

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به چاقی

انامه قاسمی^۱، مانیا اصغریپور^{۲*}، فرحناز مسچی^۲، شیدا سوداگر^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۸/۹

خلاصه

مقدمه: چاقی معضلی رو به رشد در جوامع بشری است که با تبعات منفی فردی و اجتماعی بسیاری همراه می‌باشد و لازم است مداخلات مؤثر در کاهش این عوارض، شناسایی شوند. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به چاقی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. تعداد ۳۰ نفر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (گروه آزمایش و گروه کنترل) جایگزین شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه Young (۲۰۰۵) بود که برای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. پروتکل گروه‌درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر در ۲۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش انجام شد. برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط تحلیل واریانس مکرر انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به چاقی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثر معنی‌دار دارد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد مدل مراحل تغییر بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به چاقی تأثیر دارد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند تلویحات کاربردی در زمینه درمان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به چاقی از طریق درمان مبتنی بر مدل مراحل تغییر ارائه دهد.

واژه‌های کلیدی: چاقی، طرحواره‌های ناسازگار، درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Mania.asgharpour@kiauo.ac.ir ، تلفن: ۰۹۱۲۳۱۳۳۶۸۸

مقدمه

از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی که در حال حاضر جامعه بشری با آن درگیر است، معضل چاقی و اضافه وزن می‌باشد [۱]. چاقی یک بیماری مزمن است که علاوه بر بیماری‌های جسمی و روانی، ظرفیت کار و توانایی افراد را کاهش می‌دهد و آنها را در مقابل بیشتر بیماری‌ها، آسیب پذیر می‌سازد [۲،۳]. به طور کلی، عوامل شناختی نقش مهمی در ایجاد چاقی و اضافه وزن دارند [۴]. یکی از این عوامل، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است [۵،۶].

طرحواره‌های ناسازگار اولیه (early maladaptive schemas) همانند یک فیلتر بزرگ و پیچیده بر سر راه اطلاعات ورودی به حافظه عمل کرده و با دسته‌بندی و سازمان‌دهی، شکل‌گیری معانی جدید را در ذهن ممکن می‌سازد [۷]. الگوهای شناختی هنگامی که ادراک‌کننده، فاقد اطلاعات واجد جزئیات درباره هدف است، تأثیر بیشتری دارند [۶]. طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد چاق به عنوان فیلترهای شناختی برای شکل‌گیری رفتارهای کنترل نشده در هنگام تغذیه عمل می‌کنند [۸] که به مدد کسب تجربه، بینش و یا اصلاح رفتار می‌توانند تغییر کنند [۹]. مطالعات، نشان‌دهنده وجود طرحواره‌های اولیه ناسازگار با فراوانی بیشتر در افراد مبتلا به اختلالات خوردن هستند [۸، ۱۰]. نتایج مطالعه‌ای بیانگر تفاوت معنی‌دار افراد چاق و عادی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه همچون وابستگی و رهاشدگی است [۱۰]. محققان به این نتیجه رسیده‌اند که فرایندهای شناختی، نقش بسزایی در پیروی افراد از رژیم غذایی سالم و موفقیت آنها در فرایند کاهش وزن دارند [۱۱]. از سوی دیگر، طبق مفروضه بنیادی مدل‌های شناختی-رفتاری، تفکر و ادراک بیماران، هیجان‌ها و رفتارهای آنها را شکل می‌دهند [۱۲]. در همین راستا، مدل‌های شناختی-رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و رفع عوامل خطر ساز تأثیر گذار می‌باشند [۱۳]. به نظر می‌رسد یکی از درمان‌های مؤثر در چاقی و اصلاح باورهای ناکارآمد مربوط به آن، گروه‌درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر باشد.

استراتژی‌های درمانی مدل تغییر، تغییر رفتار و فرایندهای مرتبط با آن می‌باشد [۱۴]. بر اساس فرضیه این

مدل، افراد در مورد تغییر یا قبول یک رفتار خاص اندیشه نکرده و نسبت به مشکل آگاهی ندارند. اما در مرحله تفکر، وقتی از وجود مشکل آگاهی می‌یابند، درباره تغییر رفتار در ماه‌های آینده به طور جدی تأمل می‌کنند. پیش‌فرض بعدی آن است که افراد آمادگی ایجاد تغییر را دارند و برای رسیدن به اهداف رفتاری برنامه‌ریزی می‌کنند. همچنین طی این برنامه‌ریزی، اطلاعاتی را درباره موضوع جمع‌آوری و سازماندهی می‌کنند (آمادگی). این امر مستلزم تداوم تغییر در رفتاری است که از ماه‌های قبل آغاز شده است (اجرا). در این مرحله چنانچه مداخله آموزشی به درستی انجام گیرد، رفتار هدف تغییر می‌یابد ولی این تغییر رفتار ثابت نمی‌ماند و به منظور ثبات در تغییر ایجاد شده، تلاش صورت می‌گیرد (نگهداشت) [۱۵، ۱۶]. Prochaska و DiClemente پروسه-های شناختی و رفتاری را برای انتقال از مراحل تغییر پیشنهاد می‌کنند. پروسه‌های شناختی برای شناسایی و پیش‌بینی پیشرفت در مراحل اولیه تغییر مهم بوده و تأکید بر جنبه‌های شناختی، هیجانی و ارزش‌های مرتبط با رفتار دارد [۱۷]. در این روش درمانی به اصلاح باورها پرداخته می‌شود و با تعیین تمرینات هدفمند، بر طی نمودن گام‌های تغییر تمرکز می‌شود [۱۸]. در مدل تغییر رفتار با تمرکز بر فرایندهای شناختی، رفتاری و انگیزشی، بخش عمده تغییرات قابل مشاهده در رفتار از طریق تغییرات مستقیم و غیرمستقیم در سازه‌های شناختی صورت می‌گیرد [۱۹]. بر اساس یافته برخی مطالعات، مدل تغییر رفتار در تغییر رفتار ناسالم همچون پرخوری و ترک مصرف مواد و الکل از طریق اصلاح الگوهای شناختی مؤثر بوده است [۱۷-۱۹].

شیوع چاقی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه به دلیل تغییر سبک زندگی رو به افزایش است [۱] و با بیماری‌های مختلف قلبی-عروقی، گوارشی و سرطان ارتباط دارد [۲]. همچنین، با افت عملکرد و موقعیت اجتماعی همراه است. شیوع چاقی در افراد بزرگسال در کشورهای مختلف از ۱۰ تا ۴۷ درصد گزارش شده است [۱]. بنابراین بررسی و شناسایی عواملی که بتوانند بروز این معضل سلامتی را کاهش دهند حایز اهمیت است. فرایندهای شناختی از جمله طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طرق مختلف مانند عدم پیروی افراد از رژیم

آزمون ۲۰ درصد، حجم نمونه با احتمال ریزش ۳۶ نفر در نظر گرفته شد [۲۰]:

$$n = \frac{2 \left(1 - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta\right)^2}{\Delta^2} + 1$$

بعد از اخذ مجوز و جلب همکاری مسئولین برای نمونه-گیری اقدام شد. پس از بررسی معیارهای ورود انتخاب و به روش تصادفی ساده (از طریق قرعه‌کشی)، نمونه‌ها در دو گروه ۱۸ نفره جایگزین شدند. جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر برای گروه آزمایش اجرا شد. تمامی شرکت‌کنندگان در مراحل قبل و بعد از اتمام مداخله و دو ماه بعد از اتمام، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه Young را تکمیل کردند. پرسشنامه‌ها توسط نویسنده اول مقاله در فاصله خرداد تا اواخر شهریور سال ۱۳۹۸ و در کلینیک‌های کرانه خرد و طلوع شهر تهران در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش شامل: عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانشناختی به تشخیص روان‌پزشک، عدم مصرف داروی روانشناختی و جسمانی، همزمان با مداخله، اولین مرتبه مراجعه برای درمان چاقی، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، توانایی حضور در جلسات درمانی، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال، تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه، سکونت در شهر تهران بود. معیارهای خروج شامل: تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها، تشخیص پزشک و یا روان‌پزشک به خروج از مطالعه و غیبت بیشتر از ۳ جلسه افراد بود.

پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ (۲۰۰۵): این پرسشنامه توسط Young در سال ۲۰۰۵ تهیه شده که دارای ۹۰ سؤال است و ۱۸ طرحواره را می‌سنجد [۲۱]. هر یک از ۹۰ عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً غلط=۱، تقریباً غلط=۲، بیشتر درست است تا غلط=۳، اندکی درست=۴، تقریباً درست=۵، کاملاً درست=۶) پاسخ داده می‌شوند. نمره بیشتر نشان‌دهنده طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتر است. حوزه‌ها شامل: هویت و خودمختاری، نیاز به محدودیت و ناکامی، دل‌بستگی، آزادی در بیان هیجانات و خواسته‌ها و نیاز به تفریح و خودانگیختگی است. ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شود شامل

غذایی سالم یا نداشتن تحرک بدنی در موفقیت آنها در حفظ وزن متعادل تداخل ایجاد می‌کند [۸]. می‌توان چنین استنباط کرد که در افراد دچار اضافه وزن و چاقی، وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه در اضافه وزن آنها نقش دارد [۱۰]. اغلب مطالعات، بر اصلاح رفتارهای ناسالم از قبیل پرخوری، کم تحرکی، مصرف سیگار، یا بر اصلاح سبک زندگی و تغییرات رفتاری و یا بازسازی شناختی اولیه تمرکز دارند و ترکیب این دو، به ویژه تأثیرپذیری الگوهای شناختی از تغییر رفتار و اصلاح شناختی که می‌تواند از طریق تغییرات رفتاری حاصل شود و موجب تغییرات پایدار در افراد مختلف از جمله افراد چاق شود، مورد غفلت قرار گرفته است [۱۹]. تاکنون مطالعه‌ای در مورد اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به ویژه در افراد چاق انجام نشده است در حالی که به نظر می‌رسد، استراتژی‌های درمانی مدل تغییر می‌توانند در اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه نقش داشته باشند. زیرا در این مدل برای مراحل تغییر بر پروسه‌های شناختی و رفتاری تأکید می‌گردد، به اصلاح باورها پرداخته می‌شود [۱۷] و با تعیین تمرینات هدفمند بر طی نمودن گام‌های تغییر تمرکز می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد که احتمالاً گروه‌درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر می‌تواند یکی از گزینه‌های مناسب و کاربردی درمان‌های مؤثر در چاقی و همچنین اصلاح باورهای ناکارآمد مربوط به آن، باشد. از همین رو، پژوهش حاضر به تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به چاقی پرداخت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون به همراه مرحله پیگیری دو ماهه و با گروه کنترل بود. این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1399.043 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج تصویب شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان مبتلا به چاقی (با شاخص توده بدنی بالاتر از ۳۰) مراجعه‌کننده به کلینیک‌های کرانه خرد و طلوع شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. بر اساس فرمول زیر، با دقت ۰/۰۵ و توان

تأیید، و پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۲۱]. Yousefi و همکاران، روایی سازه و محتوای این پرسشنامه را تأیید و پایایی آن را (آلفای کرونباخ) بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند [۲۲]. در پژوهش حاضر، همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۸ به دست آمد.

در این پژوهش، گروه‌درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر اساس راهنمای عملی Connors و همکاران [۲۳] طی ۲۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش ارائه شد.

شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی، گرفتار/ خویشتن تحول نیافته، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، اطاعت، ایشارگری، بازداری هیجانی، معیارهای سختگیرانه، استحقاق/ بزرگ‌منشی و خویشتن‌داری/ خودانضباطی، تنبیه و منفی‌گرایی ناکافی می‌باشد. هر طرحواره با ۵ گویه سنجیده می‌شود. حداقل نمره هر طرحواره ۵ و بیشترین نمره ۳۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر آن طرحواره است. روایی سازه و محتوا توسط سازنده

جدول ۱- خلاصه‌ای از جلسات گروه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر (Connors و همکاران [۲۳]) در زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های کرانه خرد و طلوع شهر تهران در سال ۱۳۹۸

جلسه	اهداف	محتوا و اهداف جلسات
۱	معرفی و مراحل تغییر	به افراد توضیح داده شد که هدف از این جلسات کسب آگاهی بیشتر درباره خودشان است.
۲	یک روز زندگی	به افزایش آگاهی افراد در زمینه مقدار و دفعات مصرف غذا آنها کمک شد.
۳	تأثیرات بدنی	به اعضای گروه کمک شد تا از مقدار مصرف بی‌خود غذا آگاه شوند و مشکلات ناشی از مصرف را شناسایی کنند.
۴	انتظارات	مراجعه با شناسایی و بیان انتظارات خود از مصرف، بر آگاهی خود درباره دلایل مصرف افزودند که معمولاً باعث افزایش انگیزش مراجعین برای تغییر می‌شود.
۵	اظهارات مربوط به نگرانی	افراد ممکن است، مصرف را مشکل‌ساز تلقی نکنند. بررسی اینکه آیا افراد دیگری که با آنها زندگی می‌کنند درباره آنها اظهار نگرانی کرده‌اند، یا نه، مفید است.
۶	ارزش‌ها	اعضای گروه لازم است ارزش‌های خود را شناسایی کنند و یاد بگیرند چگونه مصرف زیاد غذا، ممکن است با این ارزش‌ها تعارض پیدا کند.
۷	جنبه‌های مثبت و منفی	اعضای گروه جنبه‌های مثبت و منفی مصرف زیاد غذا را شناسایی و ارزش و قدر آنها را تعیین کردند تا به کمک آن اهمیت هر کدام را مشخص سازند.
۸	روابط	به اعضا کمک شد روابط موجود در زندگی خود را شناسایی کنند و دریابند که اعمال آنها بر روی افرادی که در زندگی آنها هستند، چه تأثیراتی می‌گذارد.
۹	نقش‌ها	به اعضای گروه کمک شد تا این موضوع که مصرف بیش از اندازه، بر توانایی آنها در ایفای وظایف و نقش‌هایشان تأثیر می‌گذارد را درک کنند.
۱۰	وسوسه و اعتماد به نفس	اعضای گروه اوقاتی که برای آنان بسیار وسوسه‌انگیز است و اوقاتی که دارای اعتماد به نفس بسیار زیادی برای خودداری هستند را مشخص کردند.
۱۱	حل مسئله	مشکلات یک فرد نوعی را بیان کرده و سپس از اعضای گروه خواسته شد تا بگویند که این فرد برای حل آن چه می‌تواند بکند.
۱۲	تعیین یک هدف	به افراد کمک می‌شود که طریقی برای تغییر خود آماده کنند. شامل اقداماتی که در نظر دارند انجام دهند.
۱۳	مرور جلسات	آماده نمودن اعضای گروه برای مقابله با هیجانات منفی
۱۴	مراحل تغییر: پذیرش، فرایند رفتاری و تجربی	قواعد گروهی تعیین و تأکید شد که آنچه باید مورد توجه قرار گیرد پذیرش، احترام، فرایند رفتاری و تجربی است.
۱۵	شناسایی برانگیزاننده‌ها	شناسایی و مهار محرک‌ها به مراجعین آموزش داده شد.
۱۶	مدیریت استرس	به مراجعین آموزش داده شد که بتوانند با استفاده از فنون آرامش بخشی، رفتارهای مناسب را جایگزین کنند.
۱۷	پاداش دادن به موفقیت‌ها	به مراجعین مدیریت تقویت یاد داده شد که عبارت است از پاداش دادن به تغییرات رفتاری مثبت.
۱۸	ارتباط مؤثر	خاطر نشان شد که در ارتباط مؤثر بر واکنش‌های خود فرد نسبت به آن رفتار تأکید می‌شود. گام‌های مؤثر برای برقراری ارتباط مؤثر توضیح داده شد.
۱۹	رد کردن مؤثر	افراد در طی این جلسه مهارت‌های رد کردن (خودداری) را می‌آموزند.
۲۰	مدیریت انتقاد	به مراجعین یاد داده شد تا برخورد با بیانات انتقادی و عصبانیت حاصل از آن را یاد بگیرند و راهکارهای مؤثر برای برخورد صحیح با موقعیت‌های پرخطر عنوان شد.
۲۱	کنترل افکار	به مراجعین یاد داده شد بر افکاری که ممکن است به مصرف غذا منجر شود، تسلط پیدا کنند.
۲۲	مهار ولع و اشتیاق	به مراجعین فنون سودمند برای رسیدگی به ولع همچون تغییر موقعیت و صحبت با دیگران و یا بیان فکشان با صدای بلند آموزش داده شد.
۲۳	روش‌های جدید لذت بردن از زندگی	به مراجعین کمک شد تا یاد بگیرند، که رفتارهای سالم را جایگزین فعالیت‌های قبلی‌شان بکنند.

