

Research Paper

Identifying the influential determinants of marital relationship quality on lupus diseases in women: A qualitative research

Haniyeh Zeraatkar¹, Reza Rostami², Mohammad Ali Besharat², Keyvan Salehi³, Abdolrahman Rostamian⁴

1. PH.D Student of Health Psychology, Faculty of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

2. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Department of Educational Management, Faculty of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of Medical Sciences, Faculty of Medical Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Citation: Zeraatkar H, Rostami R, Besharat M.A, Salehi K, Rostamian A. Identifying the influential determinants of marital relationship quality on lupus diseases in women: A qualitative research. J of Psychological Science. 2022; 20(108): 2145-2159.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1039-fa.html>



ORCID



doi [10.52547/JPS.20.108.2145](https://doi.org/10.52547/JPS.20.108.2145)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Marital relationship quality, lupus, women

Background: Lupus is an autoimmune disease which cause and flares up are not medically predictable from a medical point of view. Inflammation is also the immune system's first response to a harmful stimulus. Perceptions of social support and marital satisfaction affect the immune system and inflammation.

Aims: The general purpose of this study is to identify methods of stabilizing career well-being, in other words, identifying resources that directly or indirectly increase well-being and effectively Prevent adaptation to organizational stimuli.

Methods: In this study, a qualitative approach to interpretive phenomenology was used. For this purpose, using the semi-structured interview method, the living experience of 15 patients with lupus who were selected as a criterion was analyzed using Diekelman (1989) method.

Results: After conducting interviews and in-depth data analysis, 53 indicators, 17 criteria and 5 main factors including "spouse personality traits", "interactive style with spouse", "perceived emotions in a couple relationship", " Perceived support by the spouse in the face of illness." and "situational stressor".

Conclusion: By considering the determinants of couple relationships quality which affect the course of this disease and even the patient's response to treatment, an important step can be taken to improve this disease.

Received: 22 Nov 2020

Accepted: 29 Jan 2021

Available: 20 Feb 2022



* **Corresponding Author:** Reza Rostami, Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

E-mail: Rezaros@gmail.com

Tel: (+98) 2161117477

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Extended Abstract

Introduction

Systemic lupus erythematosus (SLE) is a multisystem and autoimmune inflammatory disease. It generates antibodies against its organs (Lou et al., 2006). The prevalence of this disease globally is about 1% (Casper & Harrison, 2018). Women of childbearing age (16-52) constitute 90% of patients with SLE (Md et al., 2016). In Iran, the prevalence of this disease is estimated to be about 40 per 100,000 (Akbarian et al., 2010).

This disease involves almost all body tissues such as the skin, heart, kidneys, and central nervous system (Namazi et al., 2015). Inflammatory markers characterize this disease. Inflammation is also the first immune system's response to a harmful stimulus (Allen & Labhord, 2017). Inflammatory abnormalities are seen as the biological basis of various diseases, including autoimmune diseases. Inflammatory markers diagnosed in blood tests include C-reactive protein (CRP) and erythrocyte sedimentation rates (ESR), which indicate not only genetic factors (SHIH et al., 2008) but also involve demographic, somatic, behavioral, and psychological factors (McDade et al., 2013). CRP and ESR inflammatory markers increase in patients with lupus. Moreover, the causes of this disease are not fully known (Lau et al., 2006b); however, the cause of autoimmune diseases is highly complex and involves several genetic, environmental, hormonal, and immune factors, affecting the development of autoimmune diseases (Perricone & Shoenfeld, 2019). As regards environmental factors, stress is one of the critical risk factors of autoimmune diseases development. Stress stimulates neuroendocrine hormones and causes immune system dysregulation and increased cytokine production, culminating in an autoimmune disease or a weak immune system (Stojanovich & Marisavljevich, 2008). Stress can activate the inflammatory response in the brain and peripheral nerves (Calcia et al., 2016). Stress activates the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis through corticotropin-releasing hormone (CRH) secretion, which typically inhibits immune responses through releasing glucocorticoids (GCs) from the

adrenal glands, sometimes producing anti-inflammatory effects. Both anti- and post-inflammatory mechanisms depend on the type and intensity of stressors, with acute stress improving the immune system's functionality and chronic stress suppressing the immune system (Miller et al., 2009). On the other hand, studies show that intimate relationships are closely related to physical health (Yuccino, 2009). In a study, women who had satisfactory interpersonal relationships had lower interleukin-6 than those who lacked those relationships (Friedman, 2005). Another study found that women with ovarian cancer who were satisfied with their relationships had a lower IL-6 circulation rate than women with the disease but who were less satisfied with their relationships (Heitz et al. 2014). In a study of women with cancer, Latgendrov et al. found that women who sought social support after diagnosis were less likely to have IL-6 circulation a year later than women who did not.

Since most of the researches on the effects of marital satisfaction on inflammatory indicators have been done only on healthy people using quantitative methods, and considering the relationship between the immune, nervous and human psychological systems and the unpredictability of the process (severity and severity) SLE disease from a medical point of view (Kahn et al., 2013) The ambiguity and complexity of this phenomenon and on the other hand because the qualitative method of revealing phenomena that are less known, there are many hidden issues and also to gain a new perspective on They help (Strauss and Corbin, 2011) The qualitative method was used in this study to find the answer to the following question:

What are the determinants of marital satisfaction factors on inflammatory indicators (affecting the recurrence phase and disease control phase) in female patients with lupus?

Method

The present study has been done with a qualitative method and an interpretive phenomenological approach. Since in this research, based on the qualitative paradigm, an attempt has been made to discover, understand and interpret the determinants of couple relationships affecting the course of lupus

disease, so this study has been done with an interpretive phenomenological approach.

The inclusion criteria included were confirmation of the diagnosis of lupus by a rheumatologist, no neuropsychiatric lupus, being in the age range of 18-60 years and a history of at least 6 months of lupus, exclusion criteria were bipolar psychiatric disorders and schizophrenia.. The statistical population in this study also included patients with lupus in Tehran.

Dickelmann, Allen and Tanner (1989) method were used to analyze the data. In this method, the text of the interview is analyzed step by step. It consists of a total of seven steps: in the first step, after each interview, the text is first entered into the MAX-QUDA-10 software and reviewed to get a general understanding of the present text. Then, in the second stage, the text of each interview was interpreted by the researcher (first author) and the obvious and hidden meanings in the descriptions provided by the participants were extracted.

In the third stage, the texts coded by the members of the research group (first author, fourth author) under discussion were analyzed.

In the fourth stage, the contradictions in the interpretations provided by the research group were explained and resolved. During the fifth stage, using the method of comparing and contrasting texts, the themes were determined and described. In the sixth stage, the findings of the study were discussed in the form of the themes extracted above by the members of the research team, and in the seventh stage, the final design of the findings was presented in the form of the main themes (Wegenar and Swanson, 2007).

Results

The first factor: the spouse s personality traits

This factor includes 3 negative criteria (affecting recurrence), 1 positive criterion (affecting disease control). Negative criteria include controlling, skepticism and avoiding responsibility of the spouse. Positive aspect of the spouse's personality traits: includes emotional stability and calming to the spouse, especially in stressful situations.

Factor 2: Couples' interactive styles

It is divided into two parts: negative factors and positive factors. The 5 criteria of "aggressive (physical)", "humiliating", "abusing" and hostile

(verbal) "and the positive criteria of" mutual understanding "are included in this factor.

Factor 3: experienced emotions about the spouse

The feelings and desires that the patient experiences towards his partner are summarized in two criteria: "negative emotions" and "decreased sexual feelings towards his wife" and 1 criterion of "marital satisfaction".

Factor 4: the perceived support of the spouse against the disease

Factor 5: stressful situational events

This factor is in the category of lupus aggravating factors and includes two criteria: low socioeconomic status and situational stress.

Conclusion

In fact, experiencing severe negative emotions such as anger, hatred, and lack of adequate support can put a person in a conflicting situation, which can predict lupus flare.

On the other hand, the experience of positive emotions, marital satisfaction, support and comfort from the spouse of a person with lupus can have relatively large areas of lupus control and extinction, and the most important positive factor in lupus recovery and control is understanding and support. The patient's condition, feelings, pain and disabilities are on the part of the spouse, which according to the findings of this study can have some healing effects on lupus. Supportive relationships may affect cognition and provide emotional experiences through which to regulate neuroendocrine-immune function (Cohen, 2001).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The authors extracted this article from the PhD Dissertation of the first author which is approved by ethical committee in Tehran University IR.UT.PSYEDU.REC.1399.020

Funding: This study was conducted with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third and forth was the Advisors.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of Interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors and the participants.

