



The effectiveness of schema therapy on temperament and character dimensions, food craving among obese women with type 2 diabetes

Cinderella Khanjari¹, Afsaneh Khajevand^{2*} 

1. PhD Student in Health Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

Received: 18 May, 2020

Revised: 7 Jul, 2020

Accepted: 11 Jul, 2020

Keywords

Schema therapy

Temperament and character dimensions

Food craving

Obesity


Diabetes mellitus, type 2

Corresponding author

Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

Email: Afsaneh.khajevand@gmail.com



 doi.org/10.30699/icss.22.3.14

Abstract

Introduction: Diabetes is among the commonest chronic diseases, as well as the greatest health problem in all nations. The present research was designed and conducted to investigate the effectiveness of schema therapy on temperament and character dimensions, food craving among obese women with type 2 diabetes.

Methods: The present research was a semi-experimental, including pre-test and post-test with a control group. The current research's statistical population included all the obese married women with type 2 diabetes registered as members of the diabetes association of Gonbad-e-Kavoos town in 2018 who had active cases in the association. The study sample included 40 patients who, based on inclusion-exclusion criteria, were selected by the available sampling method and were assigned into two experiment and control groups (20 subjects per group). Sessions Schema Therapy was held for ten 120-minute sessions for the participants of the experiment group. The research tool was the Temperament and Character dimensions and the Food Craving questionnaire. The research data were analyzed by multivariate analysis of covariance analysis in SPSS-22.

Results: The findings indicated that schema therapy significantly increased the Temperament and Character dimensions and decrease food craving for the experimental group in the post-test phase ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the results of this study, it can be concluded that due to the significant effect of schema therapy on temperament and character dimensions and food cravings in obese women with type 2 diabetes, this treatment can be a good intervention option for the treatment of such individuals.

Citation: Khanjari C, Khajevand A. The effectiveness of schema therapy on temperament and character dimensions, food craving among obese women with type 2 diabetes. *Advances in Cognitive Sciences*. 2020;22(3):14-23.



اثربخشی طرحواره درمانی بر ابعاد سرشت، منش و ولع مصرف غذا در زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲

سیندرلا خنجری^۱، افسانه خواجه‌وند^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ایران
۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، ایران

چکیده

مقدمه: دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و همچنین بزرگترین مشکل بهداشتی در همه کشورها است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر ابعاد سرشت، منش و ولع مصرف غذا در زنان چاق مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان متاهل چاق مبتلا به دیابت نوع دو عضو انجمن دیابت شهر گنبدکاووس در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که دارای پرونده فعال در انجمن بودند. نمونه این مطالعه ۴۰ نفر از بیماران بودند که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه، به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. جلسات طرحواره درمانی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برگزار شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ابعاد سرشت و منش و پرسشنامه ولع به غذاصفت بود. داده‌های پژوهش با بهره‌گیری از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی به طور معناداری باعث افزایش ابعاد سرشت و منش و کاهش ولع مصرف غذا شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده بود ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، می‌توان گفت نظر به تاثیر معنادار طرحواره درمانی بر ابعاد سرشت و منش و ولع مصرف غذا در زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ این روش درمانی می‌تواند گزینه مداخله‌ای مناسبی جهت درمان این افراد باشد.

دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۲۹

اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۰۴/۱۷

پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۲۱

واژه‌های کلیدی

طرحواره درمانی
ابعاد سرشت و منش
ولع مصرف غذا
چاقی
دیابت نوع دو

نویسنده مسئول

گرگان، بلوار شهید کلاتری، خیابان
دانشجو، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده
روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی
ایمیل: Afsaneh.khajevand@gmail.com



doi.org/10.30699/icss.22.3.14

مقدمه

در سال ۲۰۱۲ را بیش از ۲۲ درصد گزارش کرد (۳). چاقی یک عامل خطر ساز برای دیابت نوع دو است و بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که شیوع دیابت نوع دو در افراد چاق افزایش پیش‌رونده‌ای دارد (۴). اندازه‌گیری‌های متعدد مربوط به چاقی، از جمله شاخص توده بدن ارتباط معناداری با دیابت نوع ۲ دارند (۵). بنابراین دیابت و چاقی رابطه

یکی از رایج‌ترین بیماری‌های مزمن در کشورهای دنیا بیماری دیابت است (۱). دیابت نوع دو به گروهی از بیماری‌های سوخت و سازی اطلاق می‌گردد که ویژگی مشترک آنها افزایش سطح قندخون به علت نقص در ترشح انسولین، نقص در عملکرد آن و یا هر دو می‌باشد (۲). مطالعات میزان شیوع این بیماری در افراد بالای ۶۰ سال ایرانی

شیوع شناختی تنگاتنگی با یکدیگر دارند که برای سلامت جهانی بسیار تهدیدکننده است (۶).

