

تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر فرانگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی متقاضی جراحی اسلیو / بای پس معده

عاطفه بزرگواری^۱، دکتر انیس خوش لهجه صدق^{۲*}

چکیده:

زمینه و هدف: پر خوری عصبی یکی از چالش‌های جدی حوزه سلامت است که اثرات منفی بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر فرانگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع نیمه تجربی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل) بود. جامعه آماری آن کلیه بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی متقاضی جراحی اسلیو / بای پس معده که به مراکز درمانی استان تهران در سال ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند که با پرسش‌نامه اختلالات خوردن استیس و همکاران (۲۰۰۱) ارزیابی شدند. سپس نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر داوطلب شدند که در هر گروه ۱۵ نفر به تصادف قرار گرفتند. پروتکل طرحواره درمانی گروهی در گروه آزمایش با محتوای پروتکل اختلالات خوردن سیمپسون و اسمیت (۲۰۲۰) بصورت فردی و گروهی اجرا شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت ننمودند. داده‌ها از پرسشنامه‌های عدم تحمل بلا تکلیفی و فرانگرانی جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره توسط نرم‌افزار SPSS-26 انجام شد.

یافته‌ها: مجدور اتای تفکیکی در مقایسه دو گروه نشان داد طرحواره درمانی گروهی ۶۹٪ بر بهبود فرانگرانی و ۶۴٪ بر بهبود عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی تأثیر معناداری داشت ($P < 0/001$). بنابراین طرحواره درمانی گروهی بر فرانگرانی، و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی متقاضی جراحی اسلیو / بای پس معده مؤثر بود.

نتیجه‌گیری: می‌توان برای کاهش فرانگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی از طرحواره درمانی گروهی استفاده کرد. بنابراین، طرحواره درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر در مدیریت و درمان اختلال پر خوری عصبی مورد استفاده قرار گیرد که باعث افزایش اعتماد به نفس و بهبود روابط اجتماعی بیماران شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی گروهی، فرانگرانی، عدم تحمل بلا تکلیفی، اختلال پر خوری عصبی

نویسنده پاسخگو: دکتر انیس خوش لهجه صدق

تلفن: ۰۲۱-۲۶۷۲۰۳۲۵

E-mail: dr.aniskhoshlahjehsedgh@iau.ac.ir

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی قم، قم، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۴/۰۷/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۸

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

بزرگواری ع، خوش لهجه صدق ا. تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر فرانگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی متقاضی جراحی اسلیو / بای پس معده. نشریه جراحی ایران. دوره ۳۴، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵، ۴۹-۶۲. doi: 10.22034/ij.s.2026.741450

زمینه و هدف

در دهه‌های اخیر، اختلال پرخوری عصبی به‌عنوان یک چالش بهداشتی و روان‌پزشکی مهم شناخته شده‌است که بار قابل توجهی بر زندگی افراد مبتلا ایجاد می‌کند^۱ و با اثرات گسترده بر سلامت جسمی و روانی فرد، نقض الگوهای تغذیه‌ای و کاهش کیفیت زندگی همراه است.^۲ بر اساس آمار جدید سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ بیش از ۱/۹۹ میلیارد نفر از بزرگسالان دنیا دارای اضافه وزن بوده و حدود یک سوم از آنها چاق هستند.^۳ طبق پیش‌بینی‌های صورت گرفته تا سال ۲۰۴۰ میلادی شیوع اضافه وزن حداقل دو برابر و شیوع چاقی حداقل سه برابر خواهد شد که این مورد برای زنان بیشتر از مردان خواهد بود.^۴

بیش از ۳۰ درصد افرادی که چاق هستند و آن‌هایی که تلاش می‌کنند وزن کم کنند، ممکن است از اختلال پرخوری عصبی رنج ببرند.^۵ در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) پرخوری عصبی وضعیتی است که با افراط در پرخوری و رفتارهای جبرانی نامناسب برای جلوگیری از افزایش وزن مشخص می‌شود و از لحاظ شیوع شناسی میزان این اختلال در حدود ۱ درصد کل جامعه عمومی است.^۶ در این مواقع به راه‌های دیگری از جمله انواع جراحی‌ها روی می‌آورند^۱ که امروزه یکی از روش‌های مدیریت وزن، محسوب می‌شوند^۲ گرچه روش‌های جراحی می‌توانند موفقیت‌آمیز باشند اما از نظر تکنیکی سخت هستند و ممکن است انجام آن‌ها عوارض زیادی را به دنبال داشته باشند.^{۱۱} بر اساس تحقیقات اخیر، تغییرات آناتومیکی ایجادشده توسط جراحی‌هایی مانند بای‌پس و اسلیو معده می‌تواند رفتارهای خوردن بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. برای مثال، کاهش حجم معده و تغییرات در هورمون‌های گوارشی ممکن است بر احساس سیری و گرسنگی تأثیر بگذارد، اما در صورت عدم درمان مشکلات روانی مرتبط با اختلال پرخوری عصبی (Binge Eating Disorder = BED)، این تغییرات ممکن است کافی نباشند. این موضوع به این دلیل است که رفتارهای خوردن ناهنجار همچنان ادامه پیدا می‌کند و جراحی به تنهایی نمی‌تواند مشکلات روانی زیر بنایی را حل کند. این اختلال به‌طور ویژه بر افرادی تأثیر گذار است که درخواست جراحی اسلیو / بای پس معده دارند، و بنابراین، چالش‌های بیشتری در مدیریت این افراد به‌وجود می‌آید.^۲

