

مقایس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های والدینی آن و سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به دیابت نوع I و افراد مبتلا به پسوریازیس و افراد سالم^۱

مونا عباسقلی زاده قانع^۲، زهره خسروی^۳، فریده عامری^۴

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۲

تاریخ وصول: ۹۳/۸/۱۰

چکیده

پژوهش حاضر از نوع تحقیق علی-مقایسه‌ای، روی بیماران مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران و مبتلایان به پسوریازیس مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران صورت گرفت. نمونه گیری به صورت در دسترس، ۳۰ مبتلا به پسوریازیس و ۲۵ مبتلا به دیابت نوع I و ۳۰ فرد سالم بودند. آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه طرحواره ناسازگار و فرزندپروری یانگ و سبک‌های مقابله‌ای لازاروس مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل واریانس یک راهه نشان داد مبتلایان به پسوریازیس در همه حوزه‌ها و به جز طرحواره‌های بی اعتمادی، استحقاق، وابستگی، گرفتار، و در مبتلایان به دیابت نوع I در حوزه دیگرجهت‌مندی، گوش بزنگی، محدودیت‌های مختل، طرحواره‌های آسیب پذیری به ضرر، ایثار و بازداری هیجانی بیشتر از افراد سالم است. طرحواره‌های محرومیت هیجانی و معیارهای سرسختانه در مبتلایان به پسوریازیس بیشتر از مبتلایان به دیابت است. افراد مبتلا به پسوریازیس در حوزه طرحواره‌ای خودگردانی و عملکرد مختل و گوش بزنگی بیشتر از مبتلایان به دیابت است. نتایج بدست آمده در ریشه‌های والدینی پدر در حوزه دیگرجهت‌مندی و خودگردانی و عملکرد مختل و در طرحواره‌های نقص، وابستگی، شکست، خودتحويل نیافته و پذیرش جویی، در ریشه‌های والدینی مادران مبتلایان به دیابت در حوزه گوش بزنگی و بازداری خودگردانی و عملکرد مختل و دیگرجهت‌مندی و در طرحواره‌های آسیب پذیری به ضرر، معیارهای سرسختانه، بازداری هیجانی و پذیرش جویی در گروه مبتلایان به دیابت بیشتر از گروه افراد سالم مشاهده

۱ مستخرج از پایان نامه

۲ فوق لیسانس روانشناسی بالینی دانشگاه الزهرا Email: mona_ghane65@yahoo.com

۳ استاد دانشگاه الزهرا (نویسنده مسئول) Email: zohreh_khosravi@yahoo.com

۴ استادیار دانشگاه الزهرا Email: fameri@alzahra.ac.ir

شده است. در ریشه‌های والدینی پدر حوزه گوش بزنگی، و در والدین گروه مبتلایان به پسونیازیس در طحواره پذیرش جویی بیشتر از گروه افراد سالم مشاهده شده است. و درحوزه خودگردانی و عملکرد مختل و طحواره‌های شرم، ایثار و خودتحوّل نیافته در پدران مبتلایان به دیابت بیشتر از مبتلایان به پسونیازیس مشاهده شده است. سبک مقابله‌ای خودکنترلی در مبتلایان به پسونیازیس بیشتر از گروه کنترل مورد استفاده قرار می‌گیرد.

واژگان کلیدی: طحواره ناسازگار اولیه، ریشه‌های والدینی، سبک‌های مقابله با استرس، پسونیازیس، دیابت نوع ۱

مقدمه

ایمنی شناسی روانشناختی به حوزه‌ای بین رشته‌ای اطلاق می‌شود که تعامل عوامل روانشناختی، عصب شناختی و ایمنی شناختی را در ایجاد بیماری‌های مختلف مورد مطالعه قرار می‌دهد. این اندیشه که عوامل روانی - اجتماعی در ایجاد بعضی از بیماری‌های بدنی مؤثرند از دیرباز شناخته شده است. امروزه حالاتی که در آن شکایات بدنی با ضایعات و آسیب‌های بافتی همراه است ولی علت آن روانی است تحت عنوان اختلالات روان فیزیولوژیایی یا روان-تنی نامیده می‌شود. در سال‌های اخیر، در مورد ارتباط بین عوامل روانی و ظهور یا تشدید علائم بیماری اتفاق نظر جهانی وجود داشته است (پیکاردی^۱ و آبنی^۲، ۲۰۰۱). بنابر مطالعات اخیر، ۳۷ الی ۵۰ درصد از بیماران، تشدید علائم بیماری را به دنبال هیجان‌های عصبی و احساس افسردگی گزارش نموده‌اند (فاربر^۳ و نال، ۱۹۷۴؛ فورچون^۴، مین^۵، سالیوان^۶ و گریفیت^۷، ۱۹۹۷). از سوی دیگر، بر منشأ روان تنی بیماری نیز تأکید شده و از عوامل تنش‌زا به عنوان مهمترین عوامل آغازگر و یا تشدیدکننده روند بیماری یاد شده است (گریفیت و ریچاردس^۸، ۲۰۰۱).

1 Picardi

2 Abeni

3 farber

4 Fortune

5 Main

6 Sullivan

7 Griffiths

8 Griffiths& Richards

بیماری‌های خودایمنی یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در ایران و جهان می‌باشد که مزمن، پیشرونده و پرهزینه است و عوارض متعددی ایجاد می‌کند. بیماری خودایمنی هنگامی رخ می‌دهد که دستگاه ایمنی بدن به اشتباه حمله به خود بدن را آغاز می‌کند. پسوریازیس^۱ یک بیماری التهابی سیستمیک است که تقریباً ۱٪ افراد جامعه را درگیر می‌کند (لانگی^۲، پالر^۳، هبرت^۴، کریمر^۵ و ونگ^۶، ۲۰۱۱). علائم بیماری به صورت پلاک‌های پوسته ریز قرمزرنگ در نواحی مختلف بدن می‌باشد. شایعترین شکل بیماری، پسوریازیس ولگاریس است که به صورت پلاک‌های حلقوی در مناطق اکستنسور^۷ بدن مثل آرنج‌ها و پایین کمر و اطراف ناف بروز می‌کند (گادجونز^۸، الدر^۹، ۲۰۰۸). دیابت شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک است (تذکری، زارعی و میزارحیمی، ۱۳۸۱). شیوع این بیماری در حدود ۷٪ تا ۱۲٪ گزارش شده است (عالم زاده و ویات، ۲۰۰۵). دیابت نوع ۱ یک اختلال خودایمن است که در جریان آن عوامل ژنتیک، محیطی و ایمونولوژیک تعیین‌کننده تخریب انتخابی سلول‌های بتای مترشحه انسولین پانکرانس هستند (روسینی^{۱۰}، هندلر^{۱۱}، گرینر^{۱۲} و مودس^{۱۳}، ۱۹۹۱).

خانواده در عین حال که کوچکترین واحد اجتماعی است مبنای پایه هر اجتماع بزرگتر است و نقش حیاتی در پرورش اجتماع دارد. از این رو می‌توان گفت که بیش از محیط‌های دیگر در رشد و تکامل فرد تأثیر می‌گذارد. موقعیت اجتماعی و وضعیت اقتصادی خانواده، افکار و عقاید، آداب و رسوم، ایده‌آل‌ها و آرزوهای والدین به خصوص عملکرد و شیوه‌های

-
- 1 psoriasis
 - 2 Langley
 - 3 Paller
 - 4 Hebert
 - 5 Creamer
 - 6 Weng
 - 7 Extensor
 - 8 Gudjons
 - 9 Elder
 - 10 Rossini
 - 11 Handler
 - 12 Greiner
 - 13 Modes

فرزندپروری آن‌ها در شکل‌گیری افکار و عقاید، خلق و خو و طرز رفتار کودکان نفوذ فراوان دارد (پشین، ۱۳۸۸). در واقع فرزندپروری مجموعه‌ای از گرایش‌ها و اعمال و جلوه‌های غیرکلامی است که ماهیت تعامل والد-کودک را در طول دامنه وسیعی از موقعیت‌ها توصیف می‌کند (گلاسگو^۱، دورنباخ^۲، ریتز^۳، تروگر^۴ و استنبرگ^۵، ۱۹۹۷). یکی از مواردی که باعث شده به خانواده به عنوان اولین اجتماع که کودک در آن وارد می‌شود توجه شود، موضوع طرحواره‌ها ناسازگار اولیه (EMS) است (یانگ، ۱۹۵۰، ترجمه صاحبی و حمیدپور، ۱۳۸۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه باورهای هسته‌ای (پیش فرض‌های غیرشرطی) در مورد خود و دیگران را بازنمایی کرده و پردازش اطلاعات بیرونی را به مسیری ناکارآمد منحرف می‌کنند. بنابراین، روابط بین فردی و ادراک از خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند (یانگ، ۱۹۹۹؛ به نقل از پینتو-گویا و همکاران، ۲۰۰۶). در مقایسه با سایر آسیب‌پذیری‌های شناختی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، غیر شرطی‌تر و خودآیندتر هستند و توان تولید سطوح بالای عاطفه منفی را دارند، چرا که آن‌ها با موضوعات هسته‌ای زندگی، چون استقلال و صمیمیت، مرتبط اند (اشمیت، جوینز، یانگ و تلچ، ۱۹۹۵؛ به نقل از هریس^۷ و کارتین^۸، ۲۰۰۲).

طرحواره‌های مربوط به سبک فرزندپروری، تأثیر بسیاری را بر قلمرو روابط والدین و نوجوانان نشان می‌دهد یانگ فرض می‌کند طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در ارتباط با طرحواره‌های سبک فرزندپروری می‌باشند، الگوها یا درونمایه‌های فراگیر و عمیقی هستند، از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت واره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تداوم دارند (غیائی و بهاریان، ۱۳۹۱). افراد به منظور انطباق با طرحواره‌ها، پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای

1 Glasgow

2 Dornbusch

3 Ritter

4 Troger

5 Steinberg

6 Early Maladaptive Schema(EMS)

7 Harris

8 Curtin

ناسازگاری را به وجود می‌آورند تا مجبور نشوند هیجان‌ات شدید و استیصال‌کننده را تجربه کنند. سبک‌های مقابله‌ای می‌توانند به صورت شناختی-عاطفی یا رفتاری بروز کنند که از طرحواره‌ها نشأت می‌گیرند. مقابله در واقع راهی برای پاسخ دادن به تنیدگی یا فشار روانی است که می‌تواند سازگارانه یا ناسازگارانه باشد. (فرانکن^۱، هندریکس^۲، هافمن^۳ و وندر میر^۴، ۲۰۰۳).

