رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۹، شماره پیاپی ۶۶، آذر ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(9), 2021

مقایسه باورهای غیرمنطقی و اختلال اضطراب بیماری در زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک

Comparative of irrational beliefs and diseases anxiety disorder in women with and non suffering systemic lupus erythematous

پیمان حاتمیان
دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
سید ولی کاظمی رضایی (نویسنده مسئول)
دکتری روانشناسی، کارشناس سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
سید علی کاظمی رضایی
دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
سارا شمس
دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای غیرمنطقی و اختلال اضطراب بیماری (خود بیمارانگاری) در زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد. این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران زن مبتلابه لوپوس اریتماتوز سیستمیک شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۵۰ زن مبتلابه بیمار لوپوس و ۵۰ زن غیر مبتلا انتخاب شد. ابزارهای پژوهش شامل؛ پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز (IBT) و پرسشنامه خود بیمارانگاری ایوانز (EHQ) بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS_۲۲ استفاده شد. نتایج یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین زنان مبتلا و غیر مبتلا به لوپوس اریتماتوز در چگونگی باورهای غیرمنطقی و علائم اختلال اضطراب بیماری تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). بنابراین می‌توان گفت که اختلال اضطراب بیماری و برخورداری از باورهای غیرمنطقی، به‌عنوان یک ریسک فاکتور در تشدید بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک در زنان مبتلا است.

واژه‌های کلیدی: *لوپوس اریتماتوز، باورهای غیرمنطقی، اضطراب بیماری.*

Peyman Hatamian
PhD student in Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
Seyed Vali Kazemi Rezaei*
PhD in Psychology, Mental health expert, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
vali.kazemi1988@gmail.com
Seyed Ali Kazemi Rezaei
PhD student in Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
Sara Shams
PhD student in Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran.

Abstract

The aim of this study was to compare irrational beliefs and anxiety disorder (self-morbidity) in women with and without systemic lupus erythematosus. This was a descriptive causal-comparative study. The statistical population of the study included all female patients with systemic lupus erythematosus in Kermanshah in 2018. By random sampling method, 50 women with lupus and 50 non-lupus were selected. Research tools include; Jones Irrational Beliefs Questionnaire (IBT) and Evans Self-Pathology Questionnaire (EHQ). To analyze the research data, the statistical method of multivariate analysis of variance was used using SPSS 22 software. The results of the present study showed that there is a significant difference between women with and without lupus erythematosus and in how irrational beliefs and symptoms of anxiety disorder and having the disease (P <0.001). Therefore, it can be said that anxiety disorder and having irrational beliefs are considered risk factors in the exacerbation of systemic lupus erythematosus in women.

Keywords: *Lupus erythematosus, irrational belief, diseases Anxiet*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۰** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : آذر ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.13.9]

مقدمه

لوپوس[1] یک بیماری خود ایمنی است، یعنی سیستم ایمنی به اشتباه علیه سلول‌های بدن فعال می‌شود و باعث آسیب به بافت‌های بدن می‌شود. شیوع در زنان حدود ۹ برابر بیشتر از مردان است. معمولاً افراد ۱۵ تا ۴۵ سال به این بیماری مبتلا می‌شوند، ولی احتمال ابتلای کودکان و افراد مسن نیز وجود دارد(قودکی-پورانیک و نیولد[2]، ۲۰۱۵). در ایران بر اساس مطالعه‌هایی که توسط مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است، بیماری لوپوس شیوع ۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ دارد یعنی به ازا هر ۲۵۰۰ نفر ایرانی ۱ نفر به لوپوس مبتلا می‌شود (اکبریان و همکاران، ۱۳۸۹). علت به وجود آمدن این بیماری به صورت شفاف معلوم نیست، ولی محققین و متخصصین حوزه سلامت، وجود استعدادهای ژنتیکی و ریسک فاکتورهای استرس‌زای محیطی را علت اصلی آن اعلام کرده‌اند، چرا که این عوامل منجر به خارج شدن سیستم ایمنی از تعادل، ساخت آنتی‌بادی‌ها و بروز تظاهرات بالینی می‌شوند (بامدادمهربانی، اکبریان، ثالثی، غفلتی و توسلی، ۱۳۸۷). تخمین زده می‌شود که ۱/۵ میلیون نفر با بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک[3] زندگی می‌کنند(بامداد مهربانی و همکاران، ۱۳۸۷). لوپوس اریتماتوز سیستمیک، یک اختلال خود ایمنی چند سیستمه با ریسک بالای همبودی با مشکلات سلامتی است (ریس[4] و همکاران، ۲۰۱۶). عواقب روان‌شناختی تشخیص لوپوس اریتماتوز سیستمیک منجر به افزایش تنش روزانه، طرحواره پیش‌بینی شده و ترس از طرد شدن می‌شود که همگی می‌توانند کیفیت زندگی بیمار را کاهش دهند (سولیوان[5]، ۲۰۱۶). از آنجایی که این بیماری بسیار غیرمنتظره است، اغلب سبب ناتوانی و بدشکلی بدن می‌شود و درمان آن مستلزم تجویز داروهای سمی صورت می‌گیرد (سادوک[6]، ۲۰۰۷؛ هورواس[7] و همکاران، ۲۰۰۱). در بین زنان مبتلابه لوپوس اریتماتوز سیستمیک سه حوزه زندگی آن‌ها دچار اختلال می‌گردد: روابط شخصی (روابط خانوادگی ، دیگر روابط اجتماعی ، بیان خود) ،صمیمیت (رابطه با همسر ، زندگی جنسی) و / یا زندگی ابزاری (کار ، امور مالی ، تفریحی فعال) (ادورسی[8]، ۲۰۰۳). نکته‌ای که بیش از هر چیز دیگر مورد توجه است و بایستی مورد تأکید متخصصین قرار بگیرد این است که در این دسته از بیماران استرس فزاینده، افسردگی و اضطراب همراه با افکار تکرارشونده منفی و غیرمنطقی در رابطه با بیماری به وجود می‌آید، که می‌تواند همراه با اختلال اضطراب بیماری (خود بیمارانگاری) باشد (بریکو[9]، ۲۰۰۶؛ پرالتا-رامینز، روبلس-ارتگا، ناواریتی، جیمنیز-آلونسو[10]، ۲۰۰۹).

