



مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی – رفتاری بر سبک زندگی و قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

مریم جوادی: دانشجوی دکتری، دانشگاه آزاد نجف آباد، نجف آباد، ایران
زهرة رئیسی: استادیار، دانشگاه آزاد نجف آباد، نجف آباد، ایران (* نویسنده مسئول) z.tadbir@yahoo.com
حسن رضایی جمالویی: استادیار، دانشگاه آزاد نجف آباد، نجف آباد، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان شناختی رفتاری،
طرحواره درمانی،
سبک زندگی،
قند خون،
دیابت نوع ۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۸/۲۰

زمینه و هدف: دیابت نوع ۲ و عوارض مرتبط با آن منجر به ۸/۴ درصد مرگ و میر در سراسر جهان می‌شود. هدف از انجام تحقیق حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری سبک زندگی و قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. **روش کار:** برای انجام تحقیق نیمه تجربی حاضر که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد، از بین افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در شش ماه اول سال ۱۳۹۹ در جزیره کیش به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه درمان شناختی رفتاری، طرحواره درمانی و کنترل تقسیم شدند. قبل و ۲۴ ساعت بعد از آخرین جلسه مداخله پرسش‌نامه سبک زندگی میلر و اسمیت (۲۰۰۶) را تکمیل کرده و قند خون با استفاده از آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) اندازه‌گیری شد. سپس گروه‌های مداخله به مدت ۸ جلسه مداخلات مربوط به خود را دریافت کردند. در نهایت داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS و از طریق تحلیل کوواریانس چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد در گروه‌های درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی تفاوت معنی‌داری بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون سبک زندگی و قند خون وجود دارد ($p < 0/05$)، ولی تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه‌های شناختی رفتاری و طرحواره درمانی وجود نداشت ($p > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش می‌توان بیان نمود سبک زندگی و قند خون تحت تأثیر عوامل شناختی قرار دارند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Javadi M, Raesi Z, Rezayi jamaloie H. Comparison the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Lifestyle and Blood Sugar in Patients with Type 2 Diabetes. Razi J Med Sci. 2023(11 Nov);30.124.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/) صورت گرفته است.



Comparison the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Lifestyle and Blood Sugar in Patients with Type 2 Diabetes

Maryam Javadi: PhD Student, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran

Zohre Raesi: Assistant Professor, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran (* Corresponding Author)
z.tadbir@yahoo.com

Hasan Rezayi jamaloie: Assistant Professor, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran

Abstract

Background & Aims: The increase in type 2 diabetes has been attributed to factors such as lifestyle changes such as less healthy diets and physical inactivity. Therefore, an unhealthy lifestyle is a dangerous factor for type 2 diabetes (5). Lifestyle is an important issue in controlling blood sugar to control type 1 and type 2 diabetes (6).

Another treatment method is cognitive-behavioral therapy. In cognitive-behavioral therapy, disproportionate thoughts and thinking about the lack of effective coping strategies with the disease are intervened; This approach is based on cooperation between the patient and the therapist, the duration of the treatment is short, and it tries to develop self-help skills in clients (10). This approach, relying on inductive methods, teaches the patient to look at thoughts and beliefs as hypotheses whose validity has not been confirmed, and through homework, he practices the required skills with the individual (11). It has also been shown that one of the components that has a great impact on physical health and chronic diseases are primary incompatible schemas, whose improvement is the primary goal of treatment in schema therapy (9). Schema therapy is an evidence-based treatment that uses theory and other techniques and integrates them into a systematic treatment model (11). Considering the above contents and the negative impact of diabetes on individual and social life on the one hand, the importance of discovering the best method to minimize the negative effects of diabetes on the other hand and considering the efficiency of both treatments and since in the previous studies which has shown that there is no schema therapy and cognitive-behavioral therapy on increasing lifestyle and reducing blood sugar in type 2 diabetes patients, in order to solve this research gap, the question is answered whether there is a difference between the effectiveness of schema therapy and treatment Is there a cognitive-behavioral difference between increasing lifestyle and reducing blood sugar in type 2 diabetes patients?

Methods: In order to conduct this semi-experimental research that was conducted with a pre-test and post-test design with a control group, among the people with type 2 diabetes in the first six months of 2019 in Kish Island who had referred to the Diabetes Association of Kish Island in order to control their symptoms and treat their disease. (293 people) 42 people were selected as available and randomly divided into three schema therapy groups: 14 people, 13 people for the cognitive-behavioral group, 15 people for the control group. Miller and Smith (2006) completed the questionnaire, which includes 20 questions and is on a 5-point Likert scale (always 1 point, often 2 points, sometimes 3 points, rarely 4 points and never 5). Then the people of the experimental group in the schema therapy group underwent 8 sessions of schema therapy by Yang and Klosko Vishar (2003) and the experimental group of cognitive-behavioral therapy underwent 8 sessions of cognitive-behavioral therapy by Li He (2007) in Skyroom software, 24 hours After the last intervention session, all the subjects completed the questionnaire again and performed the blood sugar test. Finally, descriptive statistics (tables, graphs, central and dispersion

Keywords

Cognitive Behavioral Therapy,
Schema Therapy,
Lifestyle,
Blood Sugar,
Type 2 Diabetes

Received: 05/08/2023

Published: 11/11/2023

indices) and multiple covariance analysis (MANCOVA) and Benferoni post hoc tests were used using SPSS-24 software for statistical analysis of data. became.

