

اثربخشی طرحواره درمانی بر رفتارهای خوردن، اضطراب و کاهش وزن افراد چاق

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۱۱

خلاصه

مقدمه

چاقی به یک نگرانی جدی برای سلامت عمومی تبدیل شده است که عوامل خطر زیادی را به دنبال خواهد داشت؛ این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر رفتارهای خوردن، اضطراب و کاهش وزن افراد چاق انجام شد.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل با یک دوره آزمون پیگیری بود. از جامعه آماری بیماران مبتلا به چاقی منطقه ۲ شهرستان تهران در سال ۱۴۰۰، تعداد ۴۵ نمونه به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند و طرحواره درمانی بر گروه آزمایش اعمال شد. یافته‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه رفتارهای خوردن (ون اشتراین و همکاران، ۱۹۸۶)، اضطراب (اسپیلبرگر و همکاران، ۱۹۷۰) و دستگاه سنجش وزن جمع‌آوری شد و با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات پس آزمون و آزمون پیگیری رفتارهای خوردن، اضطراب و وزن در گروه آزمایش کاهش پیدا کرد و نتایج تحلیل واریانس نشان داد که طرحواره درمانی بر بهبود رفتارهای خوردن، اضطراب و وزن بیماران مبتلا به چاقی اثربخش است ($p < 0/01$).

نتیجه گیری

پیشنهاد می شود برای بهبود رفتارهای خوردن، اضطراب و کاهش وزن افراد چاق از طرحواره درمانی استفاده شود.

کلمات کلیدی

چاقی، طرحواره درمانی، رفتارهای خوردن، اضطراب، وزن.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

مریم محمدی طراقی^۱

جمال صادقی*^۲

حسن احدی^۳

^۱گروه روانشناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی،
دبی، امارات متحده عربی.

^۲گروه روانشناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی،
بابل، ایران.

^۳گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران،
ایران.

* گروه روانشناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی،
بابل، ایران

Email: jamalsadeghi48@yahoo.com

مقدمه

بروز چاقی و اضافه وزن در سالیان اخیر بسیار افزایش یافته است و به یک نگرانی جهانی تبدیل شده است (۱). بسیاری از پژوهشگران چاقی را مهمترین بیماری تغذیه ای در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه دانسته و بیان می کنند. چاقی را به تجمع بیش از حد و غیرمعمول چربی در بافت چربی، تا حدی که سلامت شخص به خطر بیفتد تعریف شده است (۲) آن را به عنوان شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۲۹٫۹ در نظر گرفته اند (۳).

یکی از مسائل روانشناختی مورد توجه در بیماران مبتلا به چاقی، رفتارهای خوردن است (۴). رفتارهای خوردن، پدیده پیچیده‌ای است که در برگیرنده وسعت و فراوانی دوره های خوردن و انتخاب غذاهای روزانه می باشد و میزان دریافت انرژی کلی فرد را تعیین می کند نتیجه عوامل محیطی، فیزیولوژیکی و روانشناختی می باشد (۵). پژوهش ها نشان دادند که چاقی با اختلال خوردن ارتباط مستقیم دارد (۶). اختلال خوردن جزء شایع ترین، شدیدترین و ناتوان کننده ترین سندرم های سلامت روان هستند (۷) که احتمال مزمن شدن و مقاومت آنها نسبت به درمان زیاد است (۸). طبق نظریه روان تنی بیش خوری در پاسخ به هیجانها؛ به علت ناتوانی در برقراری تمایز بین برانگیختگی هیجانی و گرسنگی جسمانی است (۹).

از دیگر پیش بینی کننده های چاقی، اضطراب است (۱۰). اضطراب یکی از اختلال های شایع در بین افراد است و غالب انسان ها نسبت به تهدیدات، تنیدگی و اضطراب، علاوه بر واکنش های روانی، واکنش های جسمانی نیز نشان می دهند (۱۱). افراد دارای پرخوری و مبتلا به چاقی، اضطراب بالایی نیز دارند؛ در واقع یکی از علل چاقی و پرخوری می تواند اضطراب باشد (۱۲).

یکی از مشکلات افراد مبتلا به چاقی، اضافه وزن است. اگر شاخص توده بدنی (تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر) مساوی یا بزرگتر از ۲۵ باشد فرد دچار اضافه وزن است و اگر مساوی یا بزرگتر از ۳- باشد، فرد چاق است. اضافه وزن با بیماری های مختلفی مثل دیابت، سکتته، کلیوی مرتبط است

(۱۳-۱۴). در مطالعه ای کاهش وزن ملایم ۱/۲ درصد در هر سال به مدت ۴ سال باعث ۵۸ درصد کاهش خطر ابتلا به دیابت شد. این داده ها تأثیر حفظ دستاوردهای کاهش وزن را در به تعویق انداختن و پیشگیری از بیماری مثل دیابت نشان می دهد (۱۵).