از طرفی، بلاتکلیفی که پدیده‌ای رایج در زندگی روزمره است می‌تواند میزان متفاوتی تنش در افراد مختلف ایجاد کند.^{۱۲} عدم تحمل بلاتکلیفی یک ناتوانی در تحمل پاسخ‌های ناخوشایندی است که از درک نبود اطلاعات کافی ناشی می‌شوند و توسط ادراک فرد از عدم اطمینان باقی می‌مانند.^{۱۴} افرادی که تحمل بلاتکلیفی بالایی دارند عدم اطمینان را به عنوان یک محرک منفی، تهدیدآمیز یا چیزی که باید از آن اجتناب کرد ارزیابی می‌کنند.^{۱۵} همچنین افراد با عدم تحمل بلاتکلیفی، ابهام را تنش‌زا، ناامیدکننده و اضطراب برانگیز می‌دانند.^{۱۷} طبق مطالعه‌ای که در ایران صورت گرفت پژوهش‌گران دریافتند طرحواره درمانی می‌تواند بر کاهش حالت‌های نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی مؤثر باشد و این تأثیر در طول زمان نیز ماندگار است.^{۱۸}

همچنین، فرانگرانی ارزیابی منفی از نگرانی یا نگرانی درباره نگرانی را فرانگرانی گویند که فاجعه سازی نگرانی را شامل می‌شود و کنترل ذهنی آن دشوار می‌گردد.^{۱۹} این سازه باعث تشدید و پایداری نگرانی و شکل‌گیری نگرانی آسیب‌شناختی می‌شود.^{۲۰} فرانگرانی تبدیل نگرانی بهنجار از طریق باورها و ارزیابی‌های منفی به نگرانی نابهنجار است که نقش مهمی در کاهش سلامت روان دارد.^{۲۲} پیامدهای عاطفی نگرانی، نظیر اضطراب مرتبط با انتظار وقایع فاجعه‌آمیز و توقف پردازش هیجانی باعث تداوم احساس اضطراب و برانگیختگی می‌شود^{۲۳} و چون فرد نیاز به نگرانی را نوعی راهبرد مقابله‌ای تصور می‌کند؛ برای پاره کردن زنجیره نگرانی تلاشی نمی‌کند.^{۲۴} از آنجایی که یکی از عوامل زمینه‌ساز فرانگرانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد،^{۲۵} می‌توان یکی از روش‌های درمانی فرانگرانی را نیز طرحواره درمانی در نظر گرفت.^{۲۶}

در افراد دارای اختلال پرخوری وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند با ایجاد سازوکارهایی در گرایش به پرخوری نقش ویژه داشته باشد.^{۲۸} یکی از روش‌های مؤثر در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد چاق روش طرحواره درمانی گروهی است.^{۲۹} طرحواره درمانی یک درمان ابتکاری و تلفیقی است که توسط یانگ در سال ۱۹۹۹ مبتنی بر درمان‌ها و مفهومی‌های سنتی درمان شناختی - رفتاری پی‌ریزی شده است.^{۳۰} طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف

گذاشته شدند. بدین ترتیب، تحلیل‌های نهایی بر روی ۲۴ شرکت‌کننده (۱۲ نفر در هر گروه) انجام شد. معیار ورود به تحقیق (شرکت داوطلبانه، مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، متقاضیان جراحی اسلیو/بای‌پس (دارای پرونده درمانی)، نداشتن اختلال روانی دیگر، دامنه سنی حداقل ۲۵ سال، حداقل تحصیلات دیپلم) و معیار خروج از تحقیق (عدم همکاری و پاسخگویی به سوالات پرسشنامه، غیبت بیش از دو جلسه، مبتلا به بیماری یا تشخیص اختلال خاص حین پژوهش، دریافت روان درمانی به شیوه‌ای دیگر) بود.

