

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 بی‌اعتمادی، استحقاق، وابستگی، گرفتار، و در مبتلایان به دیابت نوع I در حوزه دیگرجهت‌مندی، گوش‌بزننگی، محدودیت‌های مختل، طرحواره‌های آسیب‌پذیری 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 گوش‌بزننگی 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 گوش‌بزننگی و بازداری خودگردانی و عملکرد مختل و دیگرجهت‌مندی و در طرحواره‌های آسیب‌پذیری 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 پسونریزیس در طرحواره پذیرش جویی بیشتر از گروه افراد سالم مشاهده شده است. و درحوزه خودگردانی و عملکرد مختل و طرحواره‌های شرم، ایثار و خودتحوّل نیافته در پدران مبتلایان به دیابت بیشتر از مبتلایان به پسونریزیس مشاهده شده است. سبک مقابله‌ای خودکنترلی در مبتلایان به پسونریزیس بیشتر از گروه کنترل مورد استفاده قرار می‌گیرد.

واژگان کلیدی: طرحواره ناسازگار اولیه، ریشه‌های والدینی، سبک‌های مقابله با استرس، پسونریزیس، دیابت نوع ۱

مقدمه

ایمنی‌شناسی روانشناختی به حوزه‌ای بین رشته‌ای اطلاق می‌شود که تعامل عوامل روانشناختی، عصب‌شناختی و ایمنی‌شناختی 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 روان‌فیزیولوژیایی 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 روان‌تنی 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 قرمزرنج 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 مبنا و 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 پسونیازیس و دیابت نوع ۱ متفاوت از گروه سالم است.
- شیوه فرزندپروری مادران بیماران مبتلا به پسونیازیس و دیابت نوع ۱ متفاوت از گروه سالم است.
- سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به پسونیازیس 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 پسونیازیس 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 پسونیازیس 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.

ویژگی‌های 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 نمونه‌ی مورد مطالعه مربوط به زن (۶۱) و کمترین فراوانی مربوط به مردها (۲۴) می باشد. فراوانی وضعیت تأهل نمونه‌ی مورد مطالعه مربوط به متأهل‌ها (۴۹) و کمترین فراوانی مربوط به مجردها (۳۶) می باشد. بیشترین فراوانی سن نمونه‌ی 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 نمونه‌ی 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-	۵۰-	مت أهل	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	س
گروه کنترل	۲۱	۹	۴	۱۶	۵	۱۴	۱۶	۷	۱۵	۷	
گروه مبتلایان به پسر یازیس	۲۲	۸	۲۴	۵	۰	۱۷	۱۳	۷	۱۷	۵	
گروه مبتلایان به دیابت	۱۸	۷	۳	۱۱	۸	۵	۲۰	۱۱	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	

۰/۲۶۷							۰/۰۰۱						
۱/۳۴۰							۹/۳۱۹*						
۲۹/۳۸							۲۱۶/۹۴						
۲							۲	۸۲	۸۴	۲	۸۲	۸۲	۲
۵۸/۷۶							۴۳۳/۸۸	۱۹۰۸/۸۹	۲۳۴۲/۷۷	۱۰۱/۹۹	۲۱۷۱/۹۶	۲۲۷۳/۹۵	۱۷۶۰/۰۷
بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	۰/۰۰۱
۵/۸۷	۴/۶۳	۳/۱۲	۶/۰۷	۴/۵۷	۳/۴۱	۶/۱۶	۵/۰۸	۳/۹۳	۶/۱۶	۵/۰۸	۳/۹۳	۱۹/۲۴	
۹/۱۶	۸/۸۴	۷/۳۰	۱۲/۲۳	۱۱/۵۶	۷/۲۳	۱۱/۵۰	۹/۳۶	۹/۱۰	۱۱/۵۰	۹/۳۶	۹/۱۰	۴۲/۵۳	
پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوریازیس	
وابستگی - بی کفایتی			آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری			خودتحویل نیافته - گرفتار						حوزه خودگردانی / عمکر دمختل	

