

The Comparison Between big five Personality and Early Maladaptive Schemas in Patients with Celiac and Normal People

Barzegar Hosein Abadi N¹, Saliminia A^{2*}, Danesh E³, NooriPour Liavoli R⁴

1- Department of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Azad University, Alborz Province, Iran

2- Department of anesthesiology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Department of Clinical Psychology, Karaj Branch, Azad University, Alborz Province, Iran

4- Department of Counseling, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Received: 28 Jun 2014, Accepted: 1 Oct 2014

Abstract

Background: Celiac disease (CD) is an immune-mediated inflammation of the small intestine which caused by sensitivity to dietary gluten and related proteins in genetically sensitive individuals. This research aimed to investigate of comparison big five factors of personality and early maladaptive schemas among celiac people and normal people.

Materials and Methods: The research method was ex post facto and statistical population included all people with Celiac whose 108 patients were selected by convenient sampling and 108 normal people were selected by convenient in 4 universities of nursing, psychological, literature and accounting of Azad University in Karaj city. Both groups responded brief five factors questionnaire of NEO personality characteristics and Yang's early maladaptive schemas. Data were analyzed by using independent t-test, analysis of variance and Multivariate Analysis of Variance, Ben Frouni test, Landa test Wickelz and SPSS version 19

Results: Results indicated that from five main factors of personality, score of psycho -lesion of patient with celiac were more than normal people. Also, patient's scores in early maladaptive schemas (emotional baffling, lack of trust, fault/shameless, social recluse/ strangeness, attachment/inefficiency, vulnerability toward loss or sickness, not self -maturing/ engaged, failure, fitness/modesty, self-denial, insufficient self-discipline, servitude, self -sacrifice/ aggressive criteria, extreme criticize and emotional inhibition) were higher in comparison with normal people.

Conclusion: This study revealed that according to influence of early maladaptive schemas on celiac sickness, psychological training courses and schema therapy in order to improve emotional and cognitive patterns of these patients.

Keywords: Celiac, Early Maladaptive Schemas, Personality

*Corresponding Author:

Address: Tehran, Tehran University of Medical Sciences, Department of anesthesiology

Email: alirezasaliminia@yahoo.com

مقایسه پنج عامل بزرگ شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران دچار سلیاک و افراد سالم

نرگس برزگر حسین آبادی^۱، علیرضا سلیمی نیا^{۲*}، عصمت دانش^۳، رقیه نوری پور لیاولی^۴

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات استان البرز، ایران

۲- استادیار، گروه بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران

۴- کارشناس ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۷ تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۹

چکیده

زمینه و هدف: بیماری سلیاک یک التهاب ایمنی روده کوچک می‌باشد که ناشی از حساسیت به گلوتن در رژیم غذایی و پروتئین‌های مرتبط با آن در افراد به طور ژنتیکی است. این پژوهش با هدف تعیین پنج عامل بزرگ شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران دچار سلیاک و افراد سالم انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مورد-شاهدی تعداد ۱۰۸ بیمار مبتلا به سلیاک به روش نمونه‌گیری در دسترس و ۱۰۸ نفر از افراد غیر بیمار از ۴ دانشکده پرستاری، روان‌شناسی، ادبیات و حسابداری دانشگاه آزاد اسلامی کرج به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. هر دو گروه پرسش‌نامه‌های نسخه کوتاه پنج عاملی شخصیت نئو و طرحواره‌های ناسازگار یانگ را پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل، آزمون تجزیه و تحلیل واریانس و تحلیل واریانس چند متغیره، آزمون بن فرونی و آزمون لاندای ویکلز و در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که از میان پنج عامل بزرگ شخصیت، نمره روان‌آزرده‌گی بیماران دچار سلیاک بیشتر از افراد سالم بود. همچنین نمره‌های بیماران در مولفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی، نقص/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته/گرفتار، شکست، استحقاق/بزرگ منشی، خویشتن - داری و خود انضباطی ناکافی، اطاعت، ایثار، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی و بازداری هیجانی در مقایسه با افراد سالم، بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: این بررسی نشان داد که با توجه به تأثیر پذیری بیماری سلیاک از طرحواره‌های ناسازگار اولیه، می‌توان از دوره‌های آموزشی روان‌شناختی و طرحواره درمانی در بهبود الگوهای هیجانی و شناختی این بیماران استفاده کرد.

واژگان کلیدی: سلیاک، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شخصیت

*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه بیهوشی

Email: alirezasaliminia@yahoo.com

مقدمه

در طول سالیان زیاد تغییرات عمده در نحوه زندگی و رژیم غذایی ناشی از انقلاب کشاورزی باعث پدید آمدن بیماری‌های جدیدی مثل بیماری سلیاک (Celiac Disease-CD) می‌شود (۱). بیماری سلیاک یک بیماری تغذیه‌ای مزمن است که باعث اشکال در جذب مواد مغذی می‌شود. التهاب روده هنگامی آغاز می‌شود که یک بیماری سلیاکی شروع به خوردن غذاهای حاوی گلوتن کند. گلوتن پروتئینی است که در گندم، جو و خانواده حبوبات یافت می‌شود. واکنش سیستم ایمنی بر ضد گلوتن، باعث واکنش التهابی در دیواره روده می‌شود. در حالت طبیعی مخاط روده کوچک با میلیون‌ها پرز پوشیده شده که سطح جذب روده را افزایش می‌دهند. در التهاب ناشی از سلیاک پرزهای روده کوچک به طور موقت آسیب می‌بینند که باعث کاهش جذب غذا می‌شود. وقتی گلوتن از غذا حذف شود، التهاب کاهش می‌یابد و روده شروع به التیام یافتن می‌کند. پیشرفت علائم از یک بیمار به بیمار دیگر متفاوت است (۲).