از جمله عوامل روانی مرتبط با چاقی می‌توان به عوامل شخصیتی اشاره کرد. ویژگی‌های شخصیتی، رژیم غذایی افراد را تحت تأثیر قرار داده و در استعداد ابتلا به چاقی و در شکست افراد چاق برای رسیدن به کاهش وزن موفق نقش دارد (۷). Cloninger یکی از نظریه‌پردازان زیستی شخصیت است که با تأکید بر بنیان‌های زیستی شخصیت، چارچوب نظری مستحکمی در دو زمینه سرشت و منش پدیدآورده است (۸). مفهوم سرشت، در دیدگاه Cloninger به تفاوت‌های فردی در زمینه پاسخ‌های هیجانی اساسی اشاره دارد. سرشت صفات ارثی هستند که در سراسر زندگی ثابت و پایدار می‌مانند. از سوی دیگر، منش منعکس‌کننده اهداف زندگی، نظام ارزشی و هیجانات خودآگاه فرد است، ولی ابعاد منش، کمتر ارثی است و اغلب تحت تأثیر یادگیری اجتماعی قرار می‌گیرد (۹). Cloninger چهار بعد برای سرشت معرفی کرده است: نوجویی به صورت تمایل به پاسخ‌گویی فعالانه به محرک‌های جدید که منجر به جستجوی پاداش و اجتناب از تنبیه می‌شود. آسیب‌پرهیزی به تمایل در جهت پاسخ‌های بازدارنده شده به علائمی از جانب محرک بیزارکننده مطابقت دارد که منجر به اجتناب از تنبیه و عوامل غیرپاداش‌دهنده می‌شود. وابستگی به پاداش به صورت پاسخی مثبت به علائم پاداش تعریف شده است که خاموش‌سازی رفتاری را حفظ می‌کند و یا در برابر آن پایداری به خرج می‌دهد. پشتکار به نظر می‌رسد که به مفهوم پاداش وابستگی بسیار نزدیک باشد (۱۰). منش شامل دریافت‌های منطقی درباره خود، دیگران و جهان است و اشاره به عملکردهای بین فردی و تفاوت‌های فردی در روابط موضوعی خود دارد که به صورت نتیجه‌ای از تعاملات غیرخطی میان خلق و خو، محیط خانوادگی و تجارب فردی تحول می‌یابد. Cloninger سه بعد را برای منش در نظر گرفته است: خودراهبری، اشاره به توانایی شخص برای کنترل نظم و سازگاری رفتاری متناسب با محیط و انتخاب اهداف و ارزش‌ها اشاره دارد. همکاری، شناسایی تفاوت‌های فردی همراه با پذیرش سایر افراد توصیف شده است. در حالی که خودفراروی منشی است که با معنویت مرتبط است (۱۱). تحقیقات نشان داده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی به عنوان عامل بالقوه، منجر به تغییرات وزنی متفاوت بین افراد می‌شود. افراد موفق در کاهش وزن، از بین ویژگی‌های سرشتی دارای ویژگی‌های پاداش‌خواهی، پشتکار بیشتر و از بین ویژگی‌های منشی، حس همکاری بیشتری نسبت به گروه ناموفق در کاهش وزن داشته‌اند (۱۲).

پژوهش‌های گذشته رابطه بین ولع مصرف غذا و سلامت روان با چاقی

و اضافه وزن را نشان داده‌اند (۱۳). ولع مصرف یک عامل پیش‌بین قوی برای خوردن و افزایش وزن است (۱۴). ولع مصرف یعنی تمایل شدید به مصرف موادی چون الکل، تنباکو یا یک غذای خاص (۱۵). ولع مصرف غذا به عنوان یک عامل پیش‌نیاز احتمالی برای پرخوری شناسایی شده است و از مشخصه‌های آن می‌توان به انگیزش یا تمایل قوی برای مصرف یک غذای خاص اشاره کرد. ولع مصرف غذا یک تجربه رایج است، یعنی اکثر افراد گهگاهی آن را تجربه می‌کنند. با این حال، یک تفاوت جنسیتی وجود دارد از این نظر که زنان بیش از مردان ولع مصرف غذا را تجربه می‌کنند. به علاوه، اگرچه تجربه ولع مصرف غذا امری طبیعی است، اما ولع مصرف غذای شدید و مکرر با موفقیت اندک در رژیم غذایی، اضافه وزن و اختلال پرخوری ارتباط دارد (۱۶). به علاوه، تجربه ولع مصرف غذا به صورت عادی می‌تواند یک عامل روان‌شناختی باشد که به اختلال در رژیم غذایی منجر می‌شود (۱۷).

