

## اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق شهر اهواز

بهناز پورجباری<sup>۱</sup>، زهرا دشت‌بزرگی<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۲۸

### خلاصه

**مقدمه:** چاقی یکی از مشکلات عمده جوامع در حال توسعه است که با اختلال خوردن و نشخوار فکری مرتبط می‌باشد. یکی از روش‌های کاهش مشکلات روانشناختی افراد چاق روش طرحواره درمانی است. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق شهر اهواز انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش دختران نوجوان چاق دوره دوم متوسطه شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. نمونه پژوهش ۵۰ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای با روش طرحواره درمانی آموزش دید و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. داده‌ها با پرسشنامه‌های اختلال خوردن و نشخوار فکری جمع‌آوری و با روش‌های آزمون‌های تی مستقل و زوجی و تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد قبل از مداخله، گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر اختلال خوردن و نشخوار فکری تفاوت معنی‌داری نداشتند اما پس از مداخله، گروه‌ها از نظر هر دو متغیر تفاوت معنی‌دار داشتند. به عبارت دیگر، طرحواره درمانی باعث کاهش معنی‌دار اختلال خوردن ( $F=73/246, p<0/001$ ) و نشخوار فکری ( $F=81/116, p<0/001$ ) دختران نوجوان چاق شد.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج توصیه می‌گردد تا مشاوران و درمانگران از روش طرحواره درمانی در کنار سایر روش‌های درمانی برای کاهش اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق استفاده کنند.

**واژه‌های کلیدی:** طرحواره درمانی، اختلال خوردن، نشخوار فکری، دختران نوجوان، چاقی

۱- کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

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

پست الکترونیکی: zahradb2000@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۶۳۰۵۹۸۲۹

## مقدمه

چاقی یکی از عمده‌ترین مشکلات همه جوامع است و اپیدمیولوژیست‌ها روند افزایشی آن را در اروپا، آمریکا، آسیا و خاورمیانه گزارش کرده‌اند [۱]. چاقی اختلال مزمنی شامل تعامل پیچیده عوامل محیطی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، متابولیکی و ژنتیکی است [۲]. در ایران ۵/۵٪ از کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال و ۲۱/۵٪ از افراد بالاتر از ۱۸ سال مبتلا به چاقی هستند. همچنین، چاقی بین مردان ۶٪ و بین زنان ۳۸/۳٪ گزارش شده است [۳]. اگر شاخص توده بدنی (تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر) مساوی یا بزرگ‌تر از ۲۵ باشد، فرد دارای اضافه وزن و اگر مساوی یا بزرگ‌تر از ۳۰ باشد، فرد چاق است [۴]. چاقی یک مسئله جدی است که با نشاط کمتر، اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی، خستگی و آشفتگی خلقی رابطه دارد و بر سلامت فیزیکی، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد [۵].

یکی از مشکلات افراد چاق، اختلال خوردن است [۴]. این اختلال مورد توجه متخصصان بهداشت و تغذیه و حتی درمانگران قرار گرفته است و باعث اشکال در سلامت جسمی و روانی می‌شود [۶]. اختلال خوردن به معنای اشتغال ذهنی فزاینده درباره تغذیه و وزن است که باعث برهم خوردن رفتار متعادل تغذیه‌ای و افکار و تصورات منفی نسبت به غذا، خود و وزن می‌گردد [۷]. این اختلال با رفتارهای مرتبط با خوردن مشخص می‌شود و منجر به تغییر در مصرف، جذب غذا و آسیب قابل توجه سلامت و عملکرد می‌گردد [۸]. این اختلال با خصوصیات مختل شدن رفتارهای متعادل تغذیه‌ای و اختلال بارز در افکار نسبت به غذا و خود مشخص می‌شود و معمول‌ترین آنها شامل هرزه‌خواری، نشخوار، پرخوری، بی‌اشتهایی و پراشتهایی عصبی است [۹].

