

مقایسه عوامل جامعه‌شناختی و روانشناختی زمینه‌ساز در ابتلاء بیماران به آرتریت

روماتوئید با افراد سالم

پیمان آرامش صدیقی^۱؛ سید عبدالمجید بحرینیان^۲؛ احمد منصور^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، نتیجه تعامل عوامل سه‌گانه جامعه‌شناختی، روانشناختی و زیستی است. این مطالعه در زمینه بررسی عوامل اجتماعی و روانشناختی، به عنوان زمینه‌ی ابتلای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است. هدف اصلی این پژوهش، شناخت عوامل جامعه‌شناختی و عوامل روانشناختی در ایجاد زمینه‌ی ابتلای بیماران به آرتریت روماتوئید است. روش پژوهش حاضر، توصیفی-تحلیلی از نوع علی-مقایسه‌ای و پس‌رویدادی است. جهت تحلیل متغیرهای جامعه‌شناسی از آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیره و آنالیز واریانس استفاده گردید. جامعه‌آماري این تحقیق، ۱۲۷ نفر از بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید کلینیک روماتولوژی بیمارستان 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، پرسشنامه فرم بلندطر حواره‌های ناسازگار یانگ و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس می‌باشد. پرسشنامه 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. طبقه اقتصادی پایین ۲. سبک زندگی ۳. آسیب خانواده بالا ۴. حمایت عاطفی پایین ۵. مشارکت اجتماعی پایین و ۶. تحصیلات پایین، تأثیر معنی‌داری بر ایجاد زمینه‌ی 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 (نویسنده مسؤول).

bahrainian@birjand.iau.ac.ir

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

a.mansouri@iau-neyshabur.ac.ir

و زمینه‌ی ابتلای به بیماری آرتريت روماتويد داشتند. همچنين نتايج نشان داد كه همه‌ي بيماران مبتلا به آرتريت روماتويد در اين پژوهش، داراي طرحواره‌هاي ناسازگار اوليه و راهبردهاي مقابله‌اي ناسازگار بودند، اما افراد سالم فاقد آن بودند.

واژه‌های کلیدی: آرتريت روماتويد؛ آسيب خانواده؛ راهبردهاي مقابله‌اي؛ سبك زندگي؛ طبقه اقتصادي؛ طرحواره ناسازگار اوليه؛ مشاركت اجتماعي.

مقدمه

آرتريت روماتويد يكي از بيماري‌هاي مزمن ناتوان‌كننده‌اي است كه عوامل سه‌گانه زبستي، رواني-اجتماعي با تضعيف سيستم ايمني، آن را ايجاد مي‌كند (كاپلان^۴، ۱۳۹۴؛ جيسون وهمكاران، ۱۴۰۰). آرتريت روماتويد خطرناك‌ترين، دردناك‌ترين و معلول‌كننده‌ترين بيماري مادام‌العمر است كه درد شديد و تخريب مفاصل را به دنبال دارد (سارافينو، ۱۳۹۲: ۶۸۲؛ جيسون و همكاران، ۱۴۰۰). مطالعات نشان داده است بيماران مبتلا به آرتريت روماتويد، پيش از ابتلا به بيماري از مشكلات مزمن روانشناختي مانند اضطراب و افسردگي و استرس مزمن رنج مي‌برند (عطاپور و همكاران، ۱۳۸۱؛ ساراسون، ۱۳۸۴). نتيجه اين بيماري انبوهي از مشكلات اجتماعي-اقتصادي، شغلي، ارتباطي در ايفاي نقش‌هاي خانوادگي، محدوديت‌هاي حركتي، خانوادگي، جنسي، عاطفي و افسردگي و اضطراب را در پي دارد (نوروزي و همكاران، ۲۰۱۶). در آمريكا از كار افتادگي شغلي زودرس اين بيماران سالانه ميليون‌ها دلار آسيب اقتصادي وارد مي‌كند (اوليو، اوليو و كاراداج^۵، ۲۰۱۲). ثابت شده است يك سوم بيماران شاغل مبتلا به آرتريت روماتويد بعد از گذشت ۵ سال از تشخيص بيماري، كارشان را از دست مي‌دهند و اين نسبت، بعد از ده سال به يك دوم افزايش مي‌يابد (عطاپور و همكاران؛ ۱۳۸۱). ابعاد رواني-اجتماعي ايجاد‌كننده بيماري و عوارض اقتصادي، اجتماعي و رواني گسترده اين بيماري، ضرورت پرداختن به عوامل زمينه‌ساز اين بيماري را توجيه مي‌كند.