محرک‌های قوی برای چاقی و افزایش اضافه وزن است (۱۸). نظریه‌ها و رویکردهای روانی سعی کرده‌اند به ارائه درمانی‌ها و آموزش‌های روانی به بهبود حالات انسانی کمک کنند (۱۹، ۲۰). برخی از این رویکردها سابقه طولانی دارند و برخی تازه به حیطه روان‌درمانی و آموزش روانی وارد شده‌اند، یکی از روش‌های موثر موج سوم روان‌درمانی در کاهش مشکلات افراد چاق، طرحواره درمانی است (۲۱). طرحواره‌ها الگوهای عمیق و فراگیری هستند که از خاطره، هیجان و شناخت تشکیل شده و در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در بزرگسالی تداوم می‌یابند (۲۲). طرحواره درمانی، درمانی نسبتاً جدید و یکپارچه‌ای است که برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه جهت افزایش احساس ارزشمندی فراهم می‌کند و بر پایه درمان‌های شناختی رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی شکل گرفته است (۲۳). این روش باعث می‌شود افراد در کنار یکدیگر احساس آرامش بیشتر و آسیب‌پذیری کمتری کنند و تمایل بیشتری برای ورود به جوامع و برقراری روابط اجتماعی داشته باشند (۲۴). هدف اصلی درمان، افزایش احساس ارزشمندی بیمار است. بیمارانی که طرحواره‌های آنها بهبود پیدا می‌کند، در کنار دیگران احساس راحتی بیشتری می‌کنند، کمتر احساس آسیب‌پذیری و بی‌پناهی می‌کنند و تمایل بیشتری برای وارد شدن به روابط اجتماعی دارند (۲۵). Calvert و همکاران در پژوهشی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلالات خوردن را نشان دادند (۲۶). همچنین نتایج پژوهش رضائی نشان داد که طرحواره

بیمارستان‌های روان‌پزشکی، مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان و مصرف هر نوع داروی آرام‌بخش، الکل و مواد مخدر در نظر گرفته شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاق: کلیه آزمودنی‌ها اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کردند، در هر مقطع زمانی، می‌توانستند مطالعه را ترک کنند. این اطمینان به آنان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه خواهد ماند و فقط برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. به منظور رعایت حریم خصوصی، مشخصات آزمودنی‌ها ثبت نشد. در پایان از همه آنان رضایت آگاهانه دریافت شد. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سرشت و منش و پرسشنامه ولع به غذا استفاده شد.

پرسشنامه سرشت و منش: این پرسشنامه توسط Cloninger برای اندازه‌گیری سرشت زیست‌ژنتیکی و منش اکتسابی ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۲۵ سوال دارد و دو بعد (سرشت و منش) دارد که مجموعاً دارای هفت خرده‌مقیاس است. و هر آزمودنی به این سوالات به صورت بلی نمره (۱) و خیر نمره (۰) پاسخ می‌دهد. در این پرسشنامه، سرشت توسط چهار بعد (نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و پشتکار) و منش توسط سه بعد (خودراهبری، همکاری و خودفراروی) اندازه‌گیری می‌شود. ضرایب همسانی درونی در نمونه اصلی پرسشنامه برای ابعاد نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی و پشتکار به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۷، ۰/۷۶ و ۰/۶۵ گزارش گردیده است. برای ابعاد خود راهبری، همکاری و خودفراروی نیز به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۹ و ۰/۸۴ گزارش گردیده است (۱۰).

پرسشنامه ولع به غذا-صفت: این پرسشنامه توسط Benito Cepeda و همکاران از ۳۹ ماده تشکیل شده است و شدت ولع به غذا را در سطحی چند بعدی اندازه می‌گیرد (۲۸). پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۶) مرتب شده‌اند. این پرسشنامه ۹ عامل دارد: قصد و برنامه‌ریزی برای مصرف غذا (قصدها)، پیش‌بینی تقویت مثبت در نتیجه خوردن (تقویت مثبت)، پیش‌بینی رهایی از حالات و احساسات منفی در نتیجه خوردن (تقویت منفی)، عدم کنترل بر خوردن (فقدان کنترل)، افکار یا اشتغال ذهنی با غذا (افکار)، ولع به عنوان یک حالت فیزیولوژیکی (گرسنگی)، هیجاناتی که ممکن است بعد از یا در حین ولع به غذا یا خوردن تجربه شوند (هیجانات)، نشانه‌هایی که ممکن است که راه‌انداز ولع به غذا شوند (نشانه‌ها) و احساس گناه به خاطر ولع و یا تسلیم شدن در برابر آن (گناه). این پرسشنامه از همسانی درونی خوبی (آلفای کرونباخ ۰/۹۰) برخوردار است (۲۸). کچویی و اشرفی در بررسی روایی سازه این ابزار از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی استفاده نمودند (۲۹).