۲۴	تهیه یک طرح عملی	به مراجعان کمک شد با ترکیب فنونی که فکر می‌کنند استفاده از آنها برایشان از سایر ابزارها و فنون راحت‌تر است یک طرح عملی بنویسند.
۲۵	تعهد مجدد بعد از وقوع یک لغزش	به مراجعان یاد داده شد که برگشت به مراحل قبلی، بخش طبیعی از تغییر رفتار است.
۲۶	حمایت اجتماعی	به آنها کمک شد تا بتوانند به شناسایی شبکه‌های حمایتی موجود و بالقوه بپردازند و از طریق آمادگی برای کمک به دیگران، احتمال دریافت حمایت از دیگران زیاد می‌شود.
۲۷	شناسایی منابع	افراد باید حوزه‌هایی را که در حال حاضر تحت کنترل آنها و قابل اصلاح شدن هستند، شناسایی کنند.
۲۸	پایان دادن	مراجعان موضوعاتی را که در جلسات قبل روی آنها کار شده است، مرور می‌کنند.

در این مطالعه، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های تحلیل واریانس مکرر، کولموگروف - اسمیرنوف، ام-باکس، لوین و کرویت ماچلی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ جهت تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها

بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن و مدت ازدواج، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (جدول ۲).

جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر در روزهای زوج و توالی ۳ جلسه در هفته و در کلینیک اجرا شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان در مراحل قبل و بعد از اتمام مداخله و دو ماه بعد از اتمام پرسشنامه را تکمیل کردند. در ابتدا اطلاعات مربوط به سن و مدت زمان ازدواج شرکت‌کنندگان نیز جمع‌آوری شد. در فرایند مداخله ۳ نفر در هر گروه دچار ریزش شدند. در نهایت، تعداد نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر بود.

جدول ۲- مقایسه سن و مدت ازدواج بین دو گروه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر و کنترل در زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های کرانه خرد و طلوع شهر تهران در سال ۱۳۹۸ (۱۵ نفر در هر گروه)

متغیر	گروه آزمایش فراوانی (درصد)	گروه کنترل فراوانی (درصد)	P
سن (سال)	۳۰-۲۰	۷ (۴۶/۶۷)	۰/۸۴
	۴۵-۳۱	۸ (۵۳/۳۳)	
مدت ازدواج (سال)	۵-۱	۴ (۲۶/۶۶)	۰/۲۲
	۱۰-۶	۷ (۴۶/۶۷)	
	> ۱۰	۴ (۲۶/۶۶)	

آزمون مجدور کای، * $p < 0.05$ تفاوت معنی‌دار

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ گزارش شده است. نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل در زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های کرانه خرد و طلوع شهر تهران در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه = ۱۵)

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار نمرات	پس‌آزمون انحراف معیار نمرات	پیگیری انحراف معیار نمرات
شکست در پیشرفت	آزمایش	۲۱/۷۸±۲/۰۵	۱۰/۷۷±۲/۷۹	۱۰/۲۹±۲/۲۸
	کنترل	۲۱/۲۳±۲/۷۸	۲۱/۶۷±۲/۶۸	۲۰/۹۸±۲/۳۱
وابستگی	آزمایش	۱۹/۱۲±۲/۱۴۱	۹/۷۸±۲/۷۸۵	۹/۵۶±۱/۹۸۶
	کنترل	۱۹/۳۵±۲/۴۶۸	۱۹/۰۶±۲/۳۳۶	۱۸/۹۲±۲/۳۹۹