چهارچوب نظري

اينگل^۶ (۱۹۷۷) بيماري را محصول تعامل عوامل اجتماعي-رواني با عوامل زبستي مي‌داند. نظام زبستي، بر عوامل مولكولي و وراثتي و نظام اجتماعي بر عوامل روانشناختي و نظام روانشناختي بر سيستم ايمني تأثير دارد. بر اين اساس، آرتريت روماتويد، يكي از بيماري‌هاي مزمن و ناتوان‌كننده‌اي است كه

4. Kaplan & Sadoc

5. Owayolu O, Owayolu N, Karadag G

6. Engel, G. L.

عوامل سه گانه زیستی، اجتماعی-روانی در ایجاد و تداوم آن از طریق سیستم ایمنی نقش دارد (جیسون و همکاران، ۲۰۱۲: ۱۱۷). کاپلان نیز به چهار عامل عمده سبب‌ساز آرتریت روماتوئید، اشاره می‌کند: ۱- عوامل اجتماعی-روانی (استرس‌زاها) ۲- عوامل ایمنی شناختی ۳- عوامل ژنتیکی و وراثتی ۴- عوامل آلرژیک (کاپلان، ۱۳۹۴: ۴۳۶).

عوامل روانشناختی مؤثر در ابتلاء به آرتریت روماتوئید

آرتریت روماتوئید به طور مرتب و پیوسته با بیماری‌های روانی، همبستگی دارد و حاصل تعامل زمینه‌های ژنتیکی با مسائل اجتماعی-روانی است (کاپلان، ۱۳۹۴: ۴۳۵). عوامل روانی با بسیاری از بیماری‌های جسمی، همبستگی دارند. نرخ شیوع آن‌ها بسته به نوع بیماری جسمی، ۲۰ تا ۶۷ درصد را شامل می‌گردد (همان: ۴۲۰). 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، مطالعه عبیدی و همکاران (۱۳۸۹) روی ۱۸۰ بیمار آرتریت روماتوئید، معلوم کرد ۹۳/۸ درصد بیماران افسردگی داشتند. در مطالعه دیگر، منجمد و رضویان (۱۳۸۴) 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 تجربه درد مزمن و بیماری دارند (ساریاها، ۲۰۱۱).

عوامل اجتماعی زمینه‌ساز در ابتلاء به بیماری آرتریت روماتوئید

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 تأثیر متغیرهای اجتماعی مانند نابسامانی اجتماعی باشد. اما سؤال این است که عوامل اجتماعی با چه مکانیزمی سبب بیماری خودایمن آرتریت روماتوئید می‌شود؟ اولاً، استرس‌های روانی با همه بیماری‌ها مرتبط است. رابطه استرس با انواع بیماری‌ها از تبخال ساده و سرماخوردگی گرفته تا بیماری‌های پیچیده ایمنی مانند سرطان مورد بررسی قرار گرفته است (کوهن و رابین، 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، ۱۹۹۳). دوماً، اختلالات روانی تحت تأثیر عوامل اجتماعی استرس‌زا ایجاد می‌شود (توکل و فراهانی، ۱۳۹۶) سوماً، فشارهای روانی نیز از طریق تحت تأثیر قرار دادن عوامل ایمنی شناختی در تعامل با دیگر عوامل

7. Chohen, & Rabin

8. Ader

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

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

متغیرهای اجتماعی

طبقه اقتصادی

طبقه اقتصادی یا پایگاه اقتصادی، شامل شاخصه‌های میزان درآمد (بالا، متوسط، پایین)، اشتغال، مسکن می‌باشد. در گزارش‌های جهانی، به طور کلی سه یافته پایدار درباره رابطه پایگاه اقتصادی-اجتماعی و سلامت و بیماری وجود دارد (اگدن، ۱۳۹۵). با افزایش پایگاه اقتصادی و اجتماعی: ۱. نرخ مرگ و میر، پیشرفت بیماری و امید به زندگی افزایش می‌یابد. ۲. مرگ و میر، 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 پایین‌ترین سلسله مراتب اجتماعی واقع شده‌اند، 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 بالا و سبک زندگی و فشار روانی است.