هر فرد مجموعه‌ای از تفکرات عمومی دارد که عقاید مرکزی یا باورهای بنیادی خوانده می‌شوند(الیس و دریدن[11]، ۲۰۰۷). معمولاً این باورها نیمه آگاهانه هستند و آشکار می‌کنند که هر فرد چگونه نسبت به زندگی واکنش نشان می‌دهد. زمانی که یک واقعه رشته افکار را فعال می‌کند آنچه که شخص آگاهانه فکر می‌کند بستگی به باورهای بنیادی دارد که به صورت نیمه آگاه در مورد آن واقعه به کار می‌افتد و اینکه حقایق خاصی برای افراد دارای مفهوم می‌شود به باورهای فرد بستگی دارد که می‌تواند منطقی و یا غیرمنطقی باشد (گیتی و جعفری‌روشن، ۱۳۹۷). باورهای غیرمنطقی خواست‌ها و هدف‌هایی هستند که به صورت ترجیح‌های ضروری درمی‌آیند، به‌طوری که اگر برآورده نشوند موجب آشفتگی می‌شوند (ساوا[12]، ۲۰۰۹). باورهای غیرمنطقی تعادل فرد را برهم زده و مانع موفقیت‌آمیز با حوادث تحریک-کننده می‌شود (صمدی‌فر و نریمانی، ۱۳۹۷). افکار غیرمنطقی با واقعیت همخوانی ندارند و بر اساس ظن و گمان هستند. فرد واجد تفکر غیرمنطقی حکم‌های از پیش تعیین‌شده داشته و حالت‌های آشفته از قبیل افسردگی، اضطراب و بی‌تفاوتی دارد. به دلیل اینکه فکر غیرمنطقی با واقعیت در ارتباط نیست، موجب تعارض شده و مانع برخورد موفقیت‌آمیز فرد با حوادث و الزام‌های زندگی می‌شود (نیونهوجسن، وربیک، دیبویر، بلونک، وان‌دیجک[13]، ۲۰۱۰).

1 . Lupus
2 . Ghodke-Puranik & Niewold
3 . Systemic Lupus Erythematous
4 . Rees
5 . Sullivan
6 . Sadock
7 . Horvath
8 . Edworthy
9 . Bricou
10 . Peralta-Ramírez, Robles-Ortega, Navarrete & Jimenez-Alonso
11 . Dryden
12 . Sava
13 . Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk & van Dijk

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.13.9]

در مفهوم کلی کلمه منظور از تفکر یا باور مجموعه‌ای از هیجان‌ها، اندیشه‌ها، رفتارها و احساس‌هایی است که به‌طور وسیع با همدیگر در تعامل هستند. الیس[1] (۱۹۹۴) بر این عقیده است که باورهای افراد دربارۀ یک رویداد هم می‌تواند جنبه منطقی داشته باشد و هم غیرمنطقی (تیبا[2]، ۲۰۱۰). باورهای منطقی باورهایی هستند که به افراد برای نائل شدن به اهداف مهم زندگی کمک می‌کنند. ولی برعکس باورهای غیرمنطقی باورهای ناکارآمد، اغراق‌آمیز، انعطاف‌ناپذیر و مطلق‌گرایی هستند که با واقعیت همخوانی ندارد و موجب تعارض در فرد می‌شود (دستغیب و همکاران، ۱۳۹۳). گونجی و همکاران (۱۳۹۴) معتقدند که باورهای غیرمنطقی می‌تواند موجب به هم خوردن تعادل روانی و به دنبال آن عدم سازگاری شود (گونجی، خوش‌کنش و پورابراهیم، ۱۳۹۴). همچنین علی‌اکبری و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود به نقش انواع باورهای غیرمنطقی در بیماری‌های جسمی پرداختند و نشان دادند که در بیماران قلبی باورهای غیرمنطقی نیاز به تأیید و حمایت دیگران، تمایل به سرزنش خود و اجتناب از مشکل، بالاتر از افراد سالم است (علی‌اکبری‌دهکردی، صالحی و رضایی، ۱۳۹۲). از پژوهش‌های پیشین این‌گونه برداشت می‌شود که افرادی که در معرض خطر و آسیب‌پذیر هستند، بیشتر بر اساس افکار غیرمنطقی خود در زندگی و حتی روابط زناشویی عمل می‌کنند (پورمحمدرضای‌تجریشی، پهلوان‌نشان، نجفی‌فرد، ۱۳۹۳).