آسیب‌پذیری در برابر ضرر

۱۳/۲۰±۱/۴۶۸	۱۳/۳۶±۱/۶۸۸	۲۰/۲۴±۲/۲۱۱	آزمایش	
۱۹/۶۹±۲/۰۶۳	۱۹/۷۹±۲/۲۰۰	۲۰±۲/۸۴۰	کنترل	
۱۴/۰۶±۲/۴۵۰	۱۴/۸۶±۲/۷۵۴	۲۲/۱۱±۲/۷۷۵	آزمایش	خوب‌شدن تحول نیافته
۲۲/۰۵±۳/۱۰۸	۲۲/۳۱±۳/۱۱۳	۲۲/۲۹±۳/۴۵۲	کنترل	
۱۰/۵۰±۱/۴۵۴	۱۰/۲۱±۱/۴۵۴	۱۹/۷۸±۲/۹۶۸	آزمایش	خوب‌شدن داری
۹/۴۳±۲/۱۰۲	۱۹/۲۷±۱/۹۴۶	۱۹/۶۹±۲/۱۰۲	کنترل	
۱۱/۰۱±۱/۹۶۸	۱۱/۰۵±۱/۳۶۵	۲۱/۳۵±۲/۱۱۳	آزمایش	استحقاق
۲۱/۲۱±۲/۷۸۵	۲۱/۷۲±۲/۶۹۹	۲۱/۲۴±۲/۶۸۵	کنترل	
۱۵/۲۱±۲/۸۲۸	۱۵/۳۶±۲/۳۵۶	۲۴/۵۰±۳/۱۳۶	آزمایش	محرومیت هیجانی
۲۴/۰۵±۳/۳۸۵	۲۴/۰۷±۳/۷۵۴	۲۴/۴۴±۳/۷۸۵	کنترل	
۱۰/۱۳±۱/۳۹۳	۱۰/۲۱±۱/۵۰۹	۱۹/۷۹±۱/۸۶۷	آزمایش	رها شدگی
۱۹/۵۷±۲/۰۴۹	۱۹/۷۱±۲/۷۶۲	۱۹/۸۶±۲/۸۳۳	کنترل	
۱۵/۹۹±۰/۶۸۵	۱۵/۰۱±۰/۵۸۷	۲۲/۶۹±۰/۶۲۲	آزمایش	بی‌اعتمادی
۲۲/۳۰±۰/۴۲۷	۲۲/۲۴±۰/۳۱۱	۲۲/۳۳±۰/۲۵۰	کنترل	
۱۲/۱۰±۱/۷۵۴	۱۲/۰۲±۲/۸۷۱	۲۰/۷۳±۲/۹۹۰	آزمایش	انزوای اجتماعی
۲۰/۱۳±۲/۵۳۰	۲۰/۱۱±۲/۶۳۴	۲۰/۱۳±۲/۴۴۲	کنترل	
۱۷/۹۵±۲/۹۶۸	۱۷/۹۸±۱/۸۶۷	۲۴/۶۶±۱/۹۲۹	آزمایش	نقص
۲۴/۴۷±۲/۲۵۷	۲۴/۴۹±۲/۱۲۷	۲۴/۵۷±۲/۰۹۴	کنترل	
۱۲/۶۰±۱/۸۵۷	۱۲/۶۱±۱/۲۰۱	۲۲/۱۱±۲/۱۶۹	آزمایش	ایثارگری
۲۲/۹۵±۲/۳۶۹	۲۲/۹۷±۲/۴۳۶	۲۲/۰۱±۲/۲۳۵	کنترل	
۱۰/۸۵±۳/۴۸۵	۱۰/۸۷±۳/۹۶۸	۱۹/۲۴±۳/۴۴۲	آزمایش	اطاعت
۱۹/۰۴±۲/۰۳۳	۱۹/۰۷±۲/۷۵۱	۱۹/۲۷±۲/۷۰۴	کنترل	
۹/۹۷±۲/۸۳۰	۱۰/۰۹±۲/۸۲۸	۱۷/۲۸±۲/۹۴۷	آزمایش	جلب توجه
۱۷/۱۸±۲/۲۵۱	۱۷/۳۰±۲/۴۲۴	۱۷/۳۱±۲/۶۲۵	کنترل	
۹/۰۸±۱/۱۰۵	۹/۱۲±۱/۰۵۵	۱۸/۱۶±۲/۵۴۵	آزمایش	بازداری هیجانی
۱۸/۳۷±۲/۴۳۳	۱۸/۴۳±۲/۳۲۹	۱۸/۵۱±۲/۳۲۷	کنترل	
۱۱/۳۱±۲/۸۶۵	۱۱/۴۲±۲/۱۲۴	۲۱/۹۴±۳/۷۴۲	آزمایش	معیارهای سخت‌گیرانه
۲۱/۳۵±۳/۷۵۴	۲۱/۴۴±۳/۲۵۵	۲۱/۴۸±۳/۱۵۹	کنترل	
۱۰/۲۱±۱/۲۴۶	۱۰/۶۷±۲/۴۵۸	۱۹/۱۹±۳/۹۸۸	آزمایش	تنبیه
۱۹/۶۸±۳/۷۴۶	۱۹/۷۰±۳/۷۴۵	۱۹/۷۴±۲/۷۹۵	کنترل	
۱۴/۹۳±۲/۳۹۳	۱۴/۲۱±۲/۵۰۹	۲۳/۷۹±۳/۸۶۷	آزمایش	منفی‌گرایی
۲۳/۵۷±۵/۰۴۹	۲۳/۷۱±۴/۷۶۲	۲۳/۸۶±۴/۸۳۳	کنترل	

به منظور مقایسه نمرات، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. با توجه به این که مقدار آزمون

برای مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه رعایت شده است ($p=0/41$). بنابراین، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام شد. طبق نتایج جدول ۴ در ترکیب خطی مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر حسب عضویت گروهی، درون گروهی و تعامل گروه و زمان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون ام-باکس در نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه تمامی متغیرها بزرگتر از $0/05$ بود، می‌توان فرض نرمال بودن توزیع جامعه آماری را پذیرفت. با توجه به معنی‌دار نبودن نمرات آزمون F در آزمون لوین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود. نتیجه آزمون کرویت ماچلی $0/952$ به دست آمد و معنی‌دار نبود. نتایج آزمون ام-باکس نیز نشان داد که یکسانی ماتریس واریانس- کوواریانس

جدول ۴- نتایج آزمون چند متغیری خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های کرانه خرد و طلوع شهر تهران در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه = ۱۵)

منبع تغییر	اثر لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی	P	اندازه اثر
گروه	۰/۵۶	۹/۲۱	۱	* $<0/001$	۰/۴۲
زمان	۰/۲۸	۲۰/۳۹	۲	* $<0/001$	۰/۷۸
گروه×زمان	۰/۴۲	۱۳/۹۶	۲	* $<0/001$	۰/۶۶

* $p<0/05$ تفاوت معنی‌دار

گروه و زمان نیز معنی‌دار بود. اندازه اثر گویای این است که تغییرات هر یک از خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه تا چه اندازه با توجه به مداخله صورت گرفته قابل تبیین است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل معنی‌دار است. در بررسی عامل بین‌گروهی بین میانگین طرحواره‌های ناسازگاران در دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اثرات تعامل

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با عوامل درون گروهی و بین گروهی در خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های کرانه خرد و طلوع شهر تهران در سال ۱۳۹۸ (تعداد در هر گروه = ۱۵)

منابع تغییر	زبر مجموعه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
C C C C C C C C C C C C	شکست در پیشرفت	۳۰/۳۳۳	۲	۱۵/۱۶۷	۳/۹۸۳	* $<0/001$	۰/۹۴۴
	وابستگی	۲۱/۷۶۲	۲	۱۰/۸۸۱	۳/۵۶۳	* $<0/001$	۰/۸۷۲
	آسیب‌پذیری	۴/۶۱۹	۲	۲/۳۱۰	۴/۴۰۵	* $<0/001$	۰/۹۳۶
	خوب‌شدن تحول نیافته	۸۹/۸۲۵	۲	۴۴/۹۱۳	۳/۹۴۸	* $<0/001$	۰/۹۰۲
	خوب‌شدن‌داری	۸۰۷/۴۴۴	۲	۴۰۳/۷۲۲	۶/۲۳۵	* $<0/001$	۰/۸۲۲
	استحقاق	۲۹/۷۷۸	۲	۱۴/۸۸۹	۵/۰۲۷	* $<0/001$	۰/۸۰۵
	محرومیت هیجانی	۴۰۰/۵۷۱	۲	۲۰۰/۲۸۶	۴/۰۶۶	* $<0/001$	۰/۹۲۴
	رها شدگی	۳۰۰/۹۶۸	۲	۱۵۰/۴۸۴	۳/۵۷۷	* $<0/001$	۰/۸۷۵
	بی‌اعتمادی	۲۳۴/۹۲۱	۲	۱۱۷/۴۶۰	۴/۸۲۰	* $<0/001$	۰/۸۳۴
	انزوای اجتماعی	۲۴۴/۱۱۱	۲	۱۲۲/۰۵۶	۸/۴۷۵	* $<0/001$	۰/۹۱۱
	نقص	۱۳۰/۹۰۵	۲	۶۵/۹۵۲	۵/۹۳۸	* $<0/001$	۰/۸۷۷
	ایثارگری	۳۶۰/۸۷۳	۲	۱۸۰/۴۳۷	۷/۴۳۸	* $<0/001$	۰/۸۵۷
اطاعت	۴۳۱/۲۸۶	۲	۲۱۵/۶۴۳	۸/۰۹۸	* $<0/001$	۰/۹۰۵	

