

نقش میانجی بهزیستی روانی در رابطه بین باورهای فراشناختی و تیپ شخصیتی D با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به پسوریازیس

مهناز علی اکبری دهکردی^۱، احمد علی پور^۲، پرستو عباسپور^۳، الیاس سلیمی^۴، یارحسین صفری^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش باورهای فراشناختی، تیپ شخصیتی D و بهزیستی روانی در پیش‌بینی شدت علائم بیماری پسوریازیس انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه مورد مطالعه را تمامی افرادی تشکیل داد که برای درمان بیماری پسوریازیس به درمانگاه‌های پوست شهر کرمانشاه در زمستان سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه، تعداد ۱۱۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. از بین این تعداد، ۵۱ نفر مرد بودند. پس از تکمیل مقیاس درجه‌بندی شدت علائم پسوریازیس توسط پزشک، پرسش‌نامه‌های مورد نظر شامل مقیاس تیپ شخصیتی D، پرسش‌نامه بهزیستی روانی، پرسش‌نامه فراشناخت Cartwright-Hatton و Wells اجرا گردید. روش ضریب همبستگی Pearson و معادلات ساختاری برای تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که باورهای فراشناختی و تیپ شخصیتی D رابطه منفی و معنی‌داری با بهزیستی روانی داشت. همچنین، باورهای فراشناختی و سنخ شخصیتی D، از طریق کاهش بهزیستی روانی، شدت علائم بیماری پسوریازیس را پیش‌بینی نمود.

نتیجه‌گیری: کمک در غنی‌سازی بهزیستی فردی در تمامی مؤلفه‌های آن از طریق مداخلات آموزشی روان‌شناختی متناسب می‌تواند کمکی در جهت تسریع درمان مبتلایان به این بیماری باشد.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، بهزیستی روانی، تیپ شخصیتی D، پسوریازیس

ارجاع: علی اکبری دهکردی مهناز، علی پور احمد، عباسپور پرستو، سلیمی الیاس، صفری یارحسین. نقش میانجی بهزیستی روانی در رابطه بین باورهای فراشناختی و تیپ شخصیتی D با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به پسوریازیس. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۱): ۸۵-۹۱.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۱۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۱۴

گزارش شده است (۶) و به طور کلی حدود ۲ درصد کل جمعیت اروپا را درگیر کرده است (۴).

پسوریازیس برای مدتی طولانی بیمار را درگیر می‌نماید و هزینه زیادی را بر وی تحمیل می‌کند (۷). این بیماری به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های التهابی پوستی، تحت تأثیر عوامل مستعد کننده گوناگونی مانند نژاد، موقعیت جغرافیایی، عوامل ژنتیکی و شرایط محیطی قرار دارد (۶). با این حال، Richards و Griffiths بر منشأ روان‌تنی بیماری تأکید کرده و عوامل تنش‌زا را مهم‌ترین ماشه‌چکان و تشدید کننده روند بیماری دانسته‌اند (۸). جنبه‌های روان‌شناختی و درمان جسمانی بیماری پسوریازیس تعامل دو طرفه‌ای با یکدیگر دارند. از یک سو، جنبه‌های روانی منفی پسوریازیس تأثیر مستقیمی بر سلامت روان‌شناختی بیمار دارد و به طور بالقوه در وخامت بیماری تأثیر می‌گذارد که این وضعیت، انگیزه درمان و امید به بهبودی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و در روند

مقدمه

از آنجایی که بیماری‌های پوستی برای زندگی خطر تهدیدآمیزی به شمار نمی‌روند، به طور گسترده‌ای توسط افراد اجتماع نادیده گرفته می‌شوند و به آن‌ها توجهی نمی‌گردد (۱). هرچند این بیماری‌ها کشنده نیستند و مانع فعالیت روزمره نمی‌شوند، اما مانند سایر بیماری‌ها کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ به ویژه وقتی که نشانه‌های بیماری در نواحی آشکار بدن مانند پوست ظاهر شود (۲). یکی از این امراض پوستی که به صورت آشکار بر احساس بهزیستی بیمار، تصویر بدنی و خودپنداره وی اثر می‌گذارد (۳)، بیماری پسوریازیس است. پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن، التهابی، عود کننده و لاعلاج می‌باشد (۴) و زمانی رخ می‌دهد که سیستم ایمنی بدن پیام‌های معیوبی می‌فرستد و منجر به افزایش سرعت چرخه رشد سلول‌های پوست می‌شود (۵). شیوع این بیماری در آمریکا ۲-۶ درصد و در جوامع مختلف ۴/۸-۰/۶ درصد