۶۶/۸۰	۱۴۹۹/۹۴	۲۶/۱۷	۵۸۱/۴۶	۲۶/۸۶	۲۴۷/۰۰	۱۹۲/۷۵		
۸۲	۲	۸۲	۲	۸۲	۲	۸۲	۸۲	
۵۴۷۸/۱۰	۲۹۹۹/۸۹	۲۱۴۵/۹۰	۱۱۶۲/۹۲	۲۲۰۲/۸۰	۴۹۴/۰۱	۱۹۳۲۶/۰۴	۱۵۸۰۵/۸۹	
درون گروهی	بین گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	
۸/۵۹	۹/۲۳	۵/۰۱	۴/۹۵	۵/۷۲	۶/۰۷	۹/۲۱	۱۰/۴۰	
۳۰/۳۲	۳۶/۹۳	۱۳/۹۰	۲۲/۶۰	۱۳/۳۲	۱۴/۳۳	۳۰/۱۳	۲۸/۰۴	
دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	
حوزه گوش بزرگی بیش از حد/بازدای		معیارهای سرسختانه- عیب جوی افراطی		بازداری هیجانی				

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

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

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 میانگین های سه گروه در طرحواره های ناسازگار اولیه

تفاوت میانگین‌ها	سطح	گروه‌های مورد مطالعه	طرحواره ناسازگار اولیه	تفاوت میانگین‌ها	سطح	گروه‌های مورد مطالعه	طرحواره ناسازگار اولیه
۲/۵۶۶۶۷	۵/۶۳۳۳۳*	دیابت کنترل	انزوای اجتماعی - بیگانگی	۴/۸۰۶۶۷*	۷/۱۶۶۶۷*	دیابت کنترل	محرومیت هیجانی
-۲/۵۶۶۶۷	۳/۰۸۰۶۶۷	پسوریازیس کنترل		-۴/۸۰۶۶۷*	۲/۳۶۰۰۰	پسوریازیس کنترل	
-۵/۶۳۳۳۳*	۰/۰۰۱	پسوریازیس کنترل	آسیب پذیری در برابر ضرر	-۷/۱۶۶۶۷*	۰/۰۰۱	پسوریازیس کنترل	نقص - شرم
۰/۶۷۳۳۳	۵/۰۰۰۰۰*	دیابت کنترل		۲/۴۱۳۳۳	۳/۸۰۰۰۰*	دیابت کنترل	
۰/۸۷۶	۰/۰۰۱	پسوریازیس کنترل		۰/۱۲۲	۰/۰۰۱	پسوریازیس کنترل	

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
بازداری هیجانی								
اطاعت								
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
ایشار								
شکست								
معماری								
سرسنخانه/عقب								
جویی افراطی								

۸۶۶۱۷/۳- ۶/۱۲۰۰۰*	۰/۳۹۳	پسوریازیس کنترل	دیابت	۶/۶۱۳۳۳* ۷/۵۲۰۰۰*	۰/۰۱۴	پسوریازیس کنترل	دیابت
۸۶۶۱۷/۹- ۶/۱۲۰۰۰*	۰/۰۰۱	پسوریازیس دیابت	کنترل	۱۴/۱۳۳۳۳* 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.

جدول ۴. میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین طرحواره های ناسازگار اولیه پدران گروه های مورد مطالعه