تحصیلات و آموزش

سازمان بهداشت جهانی سال ۲۰۲۰ اعلام کرد که آموزش و تحصیلات به واسطه 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

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

آسیب خانواده و حمایت عاطفی خانواده

خانواده یگانه جایگاهی است که نیازهای امنیت روانی، عاطفی و دلبستگی نوزاد را رفع می‌کند. انسان‌ها خانواده خود را انتخاب نمی‌کنند، بلکه در ساختار از پیش تعیین شده 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 و واکنش منفی نشان می‌دهد (پینل، ۱۳۸۷). پس هر چقدر آسیب‌های خانواده مثل از دست دادن والدین، تعارضات خانواده و ارضانشدن عشق و احساس 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 متغیر در ارتباط با هم وجود دارد: متغیر آسیب ساختار خانواده و متغیر 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^۹، ۲۰۱۲). اگدن، (۱۳۹۵)، معتقد است مشارکت در گروه‌های جمعی و ورزشی علاوه بر کاهش استرس، می‌تواند به افزایش خودکارآمدی، افزایش انگیزه 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

امروزه با برخورداری از پیشرفت‌های پزشکی، واکسیناسیون عمومی و آنتی بیوتیک‌ها، بشر از بیماری‌های عفونی و بیماری‌های ویروسی، امنیت نسبی دارد. اما هم‌اکنون 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 شده بالای ۶۰ سال در زمان مرگ، حداقل از یک نوع بیماری مربوط به سبک زندگی برای مدت نسبتاً طولانی رنج می‌برند (وونگ^{۱۰}، 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 روماتوئید 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 طبقه اقتصادی با طبقه اقتصادی افراد سالم، تفاوت معنادار وجود دارد.
۲. بین آسیب‌های خانواده بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با آسیب‌های خانواده 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.
۴. 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.
۶. بین میزان تحصیلات بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید با تحصیلات افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

¹⁰. Wong, N.D.

۷. بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه 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.

جامعه 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 پرسشنامه ۲۳۲ سؤالی طرحواره‌ی‌انگ (۱۳۹۱) که دارای ۱۸ مؤلفه اصلی و ۲۳۲ گویه است و همه ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را مورد سنجش قرار می‌دهد، استفاده شده است. اعتبار و روایی این پرسشنامه در ایران توسط فتی و همکاران (۱۳۸۸)، بین ۸۲۴ نفر محاسبه شده است. همچنین از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس (۱۹۸۰ و ۱۹۸۵) که توسط کرمی و زینلخانی (۱۳۸۹) تنظیم شده، استفاده شده است. آلفای کرونباخ ۰.۸۳٪ و پایایی آن به روش بازآزمایی ۰.۹۳٪ است. این پرسشنامه دارای ۶۶ سؤال و ۸ زیر مقیاس است

روایی و پایایی پرسشنامه جامعه‌شناسی

روایی پرسشنامه محقق‌ساخته جامعه‌شناسی با انجام آزمون کرونباخ مورد سنجش قرار گرفته است که نتایج آزمون، در هر شاخص به شرح زیر بوده است. ۱. طبقه اقتصادی (وضعیت مسکن، شغل، منطقه سکونت، حاشیه‌نشین، شهری، روستایی) و میانگین درآمد (۶ سؤال)، آلفای کرونباخ ۰/۸۴؛ آسیب خانواده: گسست ساختار خانواده (۳ سؤال)، گسست عاطفی (۲ سؤال)، اجتناب اجتماعی (۲ سؤال)، آلفای کرونباخ ۰/۷۷؛ طبقه اقتصادی: مسکن، شغل و میانگین درآمد (۶ سؤال) آلفای کرونباخ ۰/۸۸؛ انسجام و مشارکت اجتماعی: گروه‌های ورزشی / گروه‌های دینی / انجمن‌های خیریه / هیأت‌های مذهبی / گروه‌های داوطلبانه / مشارکت در انتخابات (۷ سؤال)، آلفای کرونباخ ۰/۸۷؛ سبک زندگی: توجه به تندرستی (۳ سؤال)، کنترل وزن (۲ سؤال)، سلامت روان (۸ سؤال)، عدم استعمال دخانیات (۲ سؤال)، محیطی (۵ سؤال)، آلفای کرونباخ ۰/۸۲. حمایت عاطفی خانواده: احساس امنیت (۲ سؤال) و عشق و محبت (۲ سؤال)، اعتماد متقابل (۲ سؤال)، امید متقابل (۲ سؤال) و حمایت از هم (۲ سؤال)، احساس ارزشمندی (۲ سؤال)، صمیمیت هیجانی (۲ سؤال) و مراقبت (۲ سؤال)، آلفای کرونباخ ۰/۸۶.

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

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

اطلاعات جمعیت‌شناختی و اجتماعی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید:

همه‌ی 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 ۶۴

نفر (۵۰/۴ درصد) در سنین بالاتر از ۳۵ سال قرار داشتند.