بر اساس نظریه لازاروس^۵ و فولکمن^۶ رفتارهای مقابله‌ای در رویارویی با استرس شامل دو فرآیند می‌شود: فرآیند مسأله‌مدار که طی آن فرد با مسأله‌ای که علت واقعی آشفتگی در وی شده است، مواجه می‌شود و فرایند هیجان‌مدار که بر اساس آن فرد تلاش می‌کند پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم نماید (برانون^۷ و فیست^۸، ۲۰۰۶). با توجه به نقش هر یک از سبک‌های مقابله‌ای بر سلامت کلی فرد محققان دریافته‌اند که افراد معمولاً از دو سبک مقابله‌ای (هیجان‌مدار، مسأله‌مدار) در برخورد با موقعیت‌های فشارزا استفاده می‌کنند. نتایج پژوهش‌ها بیانگر نقش مثبت و موثر سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار و مثبت در افزایش سلامتی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار منفی در کاهش سلامتی می‌باشد (کلینکه، ۱۹۴۴، ترجمه محمد خانی، ۱۳۸۳).

مطالعات بر روی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های والدینی آن‌ها بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و ریشه‌های والدینی طرحواره‌های مبتلایان پسوریازیس انجام نشده است. در پژوهشی که توسط میزارا^۹، پاپادوپولوس^{۱۰} و مک‌براید^{۱۱} (۲۰۱۲) انجام شد، به بررسی باورهای مرکزی و روانشناختی در بیماران مبتلا به پسوریازیس و آگزم (نقش

-
- 1 Franken
 - 2 Hendriks
 - 3 Haffmans
 - 4 Vander Meer
 - 5 Lazarus
 - 6 Folkman
 - 7 Brannon
 - 8 Feist
 - 9 Mizara
 - 10 Papadopoulos
 - 11 McBride

طرحواره ها در بیماری های پوستی مزمن) پرداخت. سطوح بالای عوارض روانی و پریشانی روانی مشاهده شده در این جمعیت، نشان دهنده حضور طرحواره های ناسازگارانه است. بیماران مبتلا به پسوریازیس در ۷ طرحواره با گروه کنترل متفاوت بودند: محرومیت هیجانی، نقص / شرم، انزوای اجتماعی، شکست، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری، اطاعت و بازداری هیجانی.

کوالهو^۱، اموریم^۲ و پراتا^۳ (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای بر روی بیماران دیابتی به این نتیجه رسیدند که این بیماران بیشتر تمایل دارند بیماری خود را به عنوان یک تهدید قلمداد کنند و نه یک چالش. بنابراین، آنان بیشتر روش مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی را به کار می‌گیرند. پژوهشی به بررسی استرس در میان پدران کودکان خردسال مبتلا به دیابت نوع I پرداخته است (میشل^۴، هیلارد^۵، مدنیک^۶، هندرسون^۷ و کوگن^۸ و همکاران، ۲۰۰۹). نتایج رگرسیون چندگانه نشان می‌دهد که استرس پدر رابطه مثبتی با سطح اضطراب و گزارش مادران در رابطه با رفتار دشوار کودک دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که پدران ممکن است استرس‌های فرزندپروری متفاوتی از مادران تجربه کنند، که تجارب آن‌ها ممکن است نه تنها بر سطح اضطراب بلکه روی رفتار کودک هم تأثیر می‌گذارد. پژوهش دیگری به نقش شیوه‌های فرزند پروری در دستیابی به کنترل متابولیک در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع I پرداخته است (شورر^۹، رویت^{۱۰}، شواینبرگ^{۱۱} و لواوی^{۱۲}، ۲۰۱۱). نتایج نشان داد شیوه های فرزند پروری پدری پیش‌بینی کننده معتبری برای کنترل قند خون بهتر و پایبندی در کودک بود، شیوه‌های فرزند پروری مادران پیش‌بینی کننده پایبندی ضعیف بود. تونکای^{۱۳}،

1 Coelho

2 Amorim

3 Prata

4 Mitchell

5 Hilliard

6 Mednick

7 Henderson

8 Cogen

9 Shorer

10 Ravit

11 Schoenberg

12 Levavi

13 Tuncay

میوسبک^۱، انجینگوک^۲ و کوتلو^۳ (۲۰۰۸) در پژوهشی بر روی بیماران دیابتی به این نتیجه رسیدند که بیماران از شیوه‌های مسأله مدار و هیجان مدار به یک اندازه استفاده می‌نمایند. هم‌چنین این محققین شیوه‌های مقابله‌ای مواجهه مستقیم، مقابله مذهبی، حمایت جوینده، خوشبینانه، حل مسئله، انکار و مقابله هیجانی را به عنوان مقابله‌های رایج بین این بیماران گزارش نمودند.

به هر حال افزایش چشمگیر و روزافزون بیماران خودایمنی در کشور، لزوم توجه به مسائل شیوع شناسی، سبب شناسی و روانشناسی این بیماران را می‌طلبد. با توجه به این که تحقیقات صورت گرفته در زمینه این بیماری‌ها بیشتر در زمینه سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران بوده و کمتر به طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های والدینی آنها و سبک‌های مقابله با استرس در این بیماران پرداخته شده است، در پژوهش حاضر محققان بر آنند که با مقایسه سبک‌های مقابله با استرس و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های والدینی آنها در افراد مبتلا پسونریازیس و دیابت نوع I این مسئله را بررسی کنند که در کدام یک از سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های والدینی آنها در این افراد تفاوت دیده شود. با توجه به نتایجی که بدست خواهد آمد امید است که بتوان با بهبود سبک‌های مقابله‌ای بیماران احتمال موفقیت در درمان را برای این افراد بالا برد و همین‌طور با توجه به نتایجی که در زمینه فرزندپروری بدست خواهد آمد می‌توان از آن برای بهبود شیوه‌های فرزندپروری در خانواده‌ها مخصوصاً در خانواده‌هایی که مستعد ابتلا به این بیماری‌ها هستند، اقدام شود.

فرضیه‌های پژوهش

- طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به پسونریازیس و دیابت نوع I متفاوت از گروه سالم است.

- شیوه فرزندپروری پدران بیماران مبتلا به پسوریازیس و دیابت نوع ۱ متفاوت از گروه سالم است.
- شیوه فرزندپروری مادران بیماران مبتلا به پسوریازیس و دیابت نوع ۱ متفاوت از گروه سالم است.
- سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به پسوریازیس و دیابت نوع ۱ متفاوت از گروه سالم است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر بر مبنای روش جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از نوع تحقیق علی-مقایسه‌ای است که بر روی بیماران مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران و بیماران مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران صورت گرفت. نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفته است. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ فرد مبتلا به پسوریازیس مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهر تهران و ۲۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۱ مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران، بین سن ۲۰ تا ۴۰ سال با میانگین سنی ۳۰ سال بودند. جمع‌آوری داده‌ها در بهار ۱۳۹۲ صورت گرفت. برای به دست آوردن داده‌های خام به منظور تحلیل آماری از سه پرسشنامه که در اختیار بیماران در محل‌های مذکور قرار گرفته و مطابق کلید نمرگذاری شده‌اند، استفاده شد. که این بیماران بر اساس معیارهای ورود و خروج زیر به صورت پی در پی وارد نمونه مورد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل: (۱) سن بالای ۱۸ سال، (۲) موافقت بیمار برای ورود به مطالعه (۳) داشتن حداقل سواد در حد فهمیدن و پاسخ دادن به سوالات. معیارهای خروج شامل: (۱) تحت درمان‌های روانپزشکی بودن، (۲) وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار، (۳) عدم توانایی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها ایجاد مشکل کند، (۴) نارضایتی بیمار از ادامه شرکت در تحقیق. گروه شاهد (کنترل) شامل ۳۰ نفر از افراد سالمی که به صورت تصادفی انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای^۱ (WOCQ): این پرسشنامه افکار و واکنش‌هایی را که افراد برای مقابله با رویدادهای استرس‌زای روزمره به کار می‌برند بررسی می‌کند. این مقیاس را لازاروس و فولکمن ۱۹۸۴ بر پایه نظریه‌های شناختی پدیدارشناسی مربوط به فشار روانی و مقابله که با نام نظریه فشار روانی، ارزیابی و مقابله شناخته شده است در سال ۱۹۸۵ ساختند. این پرسشنامه چهار سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار (سبک‌های حل مسئله، ارزیابی مثبت دوباره، مسئولیت‌پذیری و جستجوی حمایت اجتماعی) و چهار سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار (سبک‌های رویارویی مستقیم، خویش‌تنداری، اجتنابی و انکار) را بررسی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۶۶ ماده است. ۱۶ عبارت این آزمون انحرافی هستند و ۵۰ عبارت دیگر ۸ مقیاس مقابله‌ای را می‌سنجد، هر مقیاس شامل مجموعه‌ای از سؤالات می‌باشد. افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند که بسامد هر راهبرد را به این شکل نشان می‌دهد. برای پاسخ "اصلاً استفاده نمی‌کنم" نمره صفر، "بعضی اوقات استفاده می‌کنم" نمره ۱، "معمولاً استفاده می‌کنم" نمره ۲، "به میزان زیادی استفاده می‌کنم" نمره ۳ قرار داده می‌شود. لازاروس و فولکمن ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های سبک مسئله‌مدار از ۰/۶۰ تا ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌های سبک هیجان‌مدار در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ گزارش کردند. در ایران ضریب همسانی درونی را با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۶۱ تا ۰/۷۹) و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته (۰/۵۹ تا ۰/۸۳) گزارش کردند (قدمکاهی و دژکام، ۱۳۷۷، به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴).