سطح معناداری	F	میانگین مجددورات	درجه آزادی	مجموع مجددورات	بین گروهی	انحراف استاندارد	میانگین	گروه ها	طرحواره ناسازگار اولیه
۰/۱۵۴	۱/۹۱۱	۱۲۵/۹۹	۲	۲۵۱/۹۹	درون گروهی	۷/۸۲	۱۷/۳۳	پسوردانیزس	محرومیت هیجانی (پدر)
		۶۵/۹۳	۸۲	۵۴۰۶/۴۲	درون گروهی	۸/۴۲	۱۳/۰۴	دیابت نوع I	
			۸۴	۵۶۵۸/۴۲	کل	۸/۱۴	۱۵/۲	کنترل	
			۲	۱۲/۳۳	بین گروهی	۴/۷۸	۷/۲۳	پسوردانیزس	
۰/۷۰۱	۰/۳۵۶	۶/۱۶	۲	۱۲/۳۳	درون گروهی	۳/۵۲	۶/۴۴	دیابت نوع I	رهاشدگی - بی ثباتی (پدر)
		۱۷/۳۰	۸۲	۱۴۱۸/۸۹	درون گروهی	۳/۵۲	۶/۴۴	دیابت نوع I	
			۸۴	۱۴۳۱/۲۲	کل	۳/۹۷	۶/۴۳	کنترل	
			۲	۱۲/۳۳	بین گروهی	۴/۷۸	۷/۲۳	پسوردانیزس	
۰/۴۷۲	۰/۷۵۸	۷/۷۵	۲	۱۵/۵۱	بین گروهی	۲/۳۸	۵/۰۳	پسوردانیزس	بی اعتمادی - پدرفشاری (پدر)

		۰/۱۹۹				۰/۶۸۰					۰/۰۰۳						
		۱/۶۴۸				۰/۳۸۸					۶/۲۰۰*						
۲۳/۱۸		۳۸/۱۹		۲۳۸/۹۷		۹۲/۷۵		۳۱/۵۸		۱۹۵/۷۹				۱۰/۲۲			
۸۲	۲	۲	۸۲	۸۲	۲	۲	۸۴	۸۲	۸۴	۲	۸۴	۸۲	۸۲	۸۲			
۱۹۰۰/۷۲	۷۶/۳۷	۱۹۷۸۱/۶۹	۱۹۵۹۶/۱۹	۱۸۵/۵۰	۲۹۸۱/۲۴	۲۵۸۹/۶۲	۳۹۱/۵۹	۸۵۴/۱۸	۸۳۸/۶۷								
درون گروهی	بین گروهی	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	کل
۳/۹۲	۴/۷۶	۱۳/۹۲	۱۵/۱۷	۱۷/۰۶	۴/۷۳	۶/۵۸	۵/۵۶	۳/۸۴	۳/۲۰								
۱۴/۸۴	۱۳/۲۶	۳۴/۱۶	۳۷/۱۶	۳۷/۳۳	۶/۶۰	۱۱/۷۶	۷/۷۳	۵/۹۳	۵/۹۲								
دیابت نوع I	پسوریازیس	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	کنترل
آسبید پذیری در برابر ضرر و بیماری (پدر)																	
حوزه بریدگی/طرز (پدر)																	
نقص/شتم (پدر)																	

	۰/۰۳۲																									
	۳/۵۸۷*																									
	۶۶/۲۹	۱۸/۴۸																								
	۲	۸۲																								۸۴
	۱۳۲/۵۹	۱۵۱۵/۷۶																								۱۹۷۷/۱
	بین گروهی	درون گروهی																								کل
	۴/۷۵	۴/۵۳																								۵/۴۸
	۶/۸۰	۹/۰۴																								۱۲/۵۰
	کنترل	دبابت نوع I																								کنترل
	وبستگی - بی کفایتی (پدر)																									
	۰/۰۱۰																									
	۴/۹۱۶*																									
	۱۱۱/۴۷																									
	۲	۸۲																								۸۴
	۲۲۲/۹۵	۱۵۱۵/۷۶																								۱۹۷۷/۱
	بین گروهی	درون گروهی																								کل
	۵/۰۸	۴/۵۳																								۵/۴۸
	۸/۱۳	۹/۰۴																								۱۲/۵۰
	پسوربازیس	دبابت نوع I																								کنترل
	شکست (پدر)																									
	۰/۰۰۱																									
	۷/۴۶۵*																									
	۱۸۶/۴۳																									
	۲	۸۲																								۸۴
	۳۷۲/۸۶	۱۵۱۵/۷۶																								۱۹۷۷/۱
	بین گروهی	درون گروهی																								کل
	۴/۰۳	۴/۵۳																								۵/۴۸
	۹/۲۰	۹/۰۴																								۱۲/۵۰
	پسوربازیس	دبابت نوع I																								کنترل
	خودتحويل نیافته - گرفتار (پدر)																									
	۰/۰۰۱																									
	۷/۴۶۵*																									
	۱۸۶/۴۳																									
	۲	۸۲																								۸۴
	۳۷۲/۸۶	۱۵۱۵/۷۶																								۱۹۷۷/۱
	بین گروهی	درون گروهی																								کل
	۴/۰۳	۴/۵۳																								۵/۴۸
	۹/۲۰	۹/۰۴																								۱۲/۵۰
	پسوربازیس	دبابت نوع I																								کنترل
	خودتحويل نیافته - گرفتار (پدر)																									