یافته‌های تحقیق

جدول شماره‌ی یک- یافته‌های روانشناختی براساس رتبه‌بندی نمرات بالاتر میانگین طرحواره‌های ناسازگار بیماران آرتریت روماتوئید

| ردیف | طرحواره | وضعیت | میانگین نمره | نمره برش پرسشنامه | مقدار آماره آزمون | سطح معنی‌داری (sig) |
|------|------------------------------|----------|--------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| ۱ | رها شدگی | سالم | ۴۲/۵۰ | ۵۴ | -۴/۶۷۵ | ۰/۰۰۰ |
| | | بیمار RA | ۷۴/۱۸ | ۵۴ | ۶/۹۰۲ | ۰/۰۰۰ |
| ۲ | خودقربانی‌سازی یا ایثار مرضی | سالم | ۶۰/۹۰ | ۵۱ | ۳/۷۷۴ | ۰/۰۰۱ |
| | | بیمار RA | ۷۴/۰۳ | ۵۱ | ۹/۲۱۴ | ۰/۰۰۰ |
| ۳ | تنبیه | سالم | ۵۰/۵۰ | ۶۶ | -۶/۶۷۶ | ۰/۰۰۰ |
| | | بیمار RA | ۷۲/۷۸ | ۶۶ | ۳/۵۸ | ۰/۰۰۰ |
| ۴ | معیارهای سرسختانه | سالم | ۵۳/۴۰ | ۴۸ | ۲/۳۵۲ | ۰/۰۲۴ |
| | | بیمار RA | ۶۸/۹۵ | ۴۸ | ۸/۶۶۵ | ۰/۰۰۰ |
| ۵ | بدرفتاری و بی‌اعتمادی | سالم | ۴۱/۲۰ | ۴۸ | -۲/۸۴۸ | ۰/۰۰۷ |
| | | بیمار RA | ۶۸/۱۸ | ۴۸ | ۶/۵۷۸ | ۰/۰۰۰ |
| ۶ | خویشتن‌داری ناکافی | سالم | ۳۵/۶۰ | ۴۵ | -۴/۵۴۶ | ۰/۰۰۰ |
| | | بیمار RA | ۶۲/۴۵ | ۴۵ | ۶/۸۴۲ | ۰/۰۰۰ |
| ۷ | آسیب‌پذیری به بیماری و زیان | سالم | ۲۹/۳۵ | ۴۲ | -۶/۸۸۰ | ۰/۰۰۰ |
| | | بیمار RA | ۵۸/۷۸ | ۴۲ | ۷/۲۹۱ | ۰/۰۰۰ |
| ۸ | وابستگی بی‌کفایتی | سالم | ۲۸/۶۵ | ۴۵ | -۱۰/۱۷۴ | ۰/۰۰۰ |
| | | بیمار RA | ۵۳/۳۳ | ۴۵ | ۳/۴۳۲ | ۰/۰۰۱ |
| ۹ | انزوای اجتماعی | سالم | ۲۱/۱۵ | ۳۳ | -۸/۳۶۷ | ۰/۰۰۰ |
| | | بیمار RA | ۴۶/۶۵ | ۳۳ | ۶/۰۶۴ | ۰/۰۰۰ |
| ۱۰ | اطاعت | سالم | ۲۱/۷۰ | ۳۰ | -۷/۹۴۱ | ۰/۰۰۰ |
| | | بیمار RA | ۴۱/۱۵ | ۳۰ | ۶/۴۰۱ | ۰/۰۰۰ |
| ۱۱ | محرومیت عاطفی | سالم | ۱۸/۴۰ | ۲۷ | -۵/۳۹۷ | ۰/۰۰۰ |
| | | بیمار RA | ۴۰/۸۵ | ۲۷ | ۶/۷۴۸ | ۰/۰۰۰ |

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

همان‌گونه که در جدول شماره (۱) ملاحظه می‌شود. بیماران آرتریت روماتوئید، دارای هر ۱۸ طرحواره اختلال‌زا هستند، اما افراد سالم تنها به گونه‌ی ضعیفی از طرحواره‌ی اثناگرایی مبتلا هستند. تفاوت میانگین هردو گروه در هر ۱۸ طرحواره معنی‌دار است. به عبارت دیگر میزان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید از نظر تعداد، بیشتر و از نظر جهت، شدیدتر از افراد سالم است. بنابراین فرضیه‌ی این پژوهش مبنی بر اینکه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی بیشتر و شدیدتری هستند، تأیید می‌شود. مقایسه‌ی میانگین نمرات شاخص کلی طرحواره‌های افراد سالم ۴۹۳/۳۵ در مقایسه با افراد بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید ۸۱۶/۹۳، تفاوت برجسته از نظر شدت را نشان می‌دهد که این میزان تفاوت، معنادار است.