۲. پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ)^۲: ۷۵ گویه این پرسشنامه توسط یانگ (۱۹۹۸) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. این طرحواره‌ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، طرد/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی،

1 Ways of Coping Questionnaire

2 young schema questionnaire

نقص / شرم، شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خود تحول‌نیافته / گرفتار، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / بیش انتقادی، استحقاق / بزرگ‌منشی و خودکنترلی ناکافی. هر پرسش بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست و ۶ برای کاملاً درست) در این پرسشنامه هر ۵ پرسش یک طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین هر خرده‌مقیاس بالاتر از ۲/۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (بارانوف^۱ و تیان^۲، ۲۰۰۷). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ بدست آمده است. در پژوهش حاضر آلفای به دست آمده ۰/۹۶ بوده است. آلفای مربوط به طرحواره‌ها در این مطالعه به این شرح است: محرومیت هیجانی (۰/۸۶)، طرد/ بی‌ثباتی (۰/۷۰)، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری (۰/۸۱)، انزوای اجتماعی / بیگانگی (۰/۷۹)، نقص / شرم (۰/۸۹)، شکست (۰/۸۹)، وابستگی / بی‌کفایتی (۰/۸۴)، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری (۰/۸۴)، خود تحول‌نیافته / گرفتار (۰/۷۷)، اطاعت (۰/۸۲)، فداکاری (۰/۸۲)، بازداری هیجانی (۰/۷۸)، معیارهای سرسختانه / بیش انتقادی (۰/۶۹)، استحقاق / بزرگ‌منشی (۰/۷۸) و خودکنترلی ناکافی (۰/۷۱).

۳. پرسشنامه فرزندپروری یانگ (YPI)^۳: این پرسشنامه یک ابزار اولیه برای شناسایی ریشه‌های دوران کودکی طرح‌واره‌هاست (یانگ و کلوسو، ۱۹۹۳). این پرسشنامه ۷۲ آیتم دارد که در آن پاسخ‌دهنده پدر و مادر خود را به طور جداگانه، براساس نوع رفتاری که با وی داشته‌اند و در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای رتبه‌بندی می‌کند. آیتم‌های این پرسشنامه نیز بر اساس طرحواره‌ها گروه‌بندی شده‌اند برای پاسخ "کاملاً غلط" نمره ۱، "تقریباً غلط" نمره ۲، "بیشتر درست است تا غلط" نمره ۳، "اندکی درست" نمره ۴، "تقریباً درست" نمره ۵، "کاملاً درست" نمره ۶ را قرار می‌دهیم. بدیهی است

1 Baranoff

2 Tian

3 young parenting inventory

برای طرحواره محرومیت هیجانی (۱-۵) نمره گذاری به صورت برعکس انجام می شود، یعنی برای پاسخ "کاملاً غلط" نمره ۶، "تقریباً غلط" نمره ۵، "بیشتر درست است تا غلط" نمره ۴، "اندکی درست" نمره ۲، "تقریباً درست" ۱ قرار می دهیم. فرم اصلی YPI (یانگ، ۲۰۰۵) را یزدان دوست و صلواتی ترجمه و ترجمه مجدد کرده و سپس در ۶۰ دانشجوی ایرانی اجرا نموده‌اند. با استفاده از روش دو نیمه سازی، برای فرم مادر ضریب پایایی ۰/۶۹ و برای فرم پدر ضریب پایایی ۰/۸۰ به دست آمد (صلواتی، ۱۳۸۶). از این ابزار در پژوهش حاضر، برای شناسایی ریشه‌های والدینی طرحواره‌ها استفاده شد.

ویژگی های جمعیت شناختی

کل افراد مورد مطالعه قرار گرفته شامل ۸۵ نفر بودند (۳۰ نفر افراد سالم و ۲۵ فرد مبتلا به دیابت و ۳۰ فرد مبتلا به پسونیازیس). بیشترین فراوانی جنسیت نمونه ی مورد مطالعه مربوط به زن (۶۱) و کمترین فراوانی مربوط به مردها (۲۴) می باشد. فراوانی وضعیت تأهل نمونه ی مورد مطالعه مربوط به متأهل ها (۴۹) و کمترین فراوانی مربوط به مجردها (۳۶) می باشد. بیشترین فراوانی سن نمونه ی مورد مطالعه مربوط به گروه سنی ۲۰-۳۰ سال (۳۱) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۵۰ سال به بالا (۹) است. بیشترین فراوانی تحصیلات نمونه ی مورد مطالعه مربوط به مقطع لیسانس (۴۲) و کمترین فراوانی مربوط به مقطع فوق دیپلم (۳) می باشد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	جنسیت		سن			تأهل			تحصیلات		
	زن	مرد	۳۰- ۴۰	۴۰- ۵۰	۵۰- به بالا	مت أهل	دیپلم	فوق دیپلم	فوق لیسانس	لیسانس	س
گروه کنترل	۲۱	۹	۴	۱۶	۵	۱۴	۱۶	۷	۱	۱۵	۷
گروه مبتلایان به پسر یازیس	۲۲	۸	۲۴	۵	۰	۱۷	۱۳	۷	۱	۱۷	۵
گروه مبتلایان به دیابت	۱۸	۷	۳	۱۱	۸	۵	۲۰	۱۱	۱	۱۰	۳

یافته‌ها

داده‌های این پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی و ارائه شاخص‌های آماری، از روش تحلیل واریانس تک متغیری و در صورت معنادار بودن F از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. **فرضیه اول:** طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به پسر یازیس و دیابت نوع I متفاوت از گروه سالم است.

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین طرحواره‌های

ناسازگار اولیه در گروه‌های مورد مطالعه

سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	انحراف استاندارد	میانگین	گروه‌ها	طرحواره ناسازگار اولیه
۰/۳۲۰	۱/۱۵۵	۴۳/۵۷	۲	۸۷/۱۵	۶/۹۰	۱۳/۹۶	پسر یازیس	رهاشدگی - بی‌ثباتی
		۳۷/۷۱	۸۲	۳۰۹۲/۴۹	۶/۵۰	۱۲/۵۶	دیابت نوع I	

			۰/۰۰۱				۰/۰۰۱					۰/۰۴۴		
			۷/۵۴۳*				۹/۳۶۷*					۳/۲۶۷*		
			۲۳/۶۵				۳۹/۴۱					۱۰/۸/۸۵		
			۳۱/۶۳				۴۲/۵۳					۳۳/۵۲		
۸۴	۸۲	۲	۸۴	۸۲	۲	۸۴	۲	۸۴	۸۲	۲	۸۴	۲	۸۴	
۳۰۷۱/۵۷	۲۵۹۴/۲۷	۴۷۷/۳۰	۴۲۸۴/۷۵	۳۴۸۷/۹۲	۷۹۶/۸۲	۲۹۶۷/۰۱	۲۷۴۹/۳۰	۳۱۷۷/۰	۳۱۷۹/۶۴					
کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل		
۲/۵۲	۵/۲۲	۷/۳۷	۵/۱۷	۶/۴۲	۷/۷۰	۵/۱۴	۵/۸۶	۶/۳۱	۴/۸۸					
۸/۰۳	۱۱/۱۲	۱۳/۶۶	۹/۰۰	۱۱/۳۶	۱۶/۱۶	۹/۷۳	۱۳/۴۸	۱۲/۶۰	۱۱/۵۶					
کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل		
انزای اجتماعی - بیگانگی			محرومیت هیجانی			بی‌اعتمادی - بدرفتاری								

شکست		حوزه بریدگی / طرد		نقص - شرم	
کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس
۶/۵۰	۷/۶۴	۹/۶۳	۴۴/۴۶	۵۶/۰۴	۶/۹۳
۱/۹۰	۳/۱۶	۵/۹۰	۱۴/۳۶	۲۰/۹۶	۶/۳۶
کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی
۱۵۰۶/۷۰	۱۳۵۶/۲۲	۱۵۰/۴۷	۴۵۷۶۸/۵۸	۳۸۵۸۹/۰۹	۷۱۷۹/۴۹
۸۴	۸۲	۲	۸۴	۸۲	۲
	۱۶/۵۳	۷۵/۲۴		۴۷۰/۵۹	۳۵۸۹/۷۴
		۴/۵۴۹*			۷/۶۲۸*
		۰/۰۱۳			۰/۰۰۱
					۰/۰۰۴
					۶/۰۲۵*
					۱۱۰/۶۲

		۰/۰۰۱		۰/۰۰۱			۰/۰۰۱		۰/۰۰۳	
		۱۴/۸۰۲*		۱۰/۹۶۱*			۱۰/۹۶۱*		۶/۴۰۶*	
۶۹/۴۸	۱۰۲۸/۵۲		۳۶/۳۵	۳۹۸/۴۳			۳۹۸/۴۳	۲۴/۳۳	۱۵۵/۸۹	
۸۲	۲	۸۴	۸۲	۲	۸۴	۸۴	۲	۸۲	۲	۸۴
۵۶۹۷/۶۶	۲۰۵۷/۰۳	۳۷۷۷/۶۴	۲۹۸۰/۷۷	۷۹۶/۸۷	۲۳۰۷/۲۹	۱۹۹۵/۵۰	۳۱۱/۷۸	۸۴۷۸/۰۰		
درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	کل
۸/۸۳	۹/۲۶	۵/۴۲	۶/۷۸	۵/۹۴	۳/۶۷	۴/۸۲	۶/۰۰	۶/۵۲		
۲۸/۶۰	۳۳/۵۰	۱۳/۷۳	۱۸/۶۸	۲۰/۸۶	۸/۱۰	۹/۹۲	۱۲/۶۳	۲۲/۸۰		
دایب نوع I	پسوریازیس	کنترل	دایب نوع I	پسوریازیس	کنترل	دایب نوع I	پسوریازیس	کنترل		
حوزه دیگر جهت مندی		اثر		اثر		اطاعت				

کنترل	۲۱/۸۳	۶/۷۸	کل	۷۷۵۴/۷۰	۸۴			
-------	-------	------	----	---------	----	--	--	--

نتایج تحلیل واریانس یک راه نشان دهنده تفاوت معنادار در حوزه دیگرجهت‌مندی در طرحواره‌های اطاعت و ایثار، درحوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در طرحواره‌های بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی، در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل در طرحواره شکست و آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری و در حوزه بریدگی و طرد در در طرحواره‌های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم و بی اعتمادی/بد رفتاری است ($p < 0/05$).