یکی دیگر از مشکلات افراد چاق، نشخوار فکری است [۱۰]. نشخوار فکری افکاری مقاوم و عودکننده است که حول یک موضوع می‌چرخد. این افکار به طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از اهداف اصلی منحرف می‌سازند [۱۱]. چنین افرادی معتقدند که باید تلاش کنند تا بر درون خود متمرکز شوند چون فکر می‌کنند که چنین تمرکزی به آنان بینش می‌دهد تا بتوانند راه حلی برای مشکلات پیدا کنند، اما

دچار نشخوار فکری بیشتر می‌گردند [۱۲]. نشخوار فکری پیامدهای آسیب‌زای زیادی از جمله حل مسئله ضعیف، انگیزه پایین، بازداری از رفتارهای مؤثر و شناخت آشفته را به همراه دارد [۱۳].

یکی از روش‌های مؤثر موج سوم روان‌درمانی در کاهش مشکلات افراد چاق، طرحواره درمانی است [۱۴]. طرحواره‌ها الگوهای عمیق و فراگیری هستند که از خاطره، هیجان و شناخت تشکیل شده و در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و در بزرگسالی تداوم می‌یابند [۱۵]. طرحواره درمانی، درمانی نسبتاً جدید و یکپارچه است که برنامه منظمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه جهت افزایش احساس ارزشمندی فراهم می‌کند و بر پایه درمان‌های شناختی رفتاری، بین‌فردی، دلبستگی و تجربی شکل گرفته است [۱۶]. این روش باعث می‌شود افراد در کنار یکدیگر احساس آرامش بیشتر و آسیب‌پذیری کمتری کنند و تمایل بیشتری برای ورود به جوامع و برقراری روابط اجتماعی داشته باشند [۱۷].

پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی طرحواره درمانی بر مشکلات مرتبط با خوردن انجام شده و گاهی نتایج متناقض بوده است. نتایج پژوهش Calvert و همکاران نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش علائم اختلال خوردن می‌گردد [۱۸]. در پژوهشی دیگر McIntosh و همکاران گزارش کردند که طرحواره درمانی باعث کاهش اختلال خوردن و عملکردهای مرتبط با آن می‌شود [۱۹]. علاوه بر آن Moazzeni و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد افسرده می‌شود [۲۰]. پژوهش Ghasemi Motlagh و همکاران نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش افکار خودآیند منفی می‌گردد [۲۱]. همچنین Ghadampour و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش نشخوار فکری دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی شد [۲۲]. نتایج پژوهش Rezaee و همکاران حاکی از آن بود که طرحواره درمانی می‌تواند باعث کاهش شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی شود [۲۳]. علاوه بر آن، پژوهش Mahmoudian Dastnaee و همکاران حاکی از کاهش علائم

Power=۰/۹۰ (توان آزمون) و  $\alpha=۰/۰۵$  (آلفا) در پژوهش Ataie Moghanloo و همکاران [۲۸] حجم نمونه ۱۸/۸۲ محاسبه گردید که برای اطمینان از حجم نمونه و با توجه حجم نمونه بالای دختران نوجوان چاق حجم نمونه برای هر گروه ۲۵ در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن شاخص توده بدنی مساوی یا بزرگ‌تر از ۳۰ [۴]، تحصیل در رشته‌های نظری، امضای رضایت‌نامه شرکت در پژوهش، عدم سابقه دریافت دوره طرحواره درمانی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی مثل فلوواکسامین، فلوکستین و نالترکسون و عدم رخداد‌های تنش‌زا مانند طلاق و مرگ عزیزان در سه ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت دو جلسه و یا بیشتر از آن و انصراف از همکاری بود.

پس از تأیید پروپوزال و دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه، به اداره آموزش و پرورش شهر اهواز مراجعه گردید و پس از هماهنگی، دریافت موافقت و تهیه لیست همه مدارس دخترانه دوره دوم متوسطه در رشته‌های نظری، تعداد ۴ مدرسه به روش تصادفی ساده انتخاب شد. سپس از هر مدرسه حدود ۱۲ دانش‌آموز پایه‌های تحصیلی متفاوت پس از بررسی شاخص توده بدنی (این شاخص در نیمه دوم ماه مهر به صورت عملیاتی توسط پژوهشگر در مدرسه انجام شد) با روش در دسترس انتخاب شدند. در نهایت ۵۰ نفر از دانش‌آموزانی که دارای شاخص ۳۰ و یا بالاتر بودند با روش در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و با روش تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه مساوی جایگزین شدند. لازم به ذکر است که به آنان درباره رعایت نکات اخلاقی از جمله رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی اطمینان خاطر داده شد. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۷۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) با روش طرحواره درمانی آموزش دید. گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. محتوی مداخله طرحواره درمانی توسط Young و همکاران [۲۹] طراحی و توسط Maleki و همکاران [۳۰] مورد استفاده و تأیید قرار گرفت (جدول ۱).