Results: The results showed that the difference in lifestyle ($F = 6.16$) and blood sugar ($F = 5.11$) between the experimental group and the control group is significant after removing the pre-test effects. The eta square (effect size) indicates that 26% of the differences in lifestyle and 22% of the differences in blood sugar in the post-test were related to the difference between the two groups and for the independent variable (cognitive behavioral therapy and schema therapy). Therefore, it can be said that schema therapy and cognitive-behavioral therapy have a significant effect on lifestyle and blood sugar in patients with type 2 diabetes. As Table No. 4 shows, there is a significant difference between the cognitive behavioral therapy and schema therapy groups with the control group in the post-test phase ($p < 0.01$) in the variables of lifestyle and blood sugar. It was also found that there is no significant difference between any of the lifestyle variables and blood sugar in the experimental groups of cognitive behavioral therapy and schema therapy ($P < 0.05$). Therefore, it can be said that both cognitive behavioral therapy and schema therapy had a significant effect on the variables of self-management, lifestyle, self-compassion and blood sugar of patients with type 2 diabetes, but no significant difference was observed in their effectiveness.

Conclusion: The results of the data analysis showed that the difference in the mean scores of the subjects' group in lifestyle and blood sugar between the experimental group and the control group is significant after removing the pre-test effects. In explaining the impact of cognitive-behavioral therapy on the lifestyle of patients with type 2 diabetes, it should be stated that cognitive-behavioral therapy helps patients to overcome their problems in treatment sessions by implementing the role of reinforcement and feedback and providing appropriate exercises; This increases their self-efficacy. In this therapeutic intervention, because the patients organize their absolute beliefs, rumination of thoughts and dysfunctional attitudes (shoulds and compulsions) about situations and conditions are reduced, and this leads to an increase in the improvement of people's reactions to respond to threats. Physical-psychological, concentration disorder and low motivation of patients will be (18).

In explaining the effectiveness of cognitive behavioral therapy and the cognitive content of therapy sessions and the perceptual change of patients, the lifestyle of patients changes; Because in this treatment, by learning new methods and strategies to deal with stress, patients under cognitive behavioral therapy can better use problem solving skills for their behaviors. On the other hand, it can be said that the stress caused by suffering from a chronic and permanent disease such as diabetes causes many behavioral and psychological complications for the patient and his family; which causes a wave of unhealthy behaviors and unhealthy lifestyle in these people (19).

Regarding the effectiveness of schema therapy on the lifestyle of patients with diabetes, it should be stated that the researchers came to the conclusion that incompatible schemas are related to the adoption of unhealthy lifestyles. The presence of early maladaptive schemas may differentiate between individuals who have a healthy lifestyle and those who do not. The existence of negative and pessimistic views towards life that arise through initial incompatible schemas, all of them cause negative emotions and the emergence of unhealthy behaviors in life, the first result of which is damage to the person and finally not using Lifestyles become healthy.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Javadi M, Raesi Z, Rezayi jamaloie H. Comparison the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Lifestyle and Blood Sugar in Patients with Type 2 Diabetes. Razi J Med Sci. 2023(11 Nov);30.124.

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

مقدمه

فدراسیون بین‌المللی دیابت تخمین می‌زند که شیوع دیابت از ۴۲۵ میلیون نفر در سراسر جهان در سال ۲۰۱۷ به ۶۲۹ میلیون نفر در سال ۲۰۴۵ خواهد رسید (۱). دیابت نوع ۲ که معمولاً به عنوان یک بیماری در سنین میانسالی و بالاتر در نظر گرفته می‌شود، به طور فزاینده‌ای در سنین پایین تر تشخیص داده می‌شود (۱). دیابت نوع ۲ و عوارض مرتبط با آن منجر به ۸٫۴ درصد مرگ و میر در سراسر جهان می‌شود که منابع قابل توجه مراقبت‌های بهداشتی را مصرف می‌کند (۲). با این حال و علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه تشخیصی، نظارتی و درمانی، دیابت نوع ۲ همچنان با افزایش مرگ و میر و عوارض در مقایسه با جمعیت عمومی همراه است (۳).

بنابراین محققین و متخصصین به طور مداوم در پی کشف بهترین روش جهت کاهش عوارض منفی دیابت می‌باشند. در همین رابطه سبک زندگی و رژیم غذایی به عنوان اجزای اصلی درمان‌ها بر بهینه‌سازی کنترل قند خون با استفاده از عوامل دارویی متمرکز شده‌اند (۴). به طوری که افزایش ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲ به عواملی همچون تغییر در سبک زندگی مانند رژیم‌های غذایی کمتر سالم و عدم تحرک جسمی نسبت داده شده است. لذا، سبک زندگی ناسالم یک عامل خطرناک برای ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲ می‌باشد (۵). سبک زندگی یک مسئله مهم در کنترل قند خون جهت کنترل دیابت نوع ۱ و نوع ۲ می‌باشد (۶). سبک زندگی، شیوه زندگی فرد است و عواملی همچون ویژگی‌های شخصیتی، تغذیه، ورزش، خواب، مقابله با استرس، حمایت اجتماعی و استفاده از دارو را شامل می‌شود (۷). سبک زندگی سالم مجموعه‌ای از رفتارهاست که فرد مبتلا به دیابت برای رسیدن به اهداف خود در زندگی به کار می‌برد. اصلاح سبک زندگی با رژیم و ورزش مناسب همچنان سنگ بنای مدیریت دیابت نوع ۲ است. اصلاح سبک زندگی به خصوص تغذیه رژیمی با کربوهیدرات کم می‌تواند در کنترل قندخون این بیماران موثر باشد (۷). از طرفی سبک زندگی سالم، سلامت جسمی و رفتارهای سلامت محور با خود دلسوزی در رابطه هستند (۸). مرادحاصلی و همکاران نشان دادند که هر