آگاهی از احساسات جسمی می‌تواند در فرد سازگاری ایجاد کند و یا او را در مواجهه با بیماری مقاوم کند. با این وجود، اگر فرد دچار اضطراب سلامتی شود یا احساس نگرانی بیش از حد نسبت به احساسات بدنی خود داشته باشد، همین آگاهی می‌تواند ناسازگارانه باشد. تخمین زده می‌شود که ۶ درصد از افراد در برخی از دوران زندگی خود تحت تأثیر این اختلال قرار می‌گیرند (اوونس[3]، ۲۰۱۹). این بیماری با سطح بالایی از پریشانی روان‌شناختی همراه است (اوونس، ۲۰۱۹). در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[4] (DSM-5) خود بیمارانگاری یا اختلال اضطراب بیماری به‌عنوان یک اختلال روانی در زیرگروه طبقات سوماتیک سمپتوم قرار گرفته است (گنجی، ۱۳۹۵). خود بیمارانگاری اختلالی روانی است که فرد با وجود برخورداری از سلامت بدنی، به وجود یک بیماری جدی در خود اعتقاد راسخ دارد. این باور اشتباه حتماً باید حداقل ۶ ماه طول بکشد تا بیماری تلقی شود. قابل ذکر است که با وجود معاینات بالینی و آزمایشگاهی هیچ بیماری جسمانی مشاهده نمی‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). میزان شیوع این اختلال در هر دو جنس با تفاوتی اندک به نفع آقایان تقریباً یکسان است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۸). نشانه‌های بیماری از هر سنی ممکن است شروع شود؛ اما این اختلال اغلب در افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله دیده می‌شود. این ترس و نگرانی از بیماری یا ابتلا به نشانه‌های آن ناخوشایند بوده و تأثیری منفی در روند عادی زندگی روزانه فرد دارد (قاسمی و الهی، ۱۳۹۸). معمولاً اختلال اضطراب بیماری پس از مبتلا شدن شخص به بیماری‌های جدی یا مرگ یکی از نزدیکان و یا به دلیل یک بیماری جسمانی در کودکی که بهبود یافته است ولی شخص را در وضعیت خود بیمارانگاری باقی گذاشته است، ایجاد می‌شود (دلشادنوقابی، صنعتی، حاتمی‌کیا و محمدی، ۱۳۹۲). ویژگی اصلی اختلال اضطراب بیماری اشتغال ذهنی با ترس از داشتن یک بیماری جدی است. این اشتغال ذهنی مداوم و بیش از حد ناتوان‌کننده بوده و به دلیل استفاده زیاد از خدمات بهداشتی و درمانی و ایجاد اختلال در عملکرد افراد موجب رنج خود فرد و نزدیکانش می‌شود. تلاش مستمر برای جست‌وجوی اطلاعات و اطمینان در مورد علائم ترس یا بیماری نشانه‌ای است که به راحتی در افراد مبتلابه اختلال اضطراب بیماری می‌توان دید. افراد مبتلابه این بیماری ممکن است مداوم به پزشکان مراجعه کنند و به دنبال آزمایش‌های اضافی، جست‌وجوی اطلاعات در وبگاه‌های اینترنتی و متون پزشکی باشند. این اختلال با محدودیت‌ها و آسیب‌های قابل توجهی ازجمله غیب از کار، محدودیت‌های جسمی، اختلال در عملکرد اجتماعی و خانوادگی و هزینه‌های اقتصادی مربوط به مراقبت‌های پزشکی همراه است (الاتونجی، دیاکون و آبرامویتس[5]، ۲۰۰۹؛ نیوبی، هوبس، ماهونی، وونگ و آندروس[6]، ۲۰۱۷). مارکوس و همکاران (۲۰۰۷) بر این باورند که علت خود بیمارانگاری حساسیت بیش از حد بیمار به احساس‌های بدنی و نیز آستانه پایین تحمل بیمار در مقابل درد و ناراحتی ناچیز ناشی از بیماری است (مارکوس، گورلی، مارچی و بایوئر[7]، ۲۰۰۷).

به‌طور کلی ضرورت و اهمیت این پژوهش در بین بیماران زن مبتلابه لوپوس اریتماتوز سیستمیک از این جهت بود که تفاوت‌های ویژه‌ای بین این افراد با سایر افراد غیر مبتلا به این بیماری، از جهت نحوۀ تفکر در مورد مقابله و کنار آمدن با بیماری و نیز اضطراب در

1 . Ellis
2 . Tiba
3 . Owens
4 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition
5 . Olatunji, Deacon & Abramowitz
6 . Newby, Hobbs, Mahoney, Wong & Andrews
7 . Marcus, Gurley, Marchi & Bauer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.13.9]