اختلال خوردن بر اساس طرحواره درمانی بود [۲۴]. Sharifi و Etemadi در پژوهشی گزارش کردند که طرحواره درمانی باعث کاهش باورهای اختلال خوردن دختران نوجوان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شد [۲۵]. در مقابل، Tahery و Moghadam و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش افکار خودآیند منفی نشد [۲۶].

از یک سو، ورود به دوران نوجوانی با تغییرات فیزیولوژیک همراه بوده و این تغییرات عمدتاً باعث عدم رضایت از شکل و اندازه بدن و کاهش اعتماد به نفس و سلامتی می‌شود [۲۷] و از سوی دیگر آمارها حاکی از شیوع بالای چاقی در نوجوانان است [۳]. علاوه بر آن، در چاقی رفتارهای متعادل تغذیه‌ای دچار اختلال شده و باعث ناهنجاری‌های بارزی در افکار و تصورات افراد نسبت به تغذیه و وزن می‌شود. در نتیجه برای بهبود ویژگی‌های آنان باید به دنبال رویکردهای بود که یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی، طرحواره درمانی است. بنابراین، با توجه به مشکلات دختران نوجوان چاق، اینکه آنان در آینده‌ای نزدیک مسئول تربیت نسل آینده هستند و با توجه به پژوهش‌های اندک و گاه متناقض و اهمیت طرحواره درمانی در بهبود ویژگی‌ها، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق انجام شد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش دختران نوجوان چاق دوره دوم متوسطه شهر اهواز در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بودند. برای تعیین حجم نمونه در هر گروه از فرمول زیر استفاده شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

جهت تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول فوق و  $\sigma=۲/۰۱$  (انحراف معیار)،  $d^2=۴/۵۰۷$  (سطح اطمینان)،

جدول ۱- محتوای مداخله طرحواره درمانی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوای مداخله
اول	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف طرحواره درمانی و صورت‌بندی مشکلات مراجعان در قالب طرحواره درمانی
دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته و بحث پیرامون طرحواره‌های سالم و ناسالم
سوم	آموزش تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره‌های موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
چهارم	تقویت مفهوم انسان سالم، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه‌شده
پنجم	آموزشی برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی
ششم	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آنها
هفتم	آموزش رابطه درمانی و چگونگی برقراری رابطه با افراد مهم زندگی و ایفای نقش
هشتم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و آموزش الگوهای رفتاری جدید
نهم	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
ج دهم	مرور اجمالی جلسات قبل و تمرین راهکارهای یادگرفته‌شده

[۲۴].

پرسشنامه نشخوار فکری: پرسشنامه نشخوار فکری توسط Nolen-Hoeksema و Morrow ساخته شد [۳۲]. این پرسشنامه دارای ۲۲ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱=تقریباً هرگز تا ۴=تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ است و نمره بالاتر حاکی از بیشتر بودن نشخوار فکری می‌باشد. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شد [۱۲]. در ایران Tahery و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کردند [۲۶].