جدول شماره 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 |

طبق داده‌های جدول شماره (۲) ۹۶/۳۰٪ از افراد سالم و ۷۹/۹۷٪ از بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید، از مقابله مسأله‌مدار استفاده می‌کنند و ۵۹/۴۸ افراد سالم، مقابله هیجان‌مدار و ۵۹/۴۸ از بیماران از مقابله هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. در نتیجه، فرضیه دیگر این پژوهش مبنی بر استفاده بیشتر و شدیدتر بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید از راهبردهای مقابله 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 همه متغیرهای مستقل در سطح سنجش فاصله‌ای مورد سنجش قرار گرفته است.

جدول شماره سه- توصیف متغیرهای جامعه‌شناختی

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

| | | | | | |
|------|----|------|----|-------|----------------------------|
| ۴۱/۷ | ۵۳ | ۴۴/۹ | ۵۷ | متوسط | ۶. انسجام و مشارکت اجتماعی |
| ۳۱/۷ | ۳۹ | ۲۵/۲ | ۳۲ | پایین | |

منشاء شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آسیب‌های روانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در درجه اول، آسیب‌هایی است که آنان در خانواده 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 شماره چهار-شاخص‌ها و مؤلفه‌های آسیب خانواده

| بیماران | سالم | مؤلفه‌ها | مفاهیم | شاخص‌ها |
|---------|------|--------------------------------------|----------------------|------------------|
| درصد | درصد | | | |
| ۱۰٪ | ۰٪ | پدران‌شان در کودکی رهاشان کرده بودند | مسکن، عاطفی، خانواده | آسیب‌های خانواده |
| ۵٪ | ۴٪ | مادران‌شان را از دست داده بودند | | |
| ۳۰٪ | ۳٪ | پدران‌شان را از دست داده بودند | | |
| ۳۵٪ | ۱۵٪ | والدین‌شان طلاق گرفته بودند | | |
| ۱۲٪ | ۱۲٪ | اعضای خانواده از هم جدا بودند | | |
| ۸٪ | ۶۴٪ | در کنار خانواده زندگی می‌کردند | | |
| ۹۷٪ | ۴٪ | شکست عاطفی در خانواده | گسست عاطفی خانواده | |
| ۲۶٪ | ۰٪ | جدا شده و طلاق گرفته | اجتناب اجتماعی | |
| ۲۶٪ | ۰٪ | اعتیاد به تریاک به عنوان مسکن | | |
| ۴۵٪ | ۰٪ | اعتیاد والدین (عمدتا پدر) | | |

| | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------|------|-----|
| انسجام و مشارکت اجتماعی | تقیدات دینی | نماز | ۱۰۰٪ | ۵۷٪ |
| | | روزه | ۹۸٪ | ۰٪ |
| | | مسجد | ۹۵٪ | ۵٪ |
| | وضعیت تأهل | متاهل | ۶۵٪ | ۱۵٪ |
| | | مجرد | ۲۰٪ | ۷۶٪ |
| | | مطلقه | ۸٪ | ۵٪ |
| | عضویت در گروه‌های 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 جامعه‌شناختی

ضرایب همبستگی پیرسون مرتبه صفر متغیرهای تحقیق در جدول شماره (۵) آورده شده است. مطابق جدول، ریسک ابتلا به این بیماری با بسیاری از فاکتورهای اجتماعی ارتباط دارد. در درجه 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 رابطه 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 شماره پنج- ضرایب همبستگی متغیرهای تحقیق

| حمایت اجتماعی | مشارکت اجتماعی | سبک زندگی | تحصیلات | طبقه اقتصادی | آرتريت روماتوئيد | آرتريت روماتوئيد |
|---------------|----------------|-----------|---------|--------------|------------------|------------------|
| | | | | | ۱ | ضریب پیرسون |
| | | | | | ۰ | سطح معنی‌داری |
| | | | | ۱ | -۰/۶۶ | ضریب پیرسون |
| | | | | ۰ | ۰/۰۰۰۵ | سطح معنی‌داری |
| | | | ۱ | ۰/۴۲ | -۰/۴۵ | ضریب پیرسون |
| | | | ۰ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۰۰۰۵ | سطح معنی‌داری |

| | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------|---------------------|
| | | ۱ | ۰/۵۴ | ۰/۷۳ | -۰/۷۱ | ضریب پیرسون | سبک زندگی |
| | | ۰ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۰۰۰۵ | سطح معنی‌داری | |
| | ۱ | ۰/۲۶۸ | ۰/۲۳۱ | ۰/۱۸۲ | -۰/۱۴۲ | ضریب پیرسون | مشارکت اجتماعی |
| | ۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۰۰۹ | ۰/۰۴۱ | ۰/۱۱۲ | سطح معنی‌داری | |
| ۱ | ۰/۴۵ | ۰/۳۸ | ۰/۲۸۹ | ۰/۵۴ | -۰/۵۱ | ضریب پیرسون | حمایت عاطفی خانواده |
| ۰ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۰۰۰۵ | سطح معنی‌داری | |
| -۰/۳۰۷ | -۰/۱۸۵ | -۰/۲۹۵ | -۰/۲۱۷ | -۰/۱۵۴ | ۰/۳۹ | ضریب پیرسون | آسیب خانواده |
| ۰/۰۰۰۵ | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۱۴ | ۰/۰۸۴ | ۰/۰۰۰۵ | سطح معنی‌داری | |

جدول شماره شش - مدل‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق

| مدل ۶ | مدل ۵ | مدل ۴ | مدل ۳ | مدل ۲ | مدل ۱ | مدل‌های رگرسیون | |
|-------|-------|-------|--------|--------|-------|-----------------|----------------|
| ۲/۳۱ | ۳/۱ | ۲/۹ | ۱/۵۳ | ۰/۷۹۳ | ۳/۸۶۲ | مقدار ثابت | |
| | | | | | -۰/۶۶ | ضریب مسیر | طبقه اقتصادی |
| | | | | | ۰/۰۰ | سطح معنی‌داری | |
| | | | | | ۱۲۷ | تعداد | |
| | | | | -۰/۴۵ | | ضریب مسیر | تحصیلات |
| | | | | ۰/۰۰۰۵ | | سطح معنی‌داری | |
| | | | | ۱۲۷ | | تعداد | |
| | | | -۰/۷۱ | | | ضریب مسیر | سبک زندگی |
| | | | ۰/۰۰۰۵ | | | سطح معنی‌داری | |
| | | | ۱۲۷ | | | تعداد | |
| | | -۰/۷۱ | | | | ضریب مسیر | مشارکت اجتماعی |
| | | ۰/۱۱ | | | | سطح معنی‌داری | |
| | | ۱۲۷ | | | | تعداد | |

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

مهم‌ترین نتایج تحقیق را از روی رگرسیون چند متغیره می‌توان استنباط کرد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون هر چند اطلاعات ارزشمندی به دست می‌دهد، اما این نتایج صرفاً هم‌تغییری 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، نمی‌تواند به تنهایی قابل اتکا باشد. در این بین، آزمون رگرسیون چند متغیره نتایج قابل توجهی را نشان می‌دهد. داده‌های 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 و افسردگی با سرکوب سیستم ایمنی در افرادی که آمادگی ژنتیکی

بیماری آرتریت روماتوئید دارند، زمینه ابتلا به آرتریت روماتوئید را فراهم می‌کند و به این ترتیب، چرخه 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 نوبه 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 تأثیر عوامل 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 ناخوشتن‌داری، موجب ایجاد پریشانی‌های روانی، اضطراب و افسردگی می‌شود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، به عنوان موتور محرکه 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^{۱۱}، ۱۳۸۵). عوامل اجتماعی، به عنوان طرحواره‌های ناسازگار، استرس پایان‌ناپذیری را تولید می‌کنند.

مطابق جدول شماره (۱)، معلوم شد که کمیت و شدت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بیشتر و شدیدتر از افراد سالم است. بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در این تحقیق، دارای هر هجده طرحواره آسیب‌زا هستند. یافته‌های این تحقیق به طور عمومی با یافته‌های رضایی و همکاران (۱۳۹۴) در بیمارستان دولتی اصفهان، هم‌خوان است. از نظر ابعاد، طرحواره‌های حوزه ناامنی و طرد، 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. طرحواره رهاشدگی با میانگین ۷۴/۱۸ اولین و شدیدترین طرحواره بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است. این داده روانشناختی با فرضیه 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

کرده بودند، ۵٪ مادران‌شان فوت کرده بود. ۳۵٪ والدین‌شان طلاق گرفته بود، ۱۲٪ اعضای خانواده-شان با هم قهر بودند 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: ۲۴۴). میزان شدید شکست عاطفی این بیماران، با طرحواره‌های حوزه‌بریدگی و طرد هم‌خوان است.