درمانی هیجانی گروهی می‌تواند به عنوان یک مداخله هیجان‌محور در درمان‌های مرتبط با چاقی و اضافه وزن مفید واقع شود (۲۷). با توجه به این که بیماری دیابت نوع ۲ از بیماری‌های مزمنی است که بخشی از افراد جامعه را درگیر می‌کند و به دلیل اثرات مخرب بیماری بر جسم و روان افراد، بسیاری از بیماران با مشکلات جدی جسمانی و روان‌شناختی روبرو می‌شوند، بنابراین ضرورت دارد تا به طور جدی‌تری به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این بیماری پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیردارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت روانی بیماران به کار گرفته شود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر ابعاد سرشت، منش و ولع مصرف غذا در زنان چاق مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش کار

این مطالعه به صورت مداخله‌ای و نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون انجام شد. جامعه شامل تمامی زنان متاهل چاق مبتلا به دیابت نوع دو شهر گنبدکاووس بود که در سال ۱۳۹۷ دارای پرونده فعال در انجمن دیابت ایران بودند. با توجه به ماهیت جامعه مورد پژوهش، برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم با مدیریت انجمن دیابت شهر گنبدکاووس، اطلاعیه فراخوان ثبت‌نام و تشکیل جلسات درمانی از سوی پژوهشگر در اختیار مدیریت مرکز، جهت نام‌نویسی از شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پس از نام‌نویسی از متقاضیان در مدت تعیین شده، مصاحبه اولیه‌ای با هر یک از زنان متقاضی شرکت در جلسات توسط پژوهشگر به عمل آمد و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، ۴۰ نفر از زنان انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پس از جایگزینی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها، برای گروه آزمایش مداخله طرحواره درمانی در ۱۰ جلسه ۲ ساعته به شیوه گروهی و با توالی هر هفته یک جلسه توسط پژوهشگر برگزار گردید. در فرایند آرایه آموزش‌ها برای گروه آزمایش، آزمودنی‌های گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکردند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیماری دیابت نوع دو حداقل به مدت یک سال، شاخص توده بدنی بزرگتر و یا مساوی ۳۰، محدوده سنی ۶۰-۳۵ سال، حداقل تحصیلات ابتدایی، فقدان محدودیت‌های جسمانی مختل‌کننده مراقبت فردی، تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان و عدم شرکت در جلسات مشاوره فردی خارج از جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز سابقه بستری در

داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوریانس چند متغیری با نرم‌افزار SPSS 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. محتوای جلسات آموزشی طرحواره

درمانی از بسته رایبه شده توسط Simpson و همکاران اقتباس گردیده است (۳۰). شرح مختصر جلسات درمانی در جدول ۱ رایبه شده است.

جدول ۱. شرح مختصری از جلسات طرحواره درمانی

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمان‌گر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم‌سازی زمینه اعتماد، رایبه تکلیف.
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی با ابعاد سرشت و منش و تاثیر آن بر دلزدگی زناشویی، ولع مصرف غذا و سبک‌های حل تعارض، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضا، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار، عوامل مؤثر در اکتساب طرحواره، رایبه تکلیف.
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های بیمار، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، رایبه تکلیف.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک‌های حل تعارض، بررسی انواع سبک‌های حل تعارض در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال درباره سبک‌های حل تعارض، رایبه تکلیف.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی تأکید کننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی رد کننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، رایبه تکلیف.
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره‌ها، معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها، رایبه تکلیف.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، به کار بردن روش گفتگوی خیالی، گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی) توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، رایبه تکلیف.
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگو بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، رایبه تکلیف.
جلسه نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای مؤثر در تداوم طرحواره، بررسی روش‌های مؤثر در توانایی کنترل، هیجان‌ات و تکانه‌های خود، بررسی برخی از طرحواره‌ها مانند اینار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، آموزش سبک‌های حل تعارض، رایبه تکلیف.
جلسه دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های مؤثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن‌داری، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده.