در مطالعه حاضر روایی صوری و محتوایی ابزار با نظر ۱۵ نفر از متخصصان روانشناسی تأیید و پایایی پرسشنامه‌های اختلال خوردن و نشخوار فکری با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۶ محاسبه شد. همچنین رعایت نکات اخلاقی پژوهش، توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد اخلاق IR.IAUAhvaz.REC.1397.60 تأیید شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با آزمون‌های تی مستقل، تی زوجی، کولموگروف-اسمیرنوف، M باکس، لوین و کرویت بارتلت، کوواریانس چندمتغیری (پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی) و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری به کمک

مداخله توسط یک متخصص روانشناسی بالینی دارای مدرک دوره طرحواره درمانی در پاییز سال ۱۳۹۷ در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر اهواز با روش‌های سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ و ایفای نقش اجرا شد. لازم به ذکر است که هر جلسه بر اساس محتوای آموزش، به آزمودنی‌ها تکلیفی داده شد و در آغاز جلسه بعد بررسی گردید و به آنان بازخورد داده شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی سن و پایه تحصیلی از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی اختلال خوردن و نشخوار فکری استفاده گردید. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها را قبل و بعد از مداخله پس از توضیح دستورالعمل نحوه پاسخ‌دهی توسط پژوهشگر، تکمیل نمودند.

پرسشنامه اختلال خوردن: این پرسشنامه توسط Garner و همکاران ساخته شد [۳۱] و دارای ۲۶ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۰=برای سه گزینه هرگز، به ندرت و گاهی اوقات، ۱=اغلب اوقات، ۲=معمولاً و ۳=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌شود، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۷۸ است و نمره بالاتر حاکی از بیشتر بودن اختلال خوردن می‌باشد. روایی سازه ابزار تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شد [۱۸]. در ایران، Mahmoudian و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کردند

نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند. سطح معنی داری در شاخص‌های توصیفی سن و پایه تحصیلی دختران نوجوان چاق به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ گزارش شد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل از نظر سن و پایه تحصیلی تفاوت معنی داری نداشتند.

### یافته‌ها

جدول ۲- نتایج شاخص‌های توصیفی فراوانی و درصد فراوانی سن و پایه تحصیلی گروه‌ها در دختران نوجوان چاق شهر اهواز

متغیرها	طبقات	گروه طرحواره درمانی فراوانی (درصد)	گروه کنترل فراوانی (درصد)	P-value
سن (سال)	۱۶	۷ (۲۸)	۶ (۲۴)	۰/۵۹۶
	۱۷	۱۰ (۴۰)	۹ (۳۶)	
	۱۸	۸ (۳۲)	۱۰ (۴۰)	
پایه تحصیلی	دهم	۸ (۳۲)	۵ (۲۰)	۰/۳۷۶
	یازدهم	۹ (۳۶)	۱۰ (۴۰)	
	دوازدهم	۸ (۳۲)	۱۰ (۴۰)	

نوع آزمون: تی مستقل  $p < 0/05$  اختلاف معنی دار

۳ گزارش شد.

میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال خوردن و نشخوار فکری و آزمون تی زوجی گروه‌ها در جدول

جدول ۳- نتایج میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال خوردن و نشخوار فکری و مقایسه گروه‌ها در دختران نوجوان چاق شهر اهواز

گروه‌ها	تعداد	متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	مقدار T	P-value
طرحواره درمانی	۲۵	اختلال خوردن	۴۶/۵۱۲±۶/۳۰۵	۳۲/۷۴۱±۴/۱۸۷	۳۳/۵۸۲	۰/۰۰۱
		نشخوار فکری	۴۳/۷۶۶±۵/۸۸۰	۲۷/۲۶۳±۳/۹۸۲	۳۷/۲۹۰	۰/۰۰۱
کنترل	۲۵	اختلال خوردن	۴۷/۹۳۵±۶/۲۸۴	۴۸/۷۱۱±۶/۲۵۶	-۰/۲۶۳	۰/۶۹۵
		نشخوار فکری	۴۱/۹۰۷±۵/۹۵۴	۴۲/۰۷۲±۶/۱۲۰	-۰/۱۷۴	۰/۴۳۷

نوع آزمون: تی زوجی  $p < 0/05$  اختلاف معنی دار

برای متغیرهای اختلال خوردن و نشخوار فکری گروه‌های آزمایش و کنترل، فرض برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بر اساس آزمون M باکس و فرض برابری واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین برای متغیرهای اختلال خوردن و نشخوار فکری ( $p > 0/05$ ) و علاوه بر آن فرض همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته بر اساس آزمون کرویت بارتلت ( $p < 0/05$ ) تأیید شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که طرحواره درمانی حداقل بر یکی از