در طول دو دهه اخیر میزان تشخیص بیماری سلیاک در اغلب کشورهای غربی و همین‌طور در کشور ایران سیر صعودی قابل توجهی داشته است. پیش از این دوره‌ها اغلب پزشکان تصور می‌کردند که بیماری سلیاک در کشور ایران بسیار نادر است و این بیماری را در تشخیص افتراقی بیمارانی که علائمی از سوء جذب داشتند، قرار نمی‌دادند. با ظهور طیف جدیدی از تست‌های سولوژیک که برای بررسی‌های تشخیصی اولیه بیماری سلیاک استفاده می‌شوند امکان تشخیص این بیماری بهتر شد. مطالعات فراوانی با استفاده از این تست‌ها جهت بررسی شیوع بیماری سلیاک در اغلب کشورهای اروپایی، آمریکای شمالی و جنوبی، هند و خاورمیانه انجام شد. نتایج آنها حاکی از این بود که شیوع سلیاک در اغلب این مناطق بالا است. این یافته بر خلاف تصورات قبلی است که بیماری سلیاک را مخصوص کشورهای اروپایی به ویژه اسکانندویناوی می‌پنداشتند (۳). در کشور ایران نیز اولین مطالعات

غربال‌گری توسط مرکز تحقیقات گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت پذیرفت و مشاهده گردید که شیوع این بیماری در ایران نیز بالا است. نکته قابل توجه در مورد نتایج این مطالعات تظاهرات این بیماری است که محدود به دستگاه گوارش نمی‌شود و شامل یک طیف وسیع از بی‌علامتی یا علائم خفیف گوارشی یا عصبی تا سوء تغذیه شدید می‌باشد (۱). برخی از مشخصات بالینی و آزمایشگاهی بیماران سلیاک شامل فقر آهن، بی‌اشتهایی، درد استخوانی، افسردگی، اسهال، نازایی، سستی، تهوع و استفراغ، دردهای مکرر شکمی، آفت مکرر دهانی، سقط‌های مکرر، کوتاهی قد، کاهش وزن و افزایش توجیه ناپذیر آنزیم‌های کبدی می‌باشد (۴).

با توجه به این که بیماری سلیاک معمولاً در دوران کودکی بروز می‌کند و همان‌طور که گفته شد، بیماری‌های جسمی، حرکتی، ذهنی و روانی را نیز به همراه می‌آورد، می‌تواند در مراحل مختلف رشد بر شکل‌گیری شخصیت فرد تأثیرگذار باشد (۵). بررسی ویژگی‌های شخصیتی بیمار و برداشت کلی از بیماری ضروری به نظر می‌رسد، زیرا درمان‌گر یا مراقبت بهداشتی باید بتواند تشخیص دهد که یک بیمار چگونه به تهدید بیماری، مصرف دارو و تحمل یک روش درمانی، پیروی از یک رژیم غذایی یا برنامه ورزشی واکنش نشان خواهد داد (۶). یکی از نظریاتی که در زمینه مفهوم‌سازی از شخصیت مطرح شده است نظریه پنج عاملی (۷) است. در مفهوم‌سازی کاستا و مک کری از نظریه پنج عاملی شخصیت، پنج عامل بزرگ شخصیت، یعنی روان آزرده‌گرایی (Neuroticism)، برون‌گرایی (Extraversion)، گشودگی (Openness Experience)، موافق بودن (Agreeableness) و باوجدان بودن (Conscientiousness) توجهات زیادی را به خود جلب نموده‌اند (۸).

تأثیر سلیاک بر بیماران عمیق بوده و می‌تواند موجب عواقب قابل‌ملاحظه‌ای شود. بسیاری از بیماران مشکلاتی در خودانگاره، اعتمادبه‌نفس و درک از خود،

هستند (۱۰). با توجه به مطالب فوق، هدف پژوهش حاضر، مقایسه پنج عامل بزرگ شخصیت و طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران دچار سلیاک و افراد سالم می باشد.

مواد و روش ها

در این مطالعه مورد-شاهدی جامعه آماری شامل ۱۵۰ نفر بیمار دچار سلیاک مراجعه کننده به درمانگاه های سرپایی و بخش های بستری تخصصی گوارش در بیمارستان شریعتی و انجمن بیماران سلیاک تهران که سن آنها بین ۵۰-۲۰ سال بوده و دچار بیماری مزمن دیگری (بیماری روانی و عقب ماندگی ذهنی و بیماری جسمی) نبوده و داروی خاصی به غیر از داروهای مرتبط با بیماری سلیاک مصرف نمی کردند، بود. جامعه آماری گروه مقایسه، شامل کلیه دانشجویان دانشکده پرستاری، روان شناسی، ادبیات و حسابداری دانشگاه آزاد اسلامی کرج بود.

