالاتر، تصویب مکانیسم دفاعی جا به جایی و نشانه‌های افسردگی با شدت علائم جسمی همراه است و همچنین شدت علائم جسمی بالاتر با ویژگی‌های درون‌گرا تر و همچنین استفاده کردن از سبک دفاعی خود فدا کردن و انتقاد از خود بین شرکت کنندگان بیماری‌های مزمن وجود داشت.

در تبیین و نتیجه‌گیری این یافته می‌توان گفت که مؤثرترین قلمرو مقیاس تقابل سازگاری با ثبات عاطفی با ناسازگاری یا نوروگرایی می‌باشد. روان‌رنجورها نگران، ناایمن، عصبی و بسیار دل‌شوره‌ای هستند. تمایل عمومی به عواطف منفی چون ترس، دست‌پاچگی، عصبانیت، احساس گناه و نفرت مجموعاً حیطه روان‌رنجور خویی را تشکیل می‌دهند. زیر مقیاس‌های روان‌رنجوری شامل اضطراب، پرخاشگری، خود نگرانی، تکانش‌وری و آسیب‌پذیری می‌باشد (میشل، شیدا و اسمیت، ۲۰۰۴: ۹۴۹).

همچنین مشخص شده است عامل روان‌رنجوری با ناراحتی‌های روانشناختی مرتبط است و سطح بالای برون‌گرایی و سطح پایین روان‌رنجوری با رفتارهای سازگار و سلامت روانشناختی مرتبط است و در تبیین این امر میتوان چنین استدلال کرد که روان رنجوری به واسطه‌ی مرتبط بودن با صفات شخصیتی منفی الگوهای ناسالمی از

ارتباط شخص با محیط اجتماعی و فیزیکی ایجاد می‌کنند. وجود چنین عامل سوگیری در تفسیر و توجه به محرک‌های درونی و بیرونی است و با قضاوت‌های نادرست همراه می‌باشد که نهایتاً به آگاهی بازدارنده منجر می‌شود. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با بعد شخصیتی روان رنجوری رابطه منفی و با ابعاد برون‌گرایی و سازگاری رابطه مثبت دارد. که نشان‌دهنده این می‌باشد که افرادی که روان‌رنجور می‌باشند کمتر به خودشان اهمیت می‌دهند و در مورد افرادی که برون‌گرا و سازگار می‌باشند بیشتر به سمت سبک ارتقاءدهنده سلامت می‌روند که با چند مورد از ابعاد این سبک همسو می‌باشد (مثل ارتباطات میان فردی و مدیریت استرس و رشد معنوی). نتایج بدست آمده با یافته‌های فاضل کلخوران (۱۳۹۰)، صبحی (۱۳۸۹) همسو می‌باشد.

صبحی (۱۳۸۹) و همکاران مطالعه‌ای به منظور تعیین اثر ناتوانی و افسردگی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به ام‌اس انجام دادند که گزارش کردند نمره افراد مبتلا به ام‌اس در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی نسبت به افراد سالم پایین‌تر است و نمره مقیاس EDSS تنها مقیاس کارکرد جسمانی پیش‌بینی می‌کند و افسردگی در افراد مبتلا به ام‌اس به‌طور معناداری بالاتر از گروه سالم است.

در تبیین و نتیجه‌گیری این یافته می‌توان گفت، افراد برون‌گرا حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌کنند که همین حمایت اجتماعی باعث تشویق فرد به پیروی از سبک‌های سالم زندگی می‌شود و این سبک‌های رفتاری مثبت روی سیستم ایمنی بدن آن‌ها تأثیر گذاشته و باعث ارتقاء سلامت و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. به‌طور کلی افرادی که قادر به حفظ شبکه‌های ارتباطی خود در خلال زندگی باشند،

احساسی از مهار شخصی و اعتماد به نفس در آن‌ها شکل می‌گیرد که به نوبه خود امکان تحمل بیماری، تنهایی و جدایی از خانواده و دوستان را برای آن‌ها فراهم می‌سازد. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که شبکه گسترده ارتباط‌های اجتماعی و متعاقب آن فعالیت‌های اجتماعی عامل مهمی برای فراهم شدن تجارب مثبت و پاداش دهنده برای افراد به شمار می‌روند که افزایش احساس خود ارزشمندی و کاهش ابتلا به اختلالات روانشناختی را در پی خواهد داشت (هدت و کندی، ۲۰۰۲؛ لینام و گودوینس، ۲۰۰۵؛ به نقل از پور محمدرضای تجریشی و میرزمانی بافقی، ۲۲۳: ۱۳۸۶).