نتایج آزمون تی زوجی نشان داد در گروه طرحواره درمانی برخلاف گروه کنترل بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون اختلال خوردن و نشخوار فکری تفاوت معنی داری وجود دارد (جدول ۳). همچنین نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که گروه‌های طرحواره درمانی و کنترل در مراحل پیش‌آزمون از نظر اختلال خوردن ( $T = -0/426, p > 0/05$ ) و نشخوار فکری ( $T = 0/492, p > 0/05$ ) تفاوت معنی داری نداشتند. علاوه بر آن، فرض نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

تفاوت معنی‌دار دارند. بنابراین هر دو فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق شهر اهواز تأیید شد. به عبارت دیگر، طرحواره درمانی باعث کاهش معنی‌دار اختلال خوردن ( $F=73/246, p<0/001$ ) و نشخوار فکری ( $F=81/116, p<0/001$ ) دختران نوجوان چاق شد. با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت که ۸۷٪ تغییرات اختلال خوردن و ۹۱/۵٪ نشخوار فکری در دختران نوجوان چاق شهر اهواز ناشی از اثر مداخله می‌باشد.

متغیرهای اختلال خوردن یا نشخوار فکری دختران نوجوان چاق اثر معنی‌دار دارد و حداقل باعث بهبود یکی از آنها شده است ( $F=44/213, p<0/001$ ). با توجه به مجذور اتا می‌توان گفت که ۸۷٪ تغییرات متغیرها در دختران نوجوان چاق شهر اهواز ناشی از اثر مداخله است. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر هر یک از متغیرهای اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق در جدول ۴ گزارش شد. نتایج نشان داد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای اختلال خوردن و نشخوار فکری

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر هر یک از متغیرهای وابسته در دختران نوجوان چاق شهر اهواز

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اختلال خوردن	گروه	۷۶۱/۲۵۳	۱	۷۶۱/۲۵۳	۷۳/۲۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷۰	۰/۹۶۲
	خطا	۴۷۸/۰۷۸	۴۶	۱۰/۳۹۳				
نشخوار فکری	گروه	۸۰۳/۲۹۵	۱	۸۰۳/۲۹۵	۸۱/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۹۱۵	۰/۹۸۴
	خطا	۴۵۵/۵۳۸	۴۶	۹/۹۰۳				

\* $p<0/05$  اختلاف معنی‌دار

## بحث

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 [۲۹]. آموزش‌های طرحواره درمانی از طریق اصلاح طرحواره‌های دوران کودکی باعث کاهش ارزیابی و برداشت منفی از خود و افزایش ارزیابی و برداشت مثبت از خود می‌شود. هدف نهایی 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 به‌ویژه سلامت فیزیکی از جمله تغذیه و ورزش خود را کنترل می‌کنند، لذا طرحواره درمانی می‌تواند باعث کاهش اختلال خوردن شود.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند باعث کاهش نشخوار فکری شود. نتایج این مطالعه با

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند باعث کاهش اختلال خوردن شود. نتایج این مطالعه با یافته‌های پژوهش Calvert و همکاران [۱۸]، McIntosh و همکاران [۱۹]، Mahmoudian Dastnaee و همکاران [۲۴] و Sharifi و Etemadi [۲۵] همسو بود. Calvert و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش علائم اختلال خوردن شد [۱۸]. Sharifi و Etemadi نیز در مطالعه خود گزارش کردند که طرحواره درمانی گروهی باعث کاهش باورهای اختلال خوردن دختران نوجوان می‌گردد [۲۵].

در تبیین این یافته بر مبنای نظر Young و همکاران می‌توان گفت که افراد چاق و دارای اضافه وزن در دوران کودکی به احتمال بیشتری از خودارزیابی منفی رنج می‌برند.

طرحواره‌ها (مثل طرحواره نشخوار فکری) را یک حقیقت مسلم بدانند که باید از آن پیروی نمایند، آنها را به صورت یک حقیقت مزاحم بنگرند. در نتیجه، طرحواره درمانی با اصلاح و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار دوران کودکی، تکنیک‌های شناختی و رفتار، الگوهای رفتاری کارآمد و تغییر و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند باعث کاهش افکار خودآیند منفی و نشخوار فکری شود [۲۰].