نمونه مورد مطالعه بر اساس جدول مورگان در این تحقیق در مطلوب ترین شکل ۱۰۸ نفر برآورد شد که به صورت در دسترس برگزیده شدند. به این صورت که محقق پس از مراجعه به درمانگاه های سرپایی و بخش های بستری تخصصی گوارش در بیمارستان شریعتی و انجمن بیماران سلیاک، بیمارانی که ویژگی های جامعه تحقیق را داشتند، شناسایی و از ایشان خواسته شد تا به پرسش نامه های پنج عاملی شخصیت نئو و پرسش نامه طرحواره های ناسازگار اولیه پاسخ دهند. هم چنین نمونه افراد سالم به تعداد ۱۰۸ نفر از جامعه آماری مورد نظر به صورت در دسترس برگزیده شدند. به این صورت که محقق پس از مراجعه به دانشگاه کرج و انتخاب ۴ دانشکده پرستاری، روان شناسی، ادبیات و حسابداری به صورت تصادفی با انجام مصاحبه اولیه به منظور شناسایی این که افراد دچار هیچ گونه بیماری جسمانی و روان شناختی خاصی نباشند، نمونه مورد نظر را انتخاب کرد.

پرسش نامه شخصیتی نئو (Neuroticism Extraversion Openness Personality Inventory-Revised-NEOPI-R) یکی از آزمون های شخصیتی است که بر اساس تحلیل عوامل ساخته شده بوده و از جدیدترین ابزارها در زمینه شخصیت است که توسط مک کری و

سازگاری روانی ضعیف، افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند (۹). مطالعات نشان داده اند که سلیاک با جنبه های مختلف زندگی نظیر زندگی اجتماعی، ورزش، روابط بین فردی و زناشویی و توانایی کار کردن تداخل ایجاد می کند (۱۰). با توجه به این بیماری سلیاک می تواند در مراحل مختلف رشد بر شکل گیری شخصیت تأثیر گذار باشد. هم چنین این بیماری می تواند بر فرایندهای شناختی-هیجانی افراد مبتلا تأثیر بگذارد. همان طور که یکی از مکانیزم های شناختی بررسی شده در زمینه بیماری ها، طرحواره های ناسازگار اولیه است.

تجارب آسیب رسان اولیه نظیر ناکامی در تأمین نیازها، قربانی شده یا مورد آسیب قرار گرفتن، ارضای بیش از حد نیازها و همانندسازی با افراد مهم سبب شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه می شود. این طرحواره های ناکارآمد بوده و در طی کودکی و نوجوانی شکل می گیرند و در طول زندگی تداوم می یابند (۱۱). بر اساس نظریه شناختی، هنگامی که یکی از طرحواره های ناسازگار اولیه فراخوانده می شوند بیمار هیجان منفی قوی و شدیدی همانند سوگ، شرم، ترس یا خشم را تجربه می کند که این هیجانات منفی می تواند منجر به استرس شود (۱۲).

طرحواره ها در طول دوره تحول فرد شکل گرفته اند به این معنا که به موازاتی که فرد از محیط پیرامون خود اطلاعات را دریافت می کند آن را پردازش و فیلتر می کند. هر فردی به طور منحصر به فرد و بر اساس ادراک و معنی که به این اطلاعات می دهد، آنها را دسته بندی می کند و آن اطلاعات را سازمان می دهد. طرحواره ها الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند که در اوایل دوره رشد، آغاز شده و در طول زندگی تکرار می شود. البته تمام طرحواره ها به دلیل وقایع آسیب رسان یا بد رفتاری های کودکی شکل نمی گیرند. طرحواره های ناسازگار اولیه و شیوه ناکارآمدی که بیماران از طریق آنها یاد می گیرند با دیگران کنار بیایند، اغلب زیربنای علائم اختلالات مزمن محور یک همانند اختلالات اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد و روان تنی

کوستا در سال ۱۹۸۵ تحت عنوان پرسش نامه شخصیتی نشو معرفی شد.

در این پژوهش از فرم ۶۰ جمله ای آزمون نشو استفاده شده است که برای ارزیابی مختصر و سریع پنج عامل اصلی (روان رنجور خوئی، برونگرایی، پذیرا بودن، سازگاری، مسئولیت پذیری) طراحی شده است. این آزمون از پنج مجموعه ۱۲ جمله ای مربوط به هر یک از شاخص ها تشکیل شده است. فرم کوتاه پرسش نامه نشو بر اساس NEO PI-R ساخته شده و با این که هنجار جدیدی برای آن ارائه شده، اما دارای همان شکل اولیه است. گزینش عبارت های آزمون بر اساس محاسبات اعتباریابی و واکاوی عوامل از روی آزمون NEO PI-R انجام گرفته است. شیوه نمره گذاری سؤالات به صورت لیکرت پنج گزینه ای از کاملاً مخالفم (۰)، مخالفم (۱)، نظری ندارم (۲)، موافق (۳) و کاملاً موافقم (۴) می باشد (۸).

کیامهر پایایی این آزمون را با استفاده از روش باز آزمایی در میان ۶۴ نفر به فاصله دو هفته برای عوامل روان رنجوری، برون گرایی، تجربه پذیری، توافق پذیری و وجدان گرایی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۴، ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۸۲ گزارش نمود (۱۳).