۰/۹۳۵	* < ۰/۰۰۱	۱۱/۲۹۸	۵۲۷/۶۲۷	۲	۱۰۵۵/۲۵۴	جلب توجه
۰/۷۶۹	* ۰/۰۱۲	۶/۳۸۶	۱۵۰/۲۱۰	۲	۳۰۰/۴۲۰	بازداری هیجانی
۰/۸۳۰	* < ۰/۰۰۱	۲۷/۵۳۷	۲۲۵/۷۵۰	۲	۴۵۱/۵۰۱	معیارهای سخت گیرانه
۰/۸۵۷	* < ۰/۰۰۱	۷۱/۷۵۸	۱۱۳/۰۰۵	۲	۲۲۶/۰۱۱	تنبیه
۰/۹۲۴	* < ۰/۰۰۱	۱۰/۷۸۵	۲۰۰/۰۵	۲	۴۰۰/۱۱۱	منفی‌گرایی
۰/۸۷۶	* < ۰/۰۰۱	۱۳۰/۳۸۱	۶۰۷/۱۴۳	۱	۶۰۷/۱۴۳	شکست در پیشرفت
۰/۸۶۱	* < ۰/۰۰۱	۲۲۳/۰۲۷	۸۴۶/۰۰۰	۱	۸۴۶/۰۰۰	وابستگی / بی‌کفایتی
۰/۸۱۹	* < ۰/۰۰۱	۷۵۱/۲۲۱	۵۲۴/۵۷۱	۱	۵۲۴/۵۷۱	آسیب‌پذیری در برابر ضرر
۰/۸۷۰	* < ۰/۰۰۱	۶۳۵/۸۳۵	۱۱۶/۶۹۸	۱	۱۱۶/۶۹۸	خوب‌شدن تحول نیافته
۰/۸۹۰	* < ۰/۰۰۱	۲۱/۹۵۶	۳۴۵/۶۲۷	۱	۳۴۵/۶۲۷	خوب‌شدن‌داری ناکافی
۰/۸۸	* < ۰/۰۰۱	۷/۵۰۴	۸۷۷/۲۵۳	۱	۸۷۷/۲۵۳	استحقاق
۰/۹۲۰	* < ۰/۰۰۱	۱۸/۱۲۲	۹۵۴/۵۱۳	۱	۹۵۴/۵۱۳	محرومیت هیجانی
۰/۸۵۱	* < ۰/۰۰۱	۱۸/۰۴۷	۱۰۳/۷۱۳	۱	۱۰۳/۷۱۳	رها شدگی
۰/۸۹۶	* ۰/۰۰۵	۹/۶۶۴	۴۴۸/۹۱۰	۱	۴۴۸/۹۱۰	بی‌اعتمادی
۰/۷۷۸	* ۰/۰۴۳	۴/۶۲۸	۲۳۶/۱۵۹	۱	۲۳۶/۱۵۹	انزوای اجتماعی
۰/۹۰۱	* < ۰/۰۰۱	۷۳/۷۸۰	۲۱۸/۲۰۸	۱	۲۱۸/۲۰۸	نقص
۰/۸۰۳	* < ۰/۰۰۱	۱۲/۶۰۷	۷۱۳/۰۱۷	۱	۷۱۳/۰۱۷	ایثارگری
۰/۷۴۵	* < ۰/۰۰۱	۴۳/۲۷۹	۲۳۹/۳۹۳	۱	۲۳۹/۳۹۳	اطاعت
۰/۸۹۶	* < ۰/۰۰۱	۲۷/۷۵۷	۴۱۲/۶۶۱	۱	۴۱۲/۶۶۱	پذیرش
۰/۹۱۴	* < ۰/۰۰۱	۲۲/۰۱	۵۵۶/۰۸۲	۱	۵۵۶/۰۸۲	بازداری هیجانی
۰/۸۸۱	* ۰/۰۰۳	۱۰/۷۰۲	۲۴۳/۹۳۸	۱	۲۴۳/۹۳۸	معیارهای سخت گیرانه
۰/۷۷۶	* ۰/۰۰۹	۸/۰۲۱	۵۲۲/۳۳۵	۱	۵۲۲/۳۳۵	تنبیه
۰/۹۱۸	* < ۰/۰۰۱	۲۵/۶۰۵	۱۸۸/۴۱۴	۱	۱۸۸/۴۱۴	منفی‌گرایی
۰/۷۸۳	* < ۰/۰۰۱	۴۰/۰۶۱	۱۵۵/۵۵۲	۲	۳۱۱/۱۰۵	شکست در پیشرفت
۰/۸۳۰	* < ۰/۰۰۱	۴۷/۸۴۱	۱۶۴/۷۵۶	۲	۳۲۹/۵۱۲	وابستگی / بی‌کفایتی
۰/۷۱۱	* < ۰/۰۰۱	۱۲/۰۹۹	۵۲/۲۱۴	۲	۱۰۴/۴۲۸	آسیب‌پذیری در برابر ضرر
۰/۶۷۰	* < ۰/۰۰۱	۱۰/۷۴۹	۴۸/۰۵۹	۲	۹۶/۱۱۸	خوب‌شدن تحول نیافته
۰/۸۸۴	* < ۰/۰۰۱	۵۳/۷۰۳	۲۲۴/۱۵۸	۲	۴۴۸/۳۱۷	خوب‌شدن‌داری ناکافی
۰/۷۳۴	* < ۰/۰۰۱	۱۵/۳۹۶	۹۸/۰۹۴	۲	۱۹۶/۱۸۸	استحقاق
۰/۷۸۴	* < ۰/۰۰۱	۱۸/۱۲۲	۲۵۱/۶۶۲	۲	۵۰۳/۳۲۴	محرومیت هیجانی
۰/۷۴۱	* < ۰/۰۰۱	۱۵/۸۶۲	۶۴/۰۳۲	۲	۱۲۴/۰۶۴	رها شدگی
۰/۶۳۸	* < ۰/۰۰۱	۸/۷۸۲	۶۹/۱۵۷	۲	۱۳۸/۳۱۴	بی‌اعتمادی
۰/۴۹۲	* ۰/۰۰۶	۴/۵۹۹	۴۱/۳۹۶	۲	۸۲/۷۹۲	انزوای اجتماعی
۰/۵۴۰	* ۰/۰۰۳	۵/۰۸۱	۴۶/۳۲۰	۲	۹۲/۶۴۱	نقص
۰/۶۹۱	* < ۰/۰۰۱	۱۱/۴۷۰	۱۷۱/۷۶	۲	۳۴۳/۵۲۰	ایثارگری
۰/۷۲۴	* < ۰/۰۰۱	۱۴/۷۱۷	۱۲۴/۰۲۸	۲	۲۴۸/۰۵۶	اطاعت
۰/۶۸۵	* < ۰/۰۰۱	۹/۰۷۱	۱۴۹/۳۰۶	۲	۲۹۸/۶۱۳	پذیرش
۰/۷۵۲	* < ۰/۰۰۱	۱۷/۴۴۲	۲۰۶/۱۱۸	۲	۴۱۲/۲۳۶	بازداری هیجانی
۰/۵۴۴	* ۰/۰۰۳	۵/۹۴۸	۱۰۳/۰۶۸	۲	۲۰۶/۱۳۷	معیارهای سخت‌گیرانه
۰/۶۷۳	* < ۰/۰۰۱	۱۰/۵۱۶	۱۵۸/۹۶۳	۲	۳۱۷/۹۲۷	تنبیه
۰/۵۶۸	* < ۰/۰۰۱	۶/۲۷۰	۴۲/۸۱	۲	۸۵/۰۶۲	منفی‌گرایی