همانطور که مشخص شد از متغیرهای مرتبط با چاقی، رفتارهای خوردن (۴)، اضطراب (۱۰) و اضافه وزن است. شایع ترین روش برای بیماران چاق استفاده از رژیم خاص غذایی و فعالیت های ورزشی است؛ اما مطالعات نشان می دهد که صرف رژیم غذایی و فعالیت بدنی برای اکثر بیماران مبتلا به چاقی کارساز نیست (۱۶)؛ این به دلیل ارتباط مستقیم رفتارهای خوردن، سبک زندگی و حالات روانی بیماران با چاقی است. در واقع چاقی متأثر از رژیم غذایی، فعالیت های فیزیکی و وراثت است و با سبک زندگی و مداخلات روانشناختی می توان آن را کاهش داد (۱۷). بنابراین می توان جهت بهبود بیماران مبتلا به چاقی از رویکردهای روان درمانی نیز سود برد.

یکی از درمان هایی که بر مسائل روانشناختی بیماران چاق می تواند موثر باشد، طرحواره درمانی است (۱۸). طرحواره ها 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 می یابند (ناتیج، لمپرث و ریس، ۲۰۱۷). طرحواره درمانی چهارده رسته راهبردهای تغییر یا فنون درمانی عمده را با یکدیگر تلفیق کرده و در فرایند درمان از این راهبردها بسته به شرایط درمانی بهره گرفته می شود که عبارتند از: فنون شناختی، رفتاری، تجربی و رابطه درمانی (۱۹). اگر طرحواره های ناسازگار اولیه افراد حل نشود و به راه حل مثبتی جهت یابی نگردد، می تواند به تنش در زندگی منجر شود. چرا که طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود- آسیب رسانی هستند که درابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته اند و در سیر زندگی تکرار می شوند (۲۰).

¹ Nenadić, Lamberth, Reiss

نتایج پژوهش کلاورت و همکاران (۲۱) نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش علائم اختلال خوردن می‌گردد. در پژوهشی دیگر مکلتوش و همکاران (۲۲) گزارش کردند که طرحواره درمانی باعث بهبود رفتارهای خوردن در بیماران چاق می‌شود. از طرف دیگر پورجبری و دشت بزرگی (۲۳) در پژوهشی خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش معنی‌دار اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق شد. محمودیان دستیانی و همکاران (۲۴) طی مطالعاتی دریافتند که طرح‌واره‌درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری دارای اثربخشی بالاتری بوده است برای بیماران پر اشتهای عصبی درمان شناختی رفتاری نیز اثربخش بوده است اما نسبت به طرح‌واره‌درمانی اثربخشی کمتری داشته است. با توجه به اثربخشی بالاتر طرح‌واره‌درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری نباید تصور کرد که برای این بیماران درمان نهایی طرح‌واره‌درمانی است زیرا ناگفته پیداست که بکارگیری تکنیک‌های این رویکرد، با رفتارهای فرهنگی و اجتماعی گره خورده است و باید درمان را منطبق با سایر عوامل زمینه ای در نظر داشت. سیمپسون و همکاران (۲۵) در پژوهشی به بررسی طرحواره درمانی بر بهبود رفتارهای خوردن پرداختند؛ نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر رفتارهای خوردن تاثیر معناداری دارد و می‌تواند آن را بهبود ببخشد.

با توجه به آنچه در مورد نقش مهم رفتارهای خوردن در فرآیند چاقی و همچنین ارتباط آن با برخی مشکلات روانشناختی این بیماران به ویژه اضطراب و اضافه وزن که گفته شد و همچنین اهمیت شناخت و حل طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد مخصوصاً بیماران چاق، می‌تواند نقش مؤثری را در بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان آنها ایفا کند. لذا با توجه به مطالب فوق این پژوهش به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی بر رفتارهای خوردن، اضطراب و کاهش وزن افراد چاق موثر است؟

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش های کاربردی و نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه آزمایش و یک گروه

