فصل‌نامه‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی-فرهنگی، دوره‌ی دوازدهم، شماره‌ی ۳، زمستان ۱۴۰۲، صفحات ۸۱-۶۰

مقاله پژوهشی

مقایسهٔ عوامل جامعه‌شناختی و روانشناختی زمینه‌ساز در ابتلاء بیماران به آرتریت روماتویید با افراد سالم

پیمان آرامش صدیق[۱]؛ سید عبدالمجید بحرینیان[۲]؛ احمد منصوری[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۳۰

چکیده

بنا بر اعلام سازمان بهداشت جهانی، عوامل اجتماعی-روانی تأثیر ۸۵ درصدی بر سلامت دارد. بیماری، نتیجهٔ تعامل عوامل سه گانهٔ جامعه‌شناختی، روانشناختی و زیستی است. این مطالعه در زمینهٔ بررسی عوامل اجتماعی و روانشناختی، به عنوان زمینهٔ ابتلای بیماران مبتلا به آرتریت روماتویید است. هدف اصلی این پژوهش، شناخت عوامل جامعه‌شناختی و عوامل روانشناختی در ایجاد زمینهٔ ابتلای بیماران به آرتریت روماتویید است. روش پژوهش حاضر، توصیفی-تحلیلی از نوع علی- مقایسه‌ای و پس رویدادی است. جهت تحلیل متغیرهای جامعه‌شناسی از آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیره و آنالیز واریانس ا ستفاده گردید. جامعهٔآماری این تحقیق، ۱۲۷ نفر از بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید کلینیک روماتولوژی بیمار ستان امام خمینی در سال‌های ۱۳۸۸-۱۴۰۰ و ۱۲۷ نفر از افراد سالم هستند که پس از تشخیص‌گذاری روماتولوژیست، بیماران با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار سنجش اختلالات روان‌شناختی، پر س‌شنامهٔ فرم بلندطرحواره‌های نا سازگار یانگ و پر س‌شنامهٔ راهبردهای مقابله‌ای لازاروس می‌باشد. پرسشنامهٔ عوامل اجتماعی در تعیین متغیرهای جامعه‌شناختی نیز محقق ساخته است.. در تجزیه و تحلیل داده‌ها و اطلاعات، از نرم افزار Spss22 استفاده گردید. مطابق نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره، شش متغیر اجتماعی ۱ . طبقهٔ اقتصادی پایین ۲.سبک زندگی ۳. آسیب خانوادهٔ بالا ٤ . حمایت عاطفی پایین ۵. مشارکت اجتماعی پایین و ٦. تحصیلات پایین، تأثیرمعنی‌داری بر ایجاد زمینهٔ روان‌شناختی

[۱] . دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران.
peyman.aramesh1970@gmail.com

[۲] . استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند ایران (نویسندهٔ مسؤول).
bahrainian@birjand.iau.ac.ir

[۳] . استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

a.mansouri@iau-neyshabur.ac.ir

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

و زمینهٔ ابتلای به بیماری آرتریت روماتویید داشـــتند. همچنین نتایج نشـــان داد که همهٔ بیماران مبتلا به آرتریت روماتویید در این پژوهش، دارای طرحواره‌های ناســـازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای ناســـازگار بودند، اما افراد سالم فاقد آن بودند.

واژه‌های کلیدی: آرتریت روماتوئید؛ آسیب خانواده؛ راهبردهای مقابله‌ای؛ سبک زندگی؛ طبقهٔ اقتصادی؛ طرحوارهٔ ناسازگاراولیه؛ مشارکت اجتماعی.

مقدمه

آرتریت روماتویید یکی از بیماری‌های مزمن ناتوان کننده‌ای است که عوامل سه گانهٔ زیستی، روانی_ اجتماعی با تضعیف سیستم ایمنی، آن را ایجاد می‌کند (کاپلان[4]، ۱۳۹٤؛ جیسون وهمکاران، ۱٤۰۰). آرتریت روماتویید خطرناک‌ترین، دردناک‌ترین و معلول‌کننده‌ترین بیماری مادام‌العمراست که درد شدید و تخریب مفاصل را به دنبال دارد (سارافینو،۱۳۹۲: ٦۸۲؛ جیسون و همکاران، ۱٤۰۰). مطالعات نشان داده است بیماران مبتلا به آرتریت روماتویید، پیش از ابتلا به بیماری از مشکلات مزمن روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی و استرس مزمن رنج می‌بردند (عطاپور و همکاران، ۱۳۸۱؛ ساراسون، ۱۳۸٤). نتیجهٔ این بیماری انبوهی از مشکلات اجتماعی-اقتصادی، شغلی، ارتباطی در ایفای نقش‌های خانوادگی، محدودیت‌های حرکتی، خانوادگی، جنسی، عاطفی و افسردگی و اضطراب را در پی دارد (نوروزی و همکاران، ۲۰۱٦). در آمریکا از کار افتادگی شغلی زودرس این بیماران سالانه میلیون‌ها دلار آسیب اقتصادی وارد می‌کند (اولیو، اولیو و کاراداج[5]، ۲۰۱۲). ثابت شده است یک سوم بیماران شاغل مبتلا به آرتریت روماتوئید بعد از گذشت ۵ سال از تشخیص بیماری، کارشان را از دست می‌دهند و این نسبت، بعد از ده سال به یک دوم افزایش می‌یابد (عطاپور و همکاران؛ ۱۳۸۱). ابعاد روانی- اجتماعی ایجاد کنندهٔ بیماری و عوارض اقتصادی، اجتماعی و روانی گستردهٔ این بیماری، ضرورت پرداختن به عوامل زمینه‌ساز این بیماری را توجیه می‌کند.

چهارچوب نظری

اینگل[6] (۱۹۷۷) بیماری را محصول تعامل عوامل اجتماعی-روانی با عوامل زیستی می‌داند. نظام زیستی، بر عوامل مولکولی و وراثتی و نظام اجتماعی بر عوامل روانشناختی و نظام روانشناختی بر سیستم ایمنی تأثیر دارد. بر این اساس، آرتریت روماتوئید، یکی از بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده‌ای است که

4. Kaplan& sadoc

5. Ovayolu O, Ovayolu N, Karadag G

6. Engel, G. L.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

عوامل سه گانهٔ زیستی، اجتماعی–روانی در ایجاد و تداوم آن از طریق سیستم ایمنی نقش دارد (جیسون و همکاران، ۲۰۱۲: ۱۱۷). کاپلان نیز به چهار عامل عمدهٔ سبب‌ساز آرتریت روماتویید، اشاره می‌کند: ۱– عوامل اجتماعی– روانی (استرس‌زاها) ۲– عوامل ایمنی شناختی ۳– عوامل ژنتیکی و وراثتی ٤– عوامل آلرژیک (کاپلان، ۱۳۹٤: ٤۳٦).

عوامل روانشناختی مؤثر در ابتلاء به آرتریت روماتویید

آرتریت روماتویید به طور مرتب و پیوسته با بیماری‌های روانی، همبستگی دارد و حاصل تعامل زمینه‌های ژنتیکی با مسائل اجتماعی–روانی است (کاپلان، ۱۳۹٤: ٤۳۵). عوامل روانی با بسیاری از بیماری‌های جسمی، همبستگی دارند. نرخ شیوع آن‌ها بسته به نوع بیماری جسمی، ۲۰ تا٦۷ درصد را شامل می‌گردد (همان: ٤۲۰). افسردگی و اضطراب به میزان بالایی هم پیش از ابتلا به بیماری شایع است و هم پس از ابتلا به بیماری شایع‌تر می‌گردد. در ایران، مطالعهٔ عبیدی و همکاران (۱۳۸۹) روی ۱۸۰ بیمار آرتریت روماتوئید، معلوم کرد ۹۳/۸ درصد بیماران افسردگی داشتند. در مطالعهٔ دیگر، منجمد و رضویان (۱۳۸٤) روی ۱۹۰ بیمار آرتریت روماتوئید در تهران، نشان داد ۹۳٪ اضطراب و ۸۱ درصد افسردگی داشتند. اهمیت این یافته‌ها از آن‌رو است که افسردگی و اضطراب، نقش مهمی در کیفیت تجربهٔ درد مزمن و بیماری دارند (ساریاهو، ۲۰۱۱).