پرسش نامه فرم کوتاه طرحواره یانگ early maladaptive Schemas: این پرسشنامه توسط جفری یانگ ساخته شده است و پژوهش های روان سنجی آن توسط اسمیت، جوینر، یانگ و تلچ صورت گرفته است. در ایران توسط آهی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران انجام و هنجاریابی شده است. این پرسش نامه یک ابزار ۷۵ سؤالی برای سنجش طرحواره های ناکارآمد اولیه با طیف لیکرت بر روی یک مقیاس ۶ درجه ای از "کاملاً درست درباره من" تا "کاملاً غلط درباره من" درجه بندی می شود. هر عبارت بر اساس یک مقیاس ۶ درجه ای نمره گذاری می شود. نمره "کاملاً نادرست"، نمره ۲ برای "بیشتر نادرست"، نمره ۳ برای "تا حدی نادرست"، نمره ۴ "تقریباً درست"، نمره ۵ برای "بیشتر درست" و نمره ۶ برای "کاملاً درست"، در این پرسش نامه هر ۵ عبارت

یک طرحواره را می سنجد سپس برای به دست آوردن نمره هر خرده مقیاس در طرحواره های ناکارآمد، جمع نمرات در هر ۵ عبارات محاسبه می شود.

هنجاریابی این پرسش نامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه های تهران انجام شده است که همسانی درونی این پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در افراد مونث ۰/۹۷ و در افراد مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است. نتایج حاصل از این مطالعه ضمن ارائه نرم ایران این پرسش نامه، نشان داد که پرسش نامه طرحواره ها در نمونه جمعیت ایرانی به جای ۱۵ عامل، ۱۲ عامل را در بر می گیرد که به ترتیب زیر نامگذاری می شد؛ وابستگی / شکست، بیگانگی / انزوای اجتماعی، نقص / شرم، محرومیت هیجانی، خود انضباطی / ضعیف / اطاعت، آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری، معیارهای سرسختانه، خود تحول نیافته / خود گرفتار، بی اعتمادی / بد رفتاری، بازداری هیجانی، رهاشدگی و ایثار (۱۴).

برای تجزیه و تحلیل داده ها، با توجه به هدف پژوهش، نوع متغیرها و مقیاس اندازگیری آنها از آزمون تی مستقل، آزمون تجزیه و تحلیل واریانس و تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره، آزمون بن فرونی و آزمون لاندای ویکلز استفاده شد که با نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

یافته ها

در این پژوهش بیماران سلیاک زن ۶۵ نفر (۶۰/۲ درصد) و مرد ۴۳ نفر (۳۹/۸ درصد) بودند، افراد سالم زن ۴۳ نفر (۳۹/۸ درصد) و مرد ۵۲ نفر (۴۸/۱ درصد)، افراد مجرد دچار سلیاک ۵۰ نفر (۴۶/۳ درصد) و افراد متأهل ۵۸ نفر (۵۳/۷ درصد)، افراد مجرد سالم ۴۵ نفر (۴۱/۷ درصد) و افراد متأهل ۶۳ نفر (۵۸/۳ درصد) بودند.

تحصیلات افراد دچار سلیاک؛ سیکل ۱۰ نفر (۹/۲ درصد)، دیپلم ۳۳ نفر (۳۰/۵ درصد)، دانشجوی ۱ نفر (۰/۹ درصد)، فوق دیپلم و کارشناسی ۶۲ نفر (۵۷/۴ درصد) کارشناسی ارشد ۲ نفر (۱/۸ درصد)؛ افراد سالم؛ دیپلم ۱ نفر (۰/۹ درصد)، دانشجو ۱۸ نفر (۱۶/۷ درصد)، فوق دیپلم و

کارشناسی ۶۶ نفر (۶۱/۱) و کارشناسی ارشد ۲۳ نفر (۲۱/۳) برای بررسی تفاوت بین روان آزرده‌گی در بیماران دچار سلیاک و افراد سالم از آزمون تی مستقل استفاده شد و نتایج در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون تی برای مقایسه روان آزرده‌گی در بیماران دچار سلیاک و افراد سالم

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	p	t	df
روان آزرده‌گی	سلیاک	۲۲/۷۱	۲/۸۳	۰/۵۵۶**	۰/۴۵۷	-۳/۴۲۵	۲۱۴
	سالم	۲۱/۳۷	۲/۸۸				

$p < ۰/۰۵^{**}$

با وجدان بودن در بیماران دچار سلیاک و افراد سالم در سطح ۰/۰۵ معنی دار است و لذا بین بیماران دچار سلیاک و افراد سالم در ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و با وجدان بودن تفاوت وجود دارد. برای بررسی میزان تفاوت بین میزان بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل بیماران دچار سلیاک با افراد سالم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. مقدار آماره لاندای ویلکز از لحاظ آماری $[F = ۰/۱۱۴, \eta^2 = ۰/۰۰۱, p < ۰/۰۵, ۱۵۹/۴۴۱]$ و برای اثر عامل میزان بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل بیماران دچار سلیاک و افراد سالم در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار شد. بر این اساس چنین نتیجه می‌شود که آزمون‌های معنی‌داری چند متغیره در رابطه با اثر عامل میزان بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل بیماران معنی دار است.