جدول ۳. نتایج آزمون شفه مربوط به مقایسه میانگین‌های سه گروه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه

تفاوت میانگین‌ها	سطح	گروه‌های مورد مطالعه	طرحواره ناسازگار اولیه
۲/۵۶۶۷	۰/۲۵۳	دیابت	انزوای اجتماعی - بیگانگی
۵/۶۳۳۳*	۰/۲۵۳	کنترل	
-۲/۵۶۶۷	۰/۲۵۳	پسوریازیس	
۳/۰۸۶۷	۰/۲۵۳	دیابت	
-۵/۶۳۳۳*	۰/۰۰۱	پسوریازیس	آسیب پذیری در برابر ضرر
-۳/۰۸۶۷	۰/۰۰۱	دیابت	
۲/۵۶۶۷*	۰/۰۰۱	کنترل	
-۲/۵۶۶۷*	۰/۰۰۱	پسوریازیس	
۴/۸۰۶۶۷*	۰/۰۲۹	دیابت	محروریت هیجانی
۷/۱۶۶۶۷*	۰/۰۲۹	پسوریازیس	
-۴/۸۰۶۶۷*	۰/۰۲۹	کنترل	
۲/۳۶۰۰۰	۰/۰۲۹	دیابت	
۰/۶۷۳۳۳	۰/۱۲۲	دیابت	نقص - شرم
۵/۰۰۰۰۰*	۰/۱۲۲	کنترل	
۰/۸۷۶	۰/۱۲۲	پسوریازیس	

۱/۴۹۳۳۳	-۵/۴۳۳۳۳*	-۱/۰۱۳۳۳	۱/۰۱۳۳۳	-۴/۵۳۳۳۳*	-۲/۷۱۳۳۳	۲/۷۱۳۳۳	-۵/۰۰۰۰۰*	-۶/۳۳۳۳
۴/۷۶۶۶۷*	-۴/۴۲۰۰۰*	۴/۴۲۰۰۰*	۵/۴۳۳۳۳*	-۱/۸۲۰۰۰	۱/۸۲۰۰۰	۴/۵۳۳۳۳*	-۴/۳۲۶۶۷*	۴/۳۲۶۶۷*
۰/۵۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱	۰/۷۷۱	۰/۰۰۳	۰/۱۳۴	۰/۱۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶
دیابت	پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس	پسوریازیس
کنترل	دیابت	کنترل	کنترل	دیابت	کنترل	کنترل	دیابت	کنترل
پسوریازیس	کنترل	دیابت	پسوریازیس	کنترل	دیابت	پسوریازیس	کنترل	دیابت
استحقاق								
بازداری هیجانی								
۵/۶۰۰۰۰*	-۷/۱۳۳۳۳*	-۲/۱۸۶۶۷	۲/۱۸۶۶۷	-۳/۱۳۳۳۳*	-۱/۹۳۳۳۳	۱/۹۳۳۳۳	-۳/۸۰۰۰۰*	-۲/۴۱۳۳۳
۸/۷۰۰۰۰*	-۴/۹۴۶۶۷*	۴/۹۴۶۶۷*	۷/۱۳۳۳۳*	-۱/۱۴۰۰۰	۱/۱۴۰۰۰	۳/۱۳۳۳۳*	-۱/۳۸۶۶۷	۱/۳۸۶۶۷
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲	۰/۴۱۲	۰/۰۱۵	۰/۲۰۱	۰/۲۰۱	۰/۰۰۴	۰/۱۲۲
دیابت	پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس	پسوریازیس
کنترل	دیابت	کنترل	کنترل	دیابت	کنترل	کنترل	دیابت	کنترل
پسوریازیس	کنترل	دیابت	پسوریازیس	کنترل	دیابت	پسوریازیس	کنترل	دیابت
شکست								
ایشار								
معماری								
سرسخانه/عقب								
جویی افراطی								

۳/۱۴۶۶۷- ۶/۱۲۰۰۰*	۰/۳۹۳ پسوریازیس	دیابت کنترل	۶/۱۳۳۳* ۷/۵۲۰۰۰*	۰/۱۰۱۴ پسوریازیس	دیابت کنترل
۹/۲۶۶۶۷* ۶/۱۲۰۰۰*	۰/۰۰۱ پسوریازیس	دیابت کنترل	۱۴/۱۳۳۳* ۷/۵۲۰۰۰*	۰/۰۰۱ پسوریازیس	دیابت کنترل

نتایج بدست آمده در آزمون تعقیبی شفه نشان داد، طرحواره اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، شکست و ایثار، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم و در حوزه‌های دیگر جهت‌مندی، گوش بزنگی بیش از حد و بازداری خودگردانی، بریدگی و طرد و عملکرد مختل در مبتلایان به پسوریازیس بیشتر از افراد سالم است.

در مبتلایان به دیابت نوع I طرحواره ایثار، آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، بازداری هیجانی و حوزه‌های دیگر جهت‌مندی، گوش بزنگی بیش از حد و بازداری بیشتر از افراد سالم مشاهده شد.

طرحواره‌های معیارهای سرسختانه، محرومیت هیجانی و حوزه‌های خودگردانی و عملکرد مختل و گوش بزنگی بیش از حد و بازداری در مبتلایان به پسوریازیس بیشتر از مبتلایان به دیابت مشاهده شد.

فرضیه دوم: شیوه فرزند پروری پدران بیماران مبتلا به پسوریازیس و دیابت نوع I متفاوت از گروه سالم است.

آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری (پدر)	حوزه بریدگی / اطر (پدر)		نقص / شرم (پدر)	
دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس
۱۴/۸۴	۱۳/۲۶	۳۴/۱۶	۱۱/۷۶	۷/۷۳
۳/۹۲	۴/۷۶	۱۳/۹۲	۶/۵۸	۵/۵۶
درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی
۱۹۰۰/۷۲	۷۶/۳۷	۱۹۷۸۱/۶۹	۲۵۸۹/۶۲	۳۹۱/۵۹
۸۲	۲	۸۴	۸۲	۲
۲۳/۱۸	۳۸/۱۹	۲۳۸/۹۷	۳۱/۵۸	۱۹۵/۷۹
	۱/۶۴۸			۶/۲۰۰*
	۰/۱۹۹			۰/۶۸۰
دیبیت نوع I	کنترل	دیبیت نوع I	کنترل	دیبیت نوع I
۵/۹۲	۳۴/۱۶	۳۷/۱۶	۶/۶۰	۴/۸۴
۳/۲۰	۱۳/۹۲	۱۵/۱۷	۴/۷۳	۳/۸۴
کل	بین گروهی	کل	درون گروهی	کل
۸۳۸/۶۷	۱۹۷۸۱/۶۹	۱۹۵۹۶/۱۹	۲۹۸۱/۲۴	۸۵۴/۱۸
۸۲	۲	۸۴	۸۴	۸۴
۱۰/۲۲	۳۸/۱۹	۲۳۸/۹۷	۳۱/۵۸	۱۹۵/۷۹
	۱/۶۴۸			۶/۲۰۰*
	۰/۱۹۹			۰/۶۸۰

۰/۴۶۰	۰/۷۲۵	۰/۱۵۷	۰/۰۰۱																	
۰/۷۸۳	۰/۳۲۲	۱/۸۹۶	۸/۱۳۸*																	
۴۰/۳۸	۵/۱۴	۳۵/۴۶	۱۰۶۵/۹۶																	
۲	۲	۲	۲																	
۸۰/۷۶	۱۰/۲۸	۷۰/۹۲	۲۱۳۱/۹۳																	
بین گروهی	بین گروهی	بین گروهی	بین گروهی	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل	کل
۷/۵۱	۳/۵۴	۴/۹۹	۱۲/۸۸																	
۱۸/۱۰	۸/۷۰	۹/۴۰	۳۷/۴۰																	
پسوریاژیس	پسوریاژیس	پسوریاژیس	پسوریاژیس	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل
زده محدودیت ی مختل (پدر)	خویشن داری /خود انقباضی ناکافی (پدر)	استحقاق - بزرگ‌منشی (پدر)	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (پدر)																	

							۰/۰۹۹					
							۲/۳۸۳					
۳۶/۸۴	۸۲	۲	۱۳۵/۲۱	۲۸/۶۰	۶۳/۰۸	۰/۱۱۷		۶۸/۷۲	۱۶۳/۸۰	۵۱/۵۴		
	۸۲	۲	۳/۶۶۹*						۲	۸۲		
۳۰/۲۱/۵۲	۸۲	۲	۲۷۰/۴۲	۲۳۴۵/۷۹	۱۱۶/۱۶			۵۶۳/۱	۳۲۷/۶۰	۴۳۰۷/۶	۴۲۲۶/۸۴	
درون گروهی	درون گروهی	درون گروهی	درون گروهی	درون گروهی	درون گروهی	درون گروهی	بین گروهی	کل	بین گروهی	کل	درون گروهی	
۵/۴۰	۵/۴۰	۴/۶۰	۴/۶۰	۸/۵۲	۶/۵۹	۸/۵۲	۹/۸۴	۵/۴۶	۶/۲۲	۶/۲۲	۷/۸۱	
۱۵/۲۴	۱۰/۰۴	۱۰/۰۴	۸/۵۶	۱۵/۹۳	۱۱/۴۶	۱۵/۹۳	۱۹/۴۶	۲۰/۵۲	۱۵/۹۰	۱۵/۹۰	۱۷/۶۸	
دیابت نوع I	دیابت نوع I	دیابت نوع I	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	
بازداری هیجانی (پدر)			منفی گرایی			معیارهای سرسختانه -عیب جوی افراطی (پدر)						