نتایج مطالعه نشان داد که بین ابعاد شخصیتی، روان رنجوری و وظیفه‌شناسی در زنان بیشتر از مردان می‌باشد. که با مطالعه محمدی معین همسو می‌باشد (محمدی، ۱۳۸۶) که نشان داد در زنان ۲۰-۳۰ و ۳۰-۵۰ سال گرایش‌های روان رنجور خوبی کمی بیشتر است. در حالی که در دانشجویان مرد و زن ۲۰-۳۰ روان رنجور خوبی بالایی دارند و همچنین زنان ۲۰-۳۰ و ۳۰-۵۰ و دانشجویان مرد و زن ۲۰-۳۰ برون‌گراتر، گشودگی بیشتر به تجربه دارند. زنان ۲۰-۳۰ و ۳۰-۵۰ و مردان ۳۰-۵۰ ساله خوشایندی و وظیفه‌شناسی بیشتری دارند. در تبیین و نتیجه‌گیری این یافته می‌توان گفت، فرضیات بیولوژیکی که تفاوت‌های جنسی را بررسی می‌کند برخاسته از تفاوت‌های مزاجی غریزی میان احساسات جنسی می‌باشد و انتخاب طبیعی را در بر می‌گیرد. سایر مفروضات بیولوژیکی بررسی تفاوت‌های جنسی در افسردگی و به‌طور کلی تنش و روان رنجور خوبی را مطرح می‌کنند. این توضیحات به تفاوت‌های هورمونی و تأثیرات روی خلق، شخصیت و تفاوت‌های جنسی در زمینه‌های ژنتیکی و آسیب‌های روانی اشاره دارد.

انسان‌شناس معروف مارگارت مید (۱۹۳۵)، مسئله تفاوت‌ها در خلق و خوی زنان و مردان را در کتاب «جنس و خلق و خوی» در سه جامعه اصلی مطرح می‌کند. این مطالعه اولیه به این نتیجه می‌رسد که لزومی به وجود تفاوت‌ها در صفات و خلق و خوی بین جنس‌ها نیست. تفاوت‌های مشاهده شده در خلق و خوی بین زن و مرد، ناشی از تفاوت‌های زیستی آن‌ها نیست بلکه حاصل تفاوت‌ها در اجتماعی شدن و انتظارات فرهنگی برای هر جنس است (فاضل کلخوران، ۱۳۹۰). در نتیجه در مورد این یافته تحقیق می‌توان گفت در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید از طرفی به دلیل فشارها و استرس‌های امروزی، شاغل شدن زنان، مسئولیت‌های فرزندان و از طرفی وجود این بیماری که علاوه بر درد، محدودیت‌های حرکتی به همراه دارد که باعث کاهش فعالیت و در مقابل باعث ایجاد اضطراب، افسردگی، نگرانی و ترس و دست‌پاچگی بیشتر می‌شود و این مفروضات با ویژگی‌های روان‌رنجوری و وظیفه‌شناسی مرتبط است. که روان‌رنجوری فرد را مضطرب، نامعقول و دم‌دمی مزاج می‌کند و بعد وظیفه‌شناسی نیز که با وجود محدودیت‌های حرکتی فرد دچار عزت نفس ضعیف‌تر و مستعد دچار شدن به احساس گناه بیشتر می‌شود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در مردان بیشتر از زنان می‌باشد. که نتایج بدست آمده از تأثیر جنسیت بر شکل‌گیری رفتار حمایت می‌کند که با یافته‌های بارگان همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. کریشان^۲ (۲۰۰۳): ۴۹۶ مطالعه‌ای با هدف استعمال دخانیات، جنسیت و آرتریت روماتوئید (شواهد همه‌گیرشناسی برای سبب‌شناسی نتایج حاصل از سیستم نظارتی فاکتور رفتار ریسک‌پذیر)

۱ Barragán

۲ Krishnan, E

انجام داد، که گزارش کرد جنس مونث و زنانی که یک بار مصرف دخانیات را تجربه کرده‌اند، بیشتر مستعد ابتلا به آرتریت روماتوئید هستند.