کد اخلاق این پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی قم به شماره IR.IAU.QOM.REC.1402.173 اخذ شده است. در ابتدای کار افرادی که به طور داوطلب حاضر به همکاری بودند فرم‌های رضایت‌نامه آگاهانه و جمعیت‌شناختی به همراه پرسش‌نامه اختلال خوردن جهت غربالگری ارائه شد و شرکت‌کنندگان به هدف پژوهش و نقش شرکت‌کنندگان و محرمانه بودن اطلاعات آگاهی داده شد و از آنها خواسته شد رضایت خود را از شرکت در تحقیق اعلام نمایند و از میان افرادی که دارای پرخوری عصبی بودند نمونه پژوهش انتخاب و در گروه‌ها تقسیم شدند. هر دو گروه توسط پرسشنامه‌های فرآنگرانی و عدم‌تحمل بلاتکلیفی مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس مداخله با گروه آزمایش (۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی و ۲۵ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای) سه بار در هفته (به مدت ۳ ماه) اجرا و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. هر دو گروه پس از ۳ ماه با پرسشنامه‌های فرآنگرانی، عدم‌تحمل بلاتکلیفی و اختلال خوردن تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند. این پژوهش بر مبنای اصول اخلاقی و حرفه‌ای انجمن روان‌شناسی انجام شد. بر اساس اصول اخلاق حرفه‌ای، شرکت در پژوهش و خارج شدن، افراد آزاد بودند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در جلسه توجیه، اهداف موردنظر پژوهش توضیح داده شد. علاوه بر این به آنان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر شد و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند و یا در هر مرحله که بخواهند مختار هستند از ادامه پژوهش انصراف دهند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های ذیل می‌باشد:

قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی افراد را در غلبه بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه که مفهوم کلیدی در این رویکرد محسوب می‌شود، یاری می‌دهد و هدف اولیه آن، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌ها و هدف نهایی آن نیز ترمیم طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است.^{۳۱}

در پژوهش‌ها اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال خوردن نوجوانان چاق،^{۳۲} بر بهبود شاخص توده بدن در زنان چاق^{۳۳} تایید شده است. همچنین پژوهش‌های بر اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش حالت‌های نگرانی^{۱۸} و فرآنگرانی^{۳۴،۳۷} و عدم تحمل بلاتکلیفی^{۳۵،۱۸} در دیگر گروه‌ها حکایت دارند. لذا هدف از اجرای پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر فرآنگرانی، و عدم‌تحمل بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی متقاضی جراحی اسلیو / بای‌پس معده بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، شبه آزمایشی به همراه گروه‌های آزمایش و کنترل با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری آن را کلیه بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی متقاضی جراحی اسلیو/بای‌پس معده و مراجعه‌کننده به مراکز درمانی استان تهران در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ تشکیل داده بودند. سپس از بین بیماران متقاضی جراحی اسلیو / بای‌پس مبتلایان به اختلال پرخوری عصبی با پرسش‌نامه اختلالات خوردن استیس و همکاران^{۳۶} مورد ارزیابی قرار گرفتند و در نهایت افراد با بیشترین نمره در زیرمقیاس‌های اختلال پرخوری عصبی و پراشتهایی برای شرکت در این پژوهش داوطلبانه وارد مطالعه شدند. در ابتدای مطالعه، ۳۰ شرکت‌کننده به صورت تصادفی با قرعه‌کشی در گروه‌ها ساده به دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص یافتند. در طول مداخله، ۳ نفر از گروه آزمایش به دلایل شخصی (نقل مکان، مشکلات خانوادگی) از مطالعه خارج شدند. به منظور حفظ تعادل آماری و رعایت پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتری که در گروه‌های برابر دقت بالاتری دارند.^{۳۸،۳۷} تعداد ۳ نفر از گروه گواه نیز به روش تصادفی ساده (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) کنار

پرسش‌نامه دموگرافیک: اطلاعات شخصی افراد شامل: سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری به همراه فرم رضایت آگاهانه بود.