عوامل اجتماعی زمینه ساز در ابتلاء به بیماری آرتریت روماتویید

جامعه از به هم پیوستگی و انسجام اعضای آن تشکیل شده است. اراده، شخصیت، ارزش‌ها، زبان و هر امر فردی مضمحل در جامعه است (دورکیم، ۱۳۷۸). بیماری نیز مانند خودکشی علاوه بر بعد زیستی، می‌تواند تحت تأثیرمتغیرهای اجتماعی مانند نابسامانی اجتماعی باشد. اما سؤال این است که عوامل اجتماعی با چه مکانیزمی سبب بیماری خودایمن آرتریت روماتویید می‌شود؟ اولاً، استرس‌های روانی با همهٔ بیماری‌ها مرتبط است. رابطهٔ استرس با انواع بیماری‌ها از تبخال ساده و سرماخوردگی گرفته تا بیماری‌های پیچیدهٔ ایمنی مانند سرطان مورد بررسی قرار گرفته است (کوهن و رابین[7]، ۱۹۹۸). استرس مستقیماً سیستم ایمنی را تضعیف می‌کند. سیستم ایمنی واسطه‌ای است بین رویدادهای اجتماعی–روانی از یک‌سو و تعیین‌کننده‌های آسیب فیزیولوژیکی، بیوشیمیایی و غدد درون‌ریز از طرف دیگر که توسط دستگاه عصبی پردازش می‌شوند (آدر و کوهن[8]، ۱۹۹۳). دوماً، اختلالات روانی تحت تأثیر عوامل اجتماعی استرس‌زا ایجاد می‌شود (توکل و فراهانی، ۱۳۹٦) سوماً، فشارهای روانی نیز از طریق تحت تأثیر قرار دادن عوامل ایمنی شناختی در تعامل با دیگر عوامل

7. Chohen, & Rabin
8. Ader

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]
[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

زیستی و ژنتیکی منجر به شکوفایی بیماری‌های ایمنولوژیک مثل آرتریت روماتویید می‌گردد (جیمسون وهمکاران، ۱۴۰۰: ۱۱۷). در نتیجه می‌توان گفت استرس‌های اجتماعی-روانی به طور مداوم از طریق تضعیف سیستم ایمنی زمینهٔ ابتلاء به آرتریت روماتویید را ایجاد می‌کند.

افراد درون ساختارهای اجتماعی به دنیا می‌آیند و بر آن تسلط ندارند. در این پژوهش، عوامل اجتماعی به عنوان متغیر مستقل وعوامل روانشناختی و ایمنولوژیک و بیماری آرتریت روماتوئید، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته می‌شود.

متغیرهای اجتماعی

طبقهٔ اقتصادی

طبقهٔ اقتصادی یا پایگاه اقتصادی، شامل شاخصه‌های میزان درآمد (بالا، متوسط، پایین)، اشتغال، مسکن می‌باشد. در گزارش‌های جهانی، به طور کلی سه یافتهٔ پایدار دربارهٔ رابطهٔ پایگاه اقتصادی-اجتماعی و سلامت و بیماری وجود دارد (اگدن، ۱۳۹۵). با افزایش پایگاه اقتصادی واجتماعی: ۱. نرخ مرگ ومیر، پیشرفت بیماری و امید به زندگی افزایش می‌یابد. ۲.مرگ ومیر، میزان بیماری‌های مزمن و مشکلات روانی کاهش می‌یابد.۳. سلامت جسمانی و روانی و خودگزارش‌دهی افزایش می‌یابد. بنابراین کسانی که در گروه درآمد پایین‌تری هستند، سلامت ضعیف‌تری دارند و بیشتر به بیماری‌های مزمن مبتلا می‌شوند و برعکس، افزایش پایگاه اجتماعی و اقتصادی مستقیماً با افزایش سلامت و کاهش بیماری رابطه دارد. نتیجه آن که نابرابری‌های اقتصادی می‌تواند در ابتلاء نابرابر به بیماری تأثیر داشته باشد. می‌توان گفت نابرابری اقتصادی می‌تواند ریسک ابتلا به بیماری‌های خود ایمن از جمله آرتریت روماتوئید را از طریق ایجاد فشار روانی، تحت تأثیر قرار دادن میزان تحصیلات، درآمد کمتر و سوء تغذیه و مراقبت پزشکی کمتر، تحت تأثیر قرار دهد (مرادی و همکاران، ۱۳۹۵). به این معنا، آن دسته از افرادی که در پایین ترین سلسله مراتب اجتماعی واقع شده اند، احتمال بیشتری وجود دارد که به این بیماری دچار شوند. مکانیسم تأثیرگذاری این متغیر بر ابتلا به این بیماری نیز از طرق مختلف از جمله تأثیرگذاری بر تغذیه، هزینه‌های بهداشتی بالاو سبک زندگی و فشار روانی است.

تحصیلات و آموزش

سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۲۰ اعلام کرد که آموزش و تحصیلات به واسطهٔ رشد آگاهی فردی و جمعی در پیشگیری، مراقبت و حتی درمان مؤثر می‌تواند بر ریسک ابتلا به بیماری‌های مزمن تأثیرگذار باشد. تحصیلات بالا، ساختارهای شناختی افراد را تغییر می‌دهد و فرد می‌تواند

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

مواجههٔ شناختی سازگارانه‌ای با مشکلات داشته باشد. تغییرات شناختی، مقدمهٔ باورهای سلامت است. افراد بیسواد، بیشتر در معرض آسیب‌های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی، روانی و بیماری‌ها هستند (اُگدن، ۱۳۹۵).

آسیب خانواده و حمایت عاطفی خانواده

خانواده یگانه جایگاهی است که نیازهای امنیت روانی، عاطفی و دلبستگی نوزاد را رفع می‌کند. انسان‌ها خانوادهٔ خود را انتخاب نمی‌کنند، بلکه در ساختار از پیش تعیین شدهٔ خانواده متولد می‌شوند. دلبستگی، احساس امنیت و عشق، بزرگ‌ترین نیاز روانی است که فقط در خانواده تأمین می‌شود. مطالعات بی‌شماری نشان می‌دهد که انسان‌ها یا حتی حیواناتی که نیازهای دلبستگی‌شان از طریق نوازش و حمایت عاطفی در خانواده تأمین نمی‌شود، در بزرگسالی ایمنی بدن‌شان ضعیف‌تر از دیگران است و به بیماری‌ها واکنش منفی نشان می‌دهد (پینل، ۱۳۸۷). پس هر چقدر آسیب‌های خانواده مثل از دست دادن والدین، تعارضات خانواده و ارضانشدن عشق واحساس امنیت روانی، بیشتر باشد، حمایت عاطفی خانواده از فرد کمتر می‌گردد و شانس ابتلا به بیماری‌ها از طریق سرکوب سیستم ایمنی بیشتر می‌گردد. در واقع اکنون دو متغییر در ارتباط با هم وجود دارد: متغییر آسیب ساختار خانواده و متغییر حمایت عاطفی خانواده. آسیب ساختار خانواده هر چقدر بیشتر باشد، حمایت عاطفی از فرد کمتر می‌شود و به همان میزان، زمینه‌های ایمنولوژیک بدن برای بیماری فراهم می‌گردد.

مشارکت اجتماعی

مطالعات جامعه‌شناسی سلامت نشان داده است که مشارکت اجتماعی در بهبود سلامت فیزیکی و روانی افراد تأثیر بسزایی دارد (هاچینستون و همکاران[9]، ۲۰۱۲). اُگدن، (۱۳۹۵)، معتقد است مشارکت در گروه‌های جمعی و ورزشی علاوه بر کاهش استرس، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی، افزایش انگیزهٔ فعالیت‌های اجتماعی و سیاسی، تغییر نگرش‌های شناختی، افزایش حمایت اجتماعی، تقویت ارزش‌های فرد، افزایش عزت نفس، غلبه بر احساس تنهایی و تغییر سبک زندگی منجر گردد.