شناسایی تعیین گرهای کیفیت روابط زوجی اثرگذار بر بیماری لوپوس در زنان: یک مطالعه کیفی

هانیه زراعت کار^۱، رضا رستمی*^۲، محمدعلی بشارت^۳، کیوان صالحی^۳، عبدالرحمان رستمیان^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه مدیریت آموزشی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۴. دانشیار، گروه پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: بیماری لوپوس یک بیماری خود ایمن است که علت ابتلا و عود آن از منظر پزشکی مشخص و قابل پیش بینی نیست، زیربنای این بیماری نابهنجاری در فرآیند التهاب است. التهاب نیز اولین پاسخ سیستم ایمنی به محرک مضر است. ادراک حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی بر سیستم ایمنی و التهاب اثرگذار است

کلیدواژه‌ها:
کیفیت روابط زوجی،
لوپوس،
زنان

هدف: پژوهش حاضر با هدف یافتن تعیین گرهای کیفیت روابط زناشویی مؤثر بر روند بیماری لوپوس انجام گرفت.

روش: در این پژوهش از رویکردی کیفی به شیوه پدیدارشناسی تفسیری استفاده شد. بدین منظور با استفاده از روش مصاحبه نیمه ساختاریافته، تجربه زیسته ۱۵ بیمار زن مبتلا به لوپوس که به صورت ملاک محور انتخاب شدند، با استفاده از روش دیکلمن، آلن و تانر (۱۹۸۹) و نرم افزار MAX-QUDA-10 مورد واکاوی قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از پیاده سازی مصاحبه‌ها و تحلیل عمیق داده‌ها ۵۳ نشانگر، ۱۷ ملاک و ۵ عامل اصلی شامل "ویژگی‌های شخصیتی همسر"، "سبک تعاملی با همسر"، "هیجانات ادراک شده در رابطه‌ی زوجی"، "حمایت ادراک شده از سوی همسر در برابر بیماری" و "تنش گرهای موقعیتی" شناسایی شد.

دریافت شده: ۱۳۹۹/۰۹/۰۲

نتیجه گیری: با لحاظ نمودن تعیین گرهای کیفیت روابط زوجی که بر روند این بیماری و حتی پاسخ‌دهی بیمار به درمان اثرگذار است، گام مهمی در بهبود این بیماری می‌توان برداشت.

پذیرفته شده: ۱۳۹۹/۱۱/۱۰

منتشر شده: ۱۴۰۰/۱۲/۰۱

* نویسنده مسئول: رضا رستمی، استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

رایانامه: Rezaros@gmail.com

تلفن: ۰۲۱۶۱۱۷۴۷۷

مقدمه

بیماری لوپوس اریتماتوی سیستمی^۱ (SLE) یک بیماری التهابی مولتی سیستم و خود ایمن با تولید آنتی بادی علیه اجزای خود سیستم بدن است (لاو، بین و مکم، ۲۰۰۶). شیوع این بیماری در جهان حدود ۱٪ است (استوجان و پتری، ۲۰۱۷) ۹۰٪ بیماران مبتلا به SLE را زنان در سنین باروری (۱۶-۵۲) تشکیل می دهند (تاسیلواس و همکاران، ۲۰۰۹) شیوع این بیماری نیز در ایران حدود ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ هزار برآورد شده است (اکبریان، فایزی، شهرام و ناجی، ۱۳۸۹).

این بیماری تقریباً تمام بافت های مختلف بدن را مانند پوست، قلب، کلیه و سیستم اعصاب مرکزی را درگیر می کند (نمازی، ضیایی و رضایی، ۱۳۹۴). هزینه های اقتصادی SLE به صورت سالانه، حدود ۱۱ هزار دلار برای هر فرد مبتلا است که این رقم برای بیماران مبتلا به SLE شدید سالانه به ۵۰ هزار دلار افزایش می یابد. (کان و همکاران، ۲۰۱۳). که طبیعتاً هزینه قابل توجهی است که همراه با نبود درمان قطعی و کافی برای بیماری (کان و همکاران، ۲۰۱۳) و مزمن گشتن آن، بار سنگینی از نظر اقتصادی بر دوش فرد، خانواده، جامعه و شرکت های بیمه فراتر از مبالغ اعلام شده تحمیل خواهد نمود.

یکی از شاخص های ارزیابی روند این بیماری شاخص های التهابی است. التهاب نیز اولین پاسخ سیستم ایمنی به محرک مضر است (الن و لابورد، ۲۰۱۷). نابهنجاری در فرآیند التهاب زیربنای زیستی بسیاری از بیماری های مختلف از جمله بیماری های خود ایمنی است. شاخص های التهابی که در آزمایش خون مشخص می شود، شامل پروتئین واکنشی سی^۲ و سرعت رسوب گلبول قرمز^۳ هستند که این شاخص علاوه بر عوامل ژنتیکی (شیخ و همکاران، ۲۰۰۸) می تواند نمایانگر عوامل دموگرافیک، تناسب بدنی، رفتاری و روانشناختی باشد (مک دد و همکاران، ۲۰۰۶). شاخص های التهابی CRP و ESR در بیماران مبتلا به لوپوس افزایش می یابد و این

شاخص ها به عنوان یکی از ابزارهای تشخیصی و رصد روند بیماری مورد استفاده قرار می گیرد.

علاوه بر این، از منظر علت شناسی این بیماری به طور کامل و دقیق شناخته نشده است (کوجکارو، کوجکارو، سیلوسو و رایبه، ۲۰۱۱) اما به طور کلی می توان گفت که علت بیماری های خود ایمن بسیار پیچیده و ترکیبی از چندین عامل است. این عوامل شامل عوامل ژنتیکی، محیطی، هورمونی و ایمنی است و همگی در توسعه بیماری های خود ایمن مؤثرند (شفنلد و ایزنبرگ، ۱۹۸۹). در دسته عوامل محیطی تنیدگی^۴ یکی از عوامل خطر مهم ابتلا بیماری های خود ایمن، استرس است، به طوری که تحقیقات متعددی حاکی از آن است که درصد بسیار بالایی (حدود ۸۰٪) بیماران مبتلا به بیماری های خود ایمنی، گزارش نمودند که پیش از ابتلا و بروز بیماری، تنیدگی شدید و غیر معمولی را تجربه نموده بودند (شپشلوویچ و شواینفیلد، ۲۰۰۶). تحریک هورمون های نورواندوکرین در طول تنیدگی، به نانتظیمی^۵ سیستم ایمنی و تغییر و افزایش تولید سایتوکین منجر می شود؛ که در نهایت ممکن است زمینه ساز یک بیماری خود ایمن غیر معمول و یا کاهش توان سیستم دفاعی شود (استجونوویچ، ۲۰۰۸). شواهد زیادی نشان دهنده آن است که تنیدگی می تواند پاسخ التهابی در مغز و اعصاب محیطی را فعال سازد (کلسیا و همکاران، ۲۰۱۶). تنیدگی محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال^۶، را از طریق ترشح هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین (CRH) به راه می اندازد، که به طور معمول پاسخ های ایمنی را از طریق انتشار گلوکوکورتیکوئید (GCs) از آدرنال مهار می کند و گاهی نیز اثر ضدالتهابی دارد. هر دو مکانیسم ضدالتهابی و پس التهابی بسته به نوع و شدت عوامل تنیدگی زا دارد. به طوری که تنیدگی های حاد کارکرد سیستم ایمنی را ارتقا می بخشد، و در مقابل تنیدگی های مزمن سرکوب کننده سیستم ایمنی است (میلر، روهلدر و کل، ۲۰۰۹).

از سویی دیگر، مطالعات بیانگر آن است که ارتباطات صمیمانه با سلامت جسمانی ارتباط تنگاتنگی دارد (یوچینو، ۲۰۰۹). در یک مطالعه، زنانی که

^۴ که به اختصار ESR نامیده می شود؛ نشانگر سرعت ته نشینی و رسوب گلوبول های قرمز موجود در خون در محیط آزمایشگاهی که با فاکتور ضد انعقاد ترکیب شده در مدت یک ساعت است.