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

۳- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۴- استادیار، گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۵- پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

نویسنده مسؤول: پرستو عباسپور

Email: pabaspour@yahoo.com

علائم اضطرابی، ترس اجتماعی، وابستگی به الكل، اختلال استرس پس از سانحه و اسکیزوفرنی را بررسی نموده (۳۷)؛ در حالی که مطالعات داخلی تنها به بررسی افسردگی، وسواس و علائم اضطرابی (۲۸، ۶) و کیفیت زندگی (۲۹) این بیماران پرداخته‌اند. علاوه بر این، مطالعات انجام شده در ایران بیشتر به ابعاد درمانی بیماران مبتلا به پسروریازیس به خصوص دارو درمانی و روان‌درمانی (۳۱، ۳۰، ۱۱، ۹)، توجه کرده و به دنبال بهبود روابط اجتماعی بیماران و اصلاح الگوی زندگی آنان بوده‌اند (۳۲). اگرچه درمان و مدیریت پایدار و موفقیت‌آمیز این بیماری لازم است و به نقش فعال بیمار در پیشگیری و کاهش منابع استرس روانی بستگی دارد (۴)، شناخت عوامل روان‌شناختی مؤثر در تداوم و تشدید این بیماری نیز امری اجتناب‌ناپذیر و ضروری است. همچنین، بسیاری از متخصصان اعتقاد دارند که اختلالات روانی از جمله مشکلات شایع در بیماران پوستی (مانند بیماران مبتلا به پسروریازیس) می‌باشد که باید به آن توجه شود و شدت و وسعت مشکل مشخص گردد تا متخصص بر آگاهی خود در مورد آن اختلالات افزوده، بتواند مداخلات صحیحی را انجام دهد (۳۳). بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی بهزیستی روانی در رابطه بین باورهای فراشناختی و تیپ شخصیتی D با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به پسروریازیس انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهشی از تمامی افرادی که از دی ماه تا پایان اسفند سال ۱۳۹۳ برای درمان بیماری پسروریازیس به درمانگاه‌های پوست شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند، تشکیل شد. برای انتخاب نمونه، تمام این افراد مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از دریافت تشخیص قطعی بیماری پسروریازیس توسط پزشک متخصص پوست، عدم دریافت دارویی که اثرات روان‌شناختی داشته باشد و نداشتن سابقه اختلال روانی بود. در نهایت، از بین افرادی که دارای این ملاک‌ها بودند، ۱۱۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. از این تعداد، ۵۱ نفر مرد و ۶۴ نفر زن بودند. سپس، پرسش‌نامه‌های مورد نظر بر روی نمونه‌ها اجرا گردید.

مقیاس تیپ شخصیتی D

مقیاس تیپ شخصیتی D توسط de Jonge و همکاران تدوین شده است و ۱۴ گویه شخصیتی دارد. این گویه‌ها مؤلفه‌های عواطف منفی و بازداری اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها باید به این پرسش‌نامه به صورت «هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه» پاسخ دهند. ضریب Cronbach's alpha خرده مقیاس‌های عواطف منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمد. ضریب اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A، ۰/۶۳ گزارش گردید (۳۴). ذوالجناحی و وفایی نیز همسانی درونی خرده مقیاس عواطف منفی را ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده مقیاس بازداری اجتماعی را ۰/۶۹ محاسبه کردند (۳۵).

پرسش‌نامه فراشناخت Wells و Cartwright-Hatton

برای سنجش باورهای فراشناختی در پژوهش حاضر از مقیاس فراشناخت Wells و Cartwright-Hatton استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۶۵ آیتم بود که از یک مقیاس چهار درجه‌ای (موافق نیستم، کمی موافقم، تا حدی