چنان که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد با توجه به برقراری مفروضه همسانی واریانس‌ها و با توجه به آن که تی محاسبه شده برای روان آزرده‌گی در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی دار است. بنابراین بین روان آزرده‌گی در بیماران دچار سلیاک و افراد سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین روان آزرده‌گی بیماران بیشتر است. برای بررسی میزان تفاوت بین ویژگی‌های شخصیتی در بیماران دچار سلیاک و سالم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. مقدار آماره لاندای ویلکز از لحاظ آماری $[F = ۰/۹۹۲, \eta^2 = ۰/۰۰۱, p < ۰/۰۵]$ معنی دار نشد. بنابراین نتیجه می‌شود، آزمون‌های معنی‌داری چند متغیره در رابطه با اثر ویژگی‌های شخصیتی درون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و با وجدان بودن در بیماران دچار سلیاک و افراد سالم در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار نیست.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، F محاسبه شده برای ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و

جدول ۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای هر یک از ویژگی‌های شخصیتی به طور جدا گانه در بیماران دچار سلیاک و سالم

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F
سلیاک و سالم	برون‌گرایی	۰/۲۲۷	۱	۰/۲۲۷	۰/۰۲۲*
	گشودگی	۵/۰۴۲	۱	۵/۰۴۲	۰/۴۵۷*
	موافق بودن	۲/۴۴۹	۱	۲/۴۴۹	۰/۲۷۱*
	با وجدان بودن	۱۳/۰۰۵	۱	۱۳/۰۰۵	۰/۹۶۸*

$p < ۰/۰۵^{**}$ $p < ۰/۰۱^*$

شکست، گرفتاری و اطاعت در سطح ۰/۰۵ معنی دار است و لذا بین بیماران دچار سلیاک و افراد تفاوت وجود دارد. میانگین‌ها نشان می‌دهد که طرد و رها شدگی، محرومیت

جدول ۳ نشان می‌دهد F محاسبه شده برای طرد و رها شدگی، محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی، نقص و شرم، انزوای اجتماعی، وابستگی، آسیب‌پذیری در برابر بیماری،

لانندای ویلکز از لحاظ آماری [$\eta^2 = 0/178$ ، $p < 0/05$ ، $F = 326/035$] برای اثر عامل محدودیت مختل و دیگر جهت مندی بیماران دچار سلیاک و افراد سالم در سطح کمتر از 0/05 معنی دار شد. بر این اساس چنین نتیجه می شود که آزمون های معنی داری چند متغیره در رابطه با اثر عامل محدودیت مختل و دیگر جهت مندی بیماران معنی دار است.

هیجانی، بی اعتمادی، نقص و شرم، انزوای اجتماعی، وابستگی، آسیب پذیری در برابر بیماری، شکست، گرفتاری و اطاعت بیماران دچار سلیاک بیشتر از افراد سالم است. برای بررسی میزان تفاوت بین میزان محدودیت مختل و دیگر جهت مندی بیماران دچار سلیاک با افراد سالم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. مقدار آماره

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای هر یک از مؤلفه های میزان بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل به طور

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای هر یک از مؤلفه های میزان بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل به طور جداگانه بیماران دچار سلیاک و افراد سالم

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F
سلیاک و سالم	طرد و رها شدگی	۴۹۴۹/۷۹۶	۱	۴۹۴۹/۷۹۶	۸۱۴/۰۳۶*
	محرومیت هیجانی	۳۶۵۰/۶۶۷	۱	۳۶۵۰/۶۶۷	۴۵۰/۰۶۸*
	بی اعتمادی	۳۵۶۸/۹۰۷	۱	۳۵۶۸/۹۰۷	۴۵۲/۴۲۲*
	نقص و شرم	۳۰۳۰/۰۰۵	۱	۳۰۳۰/۰۰۵	۳۲۵/۶۹۶*
	انزوای اجتماعی	۲۵۰۷/۸۵۲	۱	۲۵۰۷/۸۵۲	۲۳۰/۴۸۱*
	وابستگی	۱۳۹۰/۲۹۶	۱	۱۳۹۰/۲۹۶	۱۳۸/۲۳۵*
	آسیب پذیری	۳۹۳۵/۵۷۴	۱	۳۹۳۵/۵۷۴	۴۳۷/۰۷۶*
	شکست	۳۰۶۰/۰۴۲	۱	۳۰۶۰/۰۴۲	۲۵۵/۴۱۰*
	گرفتار	۲۶۶۷/۰۴۲	۱	۲۶۶۷/۰۴۲	۲۵۰/۵۸۹*
	اطاعت	۳۱۶۶/۳۳۸	۱	۳۱۶۶/۳۳۸	۳۰۴/۰۶۸*

* $p < 0/05$ ** $p < 0/01$

تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. مقدار آماره لانندای ویلکز از لحاظ آماری [$\eta^2 = 0/200$ ، $p < 0/05$ ، $F = 426/450$] برای اثر عامل گوش به زنگی بیش از حد و بازداری بیماران دچار سلیاک و افراد سالم در سطح کمتر از 0/05 معنی دار شد. بر این اساس چنین نتیجه می شود که آزمون های معنی داری چند متغیره در رابطه با اثر عامل گوش به زنگی بیش از حد و بازداری بیماران معنی دار است.