۰/۴۶۰	۰/۷۲۵	۰/۱۵۷	۰/۰۰۱						۰/۱۵۷	۰/۰۰۱
۰/۷۸۳	۰/۳۲۲	۱/۸۹۶	۸/۱۳۸*						۱/۸۹۶	۸/۱۳۸*
۴۰/۳۸	۵/۱۴	۱۸/۷۰	۱۰۶۵/۹۶				۱۳۰/۹۸		۳۵/۴۶	۱۰۶۵/۹۶
۲	۲	۸۲	۲				۸۲		۲	۲
۸۰/۷۶	۱۰/۲۸	۱۵۲۳/۵۰	۲۱۳۱/۹۳				۱۰۷۴۰/۳۷		۷۰/۹۲	۲۱۳۱/۹۳
بین گروهی	بین گروهی	درون گروهی	بین گروهی	کل	کل	درون گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	بین گروهی
۷/۵۱	۳/۵۴	۴/۳۹	۱۲/۸۸				۶/۱۵		۴/۹۹	۱۲/۸۸
۱۸/۱۰	۸/۷۰	۹/۸۰	۳۷/۴۰				۳۸/۰۴		۹/۴۰	۳۷/۴۰
پسوریاژیس	پسوریاژیس	دیابت نوع I	پسوریاژیس	کنترل	کنترل	دیابت نوع I	دیابت نوع I	کنترل	پسوریاژیس	پسوریاژیس
زده محدودیت ی مختل (پدر)	خویشن داری /خود انقباضی ناکافی (پدر)	استحقاق - بزرگ‌منشی (پدر)	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (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	۳۲۹۱/۹۵	۳۲۹۱/۹۵	۳۲۹۱/۹۵
بین گروهی	بین گروهی	بین گروهی	درون گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	کل	کل
۲/۳۹	۶/۲۹	۲۵/۴۵۸۱۲	۱۱/۴۵۳۲۴	۵/۵۱	۴/۸۶	۶/۶۴	۶/۴۵	۶/۴۵	۶/۴۵
۸/۶۶	۱۰/۴۶	۵۷/۵۶	۵۴/۵۲	۷/۶۰	۸/۷۲	۱۰/۶۰	۱۲/۰۰	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)				