* $p < ۰/۰۵$ تفاوت معنی‌دار

زین گروهی

تغییر گروه و زنان

بحث

مدل مراحل تغییر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به چاقی بود. یافته‌ها نشان داد که این روش درمانی در کاهش

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر

طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثربخش است. همسو با یافته مطالعه حاضر، Velicer و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که اجرای برنامه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر از طریق تأثیر بر سیستم شناختی و باورها، موجب اصلاح سبک زندگی افراد و کاهش رفتارهای ناسالم که عامل خطر موارد بسیاری از مرگ‌ومیرهای زودرس در بزرگسالان است را کاهش می‌دهد [۲۴]. Velicer و همکاران نشان دادند که بعد از اجرای برنامه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر، طرحواره‌های افراد شرکت‌کننده تغییر معنی‌داری یافت، به طوری که منفی‌گرایی، شکست و بی‌کفایتی در آنها بهبود یافت و طرز تفکر عدم توانایی در اصلاح الگوهای رفتاری ناسالم اصلاح شد [۲۴]. این نتایج همسو با نتایج مطالعه حاضر بود که بیانگر تأثیر درمان مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به چاقی بود. Callaghan و همکاران در مطالعه خود به بررسی تأثیر این برنامه درمانی بر گرایش به اعتیاد و میل مصرف در نوجوانان مصرف‌کننده مواد پرداختند و نشان دادند که بین مراحل تغییر و گرایش به اعتیاد و وضعیت ترک تحصیل رابطه وجود دارد؛ به طوری که در مرحله قبل از تفکر به دلیل اثر عمیق طرحواره‌های ناسازگار بی‌اعتمادی، نقص، شکست، محرومیت هیجانی، اطاعت، خویشتن‌داری و منفی‌گرایی، احتمال گرایش به مصرف مواد و ترک تحصیل در آنها بالاست. علاوه بر این، آنها نشان دادند گرچه در نوجوانان معتادی که در مرحله قبل از تفکر بودند، نسبت به افرادی که در مراحل تفکر یا اقدام بودند، فرایند درمان و ترک مواد دشوارتر بود، ولی هرچه این افراد در درمان پیشرفت بیشتری حاصل می‌کردند، نمرات آنها در طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز بیشتر کاهش می‌یافت [۲۵]. Callaghan و همکاران استدلال کردند که در فرایند اجرای برنامه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر، آزمودنی‌ها تا قبل از مرحله تفکر هنوز تصمیمی برای اصلاح رفتار خود ندارند و چون در این مرحله فرد قادر به دیدن مشکل خود نیست، انگیزه کمی برای تغییر وجود دارد [۲۵]. Namazi و همکاران نیز تأثیر مراحل تغییر رفتار و فرآیندهای شناختی و رفتاری در استفاده از تغذیه سالم در زنان میانسال دارای اضافه وزن را بررسی

نمودند و نشان دادند که شرکت‌کنندگان هرچه از مرحله پیش تفکر به سمت مرحله نگهداشت پیش می‌روند، رفتار تغذیه آنها بهبود می‌یابد و افراد به معضل اضافه وزن خود جدی‌تر توجه می‌کنند [۲۶]. Namazi و همکاران نشان دادند که طی کردن مرحله قبل از تفکر به مرحله تفکر توسط آزمودنی‌ها، موجب آگاه شدن آنها نسبت به طرحواره‌های ناسازگار خود، تبعات منفی چاقی و تضاد آن با ارزش‌های فردی و توانایی در ایفای نقش‌هایشان شده و این موجب ایجاد انگیزه در آنها برای رعایت یک رژیم غذایی سالم می‌شود [۲۶]. Rahimi و همکاران نیز به بررسی تأثیر دوره آموزش تغذیه مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر میزان دانش و آگاهی دانش‌آموزان دختر سال اول متوسطه پرداختند و نشان دادند میانگین نمره آگاهی از الگوی تغذیه سالم در دانش‌آموزان گروه آزمون پس از مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود [۲۹]. در همین راستا، Mohammadi Zeidi و Pakpour در مطالعه خود نشان دادند که کاربرد مدل تغییر رفتار در دانش‌آموزان در افزایش معنی‌دار میزان مصرف منظم صبحانه و کاهش مصرف میان وعده‌های ناسالم مؤثر است [۲۸]. Erci و Bakan در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی برنامه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر در ترک سیگار پرستاران پرداختند و نشان دادند پرستارانی که از طرحواره و افکار منفی از جمله نقص، شکست در پیشرفت، خویشتن‌داری ناکافی، منفی‌گرایی و بازداری هیجانی رنج می‌برند، کمتر احتمال دارد که از مرحله پیش تفکر به مرحله تفکر و عمل در برنامه درمانی برسند. همچنین، این آزمودنی‌ها در صورت موفقیت در ادامه این برنامه درمانی و رسیدن به مرحله نگهداری، در مرحله نگهداری از کاهش نمرات در طرحواره‌های ناسازگار خبر می‌دهند [۲۹]. این محققان نشان دادند طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند مغل پیشرفت سیر تغییر و بهبودی در افراد باشند و عبور از مرحله پیش تفکر به مرحله تفکر و اقدام عملی را دشوار سازند. در همین راستا، Ludwig و همکاران [۳۰] در مطالعه‌ای که بر روی بیماران مبتلا به سندرم متابولیک در معرض خطر بیماری قلبی عروقی انجام دادند، به اجرای برنامه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر و مصاحبه انگیزشی به صورت جداگانه و ترکیبی پرداختند و نشان دادند،

اجرای ترکیبی این دو مداخله در بهبود باور افراد نسبت به تغییر رفتارهای ناسالم موثرتر است. Ludwig و همکاران نشان دادند وجود باور منفی مبنی بر غیرقابل کنترل بودن شرایط بیماری، پیش‌بین عدم تمایل بیماران برای مشارکت در این برنامه درمانی بود [۳۰]. de Melo Ribeiro و همکاران به بررسی تأثیر مداخله تغذیه‌ای بر اساس مدل مراحل تغییر، بر نشانگرهای متابولیک و اصلاح رژیم غذایی افراد تحت همودیالیز پرداختند. آنها گزارش کردند از مرحله تفکر به مرحله عمل، کاهش معنی‌داری در غلظت سرمی کراتینین و اوره بیماران ایجاد شد و نوع رژیم غذایی بیماران نیز اصلاح گردید. در بیمارانی که در عبور از مرحله تفکر به مرحله عمل عملکرد بهتری در تغییر و اصلاح افکار و باورهای منفی و طرحواره‌های ناسازگار شکست در پیشرفت، آسیب‌پذیری، خویش‌داری، انزوای اجتماعی، نقص و منفی‌گرایی داشتند، بهبود نشانگرهای متابولیک و اصلاح رژیم غذایی نیز معنی‌دارتر بود [۳۱].