سبک زندگی

[9]. Hutchinson S, Nimrod G

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

امروزه با برخورداری از پیشرفت‌های پزشکی، واکسیناسیون عمومی و آنتی بیوتیک‌ها، بشر از بیماری‌های عفونی و بیماری‌های ویروسی، امنیت نسبی دارد. اما هم اکنون یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر ناشی از بیماری‌ها، سبک زندگی است. انسان‌ها به بیماری‌های سبک زندگی، دیرتر از بیماری‌های واگیر، مبتلا می‌شوند. اما مشکلات به مراتب بیشتری ایجاد می‌کند. با صنعتی شدن جوامع، سهم این بیماری‌ها رشد بیشتری یافته است. اگر چه با رشد تکنولوژی، میانگین امید به زندگی افزایش یافته است، اما مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۱ بیش از ۷۰ درصد از افراد فوت شدهٔ بالای ٦۰ سال در زمان مرگ، حداقل از یک نوع بیماری مربوط به سبک زندگی برای مدت نسبتاً طولانی رنج می‌برند (وونگ[10]، ۲۰۱۵).

روش تحقیق

مفروض اصلی این تحقیق این بود که عوامل اجتماعی بر ایجاد اختلالات روان‌شناختی (طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار) اثر می‌گذارد و فشارهای روانی ناشی از آن‌ها زمینه‌ساز اختلالات سیستم ایمنی می‌شود و در ابتلاء به بیماری آرتریت روماتویید نقش دارد. برای بررسی این فرض جامعه‌شناختی، متغیرهای اجتماعی و دو متغیر روانشناختی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای دو گروه افراد سالم و بیمار را استخراج کردیم و با هم مقایسه شدند.

فرضیات تحقیق عبارتند از:

۱. بین طبقهٔ اقتصادی با طبقهٔ اقتصادی افراد سالم، تفاوت معنادار وجود دارد.

۲. بین آسیب‌های خانوادهٔ بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با آسیب‌های خانوادهٔ افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

۳. بین حمایت عاطفی از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با حمایت عاطفی از افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

٤ . بین میزان مشارکت اجتماعی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با مشارکت اجتماعی افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

۵. بین سبک زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با سبک زندگی افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

٦. بین میزان تحصیلات بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با تحصیلات افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

---

[10]. Wong, N.D.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

۷. بین طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با افراد سالم از نظر تعداد و شدت تفاوت معنادار وجود دارد.

۸. بین نوع راهبردهای مقابله‌ای و میزان آن‌ها در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

جامعهٔ آماری ۱۲۷ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید در کلینیک روماتولوژی بیمارستان امام خمینی بود. بیماران، پس از تشخیص روماتولوژ، انتخاب شدند. افراد سالم نیز از گروه زنان نمازگزار مسجد انتخاب شدند. روش تحقیق، علی- مقایسه‌ای " پس رویدادی " و روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری هدفمند بود.

در این پژوهش از فرم بلند پرسشنامهٔ ۲۳۲ سؤالی طرحوارهٔ یانگ (۱۳۹۱) که دارای ۱۸مؤلفهٔ اصلی و ۲۳۲ گویه است و همهٔ ۱۸طرحوارهٔ ناسازگار اولیه را مورد سنجش قرار می‌دهد، استفاده شده است. اعتبار و روایی این پرسشنامه در ایران توسط فتی و همکاران (۱۳۸۸)، بین ۸۲٤ نفر محاسبه شده است. همچنین از پرسشنامهٔ راهبردهای مقابله‌ای لازاروس (۱۹۸۰ و ۱۹۸۵) که توسط کرمی و زینلخانی (۱۳۸۹) تنظیم شده، استفاده شده است. آلفای کرونباخ ۸۳٪ و پایایی آن به روش بازآزمایی۹۳٪ است. این پرسشنامه دارای ٦٦ سؤال و ۸ زیر مقیاس است

روایی و پایایی پرسشنامهٔ جامعه‌شناسی

روایی پرسشنامه محقق‌ساختهٔ جامعه‌شناسی با انجام آزمون کرونباخ مورد سنجش قرار گرفته است که نتایج آزمون، در هر شاخص به شرح زیر بوده است. ۱. طبقهٔ اقتصادی (وضعیت مسکن، شغل، منطقهٔ سکونت، (حاشیه‌نشین، شهری، روستایی) و میانگین درآمد (٦سؤال)، آلفای کرونباخ ۰/۸٤؛ آسیب خانواده: گسست ساختار خانواده (۳سؤال)، گسست عاطفی (۲سؤال)، اجتناب اجتماعی (۲سؤال)، آلفای کرونباخ۷۷٪؛ طبقهٔ اقتصادی: مسکن، شغل و میانگین درآمد (٦سؤال) آلفای کرونباخ ۸۸٪؛ انسجام و مشارکت اجتماعی:گروه‌های ورزشی/ گروه‌های دینی/ انجمن‌های خیریه/ هیأت‌های مذهبی/ گروه‌های داوطلبانه / مشارکت در انتخابات (۷سؤال)، آلفای کرونباخ ۸۷٪؛ سبک زندگی: توجه به تندرستی (۳ سؤال)، کنترل وزن (۲ سؤال)، سلامت روان (۸ سؤال)، عدم استعمال دخانیات (۲ سؤال)، محیطی(۵سؤ ال)، آلفای کرونباخ ۸۲٪. حمایت عاطفی خانواده: احساس امنیت (۲سؤال) و عشق و محبت (۲سؤال)، اعتماد متقابل (۲سؤال)، امید متقابل (۲سؤال) و حمایت از هم (۲سؤال)، احساس ارزشمندی (۲سؤال)، صمیمیت هیجانی (۲سؤال) و مراقبت (۲سؤال)، آلفای کرونباخ۸٦٪.

به منظور تجزیه و تحلیل دادها و اطلاعات از نرم افزار Spss22 استفاده گردید و نتایج تحقیق به دو صورت آمار توصیفی (درصد و فراونی) و آمار استنباطی در قالب رگرسیون چند متغیری

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

جهت سنجش تأثیر هر یک از متغیرهای مورد بررسی، مورد تحلیل قرار گرفت.

اطلاعات جمعیت‌شناختی و اجتماعی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید:

همهٔ پاسخگویان زن بودند. ۵ نفر (۳/۹ درصد) از بیماران در گروه سنی ۲۴-۲۰ سال؛ ۱۵ نفر (۱۱/۸ درصد) در گروه سنی ۲۹-۲۵ سال؛ ۴۳ نفر (۳۳/۸ درصد) در گروه سنی ۳۴-۳۰ سال و ٦٤ نفر (۵۰/٤ درصد) در سنین بالاتر از ۳۵ سال قرار داشتند.

یافته‌های تحقیق

جدول شمارهٔ یک-یافته‌های روانشناختی براساس رتبه‌بندی نمرات بالاترمیانگین طرحواره‌های ناسازگار بیماران آرتریت روماتوئید