درمان تداخل ایجاد می‌کند و از سوی دیگر، کنترل یا بهبود علائم بیماری، بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران نقش مهمی را ایفا می‌نماید (۹). با این که بررسی‌های به عمل آمده نشان داده‌اند که در ۳۷ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به پسروریازیس، علائم بیماری به دنبال هیجان‌های منفی و احساس افسردگی تشدید می‌شود (۱۱، ۱۰)، بدیهی است که بیماری با توجه به ایجاد فشارهای جسمانی، روانی و مالی، تأثیر منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد (۱۶-۱۲). اگرچه سطح رضایت از زندگی در این بیماران به نسبت مناسب است، اما در مقایسه با افراد غیر بیمار، سلامت و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند (۱۷). درک این دسته از بیماران از سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی آن‌ها همواره تحت تأثیر این بیماری قرار دارد (۱۸)؛ به گونه‌ای که بیش از ۶۵ درصد بیماران از بین تمام علل احتمالی بیماری همچون عوامل ژنتیکی، تغذیه، نحوه مراقبت از بیماران و عوامل عفونی، استرس روان‌شناختی را عامل پیشرفت بیماری خود می‌دانند و نقش عوامل ژنتیکی را کمتر از ۵۰ درصد بیان می‌کنند (۱۹). در تأیید نظر بیماران، نتایج یک بررسی نشان داد که رابطه مثبت و معنی‌داری بین سازگاری زوجین، مرگ و میر روان‌شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای خانوادگی در بیماران مبتلا به پسروریازیس و همسران آن‌ها وجود دارد و بیماران دارای کیفیت زندگی پایین‌تر، اغلب همسران مضطرب‌تر و افسرده‌تری دارند (۲۰).

شواهد موجود حاکی از آن است که افراد مبتلا به بیماری پسروریازیس، در معرض استرس، افسردگی و افکار منفی قرار دارند (۹). به نظر می‌رسد که این وضعیت روانی می‌تواند تحت تأثیر شخصیت بیماران از جمله شخصیت نوع D باشد. افراد دارای تیپ شخصیتی D، دو ویژگی بارز شامل «عواطف منفی و بازداری اجتماعی» دارند. عواطف منفی تمایل افراد به تجربه احساسات منفی در موقعیت‌های مختلف و بازداری اجتماعی تمایل فرد برای اجتناب از ابراز این هیجان‌های منفی در تعاملات اجتماعی می‌باشد (۲۲، ۲۱). از طرف دیگر، بروز عواطف و احساسات منفی در این سنخ شخصیتی می‌تواند ریشه در باورهای فراشناختی داشته باشد. فراشناخت دانش یا فرایندی، شناختی است که در ارزیابی، بازبینی یا کنترل شناخت مشارکت دارد و عملکرد شناختی را تنظیم می‌نماید و آگاهی فرد از فرایند تفکر و توانایی‌اش در کنترل این فرایند است (۲۳-۲۲).

از سوی دیگر، بهزیستی روانی از دو بعد شناختی و عاطفی تشکیل شده است و تحت تأثیر شخصیت و باورهای فرد قرار دارد (۲۵). از نظر Ryff، بهزیستی روانی عبارت از تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد می‌باشد. در این دیدگاه، بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقا است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد تجلی می‌یابد. وی بهزیستی فردی را شامل ابعاد متفاوتی می‌انگارد که شامل پذیرش خود، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی، داشتن ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و خودمختاری می‌باشد (۲۶). بر این اساس، پایین بودن سطح بهزیستی روانی فرد، نشان دهنده عواطف و افکار منفی و معیوب او می‌باشد که می‌تواند منجر به تشدید علائم پسروریازیس در فرد گردد.

با وجود افزایش قابل ملاحظه شیوع پسروریازیس در سال‌های اخیر، ارزیابی دقیقی از شیوع بیماری و ارتباط بین شدت بیماری و آسیب‌شناسی روانی آن در ایران صورت نگرفته است (۶). مطالعات خارجی عواملی همچون افسردگی،

جدول ۱. داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	کل	زن	مرد
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
سن (سال)	۱۸/۰ ± ۷/۲	۱۷/۱ ± ۶/۱	۱۸/۴ ± ۸/۴
بهبودی	۴۷/۰ ± ۷۹/۹	۴۷/۹ ± ۷۸/۷	۴۶/۹ ± ۸۰/۱
باورهای فراشناختی	۱۱۴/۰ ± ۴۵/۶	۱۱۴/۰ ± ۴۷/۸	۱۱۴/۰ ± ۴۰/۳
تیپ D	۱۴/۰ ± ۸/۴	۱۳/۷ ± ۵/۱	۱۴/۹ ± ۹/۸
شدت بیماری	۵/۳ ± ۱/۴	۵/۵ ± ۱/۳	۵/۰ ± ۱/۵