۰/۰۲۵	۰/۳۲۷	۰/۳۳۴				۰/۱۳۳			
۳/۸۶۳*	۱/۱۳۲	۳/۵۱۶*				۲/۰۶۵			
۶۸/۴۶	۴۹/۳۲	۱۴۸۰/۰۵	۴۲۰/۹۵			۶۸/۷۷	۳۳/۳۱		
۲	۲	۲	۸۲	۸۴	۸۴	۲	۸۲	۸۴	۸۴
۱۳۶/۹۲	۹۸/۶۴	۲۹۶۰/۱۱	۳۴۵۱۸/۳۰	۲۸۶۸/۹۸	۲۷۳۱/۴۴	۱۳۷/۵۴	۲۷۳۱/۴۴	۳۲۹۱/۹۵	۳۲۹۱/۹۵
بین گروهی	بین گروهی	بین گروهی	درون گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	درون گروهی	کل	کل
۲/۳۹	۶/۲۹	۲۵/۴۵۸۱۲	۱۱/۴۵۳۲۴	۵/۵۱	۴/۸۶	۶/۶۴	۴/۸۶	۶/۴۵	۶/۴۵
۸/۶۶	۱۰/۴۶	۵۷/۵۶	۵۴/۵۲	۷/۶۰	۸/۷۲	۱۰/۶۰	۸/۷۲	۱۲/۰۰	۱۲/۰۰
پسوریاژیس	پسوریاژیس	پسوریاژیس	دیابت نوع I	کنترل	دیابت نوع I	پسوریاژیس	کنترل	کنترل	کنترل
اشاره (پدر)	اطاعت (پدر)	حوزه گوش بزنگی بیش از حد و بازداردی (پدر)			تنبیه (پدر)				

									دیابت نوع I
									کنترل
		۰/۰۰۴							پسوریزیس
		۶/۰۴۸*							دیابت نوع I
		۲۱۸/۲۱	۳۶/۰۸۱						کنترل
		۲	۸۲						پسوریزیس
		۴۳۶/۴۳	۲۹۵۸/۶۷						دیابت نوع I
		۱۵۹۰/۰۴	۳۳۹۵/۱۰						کنترل
		۱۴۵۳/۱۲	۳۳۹۵/۱۰						پسوریزیس
		۸۲	۸۴						دیابت نوع I
		۱۷/۷۲	۱۳۴۹/۶۱						کنترل
			۱۳۴۹/۶۱						پسوریزیس
			۱۲۹/۰۱۸						دیابت نوع I
			۱۰۵۷۹/۴۹						کنترل
			۱۱۹۲۹/۱۰						پسوریزیس
			۱۰۵۷۹/۴۹						دیابت نوع I
			۱۱۹۲۹/۱۰						کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل
									پسوریزیس
									دیابت نوع I
									کنترل

طرحواره‌های ایثار و پذیرش جویی/جلب توجه، بازداری هیجانی، وابستگی- بی کفایتی، شکست، خود تحول نیافته- گرفتار و نقص/شرم تفاوت معنادار دارد ($p < 0/05$).

جدول ۵. نتایج آزمون شفه مربوط ۳۴ به مقایسه میانگین‌های پدران سه گروه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه

تفاوت میانگین	ناسازگار اولیه		طرحواره	
	معداری	سطح	مورد مطالعه	گروه‌های
تفاوت میانگین	۱/۳۸۶۶۷	۳/۹۶۶۶۷*	۳/۷۷۳۳۳	۳/۷۷۳۳۳
معداری	۰/۶۹۶	۰/۶۹۶	۰/۴۷۴	۰/۴۷۴
گروه‌های	دییابت	دییابت	دییابت	دییابت
مورد مطالعه	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل
ناسازگار اولیه	پدیرش جویی/جلب توجه پدر			
تفاوت میانگین	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۴/۰۲۶۶۷*
معداری	۰/۸۰۰۰۰	۰/۸۰۰۰۰	۱/۱۳۳۳۳	۱/۱۳۳۳۳
گروه‌های	دییابت	دییابت	دییابت	دییابت
مورد مطالعه	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل
ناسازگار اولیه	حوزه دیگر جهت مندی (پدر)			
تفاوت میانگین	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۴/۰۲۶۶۷*
معداری	۰/۸۰۰۰۰	۰/۸۰۰۰۰	۱/۱۳۳۳۳	۱/۱۳۳۳۳
گروه‌های	دییابت	دییابت	دییابت	دییابت
مورد مطالعه	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل
ناسازگار اولیه	شرم/نقص			
تفاوت میانگین	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۴/۰۲۶۶۷*
معداری	۰/۸۰۰۰۰	۰/۸۰۰۰۰	۱/۱۳۳۳۳	۱/۱۳۳۳۳
گروه‌های	دییابت	دییابت	دییابت	دییابت
مورد مطالعه	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل

نتایج بدست آمده در آزمون تعقیبی شفه نشان داد، طرحواره پذیرش جویی/جلب توجه در پدران گروه مبتلایان به پسونریازیس بیشتر از گروه افراد سالم است و طرحواره‌های پدران

-۴/۰۳۳۳۳*	-۰/۷۹۳۳۳	۰/۷۹۳۳۳	-۱۳/۴۶۶۶۷*	-۳/۰۴۶۶۷	۳/۰۴۶۶۷	-۴/۲۰۰۰۰	۸/۱۸۶۶۷*	-۸/۱۸۶۶۷*
-۳/۲۴۰۰۰	۳/۲۴۰۰۰	۴/۰۳۳۳۳*	-۱۰/۴۲۰۰۰	۱۰/۴۲۰۰۰	۱۳/۴۶۶۶۷*	-۱۲/۳۸۶۶۷*	۱۲/۳۸۶۶۷*	۴/۲۰۰۰۰
۰/۰۴۱۰	۰/۸۹۰۰	۰/۸۹۰۰	۰/۰۴۵	۰/۸۶۱	۰/۸۶۱	۰/۳۶۹	۰/۰۳۵	۰/۰۳۵
۰/۱۵۰۰	۰/۱۵۰۰	۰/۰۴۱۰	۰/۱۷۹	۰/۱۷۹	۰/۰۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۹
پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت کنترل	پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت
دیابت	کنترل	کنترل	دیابت	کنترل	کنترل	دیابت	کنترل	کنترل
کنترل	دیابت	پسوریازیس	کنترل	دیابت	پسوریازیس	کنترل	دیابت	پسوریازیس
بازداری هیجانی پدر			بازداری (پدر)			حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (پدر)		
۰/۸۶۶۶۷	۴/۹۶۰۰۰*	-۴/۹۶۰۰۰*	۰/۴۳۳۳۳	۲/۹۳۳۳۳*	-۲/۹۷۳۳۳*	-۲/۹۶۶۶۷	۰/۷۸۶۶۷	-۰/۷۸۶۶۷
-۴/۰۹۳۳۳*	۴/۰۹۳۳۳*	-۰/۸۶۶۶۷	-۲/۵۴۰۰۰	۲/۵۴۰۰۰	-۴/۳۳۳۳۳	-۳/۷۵۳۳۳*	۳/۷۵۳۳۳*	۲/۹۶۶۶۷
۰/۷۹۹	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۹۲۴	۰/۰۳۸	۰/۰۳۸	۰/۰۶۰	۰/۸۳۱	۰/۸۳۱
۰/۰۱۳	۰/۰۱۳	۰/۷۹۹	۰/۰۹۰	۰/۰۹۰	۰/۹۲۴	۰/۰۱۸	۰/۰۱۸	۰/۰۶۰
پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت
دیابت	کنترل	کنترل	دیابت	کنترل	کنترل	دیابت	کنترل	کنترل
کنترل	دیابت	پسوریازیس	کنترل	دیابت	پسوریازیس	کنترل	دیابت	پسوریازیس
خودتحول نیافته/گرفتار پدر			ایثار پدر			شکست پدر		

۰/۸۵۶				۰/۴۵۵		۰/۱۱۸				
۰/۱۵۶				۰/۷۹۴		۲/۱۹۴				
۲/۱۹	۱۴/۰۱		۱۳/۱۹	۱۰/۴۸	۱۳/۱۹	۶۱/۳۴	۲۷/۹۶			
۲	۸۲	۸۴	۸۲	۲	۸۲	۲	۸۲	۸۴	۸۴	
۴/۳۸	۱۱۴۹/۵۷	۱۱۵۳/۹۵	۱۰۸۲/۳۲	۲۰/۹۶	۱۱۰۳/۲۹	۱۲۲/۶۸	۲۲۹۲/۸۹	۲۴۱۵/۵۷	کل	کل
بین گروهی	درون گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی
۴/۱۴	۳/۵۳	۳/۴۸	۳/۱۷	۲/۰۹	۴/۹۵	۵/۰۹	۶/۵۱	۴/۲۳	۴/۲۳	۴/۱۴
۶/۶۶	۶/۳۲	۶/۱۳	۵/۶۴	۵/۲۳	۶/۴۰	۷/۷۶	۹/۵۶	۶/۵۶	۶/۵۶	۶/۶۶
پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	کنترل	پسوریازیس
رهاشدگی - بی ثباتی (مادر)			بی اعتمادی - بد رفتاری (مادر)			نقص / شرم (مادر)				