یافته‌ها

نفر کاردانی، ۴ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در گروه آزمایش، ۷ نفر بین ۱ تا ۵ سال، ۹ نفر بین ۵ تا ۱۰ سال و ۴ نفر بین ۱۰ تا ۱۵ سال و در گروه کنترل، ۶ نفر بین ۱ تا ۵ سال، ۱۰ نفر بین ۵ تا ۱۰ سال و ۴ نفر بین ۱۰ تا ۱۵ سال از ازدواجشان می‌گذشت

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش $39/95 \pm 5/15$ و گروه گواه $38/60 \pm 4/05$ بود. از نظر تحصیلات، در گروه آزمایش ۲ نفر سیکل، ۴ نفر دیپلم، ۶ نفر کاردانی، ۶ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه کنترل ۳ نفر سیکل، ۳ نفر دیپلم، ۸

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای ابعاد سرشت و منش و ولع مصرف غذا در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مؤلفه‌ها	گروه	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	
ابعاد سرشت	نوجویی	آزمایش	۷/۶۵(۳/۰۴)	۱۶/۵۰(۳/۲۸)	
		کنترل	۷/۹۰(۴/۳۷)	۸/۶(۳/۲۹)	
	آسیب پرهیزی	آزمایش	۱۲/۶۵(۲/۱۸)	۴/۵(۱/۷۰)	
		کنترل	۱۳/۵(۱/۶۳)	۱۳/۶۰(۲/۲۵)	
	پاداش وابستگی	آزمایش	۸/۵۰(۲/۲۸)	۱۷/۶۵(۲/۴۵)	
		کنترل	۸/۹(۲/۱۲)	۹/۰۵(۱/۷۰)	
	پشتکار	آزمایش	۸/۱۰(۲/۴۹)	۱۸(۲/۵۳)	
		کنترل	۸(۳/۵۵)	۷/۲۵(۴/۱۶)	
	ابعاد منش	خودراهبری	آزمایش	۷/۲۵(۲/۲۴)	۱۶/۲۰(۲/۱۶)
			کنترل	۶/۳۰(۲/۸۶)	۶/۷۰(۲/۳۶)
		همکاری	آزمایش	۹/۵۵(۱/۶۳)	۱۸/۱۰(۱/۷۷)
			کنترل	۱۰/۰۵(۲/۰۸)	۱۱/۰۵(۱/۶۶)
خودفراروی		آزمایش	۸/۴۵(۲/۱۶)	۱۸/۴۵(۴/۲۵)	
		کنترل	۸/۴۲(۲/۲۵)	۹/۱۵(۲/۳۲)	
ولع مصرف غذا	آزمایش	۱۱۰/۷۵(۶/۰۷)	۸۳/۳۵(۸/۳۸)		
	کنترل	۱۱۳/۴۰(۱۳/۷۸)	۱۱۸/۳۰(۱۰/۶۰)		

از مفروضه نرمال بودن پیروی می‌کنند ($P > 0.05$). با توجه به میانگین‌های متغیرهای ابعاد سرشت و منش و ولع مصرف غذا می‌توان گفت که میانگین ابعاد سرشت و منش به جز مولفه (آسیب پرهیزی) در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته و میانگین ولع مصرف غذا در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. بنابراین می‌توان گفت که طرحواره درمانی بر متغیرهای ابعاد سرشت و منش و ولع مصرف غذا تاثیر داشته و منجر به افزایش ابعاد سرشت و منش و کاهش ولع مصرف غذا گردیده است.

یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، بررسی همگنی واریانس‌ها است که به کمک آزمون لون انجام گرفت. نتایج نشان داد که ابعاد سرشت و منش و ولع مصرف غذا در آزمون لون معنادار نیستند، بنابراین می‌توان گفت که هر دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش، قبل از شروع مداخله از لحاظ واریانس‌ها همگن بوده‌اند ($P > 0.05$). یکی دیگر از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس نرمال بودن توزیع داده‌ها است. برای بررسی این فرضیه از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج حاکی از این بود که ابعاد سرشت و منش و ولع مصرف غذا

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس ابعاد سرشت و منش و ولع مصرف غذا در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	Eta
پیش‌آزمون	۵۶۱/۸۱	۱	۵۶۱/۸۱	۷۸/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	Eta
اثر گروه	۱۳۸۷/۲۰	۱	۱۳۸۷/۲۰	۱۳۷/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
خطا	۲۱۶۷/۰۷	۳۷	۳۹/۱۱			
پیش آزمون	۳۵۸۱/۲۶	۱	۳۵۸۱/۲۶	۱۴۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹
اثر گروه	۱۶۴۹۷/۰۷	۱	۱۶۴۹۷/۰۷	۱۹۸/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶
خطا	۷۰۸۹/۱۸	۳۷	۵۹/۷۶			