^۵ Dysregulation

^۶ HPA

^۱ Lupus erythematosus

^۲ C-Reactive protein

نام پروتئینی است که در کبد و در پاسخ به فاکتورهای آزاد شده از ماکروفاژ و سلول چربی تولید می شود و در موارد التهاب در خون افزایش می یابد. نام این پروتئین به اختصار CRP نامیده می شود.

^۳ Erythrocyte sedimentation rate

ارتباطات بین فردی رضایت‌بخشی داشتند، در مقایسه با کسانی که از این ارتباطات محروم بودند، اینترلوکین-۱۶ پایین‌تری داشتند (فریدمن، ۲۰۰۵). نتایج تحقیقی دیگر بیانگر آن است که زنان مبتلا به سرطان تخمدانی که از روابط خود رضایت داشتند، نسبت به زنانی که درگیر این بیماری هستند اما رضایت اندکی از روابط خود دارند، میزان چرخش IL-6 کم‌تری دارند (هیتز و همکاران ۲۰۱۴). لانگندروف و همکاران در تحقیقی بر روی بیماران مبتلا به سرطان زنان دریافتند که زنانی که پس از تشخیص به دنبال حمایت اجتماعی دیگران هستند، نسبت به زنانی که حمایت اجتماعی نداشتند، یک سال بعد میزان کمتری چرخش IL-6 داشتند.

درحالی‌که ازدواج اثرات مثبتی بر روی سلامتی دارد (کیکولت گلسر و نیوتن، ۲۰۰۱). تحقیقات در مورد تعاملات زوجی بیانگر ارتباط میان کیفیت روابط زوجی و عملکرد سیستم ایمنی است. به‌طور اختصاصی تعاملات خصومت‌آمیز میان زوجین اثرات منفی و مهم روانشناختی را به همراه دارد. زوج‌های جوان و مسن که تعاملات خصومت‌آمیز بیشتری در طول بحث بر سر مشکل با همسر خود دارند، نسبت به همتایان کمتر پرخاشگر خود، مقدار بیشتری هورمون اپی نفرین، نوراپی نفرین و ACTH تولید می‌کنند (جیراد، تاردیف، دماربل و دانتونو، ۲۰۱۶). در تحقیقی از گروهی از زوج‌ها خواسته شد در طول دو جلسه جداگانه به بحث بپردازند، در یک جلسه به بحث پیرامون یک تعارض زوجی و در جلسه بعد به بحث حمایت‌گرانه بپردازند. افرادی که خصومت بیشتری داشتند، پس از بحث پیرامون یک تعارض IL-6 بیشتری تولید کردند و در نقطه‌ی مقابل میزان تولید IL-6 در زوج‌هایی که خصومت کمتری داشتند، بعد از دو جلسه تفاوت چندانی نداشت (کیکولت گلسر و همکاران، ۲۰۱۸).

دو مطالعه با استفاده از داده‌های زمینه‌یابی ملی تحول میان‌سالان در ایالات متحده آمریکا، با این هدف که چه قدر گزارش افراد از میزان حمایت‌گر بودن یا دردرس بودن ازدواج با شاخص‌های التهابی افراد متأهل مرتبط است، انجام گرفت (دونوهو، کریمنز و سیمان، ۲۰۱۳؛ ویسمن و اسپارا، ۲۰۱۲). نمونه تحقیق ویسمن و اسپارا (۲۰۱۲) شامل همه‌ی افراد متأهل شرکت‌کننده در زمینه‌یابی بود، درحالی‌که دونوهو و همکاران (۲۰۱۳) تنها

بر روی کسانی متمرکز شدند که حداقل ۱۰ سال از زندگی مشترکشان می‌گذشت. به طرز جالبی، هر دو تحقیق به این نتیجه رسیدند که حمایت‌گر بودن ازدواج با پایین بودن شاخص‌های التهابی تنها در میان زنان مرتبط است. علاوه بر آن ویسمن و اسپارا (۲۰۱۲) دریافتند که ارتباط میان حمایت‌گر بودن ازدواج و سطح IL-6 در زنان توسط سن میانجی‌گری می‌شود: حمایت‌گر بودن ازدواج با سطح پایین‌تر IL-6 تنها در میان زنان زیر ۵۳ سال ارتباط دارد. رابطه‌ی میان دردرس‌ساز بودن ازدواج و شاخص‌های التهابی در میان دو تحقیق ناسازگار بود. دونوهو و همکارانش (۲۰۱۳) دریافتند که دردرس‌ساز بودن ازدواج با سطح بالای IL-6 در میان مردان و زنان ارتباط دارد، گرچه این ارتباط پس از تعدیل عوامل رفتاری هم‌بسته با التهاب ناپدید شد. ویسمن و اسپارا (۲۰۱۲) دریافتند که دردرس‌ساز دانستن ازدواج با افزایش سطح IL-6 تنها در میان زنان زیر ۵۳ سال ارتباط دارد. یکی از تبیین‌های ممکن از تفاوت جنسیتی مشاهده شده در این دو تحقیق، این است که متأهل بودن تأثیرات مثبتی بر سلامتی هم برای مردان و هم برای زنان دارد، اما برای زنان اثرات مثبت آن به مقدار بیشتری به کیفیت ازدواج متکی است. این تبیین هم سو با شواهدی است که بیانگر آن است که تأثیر تعاملات زوجی بر فیزیولوژی زنان بیشتر از مردان است (کیکولت گلسر، ۲۰۰۱). دلیل این که ارتباط میان کیفیت رابطه و التهاب تنها در میان زنان جوان دیده شده، نامشخص است. با توجه به این که در ایالات متحده میانگین سن یائسگی ۵۱ سال است، تعیین حد ۵۳ سالگی ممکن است به دلیل تغییرات هورمونی‌ای که در این تفاوت‌های سنی دیده می‌شود، باشد. در تحقیقات دیگر دو جنبه دیگر از کیفیت روابط عاطفی در ارتباط با فعالیت عاطفی نیز سنجیده شد، که شامل تعامل متقابل زوجی^۲ و دوسوگرایی زوجی بود. در مطالعه‌ای راجع به زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید (RA) ادراک تعامل متقابل (میزان همدلی، تعهد، اعتماد، میل، تفاوت و قدرت در هر دو زوج (جنرو، میلر، سوری و بالدوین، ۱۹۹۲) با سطح پایین‌تر ESR در ۶ ماه بعد مرتبط بود (کسل و همکاران، ۲۰۱۰). ارتباط میان تعامل متقابل زوج‌ها و ESR حتی پس از کنترل اثرات ضدالتهابی و ضد روماتوئیدی دارو، معنادار بود؛ که بیانگر آن است که

^۱. Interleukin-6 (IL-6)

اینترلوکین ۶ یکی از اینترلوکینهای مهم بدن است که از گلبول‌های سفید ترشح می‌شود و در پاسخ‌های التهابی نقش دارد.

^۲. Couple mutuality

جامعه آماری نیز در این پژوهش شامل بیماران مبتلا به لوپوس در شهر تهران می‌شد.

در پژوهش حاضر از فن مشاهده کیفی و بالینی و از نوع «مشاهده گر به عنوان مشارکت کننده» استفاده شد. بینش کسب شده از مشاهده، بعید است که از مصاحبه به تنهایی به دست آید (موریاتی، ۲۰۱۱). در هنگام مصاحبه، گفت‌وگو ضبط و واکنش‌های بدنی و تظاهرات چهره‌ای، بدنی و غیرکلامی افراد مانند عدم تماس چشمی، تجربه‌های هیجانی در لحظه و نحوه‌ی واکنش افراد به هیجان‌های خود، یادداشت می‌شد. فرآیند انجام مصاحبه تا زمان اشباع ادامه داشت. یعنی زمانی که دیگر داده‌ها از لحاظ ذهنی به پژوهشگر در تدوین نظریه شناخت بیشتری ندهد. در پژوهش حاضر پس از انجام ۱۵ مصاحبه حدوداً ۴۵ دقیقه‌ای داده‌ی جدیدی به دست نیامد و پژوهش به حد اشباع رسید.