مورد بیماری تشخیص داده شده وجود دارد. معمولاً زمانی که افراد متوجه می‌شوند که دچار یک بیماری تقریباً غیرقابل پیشگیری و تا حدودی غیرقابل درمان شده‌اند شرایط روانی به شدت منفی در آن‌ها ایجاد می‌شود که مسلماً بر زندگی روزمرهٔ آن‌ها تأثیر منفی خواهد گذاشت. همچنین از آنجایی که تاکنون پژوهش جامعی در این راستا و مخصوصاً در مورد نحوهٔ تفکر و چگونگی اضطراب و خود بیمار پنداری این دسته از بیماران انجام نشده است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای باورهای غیرمنطقی و اختلال اضطراب بیماری (خود بیمارانگاری) در زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی- مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران زن مبتلابه لوپوس اریتماتوز و غیر مبتلا به بیماری نامبرده شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بود که براساس لیست اسامی موجود در مرکز بهداشت به روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۵۰ زن مبتلابه بیمار لوپوس اریتماتوز و ۵۰ زن غیر مبتلا انتخاب شد. ملاک‌های ورود برای زنان تشخیص داده شده به بیماری لوپوس اریتماتوز شامل؛ حداقل ۶ ماه از تشخیص پزشک برای تشخیص بیماری مورد نظر گذشته باشد (جهت اطمینان بیشتر از روی پرونده پزشکی بیمار با هماهنگی پزشک معالج اقدام شد)، رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش و نداشتن دغدغه و عدم دودلی در همکاری لازم، این ملاک برای گروه غیر مبتلا نیز در نظر گرفته شد ولی صرفاً نباید به هیچ عنوان در طول عمر خود در او تشخیص بیماری لوپوس اریتماتوز داده شده باشد (صرفاً به خود گزارش دهی قاطع شرکت کننده اکتفا شد). همچنین؛ نداشتن سواد، عدم رضایت جهت شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج شامل انصراف از ادامه پاسخگویی، مخدوش بودن پرسشنامه و عواملی از این قبیل بود. پس از انتخاب نمونه و همتاسازی گروه‌ها، جهت رعایت اصول اخلاق پژوهشی برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که داده‌های جمع‌آوری شده صرفاً جهت یک کار پژوهشی است و اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین پژوهش حاضر زیر نظر هسته سلامت روانی مورد تأیید جهت اجرا قرار گرفته است. پس از اعلام رضایت آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت، نهایتاً بعد از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره و توسط نرم‌افزار آماری SPSS_ ۲۲ مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه خود بیمارانگاری ایوانز[1] (EHQ): پرسشنامه ۳۶ سؤالی خود بیمارانگاری ایوانز توسط ایوانز (۱۹۸۰) ساخته شد که شامل ۳۶ سؤال ۵ گزینه‌ای با نمره‌گذاری بین صفر تا شصت بود. آزمودنی که نمره‌ای در دامنه‌ی (۰ تا ۲۰) بگیرد، نشان‌دهندهٔ سلامت فردی در اوست، نمره حد فاصل (۲۱ تا ۳۰) به‌عنوان مرزی، نمرهٔ (۳۱ تا ۴۰) نشان‌دهندهٔ خود بیمارانگاری خفیف، ، نمرهٔ (۴۱ تا ۶۰) متوسط و نهایتاً نمره در دامنه (۶۰ به بالا) نشان‌دهنده خود بیمارانگاری و اختلال اضطراب بیماری شدید تشخیص داده می‌شود (ایوانز، ۱۹۸۰). روایی و پایایی این پرسشنامه در موارد متعددی مورد بررسی قرار گرفته است. طلایی و همکاران (۱۳۸۸) ضریب پایایی پرسشنامه مذکور را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آوردند. به علاوه همبستگی بالای پرسشنامه با سایر آزمون‌های سنجش خود بیمارانگاری مانند خرده مقیاس خو بیمار انگاری پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا و چک لیست علامتی ۹۰ سؤالی بیانگر اعتبار مناسب آن است (طلایی و فیاضی بردبار، ۱۳۸۸). همچنین قاسمی و الهی (۱۳۹۸) در پژوهش خود ضریب پایایی پرسشنامه خود بیمارانگاری را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آوردند (قاسمی و الهی، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ کلی آن ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس باورهای غیرمنطقی جونز[2] (IBT): پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز[3] برای سنجش باورهای غیرمنطقی توسط جونز (۱۹۶۸) ساخته شد که شامل۱۰ مؤلفه و ۱۰۰ عبارت است که هر عبارت به روش لیکرت به صورت ۵ درجه‌ای از (به شدت مخالف تا به شدت موافق) نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر بیانگر غیرمنطقی‌تر بودن باور فرد است. دامنه نمره کل پرسشنامه ۱۰۰ تا ۵۰۰ و برای هر مؤلفه ۱۰ تا ۵۰ است. گفتنی است که هر یک از ده مؤلفه، مربوط به یکی از باورهای غیرمنطقی است که عبارت‌اند از: نیاز به تأیید

1 . Evans Hypochondria Questionnaire
2 . Irrationally Believe test
3 . Jones

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.13.9]

دیگران[1]، انتظار بالا از خود[2]، تمایل به سرزنش کردن[3]، واکنش به ناکامی[4]، بی‌مسئولیتی عاطفی[5]، نگرانی زیاد توأم با اضطراب یا دلواپسی[6]، اجتناب از مشکلات[7]، وابستگی[8]، کمال‌گرایی[9] و درماندگی نسبت به تغییر خود[10] (جونز، ۱۹۶۸). جونز (۱۹۶۸) روایی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی را ۰/۹۲ گزارش کرد و پایایی هر یک از مقیاس‌های ده‌گانه آن را از ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ به دست آورد. پایایی کلی پرسشنامه و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۱ و نیز میانگین پایایی مؤلفه‌های آن ۰/۷۴ گزارش شده است (صفاری‌نیا، علمی‌مهر، حشمتی و علمی‌مهر، ۱۳۹۱). تقی‌پور (۱۳۷۷) در مطالعه خود در یک نمونه ۱۰۶ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی، پایایی این آزمون را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کرد (دیهیمی، کریمیان، آزادفر، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه بررسی و آلفای کرونباخ کلی آن ۰/۶۹ به دست آمد.

یافته ها

میانگین سنی زنان مبتلا ۳۴ سال و میانگین سنی زنان غیر مبتلا ۳۴/۳۳ بود. همچنین ۳۹ نفر از زنان مبتلا مجرد و ۱۱ نفر متأهل در حالی که ۲۲ نفر از زنان غیر مبتلا مجرد و ۲۸ نفر متأهل بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

	متغیرها	گروه مبتلابه لوپوس اریتماتوز		گروه غیر مبتلا	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
باورهای غیرمنطقی	نیاز به تأیید دیگران	۳۳/۲۲	۳/۱۴	۱۷/۱۳	۵/۲۳
	انتظار بالا از خود	۱۴/۱۹	۴/۲۷	۹/۳۸	۳/۱۹
	تمایل به سرزنش کردن	۲۴/۳۴	۳/۳۹	۲۰/۷۱	۳/۱۶
	واکنش به ناکامی	۱۹/۶۶	۳/۱۰	۱۱/۲۳	۲/۳۹
	بی‌مسئولیتی عاطفی	۳۰/۵۶	۳/۸۲	۱۳/۰۰	۳/۰۹
	دلواپسی	۲۴/۱۷	۴/۷۸	۱۰/۶۴	۳/۲۳
	اجتناب از مشکلات	۱۸/۷۷	۳/۸۹	۱۴/۱۱	۳/۲۳
	وابستگی	۳۲/۷۸	۵/۱۵	۱۵/۳۴	۲/۷۲
	کمال‌گرایی	۱۸/۹۸	۳/۲۱	۲۰/۰۱	۳/۷۸
	درماندگی نسبت به تغییر خود	۲۸/۸۵	۴/۸۱	۷/۳۴	۲/۳۴
	اختلال اضطراب بیماری	۳۱/۱۹	۳/۵۴	۱۰/۹۸	۳/۰۹