ردیف	طرحواره	وضعیت	میانگین نمره	نمره برش پرسشنامه	مقدار آماره آزمون	سطح معنی‌داری (sig)
۱	رها شدگی	سالم	٤۲/۵۰	٥٤	-٤/٦۷۵	۰/۰۰۰
		بیمار RA	۷٤/۱۸	٥٤	٦/۹۰۲	۰/۰۰۰
۲	خودقربانی سازی یا ایثار مرضی	سالم	٦۰/۹۰	۵۱	۳/۷۷٤	۰/۰۰۱
		بیمار RA	۷٤/۰۳	۵۱	۹/۲۱٤	۰/۰۰۰
۳	تنبیه	سالم	۵۰/۵۰	٦٦	-٦/٦۷٦	۰/۰۰۰
		بیمار RA	۷۲/۷۸	٦٦	۳/۵۸	۰/۰۰۰
٤	معیارهای سرسختانه	سالم	۵۳/٤۰	٤۸	۲/۳۵۲	۰/۰۲٤
		بیمار RA	٦۸/۹۵	٤۸	۸/٦٦۵	۰/۰۰۰
۵	بدرفتاری وبی‌اعتمادی	سالم	٤۱/۲۰	٤۸	-۲/۸٤۸	۰/۰۰۷
		بیمار RA	٦۸/۱۸	٤۸	٦/۵۷۸	۰/۰۰۰
٦	خویشتن‌داری ناکافی	سالم	۳۵/٦۰	٤۵	-٤/۵٤٦	۰/۰۰۰
		بیمار RA	٦۲/٤۵	٤۵	٦/۸٤۲	۰/۰۰۰
۷	آسیب‌پذیری به بیماری وزیان	سالم	۲۹/۳۵	٤۲	-٦/۸۸۰	۰/۰۰۰
		بیمار RA	۵۸/۷۸	٤۲	۷/۲۹۱	۰/۰۰۰
۸	وابستگی بی‌کفایتی	سالم	۲۸/٦۵	٤۵	-۱۰/۱۷٤	۰/۰۰۰
		بیمار RA	۵۳/۳۳	٤۵	۳/٤۳۲	۰/۰۰۱
۹	انزوای اجتماعی	سالم	۲۱/۱۵	۳۳	-۸/۳٦۷	۰/۰۰۰
		بیمار RA	٤٦/٦۵	۳۳	٦/۰٦٤	۰/۰۰۰
۱۰	اطاعت	سالم	۲۱/۷۰	۳۰	-۷/۹٤۱	۰/۰۰۰
		بیمار RA	٤۱/۱۵	۳۰	٦/٤۰۱	۰/۰۰۰
۱۱	محرومیت عاطفی	سالم	۱۸/٤۰	۲۷	-۵/۳۹۷	۰/۰۰۰
		بیمار RA	٤۰/۸۵	۲۷	٦/۷٤۸	۰/۰۰۰

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

ردیف	طرحواره	وضعیت	میانگین نمره	نمره برش پرسشنامه	مقدار آماره آزمون	سطح معنی‌داری (sig)
۱۲	استحقاق	سالم	۳۳	۳۳	۰	۱/۰۰۰
		بیمارRA	۴۰/۴۵	۳۳	۴/۳۱۴	۰/۰۰۰
۱۳	شرم و نقص	سالم	۲۲/۳۰	۴۲	-۱۳/۴۳۸	۰/۰۰۰
		بیمارRA	۳۹/۹۸	۴۲	-۰/۹۴۶	۰/۳۵۰
۱۴	منفی‌گرایی و بدبینی	سالم	۲۴/۳۰	۳۳	-۶/۸۳۹	۰/۰۰۰
		بیمارRA	۳۹/۷۸	۳۳	۳/۵۸۶	۰/۰۰۰
۱۵	بازداری هیجانی	سالم	۲۵/۹۵	۲۷	-۰/۸۵۱	۰/۴۰۰
		بیمار RA	۳۹/۱۰	۲۷	۸/۱۳۹	۰/۰۰۰
۱۶	خودتحول نیافته	سالم	۲۴/۳۰	۳۳	-۶/۸۳۹	۰/۰۰۰
		بیمارRA	۳۸/۷۸	۳۳	۳/۵۸۶	۰/۰۰۱
۱۷	شکست	سالم	۱۶/۳۵	۲۷	-۱۱/۳۰۲	۰/۰۰۰
		بیمارRA	۳۷/۹۸	۲۷	۵/۸۸۳	۰/۰۰۰
۱۸	پذیرش‌جویی یا جلب توجه	سالم	۱۸/۶۰	۳۰	-۱۰/۰۵۴	۰/۰۰۰
		بیمارRA	۳۲/۱۳	۳۰	۱/۱۸۷	۰/۲۴۲
	شاخص کلی طرحواره	سالم	۴۹۳/۳۵	۶۱۵	-۶/۰۵۷	۰/۰۰۰
		بیمارRA	۸۱۶/۹۳	۶۱۵	۷/۷۰۲	۰/۰۰۰

همان‌گونه که در جدول شمارهٔ (۱) ملاحظه می‌شود. بیماران آرتریت روماتوئید، دارای هر۱۸ طرحوارهٔ اختلال‌زا هستند، اما افراد سالم تنها به گونهٔ ضعیفی از طرحوارهٔ ایثارگری مبتلا هستند. تفاوت میانگین هردو گروه در هر ۱۸ طرحواره معنی‌داراست. به عبارت دیگر میزان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به آرتریت روماتویید از نظر تعداد، بیشتر و از نظر جهت، شدیدتر از افراد سالم است. بنابراین فرضیهٔ این پژوهش مبنی بر اینکه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ بیشتر و شدیدتری هستند، تأیید می‌شود. مقایسهٔ میانگین نمرات شاخص کلی طرحواره‌های افراد سالم ۴۹۳/۳۵ در مقایسه با افراد بیمارمبتلا به آرتریت روماتوئید ۸۱۶/۹۳، تفاوت برجسته از نظر شدت را نشان می‌دهد که این میزان تفاوت، معنادار است.

جدول شمارهٔ دو- راهبردهای مقابله‌ای بیماران و افراد سالم

مقابله	میانگین سالم	میانگین بیمار RA	مقدار آماره آزمون	سطح معنی‌داری (sig)
مسئله‌مدار	۹۶/۳۰	۷۹/۹۷	۳/۹۸۴	۰/۰۰۰
هیجان‌مدار	۵۹/۴۸	۶۵/۲۸	-۲/۲۲۱	۰/۰۰۰

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

طبق داده‌های جدول شمارهٔ (۲) ۹۶/۳۰٪ از افراد سالم و۷۹/۹۷٪ از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، از مقابلهٔ مسأله‌مدار استفاده می‌کنند و ۵۹/۴۸ افراد سالم، مقابلهٔ هیجان مدار و ۵۹/۴۸ از بیماران از مقابلهٔ هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. در نتیجه، فرضیهٔ دیگر این پژوهش مبنی بر استفادهٔ بیشتر و شدیدتر بیماران مبتلا به آرتریت روماتویید از راهبردهای مقابلهٔ هیجانی نیز، تأیید می‌شود.

توصیف متغیرهای مدل

در این تحقیق، شش متغیر در مدل تحقیق کلان وجود داشته است. تقسیم‌بندی هر متغیر جهت سهولت توصیف بوده است و در تحلیل داده‌های همهٔ متغیرهای مستقل در سطح سنجش فاصله‌ای مورد سنجش قرار گرفته است.

جدول شمارهٔ سه- توصیف متغیرهای جامعه‌شناختی

		افراد بیمار		افراد سالم	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
طبقهٔ یا پایگاه اقتصادی	بالا	۱۸	۱۴/۲	۳۸	۳۰
	متوسط	۲۵	۱۹/۶	۵۹	۴۶/۴
	پایین	۸۴	۶۶/۲	۳۰	۲۳/۶
تحصیلات	بی سواد	۲۲	۱۷/۳	۰	۰
	سیکل و کمتر	۳۵	۲۷/۶	۳۴	۲۶/۸
	دبیرستان و دیپلم	۴۱	۳۲/۳	۴۲	۳۳/۱
	تحصیلات دانشگاهی	۲۹	۲۲/۸	۵۱	۴۰/۱
سبک زندگی	سالم	۱۸	۱۴/۳	۳۳	۲۶
	نسبتاً سالم	۲۰	۱۵/۷	۴۹	۳۸/۵
	نسبتاً ناسالم	۳۵	۳۷/۵	۲۰	۱۵/۷
	ناسالم	۵۴	۴۲/۵	۲۵	۱۹/۶
حمایت عاطفی خانواده	بالا	۳۵	۲۷/۵	۴۴	۳۴/۶
	متوسط	۴۱	۳۲/۲	۶۲	۴۸/۸
	پایین	۵۱	۴۰/۳	۲۱	۱۶/۵
آسیب خانواده	بالا	۶۲	۴۸/۸	۲۷	۲۱/۲
	متوسط	۴۲	۳۳/۱	۶۵	۵۱/۲
	پایین	۲۳	۱۸/۱	۳۵	۲۷/۶
	بالا	۳۸	۲۹/۹	۳۵	۲۷/۶

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

٦.انسجام و مشارکت اجتماعی	متوسط	۵۷	٤٤/۹	۵۳	٤۱/۷
	پایین	۳۲	۲۵/۲	۳۹	۳۱/۷

منشاء شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آسیب‌های روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتویید در درجهٔ اول، آسیب‌هایی است که آنان در خانوادهٔ والدین‌شان دیده‌اند. آسیب‌هایی مانند طلاق، فوت والدین، شکست عاطفی، رها کردن خانواده توسط پدر، بد رفتاری و... در بیماران آرتریت روماتوئید، طرحواره‌های ناسازگار اولیه ایجاد کرده است. به دلیل، اهمیت آسیب‌هایی که بیماران از خانواده دیده‌اند، جزئیات میزان شاخص‌های آسیب خانواده و میزان انسجام و مشارکت اجتماعی آنان ذکر می‌گردد.