جدول ۴ نشان می دهد F محاسبه شده برای استحقاق، ایشار و خویشتن داری در سطح 0/05 معنی دار است و لذا بین بیماران دچار سلیاک و افراد سالم تفاوت وجود دارد. میانگین ها نشان می دهد که استحقاق، ایشار و خویشتن داری بیماران دچار سلیاک بیشتر از افراد سالم است. برای بررسی میزان تفاوت بین میزان گوش به زنگی بیش از حد و بازداری بیماران دچار سلیاک با افراد سالم از آزمون

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای هر یک از مؤلفه های محدودیت مختل و دیگر جهت مندی به طور جدا گانه بیماران دچار سلیاک و افراد سالم

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F
سلیاک و سالم	استحقاق	۵۴۷۰/۲۲۷	۱	۵۴۷۰/۲۲۷	۸۱۴/۰۳۶*
	ایشار	۲۳۶۰/۱۶۷	۱	۲۳۶۰/۱۶۷	۴۵۰/۰۶۸*
	خویشتن داری	۳۷۳۳/۳۵۲	۱	۳۷۳۳/۳۵۲	۴۵۲/۴۲۲*

* $p < 0/05$ ** $p < 0/01$

تفاوت وجود دارد. میانگین‌ها نشان می‌دهد که گوش به زنگی بیش از حد و بازداری هیجانی بیماران دچار سلیاک بیشتر از افراد سالم است.

جدول ۵ نشان می‌دهد F محاسبه شده برای گوش به زنگی بیش از حد و بازداری هیجانی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است و لذا بین بیماران دچار سلیاک و افراد سالم

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای هر یک از مؤلفه‌های گوش به زنگی بیش از حد و بازداری به طور جدا گانه بیماران دچار سلیاک و افراد سالم

F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	متغیرهای وابسته	منبع تغییرات
۴۵۲/۳۷۹*	۳۳۹۲/۲۹۶	۱	۳۳۹۲/۲۹۶	معیارهای سرسختانه	سلیاک و سالم
۶۵۶/۷۷۰*	۵۰۸۴/۷۴۱	۱	۵۰۸۴/۷۴۱	بازداری هیجانی	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

متعددی بیماری سلیاک را تحت تأثیر قرار دهد. بدین گونه که وجود اضطراب در روان‌آزرده‌گی می‌تواند حساسیت فرد را نسبت به عوامل استرس‌زایی زندگی افزایش و سازگاری آن را با شرایط ناخوشایند کاهش دهد و احتمال افسردگی را افزایش دهد. این یافته با یافته‌های پژوهش کار و فرانسس (۱۷)، سینیسکالچی و همکاران (۱۸)، برومت و همکاران (۱۹)، ادولاتو و همکاران (۲۰)، مانز و همکاران (۲۱) و رایان (۲۲) هم‌خوانی دارد.

لین و همکاران در مطالعاتی که بر روی بیماران دیابتی انجام دادند، مطرح کردند افرادی که ویژگی روان‌آزرده‌گی بالایی دارند احتمال روبه‌رو شدن با رویدادهای استرس‌زایی که حملات افسردگی را در پی دارند، افزایش می‌دهد. از این رو می‌توان گفت که ویژگی روان‌آزرده‌گی فرد را مستعد تجربه بیشتر رویدادهای استرس‌زا نموده و احتمال ابتلا به افسردگی را در این بیماران افزایش می‌دهد (۲۳). هم‌چنین در یک مطالعه مقایسه‌ای که لارسن و همکاران انجام دادند، نشان داده شد که شاخص طبقه اجتماعی پایین و عوامل استرس‌زا با بیماری سلیاک ارتباط مستقیم دارد زیرا علائم روان‌شناختی این بیماری که اضطراب و افسردگی می‌باشد را افزایش می‌دهد (۲۴).

با تحقیقات انجام‌گرفته توسط حسینی و لطیفیان (۲۵) مطرح کردند که نیاز به شناخت با گشودگی نسبت به تجربه، با وجدان بودن و برون‌گرایی ارتباط مثبت دارد و با نوزگرایی ارتباط منفی دارد. آنها مطرح کردند که فقط گشودگی به تجربه نیاز به شناخت را تبیین می‌کند.

بحث

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین افراد دچار سلیاک با افراد سالم از نظر ویژگی‌های شخصیتی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر اساس نتایج شاخص‌های توصیفی روان‌آزرده‌گی بالاترین میانگین و گشودگی نسبت به تجربه کمترین میانگین را در ویژگی‌های شخصیتی و معیارهای سرسختانه بالاترین میانگین و وابستگی کمترین میانگین را در طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران دچار سلیاک است.

شخصیت به عنوان ویژگی‌هایی تعریف می‌شود که تا اندازه‌ای قابل پیش‌بینی بوده، بر عواطف، شناخت و الگوهای رفتاری انسان تأثیر می‌گذارد (۱۵)؛ بنابراین بررسی ویژگی‌های شخصیتی بیمار و برداشت کلی او از بیماری ضروری به نظر می‌رسد، زیرا درمان‌گر یا مراقب بهداشتی باید بتواند تشخیص دهد که یک بیمار چگونه به تهدید بیماری، مصرف دارو و تحمل یک روش درمانی، پیروی از یک رژیم غذایی و واکنش نشان خواهد داد (۱۶).