نتایج حاصل از جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین تمام مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی (به جزء مؤلفه کمال‌گرایی) در گروه زنان مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز از زنان غیر مبتلا بیشتر است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که میانگین اختلال اضطراب بیماری در گروه زنان مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز از غیر مبتلا بیشتر است. برای مقایسه باورهای غیرمنطقی و اختلال اضطراب بیماری (خود بیمارانگاری) در زنان مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز و زنان غیر مبتلا از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد، که نتایج آن در جدول

1 . High self expectation
2 . Demand for approval
3 . Preparedness for blame
4 . Reaction of frustration
5 . Emotional irresponsibility
6 . Anxious over concern
7 . Avoid problems
8 . Dependenc
9 . Perfectionism
10 . Helplessness for change

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.13.9]

۲ آمده است. برای اینکه بتوان از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده کرد ابتدا لازم است که پیش‌فرض‌های آن ازجمله نرمال بودن توزیع متغیرها، همسانی واریانس‌ها در دو گروه و خطی بودن رابطه بین متغیرها رعایت شود، که در پژوهش حاضر تمام این پیش‌فرض‌ها رعایت شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه گروه‌ها

منابع	ارزش	F	df خطا	df فرضیه	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۶۶	۳۸/۶۴	۹	۹۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۲	۳۸/۶۴	۹	۹۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۳/۹۴	۳۸/۶۴	۹	۹۰	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه	۳/۹۴	۳۸/۶۴	۹	۹۰	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۲ بیانگر آن است که حداقل در یکی از متغیرها بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. همان‌گونه که در جدول ۲ آمده است مقدار لامبدای ویلکز برای تحلیل واریانس چند متغیره ۰/۵۲ است، و این نشان‌دهنده آن است که وجود باورهای غیرمنطقی و اختلال اضطراب بیماری می‌توانند حدود ۴۸ درصد در زنان مبتلا به بیماری لوپوس اریتماتوز نقش مؤثر داشته باشد (یعنی موجب می‌شوند که بیمار را بیشتر در مورد علائم بیماری خود نگران و ناراحت کنند). برای مقایسه تک به تک متغیرها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه زنان مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز و زنان غیر مبتلا

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
نیاز به تأیید دیگران	۱۱۳۴/۲۲	۱	۱۱۳۴/۲۲	۸۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۳۰
انتظار بالا از خود	۱۳۲۱/۸۴	۱	۱۳۲۱/۸۴	۷۲/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳
تمایل به سرزنش کردن	۲۳۱/۵۹	۱	۲۳۱/۵۹	۴۲/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴
واکنش به ناکامی	۱۳۶۶/۱۱	۱	۱۳۶۶/۱۱	۱۳۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹
بی‌مسئولیتی عاطفی	۴۳۲۱/۲۲	۱	۴۳۲۱/۲۲	۱۴۳/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶
دلواپسی	۷۵۰/۱۱	۱	۷۵۰/۱۱	۵۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹
اجتناب از مشکلات	۴۸۶۵/۳۲	۱	۴۸۶۵/۳۲	۳۴۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲
وابستگی	۱۵۷۳/۵۶	۱	۱۵۷۳/۵۶	۹۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۱
کمال‌گرایی	۱۷۹۰/۶۷	۱	۱۷۹۰/۶۷	۱۵۸/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴
درماندگی نسبت به تغییر خود	۳۸۹۷/۰۵	۱	۳۸۹۷/۰۵	۲۶۷/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۳
اختلال اضطراب بیماری	۱۸۷۰/۳۴	۱	۱۸۷۰/۳۴	۱۴۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در میزان برخورداری باورهای غیرمنطقی و اختلال اضطراب بیماری بین دو گروه زنان مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز و زنان غیر مبتلا تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج حاصل از مجذور اتا نشان می‌دهد که در بین مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی، دلواپسی (با مجذور اتای ۰/۳۹) دارای نقش بیشتری در تشدید علائم بیماری لوپوس اریتماتوز بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه باورهای غیرمنطقی و اختلال اضطراب بیماری (خود بیمارانگاری) در زنان مبتلا و غیر مبتلا به بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک انجام شد. نتایج حاصل از یافته‌ها بیانگر آن بود که بین نحوهٔ بروز باورهای غیرمنطقی و سمپتوم‌های اختلال اضطراب بیماری (خود بیمارانگاری) زنان مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک و زنان غیر مبتلا تفاوت وجود دارد. نتایج نشان داد

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.13.9]