جدول شمارهٔ چهار-شاخص‌ها و مؤلفه‌های آسیب خانواده

شاخص‌ها	مفاهیم	مؤلفه‌ها	سالم	بیماران
			درصد	درصد
آسیب‌های خانوده	گسست ساختار خانواده	پدران‌شان درکودکی رهایشان کرده بودند	۰٪	۱۰٪
		مادران‌شان را از دست داده بودند	٤٪	۵٪
		پدران‌شان را از دست داده بودند	۳٪	۳۰٪
		والدین‌شان طلاق گرفته بودند	۱۵٪	۳۵٪
		اعضای خانواده از هم جدا بودند	۱۲٪	۱۲٪
		در کنار خانواده زندگی می‌کردند	٦٤٪	۸٪
	گسست عاطفی خانواده	شکست عاطفی در خانواده	٤٪	۹۷٪
		جدا شده و طلاق گرفته	۰٪	۲٦٪
	اجتناب اجتماعی	اعتیاد به تریاک به عنوان مسکن	۰٪	۲٦٪
		اعتیاد والدین (عمدتا پدر)	۰٪	٤۵٪

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

انسجام ومشارکت اجتماعی	تقیدات دینی	نماز	۱۰۰٪	۵۷٪
		روزه	۹۸٪	۰٪
		مسجد	۹۵٪	۵٪
	وضعیت تأهل	متأهل	۶۵٪	۱۵٪
		مجرد	۲۰٪	۷۶٪
		مطلقه	۸٪	۵٪
	عضویت درگروه‌های اجتماعی	عضویت در گروه دینی	۱۰۰٪	۵٪
		مشارکت در انتخابات	۹۷٪	۳۵٪
		گروه‌های ورزشی	۵۵٪	۰٪
		هیأت‌های مذهبی	۹۸٪	۱۷٪
		فعالیت‌های خیریه	۳۸٪	۰٪
		گروه‌های داوطلبانه بسیج، کلاس قرآن	۹۵٪	۲٪

متغیرهای جامعه شناختی

ضرایب همبستگی پیرسون مرتبه صفر متغیرهای تحقیق در جدول شمارهٔ (۵) آورده شده است. مطابق جدول، ریسک ابتلا به این بیماری با بسیاری از فاکتورهای اجتماعی ارتباط دارد. در درجهٔ اول این بیماری با پایگاه اقتصادی افراد رابطه‌ای معکوس و قدرتمندی را نشان می‌دهد، به این معنا که با ترقی پایگاه اقتصادی افراد، ریسک ابتلا به این بیماری در آن‌ها کاهش می‌یابد. میزان تحصیلات نیز با ریسک ابتلا به این بیماری رابطهٔ قدرتمند دارد. سبک زندگی، رابطه‌ای معکوس و بسیار قوی‌تر با ریسک ابتلا به این بیماری نشان می‌دهد، به این معنا که با اتخاذ سبک زندگی مناسب و کارآمدتر، احتمال ابتلا به این بیماری کاهش می‌یابد. اما مشارکت اجتماعی که تأکید ویژه‌ای در ادبیات نظری بر آن وجود دارد، تأثیر معناداری بر ریسک ابتلا به بیماری دارد. در نهایت حمایت عاطفی نیز تأثیر معکوس و نسبتاً قدرتمندی در ریسک ابتلا به این بیماری نشان می‌دهد.

جدول شمارهٔ پنج- ضرایب همبستگی متغیرهای تحقیق

		آرتریت روماتوئید	طبقهٔ اقتصادی	تحصیلات	سبک زندگی	مشارکت اجتماعی	حمایت اجتماعی
آرتریت روماتوئید	ضریب پیرسون	۱					
	سطح معنی‌داری	۰					
طبقهٔ اقتصادی	ضریب پیرسون	-۰/۶۶	۱				
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰۵	۰				
تحصیلات	ضریب پیرسون	-۰/۴۵	۰/۴۲	۱			
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	۰			

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

سبک زندگی	ضریب پیرسون	-۰/۷۱	۰/۷۳	۰/۵٤	۱		
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	۰		
مشارکت اجتماعی	ضریب پیرسون	-۰/۱٤۲	۰/۱۸۲	۰/۲۳۱	۰/۲٦۸	۱	
	سطح معنی‌داری	۰/۱۱۲	۰/۰٤۱	۰/۰۰۹	۰/۰۰۲	۰	
حمایت عاطفی خانواده	ضریب پیرسون	-۰/۵۱	۰/۵٤	۰/۲۸۹	۰/۳۸	۰/٤۵	۱
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۰۰۰۵	۰
آسیب خانواده	ضریب پیرسون	۰/۳۹	-۰/۱۵٤	-۰/۲۱۷	-۰/۲۹۵	-۰/۱۸۵	-۰/۳۰۷
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰۵	۰/۰۸٤	۰/۰۱٤	۰/۰۰۱	۰/۰۳۸	۰/۰۰۰۵

جدول شمارهٔ شش- مدل‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق

	مدل‌های رگرسیون	مدل۱	مدل۲	مدل۳	مدل٤	مدل ۵	مدل٦
	مقدار ثابت	۳/۸٦۲	۰/۷۹۳	۱/۵۳	۲/۹	۳/۱	۲/۳۱
طبقهٔ اقتصادی	ضریب مسیر	-۰/٦٦					
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰					
	تعداد	۱۲۷					
تحصیلات	ضریب مسیر		-۰/٤۵				
	سطح معنی‌داری		۰/۰۰۰۵				
	تعداد		۱۲۷				
سبک زندگی	ضریب مسیر			-۰/۷۱			
	سطح معنی‌داری			۰/۰۰۰۵			
	تعداد			۱۲۷			
مشارکت اجتماعی	ضریب مسیر				-۰/۷۱		
	سطح معنی‌داری				۰/۱۱		
	تعداد				۱۲۷		

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

حمایت عاطفی خانواده	ضریب مسیر					-۰/۵۱	
	سطح معنی‌داری					۰/۰۰۰۵	
	تعداد					۱۲۷	
آسیب خانواده	ضریب مسیر						۰/۳۹
	سطح معنی‌داری						۰/۰۰۰۵
	تعداد						۱۲۷
شاخص‌های رگرسیون	ضریب تعین	۰/۴۳	۰/۲۰۶	۰/۵۰۹	۰/۱۴۹	۰/۲۶	۰/۱۵۲
	ضریب تعین اصلاح شده	۰/۳۳	۰/۱۶۱	۰/۴۶۱	۰/۱۲	۰/۲۵	۰/۱۵۰
	تعداد	۱۲۷	۱۲۷	۱۲۷	۱۲۷	۱۲۷	۱۲۷

مهم‌ترین نتایج تحقیق را از روی رگرسیون چند متغیره می‌توان استباط کرد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون هر چند اطلاعات ارزشمندی به دست می‌دهد، اما این نتایج صرفاً هم تغییری بین متغیرها را نشان می‌دهد و روابط علی را نشان نمی‌دهد. در این بین، هر چند جدول همبستگی پیرسون روابط بین متغیرهای وابسته و مستقل را نشان می‌دهد. اما از آنجا که این روابط تأثیر خالص متغیرها را بر روی هم نشان نمی‌دهد، نمی-تواند به تنهایی قابل اتکا باشد. در این بین، آزمون رگرسیون چند متغیره نتایج قابل توجهی را نشان می‌دهد. داده های جدول به خوبی گویا است.