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
	۲/۲۴۰۰۰	۰/۸۰۰۰۰	۴/۰۲۶۶۷*	۴/۰۲۶۶۷*
معداری	۰/۱۶۴۰/۷۷۲	۰/۱۶۴۰/۳۸	۰/۰۳۵	۰/۰۳۵
	۰/۸۰۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۱/۱۳۳۳۳	۵/۱۶۰۰۰*
گروه‌های مورد مطالعه	دیابت	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس
	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل
ناسازگار اولیه	وابستگی ای بی کفایتی پدر		حوزه دیگر جهت مندی (پدر)	
	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۵/۱۶۰۰۰*
تفاوت میانگین	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۵/۱۶۰۰۰*
	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۵/۱۶۰۰۰*
معداری	۰/۱۶۴۰/۷۷۲	۰/۱۶۴۰/۳۸	۰/۰۳۵	۰/۰۳۵
	۰/۸۰۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۱/۱۳۳۳۳	۵/۱۶۰۰۰*
گروه‌های مورد مطالعه	دیابت	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس
	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل
ناسازگار اولیه	وابستگی ای بی کفایتی پدر		شرم/نقص	
	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۵/۱۶۰۰۰*
تفاوت میانگین	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۵/۱۶۰۰۰*
	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۵/۱۶۰۰۰*
معداری	۰/۱۶۴۰/۷۷۲	۰/۱۶۴۰/۳۸	۰/۰۳۵	۰/۰۳۵
	۰/۸۰۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۱/۱۳۳۳۳	۵/۱۶۰۰۰*
گروه‌های مورد مطالعه	دیابت	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس
	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل
ناسازگار اولیه	وابستگی ای بی کفایتی پدر		شرم/نقص	
	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۵/۱۶۰۰۰*
تفاوت میانگین	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۵/۱۶۰۰۰*
	۲/۲۴۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۴/۰۲۶۶۷*	۵/۱۶۰۰۰*
معداری	۰/۱۶۴۰/۷۷۲	۰/۱۶۴۰/۳۸	۰/۰۳۵	۰/۰۳۵
	۰/۸۰۰۰۰	۳/۰۴۰۰۰*	۱/۱۳۳۳۳	۵/۱۶۰۰۰*
گروه‌های مورد مطالعه	دیابت	پسوریازیس	دیابت	پسوریازیس
	کنترل	کنترل	کنترل	کنترل

نتایج بدست آمده در آزمون تعقیبی شفه نشان داد، طرحواره پذیرش جویی/جلب توجه در پدران گروه مبتلایان به پسوریازیس 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									
حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (پدر)									
۰/۸۶۶۶۷	۴/۹۶۰۰۰*	-۴/۹۶۰۰۰*	۰/۴۳۳۳۳	۲/۹۷۳۳۳*	-۲/۹۷۳۳۳*	-۲/۹۶۶۶۷	۰/۷۸۶۶۷	-۰/۷۸۶۶۷	
-۴/۰۹۳۳۳*	۴/۰۹۳۳۳*	-۰/۸۶۶۶۷	-۲/۵۶۰۰۰	۲/۵۶۰۰۰	-/۴۳۳۳۳	-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									
اثر پدر									
شکست پدر									

گروه مبتلایان به پسوریازیس بیشتر از گروه افراد سالم، در حوزه گوش بزنگی بیش از حد و بازداری قرار دارد. طرحواره‌های ایثار، شرم/نقص و خودتحول نیافته/گرفتار پدران مبتلایان به دیابت بیشتر از مبتلایان به پسوریازیس مشاهده شده است. و پدران مبتلایان به دیابت بیشتر از گروه مبتلایان به پسوریازیس طرحواره‌هایشان در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارد. پدران گروه مبتلایان به دیابت طرحواره‌هایشان بیشتر از گروه افراد سالم در حوزه دیگرجهت‌مندی و حوزه خودگردانی و عملکرد مختل قرار دارد. و سبک فرزندپروری پدر در طرحواره‌های وابستگی/بی‌کفایتی، شکست، نقص و شرم و خودتحول نیافته/گرفتار در گروه مبتلایان به دیابت بیشتر از گروه افراد سالم مشاهده شده است. و طرحواره بازداری هیجانی پدران مبتلایان به پسوریازیس بیشتر از مبتلایان به دیابت مشاهده شد.

فرضیه سوم: شیوه فرزند پروری مادران بیماران مبتلا به پسوریازیس و دیابت نوع ۱

متفاوت از گروه سالم است.