بحث

روزنه‌ای امیدبخش در هدیه کردن زندگی بهتر به افراد داشته باشد. در واقع طرحواره درمانی موجب می‌شود که بیماران درک کنند چرا رفتار این‌چنینی دارند (روان‌شناختی/وابستگی)، با احساساتشان رابطه برقرار کنند و به یک حالت تسکین احساسی دست پیدا کنند، از یادگیری روش‌هایی کاربردی نیز بهره می‌برند تا در آینده انتخاب‌های بهتری داشته باشند (شناختی). طرحواره درمانی دری به سوی درک و تجربه تغییر واقعی باز می‌کند. طرحواره درمانی این امکان را فراهم می‌کند که افراد بتوانند با احساس واقعی خود روبرو شوند کاری کنند که نیازهای احساسی‌شان را به گونه‌ای سالم‌تر و متمرکزتر برآورده کنند و به دنبال آن تمایل بیشتری برای پذیرش تجارب جدید، همکاری با دیگران و افزایش مدیریت و کنترل بر رفتارهای خود داشته باشند (۲۶). از طرف دیگر طرحواره درمانی با افزایش خودراهبری افراد، باعث تغییراتی در بعد اجتناب از آسیب شخصیتی می‌شود. مراجعان، یاد می‌گیرند که در برابر نشانه‌ها و راه‌اندازی اضطراب به طور مناسبی مقابله کنند؛ به طوری که سطح پایه تنش جسمانی را کاهش دهند. این راهبردها را می‌توان مهارت‌های تنظیم هیجان‌ات اساسی دانست که اغلب بیماران مبتلا فاقد آن هستند (۲۱).

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که طرحواره درمانی به طور معناداری منجر به کاهش ولع مصرف غذا در آزمودنی‌های گروه آزمایش شد. این یافته با نتایج مطالعات محمودیان دستنایی و همکاران (۳۲)، Pugh (۲۱) و Waller و همکاران (۳۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس دیدگاه روان پویایی، ولع مصرف غذا و پرخوری در افرادی ایجاد می‌شود که در ارضا نیازها و احساسات خود مشکل دارند. طبق این دیدگاه ولع مصرف غذا و پرخوری در افرادی ایجاد می‌شود که از آشوب درونی زیادی رنج می‌برند و دل مشغول مسائل جسمانی شده و برای این که احساس آرامش و حمایت‌شدن کنند به غذا خوردن روی می‌آورند و به مرور زمان یاد می‌گیرند

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که طرحواره درمانی به طور معناداری منجر به افزایش نمرات ابعاد سرشت و منش در آزمودنی‌های گروه تحت مداخله شد. یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات Calvert و همکاران (۲۶)، TizDast و Jafari Senejani (۳۱) و رضائی (۲۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از بین حیطه‌های پنج‌گانه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حیطه خودگردانی و عملکرد مختل بیشترین سهم را در تبیین رفتار خوردن آشفته دارد. افراد دارای چنین طرحواره‌هایی شاید در فاصله گرفتن از خانواده و نمادهای پدری یا مادری و عملکرد مستقل مشکل داشته باشند. چرا که ممکن است در کودکی اعضای خانواده آنقدر در کارهای وی دخالت کرده‌اند و به گونه‌ای افراطی حمایت‌گر بوده‌اند که این افراد نتوانسته‌اند هویتی مستقل را در خود شکل دهند. دومین پیش‌بین بعدی، طرحواره ناسازگار حوزه طرد و بریدگی می‌شود. Pugh در مطالعه‌ای با مرور ۳۲ پژوهش در حیطه آسیب‌شناسی خوردن و طرحواره‌های ناسازگار اولیه دریافت که از بین طرحواره‌ها دو حوزه طرد و بریدگی و حوزه خودگردانی و عملکرد مختل بیشتر از بقیه حوزه‌های طرحواره‌ها با آسیب‌شناسی خوردن ارتباط دارند (۲۱). طرد و محرومیت هیجانی که جزء طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد هستند بین سبک دلبستگی اضطرابی و اختلال‌های خوردن به عنوان متغیر واسطه‌ای عمل می‌کنند. همچنین ممکن است افراد دارای طرحواره‌های بریدگی و طرد، به ویژه طرحواره رهاشدگی و بی‌ثباتی، در مواجهه با موقعیت‌ها به عنوان مکانیسم دفاعی از رفتارهای وسواس‌گونه و اعتیادآمیز استفاده کنند و این خوردن‌های نادرست را آنها افزایش می‌دهد (۲۱).

طرحواره درمانی، با به کارگیری چهار روش اصلی شناختی، هیجانی، ارتباطی و رفتاری، رویکردی قوی و موثری در شکستن قالب‌های شخصیتی تثبیت شده از دوران کودکی و نوجوانی است و می‌تواند