دو روش طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی بر سبک زندگی بیماران تاثیر دارد (۹). یکی دیگر از روش‌های درمانی، درمان شناختی-رفتاری می‌باشد. در درمان شناختی-رفتاری، افکار نامتناسب و تفکر پیرامون فقدان راهبردهای مقابله‌ای مؤثر با بیماری مورد مداخله قرار می‌گیرد؛ این رویکرد بر همکاری استوار بین بیمار و درمانگر بنا شده، طول درمان آن کوتاه است و در آن تلاش می‌گردد مهارت‌های خودیاری در مراجع ایجاد گردد (۱۰). این رویکرد با تکیه بر روش‌های استقرایی، به بیمار می‌آموزد که به افکار و اعتقادهای عنوان فرضیه‌هایی که اعتبارشان تایید نشده است، نگاه کند و از طریق تکالیف خانگی، مهارت‌های مورد نیاز را با فرد تمرین می‌کند (۱۱).

همچنین نشان داده شده است یکی از مولفه‌هایی که تاثیر بسیاری بر سلامت جسمانی و بیماری‌های مزمن دارد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند که بهبود آن‌ها در هدف اولیه درمان در طرحواره درمانی است (۹). طرحواره درمانی یک درمان مبتنی بر شواهد است که از تئوری و تکنیک‌های دیگر استفاده می‌کند و آن‌ها را در یک مدل درمان سیستماتیک ادغام می‌کند (۱۱). طرحواره درمانی پیشنهاد می‌کند که نیازهای برآورده نشده در دوران کودکی و نوجوانی می‌تواند به طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالت‌های مقابله با طرحواره غیرمفید تبدیل شود (۸). طرحواره‌های ناسازگار اولیه مضامین فراگیر گسترده‌ای از الگوهای خاص احساسات، شناخت‌ها و احساسات بدنی در مورد خود و رابطه خود با دیگران است که در دوران کودکی ایجاد شده و در طول زندگی تکرار می‌شود (۱۲). هدف این درمان کاهش تاثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و جایگزینی پاسخ‌های مقابله‌ای منفی و حالت‌های طرحواره با جایگزین‌های سالم‌تر است، به طوری که بیماران در برآورده کردن نیازهای عاطفی اصلی خود موفق شوند (۱۳). به طور سنتی، فرآیند درمان در طرحواره درمانی ابتدا بر کمک به بیماران برای شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه که زمینه‌ساز مشکلات بلندمدت آن‌ها است و سپس بر حمایت از بیماران در به چالش کشیدن و غلبه بر طرحواره‌های منفی و روش‌های ناسازگاری که با آن‌ها کنار می‌آیند، تمرکز دارد (۱۴). لیکن هدف طرحواره درمانی تقویت حالت‌های طرحواره

روش کار

برای انجام تحقیق حاضر نیمه آزمایشی که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد، کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.069 را دریافت نمود. از بین افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در شش ماه اول سال ۱۳۹۹ در جزیره کیش که جهت کنترل علائم و درمان بیماری خود، به انجمن دیابت جزیره کیش مراجعه کرده بودند، (۲۹۳ نفر) به صورت در دسترس و با رعایت شرایط ورود به تحقیق (دریافت تشخیص دیابت نوع ۲ از پزشک متخصص غدد، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، نمره در دامنه ۵/۵ تا ۸/۵ در آزمایش قند خون، عدم دریافت تشخیص اختلالات روانپزشکی از جانب روانپزشک) ۴۲ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه طرحواره درمانی ۱۴ نفر، برای گروه شناختی رفتاری ۱۳ نفر، برای گروه کنترل ۱۵ نفر تقسیم شدند. همچنین افرادی که غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی داشته و در دوره درمان

انطباقی و مثبت مانند حالت بزرگسال سالم و حالت کودک شاد است (۱۵). در همین رابطه مرادحاصلی و همکاران در پژوهش خود نشان داد طرحواره درمانی در بهبود سبک زندگی تأثیرگذار بوده است (۹). با توجه به مطالب فوق و تأثیر منفی دیابت بر زندگی فردی و اجتماعی از یک طرف، اهمیت کشف بهترین روش جهت به حداقل رساندن عوارض منفی دیابت از طرف دیگر و با توجه به کارآمدی هر دو درمان و از آنجایی که در پژوهش‌های پیشین مطالعه‌ای که نشان داده باشد طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر افزایش سبک زندگی و کاهش قندخون در مبتلایان به دیابت نوع ۲ وجود ندارد، در جهت رفع این خلاء پژوهشی به این سوال پاسخ داده می‌شود که آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر افزایش سبک زندگی و کاهش قندخون در مبتلایان به دیابت نوع ۲ تفاوت وجود دارد؟