جدول ۶. میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین طرحواره‌های

ناسازگار اولیه مادران گروه‌های مورد مطالعه

طرحواره ناسازگار اولیه	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
محرومیت هیجانی (مادر)	پسوریازیس	۱۳/۲۰	۶/۶۴	۹۹/۵۱	۲	۴۹/۷۵	۰/۸۴۰	۰/۴۳۶
	دیابت نوع I	۱۰/۵۲	۷/۸۵	۴۸۵/۹۰	۸۲	۵۹/۲۵		
	کنترل	۱۲/۲۶	۸/۵۱	۴۹۵۸/۴۲	۸۴			
				کل				

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	۸۲	۸۲	۸۴	۸۴
۴/۳۸	۱۱۴۹/۵۷	۱۱۵۳/۹۵	۱۰۸۲/۳۲	۲۰/۹۶	۱۱۰۳/۲۹	۱۲۲/۶۸	۲۲۹۲/۸۹	۲۴۱۵/۵۷	کل	کل	کل
بین گروهی	درون گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	درون گروهی	درون گروهی	درون گروهی	بین گروهی
۴/۱۴	۳/۵۳	۳/۴۸	۳/۱۷	۲/۰۹	۴/۹۵	۵/۰۹	۶/۵۱	۴/۲۳	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	۶/۵۶	۶/۶۶
پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	کنترل	دیابت نوع I	کنترل	پسوریازیس
رهاشدگی - بی ثباتی (مادر)			بی اعتمادی - بد رفتاری (مادر)			نقص/شرم (مادر)					

وابستگی - بی‌کفایتی (مادر)		آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری (مادر)		حوزه/طرد (مادر)	
کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس
۶/۱۰	۸/۰۴	۶/۵۶	۱۲/۵۶	۱۵/۸۰	۳۲/۸۶
۳/۷۷	۴/۴۷	۴/۷۶	۶/۱۹	۴/۶۵	۱۴/۷۸
کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی
۱۶۰۷/۶۹	۱۵۵۳/۰۲	۵۴/۶۶	۲۳۱۴/۷۵	۲۰۸۶/۱۶	۱۶۸۹۲/۵۹
۸۴	۸۲	۲	۸۴	۸۲	۲
	۱۸/۹۳	۲۷/۳۳		۲۵/۴۴۱	۲۰۶/۰۰
		۱/۴۴۳			۴/۴۹۲*
		۰/۲۴۲			۰/۰۱۴
					۰/۸۵۹

			۰/۰۱۶				۰/۴۴۶													۰/۰۲۲
			۴/۳۱۸*				۰/۸۱۵													۳/۹۷۶*
			۳۱/۰۵				۱۹/۵۳													۲۲۵/۰۱
۸۴	۸۲	۲	۲	۸۴	۸۴	۲	۲	۸۲	۸۴	۸۴	۲	۸۲	۸۲	۸۴	۸۲	۲	۸۲	۸۲	۲	۲
۲۸۱۴/۴۲	۲۵۶/۳۳	۲۶۸/۱۵	۲۶۸/۱۵	۲۰۴/۷۵	۲۰۴/۷۵	۳۹/۰۶۰	۳۹/۰۶۰	۱۹۵/۶۹	۱۹۵/۶۹	۵۰۹/۱۰	۵۰۹/۱۰	۴۶۴/۰۷	۴۶۴/۰۷	۴۶۴/۰۷	۴۶۴/۰۷	۴۵۰/۰۳	۴۵۰/۰۳	۴۵۰/۰۳	۴۵۰/۰۳	۴۵۰/۰۳
کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی	کل	درون گروهی	بین گروهی
۵/۹۸	۵/۶۰	۵/۰۹	۴/۴۳	۴/۸۸	۴/۴۳	۵/۳۲	۵/۳۲	۴/۸۸	۴/۴۳	۷/۸۷	۷/۸۷	۵/۵۹	۵/۵۹	۵/۵۹	۸/۴۹	۸/۴۹	۸/۴۹	۸/۴۹	۸/۴۹	۸/۴۹
۱۰/۰۳	۱۴/۳۲	۱۲/۹۳	۸/۳۶	۹/۳۶	۸/۳۶	۹/۹۶	۹/۹۶	۹/۳۶	۹/۳۶	۱۴/۷۶	۱۴/۷۶	۲۰/۴۸	۲۰/۴۸	۲۰/۴۸	۱۷/۸۶	۱۷/۸۶	۱۷/۸۶	۱۷/۸۶	۱۷/۸۶	۱۷/۸۶
کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	پسوریازیس	دیابت نوع I	پسوریازیس	کنترل	پسوریازیس	پسوریازیس
بازداری هیجانی			منفی گرای/ابدی			معیارهای سوسختانه-عیب تجربی افراطی (مادر)														