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، همبستگی تیپ D با بهبودی روانی، باورهای فراشناختی با بهبودی روانی و شدت بیماری با بهبودی روانی منفی بود، اما شدت بیماری با تیپ شخصیتی D و باورهای شناختی همبستگی مثبتی را نشان داد. برای بررسی معنی‌داری روابط بین متغیرهای مدل پیشنهادی نیز از رگرسیون خطی استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون خطی در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۲. همبستگی بین متغیرهای ذکر شده در پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳
بهبودی روانی	-		
تیپ D	-۰/۳۳۶	-	
باورهای فراشناختی	-۰/۲۶۸	۰/۲۵۴	-
شدت	-۰/۴۰۲	۰/۳۸۸	۰/۳۷۰

جدول ۳ نشان داد که تیپ شخصیتی D و بهبودی فردی، ۱۳ درصد بهبودی روانی را تبیین کرد. در جدول ۴ نتایج رگرسیون خطی برای پیش‌بینی شدت بیماری از طریق تیپ شخصیتی D، باورهای فراشناختی و بهبودی روانی آمده است. همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، تیپ شخصیتی D، باورهای فراشناختی و بهبودی روانی ۲۶ درصد شدت بیماری را پیش‌بینی نمود. همچنین، برازش کلی روابط بین متغیرهای مدل پیشنهادی نیز از لحاظ آماری معنی‌دار بود (شکل ۱).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی بهبودی روانی در رابطه بین باورهای فراشناختی و تیپ شخصیتی D با شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تیپ شخصیتی D و باورهای فراشناختی به صورت منفی و معنی‌داری بهبودی فردی را پیش‌بینی می‌کند که با یافته‌های مطالعات قبلی (۲۲، ۲۱) همخوانی دارد.

جدول ۳. نتایج رگرسیون خطی برای پیش‌بینی سلامت بهبودی روانی از طریق تیپ شخصیتی D و باورهای فراشناختی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیلی	F	P	B	β	t	P
بهبودی روانی	تیپ شخصیتی D	۰/۳۵۸	۰/۱۴۸	۰/۱۳۳	۹/۷۵۸	۰/۰۰۱	-۲/۷۲۲	-۰/۲۸۸	-۳/۱۷۳	*۰/۰۰۲
	باورهای فراشناختی						-۰/۳۴۲	-۰/۱۹۵	-۲/۱۶۷	*۰/۰۰۲

P < ۰/۰۵*

موافقم و کاملاً موافقم) تشکیل شده است (۳۶). ضریب Cronbach's alpha نسخه ایرانی پرسش‌نامه فراشناخت از ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ و ضریب همبستگی آن با مقیاس اضطراب صفت Spielberger state-trait anxiety inventory (Spielberger) نیز بین ۰/۲۶ تا ۰/۷۳ (P = ۰/۰۵۰) گزارش گردید (۳۷).

پرسش‌نامه بهبودی روانی

برای سنجش بهبودی روانی، پرسش‌نامه بهبودی روانی Ryff مورد استفاده قرار گرفت. Ryff این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۸۹ تدوین نمود. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل اصلی را در برمی‌گیرد. آزمودنی‌ها به این سؤالات در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ می‌دهند. روایی پرسش‌نامه بهبودی روانی از طریق مقایسه آن با آزمون‌های دیگری که بهبودی روانی را می‌سنجند، مانند مقیاس تعادل عاطفی Bradburn، تأیید گردید. نتایج همبستگی آزمون Ryff با هر یک از مقیاس‌های فوق قابل قبول بود. او پایایی این پرسش‌نامه را برای مؤلفه‌های پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰)، هدفمندی در زندگی (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) مناسب گزارش کرد (۳۸). در ایران طی پژوهشی که بر روی نمونه‌های دانشجویی انجام شد، همسانی درونی مقیاس با بهره‌گیری از ضریب Cronbach's alpha مورد سنجش قرار گرفت. نتایج حاصل از بررسی پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه برای گویه‌های تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و خودمختاری به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۰، ۰/۷۰، ۰/۷۱ و ۰/۷۸ به دست آمد و این ضریب برای نمره کلی، ۰/۸۲ بود. روایی این مقیاس نیز مناسب برآورد شده است (۳۹).