										۰/۸۵۹	
										۰/۱۵۲	
										۳۱/۳۲	
۸۴	۸۲	۲	۸۴	۲	۸۲	۸۴	۲	۸۲	۸۲	۲	
۱۶۰۷/۶۹	۱۵۳/۰۲	۵۴/۶۶	۲۳۱۴/۷۵	۲۰۸۶/۱۶	۲۲۸/۵۸	۱۶۹۵۵/۲۴	۱۶۸۹۲/۵۹	۶۲/۶۵	بین گروهی	۶۲/۶۵	
کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	درون گروهی	بین گروهی	
۳/۷۷	۴/۴۷	۴/۷۶	۶/۱۹	۳/۷۸	۴/۶۵	۱۳/۵۴	۱۴/۹۲	۱۴/۷۸	۱۴/۷۸	۱۴/۷۸	
۶/۱۰	۸/۰۴	۶/۵۶	۱۲/۵۶	۱۶/۲۰	۱۵/۸۰	۳۰/۶۶	۳۲/۰۴	۳۲/۸۶	۳۲/۸۶	۳۲/۸۶	
کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	دیابت نوع I	پسوریازیس	
وابستگی - بی کفایتی (مادر)			آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری (مادر)			حوزه اطرد (مادر)					

		۰/۰۰۰۶					۰/۳۳۴									۰/۱۶۵
		۵/۴۱۰*					۱/۴۷۹									۱/۸۴۱
		۶۵۷/۰۰					۲۴/۲۶	۱۶/۴۰								۴۰/۳۲
۸۴	۸۲	۲	۸۴	۸۲	۲	۲	۲	۸۲	۸۴	۸۲	۸۲	۸۲	۸۲	۸۲	۲	۲
۱۱۲۷۲/۸۲	۹۹۵۸/۸۰	۱۳۱۴/۰۱	۱۳۹۳/۶۴	۱۳۴۵/۱۲	۴۸/۵۲	۱۸۷۱/۹۵	۱۷۹۱/۵۰	۱۸۷۱/۹۵	۱۸۷۱/۹۵	۱۷۹۱/۵۰	۱۸۷۱/۹۵	۱۸۷۱/۹۵	۱۷۹۱/۵۰	۱۸۷۱/۹۵	۸۰/۴۵	۸۰/۴۵
کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	تین گروهی	تین گروهی
۱۰/۲۵	۱۲/۰۴	۱۰/۷۳	۴/۰۰	۴/۱۰	۴/۰۵	۲/۹۱	۶/۲۹	۴/۰۵	۲/۹۱	۶/۲۹	۴/۰۵	۲/۹۱	۶/۲۹	۴/۰۵	۴/۵۳	۴/۵۳
۳۴/۳۰	۴۳/۶۸	۳۹/۷۶	۹/۶۳	۱۱/۴۴	۱۰/۰۰	۵/۷۰	۸/۰۰	۱۰/۰۰	۵/۷۰	۸/۰۰	۱۰/۰۰	۵/۷۰	۸/۰۰	۷/۴۰	۷/۴۰	۷/۴۰
کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	پسوریازیس	پسوریازیس
حوزه خود گردانی و عملکرد مختل (مادر)			خود تحول نیافته - گرفتار (مادر)			شکست (مادر)										

در سبک‌های فرزندپروری مادران، تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که میانگین گروه‌ها در حوزه دیگرجهت‌مندی، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش‌بزرنگی بیش از حد و بازداری و در طحوااره‌های پذیرش جویی/جلب توجه، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، طحوااره‌های معیارهای سرسختانه - عیب جویی افراطی، بازداری هیجانی تفاوت معنادار دارند ($p < 0/05$).

جدول ۷. نتایج آزمون شفه مربوط به مقایسه میانگین‌های مادران سه گروه در طحوااره‌های ناسازگار

اولیه

تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	گروه‌های مورد مطالعه	طحوااره ناسازگار اولیه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	گروه‌های مورد مطالعه	طحوااره ناسازگار اولیه
-۰/۴۰۰۰ ۳/۶۳۳۳۳	۰/۴۰۰۰ ۳/۶۳۳۳۳*	دیابت کنترل	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری مادر	۲/۵۲۰۰۰ ۶/۵۰۰۰۰*	۰/۶۶۵ ۰/۰۵۵	دیابت کنترل پسوریازیس	حوزه دیگرجهت‌مندی (مادر)
۰/۴۴۳ ۰/۲۳۳	۰/۹۵۸ ۰/۰۳۴	دیابت کنترل	معیارهای سرسختانه	۰/۶۶۵ ۰/۰۰۷	۰/۶۶۵ ۰/۰۰۷	پسوریازیس کنترل	حوزه گوش‌بزرنگی بیش از حد و ناسازگاری (مادر)
۲/۶۱۳۳۳ ۵/۷۱۳۳۳*	۲/۱۰۰۰۰ ۳/۱۰۰۰۰	پسوریازیس کنترل	عیب جویی افراطی مادر	-۲/۱۲۶۶۷ ۱۰/۱۰۰۰۰	۰/۹۱۰ ۰/۱۰۱	دیابت کنترل پسوریازیس	
		دیابت				پسوریازیس کنترل	

۴/۸۳۳۳۳*	-۰/۵۰۶۵۷	۰/۵۰۶۵۷	۱/۴۳۸۸	۱/۳۸۶۷	-۱/۳۸۶۷	-۳/۱۰۰۰۰	
	۴/۳۲۶۶۷*	۴/۳۳۳۳۳*	۱/۵۰۹۰	۴/۲۸۶۷*	۲/۹۰۰۰	-۵/۷۱۳۳۳*	
۰/۰۰۷	۰/۹۴۸	۰/۹۴۸	۰/۱۳۸	۰/۶۵۷	۰/۶۵۷	۰/۲۸۵	
۰/۰۲۴	۰/۰۲۴	۰/۰۰۷	۰/۰۲۱	۰/۰۲۱	۰/۱۳۸	۰/۰۲۳	
پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس	
دیابت	کنترل	کنترل	دیابت	کنترل	کنترل	دیابت	
کنترل	دیابت	پسوریازیس	کنترل	دیابت	پسوریازیس	کنترل	
مادر پذیرش جویی/ جلب توجه				بازداری هیجانی مادر			
حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (مادر)							
۵/۷۶۶۶۷							
۹/۶۸۰۰۰*							
۳/۹۱۳۳۳							
۳/۹۱۳۳۳							
۰/۱۳۵							
۰/۰۰۷							
۰/۴۲۷							
۰/۴۲۷							
۰/۱۳۵							
۰/۱۳۵							
۰/۰۴۹							
۰/۱۰۱							
۰/۱۰۱							
۵/۷۶۶۶۷							
۳/۹۱۳۳۳							
۱۰/۱۰۰۰۰							
۱۲/۲۲۶۶۷*							

با توجه به آزمون تعقیبی شفه، طرحواره‌های پذیرش جویی/ جلب توجه، بازداری هیجانی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری در مادران مبتلایان به دیابت بیشتر از گروه افراد سالم مشاهده شده است. مادران مبتلایان به دیابت طرحواره‌هایشان بیشتر از گروه افراد سالم در حوزه گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری و خودگردانی و عملکرد مختل و دیگرجهت‌مندی قرار دارد. و طرحواره پذیرش جویی/ جلب توجه مادران گروه مبتلایان به پسوریازیس بیشتر از گروه افراد سالم مشاهده شده است.

فرضیه چهارم: سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به پسوریازیس و دیابت نوع ۱ متفاوت از گروه سالم است.

جدول ۸. میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین سبک‌های مقابله‌ای گروه‌های مورد مطالعه

سبک مقابله‌ای	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
مقابله مستقیم	پسوریازیس	۹/۱۰	۳/۰۵	۵۸/۶۱	۲	۲۹/۳۰	۲/۸۹۳	۰/۰۶۱
	دیابت نوع ۱	۷/۱۱	۲/۴۸	۸۳۰/۷۶	۸۲	۱۰/۱۳		
	کنترل	۸/۷۰	۳/۷۷	۸۸۹/۳۸	۸۴			
فاصله گرفتن	پسوریازیس	۸/۱۶	۳/۴۴	۱۷/۷۲	۲	۸/۸۶	۰/۸۷۹	۰/۴۱۹
	دیابت نوع ۱	۷/۵۶	۲/۸۴	۸۲۶/۶۲	۸۲	۱۰/۰۸		
	کنترل	۸/۷۰	۳/۱۵	۸۴۴/۳۵	۸۴			

مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در سبک‌های مقابله‌ای، با استفاده از تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که میانگین گروه‌ها در سبک مقابله‌ای خودکنترلی تفاوت معناداری

۰/۰۴۱			۰/۳۵۲			۰/۲۶۵						
۳/۳۱۱*			۱/۰۵۷			۱/۳۵۱						
۳۴/۶۸	۱۰/۴۷		۱۲/۴۳	۱۱/۷۶		۵/۲۷	۳/۹۰					
۲	۸۲	۸۴	۲	۸۲	۸۴	۲	۸۲	۸۴	۸۲	۸۴	۸۴	
۶۹/۳۶	۸۵۸/۹۴	۹۲۸/۳۰	۲۴/۸۷	۹۶۴/۹۰	۹۸۹/۷۷	۱۰/۵۵	۳۲۰/۲۷	۳۳۰/۸۲				
بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	
۳/۰۲۲	۲/۲۲	۴/۰۴	۳/۳۹	۳/۵۴	۳/۳۶	۲/۰۶	۱/۶۳	۲/۱۳				
۱۱/۶۳	۱۰/۸۱	۹/۵۰	۱۱/۲۰	۹/۸۵	۱۰/۷۰	۷/۲۳	۷/۵۲	۶/۶۶				
پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل				
خودکنترلی			طلب حمایت اجتماعی			پذیرش مسئولیت						

۰/۴۳۷					۰/۱۴۵			
۰/۴۵۴					۱/۹۸۰			
۴۷/۰۹	۱۰۳/۷۲			۱۰۸/۷۵	۲۱۵/۳۶			
۲	۸۲	۸۴	۲	۸۲	۲	۸۴	۲	۸۴
۹۴/۱۹	۸۵۰۵/۱۴	۸۵۹۹/۳۴	۴۳۰/۷۲	۸۹۱۷/۵۷	۹۳۴۸/۲۹	۹۳۴۸/۲۹	۸۹۱۷/۵۷	۹۳۴۸/۲۹
بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	کل	درون گروهی	بین گروهی
۹/۴۵	۱۰/۳۴	۱۱/۳۶	۹/۴۴	۸/۵۹	۱۲/۱۹	۱۲/۱۹	۸/۵۹	۹/۴۴
۴۰/۵۶	۳۸/۰۰	۳۷/۴۲	۴۰/۲۰	۳۴/۶۰	۳۶/۷۵	۳۶/۷۵	۳۴/۶۰	۴۰/۲۰
پسوریزیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوریزیس	دیابت نوع I	کنترل	کنترل	دیابت نوع I	پسوریزیس
مسئله مدار				هیجان مدار				

دارد ($p < 0/05$). اما در هیچ یک از سبک‌های مقابله‌ای به صورت کلی تفاوت معناداری در هیچ یک از گروه‌ها بدست نیامد.