کنترل به همراه آزمون پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد مبتلا به چاقی منطقه دو شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل داده بودند که از جامعه مذکور، طی یک فراخوان، افرادی که شرایط شرکت در پژوهش را داشتند فراخوانده شدند و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه، ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند؛ روش‌های مختلفی برای تعیین حجم نمونه وجود دارد که یکی از معیارهای تعیین حجم نمونه، روش پژوهش است، با توجه به اینکه روش این پژوهش به صورت آزمایشی خواهد بود، تعداد ۱۰ نفر برای هر گروه کفایت می‌کند. اما به جهت احتمال ریزش نمونه و همچنین افزایش قدرت تعمیم نتایج، در این پژوهش تعداد افراد نمونه ۳۰ نفر بود که هر کدام از گروه ها ۱۵ نفر را شامل شدند. ملاک-های ورود به پژوهش شامل مبتلا به چاقی، سن بالاتر از ۲۵ و پایین تر از ۶۰، داشتن تمایل و علاقه به شرکت کردن در مداخله درمانی و داشتن سواد حداقل دیپلم (جهت خواندن و نوشتن) بود و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از ابتلا به بیماری‌هایی مانند دیابت، فشارخون، بیماری های قلبی-عروقی یا اختلالات تیروئیدی که نیاز به دارودرمانی باشد، داشتن اختلالات مزمن روانی، مصرف داروهایی که وزن و اشتها را دچار اختلال می‌کنند، عدم حضور در بیش از دو جلسه مداخله علی رغم پیگیری. بدین ترتیب که ابتدا برای هر دو گروه پیش‌آزمون رفتارهای خوردن، سنجش فشار خون و وزن اجرا شد، سپس طرحواره درمانی به مدت ۱۰ جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد اما برای گروه کنترل، هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات برای گروه آزمایش، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. سپس به منظور سنجش پایداری نتایج، ۲ ماه بعد از اتمام پس‌آزمون، آزمونی با عنوان آزمون پیگیری انجام شد و در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به تحلیل یافته‌ها پرداخته شد.

به منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش، رضایت‌نامه‌ای تهیه شد که در آن به صورت کلی هدف پژوهش توضیح داده شده بود.

ترجمه و مجدداً به زبان اصلی ترجمه معکوس کرده و به شرکت سازنده ارائه کردند. آنها نشان دادند که نمره مقیاس های خوردن هیجانی و خوردن بازداری شده در افراد رژیم گیرنده و غیر رژیم گیرنده متفاوت است که این نشانگر روایی نسبی فرم فارسی است (۲۷). در پژوهش اشرفی، کچوئی و قزاقی (۲۸) همسانی درونی (آلفا) برای سه خرده مقیاس در ایران عبارتند از: آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای خوردن مهار شده ۰/۹۵ برای خوردن هیجانی و ۰/۸۵ برای خوردن بیرونی. در این پژوهش پایایی ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه اضطراب: برای سنجش اضطراب بیماران دیابتی از پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگر (STAI^۲) استفاده شد. این پرسشنامه توسط اسپیل برگر، گورساج و لوسین (۲۹) با هدف سنجش اضطراب حالت و صفت افراد تدوین و اعتباریابی شده است که شامل ۴۰ ماده است و دارای دو مقیاس اضطراب حالت (آشکار) و اضطراب صفت (پنهان) می باشد از سوال ۱ تا ۲۰ اضطراب حالت (آشکار) با چهار گزینه (به هیچ وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد) و از سوال ۲۱ تا ۴۰ اضطراب صفت با چهار گزینه (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، تقریباً همیشه) شامل می شود. روش نمره گذاری در این پژوهش به صورت لیکرت چهار درجه ای است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس های اضطراب حالت و اضطراب صفت به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۹). این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده و همسانی درونی دو مقیاس اضطراب حالت و اضطراب صفت به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۰ محاسبه گردیده است (۳۰).

ارزیابی وزن: وزن افراد در سه نوبت با حداقل پوشش و بدون کفش با یک ترازوی الکترونیکی و دیجیتالی با حداقل ۰/۱ گرم و حداکثر ۱۸۰ کیلوگرم با خطای ۰/۱ کیلوگرم اندازه گیری و ثبت شد. ترازو به وسیله وزنه شاهد قبل از هر نوبت سنجش استاندارد می شد.