جدول ۱- جلسات طرحواره درمانی اقتباس از یانگ و کوسکو ویشار (۲۰۰۳)

| جلسات | محتوی جلسه |
|-------|--|
| ۱ | شروع سنجش و آموزش و ارزیابی اولیه، آشنایی با مراجع و برقراری اتحاد درمانی، پرکردن قرارداد درمان، شناخت مشکلات فعلی و عملیاتی کردن آن‌ها، مشخص کردن اهداف درمان، تمرکز بر تاریخچه زندگی، شناسایی سبک مقابله ای بیمار، شناسایی پاسخ‌های مقابله ای، تعیین ذهنیت‌های طرحواره ای مراجع، آموزش آرام سازی عضلانی، بازخورد |
| ۲ | شناسایی الگوهای ناکارآمد، کاوش ریشه‌های تحولی کودکی و ربط دادن آن‌ها به مشکلات فعلی، استفاده از تکنیک‌های مقدماتی بیرون کشیدن طرحواره (استفاده از پرسش‌نامه وسنجش از طریق تصویرسازی ذهنی، بررسی اجتناب طرحواره ای، سنجش رابطه درمانی، سنجش خلق و خو، توضیح مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نقش آن در ایجاد اختلالات خلقی، آموزش کنترل محرک، ارائه تکلیف، بازخورد |
| ۳ | مرور جلسات، آموزش آزمودنی در مورد ۱۸ طرحواره در ۵ حوزه (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حدو بازداری) توضیح در مورد نقش آن‌ها در ایجاد اختلالات خلقی، مفهوم سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره‌های بیمار، توضیح نتایج پرسش‌نامه و بررسی ارتباط طرحواره‌ها با مشکلات فعلی مراجع، آموزش کنترل خشم، ارائه تکلیف و بازخورد |
| ۴ | شروع مرحله تغییر مفهوم سازی در قالب رویکرد طرحواره محور، شروع تکنیک‌های شناختی (آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله ای، انجام تکنیک برقراری گفت و گو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم) ارائه تکلیف و بازخورد |
| ۵ | مرور جلسات، شروع راهبردهای تجربی و ارائه منطق تکنیک‌های تجربی، انجام تکنیک تجربی گفت و گوی خیالی، تصویرسازی ذهنی، فن تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، ارائه تکلیف و بازخورد. |
| ۶ | اجرای تکنیک‌های شناختی تدوین کارت آموزشی، تکمیل فرم ثبت نام طرحواره، اجرای فن صندلی خالی، تحلیل سود و زیان، تکنیک تجربی نوشتن نامه به باعث و بانی طرحواره، ارائه تکلیف و بازخورد |
| ۷ | اجرای تکنیک‌های تجربی تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری با استفاده از فن تهیه فهرست رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، تکنیک کار با بدن، اولویت بندی رفتارها، تصویرسازی ذهنی تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی به منظور بازوالدینی و ایفای نقش، ارائه تکلیف و بازخورد. |
| ۸ | بررسی تمرینات، الگو شکنی رفتاری، جرات‌آموزی مرور جلسات قبلی و اختتامیه جلسات. |

جدول ۲- جلسات درمان شناختی-رفتاری اکتیاس از لیهی (۲۰۰۷)

| جلسات | محتوی جلسه |
|-------|---|
| ۱ | خوش آمد گویی، برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد در مراجع، تنظیم دستور کار، بررسی خلق بیمار، بررسی دلایل ناموفق بودن تلاش‌های قبلی با مدل مراحل تغییر و بالا بردن انگیزه، فهرست مشکلات بیمار و تبیین اهداف، آموزش مدل شناختی رفتاری به بیمار، آموزش به بیمار در مورد بیماری اش، تحلیل سود و زیان، تکلیف بازخورد |
| ۲ | مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، بررسی خلق بیمار، توضیح درباره‌ی ارتباط افکار و احساس و رفتار، بیان تفاوت افکار و احساس و رفتار، توضیح سبک‌های تفکر ناکارآمد بررسی شواهد تائید کننده و رد کننده باور یا فکر، تمرین آرام‌سازی عضلانی، آموزش یادداشت روزانه قند خون، تکلیف، بازخورد |
| ۳ | مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، بررسی خلق بیمار، بیان خطاهای شناختی، مقابله با افکار و احساسات منفی، شناسایی افکار و احساسات مثبت و منفی که باعث بهبود و یا ناکارآمدی در رفتارهای خود مدیریتی سبک زندگی خود دلسوزی در بیمار می شود، آموزش خودپایشی، آموزش استفاده از جدول برنامه‌ریزی فعالیت هفتگی برای پیش دیابت، کنترل محرک، خلاصه جلسه، تکلیف، بازخورد |
| ۴ | مرور تکلیف و پل زدن به جلسه قبل، توضیح چهار گام اصلی (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثر افکار اصلاح شده). بحث در مورد خود مدیریتی /سبک زندگی / خود دلسوزی و راه‌های کسب حمایت اجتماعی و بررسی واکنش اطرافیان به تعامل با بیمار، بازسازی افکار، بررسی سود و زیان، تکلیف، خلاصه، بازخورد. |
| ۵ | مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، ارزیابی خلق بیمار، بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد. راهبردهایی برای شکستن زنجیره‌ی مخرب، بررسی دلایل ناموفق بودن خود مدیریتی و لزوم تغییر عادات و رسوم تغذیه‌ای، آموزش خود تشویقی بعد از خودمراقبتی، تکلیف، بازخورد. |
| ۶ | تعیین دستور جلسه، ارزیابی خلق، بررسی تکلیف، بیان تفاوت رفتار منفعل /پر خاشاگر/اجرات مند، آموزش، رفتار جرات مندانه، افکار و خود گویی منفی که مانع جرات مندی می شود، خود گویی پیشنهادی برای رفتار جرات مندانه، تکلیف، خلاصه، بازخورد. |
| ۷ | مرور تکلیف، تعیین دستور جلسه، بررسی خلق، مدیریت تکانش ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر (خودبازنگری، هدف گزینی)، بررسی مشکلات مربوط به پیروی از دستورات پزشکی و دارویی، ارزیابی زنده، جدول روزانه قند خون، تکلیف، خلاصه، بازخورد. |
| ۸ | مرور تکالیف، تعیین دستور جلسه، سنجش خلق، مدیریت استرس و حل مسئله، آموزش تنفس دیافراگمی و اسکن بدنی، شناسایی افکار منفی بازگشت به عود و رها کردن درمان |