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم وجود مرحله پیگیری برای بررسی تداوم اثربخشی طرحواره درمانی، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌ده برای جمع‌آوری داده درباره اختلال خوردن و نشخوار فکری و محدود شدن جامعه پژوهش به دختران نوجوان چاق اشاره نمود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه ساختاریافته یا نیمه‌ساختاریافته استفاده شود و اینکه پژوهش حاضر بر روی پسران نوجوان چاق و یا حتی سایر گروه‌ها انجام و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. پیشنهاد دیگر استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و استفاده از مراحل پیگیری کوتاه‌مدت و یا بلندمدت برای بررسی تداوم اثربخشی طرحواره درمانی می‌باشد. آخرین پیشنهاد مقایسه اثربخشی روش طرحواره درمانی به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی موج سوم روان‌درمانی با سایر روش‌های درمانی این موج از جمله درمان پذیرش و تعهد، درمان ذهن‌آگاهی، رفتار درمانی دیالکتیکی و فعال‌سازی رفتاری است.

#### نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل از این پژوهش اثربخشی

طرحواره درمانی را بر کاهش اختلال خوردن و نشخوار فکری در دختران نوجوان چاق تأیید می‌کند. به نظر می‌رسد که طرحواره درمانی به دلیل ارزان، مؤثر، در دسترس و کاربردی بودن می‌تواند در مراکز و کلینیک‌های خدمات روانشناختی جهت بهبود بسیاری از ویژگی‌های روانشناختی در کنار سایر روش‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین توصیه می‌شود متخصصان و درمانگران در کار با گروه‌های در معرض خطر چاقی و یا چاق و یا در تدوین برنامه‌های درمانی برای افراد چاق رویکرد طرحواره درمانی را مورد توجه قرار دهند.

یافته‌های پژوهش Moazzeni و همکاران [۲۰]، Ghasemi Motlagh و همکاران [۲۱]، Ghadampour و همکاران [۲۲] و Rezaee و همکاران [۲۳] همسو و با یافته پژوهش Tahery Moghadam و همکاران [۲۴] ناهمسو بود. Moazzeni و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش نشخوار فکری افراد افسرده می‌شود [۲۰]. نتایج پژوهش Ghadampour و همکاران نشان می‌دهد که طرحواره درمانی باعث کاهش نشخوار فکری دانش‌آموزان می‌گردد [۲۲]. در مقابل Tahery Moghadam و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی باعث کاهش افکار خودآیند منفی زنان افسرده بستری‌شده در مرکز روان‌پزشکی نمی‌شود [۲۴].

در تبیین ناهمسوئی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Tahery Moghadam و همکاران [۲۴] می‌توان گفت شاید دلیل تفاوت نتایج متفاوت بودن جامعه پژوهش باشد. پژوهش حاضر بر روی دختران نوجوان چاق و پژوهش آنان بر روی زنان مبتلا به افسردگی بستری‌شده در مرکز روان‌پزشکی انجام شد. بررسی حاکی از آن است که مداخله‌های روانشناختی در افراد مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی در مقایسه با افراد فاقد این اختلال‌ها نیازمند مدت زمان بیشتری برای تأثیرگذاری است و از آنجایی که در پژوهش حاضر ۱۰ جلسه مداخله صورت گرفته و در پژوهش آنان فقط ۸ جلسه انجام شده است، لذا منطقی است که در پژوهش آنان برخلاف پژوهش حاضر، طرحواره درمانی باعث کاهش افکار خودآیند منفی یا نشخوار فکری نشده باشد.

همچنین در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش نشخوار فکری بر مبنای نظر Moazzeni و همکاران می‌توان گفت طرحواره درمانی از طریق تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار دوران کودکی، ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگار و کارآمد به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود افکار فراهم می‌آورد. همچنین، طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا به جای الگوهای رفتاری برخاسته از طرحواره از سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری استفاده نماید و به جای این که

## تعارض منافع

در این مقاله هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

## تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است که با هزینه شخصی انجام شده است. نویسندگان از مسئولان آموزش و پرورش، مدیران مدارس و دبیران شهر اهواز به دلیل اجازه پژوهش و از دانش‌آموزان به دلیل شرکت در پژوهش تشکر می‌کنند.