بحث و نتیجه‌گیری

فشارهای روانی، محصول آسیب‌های ساختاری جامعه مانند توزیع نابرابر ثروت، نابرابری در تحصیلات، آسیب‌های خانوادگی و غیره است. عوامل اجتماعی حداقل از دو مسیر می‌تواند بر عوامل روانشناختی اثرگذار باشد. ۱. تحمیل مستقیم فشارهای روانی ناشی از فقر، بیکاری، نداشتن مسکن، درآمد، نداشتن حمایت عاطفی و اجتماعی و غیره: استرس طولانی مدت ناشی از مشکلات اجتماعی در قالب اضطراب وافسردگی با سرکوب سیستم ایمنی در افرادی که آمادگی ژنتیکی

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

بیماری آرتریت روماتوئید دارند،زمینهٔ ابتلا به آرتریت روماتوئید را فراهم می‌کند و به این ترتیب، چرخهٔ بیماری آرتریت روماتوئید، با فشار روانی آغاز می‌شود و با ایجاد بیماری و تشدید درد و در نتیجه با ایجاد ناتوانی شغلی، فشارهای اقتصادی بیشتری بر فرد تحمیل می‌کند. مشکلات اقتصادی نیز به نوبهٔ خود، مجدداً فشار روانی بیشتر وارد می‌کند و اضطراب، افسردگی بر تشدید علائم و درد آرتریت روماتوئید تأثیر می‌گذارد (عبیدی و همکاران، ۱۳۹۱). به این ترتیب بیماری آرتریت روماتوئید، سوخت بقای خود را از فشار روانی ناشی از بحران‌های اقتصادی تأمین می‌کند.

۲. مسیر دوم و اصلی تأثیرعوامل اجتماعی بر مشکلات روانشناختی، ایجاد مشکلات خانوادگی و شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان منشاء اختلالات شخصیت، اضطراب و افسردگی است. طرحواره‌ها با ایجاد هیجانات مداوم رنج‌آور مانند احساس خشم، شرم، گناه، انزوا، بی‌کفایتی، ترس از شکست، بی‌ثباتی هیجانی، رهاشدگی، دوست داشته نشدن، گوش به زنگی، بدبینی، آسیب‌پذیری از بیماری و ناخویشتن‌داری، موجب ایجاد پریشانی‌های روانی، اضطراب و افسردگی می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، به عنوان موتور محرکهٔ فشارهای روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، معلول نابسامانی‌ها و ناامنی‌های اجتماعی-اقتصادی است که در دراز مدت بر سیستم ایمنی تأثیر سوء می‌گذارد و با تضعیف سیستم ایمنی، بدن را مستعد ابتلا به اختلالات خودایمن می‌گرداند (مایر[11] ، ۱۳۸۵). عوامل اجتماعی، به عنوان طرحواره‌های ناسازگار، استرس پایان ناپذیری را تولید می‌کنند.

مطابق جدول شمارهٔ (۱)، معلوم شد که کمیت و شدت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بیشتر و شدیدتراز افراد سالم است. بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در این تحقیق، دارای هر هجده طرحوارهٔ آسیب‌زا هستند. یافته‌های این تحقیق به طور عمومی با یافته‌های رضایی و همکاران (۱۳۹٤) در بیمارستان دولتی اصفهان، هم‌خوان است. از نظر ابعاد، طرحواره‌های حوزهٔ ناامنی وطرد، بالاترین میانگین را نسبت به دیگر حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه داشتند و بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید متحمل بیشترین آسیب روانی شده‌اند، زیرا اصلی‌ترین نیاز امنیت روانی تأمین نشده است. طرحوارهٔ رهاشدگی با میانگین ۷٤/۱۸ اولین و شدیدترین طرحوارهٔ بیماران بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است. این دادهٔ روانشناختی با فرضیهٔ جامعه‌شناختی وجود آسیب‌های خانواده در بیماران کاملاً منطبق است. یادآوری می‌کنیم که ۱۰٪ از پدران بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، آنان را رها کرده بودند،۳۰٪مرگ پدر را تجربه

11. Maier

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

کرده بودند، ۵٪ مادران‌شان فوت کرده بود. ۳۵٪ والدین‌شان طلاق گرفته بود، ۱۲٪اعضای خانواده-شان با هم قهربودند و از هم جدا بودند و ۹۷٪ احساس شکست عاطفی می‌کردند. آنان به دلیل احساس ناامنی و ترس از طرد شدن و تنها ماندن،گوش به زنگ ترک عزیزشان و یا در ترس از مرگ آنها به سر می‌برند (یانگ، ۱۳۹۱: ۲٤٤). میزان شدید شکست عاطفی این بیماران، با طرحواره-های حوزهٔ بریدگی و طرد هم‌خوان است.

طرحواره‌های حوزهٔ عملکرد مختل در رتبهٔ دوم و طرحواره‌های حوزهٔ گوش به زنگی در رتبهٔ سوم از لحاظ شدت قرار داشتند. طرحوارهٔ خود قربانی‌سازی یا ایثار مرضی، با میانگین۷٤/۰۳ دومین طرحواره در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است. بیماران دارای طرحوارهٔ خود قربانی‌سازی از ترس دوست داشته نشدن یا طرد شدن، نیاز دیگران را به نیاز خود ترجیح می‌دهد و از نیاز خود چشم‌پوشی می‌کند. خود قربانی‌سازی، معلول طرحواره‌های رهاشدگی، محرومیت عاطفی، شرم و نقص، بدرفتاری و بی‌اعتمادی و انزوای اجتماعی است. از آنجا که افراد سالم طرحواره‌های ناسازگار اولیه ندارند، رویکرد اخلاقی خود را از ایثار بازتاب داده‌اند، نه اینکه واقعا دارای طرحوارهٔ ایثار مرضی باشند. این یافته، دربارهٔ طرحوارهٔ ایثارمرضی بانتیجهٔ تحقیق رضایی که در آن طرحوارهٔ ایثارگری رتبهٔ اول است، هم‌خوانی دارد. همچنین این یافته با نتایج مطالعات (ساریاهوو همکاران، ۲۰۱۱) در بیماران درد مزمن همخوانی دارد. افراد دارای طرحوارهٔ معیارهای سخت‌گیرانه و عیب‌جویی، انعطاف‌ناپذیر و سخت‌گیر هستند و آنان را مستعد وگرفتار بیماری‌های روان‌تنی می‌کند. سندروم رودهٔ تحریک‌پذیر، زخم معده، کولیت، کرون، بی‌خوابی، ضربان نامنظم قلب، چاقی، کمر درد، مشکلات پوستی، آسم،آرتروز و آرتریت از عوارض این طرحواره است (یانگ و ژانت، ۱۳۹۲: ۳۵۳). این یافته نیز با یافتهٔ رضایی هم‌خوانی دارد. در تحقیق رضایی، معیارهای سختگیرانه در رتبهٔ سوم قرار دارد.

بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، بهه دلیل طرحوار، بدبینی و تفسیر فاجعه‌آمیز از رفتار افراد و رویدادها و طرحوارهٔ بی‌اعتمادی و ترس از وقوع بیماری‌ها (طرحوارهٔ آسیب‌پذیری به بیماری) درگیر بیماری‌های روان‌تنی و جسمانی‌سازی اضطراب‌های خویش‌اند. طرحوارهٔ آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، با اختلالات جسمانی‌ساز و اختلالات روان‌تنی، مرتبط است و بیماری آرتریت روماتوئید می‌تواند نمادی از آن باشد. اختلالات شبه جسمانی، بد شکلی بدن و اضطراب سلامت از نتایج این طرحواره است (یانگ و همکاران،۱۳۹۱: ۲٦۷). در تحقیق رضایی این طرحواره رتبهٔ سوم را دارد. این یافتهٔ تحقیق با یافته‌های ساریاهو و همکاران (۲۰۱۲) نیز سازگاری دارد. وی نشان داد که شدت درد مزمن با شدت بیشتری از طرحواره‌های وابستگی/بی‌کفایتی و آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

آسیب دارد. آنان که طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ شدیدتری دارند، نصیب‌شان از درد بیشتر است (ساریاهو و همکاران، ۲۰۱۲) از آنجا که طرحوارهٔ ایثارگری مرضی و انزوای اجتماعی و طرحوارهٔ حوزهٔ عملکرد مختل و اطاعت با افسردگی رابطه دارند و پیش‌بینی کنندهٔ آن هستند (هالورسن و همکاران[12]، ۲۰۰۹). وجود این طرحواره‌ها بیان‌گر آن است که این بیماران پیش از ابتلاء به آرتریت روماتوئید دچارافسردگی بودند و افسردگی بعد از ابتلاء به آرتریت روماتوئید بر میزان درد آنان افزوده است. می‌توان استنباط کرد که بین نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی‌سازی اضطراب و افسردگی) با طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه وجود دارد (شهامت، ۱۳۸۹) این بیماران به دلیل طرحوارهٔ تنبیه، درون‌شان انباشته از خشم بود و هر خاطره‌ای از گذشته، طرحوارهٔ آنان را تحریک می‌کرد. آنان با دارابودن طرحوارهٔ خویشتن‌داری ناکافی در تحمل درد و بیماری، بی‌تابی و ناشکیبایی بسیاری می‌کنند و تأکید اغراق‌آمیزی در بیماری و درد خود دارند. آنان فاقد دو ویژگی خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی‌اند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۷۹).