افراد شرکت کننده ابتدا رضایت نامه را مطالعه نموده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمودند. یکی از مواردی که به شرکت کنندگان توضیح داده شد این بود که به آنها اطمینان داده شد که هیچ گونه سوءاستفاده شخصی در این پژوهش وجود ندارد و همچنین بعضی از شرکت کنندگان تمایل داشتند که نتیجه پاسخدهی خود را به پرسش نامه بدانند و گزارش تفسیر پرسش نامه های افراد به زبانی ساده در اختیار آنها قرار گرفت. سعی شد اطلاعات وارد شده هیچ آسیبی برای گروه نمونه نداشته باشد و از نتایج این پژوهش جهت پیشرفت نمونه و قابل تعمیم به جامعه مشابه استفاده گردد. همچنین درباره محرمانه بودن پرسشنامه ها و نتایج آنها به آزمودنیها توضیحات لازم داده شد؛ در انتها به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، بعد از اتمام مرحله اجرای پژوهش طرحواره درمانی برای گروه کنترل نیز اعمال شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه رفتارهای خوردن: پرسشنامه رفتارهای خوردن هلندی (DEBQ) در سال ۱۹۸۶ توسط ون اشترین، فریتجرز، برگرز و دفارس^۱ (۲۶) ساخته شده و از ۳۳ ماده و سه خرده مقیاس تشکیل شده است: خوردن مهار شده ۱۰ ماده، خوردن هیجانی ۱۳ ماده و خوردن بیرونی ۱۰ ماده. مواد این پرسشنامه دارای مقیاس پاسخگویی پنج درجه ای لیکرت هرگز = ۱ و بیشتر وقت ها = ۵ می باشند. ماده شماره ۳۱ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. از طرفی اگر در هر مقیاس بیش از یک سوال پاسخ داده نشود آن مقیاس کنار گذاشته می شود. جمع نمره های ماده های هر خرده مقیاس و تقسیم آن بر تعداد آن آیتم ها نمره کل هر خرده مقیاس را به دست می دهد. نمره های بالاتر نشانگر میزان بالاتر رفتار خوردن مربوط به آن خرده مقیاس است. این پرسشنامه از اعتبار بازآزمایی، همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۵) و روایی عاملی مناسب برخوردار است (۲۶). صالحی فردی، مقدس زاده بزاز، امین یزدی، و نعمتی در سال ۱۳۹۲ این پرسشنامه را به فارسی

2. The State-Trait Anxiety Inventory

1 van Strien, Frijters, Bergers & Defares

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش طرحواره درمانی

جلسه	شرح کلی مداخله
اول	معارفه، اهداف جلسات، تعداد جلسات، ایجاد انگیزه و اهمیت طرح آموزشی و پژوهشی، اجرا و جمع آوری پرسشنامه های و تست های پژوهش
دوم	توضیح مختصر در رابطه با اهداف و قوانین و مقررات گروه، تکمیل فرم تعهدنامه، آشنایی با طرحواره های ناسازگار، شکل گیری و تداوم آن، حیطه ها و نیازهای مرتبط، دسته بندی طرحواره های اعضا، آغاز اجرای تکنیکها و راهبردهای شناختی با هدف بهبود طرحواره ها، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
سوم	مرور جلسات قبلی، توضیح سبکهای مقابله ای و تبادل نظر با اعضا، ارائه تکالیف مربوط به استفاده از سبکهای مقابله ای در زندگی روزمره و ذکر موارد عینی آن، برقراری گفتگو بین جنبه امیدوارکننده و ناامیدکننده ذهن، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
چهارم	مرور مباحث قبلی، تدوین و ساخت کارتهای آموزشی سالم، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره ها، تکنیک رو به پایین، مرور تکنیکهای شناختی از حساب قبلی، ارائه تکالیف خانگی و جمع بندی مباحث
پنجم	مرور مباحث قبلی، تصویرسازی از مکان امن، ایجاد تغییر در رویداد خاطرات هیجانی (نوشتن چند نمونه از خاطرات هیجانی مهم زندگی فرد). ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
ششم	مرور مباحث قبلی، بکارگیری تکنیکهای ذهن آگاهی و تن آرامی، گفتگوهای خیالی (در قالب تصویرسازی ذهنی)، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی
هفتم	مرور مباحث قبلی، نوشتن نامه به باعث و بانی طرحواره، مرور و تکرار مجدد بر تکنیکهای شناختی و تجربی، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
هشتم	مرور مباحث قبلی، توصیف دقیق رفتارهای مقابله ای، الویت بندی رفتارهای مقابله ای، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
نهم	مرور مباحث قبلی، تغییر احتمالی رفتار، مرور و تکرار تکنیکهای رفتاری، ارائه تکالیف خانگی، جمع بندی مباحث
دهم	مرور مباحث قبلی، توزیع و تکمیل مجدد پرسشنامه ها، پرسش و پاسخ به سوالات، بحث و نتیجه گیری از کل جلسات، اختتام جلسه

نتایج

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار رفتارهای خوردن در پیش آزمون، پس-آزمون و پیگیری به تفکیک گروهها

متغیر	گروه	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای خوردن	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۱۱۹/۲۰	۹/۹۹
		پس آزمون	۱۵	۱۱۸/۴۰	۸/۵۸
		پیگیری	۱۵	۱۱۸/۳۳	۹/۴۴
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۱۱۹/۲۰	۱۴/۴۱
		پس آزمون	۱۵	۱۰۱/۵۳	۱۲/۷۷
		پیگیری	۱۵	۱۰۱/۷۳	۱۱/۰۴
اضطراب	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۹۶/۴۰	۸/۵۴
		پس آزمون	۱۵	۹۶/۹۳	۸/۹۰
		پیگیری	۱۵	۹۷/۱۳	۹/۱۱
	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۹۸/۰۶	۹/۲۱
		پس آزمون	۱۵	۸۲/۷۳	۱۲/۴۳
		پیگیری	۱۵	۸۲/۴۶	۱۰/۱۱