بهبود طرحواره‌ها و کنترل رفتارهای هیجانی ناکارآمد موثر باشد (۳۴). پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که میتوان به موارد فوق اشاره نمود، با توجه به این که این بررسی بر روی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع دو شهر گنبد کاووس انجام شد، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر بیماران و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خود گزارشی بودن ابزار مورد استفاده محدودیت دیگر این پژوهش بود که توجه به آن ضروری می‌باشد. در اغلب پژوهش‌های علوم رفتاری، معمولاً متغیرهای مداخله‌گر زیادی به جز متغیرهای مستقل به طور همزمان وارد پژوهش می‌شوند و متغیرهای وابسته را تحت تاثیر خود قرار می‌دهند. این گونه متغیرها غالباً به سختی شناسایی می‌شوند و حذف اثرات آنها بسیار دشوار است، لذا نادیده گرفتن اثرات این گونه عوامل، ممکن است زمینه کاهش تکرارپذیری نتایج را فراهم نماید.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، می‌توان گفت نظر به تاثیر معنادار طرحواره درمانی بر ابعاد سرشت و منش و ولع مصرف غذا در زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲، این روش درمانی می‌تواند گزینه مداخله‌ای مناسبی جهت درمان این افراد باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد، روان‌شناسان و مشاوران خانواده از مؤلفه‌های درمانی رویکرد طرحواره درمانی در جهت حل مسائل این بیماران ببرند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت می‌باشد. از مدیریت محترم انجمن دیابت شهر گنبدکاووس و تمامی بیماران عزیز که صمیمانه با محققین همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2011;94(3):311-321.
- Jones L, Crabb S, Turnbull D, Oxlad M. Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes management in a rural context: A qualitative study with diabetic patients and health professionals. *Journal of Health Psychology*. 2014;19(3):441-453.
- Tanjani PT, Moradinazar M, Mottlagh ME, Najafi F. The

که خوردن می‌تواند وسیله‌ای برای حل و فصل حالت‌های هیجانی ناخوشایند و مبهم باشد که شکل‌گیری طرحواره‌ها اساساً به خاطر عدم تامین نیازهای اولیه است. در واقع رفتارهایی مثل ولع مصرف غذا به منظور کاهش هیجانات منفی ناشی از فعالیت طرحواره‌های ناسازگار بوجود می‌آیند. به عبارت دیگر تجارب آسیب‌زا یا منفی اولیه منجر به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگاری می‌شود که اغلب با مقاومت و عاطفه بالا در مقابل تغییر، همراه است. به علاوه چنین باورهایی ممکن است با آسیب‌شناسی خوردن از طریق منزوی کردن خود برای جبران طرحواره مرتبط باشد (۳۲).

با توجه به دیدگاه Young، فعال شدن طرحواره رهاشدگی، به افزایش مصرف غذا به عنوان روشی برای اجتناب از هیجانات منفی ناشی از آن منجر می‌شود، در واقع رفتارهای پرخوری، ممکن است به منظور کاهش خودآگاهی فرد نسبت به هیجانات غیر قابل تحمل مربوط به الگوها باشد. چنانچه Waller و همکاران اشاره داشته‌اند، از طریق فرآیندهای تداوم طرحواره می‌توان ولع مصرف را تشخیص داد. در نتیجه طرحواره درمانی می‌تواند با اصلاح طرحواره‌های آسیب‌زا سیکل معیوبی که منجر به تداوم طرحواره‌های ناسازگار می‌شود را بشکند و باعث کاهش رفتاری مرتبط با خوردن شود (۳۳). از طرف دیگر طرحواره درمانی از آنجا که رویکردی یکپارچه است و ترکیبی از درمان شناختی رفتاری، گشتالت، مدل‌های درمانی روان‌پوشی و بین فردی است و تاثیر قابل توجهی بر روابط درمانی، هیجانات و تجارب اولیه زندگی دارد، باعث اجتناب راحت‌تر بیمار از عواطف آسیب‌زای مربوط به طرحواره می‌شود، بنابراین بیمار مجبور نیست برای مقابله با هیجان منفی به راهبردهای نامناسبی همچون ولع مصرف روی بیاورد. در واقع طرحواره درمانی با آموزش و دادن بصیرت به فرد از تداوم طرحواره‌های ناکارآمد و ناسازگار جلوگیری می‌کند، همچنین روش‌های هیجانی طرحواره درمانی می‌تواند در

prevalence of diabetes mellitus (DM) type II among Iranian elderly population and its association with other age-related diseases, 2012. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015;60(3):373-379.

4. Boffetta P, McLerran D, Chen Y, Inoue M, Sinha R, He J, et al. Body mass index and diabetes in Asia: A cross-sectional pooled analysis of 900,000 individuals in the Asia cohort consortium. *PLoS One*. 2011;6(6):e19930.