پس از آن از روش دیکلمن، آلن و تانر (۱۹۸۹) برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در این روش به صورت گام به گام متن مصاحبه مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. که مجموعاً شامل هفت مرحله است: به این صورت که در مرحله نخست پس از انجام هر مصاحبه، ابتدا متن وارد نرم‌افزار MAX-QUDA-10 و مرور می‌شد تا یک درک کلی از متن حاضر به دست بیاید. سپس در مرحله دوم، متن هر یک از مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر (نویسنده اول) مورد تفسیر قرار گرفت و معانی آشکار و نهفته در توصیف‌های ارائه شده از طرف مشارکت کنندگان استخراج گردید. در مرحله سوم، متون کدگذاری شده توسط اعضای گروه پژوهش (نویسنده اول، نویسنده چهارم) مورد بحث، تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مرحله چهارم، تناقضات موجود در تفسیرهای ارائه شده از طرف گروه پژوهش، تبیین و برطرف گردید. طی مرحله پنجم و با استفاده از روش مقایسه و مقابله متون، نسبت به تعیین و توصیف درون‌مایه‌ها اقدام گردید. در مرحله ششم، یافته‌های مطالعه در قالب درون‌مایه‌های استخراج شده فوق توسط اعضای گروه پژوهش مورد بحث و بررسی قرار گرفت، و در مرحله هفتم، طرح نهایی یافته‌ها در قالب درون‌مایه‌های اصلی ارائه شد (وزنار و سوانسون، ۲۰۰۷).

۲. با بررسی پرونده‌های بیماران و گاهی نیز تشخیص روان پزشک بخش روماتولوژی بیمارستان امام خمینی این اختلالات در بیماران شناسایی شد.^۲

ارتباط مثبت زوج‌ها فراتر از اثرات مثبت داروها و درمان‌های رایج، فوایدی برای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارد.

از آنجا که اکثر پژوهش‌های انجام شده در رابطه اثرات رضایت زناشویی بر شاخص‌های التهابی تنها بر روی افراد سالم و با بهره‌گیری از روش‌های کمی انجام شده است، و با توجه به تأثیرگذاری و ارتباط سیستم ایمنی، عصبی و سیستم روانی انسان و غیرقابل پیش‌بینی بودن روند (شدت و وخامت) بیماری SLE از منظر پزشکی (کان و همکاران، ۲۰۱۳) مبهم و پیچیده بودن این پدیده و از سویی دیگر به دلیل آن که روش کیفی به آشکار شدن پدیده‌هایی که شناخت کمتری از آن‌ها وجود دارد، مسائل نهفته زیادی دارند و همچنین به کسب نگاه نو درباره‌ی آن‌ها کمک می‌کند (اشتراوس و کوربین، ۱۳۹۰) از روش کیفی در این پژوهش باهدف یافتن پاسخ برای پرسش زیر استفاده شد:

تعیین گرهای عوامل رضایت زناشویی بر شاخص‌های التهابی (مؤثر بر فاز عود و فاز کنترل بیماری) در بیماران زن مبتلا به لوپوس چیست؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر با روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی تفسیری به انجام رسیده است. از آنجایی که در این تحقیق سعی شده است تا بر مبنای پارادایم کیفی، به کشف، درک و تفسیر تعیین گرهای روابط زوجی اثرگذار بر روند بیماری لوپوس پرداخته شود، لذا این مطالعه با رویکرد پدیدارشناسی تفسیری انجام گرفته است. برای گردآوری داده‌ها از فن مصاحبه عمیق نیمه‌ساختار یافته استفاده شد. انتخاب مشارکت کنندگان به شیوه هدفمند انجام پذیرفت. در این شیوه پژوهشگر، آگاهانه مشارکت کنندگان را انتخاب می‌کند (جلالی، ۱۳۹۱). ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تأیید تشخیص بیماری لوپوس توسط پزشک فوق تخصص روماتولوژی، عدم ابتلا به نورو سایکیتریک لوپوس^۱، قرار گرفتن در بازه سنی ۱۸-۶۰ سال و سابقه حداقل ۶ ماهه ابتلا به لوپوس، ملاک خروج نیز ابتلا به اختلالات روان پزشکی دوقطبی و اسکیزوفرنی^۲ بود.

^۱. Neuropsychiatric lupus

نوعی از لوپوس که سیستم اعصاب مرکزی را درگیر کرده و علائم بالینی روان پزشکی و روان‌شناختی را در بردارد

مقاومت افراد مصاحبه‌شونده در پاسخ به سؤالات راجع به مسائل شخص مانند کیفیت روابط زوجی، به همراه مشاهده دقیق بهره‌گیری شد. نمونه‌ای از سؤالات مصاحبه بدین شرح است: «لطفاً راجع خودتان، سن و مدت ابتلا به لوپوس توضیح دهید»، «در این مدت چند بار عود داشتید و به نظر شما علت عود چه بوده است؟»، «رابطه با همسران را توصیف کنید؟»، «اگر یک چوب جادویی داشتید، چه چیزی در رابطه با همسران را تغییر می‌دادید - در صورت نارضایتی از رابطه زوجی پرسیده می‌شود-؟»، «اگر به جای مسئولین بیمارستان بودید چه توصیه‌ای به خانواده و همسر بیماران مبتلا به لوپوس می‌کردید؟».

بررسی ویژگی‌های نمونه در پژوهش و ذکر جزئیات آن می‌تواند به مخاطبان در درک و برقراری ارتباط نزدیک‌تر با یافته‌ها و زمینه‌سازی برای شکل‌گیری باورپذیری در ایشان کمک می‌کند (صالحی و همکاران، ۱۳۹۴). در جدول ۱ ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان آورده شده است. همچنین نشانگرهای التهابی ایمونولوژیک بیماران مبتلا به لوپوس که در این پژوهش شرکت نمودند. در جدول ۲ نیز، ۴ شاخص CRP-ESR- Anti DNA-ANA که مشخص‌کننده روند بیماری لوپوس (فاز فعال - تحت کنترل و در موارد بسیار نادر بهبود) می‌باشد، آمده است. این یافته‌ها برگرفته از نتایج آزمایش خون این بیماران است.

به‌منظور افزایش صحت و باورپذیری داده‌های گردآوری‌شده و بررسی میزان هم‌گرایی و غنی‌سازی یافته‌ها در پژوهش کیفی، مواردی نظیر دقت در انتخاب شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل آن‌ها، و استفاده از مثلث‌سازی در منبع داده‌ها، روش‌ها و پژوهشگران توصیه می‌شود (پیت، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر نیز علاوه بر روش مصاحبه از روش مشاهده نیز استفاده شد، همچنین مصاحبه‌ها علاوه بر پژوهشگر توسط متخصص پژوهش کیفی دوباره کدگذاری شد که حاکی از باورپذیری^۱ یافته‌هاست. علاوه بر آن مصاحبه با استفاده از یک راهنمای از پیش تدوین‌شده انجام پذیرفت و پیش از انجام سؤالات توسط ۴ تن از متخصصین^۲ اصلاح و در نهایت تأیید شد. که خود دلیلی بر قابلیت اعتماد^۳ و تأیید^۴ پژوهش است؛ یعنی می‌توان این مطالعه را تکرار کرد (شتون، ۲۰۰۴). افزون بر آن، برای اثبات باورپذیری از روش‌های کنترل مداوم و درگیری طولانی‌مدت نیز استفاده شد. در روش کنترل مداوم تلاش پژوهشگر بر آن بود که فرآیند تحقیق با جزئیات ثبت شود، تا روایی درونی یافته‌ها محقق شود (صادقی نیا، صالحی و مقدم‌زاده، ۱۳۹۷) و در شیوه درگیری طولانی‌مدت، محقق زمانی نسبتاً زیاد (حدود ۱۱ ماه) درگیر موضوع پژوهش بوده، برای آشنایی بیشتر با بیماران و فضای روانی‌شان مدتی به‌صورت غیررسمی در بیمارستان و کلینیک روماتولوژی حضور داشته و پس از آن به صورت رسمی به مصاحبه با بیماران پرداخته است.

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل رضایت کتبی و شفاهی شرکت‌کنندگان مبنی بر حضور و همکاری در جریان مصاحبه، اطمینان دهی به آنان برای رعایت اصل رازداری و حفظ هویت افراد و اسامی در جریان انتشار داده‌ها می‌باشد. علاوه بر آن پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.UT.PSYEDU.REC.1399.020 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران است.