۷/۳۲	۹۶/۱۳	۱۵	پیش آزمون		
۶/۸۲	۹۶/۰۶	۱۵	پس آزمون	کنترل	
۵/۹۰	۹۶/۳۳	۱۵	پیگیری		وزن
۷/۲۱	۹۵/۵۳	۱۵	پیش آزمون		
۶/۱۲	۹۰/۴۰	۱۵	پس آزمون	آزمایش	
۵/۷۸	۹۰/۴۴	۱۵	پیگیری		

همانطور که در جدول مشخص است میانگین رفتارهای خوردن، اضطراب و وزن گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است و بین پس

جدول ۳. نتایج اندازه گیری مکرر برای بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر رفتارهای خوردن

مجدور	سطح معنی داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	مقدار	آزمون	اثر
ایتا							
/۵۶۰	/۰۰۱	۲۷	۲	۱۷/۲۰۲	/۴۴۰	لامبدای ویلکز	زمان
/۵۰۹	/۰۰۱	۲۷	۲	۱۳/۹۹۱	/۴۹۱	لامبدای ویلکز	تعامل گروه با زمان

همانطور که از جدول فوق مشاهده می شود میزان $F(۱۳,۹۹)$ داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). لذا طرحواره درمانی بر بهبود رفتارهای خوردن افراد چاق تاثیر داشته و این اثر بر اثر زمان پایدار مانده که میزان تأثیر مداخله ۵۰ درصد بوده است. نشان می دهد بین گروه طرحواره درمانی و کنترل، تفاوت معنی-

جدول ۴. نتایج اندازه گیری مکرر برای بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر اضطراب

مجدور	سطح معنی داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	مقدار	آزمون	اثر
ایتا							
/۶۴۳	/۰۰۱	۲۷	۲	۲۴/۲۹۰	/۳۵۷	لامبدای ویلکز	زمان
/۷۰۸	/۰۰۱	۲۷	۲	۳۲/۷۲۹	/۲۹۲	لامبدای ویلکز	تعامل گروه با زمان

همانطور که از جدول فوق مشاهده می شود میزان $F(۳۲,۷۲)$ تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). لذا طرحواره درمانی بر اضطراب افراد چاق تاثیر داشته و این اثر بر اثر زمان پایدار مانده که میزان تأثیر مداخله ۷۰ درصد بوده است. نشان می دهد بین اضطراب گروه طرحواره درمانی و کنترل،

جدول ۵. نتایج اندازه گیری مکرر برای بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر وزن

مجدور ایتا	سطح معنی داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	مقدار	آزمون	اثر
/۶۵۵	/۰۰۱	۲۷	۲	۲۵/۶۱۸	/۳۴۵	لامبدای ویلکز	زمان
/۶۳۸	/۰۰۱	۲۷	۲	۲۳/۷۴۵	/۳۶۲	لامبدای ویلکز	تعامل گروه با زمان

معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). لذا طرحواره درمانی بر کاهش افراد چاق تاثیر داشته و این اثر بر اثر زمان پایدار مانده که میزان تأثیر مداخله ۶۳ درصد بوده است.

طرحواره درمانی بهبود طرحواره‌ها است و از آنجایی که طرحواره‌ها مجموعه‌ای از خاطرات، هیجانها، احساسهای بدنی و شناخت‌واره‌ها هستند، بهبود طرحواره‌ها به بهبود همه آنها منجر می‌شود. در نتیجه همزمان با بهبود آنها افراد تمایل بیشتری برای بهبود ظاهر بدنی خود دارند و بیشتر رفتارهای مرتبط با سلامت به ویژه سلامت فیزیکی از جمله تغذیه و ورزش خود را کنترل می‌کنند، لذا طرحواره درمانی میتواند موجب بهبود رفتارهای خوردن افراد چاق شود.

نتیجه بعدی پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر اضطراب افراد چاق تاثیر معنی‌دار و پایداری دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبط قبلی مثل پورجابری و دشت بزرگی (۲۳) همسو بود.