برخلاف نتایج مطالعه حاضر، Chen و همکاران به بررسی مزایای یک برنامه تمرینی مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر بهبود علائم بیماری، پایبندی به ورزش و کاهش باورهای مبتنی بر طرحواره‌های منفی همچون شکست در پیشرفت و خویش‌داری، تقویت خودکارآمدی، مهارت تصمیم‌گیری و عملکرد فیزیکی در سالمندان مبتلا به استئوآرتریت زانو پرداختند و نشان دادند که این برنامه موجب بهبود علائم بیماری و پایبندی به ورزش و کاهش طرحواره‌های منفی در این بیماران نشد [۳۲]. این محققان بیان کردند که ممکن است مدل مراحل تغییر، قابلیت کمک به این بیماران برای بهبود علائم بیماری از جمله درد را نداشته است. بنابراین، از آنجا که بیماران در علائم بیماری خود بهبودی تجربه نکرده‌اند، این برنامه تمرینی نه تنها به آنها برای رهایی از طرحواره‌های منفی کمکی نکرده است بلکه موجب بدبینی آنها نسبت به این مداخله شده و آنها انگیزه‌ای برای پایبندی به ورزش نیز نداشته‌اند. در واقع، در برنامه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر، اصلاح و تغییریری که به صورت مشهود در رفتار ایجاد می‌شود، انگیزه‌ای برای مداومت فرد بر رفتار تغییر یافته است و این تغییر و آثار مثبت آن به تدریج از

سطح رفتار به سطح باور و شناخت انتقال می‌یابد. Wilson و Schlam در مطالعه‌ای به مقایسه برنامه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر، مصاحبه انگیزشی و درمان شناختی رفتاری در کاهش وزن در افراد با اختلال پرخوری پرداختند و نشان دادند در این افراد، درمان شناختی رفتاری در کوتاه مدت از اثربخشی بیشتری در کاهش وزن برخوردار بود ولی در دراز مدت تفاوت معنی‌داری بین سه برنامه درمانی وجود نداشت [۳۳]. عدم تأثیر برنامه درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر در کوتاه مدت احتمالاً به این دلیل بوده است که در این برنامه درمانی بیشتر بر تغییر رفتار تأکید می‌شود و اصلاح شناخت و طرحواره به طور غیرمستقیم و از مسیر اصلاح رفتار صورت می‌گیرد، ولی در درمان شناختی رفتاری مستقیماً در کنار اصلاح رفتار بر اصلاح شناخت‌ها نیز تأکید می‌شود و پاسخ درمانی زودتر ظاهر می‌شود. Kang و Kim [۳۴] به بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر مدل مراحل تغییر بر کنترل وزن، شاخص توده بدن و فعالیت بدنی در زنان چاق میانسال پرداختند و نشان دادند به طور معنی‌داری شاخص توده بدن کاهش و سطح فعالیت بدنی افزایش یافت. علاوه بر این، آنها نشان دادند که در طول مداخله باورهای مثبت مربوط به خودکارآمدی در مدیریت وزن و ورزش و مزایای درک شده نسبت به فعالیت بدنی به طور معنی‌داری افزایش و موانع درک شده نسبت به فعالیت بدنی به تدریج کاهش یافت. آنها استدلال کردند که در طی این مداخله، همراه با پیشرفت افراد در تغییر رفتار ناسالم همچون پرخوری، به تدریج خودکارآمدی و عزت نفس آنها نیز افزایش یافته است و همراه با آن، طرحواره‌های ناسازگار اولیه مبتنی بر ضعف عزت نفس از جمله محرومیت هیجانی و نقص بازسازی شده‌اند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، انتخاب نمونه از مراجعه‌کنندگان دو کلینیک در شهر تهران است که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین ممکن است افراد در پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه به صورت خودگزارشی با سوگیری عمل کرده باشند. پیشنهاد می‌گردد مطالعات بعدی با تعداد نمونه بیشتر و با تمرکز بر روش‌های مختلف همچون مصاحبه برای گردآوری داده‌ها صورت پذیرد.

سه‌م نویسندگان

اثامه قاسمی: انجام امور تحقیقاتی، پژوهشی، اجرایی
مانیا اصغر پور: همکاری در نمونه‌گیری و مصاحبه و هماهنگی
کلینیک مربوطه
فرحناز مسچی: همکاری و نظارت در انجام مراحل درمان
شیدا سوداگر: ارایه موضوع و تحلیل و نگارش مقاله

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکترای رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. از شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین مسئولین کلینیک‌های کرانه خرد و طلوع شهر تهران که زمینه دسترسی به گروه هدف و انجام طرح را فراهم آوردند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت گروه‌درمانی مبتنی بر مدل مراحل تغییر، بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه زنان مبتلا به چاقی تأثیر دارد. با توجه به این که طرحواره‌های ناسازگار می‌توانند در بروز و تشدید مشکلات و عوارض جسمی و روانی مختلف سهیم باشند و در اضافه وزن و چاقی افراد نیز دخیل هستند، می‌توان درمان مبتنی بر مدل مراحل تغییر را به عنوان یک روش مؤثر در اصلاح طرحواره‌های ناسازگار در افراد با اضافه وزن به کار گرفت.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

References

1. Flegal KM, Ogden CL, Fryar C, Afful J, Klein R, Huang DT. Comparisons of Self- Reported and Measured Height and Weight, BMI, and Obesity Prevalence from National Surveys: 1999-2016. *Obesity* 2019; 27(10):1711-19.
2. Hong SH, Choi KM. Sarcopenic obesity, insulin resistance, and their implications in cardiovascular and metabolic consequences. *IJMS* 2020; 21(2):494-455.
3. Konstantinidi M, Koutelidakis AE. Functional foods and bioactive compounds: A review of its possible role on weight management and obesity's metabolic consequences. *Medicines* 2019; 6(3):94.
4. Ribeiro O, do Carmo I, Paiva T, Figueira ML. Neuropsychological profile, cognitive reserve and emotional distress in a Portuguese sample of severely obese patients. *AMP* 2020; 33(1):38-48.
5. Basile B, Tenore K, Mancini F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon* 2019; 5(9):e02361.
6. Jafari A, Eskandari N, Ghandani M. Comparison of Early Maladaptive Schemas and Cognitive Emotion Regulation Strategies between Obese and Normal Weight Women. *Quarterly Journal of Nursing Management* 2020; 8(4):33-42. [Persian]
7. Kim SS, Lee YS, Kang J. The relationship among early maladaptive schema, emotional dysregulation, and SNS addiction. *Sci, Emot. Sensib* 2017; 20(2):33-44.
8. Imperatori C, Innamorati M, Lester D, Continisio M, Balsamo M, Saggino A, et al. The association between food addiction and early maladaptive schemas in overweight and obese women: a preliminary investigation. *Nutrients* 2017; 9(11):1259-93.
9. Maher A, Cason L, Huckstepp T, Stallman H, Kannis- Dymand L, Millear P, Mason J, Wood A, Allen A. Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review* 2022; 30(1):3-22.
10. Waller G. Schema-level cognitions in patients with binge eating disorder: A case control study. *IJED* 2003; 33(4): 458-64.
11. Burton AL, Mitchison D, Hay P, Donnelly B, Thornton C, Russell J, et al. Beliefs about binge eating: psychometric properties of the eating beliefs questionnaire (EBQ-18) in eating disorder, obese, and community samples. *Nutrients* 2018; 10(9):1306-1348.