شدت علائم بیماری پسوریازیس

برای سنجش میزان شدت علائم بیماری پسوریازیس در افراد با توجه به شاخص شدت و نواحی پسوریازیس (Psoriasis Area and Severity Index) یا PASI، یک سؤال تدوین شد که پزشک مربوط باید شدت علائم بیماری پوستی را بین ۱۰-۰ علامت می‌زد؛ به صورتی که هر قدر این میزان به صفر نزدیک‌تر بود، علائم خفیف‌تر بود و هر چه به عدد ۱۰ نزدیک‌تر می‌شد، علائم شدیدتری گزارش می‌شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و ضریب همبستگی Pearson متغیرهای پیش‌بین و ملاک را بررسی نمود و در این راستا، از نرم‌افزارهای AMOS برای معادلات ساختاری استفاده گردید.

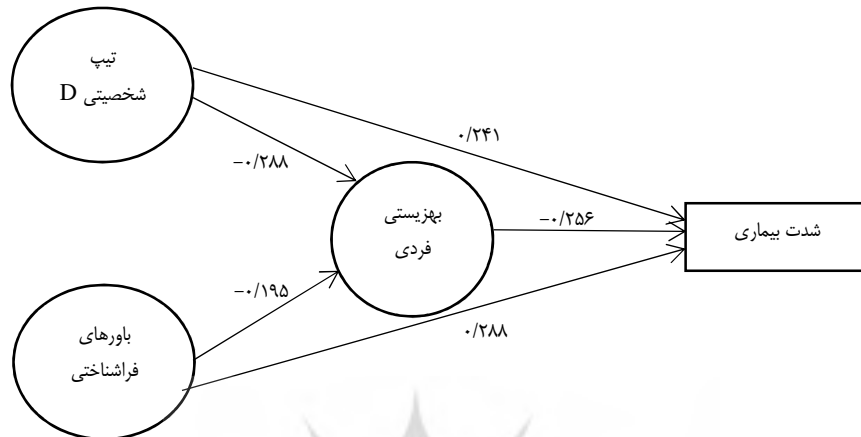
یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات توصیفی به طور کلی و همچنین، به تفکیک جنسیت ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج رگرسیون خطی برای پیش‌بینی شدت بیماری از طریق تیپ شخصیتی D، باورهای فراشناختی و بهزیستی روانی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R ² تعدیلی	P	B	β	P
شدت بیماری	تیپ شخصیتی D	۰/۲۶۶	۰/۰۰۱	۰/۰۴۱	۰/۲۴۱	*۰/۰۰۶
	باورهای فراشناختی			۰/۰۰۸	۰/۲۴۰	*۰/۰۰۵
	بهزیستی روانی			-۰/۰۰۵	۰/۲۵۶	*۰/۰۰۴

P < ۰/۰۵*



شکل ۱. یافته‌های مربوط به برازش داده‌ها در مدل پیشنهادی

فراهیجانی شامل فعالیت‌های خودتنظیمی عملکرد اجرایی کوتاه و پایدار می‌پردازد و به دنبال تغییر پردازش فراشناختی متمرکز بر مشکل، به حل مشکل و یا برآمدن از تکلیف می‌پردازد (۴۴). بر این اساس، باورهای فراشناختی منفی در بیماران مبتلا به پسروریازیس، باعث بروز مشکل در تفسیر احساسات، بروز واکنش آنی و ناتوانی در تنظیم هیجانات و عدم تنظیم سلسله مراتب اهداف به صورت انعطاف‌پذیر و عملی می‌گردد که این مسأله در نهایت به کاهش بهزیستی روانی می‌انجامد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، بهزیستی فردی به طور منفی معنی‌داری توان پیش‌بینی شدت بیماری پسروریازیس را دارد. بهزیستی روانی جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است و به عنوان درک افراد از زندگی در حیطه‌های رفتاری هیجانی، عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف می‌گردد که با نتایج سایر مطالعات (۲۳-۲۱) مشابه می‌باشد. همچنین، بهزیستی انعکاس دهنده کیفیت زندگی ذهنی افراد است و از خلق مثبت، سرزندگی و علاقه به محیط تشکیل شده است (۴۵). بهزیستی روانی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و طراحی شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و تا حدودی پایدار در توالی زندگی منتهی می‌گردد (۴۶). بدیهی است که با کاهش بهزیستی فردی و بروز فرایند علایم روان‌شناختی در هر بیمار، به تدریج بر شدت علایم وی افزوده شود و بیمار شرایط جسمانی بدتری را تجربه کند.