(ب) ابزار

در حین مصاحبه که طی ۴۵ دقیقه از فون مختلف مصاحبه کیفی و روانشناختی (فون روشن‌سازی، همدلانه، و پیش‌برنده) به‌منظور کاهش

^۱. credibility

^۲. یک متخصص پژوهش کیفی، یک متخصص روان‌پزشک، یک متخصص روان‌شناس و مشورت با یک متخصص روماتولوژیست

^۳. dependability

^۴. confirmability

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان

| نام شرکت کننده | سن | وضعیت تأهل | میزان تحصیلات | شغل | وضعیت اقتصادی |
|----------------|----|------------|---------------|-----------|---------------|
| مریم چ | ۳۹ | متأهل | دیپلم | کارمند | پایین |
| طیبه خ | ۳۷ | متأهل | سیکل | خانه‌دار | پایین |
| صالحه ح | ۳۴ | متأهل | دکتری | وکیل | متوسط |
| زهرا م | ۴۸ | مطلقه | سیکل | خانه‌دار | پایین |
| میترا ن | ۵۲ | مطلقه | کارشناسی | پرستار | متوسط |
| معصومه ز | ۴۷ | متأهل | سیکل | خیاط | پایین |
| مریم ش | ۴۲ | متأهل | سیکل | خانه‌دار | پایین |
| مریم الف | ۵۲ | بیوه | سیکل | خانه‌دار | پایین |
| فاطمه ص | ۴۰ | متأهل | دیپلم | خانه‌دار | متوسط |
| منیژه ع | ۵۵ | متأهل | دیپلم | خانه‌دار | پایین |
| مهری ل | ۴۰ | مطلقه | سیکل | خانه‌دار | پایین |
| زهرا خ | ۵۴ | متأهل | سیکل | خانه‌دار | متوسط |
| مریم ح | ۲۷ | متأهل | سیکل | کارگر | پایین |
| زهرا ه | ۴۰ | متأهل | فوق لیسانس | مربی ورزش | متوسط |
| زهرا ن | ۲۳ | متأهل | لیسانس | دانشجو | پایین |

جدول ۲. گزارش وضعیت نشانگرهای التهابی بیماران مصاحبه‌شونده

| نام شرکت کننده | CRP | ESR | Anti-DNA | ANA | فاز بیماری |
|----------------|-----|-----|----------|------|------------|
| مریم چ | ۱ | ۲۷* | *۶۲ | ANA | فعال |
| طیبه خ | ۸ | - | *۱/۴ | - | فعال |
| صالحه ح | - | ۲۲ | ۱/۳ | - | بهبود |
| زهرا م | ۸ | - | *۲۰۰۰ | ۰/۰۶ | فعال |
| میترا ن | ۸ | *۶۸ | *۶۰/۷ | - | فعال |
| معصومه ز | ۱۲ | ۲۷ | *۸۰۰ | - | فعال |
| مریم ش | - | ۹۹ | *۳۸/۱ | - | فعال |
| مریم الف | *۹۹ | *۸۶ | - | ۰/۹۵ | فعال |
| فاطمه ص | - | ۱۱ | - | ۰/۸ | تحت کنترل |
| منیژه ع | ۵ | - | *۳۰۰۰ | - | فعال |
| مهری ل | ۱ | ۱۲ | - | - | فعال |
| زهرا خ | ۹۳ | ۵۸ | *۹/۷ | - | فعال |
| مریم ح | ۳/۶ | - | *۱۰۷ | - | فعال |
| زهرا ه | ۳ | - | ۱۸/۶ | - | تحت کنترل |
| زهرا ن | ۸ | - | *۲/۵ | - | فعال |

*: بالاتر از حد نرمال، CRP پروتئین واکنشی سی، ESR: سرعت رسوب گلبول قرمز، ANA: آنتی‌بادی ضد هسته‌ای (که در بیماری‌های خود ایمن سنجیده می‌شود)، Anti-DNA: آنتی‌بادی ضد DNA دو رشته ای (تست اختصاصی بیماران مبتلا به لوپوس)

یافته‌ها

بیماری لوپوس مؤثر، گردید. که شامل ۵ عامل اصلی و ۱۷ ملاک می‌شود. عوامل اصلی شامل: "ویژگی‌های شخصیتی همسر"، "سبک‌های تعاملی زوجین"، "هیجان‌ات تجربه‌شده"، "میزان حمایت ادراک‌شده از سوی

کنکاش دقیق تجربیات و مقایسه متوالی احساسات، ادراکات بیماران مبتلا به لوپوس منجر به شناسایی برخی از تعیین گره‌های مؤثر بر عود یا بهبودی

همسر در مقابل بیماری " و " رخدادهای موقعیتی تنش گر" می شود. که به طور خلاصه در جدول ۳ آمده است.

عامل اول: ویژگی های شخصیتی همسر

این عامل شامل ۳ ملاک منفی (اثرگذار بر عود)، ۱ ملاک مثبت (اثرگذار بر کنترل بیماری) است که ملاک های منفی شامل کنترل گری، شکاکیت و مسئولیت گریزی همسر است.

کنترل گری و استبداد همسر شامل وضع محدودیت های غیرمعقول از طرف شوهر برای بیمار مانند اجازه ندادن برای خروج از خانه، ادامه تحصیل یا ارتباط بسیار اندک با دوستان قدیمی؛ که در نتیجه منجر به تجربه ای احساس غم و اضطراب در بیمار می شود.

شکاکیت و بدبینی همسر نسبت به بیمار عامل منفی دیگری است که روند بیماری را می تواند تحت تأثیر قرار دهد:

مسئولیت گریزی نیز اشاره به شانه خالی نمودن مرد از مسئولیت تامین مالی خانواده و بیکار بودن وی در عین توانایی است.

رویه مثبت و ویژگی شخصیتی همسر: این عامل نیز شامل **پایداری هیجانی و آرام بودن همسر** مخصوصاً در شرایط تنش آور است.

عامل دوم: سبک های تعاملی زوجین

یکی دیگر از عوامل نحوه تعامل زوجین با یکدیگر است؛ که همانند عامل قبلی به دو بخش عامل های منفی و عامل های مثبت تقسیم می شود. ۵ ملاک "پرخاشگرانه (فیزیکی)"، "تحقیرکننده"، "سوءاستفاده رایانه" و خصمانه (کلامی)" و ملاک مثبت "درک متقابل" در درون این عامل قرار می گیرد.

سبک تعاملی پرخاشگرانه که با نشانگر زدوخورد فیزیکی، کتک کاری مشخص می شود.

سبک تعاملی تحقیرکننده: که در آن بیمار تحقیر شدن، خرد شدن و احساس کوچکی را تجربه می کند. و منجر به عدم ارضا نیاز عاطفی بیمار می گردد.

سبک تعاملی سوءاستفاده گرایانه: در این سبک بیمار احساس قربانی شدن و مورد استفاده عاطفی و مالی قرار گرفتن را به همراه احساس فشار زیاد ناشی از بار بیش از حد وظایفی که همسرش برای وی تعیین کرده، گزارش می کند.

سبک تعاملی خصمانه کلامی میان زوجین: این سبک در برگرنده تعاملاتی که خشم بیشتر به صورت پرخاشگری کلامی تیکه و کنایه و غر زدن خود را نشان می دهد.

رویهی مثبت سبک تعاملی زوجین: درک متقابل، در این سبک هر دو زوج در قبال یکدیگر احساس مسئولیت کرده و وظیفه ارضای نیازهای یکدیگر را به خوبی انجام می دهند. هر دو با احترام به تفاوت های موجود، حقوق طرف مقابل را پذیرفته و در جهت فراهم ساختن آرامش طرف مقابل حرکت می کنند.

عامل سوم: هیجانات تجربه شده راجع به همسر

احساسات و امیالی که بیمار نسبت به همسرش تجربه می کند در ۲ ملاک "هیجانات منفی" و "کم شدن احساس جنسی نسبت به همسر" و ۱ ملاک "رضایت زناشویی" خلاصه می شود.

تجربه ای هیجانات منفی راجع به همسر، از نشانگرهای این ۲ ملاک می توان به احساس خشم شدید، تنفر شدید، احساس رهاشدگی، ناخشنودی زناشویی، قربانی شدن و مورد ظلم قرار گرفتن اشاره کرد.