۰/۱۶۷			۰/۰۰۳							۱۸۳۱
			۶/۳۲۶*							۴۲/۰۴
			۲۰۷/۳۹							۲
			۳۲/۷۸							۸۲
			۲۶۸۸/۱۹							۸۴
			۴۱۴/۷۹							۸۴
			۱۹۵۷/۱۷							۸۴
			۱۸۸۳/۰۹							۸۴
بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی
۵/۴۳	۵/۳۱	۳/۴۶	۶/۰۴	۵/۳۵	۵/۶۸	۱۱/۰۹	۸/۵۸	۱۰/۷۷	۵/۴۳	۵/۳۱
۹/۱۳	۱۱/۰۴	۸/۶۶	۱۳/۶۶	۱۳/۱۶	۸/۸۳	۳۱/۴۰	۳۳/۹۲	۲۵/۱۳	۹/۱۳	۱۱/۰۴
پسوربازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوربازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوربازیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوربازیس	دیابت نوع I
ایثار (مادر)		پذیرش جمعی/طلب توجه (مادر)		حوزه دیگر جهت مندی (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 - عیب‌جویی 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	-۰/۴۰۰۰ ۳/۶۳۳۳۳*	۰/۴۰۰۰ ۳/۶۳۳۳۳*	-۳/۲۳۳۳۳ -۳/۶۳۳۳۳*	-۲/۶۱۳۳۳ ۳/۱۰۰۰۰	۲/۶۱۳۳۳ ۵/۷۱۳۳۳*
سطح معناداری	۰/۹۵۸ ۰/۰۵۱	۰/۹۵۸ ۰/۰۳۴	۰/۰۵۱ ۰/۰۳۴	۰/۴۴۳ ۰/۲۸۵	۰/۴۴۳ ۰/۰۲۳
گروه‌های مورد مطالعه	دیابت کنترل پسوریازیس	پسوریازیس کنترل دیابت	پسوریازیس دیابت کنترل	دیابت کنترل پسوریازیس	پسوریازیس کنترل دیابت
طحوااره ناسازگار اولیه	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری مادر			معیارهای سرسختانه -عیب‌جویی افراطی مادر	
تفاوت میانگین‌ها	-۲/۵۲۰۰۰ ۶/۵۰۰۰۰	۲/۵۲۰۰۰ ۹/۰۲۰۰۰*	-۶/۵۰۰۰۰ -۹/۰۲۰۰۰*	-۲/۱۲۶۶۷ ۱۰/۱۰۰۰۰	۲/۱۲۶۶۷ ۱۲/۲۶۶۷*
سطح معناداری	۰/۶۶۵ ۰/۰۵۵	۰/۶۶۵ ۰/۰۰۷	۰/۰۵۵ ۰/۰۰۷	۰/۹۱۰ ۰/۱۰۱	۰/۹۱۰ ۰/۰۴۹
گروه‌های مورد مطالعه	دیابت کنترل پسوریازیس	پسوریازیس کنترل دیابت	پسوریازیس دیابت کنترل	دیابت کنترل پسوریازیس	پسوریازیس کنترل دیابت
طحوااره ناسازگار اولیه	حوزه دیگرجهت‌مندی (مادر)			حوزه گوش‌بزرنگی بیش از حد و ناسازگاری (مادر)	