جدول ۹. نتایج آزمون شفه مربوط به مقایسه میانگین‌های سه گروه در سبک‌های مقابله‌ای

سبک مقابله‌ای	گروه‌های مورد مطالعه		سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
	پسوریازیس	دیابت کنترل		
سبک مقابله‌ای خودکنترلی	پسوریازیس	دیابت کنترل	۰/۶۴۹ ۰/۰۴۳	۰/۸۱۷۳۳ ۲/۱۳۳۳۳*
	دیابت	پسوریازیس کنترل	۰/۶۴۹ ۰/۳۲۹	-۰/۸۱۷۳۳ ۱/۳۱۶۰۰
	کنترل	پسوریازیس دیابت	۰/۰۴۳ ۰/۳۲۹	-۲/۱۳۳۳۳* -۱/۳۱۶۰۰

با توجه به نتایج بدست آمده در آزمون تعقیبی شفه سبک مقابله‌ای خودکنترلی در مبتلایان به پسوریازیس بیشتر از افراد سالم مورد استفاده قرار می‌گیرد. ولی در سبک‌های مقابله‌ای گروه مبتلایان به دیابت تفاوت معناداری در هیچ یک از سبک‌های مقابله‌ای مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر مقایسه سبک‌های مقابله با استرس و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های والدینی در مبتلایان به پسوریازیس و دیابت نوع ۱ و افراد سالم بود. براساس یافته‌های پژوهش سبک مقابله‌ای خودکنترلی در مبتلایان به پسوریازیس بیشتر از گروه کنترل مورد استفاده قرار می‌گیرد. ولی براساس F بدست آمده در گروه مبتلایان به دیابت هیچ معناداری در سبک‌های مقابله‌ای مشاهده نشد. که این یافته هم‌سو با نتایج پژوهشی است که توسط تونکای و همکاران (۲۰۰۸) انجام شد، که بر اساس نتایج پژوهش آن‌ها بیماران دیابتی از شیوه‌های مسأله‌مدار و هیجان‌مدار به یک اندازه استفاده می‌نمایند و این نتایج

ناهم‌سو با نتایج پژوهش حاتملوی سعدآبادی و باباپور خیرالدین (۱۳۹۱) است، که نتایج آن‌ها بر روی بیماران دیابتی نشان داد که این بیماران از سبک هیجان مدار بیشتر استفاده می‌کنند. و همین‌طور ناهم‌سو با نتایج پژوهش کواله‌وو همکاران (۲۰۰۳) است، که در مطالعه‌ای که بر روی بیماران دیابتی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که این بیماران بیشتر تمایل دارند بیماری خود را به عنوان یک تهدید قلمداد کنند و نه یک چالش. بنابراین آنان بیشتر روش مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی را به کار می‌گیرند. و همین‌طور ناهم‌سو با پژوهش چوهان^۱ و شالینی^۲ (۲۰۰۶) است که در مطالعه‌ای که روی نمونه‌ای از آزمودنی‌های هندی دریافتند که بیماران دیابتی در مقایسه با افراد سالم در مواجهه با استرس، کمتر شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه (مسأله مدار) به کار می‌گیرند.

براساس یافته‌های بدست آمده، طرحواره محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، آسیب پذیری به ضرر و بیماری، شکست، اطاعت، ایثار، بازداري هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی در مبتلایان به پسونیازیس بیشتر از افراد سالم است. در مبتلایان به دیابت نوع I آسیب پذیری به ضرر و بیماری، ایثار و بازداري هیجانی بیشتر از افراد سالم مشاهده شد. و طرحواره‌های محرومیت هیجانی و معیارهای سرسختانه در مبتلایان به پسونیازیس بیشتر از مبتلایان به دیابت مشاهده شد. مبتلایان به پسونیازیس در تمامی حوزه‌های طرحواره‌ای و افراد مبتلا به دیابت در حوزه دیگرجهت مندی، گوش بزنگی بیش از حد و بازداري و محدودیت‌های مختل بیشتر از افراد سالم هستند. افراد مبتلا به پسونیازیس در حوزه طرحواره‌ای خودگردانی و عملکرد مختل و گوش بزنگی بیش از حد و بازداري بیشتر از مبتلایان به دیابت است. این یافته‌ها با پژوهشی که توسط میزارا و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد هم‌سو است، در این پژوهش به بررسی باورهای مرکزی و روانشناختی در بیماران مبتلا به پسونیازیس و آگزم (نقش طرحواره در بیماری‌های پوستی مزمن) پرداخته شد. سطوح بالای عوارض روانی و پریشانی روانی مشاهده شده در این جمعیت، نشان دهنده حضور طرحواره‌های ناسازگارانه بود. نتایج

1 Chouhan

2 Shalini

این بررسی نشان داد بیماران مبتلا به پسوریازیس در ۷ طرحواره: محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، شکست، آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری، اطاعت، نقص/شرم و بازداری هیجانی با گروه کنترل متفاوت بودند.

به طور کلی، تفاوت گروه بالینی با گروه غیر بالینی در راستای نظریه یانگ و هماهنگی با یافته‌های سایر پژوهش‌هاست. در پژوهشی ساریاها^۱ (۲۰۱۰) طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران زن و مرد فنلاندی بالغ مبتلا به درد مزمن را بررسی کرد. مطالعه بر روی ۲۷۱ بیمار مبتلا به درد مزمن صورت گرفت. تجزیه و تحلیل رگرسیون نشان داد طرحواره از خود گذشتگی در زنان و طرحواره محرومیت هیجانی در کل نمونه پیش‌بینی کننده ناتوانی درد و نیز شدت درد می‌باشد. مقدار قابل توجهی از بررسی وضعیت فعلی درد مزمن تبیین کننده طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد. و در پژوهش دیگری به منظور یافتن تفاوت‌ها بین بیماران مبتلا به آسم و افراد طبیعی در طرحواره‌های شناختی از ۵۰ بیمار مبتلا به آسم و ۵۰ فرد سالم انجام شد تفاوت قابل توجهی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه قطع ارتباط و طرد، محدودیت‌های مختل، حوزه دیگر جهت‌مندی و حوزه گوش بزندگی/بازداری در بیماران مبتلا به آسم نمره بالاتری نسبت به افراد طبیعی بدست آمد (محمدی، محب و شریفی، ۲۰۱۰). در پژوهش فرل^۲، گومز^۳ و پنا^۴ (۲۰۰۹) به بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به سرطان در کلمبیا پرداخته شد، نتایج نشان دهنده میزان شیوع بالای طرحواره اینار در مبتلایان به سرطان بود.

طرحواره‌های سبک‌های فرزندپروری یانگ، محیط مستعد دوران کودکی فرد را در ارتباط با یک طرحواره خاص نشان می‌دهد. این محیط در شکل‌گیری طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای نقش دارد. براساس یافته‌های پژوهش، در گروه مبتلایان به دیابت نوع ۱ در سبک فرزندپروری پدر در طرحواره‌های نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، شکست، خودتحويل نیافته/گرفتار و پذیرش جویی/جلب توجه بیشتر از گروه افراد سالم مشاهده شده

1 Saariaho
2 Ferrel
3 Gomez
4 Pena

است. در سبک فرزندپروری مادران مبتلایان به دیابت در طرحواره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، بازداری هیجانی و پذیرش جویی/جلب توجه بیشتر از گروه افراد سالم مشاهده شده است. در سبک فرزندپروری پدر و مادر گروه مبتلایان به پسونیازیس در طرحواره پذیرش جویی/جلب توجه بیشتر از گروه افراد سالم مشاهده شده است پدران گروه مبتلایان به دیابت طرحواره‌هایشان بیشتر از گروه افراد سالم در حوزه دیگرجهت‌مندی و خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارد. و پدران مبتلایان به دیابت بیشتر از گروه مبتلایان به پسونیازیس طرحواره‌هایشان در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارد. پدران گروه مبتلایان به پسونیازیس طرحواره‌هایشان بیشتر از گروه افراد سالم در حوزه گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری قرار دارد. مادران مبتلایان به دیابت طرحواره‌هایشان بیشتر از گروه افراد سالم در حوزه گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری و خودگردانی و عملکرد مختل و دیگرجهت‌مندی قرار دارد. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌هایی هم‌سو است که از ارتباط بین سبک‌های والدینی معیوب و بالا رفتن قند خود در مبتلایان به دیابت حمایت می‌کند. در پژوهشی به بررسی استرس در میان پدران کودکان خردسال مبتلا به دیابت نوع I پرداخته است (هیلیارد، مدنیک^۱، هندرسون^۲ و کوگن، ۲۰۰۹). نتایج نشان می‌دهد که استرس پدر رابطه مثبتی با سطح اضطراب و گزارش مادران در رابطه با رفتار دشوار کودک دارد. پژوهش دیگری به نقش شیوه‌های فرزندپروری در دستیابی به کنترل متابولیک در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع I پرداخته است (شورر و همکاران، ۲۰۱۱). یافته‌ها نشان داد شیوه‌های فرزندپروری پدری پیش‌بینی‌کننده معتبری برای کنترل قند خون بهتر و پایبندی در کودک بود، شیوه‌های فرزندپروری مادران پیش‌بینی‌کننده پایبندی ضعیف بود.