طرحواره‌های حوزه‌عملکرد مختل در رتبه‌دوم و طرحواره‌های حوزه‌گوش به زنگی در رتبه‌سوم از لحاظ شدت قرار داشتند. طرحواره‌ی خود قربانی‌سازی یا ایثار مرضی، با میانگین ۷۴/۰۳ دومین طرحواره در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است. بیماران دارای طرحواره‌ی 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 طرحواره‌ی ایثار مرضی باشند. این یافته، درباره‌ی طرحواره‌ی ایثار مرضی بانیجه‌ی تحقیق رضایی که در آن طرحواره‌ی ایثارگری رتبه‌ی اول است، هم‌خوانی دارد. همچنین این یافته با نتایج مطالعات (ساریاهو و همکاران، ۲۰۱۱) در بیماران درد مزمن هم‌خوانی دارد. افراد دارای طرحواره‌ی معیارهای سخت‌گیرانه و عیب‌جویی، انعطاف‌ناپذیر و سخت‌گیر هستند و آنان را مستعد و گرفتار بیماری‌های روان‌تنی می‌کند. سندروم روده‌تحریرپذیر، 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 یافته‌ی رضایی هم‌خوانی دارد. در تحقیق رضایی، معیارهای سختگیرانه در رتبه‌سوم قرار دارد.

بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، به دلیل طرحواره، بدبینی و تفسیر فاجعه‌آمیز از رفتار افراد و رویدادها و طرحواره‌ی بی‌اعتمادی و ترس از وقوع بیماری‌ها (طرحواره‌ی آسیب‌پذیری به بیماری) درگیر بیماری‌های روان‌تنی و جسمانی‌سازی اضطراب‌های خویش‌اند. طرحواره‌ی آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، با اختلالات جسمانی‌ساز و اختلالات روان‌تنی، مرتبط است و بیماری آرتریت روماتوئید می‌تواند نمادی از آن باشد. اختلالات شبه جسمانی، بدشکلی بدن و اضطراب سلامت از نتایج این طرحواره است (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۶۷). در تحقیق رضایی این طرحواره رتبه‌سوم را دارد. این یافته‌ی 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

آسیب دارد. آنان که طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی شدیدتری دارند، نصیب‌شان از درد بیشتر است (ساریاهو و همکاران، ۲۰۱۲) از آنجا که طرحواره‌ی ایثارگری مرضی و انزوای اجتماعی و طرحواره‌ی حوزه‌ی عملکرد مختل و اطاعت با افسردگی رابطه دارند و پیش‌بینی کننده‌ی آن هستند (هالورسن و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۹). وجود این طرحواره‌ها بیان‌گر آن است که این بیماران پیش از ابتلاء به آرتریت روماتوئید دچار افسردگی 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 طرحواره‌ی تنبیه، درون‌شان انباشته از خشم بود و هر خاطره‌ای از گذشته، طرحواره‌ی آنان را تحریک می‌کرد. آنان با دارابودن طرحواره‌ی 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 زمینه‌ی راهبردهای مقابله‌ای هیجان-مدار و مسأله‌مدار، طبق داده‌های جدول شماره (۲)، ۹۶٪/۳۰ از افراد سالم و ۷۹/۹۷٪ از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، از مقابله‌ی مسأله‌مدار استفاده می‌کنند و ۵۹/۴۸ افراد سالم، مقابله‌ی هیجان‌مدار و ۶۵/۲۸ بیماران از مقابله‌ی هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. در نتیجه فرضیه‌ی دیگر این پژوهش مبنی بر استفاده‌ی بیشتر و شدیدتر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید از راهبردهای مقابله‌ی هیجانی نیز تأیید می‌شود. مقابله‌ی هیجان‌مدار ناسازگار هم موجب تشدید طرحواره و هم موجب تداوم آن و در نتیجه موجب تداوم علائم بیماری مانند درد می‌شود. از سوی دیگر استفاده‌ی زیاد از مقابله‌ی اجتنابی می‌تواند باعث کاهش فعالیت سلول‌های ایمنی و فشار خون شود (صدوقی و تمنایی‌فر، ۱۳۸۸: ۲۷۸). یانگ نیز می‌گوید که علائم بیماری‌های روان‌تنی، نشانه‌ی شایعی از اجتناب طرحواره به شمار می‌روند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۱: ۱۱۶).