12. Pinderhughes EE, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS, Zelli A. Discipline responses: Influences of parents' socioeconomic status, ethnicity, beliefs about parenting, stress, and cognitive-emotional processes. *JFP* 2000; 14(3):380.
13. Webb CA, Stanton CH, Bondy E, Singleton P, Pizzagalli DA, Auerbach RP. Cognitive versus behavioral skills in CBT for depressed adolescents: Disaggregating within-patient versus between-patient effects on symptom change. *JCCP* 2019; 87(5):484-95.
14. Boff RD, Segalla CD, Feoli AM, Gustavo AD, Oliveira MD. The transtheoretical model to assist lifestyle modification in adolescents with overweight and obesity. *Trends in Psychology* 2018; 26(2):1055-67.
15. Jorvand R, Sadeghirad K, Haeri Mehrizi AA, Ghofranipour F, Tavousi M. Determinants of daily exercises among employees with overweight or obesity: the application of health belief model. *JRH* 2019; 9(5):387-93. [Persian]
16. Shahrabadi R, Garmaroudi G, Shojaeizadeh D, Yaseri M. Change processes questionnaire for treatment of drug dependents based on transtheoretical model: Psychometric properties in Iran 2016. *Electron. Physician* 2017; 9(7):4812-27. [Persian]
17. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychol. Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice* 1982; 19(3):276.
18. Wu YK, Chu NF. Introduction of the transtheoretical model and organisational development theory in weight management: A narrative review. *ORCP* 2015; 9(3):203-13.
19. Kim NH, Kim YH, Kim JS, Hwang SK, Jun SS. Application of the transtheoretical model to obese adolescents' exercise behavior change stages. *Korea Journal Health Education Promotion* 2005; 22(1):103-15.
20. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Education Psychological Measurement* 1970; 30(3):607-10.
21. Young JE, Brown G. Young Schema Questionnaire-Short Form; Version 3. *Psychol. Assess* 2005; 59-67.
22. Yousefi N, Shirbagi N. Validating the young early maladaptive schema questionnaire (YEMSQ) among students. *IJPBS* 2010; 4(1):38-46. [Persian]
23. Connors GJ, DiClemente CC, Velasquez MM, Donovan DM. Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions. New York: Guilford Press; 2013:179-198.
24. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, Rossi JS, Redding CA, Laforge RG, et al. Using the transtheoretical model for population-based approaches to health promotion and disease prevention. *Act. Nerv. Super* 2000; 40(5):174-95.
25. Callaghan RC, Hathaway A, Cunningham JA, Vettese LC, Wyatt S, Taylor L. Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors* 2005; 30(9):1834-47
26. Namazi N, Naini AM, Mostafavidarani F, Boroumandfar Z. Investigation of stage of change and behavior and cognitive behavioral processes (transitional model) in the use of nutrients in overweight middle-aged women. *Journal Public Health Research* 2019; 17(2):84-96. [Persian]
27. Rahimi A, Hashemzadeh M, Zare-Farashbandi F, Naeini AM, Hasanzadeh A. The effect of nutrition education course on awareness of obese and overweight female 1st-year High School students of Isfahan based on transtheoretical model of behavioral change. *JEHP* 2018; 12(3):7-18. [Persian]
28. Mohammadi Zeidi A, Pakpour A. Effect of using the transtheoretical model for breakfast and healthy snacks on education for elementary students in Qazvin. *IJNSFT* 2013; 8(2):201-10. [Persian]
29. Bakan AB, Erci B. Comparison of the effect of trainings based on the transtheoretical model and the health belief model on nurses' smoking cessation. *IJCS* 2018; 11(1):213-24.
30. Ludwig MW, Dutra NS, Boff RD, Feoli AM, Gustavo AD, Macagnan FE, et al. Intervention Protocol Based on Transtheoretical Model of Behavior Change for Metabolic Syndrome. *Psicol. Teor. Pesqui* 2021; 13(5):26-37.
31. de Melo Ribeiro PV, Hermsdorff HH, Balbino KP, Epifânio AD, de Paula Jorge M, Moreira AV. Effect of a nutritional intervention, based on transtheoretical model, on metabolic markers and food consumption of individuals undergoing hemodialysis. *The Journal of Renal Nutrition* 2020; 30(5):430-9.
32. Chen H, Wang Y, Liu C, Lu H, Liu N, Yu F, et al. Benefits of a transtheoretical model- based program on exercise adherence in older adults with knee osteoarthritis: A cluster randomized controlled trial. *JAN* 2020; 76(7):1765-79.

33. Wilson GT, Schlam TR. The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review* 2004; 24(3):361-78.
34. Kim Y, Kang S. Effects of a weight control intervention based on the transtheoretical model on physical activity and psychological variables in middle-aged obese women. *Journal of Women & Aging* 2021; 33(5):556-68.

The Effectiveness of Group Therapy Based on Transtheoretical Model in Early Maladaptive Schemas of Women with Obesity

Ghasemi O¹, Asgharpour M², Meschi F², Sodagar Sh²

1-PhD Student, Dept of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2-Assistant Prof, Dept of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Corresponding Author)

Email: Mania.asgharpour@kiaou.ac.ir, Tel: 09123133688

Received: 22 February 2021 Accepted: 31 October 2022

Introduction: Obesity is a growing problem in human societies that is associated with many negative individual and social consequences; therefore, effective interventions need to be identified to reduce these complications. This study aimed to evaluate the effectiveness of group therapy based on the transtheoretical model in early maladaptive schemas of women with obesity.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up with the control group. The statistical population of the present study consisted of all obese women admitted to the clinics in Tehran in 2019. Of these, 30 women were selected based on inclusion criteria and available sampling methods and were randomly allocated to two groups: an experimental group and a control group, each containing 15 women. The research instrument was Yang's Schema Questionnaire. The group therapy based on the transtheoretical model was performed in the form of 28 90-minute sessions for the experimental group and no intervention was performed for the control group. A mixed ANOVA was performed in SPSS-18 was used to analyze the data.

Results: The results showed that group therapy based on the transtheoretical model had a significant effect on reducing the initial maladaptive schemas of women with obesity in the experimental group in the post-test and follow-up stages ($p < 0.005$).

Conclusion: Based on the research findings, it seems that the transtheoretical model has an effect on correcting the early maladaptive schemas of women with obesity. The findings of this study can provide practical implications for the treatment of early maladaptive schemas in women with obesity through treatment based on the transtheoretical model.

Keywords: Obesity, Maladaptive Schemas, Group Therapy Based on Transtheoretical Model

Please cite this article as follows:

Ghasemi O, Asgharpour M, Meschi F, Sodagar Sh. The Effectiveness of Group Therapy Based on Transtheoretical Model in Early Maladaptive Schemas of Women with Obesity. *Community Health journal* 2023; 16 (4): 12-25.

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The article was approved by the research ethics committee at Islamic Azad University, Karaj branch with code No. (IR.IAU.K.REC.1399.043)