شبهت دو گروه در طرحواره‌هایشان (آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، ایثار و بازداری هیجانی) به طور کلی، شبهت ساختارهای عمیق شناختی مبتلایان به این دو اختلال را نشان می‌دهد.

1 Mednick

2 Henderson

افراد دارای طرحواره بازداری هیجانی، رفتارها، احساسات و روابط بین فردی خودانگیزه‌شان را محدود می‌کنند. یافته‌ها نشان دهنده سطح بالای آلکسی تایمی (دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، کمبود زندگی فانتزی و تفکر خارجی گرا) در میان بیماران مبتلا به پسوریازیس است (فورچون، ریچاردس، گریفیتس، مین^۱، ۲۰۰۲). به نقل از میزارا و همکاران، (۲۰۱۲). فورچون و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که آلکسی تایمی با جنبه‌های جسمانی اضطراب در بیماران مبتلا به پسوریازیس همپوشانی دارد. تاکید بر اجتناب، بیش‌کنترلی و انعطاف‌ناپذیری در بیماران مبتلا به پسوریازیس (سمر^۲، ۲۰۰۶)، به نقل از میزارا و همکاران، (۲۰۱۲) ممکن است با ناتوانی یا آسیب‌پذیری به تجربه و ابراز احساسات غیر قابل تحمل مرتبط باشد.

هسته نظریه یانگ و همکاران این است که طرحواره‌ها بدلیل نیازهای عاطفی و رشدی برآورده نشده در اوایل زندگی به وجود می‌آیند که این طرحواره‌ها باعث بروز پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار می‌شوند. ممکن است بدلیل وجود طرحواره‌ها و شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد منجر به فعال شدن بیماری در آن‌ها شده باشد. انگ مرتبط با ضایعات پوستی قابل مشاهده و غیر قابل پیش‌بینی از عود بیماری، می‌تواند فشار روانی قوی ایجاد می‌کند.

این مطالعه شواهد مقدماتی برای ارتباط سبک‌های مقابله‌ای، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های والدینی آن‌ها در علائم روانی بیماران مبتلا به پسوریازیس و دیابت نوع I را فراهم می‌کند. سه طرحواره ناسازگار، آسیب‌پذیری به آسیب، نقص / شرم و انزوای اجتماعی به نظر می‌رسد محوریت اصلی علائم اضطراب و افسردگی و هدف بالقوه درمان می‌باشد. پرداختن به طرحواره‌های ناسازگار، ممکن است بیماران را قادر به پیدا کردن راه‌هایی برای مقابله بهتر و ارتباط با دیگران، آن‌ها را کمتر مستعد ابتلا به ناراحتی‌های روانشناختی کند. پژوهش‌ها و مداخلات بیشتری برای تأیید نقش طرحواره‌ها و ریشه‌های والدینی آن‌ها در این بیماری‌ها مورد نیاز است.

1 Main

2 Semmer

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم توانایی پژوهشگر در کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند قومیت، اشاره کرد و نیز فضای نامناسب انجمن‌ها و موسسات که گاهی منجر به حواس پرتی و کلافگی بیماران می‌شد. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده با انتخاب بیماران از مراکز متفاوت و کنترل نقش مداخلات قبلی بر شرایط روانشناختی آزمودنی‌ها، شیوه‌های مقابله‌ای و فرزندپروری بیماران، با در نظر گرفتن برخی متغیرهای دموگرافیک و طبی مورد بررسی عمیق‌تر قرار گیرد و نیز در پژوهش‌های آینده از نمونه بیشتری استفاده شود که تعمیم‌دهی یافته‌ها افزایش یابد. با در نظر گرفتن یافته‌ها، تدارک برنامه‌های آموزشی ویژه برای این بیماران و خانواده‌های آن‌ها و همین‌طور خانواده‌هایی که مستعد ابتلا به این بیماری‌ها هستند، به منظور ارائه اطلاعات دقیق و صحیح از این بیماری و مداخله موثر در شیوه‌های مقابله‌ای و فرزندپروری آن‌ان صورت گیرد.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد. (۱۳۸۴). آزمون‌های روان‌شناختی. اردبیل: انتشارات باغ رضوان
- آهی، قاسم. (۱۳۸۵). هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- پشین، پریسا. (۱۳۸۸). مقایسه نوجوانان بزهکار و غیر بزهکار از نظر شیوه‌های فرزندپروری خانواده. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه الزهرا.
- تذکری، زهرا. زارعی، مریم. و میرزاجیمی، مهرداد. (۱۳۸۱). تأثیر آموزش تغذیه بر میزان قند خون و درشت مغذی‌های دریافتی بیماران دیابتی وابسته به انسولین. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۲(۶): ۲۱-۱۷.
- حاتملوی سعدآبادی، منیژه و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی و روشهای مقابله‌ای در افراد دیابتی و غیردیابتی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*. دوره ۲۰، شماره ۵، ۵۹۲-۵۸۱

صلواتی، مژگان. (۱۳۸۶). طر حواه های غالب و اثربخشی طر حواره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. پایان نامه دکترای روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.

غیاثی، مهناز. و بهاریان، سمیه. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر طر حواره های سبک فرزندپروری بر ابرازگری هیجانی در نوجوانان. چهارمین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان.

کلینکه، الک ریس. (۱۹۴۴). مهارت های زندگی. ترجمه شهرام محمدخانی، تهران: نشر اسپند هنر.

یانگ، جفری. (۱۹۵۰). شناخت درمانی اختلالات شخصیت، رویکرد طر حواره محور. ترجمه صاحبی و حمید پور. (۱۳۹۰)، تهران: ارجمند.

- Alemzadeh, Ramin. & Wyatt, T. David. (2004). Diabetes Mellitus in children. In: Richard E. Behrman, Robert M. Kleigman and Hal B Jenson. NELSON textbook of pediatrics 17th ed. Philadelphia, W.B Saunders: 1947
- Baranoff & Tian. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. Australian Journal of Psychology. 59. 2. 78 – 86.
- Brannon, L. Feist, J. (2006). Health Psychology: Stress, Pain and Coping. United States: Cengage Learning
- Chouhan, VL. Shalini, V. (2006). Coping strategies for stress and adjustment among diabetics. J of The Indian Academy of Applied Psychology; 32(2): 106-111
- Coelho, R. Amorim, & I. Prata, J. (2003). Coping styles and quality of life in patients with non – insulin- dependent diabetes mellitus. Psychosomatics: 44(4):312-18.
- Farber, EM. & Nall, ML. (1974). The natural history of psoriasis in 5,600 patients. Dermatologica; 148(1): 1-18
- Ferrell, A. Pena , K. & Gomez, P. (2009). Early maladaptive schemas in patients diagnosed with cancer. psychological desde el caribe issn .0123-417
- Fortune, DG. Main, CJ. O'Sullivan, TM. & Griffiths, CE. (1997). Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. Br J Dermatol: 137(5): 755-60.
- Franken-Ingmar, H. A. Hendriks, V. M. Judith-Haffmans, P. M. & Van der Meer, C. W. (2003). Coping style of substance-abuse patients: Effects of

- anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of Clinical Psychology*, 59,1125-1132.
- Glasgow, K. I. Dornbusch, S. M. Troger, d.L. Steinberg, L. & Ritter P. L (1997). Parentingstyle adolescent's attributions and educational outcomes in nine heterogeneous high schools. *Journal of Child Development*. Vol.68 (3), 507-529.
- Griffiths, CE. & Richards, HL. (2001). Psychiatric influences in psoriasis. *Clin Exp Dermatol*: 26(4):338-42.
- Gudjonss, JE. Elder, JT. (2008). Psoriasis. In: Wolf K, Goldsmith LA, Katz S, (Eds). *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*,7th ed. US: McGraw-Hill: 169-206.
- Harris, A. S, Curtin, L. (2002). Parental perceptions,early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*. 26(3),405-416.
- Langley, RG1. Paller, AS. Hebert, AA. Creamer, K. & Weng, HH. (2011). Patient-reported outcomes in pediatric patients with psoriasis undergoing etanercept treatment: 12-week results from a phase III randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol*; 64:64-70
- Mitchell, S. Hilliard, M. Mednick, L. Henderson, C. Cogen, F. R. & Streisand ,R. (2009). Stress among Fathers of Young Children with Type 1 Diabetes. *Fam Syst Health*.27(4): 314–324
- Mizara, L. Papadopoulos & S. R. McBride. (2012). Core Beliefs and Psychological Distress in Patients With Psoriasis and Atopic Eczema Attending Secondary Care. The Role of Schemas in Chronic Skin Disease. *The British Journal of Dermatology*.166(5):986-993.
- Mohammadi, M. Moheb, M. Sharifi , A. (2010). Comparative study of cognitive schemas of asthmatic patients and normal adults. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5:1746–1750.
- Picardi, A. Abeni, D.(2001). Stressful life events and skin disease: disentangling evidence from myth. *Psychother Psychosom*; 70(3): 118-36.
- Rossini, AA. .Handler, Es. Greiner, DI. & Modes, JP.(1991). Insulin dependent diabetes mellitus hypothesis of autoimmunity. *Autoimmunity*;8:221-35.
- Saariahoa, T. H. J. Anita, S. I. Saariahoa, Irma. A, Karila. b. Matti, I. Joukamaac. (2010). Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. *Scandinavian Journal of Pain*. 1:196–202.
- Shorer, M. Ravit, D. Schoenberg-Taz, M. & Levavi, I. (2011). Role of Parenting Style in Achieving Metabolic Control in Adolescents With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*. 34:1735–1737
- Tuncay, T. Musabak, I. Engin, Gok. D. & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 79 1-9

Young, J. & Klosco, J. S. (1993). *Reinventing your life: How to break free from negative life patterns*. New York: Dutton.