در زمینهٔ راهبردهای مقابله‌ای هیجان–مدار و مسأله‌مدار، طبق داده‌های جدول شمارهٔ (۲)، ۳۰٪/۹٦٪ از افراد سالم و۷۹/۹۷٪ از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، از مقابلهٔ مسأله مدار استفاده می‌کنند و ۵۹/٤۸ افراد سالم، مقابلهٔ هیجان‌مدار و٦۵/۲۸ بیماران از مقابلهٔ هیجان‌مداراستفاده می‌کنند. در نتیجه فرضیهٔ دیگر این پژوهش مبنی بر استفادهٔ بیشتر و شدیدتر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید از راهبردهای مقابلهٔ هیجانی نیز تأیید می‌شود. مقابلهٔ هیجان‌مدار ناسازگار هم موجب تشدید طرحواره وهم موجب تداوم آن و در نتیجه موجب تداوم علائم بیماری مانند درد می‌شود. از سوی دیگر استفادهٔ زیاد از مقابلهٔ اجتنابی می‌تواند باعث کاهش فعالیت سلول‌های ایمنی و فشار خون شود (صدوقی و تمنایی‌فر، ۱۳۸۸: ۲۷۸). یانگ نیز می‌گوید که علائم بیماری‌های روان‌تنی، نشانهٔ شایعی از اجتناب طرحواره به شمار می‌روند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۱٦).

از منظر جامعه‌شناختی، پنج فاکتور طبقهٔ اقتصادی، مشکلات خانواده، مشارکت اجتماعی، تحصیلات و سبک زندگی در ارتباط با یکدیگر مورد بررسی قرار گرفت. مطابق آزمون همبستگی پیرسون، همهٔ متغیرها تأثیر معنی‌داری بر ریسک ابتلا به آرتریت روماتوئید داشته‌اند. اما نتایج آزمون همبستگی پیرسون از آنجا که صرفاً هم تغییری بین متغیرها را نشان می‌دهد، این روابط را نمی‌توان به حساب رابطهٔ علّی گذاشت. به عبارت بهتر، از نتایج این آزمون‌ها نمی‌توان نتیجه گرفت که واقعاً طبقهٔ اقتصادی افراد حاضر در تحقیق بر ابتلای آنها به طور مستقیم به بیماری آرتریت روماتوئید تأثیرگذار بوده است. برای این کار سراغ آزمون دقیق‌تری به نام رگرسیون چند متغیره رفتیم. این

---

12. Halvorson M. et al

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

آزمون ضمن بررسی اثرات علّی، تأثیر خالص هر متغیر را بر متغیره وابسته نشان می‌دهد. اما علاوه بر نتایج مستقیم برآمده از بطن آزمون رگرسیون چند متغیره، نتایج آزمون همبستگی پیرسون نیز در درک رابطهٔ متغیرهای مستقل می‌تواند کمک کننده باشد. بر اساس این آزمون، طبقهٔ اقتصادی افراد، ارتباط نزدیکی با سبک زندگی افراد دارد. آزمون نتایج آنالیز واریانس یک طرفه (به عنوان آزمون تکمیلی) نشان داد که میزان پایگاه اقتصادی افراد در گروه‌های مختلف سبک زندگی، تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. از این‌رو با خطر ساده‌گویی می‌توان گفت یک فرد می‌تواند از طریق پایگاه اقتصادی بالا که تحصیلات بالاتری هم دارد، سبک زندگی سالم‌تری اتخاذ کند و در نهایت احتمال ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید را کاهش دهد.

مطابق نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره، طبقهٔ اقتصادی تأثیر خالص نسبتاً قدرتمندی بر ریسک ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید دارد. به این معنا که هر چه پایگاه اقتصادی افراد پایین‌تر باشد، اولاً بیماران فشارهای روانی بسیار شدیدی را پذیرا می‌شوند، دوما به واسطهٔ پایین بودن سطح پایگاه اقتصادی و افزایش فشار روانی، والدین سلامت روان‌شان را بیشتر از دست می‌دهند. خانواده و والدین نیز فشار روانی و عاطفی زیادی را با ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار به فرزندان خود، همان بیماران آتی مبتلا به آرتریت روماتوئید، منتقل می‌کنند. در ضمن به دلیل فشار مالی، بیماران تغذیهٔ مناسبی ندارند و به دلیل مشکلات مالی، دیرتر به فوق تخصص مراجعه می‌کنند و بیماری پیشرفت زیادی می‌کند و از سوی دیگر، بیماران به دلیل نداشتن بیمه‌های درمانی تکمیلی و عمر، نمی‌توانند داروهای گران قیمت را تهیه کنند. افزایش سطح تحصیلات، از طریق افزایش قدرت شناختی افراد، ممکن است مانع شکل‌گیری طرحواره‌های هیجانی ناسالم و کاهش راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار گردد. تحصیلات تغییرات زیاد شناختی ایجاد می‌کند که منجر به تغییر در سبک زندگی معطوف به سلامت می‌شود. افراد سالم، مشارکت اجتماعی زیادی در گروه‌های مذهبی مسجد و فعالیت‌های سیاسی، اجتماعی و ورزشی داشتند. نکتهٔ مهم اینکه جامعهٔ آماری افراد سالم، از زنان شرکت کننده در مسجد انتخاب شدند. پس در تحلیل اطلاعات باید احتیاط کرد. اما بیماران، عضویت اجتماعی بسیار اندکی در گروه‌های ورزشی و دینی داشتند. آنها افرادی عمدتاً افسرده، تنها، منزوی و گوشه‌گیری بودند که هیچ علاقه و انگیزه‌ای در مشارکت اجتماعی و حتی مشارکت مذهبی قابل اعتنایی نیز نداشتند و بیماران هدف خاصی را در زندگی تعقیب نمی‌کردند.

از منظرتأثیر عوامل جامعه‌شناختی بر عوامل روانشناختی، تحقیق حاضر با تأکید بر بررسی عوامل اجتماعی تأثیر گذار بر متغیرهای روانشناختی و بیماری آرتریت روماتوئید انجام شد. پژوهش حاضر، نخست ما را از رابطهٔ متغیرهای جامعه‌شناختی به عنوان متغیر مستقل، با متغیرهای روانشناختی،

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای، بهعنوان متغییر وابسته و تأثیر آن بر عوامل زیستی و ایمنی آگاه ساخت. عوامل اجتماعی، به طور مستقیم برعوامل روانشناختی تأثیرگذار است نه بر عوامل زیستی. به این معنا که اگر شخصی از نظر ژنتیکی مستعد باشد، چنانچه در معرض مشکلات اجتماعی مانند آسیب‌های خانوادگی قرار بگیرد، تغییراتی بنیادی در وضعیت روانشناختی بیمار ایجاد می‌گردد که منجر به شکل‌گیری طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای، ناسازگار می‌گردد. دوم اینکه، این پژوهش نشان داد که آسیب‌زاترین نوع طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، طرحواره‌های حوزهٔ ناامنی است. نتایج این تحقیق با پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹٤) در طرحواره‌های ناسازگار اولیه تا حد زیادی هم‌خوان است. این هم‌خوانی در نتایج، به ویژه در طرحواره های ایثار، رهاشدگی، معیارهای سخت‌گیرانه، تنبیه، آسیب‌پذیری از بیماری و زیان، مشهود است. یکی از تلویحات این پژوهش آن است که روان‌درمانی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آموزش راهبردهای مقابلهٔ سازگار، با ایجاد بینش در بیمار می‌تواند در کاهش استرس و در نتیجه در کاهش علائم بیماری باشد.