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده بین روان‌آزرده‌گی در بیماران دچار سلیاک و افراد سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که روان‌آزرده‌گی در بیماران دچار سلیاک بیشتر از افراد سالم است. با توجه به این که روان‌آزرده‌گی رویه‌های اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، شرم، تکانش‌وری و آسیب‌پذیری را در برمی‌گیرد. انتظار می‌رود به طرق

از آنجا که گشودگی به تجربه با ویژگی های مانند تخیل قوی، عقلانیت و کنجکاوی و تمایل به افکار نو و جدید مشخص می شود پیشایندهای معنی دار و مثبتی برای نیاز به شناخت است که می تواند گرایش افراد را به درگیر شدن و لذت بردن از تفکر پرتلاش را تبیین کند. افرادی که نیاز به شناخت بالایی دارند، به صورت درونی برانگیخته می شوند، تمایل به نشان دادن کنجکاوی دارند و نسبت به افکار مختلف پذیرا هستند.

طرحواره های ناسازگار اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی ریشه دارند. نکته مهم این که طرحواره هایی که زودتر به وجود می آیند، معمولاً قوی تر هستند، از خانواده های هسته ای نشان می گیرند و در واقع پویایی های جهان ذهنی کودک هستند. طرحواره ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می آیند و به عنوان صافی اثبات یا تأیید تجارب کودکی عمل می کنند. به همین دلیل طرحواره های منفی در افرادی که تجارب کودکی مشکل آفرین دارند، به نشانه های مثل اضطراب یا افسردگی منجر می شوند. در مقابل طرحواره های ناسازگار اولیه که موجب تحمیل دیدگاهی منفی نسبت به وقایع زندگی می شوند، دیدگاه خوش بینانه موجب فراخوانی هیجان مثبت می شود و کیفیت مقابله با فشار روانی را در فرد بهبود می بخشد (۲).

این نتیجه نشان می دهد که بیماران دچار سلیاک آسیب های روانی و شخصیتی به مراتب بیشتری نسبت به افراد سالم دارند؛ از طرفی نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که طرحواره های ناسازگار طرد و رهاشدگی، بی اعتمادی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری قوی ترین عامل بیماری سلیاک می باشد. این نتایج همسو با مطالعات رومل و همکاران (۲۶)، و رایان و همکاران (۲۲) است.

نتایج این پژوهش قبل از هر چیز به نقش واسطه ای ویژگی های شخصیتی و طرحواره ها در آسیب شناسی روانی بیماری سلیاک صحنه می گذارد. پژوهشگران در این تحقیق سعی در بررسی محتوای شخصیتی و شناختی خاص مرتبط با

بیماری سلیاک داشتند که این محتوای شخصیتی و شناختی در چارچوب پنج عامل بزرگ شخصیت و طرحواره های ناسازگار اولیه بررسی شد؛ بر اساس نتایج به دست آمده بیماران مبتلابه سلیاک در حیطه شناختی-هیجانی دارای مشکلات بیشتری هستند. به این صورت که بیماران دچار سلیاک در حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه؛ حوزه اول: طرد و رهاشدگی (محروریت هیجانی، بی اعتمادی، نقص / شرم، انزوای اجتماعی / بیگانگی)، حوزه دوم: خودگردانی عملکرد مختل (وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، شکست)، حوزه سوم: محدودیت های مختل (استحقاق / بزرگ منشی، خویش داشتن داری و خود انضباطی ناکافی)، حوزه چهارم: دیگر جهت (اطاعت، ایثار) و حوزه پنجم: گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی، بازداری هیجانی) نمره بالاتری دارند. یافته های این مطالعه به طور تلویحی، نیاز به اجرای پژوهش هایی در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری طرحواره محور را در درمان افراد دچار سلیاک مطرح می کند. در پروتکل های درمانی این پژوهش ها، علاوه بر تکنیک های رفتاری و به چالش کشیدن افکار خود آیند منفی درباره بیماری، لازم است که طرحواره های ناسازگار نیز مورد مداخله قرار گیرند؛ اما اثربخشی قابل ملاحظه درمان های شناختی-رفتاری کلاسیک، به این معنا است که درمان های طرحواره محور باید به عنوان درمان تکمیلی برای بیماری سلیاک در نظر گرفته شود؛ این امر گامی مهم در جهت تبیین و وضوح بخشی به اختلالات خواهد بود و از طرفی تلویحات مهمی در زمینه های درمانی خواهد داشت در این راستا به نظر می رسد این حیطه نیازمند بررسی دقیق و جداگانه اختلال به منظور تبیین آنها و ترسیم نمای طرحواره های ناسازگار اولیه دخیل در تداوم علائم سلیاک است. استفاده از مداخله آموزشی مبتنی بر مدل طرحواره ها، مداخله ای اثربخش و کارآمد در زمینه کار با بیماران دچار سلیاک و افزایش بهبودی است که می تواند به عنوان یک

relationship between celiac disease and psychosis. J of Mazandaran Uni of Med Sci. 2009;15(46): 38-45. [Persian]

5. Hwang HJ, Facio L, Iantorno G, Sugai E, Moreno ML, Vázquez H, et al. Increased prevalence of celiac disease and positive markers of gluten sensitivity in patients with chronic constipation. Gastroenterology. 2011; 140(5): S-444.