مطالعه حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها در حوزه علوم رفتاری با محدودیت‌هایی مواجه بود. یکی از این محدودیت‌ها، حجم کوچک جامعه و استفاده از نمونه در دسترس بود. این مسأله تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با چالش‌هایی مواجه ساخت. بنابراین، باید در تعمیم نتایج با احتیاط رفتار نمود. در ضمن، با وجود در نظر گرفتن عدم سابقه اختلال روانی برای ورود به مطالعه، وضعیت فعلی بیماران

تیپ شخصیتی D از طریق کاهش عواطف مثبت، بازداری اجتماعی و نداشتن حمایت عاطفی از سوی دوستان و آشنایان در مواقع استرس، موجب کاهش رضایت از زندگی، افزایش اختلالات روان‌شناختی مانند انزوای اجتماعی و افسردگی، خشم، اضطراب و افت عملکرد افراد در فعالیت‌های مختلف می‌شود (۴۰). افراد دارای تیپ شخصیتی D در مقایسه با افراد دیگر، رفتارهای مرتبط با سلامت را اولویت نمی‌دانند، تفریح و فعالیت‌های اجتماعی مطلوبی ندارند و کمتر به سلامت و بهداشت فردی خود توجه نشان می‌دهند (۲۲). سنخ شخصیتی D دارای دو مؤلفه اصلی تجربه هیجانات منفی مانند استرس و افسردگی و بازداری اجتماعی است. این دو مؤلفه زمینه تجربه هیجانات ناخوشایند و در عین حال عدم ابراز آن‌ها را فراهم می‌کند و این مسأله فرد را مستعد ابتلا به اختلالات روان‌تنی می‌سازد (۴۱). این هیجانات منفی که از باورهای فراشناختی ناکارآمد نیز نشأت می‌گیرد، به واسطه کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسروریازیس، بهزیستی فردی آن‌ها را با چالش‌های جدی مواجه می‌کند. یافته دیگر مطالعه حاضر آن بود که باورهای فراشناختی و تیپ شخصیتی D از طریق تأثیر بر بهزیستی فردی، باعث تشدید علایم بیماری پسروریازیس می‌شود که با نتایج مطالعات پیشین (۴۳، ۴۲، ۹) مطابقت داشت. باورهای فراشناختی منفی فراینده منجر به اضطراب شخص و تجربه هیجانات منفی می‌شود. باورهای فراشناختی منفی به واسطه افزایش شدت اضطراب و افسردگی در فرد، نشانه‌ها و علایم بیماری را افزایش می‌دهد و در بهزیستی فردی و روانی فرد اثر می‌گذارد. در مقابل، فراشناخت مثبت یک توالی خودنظم‌دهی از فرایندهایی است که مشتمل بر خاموش‌سازی تداوم چالش، تفسیر احساسات خود به عنوان نشانه، بازداشتن از واکنش سریع و تنظیم ذهن برای حل مسأله، تمرکز بر تکلیف و تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی می‌باشد. چنین فراشناختی به طور معمول به شناسایی الگوی فرایندهای فراشناختی و

تمامی مؤلفه‌های آن از طریق مداخلات آموزشی روان‌شناختی متناسب، می‌تواند کمکی در جهت تسریع درمان مبتلایان به این بیماری باشد.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی این دانشگاه انجام شده است. بدین وسیله از مساعدت همکاران طرح تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

ارزیابی نشد. توصیه می‌شود که اختلالات روان‌پزشکی جاری بیماران و داروهای مصرفی احتمالی نیز به عنوان یک معیار خروج در نظر گرفته شود.

باورهای فراشناختی و تیپ D شخصیتی به طور مستقیم و حتی با نقش میانجی بهزیستی فردی، می‌تواند شدت علائم بیماری را در بیماران مبتلا به پسوریازیس پیش‌بینی کند. از آنجایی که هر سه مؤلفه روان‌شناختی مذکور نقش چشمگیری در تشدید علائم بیماری دارند، لازم است که به منظور بهبود وضعیت روانی و جسمانی این بیماران، آموزش‌ها و مداخلات روان‌شناختی مرتبط با این عوامل طراحی و ارائه گردد. کمک به غنی‌سازی بهزیستی فردی در