که میانگین تمام مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی (به جزء مؤلفه کمال‌گرایی) در گروه زنان مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز از زنان غیر مبتلا بیشتر بود. از آنجایی که علیرغم جستجو پژوهشگران مقاله حاضر، در پیشینه‌های داخلی و خارجی، پژوهشی یافت نشد که متغیرهای حاضر را در جامعه‌ی مبتلایان به بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک مورد بررسی قرار داده باشد، بنابراین نتایج حاضر با پژوهش‌های مشابه، اما با نمونه و جوامع متفاوت، مورد مقایسه قرار گرفت که همسو با نتایج پژوهش‌های پرالتا-رامینز، روبلس-ارتگا، ناواریتی، جیمنیز-آلونسو (۲۰۰۹)؛ مارکوس، گورلی، مارچی و بایوئر (۲۰۰۷)؛ پورمحمدرضای‌تجریشی، پهلوان‌نشان و نجفی‌فرد (۱۳۹۳) و مظهری‌آزاد، عابدی و ناجی (۱۳۸۹) بود. در مطالعه طلایی و همکاران نتایج نشان داد که علائم خود بیمارانگاری در زنان معمولاً بیشتر از مردان است ولی در این باره ارتباطی بین بروز علائم خود بیمارانگاری و وضعیت تأهل یافت نشد (طلایی و فیاضی بردبار، ۱۳۸۸). در پژوهش بوالهری و همکاران که ارتباط بین شکست‌های عاطفی- روانی و مشکلات جسمانی را مطرح شد، یافته‌های آن این مهم را ثابت کرد که هر چقدر افراد سختی‌هایی را متحمل شوند به همان اندازه علائم جسمانی و خود بیمارانگاری نیز می‌تواند به وجود آید (بوالهری و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین دستجانی‌فراهانی و همکاران در پژوهش خود بدین نتیجه دست یافتند، افرادی که از باورهای غیرمنطقی بیشتری برخوردارند از کیفیت زندگی کمتر و همچنین رفتارهای پرخطر و نیز عوامل تهدیدکننده جسمانی بیشتر، دست به گریبان‌اند (دستجانی‌فراهانی، رحمانی، تیزدست، ۱۳۹۲). چنین پژوهش‌هایی قابل مقایسه با پژوهش حاضر هستند، چراکه در این مطالعات نیز به نقش منفی باورهای غیرمنطقی و خود بیمارانگاری تأکید شده است و البته به این نکته نیز اشاره شده است که عوامل آسیب‌زای روان‌شناختی می‌تواند منتج شرایط دیگر باشد. در تبیین این مطلب که چرا میانگین مؤلفه کمال‌گرایی از متغیر باورهای غیرمنطقی در گروه مبتلایان به لوپوس کمتر از گروه غیر مبتلا بود، یکی از دلایلی که می‌توان ارائه نمود این است که معمولاً افراد مبتلابه بیماری لوپوس چون بیش از اندازه بر روی بیماری توجه می‌کنند، نه کمال‌گرایی خود، بنابراین می‌توان انتظار داشت که این باور غیرمنطقی (کمال‌گرایی) خود را به صورت دیگر و با شیوه‌هایی همچون دلواپسی نشان دهد. در تأیید تبیین حاضر همان‌گونه که از نتایج حاصل از مجذور اتا به دست آمد در بین مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی، دلواپسی با بیشترین مجذور اتا نقش پررنگ‌تری در تشدید علائم بیماری لوپوس اریتماتوز داشت.

همچنین نتیجه دیگر حاصل از یافته‌ها نشان داد که بین میانگین اضطراب بیماری زنان مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک و زنان غیر مبتلا تفاوت وجود دارد. بدین معنی که اضطراب بیماری در گروه زنان مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک از زنان غیر مبتلا بیشتر بود. نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات شین[1] و همکاران (۲۰۱۳)؛ مولدووان[2] و همکاران (۲۰۱۱)؛ ژینگ[3] و همکاران (۲۰۰۹)؛ رفیعی و همکاران (۱۳۹۹)؛ نژادحسینی و همکاران (۱۳۹۱) و روشن چسلی و مدرسی (۱۳۸۱) همسو بود. شین و همکاران در مطالعه‌ای رابطه بین پارامترهای بیماری، کیفیت زندگی و وضعیت روانی در بیماران لوپوس اریتماتوز سیستمیک بررسی شده است. نتایج نشان داد که ۳/۲۰ درصد بیماران لوپوس اریتماتوز سیستمیک دارای اضطراب بودند و ۹/۳۲ درصد افسردگی داشتند که به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود (شین و همکاران، ۲۰۱۳). در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که افراد مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک افکار و هیجان‌های منفی زیادی را به دلیل مبتلا شدن به این بیماری تجربه می‌کنند. در واقع می‌توان گفت که افراد مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک تنظیم هیجانی ضعیف‌تری نسبت به افراد غیر مبتلا دارند و ادراکات آن‌ها بیشتر تحت تأثیر هیجاناتشان قرار می‌گیرد و سعی می‌کنند به صورت غیرواقع‌بینانه با محیط خود ارتباط برقرار کنند. ازاین‌رو این افراد ادراک غیرواقع‌بینانه‌ای نسبت به خود، دیگران و محیط دارند.

نهایتاً همان‌گونه که از نتایج معلوم شد، در میزان برخورداری باورهای غیرمنطقی و اختلال اضطراب بیماری بین دو گروه زنان مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز و زنان غیر مبتلا تفاوت وجود داشت که می‌تواند ناشی از نحوه‌ی افکار و محتوای این تفکرات در هر دو گروه باشد. در کل با توجه به اهمیت سلامت روانی در جامعه و اثرات تخریب آور مربوط به اختلالات روانی که تعداد خیلی زیادی از آن‌ها ناشی از تشخیص بیماری‌های تنی است باید قبول کرد که هم بیماری‌های جسمانی در ابتلا به اختلالات روانی نقش دارند و هم برعکس، اختلالات روانی می‌توانند سمپتوم‌های بدنی ایجاد کنند. همچنین با توجه به اینکه بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک از بیماری‌های مزمن و پراسترسی است که بخشی از افراد جامعه را درگیر می‌کند و به دلیل اثرات مخرب بیماری بر جسم و روان افراد، بسیاری از بیماران با مشکلات جدی جسمانی و روان‌شناختی روبرو می‌شوند، ضرورت دارد تا به‌طور جدی‌تری به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این بیماری

1. Shen
2. Moldovan
3. Zheng

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.13.9]

پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیر دارویی مؤثر در کنار درمان‌های دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روانی بیماران به کار گرفته شود.