در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان بیان کرد که داشتن اضطراب حاصل باورهای ناکارآمد فرد می‌باشد. پیامد چنین باورهایی سبب میشود که فرد بدون آزمایش کردن اعتبار این باورها در واقعیت آنها را بی‌چون و چرا بپذیرد. به بیان دیگر ترس از به وجود آمدن اضطراب، باعث ایجاد نگرانی پاتولوژیک در فرد می‌شود. وقتی که درمورد دلایل نگرانی و اضطراب از افراد دارای چاقی سوال می‌گردد به این باور خرافی اشاره می‌کنند که نگرانی در مورد چیزی باعث می‌شود که به احتمال کمتری اتفاق بدی رخ دهد. در طرحواره درمانی می‌توان با استفاده از تکنیک‌های شناختی از قبیل آزمون اعتبار طرحواره که در آن شواهد زندگی گذشته و فعلی افراد که از طرحواره حمایت و یا آن را رد می‌کند توسط درمانگر و بیمار جمع‌آوری می‌شود و با توجه به شواهد موجود در واقعیت با پذیرفتن یا رد کردن طرحواره، اضطراب را در فرد کاهش می‌یابد در تبیین بیشتر این یافته‌ها می‌توان گفت رویکرد طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک تجربی در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی در افراد مبتلا به چاقی است، از نظر

همانطور که از جدول فوق مشاهده می‌شود میزان $F(23,74)$ که مربوط به تعامل میان اثر زمان و عضویت گروهی است، نشان می‌دهد بین وزن گروه طرحواره درمانی و کنترل، تفاوت

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی توسعه حرفه‌ای مشاوران اولین نتیجه این فرضیه از پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر بهبود رفتارهای خوردن تاثیر معنی‌دار و پایداری دارد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبط قبلی مثل کالورت و همکاران (۲۱)، مکینتاش و همکاران (۲۲) پورجابری و دشت بزرگی (۲۳)، محمودیان دستیانی و همکاران (۲۴) و سیمپسون، مورو و رید (۲۵) همسو بود.

در تبیین این یافته بر مبنای نظر یانگ و همکاران می‌توان گفت که افراد چاق و دارای اضافه وزن در دوران کودکی به احتمال بیشتری از خودارزیابی منفی رنج می‌برند. همچنین آنان از سوی اعضای خانواده خود و همسالان به خاطر ظاهر، وزن و شکل بدن بیشتر مورد تمسخر و انتقاد قرار می‌گیرند و این امر موجب تقویت ارزیابی و برداشت منفی آنان از خود می‌گردد. طرحواره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه‌های شناختی و تجربی، عاطفی و هیجانی و رفتاری می‌گردد. این رویکرد با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخهای ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ‌های مناسب و سالم‌تر مؤثر بوده است. طرحواره درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می‌رسد بتواند به طور کلی باعث بهبود سلامت روانشناختی و در نتیجه سلامت روانی در افراد شود. فنون طرحواره درمانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. این طرحواره‌ها در عمیقترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند (۳۱). تکنیک‌های طرحواره درمانی از طریق اصلاح طرحواره‌های دوران کودکی موجب کاهش ارزیابی و برداشت منفی از خود و افزایش ارزیابی و برداشت مثبت از خود می‌شود. هدف نهایی

همسالان از لحاظ ظاهر، وزن و شکل بدن بیشتر مورد تمسخر و انتقاد قرار می‌گیرند و این امر موجب برداشت منفی از خودشان که مهمترین منبع خودکارآمدی است می‌شود (۳۲). همین امر نیز می‌تواند دچار اضطراب بالا و پرخوری در آنها شود (۳۳). طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های مختلفی چون توضیح سبک‌های مقابله‌ای و تبادل نظر با اعضا، برقراری گفتگو بین جنبه امیدوارکننده و ناامید کننده ذهن، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره‌ها، تکنیک رو به پایین، مرور تکنیک‌های شناختی از حساب قبلی، تصویرسازی از مکان امن، ایجاد تغییر در رویداد خاطرات هیجانی (نوشتن چند نمونه از خاطرات هیجانی مهم زندگی فرد) و بکارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی و تن آرامی، گفتگوهای خیالی (در قالب تصویرسازی ذهنی) می‌تواند باعث بهبود تنش و اضطراب و پرخوری شده و در نتیجه وزن افراد دچار چاقی را کاهش دهد.

استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در نمونه‌گیری پژوهش مهمترین محدودیت این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به منظور تعمیم دهی بهتر از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی طرحواره درمانی با سایر روش‌های روان‌درمانی مانند پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی مقایسه شود. در انتها پیشنهاد می‌شود از روش طرحواره درمانی در کنار درمان‌های پزشکی به عنوان درمان مکمل بر افراد مبتلا به چاقی استفاده شود.