References

- Russell PS. Dermatology in the Oregon plan with implications for health care plans in other states. *Arch Dermatol* 1994; 130(6): 709-12.
- Noorpisheh S, Naghizadeh MM, Nikrouz L. A study on the life quality of patients suffering from leishmaniasis. *J Fasa Univ Med Sci* 2013; 3(2): 155-62. [In Persian].
- Stankler L. The effect of psoriasis on the sufferer. *Clinical and Experimental Dermatology* 1981; 6(3): 303-6.
- Schmid-Ott G, Böhm D, Stock Gissendanner S. Patient considerations in the management of mental stress in psoriasis. *Patient Intelligence* 2012; 4: 41-50.
- Taheri Sarvtin M, Hedayati MT, Ayatollahi Mosavi SA, Afsarian MH. An overview on the role of microbial agents in psoriasis. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013; 23(98): 364-85. [In Persian].
- Behnam B, Taheri R, Sadat Hashem SM, Nesari-Rad Motlagh M. Frequency of psychopathological manifestations in psoriatic patients in Semnan city, central part of Iran. *J Fundam Ment Health* 2010; 12(3): 604-11. [In Persian].
- Langley RG, Krueger GG, Griffiths CE. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(Suppl 2): ii18-ii23.
- Griffiths CE, Richards HL. Psychological influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol* 2001; 26(4): 338-42.
- Alipour A, Hossein Z, Seyyed Naser E, Hassan A. The impact of group cognitive behavioral therapy on the disease severity and mental health of psoriasis patients. *Dermatol Cosmet* 2013; 4(4): 169-204. [In Persian].
- Farber EM, Nall ML. The natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatologica* 1974; 148(1): 1-18.
- Fortune DG, Main CJ, O'Sullivan TM, Griffiths CE. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *Br J Dermatol* 1997; 137(5): 755-60.
- de Arruda LH, De Moraes AP. The impact of psoriasis on quality of life. *Br J Dermatol* 2001; 144(Suppl 58): 33-6.
- Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T. The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol* 2001; 137(3): 280-4.
- Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C, et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol* 2002; 146(6): 1006-16.
- Mease PJ, Menter MA. Quality-of-life issues in psoriasis and psoriatic arthritis: outcome measures and therapies from a dermatological perspective. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54(4): 685-704.
- Mukhtar R, Choi J, Koo J. Quality-of-life issues in psoriasis. *Dermatologic Clinics* 2004; 22(4): 389-95.
- Reimus JL, Vingerhoets AJ, Soons PH, Korstanje MJ. Suffering in psoriasis patients: its relation with illness severity and subjective well-being. *Int J Dermatol* 2007; 46(10): 1042-5.
- Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47(4): 512-8.
- Fortune DG, Richards HL, Main CJ, Griffiths CE. What patients with psoriasis believe about their condition. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39(2 Pt 1): 196-201.
- Pereira MG, Brito L, Smith T. Dyadic adjustment, family coping, body image, quality of life and psychological morbidity in patients with psoriasis and their partners. *Int J Behav Med* 2012; 19(3): 260-9.
- Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005; 67(1): 89-97.
- Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10(4): 241-8.
- Desoete A, Ozsoy G. Introduction: metacognition, more than the lognes monster? *International Electronic Journal of Elementary Education* 2009; 2(1): 1-6.
- Hacker DJ, Dunlosky J. Not all metacognition is created equal. *New Directions for Teaching and Learning* 2003; 2003(95): 73-9.
- Wahl AK, Gjengedal E, Hanestad BR. The bodily suffering of living with severe psoriasis: in-depth interviews with 22 hospitalized patients with psoriasis. *Qual Health Res* 2002; 12(2): 250-61.
- Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science* 1995; 4(4): 99-104.