در تبیین و نتیجه‌گیری این یافته می‌توان گفت که احتمالاً یکی از دلایل بیشتر ابتلای زنان به این بیماری همین عوامل باشد. و همچنین زنان نسبت به مردان روان-رنجورتر می‌باشند و روان‌رنجوری با احساس گناه مرضی رابطه مثبت دارد پس می‌توان نتیجه گرفت که آن‌ها در معرض اضطراب و افسردگی بیشتری قرار دارند که افسردگی با تضعیف سیستم ایمنی بدن، می‌تواند میزان اثر بخشی اقدام‌های درمانگری و کیفیت بهبودی را کاهش دهد. از طرفی اضطراب، می‌تواند به مشکلاتی در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم‌های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی، تعامل اجتماعی ضعیف و کیفیت زندگی مختل شده منجر شود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه احساس گناه (مرضی و غیر مرضی) با ابعاد شخصیت و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید رابطه معناداری داشت که می‌توان این‌گونه بیان کرد که ابعاد شخصیت بر روی هیجان‌اتی که افراد تجربه می‌کنند تأثیر می‌گذارد و همچنین با پیروی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت مانند مدیریت استرس، رشد معنوی و غیره می‌توان در کنترل آنها تأثیر گذار بوده که این موارد باعث کاهش اضطراب، افزایش اعتماد به نفس و از سویی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی در فرد جلوگیری کرده و می‌تواند بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی بیماران تأثیر مثبت بر جای گذاشته و به‌طور واضح باعث افزایش عملکرد فرد و بهبود کیفیت زندگی آنان گردد. در خصوص محدودیت‌های این پژوهش

می‌توان به عدم وجود مراکز فعال روماتیسمی که مانع از انجام نمونه‌گیری به صورت تصادفی و عدم امکان کنترل تمامی شرایط و متغیرهای مداخله‌گر، عدم پژوهش‌های کافی در این زمینه اشاره نمود. توصیه می‌شود در طول درمان با توجه به طولانی بودن مدت درمان، اقدامات روان‌شناختی در کنار سایر اقدامات به منظور سازگاری و گذر بهتر شرایط ایجاد شده صورت گیرد. پس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی، اقدامات روان‌شناختی در کنار سایر اقدامات به منظور سازگاری صورت گیرد و با توجه به اینکه بیماری نه تنها بر روی فرد تأثیر منفی و ناخوشایندی دارد بلکه تک تک اعضای خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ می‌توان به هر یک از افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید و خانواده‌های آنها آموزش داد که چگونه با هر یک از عوامل و شرایط ناخوشایند جسمی و روانی مقابله کنند تا نتیجه بهتری را کسب نمایند. پژوهش حاضر بر روی افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد در تحقیقات آینده می‌توان خانواده‌های این گروه از افراد را نیز مورد مطالعه قرار داد چرا که خانواده می‌تواند نقش بسزایی در طول درمان ایفا کند.

منابع

- امیدوار مقدم، ز. (۱۳۹۱)، *رابطه ویژگی‌های شخصیت با مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران هیپاتیت B و C*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد کرج.
- پورمحمدرضای تجریشی، م و م، میرزایی بافقی (۱۳۸۶)، ارتباط بین فعالیت سیستم‌های مغزی- رفتاری، حمایت اجتماعی و افسردگی، *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، سال ۷، شماره ۲۶، ۲۲۳-۲۴۵.
- خدادادی، ف. (۱۳۸۸)، *رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و ویژگی‌های شغلی کارکنان با تعهد سازمانی آن‌ها در سازمان آب و برق اهواز*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اهواز.
- خیرجو، اسماعیل (۱۳۸۹)، *بررسی سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در آرتروز روماتوئید براساس الگوی ارتقاء سلامت پندر*، پایان‌نامه دکترای روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد کرج.
- رحیمیان بوگر، ا (۱۳۸۸)، *روانشناسی سلامت*، تهران: انتشارات دانژه.
- سارافینو، ا. (۲۰۰۲)، *روانشناسی سلامت*، ترجمه الهه میرزایی و جمعی از همکاران (۱۳۸۷)، تهران: انتشارات رشد.
- صبحی، ا. (۱۳۸۹)، *ارتباط ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روانی سبک کنارآمدن با استرس و الگوی عملکرد والدین با کنترل متابولیک در کودکان مبتلا به دیابت نوع اول*، پایان‌نامه دکترای روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد کرج.
- ضرابی‌ها، اصغر (۱۳۸۲)، «بررسی رابطه بین احساس گناه آسیب‌شناختی و غیر آسیب‌شناختی با نگرش مذهبی و سلامت روانی در دانشجویان دانشگاه تهران»، پایان‌نامه

- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه الزهرا تهران.
- فاضل کلخوران، جمال (۱۳۹۰)، مقایسه پنج عامل بزرگ شخصیتی بین مردان و زنان ورزشکار و غیر ورزشکار، *نشریه رشد و یادگیری حرکتی-ورزشی*، شماره ۸، صص ۸۱-۹۸.
- فاضلی، ر. (۱۳۹۰)، *مقایسه رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و سبک‌های مقابله با استرس در دانشجویان نابینا و عادی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد کرج.
- گروسی فرشی، میر تقی؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ قاضی طباطبایی، سید محمود (۱۳۸۰)، *کاربرد آزمون جدید شخصیتی نئو (NEO) و بررسی تحلیل ویژگی‌ها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران*، ۱۱(۳۹): ۱۹۸-۱۷۳.
- محمدی معین، ا. (۱۳۸۶)، *اثر جنسیت و سن بر ویژگی‌های شخصیت از طریق آزمون NEO-PI-R*، پایان‌نامه دکتر، دانشگاه آزاد اسلامی کرج.
- محمودی، م. (۱۳۹۱)، *درمان شناختی- رفتاری گروهی در مراقبان خویشاوند مبتلا به آلزایمر برای افزایش سلامت روان، کاهش احساس گناه و تغییر راهبردهای مقابله با استرس آنها اثر بخش است*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات.
- الن. أ. راس. (۱۳۸۶)، *روانشناسی شخصیت (نظریه‌ها و فرآیندها)*، ترجمه سیاوش جمالفر، تهران، نشر روان.
- صفاری نیا، مجید؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ برادران، مجید (۱۳۹۳)، *رابطه ابعاد شخصیت با حل مسأله و بهزیستی روانشناختی: نقش خودشیفتگی*، فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۵ (۱۷): ۸۹-۱۰۲.

- Anderson, K. L. and C. S. Burckhardt (1999), “Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research.” *Journal of advanced nursing* 29(2): 298-306.
- Barragán-Martínez, C. Amaya-Amaya, J. Pineda-Tamayo, R. Mantilla, R. D. Castellanos-de la Hoz, J. Bernal-Macías, S. Rojas-Villarraga, A. and Anaya, J. ,M. (2012), *Gender Differences in Latin-American Patients with Rheumatoid Arthritis*. GENDER MEDICINE/VOL. 9, NO. 6.
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995), “A framework for studying personality in the stress process”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890–902.
- Costa, P.T. and McCrae, R.R. (1992), “*Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five factor inventory (NEO-FFI) professional manual*”. Psychological assessment resources, Odessa, FL.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990), “Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Friedman, L. C., Nelson, D. V., Bear, P. E., Lane, M., Smith, F. E., & Dworkin, R. J. (1992), “*The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients*”, *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 127-141.
- Ghiabia, B., & Besharat, M. A. (2011), *An investigation of the relationship between Personality dimensions and emotional intelligence*: Procedia – Social and Behavioral Sciences, 30: 416 – 420.
- Goli Z, Asghari-Moghadam A, Moradi A. (2014), *Experimental effects of mood and stress induction on pain intensity in migraine patients*, *Feyz*; 18(3): 201-10.