Reference

1. Whicher CA, Price HC, Phiri P, Rathod S, Barnard-Kelly K, Reidy C, Thorne K, Asher C, Peveler R, McCarthy J, Holt RI. Liraglutide and the management of overweight and obesity in people with schizophrenia, schizoaffective disorder and first-episode psychosis: protocol for a pilot trial. *Trials*. 2019 Dec;20:1-0.
2. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition reviews*. 2012 Jan 1;70(1):3-21.
3. Bosch J, Stradmeijer M, Seidell J. Psychosocial characteristics of obese children/youngsters and their families: implications for preventive and curative interventions. *Patient Education and Counseling*. 2004 Dec 1;55(3):353-62.
4. Conceição E, de Lourdes M, Ramalho S, Félix S, Pinto-Bastos A, Vaz AR. Eating behaviors and weight outcomes in bariatric surgery patients amidst COVID-19. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2021 Jun 1;17(6):1165-74.
5. Martins C, Robertson MD, Morgan LM. Effects of exercise and restrained eating behaviour on appetite control. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2008 Feb;67(1):28-41.
6. Leme AC, Thompson D, Dunker KL, Nicklas T, Philippi ST, Lopez T, Vézina-Im LA, Baranowski T. Obesity and eating disorders in integrative prevention programmes for adolescents: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2018 Apr 1;8(4):e020381.

هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیزگی و دل‌بستگی ایمن به دیگران در سالهای کودکی می‌شود، که می‌تواند سبب کسب آرامش و کاهش اضطراب، نشخوار منفی اندک، در نتیجه تجربیات انگیزگی جسمانی کمتر می‌گردد، که می‌تواند تعیین کننده مفیدی برای سلامت باشد و در نتیجه بر اضطراب موثر باشد. در واقع توانایی طرحواره درمانی برای الگوشکنی رفتاری است و این راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخهای مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کنند، که می‌تواند سبب بهبود انگیزه‌های اجتماعی و ارتباطی بهتر گردد، که سبب کاهش اضطراب نیز می‌گردد.

نتیجه نهایی پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش وزن افراد چاق تاثیر معنی‌دار و پایداری دارد. به منظور مقایسه دقیق‌تر پژوهشی که با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش وزن باشد، یافت نشد اما این نتیجه با نتایج پژوهش‌های مرتبط قبلی مثل کالورت و همکاران (۲۱)، مکینتاش و همکاران (۲۲) پورجابری و دشت بزرگی (۲۳)، محمودیان دستیانی و همکاران (۲۴) و سیمپسون، مورو و رید (۲۵) همسو بود.

در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که طبق نظر یانگ افراد دارای اضافه وزن، در دوران کودکی و نوجوانی به احتمال بیشتری از خودارزشیابی منفی رنج می‌برند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آنها همچنین از سوی اعضای خانواده خود و