6. Craig D, Robins G, Howdle PD. Advances in celiac disease. Current opinion in gastroenterology. 2007;23(2):142-8.

7. Yadollahi Bastani S, Hosseini A, Montazeri M. Relationship between the Five Factor Personality and early maladaptive schemas. Proceedings of the First National Conference of character and modern life in Islamic Azad University of Sanandaj. 2010; 50-7. [Persian]

8. Haghshenas H. Five-factor personality traits: guidelines for interpreting and testing norms NEO-PI-R, NEO-FFI. Shiraz University of Med Sci Press. 2006. [Persian]

9. Mulak A, Waszczuk E, Paradowski L. Anorectal function and visceral hypersensitivity in celiac disease. Journal of clinical gastroenterology. 2010;44(10):e249-e52.

10. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. Journal of anxiety disorders. 2013;27(3):278-88.

11. Young J, Kloskoo M. Schema Therapy: Translated by H. Hamid Pour, A. Zarandoz. Iran, Tehran: Arjmand Press, 2008. [Persian]

12. Rafie S, Hatami A, Foroghi A. The relation between early maladaptive schemas and attachment style in women with marital infidelity. J of Res Soci Women. 2011; 2(1):21-36. [Persian]

13. Kiamehr J. Normalization of the short form of the NEO Five-Factor Inventory and the factor structure of the human sciences students at Tehran University [dissertation]. Allameh Tabatabai University, 2002. [Persian]

14. Ahi Gh, Young Schema Questionnaire-Short normative issue. Master Thesis Psychology, Tehran, Faculty of Psychology and Educational Sciences [dissertation]. Allameh Tabatabai University; 2006. [Persian]

برنامه آموزشی استاندارد به مجموعه فنون بیماران سلیاک افزوده شود.

نتیجه گیری

نتایج این بررسی نشان داد که با توجه به تاثیر پذیری بیماری سلیاک از طرحواره های ناسازگار اولیه، می توان از دوره های آموزشی روان شناختی و طرحواره درمانی در بهبود الگوهای هیجانی و شناختی این بیماران استفاده کرد.

با توجه به این که نمونه مورد مطالعه این پژوهش را بیماران استان تهران تشکیل می دادند و این پژوهش فقط بر روی بیماری سلیاک انجام گرفته است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر گروه ها باید احتیاط شود.

در پایان، به پژوهشگران علاقه مند پیشنهاد می شود، در پژوهش های آینده نقش متغیرهای واسطه ای نظیر میزان فشار روانی تجربه شده و شیوه های فرزند پروری والدین را در شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه بیماران سلیاک را مورد بررسی و مطالعه قرار دهند.

تشکر و قدردانی

از انجمن تحقیقات گوارش و کبد بیمارستان شریعتی و بیماران عزیز که در امر این پژوهش همکاری لازم را داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی به عمل می آید.

منابع

1. Malekzadeh R, Shakeri R. Celiac disease in Iran. Journal of Medicine Tehran University of Medical Sciences. 2007; 6(2):1-11. [Persian]
2. Oveisi A, Bakhshani M. Comparison of early maladaptive schemas in male opioid-dependent and non-dependent Zahedan. J of Mental Health. 2010; 14(2):164-71. [Persian]
3. Aghayosefi A, Amirpour B. Evaluation of validity and reliability of early maladaptive schemas in children with factor analysis. J of Shahid Beheshti Uni of Med Sci. 2010;17(5):265-71. [Persian]
4. Zarghami M, Tirgar Fakheri H, Ajami A, Khalilian A, Aqilian A. Investigation

15. Markey CN, Markey PM, Ericksen AJ, Tinsley BJ. Children's behavioral patterns, the Five-Factor model of personality, and risk behaviors. *Personality and Individual Differences*. 2006;41(8):1503-13.
16. Reeves M, Taylor J. Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a nonclinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2007;14(2):96-104.
17. Carr SN, Francis AJ. Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive therapy and research*. 2010;34(4):343-58.
18. Siniscalchi M, Iovino P, Tortora R, Forestiero S, Somma A, Capuano L, et al. Fatigue in adult coeliac disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2005;22(5):489-94.
19. Brummett BR. Attachment style, early maladaptive schemas, coping self-efficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone-maintenance treatment: *ProQuest*; 2007; 8(2):18-82.
20. Addolorato G, Leggio L, D'Angelo C, Mirijello A, Ferrulli A, Cardone S, et al. Affective and psychiatric disorders in celiac disease. *Digestive diseases*. 2008;26(2):140-8.
21. Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2010;17(5):374-85.
22. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Differences in early maladaptive schemas in a sample of alcohol-and opioid-dependent women: Do schemas vary across disorders? *Addiction research & theory*. 2013;21(2):132-40.
23. Van Vlierberghe L, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y, Bögels S. Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of young's schema theory in youth. *Cognitive therapy and research*. 2010;34(4):316-32.
24. Toftedal P, Hansen DG, Nielsen C, Lillevang ST, Hansen TP, Husby S. Questionnaire-based case finding of celiac disease in a population of 8-to 9-year-old children. *Pediatrics*. 2010;125(3):e518-e24.
25. Hosseini F, Latifian M. The Big Five personality and need to know. *Iranian J of Psychology*. 2009;11 (3):50-8.[Persian]
26. Roemmele M, Messman-Moore TL. Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women. *Journal of child sexual abuse*. 2011;20(3):264-83.