مسلماً پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگر دارای محدودیت‌هایی بود ازجمله می‌توان به محدود بودن جامعه آماری پژوهش به بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک شهر کرمانشاه ، حجم پایین نمونه، عدم کنترل میزان شدت و سابقه بیماری، عدم بررسی سوابق روان‌پزشکی بیماران و عدم وجود ویژگی‌های دقیق روان‌سنجی ابزار اشاره کرد که در تعمیم نتایج آن به جامعه باید جانب احتیاط را رعایت کرد. لذا در پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود که در سایر نقاط کشور و با حجم نمونه بیشتری انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده نمونه مورد مطالعه از نظر میزان شدت و سابقه بیماری و سواق روان‌پزشکی قبل از ورود به پژوهش بررسی شوند. در نهایت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر ابزارهایی که ویژگی‌های روان‌سنجی آن‌ها مورد بررسی قرار گرفته است استفاده نمود. با توجه به فراوانی تظاهرات عصبی-روانی بیماران مبتلابه بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک و همچنین تنوع و تعدد این علائم و از آنجا که درگیری عصبی موجب وخیم‌تر شدن پیش‌آگهی بیماری و کند شدن روند بهبودی می‌شود، پیشنهاد می‌شود که همه بیماران مبتلابه این بیماری در بدو تشخیص بیماری به‌طور معمول مورد معاینات دقیق و کامل عصبی قرار گیرند. همچنین به درمانگران حوزه سلامت پیشنهاد می‌شود که در هنگام تشخیص بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک در افراد حتماً راهکارهای حمایتی را جهت مقابله با افکار غیرمنطقی و اضطراب‌آور، مدنظر قرار دهند.

منابع

اکبریان، م.، فائزی، س.ط.، غریب‌دوست، ف.، شهرام، ف.، ناجی، ع.، جمشیدی، ا.، اخلاقی، م.، شفائی، ن.، اخلاق‌خواه، م.، دواچی، ف. (۱۳۸۹). اپیدمیولوژی لوپوس اریتماتوی سیستمیک در ایران: بررسی ۲۱۴۳ مورد. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۸ (۵)، ۳۰۰- ۳۰۵.

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۹). *پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی* (ترجمه فرزین رضاعی و همکاران). تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۳).

بامداد مهربانی، ک.، اکبریان، م.، ثالثی، م.، غفلتی، ز.، توسلی، س. (۱۳۸۷). ارتباط فعالیت بیماری لوپوس اریتماتوز سیستمیک (SLE) با فعالیت مسیر کلاسیک کمپلمان (CH50). مجله دانشکده پزشکی، *دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۶* (۶)،۳۸۷-۳۷۹.

بوالهری، ج.، رمضان زاده، ف.، عابدی‌نیا، ن.، نقی‌زاده، م.، پهلوانی، ه.، صابری، س.م. (۱۳۹۱). بررسی برخی علل منجر به تقاضای طلاق در زوجین متقاضی طلاق در دادگاه‌های تهران. *مجله اپیدمیولوژی ایران، ۸ (۱)*، ۹۳-۸۳.

پورمحمدرضای‌تجریشی، م.، پهلوان‌نشان، س.، نجفی‌فرد، ط. (۱۳۹۳). رابطه‌ی باورهای غیرمنطقی و سازگاری زناشویی زوجین شهر اصفهان. *فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۴* (۵۳)، ۱۹۳- ۱۷۹.

دستجانی‌فراهانی، ا.، رحمانی، م ع.، تیزدست، ط. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر باورهای غیر منطقی. *فصلنامه علمی پژوهشی اعتیادپژوهی، ۷* (۲۸)، ۱۲۹-۱۱۹.

دستغیب، ز.، نریمانی، م.، قبادی‌داشدبی، ک.، حسینی، ف.، قارلی‌پور، ذ.، ایمانزاد، م.، غلامی، م.، قیطاس‌پور، ک. (۱۳۹۳). مقایسه باورهای غیرمنطقی و شادکامی در دانش آموزان تیزهوش با عادی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۲* (۳)، ۳۳-۲۷.

دلشاد نوقابی، ع.، صنعتی، ز.، حاتمی‌کیا، م.، محمدی، ش. (۱۳۹۲). خود بیمار انگاری و عوامل مؤثر با آن در جمعیت ۵۰- ۲۰ ساله‌ی شهر گناباد. *فصلنامه افق دانش*، ۱۹ (۵)، ۲۲-۱۷.

دیهیمی، م.،کریمان، ن.، آزادفر، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیر منطقی زنان نابارور. *نشریه رویش روان‌شناسی، ۸* (۱۲)، ۱۰۶-۹۹.

رفیعی، س.، اکبری، ر.، یزدانی چراتی، ج.، الیاسی، ف.، عظیمی لولتی، ح. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش مهارت های فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و احساس خوب بودن بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۳۰ (۱۸۳)، ۱۱-۲۱.

روشن چسلی، ر.، مدرسی، ف. (۱۳۸۱). تیپ‌های شخصیتی و سلامت روان بر به لوپوس اریتماتوز سیستمیک و آرتریت روماتوئید. *مجله علمی پژوهشی حکیم*، ۵ (۴)، ۲۶۲-۲۵۵.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.13.9]

سادوک، ب.، سادوک، و. (۱۳۹۱). *خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری و روان‌پزشکی بالینی* (ترجمه نصرالله پورافکاری). تهران: انتشارات شهرآب (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۸).

صفاری نیا، م.، علمی مهر، م.، حشمتی، ح.، علمی مهر، ف. (۱۳۹۱). مقایسه حمایت اجتماعی و باورهای غیرمنطقی در حوادث کاری شرکت توزیع برق خراسان شمالی. *فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی، ۳*(۱۳)، ۸۰-۷۱.

صمدی فرد، ح.، نریمانی، م. (۱۳۹۷). نقش باورهای غیرمنطقی، خودکارآمدی و ذهن آگاهی در پیش‌بینی قلدری دانش‌آموزان. *مجله علمی پژوهشی مدرسه و آموزشگاه، ۷* (۳)، ۱۵۸-۱۳۸.

طلایی، ع.، فیاضی‌بردبار، م. ر. (۱۳۸۸). خود بیمارانگاری و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱۷ (۱)، ۱۸-۸.