5. Siddiquee T, Bhowmik B, Karmaker RK, Chowdhury A,

- Mahtab H, Khan AA, et al. Association of general and central obesity with diabetes and prediabetes in rural Bangladeshi population. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2015;9(4):247-251.
6. Lau DC. Diabetes and weight management. *Primary Care Diabetes*. 2010;4:S24-S30.
7. Collins CE, Morgan PJ, Jones P, Fletcher K, Martin J, Aguiar EJ, et al. Evaluation of a commercial web-based weight loss and weight loss maintenance program in overweight and obese adults: A randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2010;10(1):669.
8. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*. 1986;3(2):167-226.
9. Takeuchi M, Miyaoka H, Tomoda A, Suzuki M, Lu X, Kitamura T. Validity and reliability of the Japanese version of the Temperament and Character Inventory: A study of university and college students. *Comprehensive Psychiatry*. 2011;52(1):109-117.
10. Cloninger CR, Bayon C, Svrakic DM. Measurement of temperament and character in mood disorders: A model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*. 1998;51(1):21-32.
11. Kampman O, Poutanen O. Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2011;135(1-3):20-27.
12. Najarzadeh A, Zare R, Hosseini F, Teymori M, Ghorehian M. Comparison of the personality traits between successful and unsuccessful people in weight loss using weight loss program. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2015;9(1):46-52. (Persian)
13. Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL, Blumenthal JA, Fabricatore AN, Daumit GL, et al. Obesity among those with mental disorders: A National Institute of Mental Health meeting report. *American Journal of Preventive Medicine*. 2009;36(4):341-350.
14. Boswell RG, Kober H. Food cue reactivity and craving predict eating and weight gain: A meta-analytic review. *Obesity Reviews*. 2016;17(2):159-177.
15. Hormes JM, Rozin P. Does “craving” carve nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *Addictive Behaviors*. 2010;35(5):459-463.
16. Meule A, Richard A, Platte P. Food cravings prospectively predict decreases in perceived self-regulatory success in dieting. *Eating Behaviors*. 2017;24:34-38.
17. Meule A, Lutz A, Vogegele C, Kubler A. Food cravings discriminate differentially between successful and unsuccessful dieters and non-dieters. Validation of the Food Cravings Questionnaires in German. *Appetite*. 2012;58(1):88-97.
18. Khabir L, Karambakhsh G, Mohammadi N. Investigating the relationship between food addiction and food craving with body mass index. *Journal of Psychology New Ideas*. 2018;1(3):87-99. (Persian)
19. Azami E, Hajsadeghi Z, Yazdi-Ravandi S. The comparative study of effectiveness of training communication and emotional skills on parenting stress of mothers with autism children. *Zanko Journal of Medical Sciences*. 2017;18(56):1-11. (Persian)
20. Hajsadeghi Z, Yazdi-Ravandi S, Pirnia B. Compassion-focused therapy on levels of anxiety and depression among women with breast cancer: A randomized pilot trial. *International Journal of Cancer Management*. 2018;11(11):e67019.
21. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 2015;39:30-41.
22. Nenadic I, Lamberth S, Reiss N. Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*. 2017;253:9-12.
23. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*. 2013;148(1):118-122.
24. Hodge L, Simpson S. Speaking the unspeakable: Artistic expression in eating disorder research and schema therapy. *The Arts in Psychotherapy*. 2016;50:1-8.

25. Wegener I, Alfter S, Geiser F, Liedtke R, Conrad R. Schema change without schema therapy: The role of early maladaptive schemata for a successful treatment of major depression. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2013;76(1):1-17.
26. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: Study protocol. *Journal of Eating Disorders*. 2018;6(1):1.
27. Rezaei M. The effectiveness of group emotional schema therapy on body mass index, emotional eating and weight self-efficacy in overweight women [MSc Thesis]. Mashhad:Ferdowsi University;2016. (Persian)
28. Cepeda-Benito A, Gleaves DH, Williams TL, Erath SA. The development and validation of the state and trait food-cravings questionnaires. *Behavior Therapy*. 2000;31(1):151-173.
29. Kachooei M, Ashrafi E. Exploring the factor structure, reliability and validity of the Food Craving Questionnaire-Trait in Iranian adults. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2016;23(5):631-648.
30. Simpson SG, Morrow E, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*. 2010;1:182.
31. TizDast T, Jafari Senejani M. The effect of Eric Berne's transactional analysis on parent-child conflict. *International Journal of Philosophy and Social-Psychological Sciences*. 2016;2(2):40-45.
32. Mahmoudian Dastnaji T, Neshatdost H, Amiri Sh, Man-shaee Gh. Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on eating disorder beliefs in anorexia and bulimia nervosa patients based on the parental bonding. *Clinical Psychology & Personality*. 2018;16(1):33-48. (Persian)
33. Waller G, Kennerley H, Ohanian V. Schema-focused cognitive-behavioral therapy for eating disorders. In Riso LP, Du Toit PL, Stein DJ, Young JE, editors. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. Washington, DC:American Psychological Association;2007. pp. 139-175.
34. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York:Guilford Press;2006.