کم شدن میل جنسی به همسر: در نتیجه تجربه خشم و نفرت از همسر، تمایل بیمار به رابطه ای جنسی با همسرش بشدت کاهش می یابد.

رویه مثبت هیجانات تجربه شده در رابطه ای زوجی: رضایت زناشویی: به معنای تجربه هیجان مثبت در ارتباط با همسر است:

عامل چهارم: حمایت ادراک شده از سوی همسر در مقابل بیماری

این عامل در دودسته کلی ملاک های منفی یا عوامل مرتبط با عود لوپوس و عوامل مثبت یا عوامل مرتبط با کنترل و بهبود لوپوس جای می گیرد. دسته ملاک منفی شامل ۱ ملاک، درک نامتقابل بیماری فرد و اضافه بار مسئولیت بر دوش بیمار؛ دسته ای ملاک مثبت در برگرنده ۱ ملاک احساس درک شدن و آرامش دهی از سوی همسر است.

درک نامتقابل بیماری: به معنای آن که بیمار، شرایط و تجربیاتش درک نمی شود. همسر شرایطی جسمی - روانی بیمار را متوجه نمی شود. و از بیماری توقع زیادی دارد و در نتیجه اضافه بار مسئولیت بر دوش بیمار گذاشته و وی را متأثر می سازد. علاوه بر آن نوعی از عدم صمیمیت عاطفی وجود دارد که بر تجربه ای بیشتر احساس تنهایی بیمار اثرگذار است.



شکل ۱. تعیین گرهای کیفیت روابط زوجی شناسایی شده مؤثر بر روند بیماری لوپوس

احساس درک شدن و آرامش دهی از سوی همسر از ملاک مثبت این عامل است. که آرامش دهی به نوعی نتیجه این احساس درک شدن است.

عامل پنجم: رخدادهای موقعیتی تنش آور

این عامل در دسته عوامل تشدیدکننده لوپوس قرار می گیرد و شامل ۲ ملاک موقعیت اقتصادی اجتماعی پایین و تنش گر موقعیتی می شود.

موقعیت اجتماعی اقتصادی ضعیف به عنوان یکی از عوامل بسیار مطرح در ارتباط با سلامت جسمی است.

تنشگرهای موقعیتی: که شامل خیانت، اعتیاد، بیکاری و عدم تأمین مالی همسر، بارداری ناخواسته، ازدواج اجباری، دستگیری های مکرر همسر توسط پلیس و مشکلات قانونی همسر همراه با قرار گرفتن در طبقات پایین اقتصادی - اجتماعی در دسته عوامل موقعیتی تشدیدکننده لوپوس که بر رضایت زناشویی هم بشدت تأثیر دارد، قرار می گیرد.

جدول ۳. تلخیص یافته های حاصل از روایت مصاحبه شوندگان در مورد عوامل منفی و مثبت اثرگذار بر بیماری

| عامل | نوع عامل | ملاک های منفی و مثبت | نشانه گر | نمونه بیانات |
|-------------------------------------|----------|---|--|--|
| ویژگی شخصیتی همسر | منفی | کنترل گری شکاکیت مسئولیت گریزی پرخاشگری | تعیین محدودیت های غیر معقول از سمت شوهر برای زن، بیکاری، بی اعتمادی مرد نسبت به زن | «شوهرم تا یک سال بعد از ازدواج بیکار بود. حتی اجازه نمی داد از خونه بیرون بیام، مثله به زندانی» (شرکت کننده شماره ۶) |
| ویژگی شخصیتی همسر | مثبت | پایداری هیجانی و آرامش گری همسر | توانایی همسر در مدیریت تنیدگی، تنظیم هیجانی قوی و حل مسئله | «همسرم خیلی به هم آرامش می ده، خیلی خوب شرایط تنش آور رو مدیریت می کنه. شرایطی که قبلاً کلی تنش می گرفتم الان وقتی می بینم همسرم این قدر آرام برخورد می کنه آرام می شم» (شرکت کننده شماره ۳) |
| سبک های تعاملی | منفی | پرخاشگرانه (فیزیکی) تحقیر کننده سوء استفاده گرایانه خصمانه (کلامی) | زدخورد، کتک خوردن زن، تحقیر کردن، احساس قربانی شدن و غر زدن و کنایه زدن در روابط زوجی | «همسرم همیشه من رو با زن های دیگه مقایسه می کنه و من رو تحقیر می کنه و باعث شده من احساس سرشکستگی داشته باشم» (شرکت کننده شماره ۱۲) |
| سبک های تعاملی | مثبت | درک متقابل | احساس مسئولیت زوجین در مقابل یکدیگر، تأمین نیازهای یکدیگر و مصالحه بر سر نیازها | «همسرم خیلی خوب منو درک می کنه، مثلاً الان برای بچه آوردن خیلی نگرانم به خاطر بیماریم، اما اون می گه آگه برا سلامتی ات ضرر داره نمی خاد!» (شرکت کننده شماره ۱۴) |
| هیجانان تجربه شده در ارتباط با همسر | منفی | هیجانان تجربه شده منفی کم شدن میل جنسی نسبت به همسر | احساس خشم، نفرت نسبت به همسر، احساس تنها بودن، رهاشدگی و قربانی شدن و کم شدن میل جنسی نسبت به همسر | «به خاطر این برخوردش، دیگه اصلاً احساسی به شوهرم ندارم و دوست ندارم حتی رابطه جنسی باهاش داشته باشم» (شرکت کننده شماره ۷) |
| هیجانان تجربه شده در ارتباط با همسر | مثبت | رضایت زناشویی | رضایت سخت از انتخاب و ازدواج در کنار همه شرایط | «من واقعاً از ازدوایم با همسرم راضی هستم، خیلی مراقبم هسته و هوامو داره. و این اضطرابم رو خیلی کم می کنه» (شرکت کننده شماره ۳) |

| عامل | نوع عامل | ملاک‌های منفی و مثبت | نشانه‌گر | نمونه بیانات |
|---|----------|--|---|--|
| حمایت ادراک‌شده از سوی همسر در مقابل بیماری | منفی | درک نامتقابل بیماری | درک پایین همسر از موقعیت، شرایط و دردهای بیمار | «وقتی از سرکار میام خون‌دوست دارم یکی حداقل به لیوان آب بهم بده، اما تازه باید شام درست کنم» (شرکت‌کننده شماره ۶) |
| حمایت ادراک‌شده از سوی همسر در مقابل بیماری | مثبت | احساس درک شدن از سوی همسر | کمک، حمایت و همسر در مقابل بیماری | «همسر من توی کار خون‌کمکم می‌کنه تا اونجا که بتونه» (شرکت‌کننده شماره ۹) |
| تنشگرهای موقعیتی | منفی | شرایط اقتصادی - اجتماعی ضعیف تنشگرهای موقعیتی | مشکلات مالی، بیکاری، اعتیاد همسر، فوت همسر، خیانت همسر، دستگیری مکرر همسر توسط پلیس | «اصلاً علت بیماری من اعتیاد شوهرم هست، آنقدر غصه خوردم که کسی چیزی نفهمه، آبروم بره، فقط حرص خوردم و تنیدگی داشتم. تنها و بی کس بودم» (شرکت‌کننده شماره ۶) |

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف اصلی شناسایی تعیین گره‌های مؤثر روابط زوجی بر عود یا بهبودی و کنترل بیماری لوپوس انجام گرفت. برای این منظور پژوهشگر با انجام ۱۵ مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته، به عواملی دست‌یافت. یافته‌های حاصل از انجام مصاحبه گویای آن است که بیماران مبتلا به لوپوس، به موارد بسیاری در مورد تعیین گره‌های مؤثر روابط زوجی بر لوپوس اشاره کرده‌اند، که پس از تحلیل به ۱۷ ملاک و ۵ عامل اصلی که شامل "ویژگی‌های شخصیتی همسر"، "سبک تعاملی با همسر"، هیجانات تجربه‌شده در رابطه با همسر"، "حمایت ادراک‌شده بیمار از سوی همسر"، "تنشگرهای موقعیتی" می‌شود.

نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش، با نتایج سایر پژوهش‌ها در زمینه ارتباط عوامل روانی و افزایش نشانگرهای التهابی، که زیربنای عود در بیماری‌های خود ایمن مانند لوپوس است؛ همسو است. به‌طور دقیق‌تر، در عامل اول «ویژگی‌های شخصیتی همسر» ملاک‌های یافته شده هم سو با نتایج پژوهش اسمیت، یوچینو، بوش و کنت (۲۰۱۴) است که حاکی از آن است که افراد با ویژگی شخصیتی خصومت و بدبینی نه تنها سطح CRP بالاتری دارند، بلکه همسران آن‌ها که در معرض این خصومت هستند؛ نیز سطح بالاتری از التهاب را تجربه می‌کنند. و این دقیقاً مشابه با روایت مصاحبه‌شوندگان و عامل اول کشف شده است.

در عامل دوم نیز، «سبک تعاملاتی خصمانه» میان زوجین پژوهش کیکولت گلسر (۲۰۰۵) همخوانی دارد. عامل سوم نیز که حاکی از آن است که هیجانات غالب تجربه شده در ارتباط با همسر به دلیل مزمن بودن بر

نشانه‌های التهابی مؤثر است هم سو با یافته کسل و همکاران (۲۰۱۰) می‌باشد.

در خصوص عامل چهارم نیز، ادراک حمایت همسر توسط بیمار نیز با نتایج پژوهشگرانی چون ویسمن و اسبارا (۲۰۱۲)، دونوهو، کریمنز و سیمان (۲۰۱۳) در یک راستا قرار می‌گیرد. و این عامل مهم‌ترین عامل از نظر فراوانی و تکرار نشانگرهای مطرح‌شده توسط بیماران بود، زیرا همان‌طور که نتایج پژوهش کسل و همکارانش (۲۰۱۰) بر روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و پورنقاش، مرتضوی‌فر، مرتضوی‌فر (۱۳۹۹) بر روی بیماران مبتلا به اسکروزیس چندگانه نشان می‌دهد؛ اثرات تعامل مثبت زوجی فراتر از داروها برای درمان این بیماران کارایی دارد. دریافت حمایت اجتماعی توسط زنان منجر به افزایش امید و انگیزه آنان شده و تأثیر بسزایی نیز بر سلامتی آنان می‌گذارد (میری، زنجانی و ذوالقدر؛ ۱۳۹۸).

در عامل پنجم، تنشگرهای موقعیتی نیز مطالعات فریدمن و همکاران (۲۰۱۰) نیز بیانگر آن است که عناصر اصلی موردسنجش در جایگاه اقتصادی - اجتماعی مانند درآمد و تحصیلات ارتباط منفی با سایتوکین‌های پیش التهابی دارد؛ هم‌چنین یافته‌های بریدون، ادواردز، محمدعلی و استپتو (۲۰۰۴) در مورد ارتباط میان التهاب و پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین نیز حاکی از آن است که پاسخ‌های متفاوت التهابی به تنیدگی تا حدی تبیین‌کننده تفاوت نشانگرهای التهابی بین گروه‌های بالا و پایین اقتصادی - اجتماعی در جامعه هست. زیرا در مقایسه با دهک‌های بالای جامعه، دهک‌های پایین در پاسخ به تنیدگی حاد روانشناختی میزان بیشتر و به مدت طولانی‌تری IL-6 و CRP نشان می‌دهند؛ که به‌نوعی این یافته در جهت تأیید یافته‌های پژوهش حاضر است. علاوه بر آن پژوهش هوشمندی، احمدی و کیامنش (۱۳۹۸) از آنجا که حاکی از آن است که فقر اقتصادی

می تواند ثبات، کیفیت و رضایت زناشویی را متأثر سازد؛ نیز تصدیق کننده یافته حاضر است.

درواقع، تجربه احساسات منفی شدید مانند خشم، تنفر همراه عدم دریافت حمایت کافی به نوعی فرد را در شرایط تعارض آمیزی قرار می دهد، ادامه دادن رابطه ای آسیب زا از روی ترس، برچسب های فرهنگی طلاق به عنوان یک عامل اضطراب زای مزمن عمل می کند که به نوعی وهله های عود لوپوس را می تواند پیش بینی کند.

از دیگر سو وجود تجربه هیجانات مثبت، رضایت زناشویی، حمایت و آرامش دهی از طرف همسر فرد مبتلا به لوپوس می تواند تا حد نسبتاً زیادی وهله های کنترل و خاموشی لوپوس را به همراه داشته باشد و مهم ترین عامل مثبت در بهبودی و کنترل لوپوس، درک و حمایت شرایط، احساسات، درد و ناتوانی های بیمار از طرف همسر است که طبق یافته های این پژوهش تا حدی اثرات شفا بخشی بر لوپوس می تواند داشته باشد. روابط حمایتگر ممکن است بر شناخت اثر بگذارد و تجارب هیجانی را فراهم سازد که از طریق آن عملکرد نورواندوکرین - ایمنی را تنظیم کند (کوهن، ۲۰۰۱).

در مجموع یافته های اکتشافی پژوهش حاضر در قالب مدل زیستی - روانی - اجتماعی قابل تبیین است. به این صورت که التهاب مرتبط کننده عوامل اجتماعی به سلامت جسمی است (ینگ و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات نیز بیانگر آن است که واکنش های فیزیولوژیک به تنش (فعال شدن HPA و ترشح کورتیزول) فرآیند التهاب را دستخوش تغییر می سازد (بلک و گاربت، ۲۰۰۲). قرار گرفتن در معرض تنش مزمن توانایی سیستم ایمنی به سیگنال های ضد التهابی را مخدوش می سازد (کوهن و همکاران، ۲۰۱۲). از آنجا که رابطه ی زوجی و هیجانات تجربه شده در آن، از مهم ترین و بلند مدت ترین روابط فرد است، لذا رضایت یا نارضایتی از کیفیت این رابطه علاوه بر سلامت روانی، از طریق مکانیسم های التهابی و اثر گذاری بر سیستم ایمنی بر سلامت جسمی نیز اثرگذار است. به طور اختصاصی نیز، به علت آن که بیماران مبتلا به لوپوس دچار بدتنظیمی شدیدی در سیستم ایمنی هستند، موضوع کیفیت روابط زوجی و دریافت حمایت اجتماعی در کاهش التهاب و کنترل و بهبود علائم بیماری اهمیت دو چندان می یابد.

از محدودیت های این پژوهش نیز به تک جنس بودن اعضای نمونه، قرار گرفتن اعضای در پایگاه اقتصادی - اجتماعی پایین تا متوسط و عدم حذف اثرات داروهایی مانند کورتون و اثرات روان پزشکی بیماری و التهاب بر مغز و حالات روانشناختی نام برد.

با توجه به نتیجه نهایی پژوهش مقوله ی اصلی استخراج شده «نارضایتی زوجی» به عنوان عامل روانشناختی عود و «رضایت زوجی» عامل روانشناختی وهله های کنترل بیماری لوپوس، در زمینه ی کاربردی و پژوهشی پیشنهاد می شود که به همراه درمان دارویی این بیماران، زوج درمانی، آموزش های مهارت های زناشویی به بیماران و همسرانشان با هدف مداخله در کیفیت روابط زوجی بخصوص استقرار سبک های تعاملی سازگارانه و شیوه های حل تعارض زوجی میان آنان به عنوان جنبه ای از درمان مدنظر قرار گیرد. علاوه بر آن، از نظر پژوهشی نیز پیشنهاد می شود عوامل کشف شده مؤثر بر عود و یا کنترل بیماری به صورت کمی نیز بررسی و اعتبار یابی شود، همچنین پژوهشی تنها با مصاحبه با بیماران در وهله کنترل و بهبودی بیماری، به بررسی دقیق تر عوامل مثبت اثرگذار بر شرایط کنترل بیماری پرداخته شود، با در نظر گرفتن بیماران مرد مبتلا به عنوان نمونه، علاوه بر آن پیشنهاد می شود اثرات مداخلات روانشناختی بخصوص زوج درمانی بر این بیماران با لحاظ نمودن شاخص های التهابی پیش و پس از مداخلات انجام گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: مقاله حاضر برگرفته از رساله نویسنده اول است که دارای کد اخلاق به شماره IR.UT.PSYEDU.REC.1399.020 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی انجام شده است. **نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول محقق اصلی و نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم و چهارم استاد مشاور هستند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق تشکر و قدردانی می گردد.