علی اکبری دهکردی، م.، صالحی، ش.، رضایی، ا (۱۳۹۲). مقایسه باورهای غیرمنطقی و سبک‌های دفاعی در بین بیماران کرونر قلب و افراد عادی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۲(۶)، ۳۲-۱۸.

قاسمی، ک.، الهی، ط. (۱۳۹۸). رابطه طرحواره های ناسازگاراولیه با اضطراب بیماری: نقش واسطه‌ای اجتناب تجربی. *پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۳* (۳)، ۴۷-۵۵.

گنجی، م. (۱۳۹۹). *کتاب آسیب‌شناسی روانی براساس DSM – 5*. تهران: انتشارات ساوالان.

گونجی، ث.، خوش‌کنش، ا.، پورابراهیم، ت. (۱۳۹۴). مقایسه سازگاری زناشویی و باورهای غیرمنطقی در زنان جراحی زیبایی شده و زنان جراحی زیبایی نشده. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده، ۱۰* (۳۱)، ۱۴۶-۱۳۱.

گیتی، س.، جعفری روشن، م. (۱۳۹۷). مقایسه باورهای غیرمنطقی، مهارت های ارتباطی و سازگاری زناشویی در سه نسل از زنان تهرانی. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی. ۷ (۲۸)*، ۴۹-۳۰.

مظهری‌آزاد، ف.، عابدی، ح.ع.، ناجی، س.ع. (۱۳۸۹). پیامدهای روانی عاطفی در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان، ۱۰* (۱۹)، ۲۳-۱۴.

نژداحسینی، خ.، حسن‌نژاد، ل.، بختیارپور، س.، مولاهویزه، ک. (۱۳۹۱). *مقایسه مشکلات شناختی خستگی و کیفیت خواب بیماران لوپوس ارتیماتوز سیستمیک دارای افسردگی بالا و افسردگی پایین*. چهارمین کنگره بین‌المللی سایکوسوماتیک.

Bricou, O., Taïeb, O., Baubet, T., Gal, B., Guillevin, L., & Moro, M. R. (2006). Stress and coping strategies in systemic lupus erythematosus: a review. *Neuroimmunomodulation*, *13*(5-6), 283-293.

Edworthy, S. M., Dobkin, P. L., Clarke, A. E., Da Costa, D., Dritsa, M., Fortin, P. R., ... & Devins, G. M. (2003). Group psychotherapy reduces illness intrusiveness in systemic lupus erythematosus. *The Journal of rheumatology*, *30*(5), 1011-1016.

Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer publishing company.

Evans, C. (1980). Understanding yourself; Upgraded Edition. New York city: Signet Publications.

Ghodke-Puranik, Y., & Niewold, T. B. (2015). Immunogenetics of systemic lupus erythematosus: a comprehensive review. *Journal of autoimmunity*, *64*, 125-136.

Horvath, L., Czirjak, L., Fekete, B., Jakab, L., Pozsonyi, T., Kalabay, L., ... & Fust, G. (2001). High levels of antibodies against C1q are associated with disease activity and nephritis but not with other organ manifestations in SLE patients. *Clinical and experimental rheumatology*, *19*(6), 667-672.

Jones, R. G. (1968). *A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality and maladjustment correlates* (Doctoral dissertation, Texas Tech University).

Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical psychology review*, *27(*2), 127-139.

Moldovan, I., Katsaros, E., Carr, F. N., Cooray, D., Torralba, K., Shinada, S., ... & Nicassio, P. M. (2011). The Patient Reported Outcomes in Lupus (PATROL) study: role of depression in health-related quality of life in a Southern *California lupus cohort. Lupus*, *20*(12), 1285-1292.

Newby, J. M., Hobbs, M. J., Mahoney, A. E., Wong, S. K., & Andrews, G. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, *101*, 31-37.

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W., & van Dijk, F. J. (2010). Irrational beliefs in employees with an adjustment, a depressive, or an anxiety disorder: a prospective cohort study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *28*(2), 57-72.

Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder?. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(6), 481-482.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.13.9]

Owens, V. A., Hadjistavropoulos, H. D., Schneider, L. H., Gullickson, K. M., Karin, E., Titov, N., & Dear, B. F. (2019). Transdiagnostic, internet-delivered cognitive behavior therapy for depression and anxiety: Exploring impact on health anxiety. *Internet interventions*, *15*, 60-66.

Peralta-Ramírez, M. I., Robles-Ortega, H., Navarrete-Navarrete, N., & Jimenez-Alonso, J. (2009). Effectiveness of stress management therapy in two populations with high stress: Chronic patients and healty people. *Salud mental*, *32(3*), 251-258.

Rees, F., Doherty, M., Grainge, M., Davenport, G., Lanyon, P., & Zhang, W. (2016). The incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus in the UK, 1999–2012. *Annals of the rheumatic diseases*, *75(1*), 136-141.

Sadock, B. J. (2007). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.

Sava, F. A. (2009). Maladaptive schemas, irrational beliefs, and their relationship with the Five-Factor Personality model. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, *9*(2).

Shen, B., Tan, W., Feng, G., He, Y., Liu, J., Chen, W., ... & Gu, Z. (2013). *The correlations of disease activity, socioeconomic status, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with systemic lupus erythematosus*. Clinical and Developmental Immunology, 2013.

Sullivan, S. (2016). *Development of a systemic lupus erythematosus knowledge questionnaire: the relationship among disease proximity, educational exposure and knowledge.*

Tiba, A. I. (2010). A grounded cognition perspective on irrational beliefs in rational emotive behavior therapy. J*ournal o*f *cognitive & behavioral psychotherapies, 10(*1).

Zheng, Y., Ye, D. Q., Pan, H. F., Li, W. X., Li, L. H., Li, J., ... & Xu, J. H. (2009). Influence of social support on health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Clinical rheumatology*, *28*(3), 265-269.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.9.13.9]