در ادامه افراد گروه آزمایش در گروه طرح‌واره درمانی تحت ۸ جلسه طرح‌واره درمانی یانگ و کلو سکو و پشار (۲۰۰۳) و گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری تحت ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری لی هی (۲۰۰۷) در نرم افزار اسکای روم تحت مداخله قرار گرفتند. ۲۴ ساعت بعد از آخرین جلسه مداخله تمام آزمودنی‌ها مجدداً پرسش نامه را تکمیل کرده و آزمایش قند خون را انجام دادند. لازم به ذکر است که در جداول ۱ و ۲ شرح مختصر پروتکل‌های درمان ارائه شده است.

نهایتاً از آمار توصیفی (جداول، نمودارها، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندگانه (MANCOVA) و تعقیبی بنفرونی استفاده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد تفاوت در سبک زندگی ($F=6/16$) و

همکاری نکرده و تکالیف را انجام ندادند، از تحقیق خارج شدند. در ادامه و در مرحله پیش آزمون تمام آزمودنی‌ها پرسش نامه سبک زندگی میلر و اسمیت (۲۰۰۶) که شامل ۲۰ سؤال است و در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (صورت همیشه ۱ نمره، اغلب ۲ نمره، گاهی اوقات ۳ نمره، به ندرت ۴ نمره و هرگز ۵) می‌باشند، را تکمیل کردند. نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده‌ی سبک زندگی ناخوشایند و ناسالم است.

روایی پرسش نامه‌ی یاد شده پس از ترجمه به روش باز ترجمه به وسیله‌ی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید شده و پایایی آن در یک مطالعه پایلوت در مورد ۲۰ بیمار مبتلا به بیماری ریه ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ تک تک پرسش‌ها بالاتر از ۰/۵ به دست آمد. همچنین در پژوهشی دیگر آلفای کرونباخ پرسش نامه ۰/۸۵، گزارش گردید (فاضل، حق شناس و کشاورز، ۱۳۹۰). همچنین میزان هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) توسط آزمایش قند خون اندازه‌گیری شد.

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر نمرات متغیر های پژوهش

| متغیر | منابع تغییرات | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور اتا | توان آزمون |
|-----------|---------------|---------------|----|-----------------|-------|--------------|-----------|------------|
| سبک زندگی | پیش آزمون | ۷۲/۲۷۲ | ۱ | ۷۲/۲۷۲ | ۲/۰۲۳ | ۰/۱۶۴ | ۰/۰۵۵ | ۰/۲۸۲ |
| | گروه | ۴۳۹/۸۵۹ | ۲ | ۲۱۹/۹۲۹ | ۶/۱۵۵ | ۰/۰۰۵ | ۰/۲۶۰ | ۰/۸۶۲ |
| قندخون | پیش آزمون | ۰/۲۶۰ | ۱ | ۰/۲۶۰ | ۰/۲۵۰ | ۰/۶۲۰ | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۷۸ |
| | گروه | ۱۰/۲۲۸ | ۲ | ۵/۱۱۴ | ۴/۹۱۹ | ۰/۰۱۳ | ۰/۲۱۹ | ۰/۷۷۲ |

جدول ۴- آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر متغیر های پژوهش

| متغیر | مرحله A | مرحله B | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|-----------|---------------|----------------|----------------|----------------|--------------|
| سبک زندگی | کنترل | شناختی رفتاری | ۵/۹۰۲ | ۲/۳۷۴ | ۰/۰۱۸ |
| | | طرحواره درمانی | ۷/۷۶۶ | ۲/۲۹۳ | ۰/۰۰۲ |
| | شناختی رفتاری | طرحواره درمانی | ۱/۸۴۶ | ۲/۳۳۶ | ۰/۴۳۰ |
| قند خون | کنترل | شناختی رفتاری | ۰/۹۲۹ | ۰/۴۰۵ | ۰/۰۲۸ |
| | | طرحواره درمانی | ۱/۱۷۳ | ۰/۳۹۱ | ۰/۰۰۵ |
| | شناختی رفتاری | طرحواره درمانی | ۰/۲۴۴ | ۰/۳۹۸ | ۰/۵۴۴ |

اثر بخشی آن‌ها مشاهده نگردید.