- Hyphantis, T., Goulia, P., Andre, F. Carvalho, C. (2013), Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease, *Journal of Psychosomatic Research VOLE*. 75- P. P: 362–369.
- Karimzade, A. Besharat, M. A. (2011). *An investigation of the relationship between personality dimensions and Stress coping styles*, Procedia – Social and Behavioral Sciences, 30: 797 – 802.
- Karina Silva Luna, A. Ana, M. Ortiz, B. Esther, P. Carmen Aguilera, C. (2012). *Teresa Velasco, B.: Rosario Garc. Vicuña, B. Isidoro Gonzalez-Alvarob**, Influence of the Structure of Mood in the Assessment of Rheumatoid Arthritis: *Reumatol Clin.*; 8(6): 328–333.
- Krishnan, E. (2003). *Smoking, gender and rheumatoid arthritis—epidemiological clues to etiology Results from the behavioral risk factor surveillance system.*: *Joint Bone Spine* ,70: 496–502.
- Krol, B., R. Sanderman, et al. (1993). “*Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research.*” *Patient education and counseling* 20 (2): 101-120.
- Leventhal, H., Nerenz, D., & Strauss, A. (1982). “*Selfregulation and the mechanisms for symptom appraisal. In: D. Mechanic (Ed.), Monograph series in psychosocial epidemiology*” 3: Symptoms, illness behavior, and helpseeking (pp. 55-86), New York: Neale Watson.
- Lumley, M. A. , James C. C. , Leisen, B. R. , Ty Partridge ,A. Tina, M. Meyer, C. Alison, M. Radcliffe ,D. Debra, J. Macklem ,E. Linda ,A. Naoum ,A. Jay, L. Cohen, A. F. Lydia, M. Lasichak, G. Michael, R. Lubetsky, B. Angelia, D. Mosley-Wiliams, Jose L. Granda. (2011). *Does emotional disclosure about stress improve health in rheumatoid arthritis?* Randomized, controlled trials of written and spoken disclosure. *PAIN*_ 152. pp, 866–877.
- Mardani Hamouleh M, Shahraki Vahed A, Moshtagh Eshgh Z. (2010). “The relationship between general health and sleep quality

- in patients with rheumatoid arthritis”. *Journal of Jahrom University of medical science* 8(2); 34-40.
- McCrae, R.R., Costa, P.T., & Busch, C.M. (1986). “Evaluating comprehensiveness in personality systems: The California Q-set and the five factor model”. *Journal of Personality*, 54, 430–446.
 - Mead, M. (1935). *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. Illustrated, reprint.
 - Mischel, W., Shoda, Y., & Smith, R. E. (2004). “*Introduction to personality: Toward an integration* (7th Ed.)”, New York: Wiley . 935-949.
 - Mohammadi Zeidi, I. Pakpour Hajiagha, A. Mohammadi Zeidi, B. (2012). *Reliability and Validity of Persian Version of the HealthPromoting Lifestyle Profile*. *J Mazand Univ Med Sci* 22(1): 103-113.
 - Mohammadian, S. & B. Mohammadrezapour (2014). “*Personality Dossier Necessity in Iran Criminal Process*.” *IJFM19* (2): 321-330.
 - Ramirez-maestre, C., Martinez, A. E. L., & Zarazaga, R. E. (2004). Personality characteristics as Differential variables of the pain experience, *Journal of Behavioral Medicine*, 27,147-163.
 - Razavian, F., M. ABBASI, et al. (2009). “*The relationship between depression and the quality of life in patients with rheumatoid arthritis*”.
 - Rupp, I., H. C. Boshuizen, et al. (2004). “*Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis*.” *Arthritis Care & Research* 51(4): 578-585.
 - Sáez-Francàs, N. Sergi Valero, A. NataliaCalvo, A. B. Montserrat Gomà-i-Freixanet, C. José Alegre, A. FernándezdeSevilla, S. MiquelCasas A,B. (2014). *Chronic fatigue syndrome and personality: A case-control study using the alternative five factor model*: *Psychiatry Research*. 2(16): 373–378.

- Stoudemire, A., & Stephen MC Daniel, J. (1997). *Psychological factors affecting medical conditions*. In: Sadock B, Sadock V, editors. Synopsis of psychiatry 8th edition, New York: Lippincott Williams & Wilkins, 797-828.
- Yousefi, H*. Chopra, A. Farrokhsertesht, R. Sarmukaddam, S. (2014), Clinical assessment and health status in standard care in Indian and Iranian patients suffering fromrheumatoid arthritis (RA): *Indian journal ofrheumatology* xxx 1 e5.57-61.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1987), *The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics*, Nursing Research, 36(2), 76-81.