نتایج این پژوهش نشان می دهد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید از طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی، خانوادگی و اختلالات روانی رنج می‌برند. از آنجا که این بیماری، تک علتی نیست، بنابراین درمان آن هم منحصر به درمان زیستی و داروهای روماتولوژی نیست بنابراین، پیشنهاد می‌شود تیمی مرکب از روانشناس بالینی و مددکار اجتماعی برای درمان در کنار روماتولوژ، حضور داشته باشند.

منابع

۱.اُگدن، جین (۱۳۹۵) **روانشناسی سلامت**، ترجمهٔ محسن کچویی، ویرایش دکتر فتحی آشیانی، تهران: ارجمند.

۲. پینل، جان (۱۳۸۷) **روانشناسی فیزیولوژیک**، ترجمهٔ مهرداد فیروزبخت، تهران: ویرایش.

۳. توکل، محمد؛ و هادی فراهانی (۱۳۹٦) «بررسی جامعه‌شناختی اختلالات روانی (مورد مطالعه: اراک)»، **اخلاق زیستی**، ۷(۲٦): ۷-۲۱.

٤. جیمسون، فوسی؛ کاسپر؛ هوسر؛ لونگو و لوسکالزو (۱٤۰۰) **اصول طب داخلی طب هریسون بیماری‌های روماتولوژی و دستگاه ایمنی**، ترجمهٔ دکترسیدمهدی منتظر، تهران: ارجمند.

۵. دورکیم، امیل (۱۳۷۸) **خودکشی**، ترجمهٔ نادر سالارزاده امیری، تهران: دانشگاه علامه

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

طباطبایی.

٦. رضایی، مهدی؛ قدم پور، عزت‌الله؛ رضایی، مظاهر و رضا کاظمی (۱۳۹٤) «اثربخشی طرحوارهٔ درمانی هیجانی (EST) بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی»، **روانشناسی بالینی**، دورهٔ ۷، شمارهٔ ٤: ٥٧-٤٥.

۷. ساراسون، اروین جی و باربارا آرساراسون (۱۳۸٤) **روان‌شناسی مرضی**، ترجمهٔ بهمن نجاریان، محسن دهقانی و ایران داودی، تهران: رشد.

۸. سارافینو، ادوارد (۱۳۹۲) **روان‌شناسی سلامت**، ترجمهٔ دکتر الهه میرزایی، تهران: رشد.

۹. شهامت، فاطمه (۱۳۸۹) «پیش‌بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه»، **پژوهش‌های نوین روانشناختی**، دورهٔ ۵، شمارهٔ ۲۰: ۱۲٤-۱۰۳.

۱۰. صدوقی، مجید و محمدرضا تمنایی فر (۱۳۸۸) **روانشناسی سلامت**، اصفهان: جهاد دانشگاهی.

۱۱. عطاپور، جمیله؛ شکیبی، محمدرضا؛ رجبی‌زاده، قدرت‌الله و معصومه ساروو‌ته‌ریگی (۱۳۸۱) «بررسی رابطهٔ بین میزان افسردگی و میزان ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر کرمان ۸۰-۱۳۷۹»، **دانشگاه علوم پزشکی کرمان**، ۹(۲): ۷۹-۸۵.

۱۲. عبیدی، آرام؛ شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد و اصغر حاجی عباسی (۱۳۹۱) «بررسی افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید»، **دانشگاه علوم پزشکی گیلان**، ۲۲(۸۵): ۱۵-۲۲.

۱۳. فتی، لادن؛ موتابی، فرشته؛ دابسون، کیث؛ مولودی، رضا و کاوه ضیایی (۱۳۸۸) «ساختار عاملی نسخهٔ ایرانی پرسشنامهٔ طرحوارهٔ یانگ فرم ۲۳۲ سؤالی در یک نمونهٔ غیربالینی»، فصل‌نامهٔ روان‌شناختی دانشگاه تبریز، دورهٔ ٤، شمارهٔ ١٦: ۲۲۷-۲٤٦.

۱٤. کاپلان و سادوک (۱۳۹٤) **خلاصهٔ روان‌پزشکی**، ترجمهٔ گنجی، تهران: سبلان.

۱۵. کرمی، ابوالفضل و زینلخانی (۱۳۸۹) مقیاس مهارت‌های مقابله‌ای هنجار ایرانی، تهران: روانسنجی.

١٦. مایر، آلن (۱۳۸۵) **پیشگیری و درمان آرتریت**، ترجمهٔ امید قهاری، تهران: ققنوس.

۱۷. منجمد، زهرا و فائزه رضویان (۱۳۸٤) «بررسی تأثیر علایم و نشانه‌های بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸٤»، **دانشگاه علوم پزشکی قم**، دورهٔ اول، شمارهٔ ۱: ۲۷-۳۵.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

۱۸. یانگ، جفری؛ ژانت، کلوسکو و ریویشتار مارجو (۱۳۹۱) **طرحوارهٔ درمانی**، ترجمهٔ حمید پورواندوز، تهران: ارجمند.

۱۹. یانگ، جفری و ژانت کلوسکو (۱۳۹۲) **زندگی خود را دوباره بیافرینید**، ترجمهٔ حسن حمیدپور، الناز پیرمرادی و ناهید گلی زاده، تهران: ارجمند.

20. Ader, R. & Cohen, N.(1993) «Psychoneuroimmunology: conditioning an stress». **Annu Rev. Psychology**. No. 44:53-85.

21. Arnow, B. (2004) «Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization». **Journal of Clinical Psychiatry**, 65(suppl. 12), 10 – 15.

22. Chartier, M. J, Walker, J. R, Naimark, B. (2010) «Separate and cumulative effects of adverse childhood **experiences in predicting adult health and health care utilization». Child** Abuse Negl, 34: 454- 464.

23. Cohen, S. & Rabin, B. S. (1998) **Psychologic stress, Immunity and cancer – Jour of the National cancer institure**: Bethesda, Jan.

24. Halvorson M., Wang C,Eisesemann M, Waterlook (2009) «Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depretion; A 9-year Follow-up Study».**Cong Ther Res** , 34 (4);368-79.

25. Hutchinson S, Nimrod G.(2012) «Leisure as a resource for successful aging by older adults with chronic health conditions». **International Journal of Aging and Human Development**, 74(1):41–65. doi: 10.2190/AG.74.1. c

26. Norouzi, M, Gholamzadeh Baeis M, Borzooei S.(2016) «Evaluation of Sexual Dysfunction in Patients with Rheumatoid Arthritis». **Qom Univ Med Sci J**, 10 (8) :62-70.

27. Ovayolu O, Ovayolu N, Karadag G.(2012) «The relationship between self-care agency, disability levels and factors regarding these situations among patient with rheumatoid arthritis». **J Clin Nurs**, 21 (1-2): 101-110.

28. Rezaei M, Ghadampur E, Rezaei, M, Kazemi, R.(2014) «Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Rumination and Severity of Depression in Patients with Major Depressive Disorder», **Journal of Clinical Psychology**, Volume 7, Number 4, 2014 Page 45-58.

29. Paras, M. L,Murad, M. H, Chen, L. P, Goranson, E. N, Sattler,A. L, Colbenson, K. M, Elamin, M. B, et al. (2009) «Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis». **JAMA**, 302: 550- 561 .

30. Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2011) «Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample». **Scandinavian Journal of Psychology**, 52: 146-153.

31. Who. (2020) **TheWoid Health Report**, Available

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]

at:HTTP://WWW.Who.int/whr2001/cn/.

32. Wong, N.D. (2015) «Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Disease». In Detels, R., Gulliford, M. Oxford **Textbook of Global Public Health** (6th ed.). Oxford University Press.

[Downloaded from journals.sabz.ac.ir on 2025-08-21]

[DOI: 10.61186/scds.12.3.60]