بحث

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد تفاوت در میانگین نمرات منبع گروه آزمودنی‌ها در سبک زندگی و قند خون بین گروه آزمایش و گروه کنترل پس از حذف اثرات پیش آزمون معنادار است. همچنین می‌توان گفت طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر سبک زندگی و قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تاثیر معنی داری داشته است. همچنین در متغیرهای سبک زندگی و قند خون تفاوت معنی داری بین گروه‌های درمانی شناختی رفتاری و طرحواره درمانی با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. از طرف دیگر مشخص شد بین هیچ یک از متغیرهای سبک زندگی و قند خون در گروه‌های آزمایش درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی تفاوت معنی داری وجود ندارد. بنابراین می‌توان بیان داشت هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی اثربخشی معنی داری بر متغیر های سبک زندگی و قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشت، ولی تفاوت معنی داری در میزان اثربخشی آن‌ها مشاهده نگردید. این یافته تحقیق حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های

قند خون ($F= 5/11$) بین گروه آزمایش و گروه کنترل پس از حذف اثرات پیش آزمون معنادار است. مجذور اتا (اندازه اثر) بیانگر آن است که ۲۶ درصد از تفاوت‌های سبک زندگی و ۲۲ درصد از تفاوت‌های قند خون در پس آزمون به تفاوت بین دو گروه مربوط و برای متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی) به حساب آمد. بنابراین می‌توان گفت طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر سبک زندگی و قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تاثیر معنی داری دارند (جدول ۳).

همان‌گونه که جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیرهای سبک زندگی و قند خون تفاوت معنی داری بین گروه‌های درمانی شناختی رفتاری و طرحواره درمانی با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین مشخص شد بین هیچ کدام از متغیرهای سبک زندگی و قند خون در گروه‌های آزمایش درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$). از این رو می‌توان بیان داشت هر دو درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی اثربخشی معنی داری بر متغیر های خودمدیریتی، سبک زندگی، خود دلسوزی و قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشت، ولی تفاوت معنی داری در میزان

مرادحاصلی و همکاران، خوشنود و همکاران، جسی، کربیدی و آندرسون که نشان دادند درمان های مذکور موجب بهبود سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت می گردد، همسو و همراستا است (۹، ۱۶ و ۱۷).

در تبیین تاثیر درمان شناختی رفتاری بر سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ باید بیان نمود درمان شناختی رفتاری از طریق اجرای نقش تقویت و پسخوراند و ارائه تمرین های مناسب، به بیماران کمک می نمایند تا در جلسات درمانی بر مشکل خود فائق آیند. همین امر موجب افزایش خودکارآمدی در آنها می شود. در این مداخله درمانی به دلیل اینکه بیماران، باورهای مطلق خود را سازماندهی می نمایند، نشخوار افکار و نگرش نا کارآمد (بايدها و اجبارها) در باره موقعیت ها و شرایط کاهش می یابد و همین امر منجر به افزایش بهبود واکنش های افراد در جهت پاسخ به تهدیدهای جسمی- روانی، اختلال در تمرکز و انگیزش پایین بیماران، خواهد شد (۱۸)؛ لذا این بهبود واکنش منجر به انتخاب سبک های سالم زندگی می گردد.

از طرف دیگر درمان شناختی رفتاری به بیماران کمک می نمایند تا اطلاعات بیشتری نسبت به باورهای غیرمنطقی خود پیدا کنند و باورهای صحیحی نسبت به بیماری خود داشته باشند و همین امر، دامنه توجه بیمار را از محرک های مزاحم محیطی، اشتغالات فکری و افکار منفی در جهت پاسخ به تهدیدهای جسمی و روانی کاهش می دهد و سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را بهبود می دهد (۵). در کل در این نوع از طریق اصلاح باورهای غلط شناختی، نظیر سرزنش کردن خود، واکنش های منفی، مشکلات هیجانی، نگرانی های همراه با اضطراب، اجتناب نمودن، وابستگی، درماندگی نسبت به تغییر و افکاری که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می شود را تحت تاثیر قرار می دهد و در نتیجه می توان گفت مداخله درمانی شناختی رفتاری بر بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و محتوای شناختی جلسات درمانی و تغییر ادراکی بیماران، سبک زندگی بیماران تغییر می کند؛ چرا که در این درمان با

یادگیری روش ها و راهبردهای مقابله جدیدی با استرس، بیماران تحت درمان شناختی رفتاری بهتر می توانند برای رفتارهای پیش روی خود از مهارت های حل مسئله استفاده نمایند. از طرف دیگر می توان بیان نمود استرس ناشی از ابتلای به یک بیماری مزمن و دائمی مثل دیابت عوارض رفتاری و روانشناختی متعددی را برای فرد بیمار و خانواده وی ایجاد می کند که موحی بروز رفتار های ناسلام و سبک زندگی ناسلام در این افراد می گردد (۱۹). لذا، با توجه به اینکه تکنیک های درمان شناختی رفتاری، مستقیماً بر رفتارهای فرد و علائم جسمانی تمرکز داشته و شیوه آرام کردن و کاهش تنش را به فرد می آموزد و باعث کاهش اضطراب می شود و این مسئله رابطه مستقیم با میزان قند خون افراد و استفاده از سبک های زندگی سالم به دور از تعارض دارد (۱۱). همچنین می توان گفت شرکت کنندگان در دوره درمان شناختی رفتاری، با شرکت در این دوره به بازسازی شناخت ها و باورهای مرتبط با تحت کنترل بودن بیماری نائل می شوند؛ در نتیجه موجب کاهش استرس و افزایش سلامت عمومی در این بیماران می شود که این موضوع خود می تواند باعث افزایش نگرش های مثبت به سبک زندگی سالم گشته و میزان تبعیت از آن را افزایش دهد. همچنین می توان بیان نمود که افراد برخوردار از سبک های زندگی سالم با توجه به آنکه رفتار های ناسالم را می شناسند، زمینه افزایش سلامت جسمانی و روانی خود را فراهم می کنند و به این ترتیب افراد با شرایط و وضعیت روانشناختی بهتری می توانند با مشکلات و مسائل مربوط به بیماری برخورد کنند (۲۰).