References

- Allen, M. S., & Laborde, S. (2017). Five factor personality traits and inflammatory biomarkers in the English longitudinal study of aging. *Personality and individual differences*, 111(4), 205-21. [link]
- Black, P. H., & Garbutt, L. D. (2002). Stress, inflammation and cardiovascular disease. *Journal of psychosomatic research*, 52(1), 1-23. [link]
- Brydon, L., Edwards, S., Mohamed-Ali, V., & Steptoe, A. (2004). Socioeconomic status and stress-induced increases in interleukin-6. *Brain, Behavior, and Immunity*, 18(3), 281-290. [link]
- Burket, L. W., Greenberg, M. S., & Glick, M. (2003). *Burket's oral medicine: diagnosis & treatment: PMPH-USA*.
- Calcia, M. A., Bonsall, D. R., Bloomfield, P. S., Selvaraj, S., Barichello, T., & Howes, O. D. (2016). Stress and neuroinflammation: a systematic review of the effects of stress on microglia and the implications for mental illness. *Psychopharmacology*, 233(9), 1637-1650. [link]
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. sage.
- Cojocar, M., Cojocar, I. M., Silosi, I., & Vrabie, C. D. (2011). Manifestations of systemic lupus erythematosus. *Maedica*, 6(4), 330. [link]
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Sood, A. K., Anderson, B., Sorosky, J., & Lubaroff, D. M. (2005). Psychosocial factors and interleukin-6 among women with advanced ovarian cancer. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 104(2), 305-313. [link]
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Friedman, E. M., Hayney, M. S., Love, G. D., Urry, H. L., Rosenkranz, M. A., Davidson, R. J., ... & Ryff, C. D. (2005). Social relationships, sleep quality, and interleukin-6 in aging women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(51), 18757-18762. [link]
- Kan, H. J., Song, X., Johnson, B. H., Bechtel, B., O'Sullivan, D., & Molta, C. T. (2012). Healthcare utilization and costs of systemic lupus erythematosus in Medicaid. *BioMed research international*, 93(5), 15-23. [link]
- Kasper, D., & Harrison, T. R. (2005). *Harrison's principles of internal medicine. Vol. 2: McGraw-Hill, Medical Publishing Division*.
- Kasle, S., Wilhelm, M. S., McKnight, P. E., Sheikh, S. Z., & Zautra, A. J. (2010). Mutuality's prospective beneficial effects on inflammation in female patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 62(1), 92-100. [link]
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological bulletin*, 127(4), 87-96. [link]
- KIECOLT-GLASER, J. K., Glaser, R., Cacioppo, J. T., & Malarkey, W. B. (1998). Marital Stress: Immunologic, Neuroendocrine, and Autonomic Correlates a. *Annals of the New York academy of sciences*, 840(1), 656-663. [link]
- Kiecolt-Glaser, J. K., Wilson, S. J., Bailey, M. L., Andridge, R., Peng, J., Jaremka, L. M., ... & Belury, M. A. (2018). Marital distress, depression, and a leaky gut: Translocation of bacterial endotoxin as a pathway to inflammation. *Psychoneuroendocrinology*, 98(3), 52-60. [link]
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.
- Genero, N. P., Miller, J. B., Surrey, J., & Baldwin, L. M. (1992). Measuring perceived mutuality in close relationships: Validation of the Mutual Psychological Development Questionnaire. *Journal of Family Psychology*, 6(1), 36. [link]
- Girard, D., Tardif, J. C., Boisclair Demarble, J., & D'Antono, B. (2016). Trait hostility and acute inflammatory responses to stress in the laboratory. *PloS one*, 11(6), 53-61. [Link]
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5(3), 243-251.
- Hughes, S., Jaremka, L. M., Alfano, C. M., Glaser, R., Potoski, S. P., Lipari, A. M., ... & Malarkey, W. B. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 42(6), 38-44. [link]
- Lutgendorf, S. K., Anderson, B., Sorosky, J. I., Buller, R. E., & Lubaroff, D. M. (2000). Interleukin-6 and use of social support in gynecologic cancer patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 127-142. [link]
- Lau, C., Yin, G., & Mok, M. (2006). Ethnic and geographical differences in systemic lupus erythematosus: an overview. *Lupus*, 15(11), 715-719. [link]
- Liu, Y.-Z., Wang, Y.-X., & Jiang, C.-L. (2017). Inflammation: the common pathway of stress-

- related diseases. *Frontiers in human neuroscience*, 11(5), 316-324. [link]
- Mok, C., & Lau, C. (2003). Pathogenesis of systemic lupus erythematosus. *Journal of clinical pathology*, 56(7), 481-490. [link]
- Miller, G., Rohleder, N., & Cole, S. W. (2009). Chronic interpersonal stress predicts activation of pro-and anti-inflammatory signaling pathways six months later. *Psychosomatic medicine*, 71(1), 57-68. [link]
- Olesińska, M., & Saletra, A. (2018). Quality of life in systemic lupus erythematosus and its measurement. *Reumatologia*, 56(1), 45. the mosaic of autoimmunity. *Lupus*, 15(3), 183-190. [link]
- Pawlak, C. R., Witte, T., Heiken, H., Hundt, M., Schubert, J., Wiese, B., Goebel, M. U. (2003). Flares in patients with systemic lupus erythematosus are associated with daily psychological stress. *Psychotherapy and psychosomatics*, 72(3), 159-165. [link]
- Pournaghash Tehrani S, Mortazavifar S, Mortazavifar S. (2020). The effect of social support and emotion regulation strategies on predicting the mental health of people with multiple sclerosis. *Journal of psychological science*, 19(89), 529-539. (Persian).
- Sadeghi Nia Z, Salehi K, Moghddam Zadeh A. (2018). A phenomenological approach in identifying factors affecting performance appraisal Primary school principals, *Journal of school administration*, 2(6) 23-29. (Persian)
- Sbarra, D. A. (2009). Marriage protects men from clinically meaningful elevations in C-reactive protein: results from the National Social Life, Health, and Aging Project (NSHAP). *Psychosomatic medicine*, 71(8), 828-839. [link]
- Shih, P. B., Manzi, S., Shaw, P., Kenney, M., Kao, A. H., Bontempo, F.,... Kamboh, M. I. (2008). Genetic variation in C-reactive protein (CRP) gene may be associated with risk of systemic lupus erythematosus and CRP concentrations. *The Journal of rheumatology*, 35(11), 2171-2178. [link]
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75. [link]
- Shepshelovich, D., & Shoenfeld, Y. (2006). Prediction and prevention of autoimmune diseases: additional aspects of the mosaic of autoimmunity. *Lupus*, 15(3), 183-190. [link]
- Shoenfeld, Y., & Isenberg, D. A. (1989). The mosaic of autoimmunity. *Immunology today*, 10(4), 123-126.
- Smith, T. W., Uchino, B. N., Bosch, J. A., & Kent, R. G. (2014). Trait hostility is associated with systemic inflammation in married couples: An actor-partner analysis. *Biological psychology*, 102(3), 51-53. [link]
- Stojan, G., & Petri, M. (2018). Epidemiology of systemic lupus erythematosus: an update. *Current opinion in rheumatology*, 30(2), 144-157. [link]
- Stojanovich, L., & Marisavljevich, D. (2008). Stress as a trigger of autoimmune disease. *Autoimmunity reviews*, 7(3), 209-213. [link]
- Tassiulas, I., Boumpas, D., Firestein, G., Budd, R., Harris, E., McInnes, I., Sergent, J. (2009). Kelley's textbook of rheumatology. *Philadelphia, Saunders*, 1268, 1269.
- Uchino, B. N., Bowen, K., de Grey, R. K., Mikel, J., & Fisher, E. B. (2018). Social support and physical health: Models, mechanisms, and opportunities. In *Principles and concepts of behavioral medicine* (pp. 341-372). Springer, New York, NY. [link]
- Wallace, D. (1997). Systemic lupus erythematosus and the nervous system. *Dobois' Lupus Erythematosus*, 67(4), 723-754.
- Ward, M., Marx, A., & Barry, N. (2002). Psychological distress and changes in the activity of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, 41(2), 184-188. [link]
- Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology: an exploration. *Journal of holistic nursing*, 25(3), 172-180. [link]
- Yang, Y. C., Schorpp, K., & Harris, K. M. (2014). Social support, social strain and inflammation: Evidence from a national longitudinal study of US adults. *Social science & medicine*, 107(5), 124-135. [link]