27. Woodruff PW, Higgins EM, du Vivier AW, Wessely S. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19(1): 29-35.
28. Maleki M, Javidi Z, Kiafar B, Saadatian V, Saremi AK. Prevalence of depression in vitiligo patients. *J Fundam Ment Health* 2005; 7(25-26): 5-11. [In Persian].
29. Aghaei S, Moradi A, Ardekani GS. Impact of psoriasis on quality of life in Iran. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009; 75(2): 220.
30. Fortune DG, Richards HL, Kirby B, Bowcock S, Main CJ, Griffiths CE. A cognitive-behavioural symptom management programme as an adjunct in psoriasis therapy. *Br J Dermatol* 2002; 146(3): 458-65.
31. Janowski K, Pietrzak A. Indications for psychological intervention in patients with psoriasis. *Dermatol Ther* 2008; 21(5): 409-11.
32. Berg M, Svensson M, Brandberg M, Nordlind K. Psoriasis and stress: a prospective study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22(6): 670-4.
33. Haji Heidari Z, Zarghami M, Mohamadpour RA, Khajeh AA. Evaluate of psychopathology in patients referral to skin clinics in Sari. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2005; 15(50): 105-12. [In Persian].
34. de Jonge P, Denollet J, van Melle JP, Kuyper A, Honig A, Schene AH, et al. Associations of type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients. *J Psychosom Res* 2007; 63(5): 477-82.
35. Zoljanahi E, Vafaei M. The prevalence of type D personality among the student population and evaluation of the personality biological-behavioral bases at the risk of coronary heart disease. Proceedings of the 2nd Seminar of Students Mental Health; 2005 Mar 2-3; Tehran, Iran. [In Persian].
36. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997; 11(3): 279-96.
37. Narimani M, Abolghasemi A. Psychological tests. Tehran, Iran: Bagh Rezvan Publications; 2005. [In Persian].
38. Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 57(6): 1069-81.
39. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of ryff's psychological well-being scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(2): 146-51. [In Persian].
40. Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW, Denollet J. Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2008; 10(9): 922-30.
41. Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* 2000; 102(6): 630-5.
42. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br J Clin Psychol* 2002; 41(Pt 2): 157-74.
43. Fried RG. Nonpharmacologic management of psychodermatologic conditions. *Semin Cutan Med Surg* 2013; 32(2): 119-25.
44. Beer N. Effects of positive metacognitions and meta-emotions on coping, stress perception and emotions [PhD Thesis]; London, UK: London Metropolitan University; 2011.
45. Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences. *Iran J Med Educ* 2013; 13(9): 721-9. [In Persian].
46. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosratabad T. The relationship between hope and resilience to psychological well-being among students. *Thought and Behavior in Clinical Psychology* 2011; 6(22): 41-50. [In Persian].

The Intervening Role of Psychological Well-Being in the Relationship of Meta-Cognitive Beliefs and Personality Type D with Severity of Illness Symptoms among Patients with Psoriasis

Mahnaz Aliakbari-Dehkordi¹, Ahmad Alipour², Parastoo Abaspour³, Elias Salimi⁴, Yar Hossain Safari⁵

Original Article

Abstract

Aim and Background: The present study aimed to investigate the role of meta-cognitive beliefs, personality type D, and psychological well-being in the prediction of symptoms severity in psoriasis.

Methods and Materials: This was a descriptive correlational study. The research population consisted of all individuals who referred to skin clinics in Kermanshah, Iran, for the treatment of psoriasis in 3014. The participants consisted of 115 individuals who were selected through convenience sampling. Among the participants, 51 were men. After the completion of the Psoriasis Area and Severity Index (PASI) by a physician, the Type D personality scale, Ryff's Psychological Well-Being Questionnaire, the Meta-Cognition Questionnaire (Cartwright Hutton and Wales) were completed by the subjects.

Findings: Meta-cognitive beliefs and type D personality had a significant negative relationship with psychological well-being. Moreover, meta-cognitive beliefs and personality type D predict the severity of psoriasis symptoms through the reduction of psychological well-being.

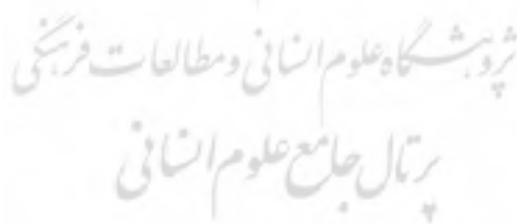
Conclusions: The enhancement of individual well-being in all its components through appropriate psychological training interventions can help to speed up the treatment of patients with this disease.

Keywords: Meta-cognitive beliefs, Psychological well-being, Type D personality, Psoriasis

Citation: Aliakbari-Dehkordi M, Alipour A, Abaspour P, Salimi E, Safari YH. The Intervening Role of Psychological Well-Being in the Relationship of Meta-Cognitive Beliefs and Personality Type D with Severity of Illness Symptoms among Patients with Psoriasis. *J Res Behav Sci* 2016; 14(1): 85-91.

Received: 04.01.2016

Accepted: 03.03.2016



1- Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3- PhD Student, Department of Psychology, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

4- Assistant Professor, Department of Dermatology, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

5- General Physician, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Corresponding Author: Parastoo Abaspour, Email: pabaspour@yahoo.com