در مورد اثربخشی درمان طرحواره درمانی بر سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت باید بیان نمود پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که طرحواره های ناسازگار با اتخاذ سبک های ناسالم زندگی رابطه دارند. حضور طرحواره های ناسازگار اولیه ممکن است در بین افرادی که دارای سبک سالم زندگی هستند و آن هایی که دارای سبک سالم زندگی نیستند، تمایز ایجاد کند. وجود دیدگاه های منفی و بدبینانه نسبت به زندگی که از طریق طرحواره های ناسازگار اولیه به وجود می آیند،

طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ایشان می‌باشد، با اصلاح آن به کمک طرحواره درمانی به سبک زندگی سالم می‌پردازند.

امید است با استفاده از نتایج این تحقیق بتوان دیدگاه روشنی در زمینه تاثیر طرحواره در مانی و در مان شناختی رفتاری بر سبک زندگی و قند خون در بیماران دیابتی در اختیار محققین و متخصصین قرار داد تا با استفاده از نتایج آن بتوانند جهت کاهش آثار منفی دیابت به بهترین نحو ممکن برنامه‌ریزی کنند؛ با این حال عدم دسترسی به تمام افراد جامعه و عدم نمونه‌گیری تصادفی از یک طرف و عدم کنترل تغذیه و خواب و استراحت آزمودنی‌ها در حین تحقیق از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌باشد که ممکن است بر نتایج تاثیر داشته باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان بیان نمود سبک زندگی و قند خون تحت تاثیر عوامل شناختی قرار داشته؛ لیکن با توجه بر آنکه درمان‌های شناختی رفتاری و طرحواره درمانی به اصلاح باورها و عقاید فرد در این زمینه می‌پردازند، می‌توانند مفید واقع گردند.

References

1. Rahimi S, Hajlou N, Beshrpour S. A model for predicting students' psychological well-being based on personality traits with the mediation of mindfulness. *Razi Med Sci*. 2018;26(3).
2. Seydsalehi M, Younesi J. Explaining the role of academic self-efficacy on academic performance and motivation based on social support, academic self-concept and personality traits: Structural Equation Modeling. *Sci Res Quarterly. Res in School Virtual Learn*. 2014;3(9).
3. Asgari P, Safarzadeh S. The relationship between religious attitude, psychological well-being and depression with students' academic performance. *Know Res Appl Psychiatry*. 2013;14(1):92-99.
4. Ahmadvour M, Barjali A, Eskandari H, Farkhi N. Compilation and testing of the psychological well-being model of people based on personality components with the mediation of ethnic identity in Talash. *Sci Res J*. 2017;16(30):105-118.
5. Farji E, Moqtader L, Asadi Mujareh S. The

همگی موجب فراخوانی هیجانات منفی شده و بروز رفتارهای ناسالم در زندگی می‌گردد که اولین نتیجه آن آسیب وارد شدن به فرد و در نهایت عدم استفاده از سبک‌های زندگی سالم می‌گردد. همچنین در تایید یافته‌های حاضر می‌توان به نتایج پژوهش‌های دیگر هم استناد کرد که نشان داده است، طرحواره‌ها از طریق تاثیرگذاری بر شخصیت و منش افراد می‌تواند به طور غیر مستقیم بر سبک زندگی ایشان نیز تاثیر داشته باشند؛ به طوری که یانگ و همکاران بیان نموده اند افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگاران در شرایط زندگی بهره می‌گیرند، لیکن از آنجایی که ادراک و بازخورد افراد به یکدیگر هر چند که به شدت تحت تاثیر تحریف‌های شناختی قرار گیرد، طرحواره‌های ناسازگار موجب سوگیری‌هایی در تفسیر رویدادها می‌شود و این سوگیری‌ها در آسیب شناسی روانی در اتخاذ رفتارهای فرد جهت کنار آمدن با استرس‌های موجود به صورت عدم تفاهم، تحریف در نگرش‌ها، انتظارات غیر واقع بینانه در روابط پدید می‌آیند و با توجه به این که طرحواره‌ها در مسیر زندگی خود تداوم می‌یابند، فرد برای کاهش استرس‌های خود از رفتارهایی مانند پرخوری، مصرف دخانیات و موارد دیگر که الگوهای بارز سبک زندگی ناسالم هستند، استفاده می‌کنند (۲۱). لذا، می‌توان اینگونه بیان نمود که طرحواره درمانی با تاکید بر روابط بین فردی بیمار از دوران کودکی تا زمان حال و مورد توجه قرار دادن درون مایه‌های روانشناختی افراد در طولانی مدت، می‌تواند سبب از میان رفتن طرحواره‌های ناسازگار اولیه گردد، نشانگان روان شناختی افراد شرکت کننده را کاهش دهد، موجب افزایش سازگاری آن‌ها با موقعیت‌های زندگی شود و در نتیجه شرابطی را فراهم نماید تا افراد شرکت کننده در گروه طرحواره درمانی کمتر رفتارهای خود را بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه خویش جهت دهند و بیشتر رفتارهایی را انتخاب کنند که متناسب با نیازهای حال حاضر آن‌ها می‌باشد. لیکن در این صورت افراد با کاهش تکانش‌های هیجانی، رفتارهای آسیب رسان را کاهش داده و با توجه به آن که متوجه می‌شوند این رفتارها به علت وجود