از منظر جامعه‌شناختی، پنج فاکتور طبقه‌ی اقتصادی، مشکلات خانواده، مشارکت اجتماعی، تحصیلات و سبک زندگی در ارتباط با یکدیگر مورد بررسی قرار گرفت. مطابق آزمون همبستگی پیرسون، همه‌ی متغیرها تأثیر معنی‌داری بر ریسک ابتلا به آرتریت روماتوئید داشته‌اند. اما نتایج آزمون همبستگی پیرسون از آنجا که صرفاً هم‌تغییری بین متغیرها را نشان می‌دهد، این روابط را نمی‌توان به حساب رابطه‌ی علی گذاشت. به عبارت بهتر، از نتایج این آزمون‌ها نمی‌توان نتیجه گرفت که واقعاً طبقه‌ی 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

آزمون ضمن بررسی اثرات علی، 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 رابطه متغیرهای مستقل می‌تواند کمک کننده باشد. بر اساس این آزمون، طبقه 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 این رو 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، طبقه 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، دوماً به واسطه 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 تغذیه 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. نکته مهم اینکه جامعه 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 منظر تأثیر 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 رابطه متغیرهای جامعه‌شناختی به عنوان متغیر مستقل، با متغیرهای روانشناختی،

طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای، به‌عنوان متغیر وابسته و تأثیر آن بر عوامل زیستی و ایمنی آگاه ساخت. عوامل اجتماعی، به طور مستقیم بر عوامل 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 طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای، ناسازگار می‌گردد. دوم اینکه، این پژوهش نشان داد که آسیب‌زاترین نوع طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، طرحواره‌های حوزه نامنی است. نتایج این تحقیق با پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۴) در طرحواره‌های ناسازگار اولیه تا حد زیادی هم‌خوان است. این هم‌خوانی در نتایج، به ویژه در طرحواره‌های 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 مقابله‌سازگار، با ایجاد بینش در بیمار می‌تواند در کاهش استرس و در نتیجه در کاهش علائم بیماری باشد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد 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. آگدن، جین (۱۳۹۵) روانشناسی سلامت، ترجمه محسن کچویی، ویرایش دکتر فتحی آشیانی، تهران: ارجمند.
۲. پینل، جان (۱۳۸۷) روانشناسی فیزیولوژیک، ترجمه مهرداد فیروزبخت، تهران: ویرایش.
۳. توکل، محمد؛ و هادی فراهانی (۱۳۹۶) «بررسی جامعه‌شناختی اختلالات روانی (مورد مطالعه: اراک)»، اخلاق زیستی، ۷(۲۶): ۷-۲۱.
۴. جیمسون، فوسی؛ کاسپر؛ هوسر؛ لونگو و لوسکالزو (۱۴۰۰) اصول طب داخلی طب هریسون بیماری‌های روماتولوژی و دستگاه ایمنی، ترجمه دکتر سیدمهدی منتظر، تهران: ارجمند.
۵. دورکیم، امیل (۱۳۷۸) خودکشی، ترجمه نادر سالارزاده امیری، تهران: دانشگاه علامه

طباطبایی.

۶. رضایی، مهدی؛ قدم پور، عزت‌الله؛ رضایی، مظاهر و رضا کاظمی (۱۳۹۴) «اثربخشی طرحواره‌ی درمانی هیجانی (EST) بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی»، *روانشناسی بالینی*، دوره ۷، شماره ۴: ۵۷-۴۵.

۷. ساراسون، اروین جی و باربارا آرساراسون (۱۳۸۴) *روانشناسی مرضی*، ترجمه بهمن نجاریان، محسن دهقانی و ایران داودی، تهران: رشد.

۸. سارافینو، ادوارد (۱۳۹۲) *روانشناسی سلامت*، ترجمه 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*، دوره ۵، شماره ۲۰: ۱۲۴-۱۰۳.

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 رابطه 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؛ شیروودی، 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 نسخه ایرانی پرسشنامه طرحواره یانگ فرم ۲۳۲ سؤالی در یک نمونه غیربالینی»، *فصل‌نامه روان‌شناختی دانشگاه تبریز*، دوره ۴، شماره ۱۶: ۲۲۷-۲۴۶.

۱۴. کاپلان و سادوک (۱۳۹۴) *خلاصه روان‌پزشکی*، ترجمه گنجی، تهران: سبلان.

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

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

۱۷. منجمد، زهرا و فائزه رضویان (۱۳۸۴) «بررسی تأثیر علائم و نشانه‌های بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴»، *دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره اول، شماره ۱: ۲۷-۳۵.

۱۸. یانگ، جفری؛ ژانت، کلوسکو و ریویشتار مارجو (۱۳۹۱) *طرحواره درمانی*، ترجمه حمید پورواندوز، تهران: ارجمند.
۱۹. یانگ، جفری و ژانت کلوسکو (۱۳۹۲) *زندگی خود را دوباره بیافرینید*، ترجمه حسن حمیدپور، الناز پیرمادی و ناهید گلی زاده، تهران: ارجمند.
20. Ader, R. & Cohen, N.(1993) «Psychoneuroimmunology: conditioning an stress». **Ann 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 institute**: 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. Owayolu O, Owayolu 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

at:[HTTP://WWW.Who.int/whr2001/cn/](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.