7. Chithambo TP, Huey Jr SJ. Internet- delivered eating disorder prevention: A randomized controlled trial of dissonance- based and cognitive- behavioral interventions. *International Journal of Eating Disorders*. 2017 Oct;50(10):1142-51.
8. Sansfaçon J, Steiger H, Gauvin L, Fletcher É, Israël M. Does level of motivation for change impact post-treatment outcomes in the eating disorders? Protocol for a systematic review with quantitative analysis. *Journal of eating disorders*. 2017 Dec;5:1-9.
9. Bruch H. Psychological aspects of overeating and obesity. *Psychosomatics*. 1964 Sep 1;5(5):269-74.
10. Garipey G, Nitka D, Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity*. 2010 Mar;34(3):407-19.
11. Guedes EP, Madeira E, Mafort TT, Madeira M, Moreira RO, Mendonça LM, Godoy-Matos AF, Lopes AJ, Farias ML. Body composition and depressive/anxiety symptoms in overweight and obese individuals with metabolic syndrome. *Diabetology & metabolic syndrome*. 2013 Dec;5:1-5.
12. Witkin JM, Statnick MA, Rorick-Kehn LM, Pintar JE, Ansonoff M, Chen Y, Tucker RC, Ciccocioppo R. The biology of Nociceptin/Orphanin FQ (N/OFQ) related to obesity, stress, anxiety, mood, and drug dependence. *Pharmacology & therapeutics*. 2014 Mar 1;141(3):283-99.
13. Mitchell AB, Cole JW, McArdle PF, Cheng YC, Ryan KA, Sparks MJ, Mitchell BD, Kittner SJ. Obesity increases risk of ischemic stroke in young adults. *Stroke*. 2015 Jun;46(6):1690-2.
14. Patterson, E., Ryan, P. M., Cryan, J. F., Dinan, T. G., Ross, R. P., Fitzgerald, G. F., & Stanton, C. (2016). Gut microbiota, obesity and diabetes. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1087), 286-300.
15. Lau DC. Diabetes and weight management. *Primary care diabetes*. 2010 Apr 1;4:S24-30.
16. Lasikiewicz N, Myrissa K, Hoyland A, Lawton CL. Psychological benefits of weight loss following behavioural and/or dietary weight loss interventions. A systematic research review. *Appetite*. 2014 Jan 1;72:123-37.
17. Paul L, van Rongen S, Van Hoeken D, Deen M, Klaassen R, Biter LU, Hoek HW, van der Heiden C. Does cognitive behavioral therapy strengthen the effect of bariatric surgery for obesity? Design and methods of a randomized and controlled study. *Contemporary clinical trials*. 2015 May 1;42:252-6.
18. Simpson ES, Smith E. *Schema therapy for eating disorders*. Taylor & Francis; 2019.
19. Louis JP, Wood AM, Lockwood G, Ho MH, Ferguson E. Positive clinical psychology and schema therapy (ST): The development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *Psychological Assessment*. 2018 Sep;30(9):1199.
20. Bach B, Lockwood G, Young JE. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*. 2018 Jul 4;47(4):328-49.
21. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of eating disorders*. 2018 Dec;6:1-7.
22. McIntosh VV, Jordan J, Carter JD, Frampton CM, McKenzie JM, Latner JD, Joyce PR. Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry research*. 2016 Jun 30;240:412-20.
23. Pourjaberi, B., DashtBozorgi, Z. The Effectiveness of Schema Therapy on Eating Disorder and Rumination of Obese Adolescent Girls. *Community Health Journal*, 2019; 13(1): 1-10. doi: 10.22123/chj.2019.178471.1275
24. mahmoudian dastnair, T., neshatdost, H., amiri, S., manshaee, G. 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 and Personality*, 2020; 16(1): 33-48. doi: 10.22070/cpap.2020.2834
25. Simpson SG, Morrow E, van Vreeswijk M, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in psychology*. 2010 Nov 16;1:182.
26. Van Strien T, Frijters JE, Bergers GP, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders*. 1986 Feb;5(2):295-315.
27. Salehi J, Moghaddazadeh M, Aminyazdi A, Nemati M. Investigation of attention bias, eating styles, and body mass index in normal dieters. *Clinical Psychology*, 2013; 5 (1): 57-67.
28. Ashrafi E, Kachoei M, Ghazafi M. Evaluation of reliability and validity of food strength scale. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2017; 16 (3): 113-125.
29. Spielberger CD, Gonzalez-Reigosa F, Martinez-Urrutia A, Natalicio LF, Natalicio DS. The state-trait anxiety inventory. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican journal of psychology*. 1971;5(3 & 4).
30. Abdollahi M H, Hosseinpour G, Rajab A, Ramezani V. Attention bias, depression and anxiety in adolescents with Diabetes type 1. *Journal title 2009*; 2 (4) :1-10
31. Bishop A, Younan R, Low J, Pilkington PD. Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta- analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022 Jan;29(1):111-30.

32. Basile B, Tenore K, Mancini F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon*. 2019 Sep 1;5(9).
33. Imperatori C, Innamorati M, Lester D, Continisio M, Balsamo M, Saggino A, Fabricatore M. The association between food addiction and early maladaptive schemas in overweight and obese women: A preliminary investigation. *Nutrients*. 2017 Nov 17;9(11):1259.

Original Article

Effectiveness of schema therapy on eating behaviors, anxiety and weight loss of obese people

Received: 22/05/2023 - Accepted: 03/10/2023

Maryam Mohammadi Toraghi¹
Jamal Sadeghi^{*2}
Hasan Ahadi³

¹ Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, UAE.

² Department of Psychology, Babol Branch, Islamic Azad University, Babol, Iran.

³ Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Email: jamalsadeghi48@yahoo.com

Abstract

Introduction: Obesity has become a serious concern for public health, which will lead to many risk factors; This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of schema therapy on eating behaviors, anxiety and weight loss of obese people.

Method: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group with a follow-up test period. From the statistical population of obese patients in the 2nd region of Tehran city in 1400, 45 samples were selected as available and randomly replaced in two experimental and control groups, and schema therapy was applied to the experimental group. The required findings were collected using the questionnaire of eating behaviors (Van Strein et al., 1986), anxiety (Spielberger et al., 1970) and a weight measuring device and were analyzed using variance analysis.

Results: The findings of the research showed that the average scores of the post-test and the follow-up test of eating behaviors, anxiety and weight decreased in the experimental group, and the results of variance analysis showed that schema therapy was effective in improving the eating behaviors, anxiety and weight of obese patients. ($p < 0.01$).

Conclusion: It is suggested to use schema therapy to improve eating behaviors, anxiety and weight loss of obese people.

Keywords: Obesity, Schema Therapy, Eating Behaviors, Anxiety, Weight

conflict of interest: There is no conflict of interest.