۳/۱۰۰۰۰ -۵/۸۱۳۳۳*	-۱/۳۸۶۷	۱/۳۸۶۷	۱/۴۳۸۸	۵/۵۰۶۶۷ ۴/۳۳۳۳۳*	-۱/۵۰۶۶۷ ۴/۳۲۶۶۷*	۰/۵۰۶۶۷ ۴/۳۳۳۳۳*	-۳/۱۰۰۰۰ -۵/۸۱۳۳۳*
۰/۲۸۵ ۰/۰۲۳	۰/۶۵۷ ۰/۱۳۸	۰/۶۵۷ ۰/۰۲۱	۰/۱۳۸ ۰/۰۲۱	۰/۹۴۸ ۰/۰۰۷	۰/۹۴۸ ۰/۰۲۴	۰/۹۴۸ ۰/۰۲۴	پسوریازیس دیابت کنترل
پسوریازیس دیابت کنترل	دیابت کنترل پسوریازیس	پسوریازیس کنترل دیابت	پسوریازیس دیابت کنترل	دیابت کنترل پسوریازیس	پسوریازیس کنترل دیابت	پسوریازیس کنترل دیابت	پسوریازیس دیابت کنترل
بازداری هیجانی مادر				پذیرش جویی/جلب توجه مادر			
-۱۰/۱۰۰۰۰ -۱۲/۲۶۶۷*	-۳/۹۱۳۳۳ ۵/۷۶۶۶۷	۳/۹۱۳۳۳ ۹/۶۸۰۰۰*	-۵/۷۶۶۶۷ -۹/۶۸۰۰۰*				
۰/۱۰۱ ۰/۰۴۹	۰/۴۲۷ ۰/۱۳۵	۰/۴۲۷ ۰/۰۰۷	۰/۱۳۵ ۰/۰۰۷				
پسوریازیس دیابت کنترل	دیابت کنترل پسوریازیس	پسوریازیس کنترل دیابت	پسوریازیس دیابت کنترل				
حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (مادر)							

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 گوش‌بستگی 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 I 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 I	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 I	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	۸۴	۸۴
۶۹/۳۶	۸۵۸/۹۴	۹۲۸/۳۰	۲۴/۸۷	۹۶۴/۹۰	۹۸۹/۷۷	۱۰/۵۵	۳۲۰/۲۷	۳۳۰/۸۲	کل	کل
بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی
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	۸۲	۸۴
۹۴/۱۹	۸۵۰۵/۱۴	۸۵۹۹/۳۴	۴۳۰/۷۲	۸۹۱۷/۵۷	۹۳۴۸/۲۹	کل	کل	کل
بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل	بین گروهی	درون گروهی	کل
۹/۴۵	۱۰/۳۴	۱۱/۳۶	۹/۴۴	۸/۵۹	۱۲/۱۹	۱۲/۱۹	۸/۵۹	۱۲/۱۹
۴۰/۵۶	۳۸/۰۰	۳۷/۴۲	۴۰/۲۰	۳۴/۶۰	۳۶/۷۵	۳۶/۷۵	۳۴/۶۰	۳۶/۷۵
پسوریزیس	دیابت نوع I	کنترل	پسوریزیس	دیابت نوع I	کنترل	کنترل	دیابت نوع I	کنترل
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 هیجان‌مدار 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 هیجان‌مدار 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 (مسأله‌مدار) به کار می‌گیرند.

براساس یافته‌های بدست آمده، طرحواره محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، شکست، اطاعت، ایثار، بازدارنده هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق و خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی در مبتلایان به پسونیازیس بیشتر از افراد سالم است. در مبتلایان به دیابت نوع I آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، ایثار و بازدارنده 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 دیگرجهت‌مندی، گوش‌بزرگی بیش از حد و بازدارنده و محدودیت‌های مختل بیشتر از افراد سالم هستند. افراد مبتلا به پسونیازیس در حوزه طرحواره‌ای خودگردانی و عملکرد مختل و گوش‌بزرگی بیش از حد و بازدارنده 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، نشان‌دهنده 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 بزرگی/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، خودتحول 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 انعطاف ناپذیری 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. *Procediia 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.