## سهام نویسندگان

بهناز پورجابری: نویسنده پروپوزال و پایان نامه و کمک در اجرای مداخله و جمع‌آوری داده‌ها، زهرا دشت‌بزرگی: انجام مداخله، تحلیل آماری و نگارش مقاله.

## References

1. Aslam M, Siddiqui A, Sandeep G, Madhu S. High prevalence of obesity among nursing personnel working in tertiary care hospital. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2018;12(3):313-6.
2. Kowaleski-Jones L, Brown BB, Fan JX, Hanson HA, Smith KR, Zick CD. The joint effects of family risk of obesity and neighborhood environment on obesity among women. *Social Science & Medicine* 2017;195:17-24.
3. Sasanfar HR, Shabahari R, Pazouki A, Pishgahroudsari M, Ghanbari JA. The effectiveness of combined cognitive group therapy and diet therapy on obese women's weight-loss and self-efficacy. *RJMS* 2016;23(148):11-9. [Persian]
4. Bozkirli E, Ertorer ME, Bakiner O, Tutuncu NB, Demirag NG. The Validity of the World Health Organisation. *Asia Pacific journal of clinical nutrition* 2007;16(3):443-7.
5. Olander EK, Scamell M. Teaching students about maternal obesity without creating obesity stigma. *Nurse education today* 2016;42:59-61.
6. McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH. The role of media literacy in body dissatisfaction and disordered eating: A systematic review. *Body image* 2016;19:9-23.
7. Fortesa K, Ajete K. Family Influence on Disordered Eating Behaviour. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014;159:314-8.
8. Smith AR, Zuromski KL, Dodd DR. Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. *Current opinion in psychology* 2018;22:63-7.
9. Cicmil N, Eli K. Body image among eating disorder patients with disabilities: A review of published case studies. *Body image* 2014;11(3):266-74.
10. Wang SB, Lydecker JA, Grilo CM. Rumination in patients with binge-eating disorder and obesity: Associations with eating-disorder psychopathology and weight-bias internalization. *European Eating Disorders Review* 2017;25(2):98-103.
11. Jessup SC, Knowles KA, Berg H, Olatunji BO. Anger rumination is not uniquely characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences* 2019;140:10-4.
12. Holdaway AS, Luebbe AM, Becker SP. Rumination in relation to suicide risk, ideation, and attempts: Exacerbation by poor sleep quality? *Journal of affective disorders* 2018;236:6-13.
13. Rogers ML, Schneider ME, Tucker RP, Law KC, Anestis MD, Joiner TE. Overarousal as a mechanism of the relation between rumination and suicidality. *Journal of psychiatric research* 2017;92:31-7.
14. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review* 2015;39:30-41.
15. Nenadić I, Lamberth S, Reiss N. Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry research* 2017;253:9-12.
16. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders* 2013;148(1):118-22
17. Hodge L, Simpson S. Speaking the unspeakable: Artistic expression in eating disorder research and schema therapy. *The Arts in Psychotherapy* 2016;50:1-8.
18. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of eating disorders* 2018;6(1):1-7.
19. McIntosh VV, Jordan J, Carter JD, Frampton CM, McKenzie JM, Latner JD, et al. Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused



- cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry research* 2016; 240: 412-20.
20. Moazzeni T, Gholamrezae S, Rezae F. Effectiveness of schema therapy on severity of depression and rumination in patients with treatment resistance depression. *Journal of Global Pharma Technology* 2016; 8(11): 31-8.
  21. Ghasemi Motlagh M, Manshaee Gh, Askari K, Talebi H. The effectiveness of schema therapy and mindfulness based cognitive therapy on the rate of using negative automatic thoughts in depressive patients. *Iranian Journal of educational Sociology* 2017; 1(3):18-25.
  22. Ghadampour E, Hosseini Ramaghani N, Moradi S, Rod MG, Alipour K. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Decrease of Post-Event Rumination and Cognitive Avoidance in People With Clinical Symptoms of Social Anxiety. *The Horizon of Medical Sciences* 2018; 24(2):111-8. [Persian]
  23. Rezaee M, Ghazanfari F, Reazee F. Effectiveness of emotional schema therapy on severity of depression and rumination in people with major depressive disorder. *JSSUMS* 2016; 24(1):41-56. [Persian]
  24. Mahmoudian DT, Amiri S, Neshatdoost H, Manshaee G. Comparing the effectiveness of schema therapy and CBT on eating disorder symptoms in patients with bulimia nervosa aged 16-23 considering parental bonding. *Contemporary Psychology* 2017; 12(1):38-52. [Persian]
  25. Sharifi M, Etemadi O. The effect of group schema therapy on eating disorder's beliefs and shame in girl adolescents with anorexia nervosa in Isfahan. *Journal of Modern Psychological Research* 2012;7(27):81-98. [Persian]
  26. Tahery Moghadam N, Taghizadeh ME, Kakojoibary AA, Alaghmand A. The Effect of Schema Therapy on the Reduction of Automatic Negative Thought and the Increase of Self-esteem in Women with Depression. *RPH* 2014; 8(1):41-50. [Persian]
  27. Habibpour Z, Taebi M, Akbarbeglo M. Comparison of body image satisfaction in boy & girl teenagers of Isfahan high schools during year 20002-3. *Community Health Journal* 2017;3(4):38-43. [Persian]
  28. Moghanloo RA, Moghanloo VA, Babapour-Kheiroddin J, Poursharifi H, Pishvaei M. The effect of Group Hope Therapy on subjective wellbeing, acceptance and rumination in HIV+ patients. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)* 2014;18(5): 265-274. [Persian].
  29. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. 1ne ed. New York, NY: Guilford Press; 2003:178-96.
  30. Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi O. The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *Journal of Medical Education & Development* 2015;10(1) 47-56. [Persian]
  31. Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders* 1983;2(2):15-34.
  32. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology* 1991;61(1):115-21.

# The Effectiveness of Schema Therapy on Eating Disorder and Rumination of Obese Adolescent Girls

Pourjaberi B<sup>1</sup>, DashtBozorgi Z<sup>2</sup>

1- MA of Personality Psychology, Dept of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

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

Email: zahradb2000@yahoo.com, Tel: 09163059829

Received: 11 April 2019 Accepted: 18 June 2019

**Introduction:** Obesity as one of the major problems in developing societies is associated with eating disorder and rumination. One way to reduce psychological problems among obese people is to use schema therapy. This study aimed to explore the effectiveness of schema therapy on eating and rumination disorders among obese adolescent girls in Ahvaz.

**Materials and Methods:** The present study employed a quasi-experimental method with a pre-test and post-test design with the control group. The research population included high school obese adolescent female students in Ahvaz in the academic year 2018-2019. The research sample consisted of 50 students who were selected using availability sampling technique and were randomly placed into two equal groups. The members of the experimental group participated in 10 schema therapy sessions, each lasting 70 minutes, while the control group didn't receive any treatment. The data were collected by administering eating disorder and rumination disorder questionnaires and analyzed by the paired and independent samples *t*-tests and multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

**Results:** The results showed that there was no significant difference between the participants in the experimental and control groups in terms of eating disorder and rumination in the pre-intervention phase. However, the two groups showed significant differences in terms of both variables upon the completion of the intervention. In other words, schema therapy led to a significant decrease in the eating disorder ( $F=73.246, p<0.001$ ) and rumination ( $F=81.116, p<0.001$ ) of obese adolescent girls.

**Conclusion:** Based on the results, counselors and therapists are recommended to use schema therapy along with other treatment techniques to reduce eating disorder and rumination of obese adolescent girls.

**Keywords:** Schema therapy, Eating disorder, Rumination, Adolescent girls, Obesity

---

## Please cite this article as follows:

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.

**Funding:** Personally financed.

**Conflict of interest:** There is no conflict of interest regarding the publication of this article.

**Ethical approval:** The ethical approval was obtained from the Ethics Committee of Islamic Azad University, Ahvaz Branch under reference number: IR.IAUAhvaz.REC.1397.60.