relationship between personality traits (neuroticism-extroversion), social support and psychological well-being of women with chronic pain. *Pain Sci Res Q*. 2017;9(4):29-40.

6. Li Y, Wang K, Yin Y, Li Y, Li S. Relationships between family resilience, breastcancer survivors' individual resilience, and caregiver burden: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2018;88:79-84.

7. De Baca C. «Resiliency and Academic Performance». A Review of the Literature, by Scholar. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2010;18(2):76-82.

8. Behzadpour S, Motahari Z, Vakili M, Sohrabi F. The effect of resilience training on increasing the psychological well-being of infertile women. *Sci J Ilam Univ Med Sci*. 2014;23(5).

9. Meyer EC, Kotte A, Kimbrel NA, DeBeer BB, Elliott TR, et al. Predictors of lower-than-expected posttraumatic symptom severity in war veterans: The influence of personality, self-reported trait resilience, and psychological flexibility. *Behav Res Ther*. 2019;113:1-8.

10. Vinayak S, Zhang L, Judge J. Resilience and empathy as predictors of psychological wellbeing among adolescents. *Int J Health Sci Res*. 2018;8(4):192-200.

11. Hassanzadeh Namin F, Peymani J, Ranjabaripour T, Abol-Maali Al-Husseini Kh. Psychological well-being prediction model based on resilience and emotion regulation with the mediating role of perceived stress. *J Soc Psychiatry*. 2018;13(51):55-67.

12. McCrae RR, Costa PTJ. Empirical and theoretical status of the five-factor model of personality traits. In G. J. Boyle, G. Matthews, & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, 2008;1:273-294. <https://doi.org/10.4135/9781849200462.n13>.

13. Meléndez JC, Satorres C, Cujino MA, Reyes M. F. Big Five and psychological and subjective well-being in Colombian older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2019;82:88-93.

14. Emadpour L, Lavasani Gh. A. The relationship between perceived social support and psychological well-being in students. *Int J Ment Health Addict*. 2015;77(20):75-85.

15. Moradi N, Haji Lakhari A, Maruti Z. Causal relationship between time management and perceived social support on psychological well-being and academic performance with the mediation of academic stress and academic self-efficacy in students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Psychol Achiev*. 2014;4(22):209-226.

16. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Soc Sci Res*. 2006;35(4):1103-1119.

17. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factorial structure and psychometric

properties of the short form (18) of RIF psychological well-being scale in male and female students. *Thought Behav Q*. 2013;8(32):27-36.

18. Sadouqi M, Mirzaei Aliabadi F. The relationship between self-efficacy and academic resilience with adaptation and academic performance of medical students". *Educ Strate Med Sci*. 2017; 11(2):7-14.

19. Taqwainia A, Mirzaei A. The relationship between personality traits and psychological well-being according to the mediating role of forgiveness. *Armaghane Knowl*. 2016;22(4):529-541.

20. Khalatbari J, Hemti Thabit V, Tabibzadeh F, Hemti Thabit A. The relationship between personality traits and psychological well-being in people with irritable bowel syndrome: the mediating role of emotion regulation. *Sci Res J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2018;27(6):1612-1627.

21. Abdullahi AM, Orji R, Rabiou AM, Kawu A. A. Personality and Subjective Well-Being: Towards Personalized Persuasive Interventions for Health and Well-Being. *Online J Public Health Inform*. 2020;12(1).

22. Anglim J, Horwood S, Smillie LD, Marrero RJ, Wood JK. Predicting psychological and subjective well-being from personality: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2020;146(4):279-323.

23. Fino E, Sun S. "Let us create!": The mediating role of Creative Self-Efficacy between personality and Mental Well-Being in university students. *Pers Individ Diff*. 2022;188.

24. Chu PS, Saucier DA, Hafner E. Meta-Analysis of the Relationships Between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *J Soc Clin Psychol*. 2010;29(6).

25. Rendón RC, Angulo YL, Villalobos MV, Mujica AD. Perceived Social Support and Its Effects on Changes in the Affective and Eudaimonic Well-Being of Chilean University Students. *Pers Soc Psychol*. 2020;6:65-79.

26. Abutalebi F, Khamsan A, Rastgomoghadam M. The relationship between perceived social support and mental well-being and academic achievement of pre-university girls. *J Psychol Educ Sci*. 2017;14(48):147-166.

27. Bandura, A. Social Cognitive Theory in Cultural Context. *Appl Psychol: An Intern Rev*. 2002;51:269-290.