پرسش‌نامه اختلالات خوردن (Eating Disorder Diagnostic Scale = EDDS):

مقیاس تشخیص اختلال خوردن توسط استیس و همکاران در سال ۲۰۰۴ ساخته شد.^{۲۶} این مقیاس شامل ۳ زیرمقیاس (۱. پراشتهای عصبی، ۲. اختلال خوردن مفرط و ۳. نشانه‌های اختلال کم اشتها (عصبی) در دو سطح بالینی و غیربالینی تشخیص این اختلال‌ها طراحی شده بود. میزان فقدان کنترل فرد، زیاده‌روی در غذا خوردن و متعاقب آن، رفتارهای اجتنابی فرد از اجتماع را سوالات (۱-۱۴) مورد سنجش قرار می‌دهد. تعداد دفعات پرخوری را به طور متوسط در هفته در طول شش ماه گذشته بین ۷-۰ روز را سؤال ۷ و بین ۱۴-۰ روز را سؤال ۸ مورد پرسش قرار می‌دهند. سوالات ۱۵-۱۸ میزان رفتارهای جبرانی به صورت ایجاد استفراغ عمدی، استفاده از مسهل، حذف وعده‌های غذایی، روزه گرفتن و ورزش شدید را بین ۱۴-۰ بار در طول سه ماه گذشته مورد سؤال قرار می‌دهد. در سوالات ۱۹ و ۲۰ مربوط به وزن برحسب کیلوگرم و قد برحسب متر بررسی می‌شود. همچنین در طول سه ماه گذشته تعداد دفعات از دست دادن دوره‌های قاعدگی در سؤال ۲۱ مورد سنجش قرار می‌گیرد و سؤال ۲۲ نیز مربوط به مصرف یا عدم مصرف قرص‌های جلوگیری از بارداری است که به صورت بله یا خیر به این سوالات پاسخ داده می‌شود. شیوه نمره‌گذاری سوالات ۱-۴ به صورت لیکرت و ۸ امتیازی بین ۷-۰؛ سؤال ۵ به صورت بله یا خیر و سوالات ۶، ۹-۱۴ به صوت بله، خیر و نمی‌دانم پاسخ داده می‌شدند. مجموع نمرات بالاتر نشان‌دهنده نگرش ضعیف‌تر فرد نسبت به بدن خود است. سازندگان اصلی ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۱ گزارش نمودند و همچنین ضریب روایی همگرای آن با مقیاس باور هسته‌ای خوردن [Eating Core Beliefs Questionnaire (ECBQ)] توسط کوپر و همکاران در سال ۱۹۹۷ را ۰/۸۹ گزارش کردند.^{۲۶}

آلفای کرونباخ در تحقیق واگنر ۰/۸۷ برای نمونه با وزن نرمال و ۰/۸۳ برای نمونه دارای اضافه وزن گزارش شده است.^{۲۷} در ایران نیز پایایی با آلفای کرونباخ به مقدار مطلوب ۰/۸۲ بدست آمد و روایی ملاکی این مقیاس با مصاحبه بالینی برای بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهای عصبی و پرخوری به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۵ و ۰/۸۳ به دست آمد.^{۲۸}

پرسش‌نامه عدم تحمل (Intolerance of Uncertainty Scale = IUS): این مقیاس ۲۷ سؤالی در سال ۲۰۰۹ توسط سکستون و دوگاس تهیه شده است.^{۲۹} که دارای ۲ مولفه ۱. تلویحات خودارجاعی (Uncertainty Unfair) (۱، ۲، ۳، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵) و ۲. بلاتکلیفی غیرمنصفانه (Exploratory Factor Analysis) (سوالات ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۶، ۲۷) می‌باشد. نحوه نمره‌گذاری این مقیاس در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از هیچ وقت=۱ تا کاملاً=۵ نمره است. نمره کل تحمل ناپذیری بلاتکلیفی از جمع نمرات هر مقیاس محاسبه می‌شود و حداقل نمره این مقیاس ۲۷ و حداکثر آن ۱۳۵ می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده مشکلات بیشتر در مدیریت عدم قطعیت است. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ برای بلاتکلیفی تلویحات خودارجاعی ۰/۹۲، بلاتکلیفی غیرمنصفانه ۰/۹۱ و کل مقیاس ۰/۹۵ بدست آورده‌اند و با تحلیل عاملی اکتشافی، قابلیت آن با آزمون کایرز-مایر-اولکین و آزمون کرویت بارتلت بررسی و مقدار آزمون کایرز-مایر-اولکین (۰/۹۷) نشان از کفایت حجم نمونه برای اجرای تحلیل عاملی داشت و سپس با تحلیل عاملی تاییدی و مقادیر شاخص برازش مقایسه‌ای و خطای ریشه مجذور میانگین تقریب به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۰۷ بدست آورده‌اند که نشان از روایی مقیاس است.^{۲۹} در ایران نیز پایایی مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ در پیش آزمون ۰/۹۱، پس آزمون ۰/۹۰ و پیگیری ۰/۹۳ گزارش شده است.^{۴۰} و برای روایی تشخیصی و همگرا پرسش‌نامه ضریب همبستگی با مقیاس اضطراب بک ساخته شده در سال ۱۹۸۸ ($r=0/55$) و مقیاس افسردگی بک ساخته شده در سال ۱۹۶۱ ($r=0/62$) بدست آمده است.^{۴۱}

برخوردار است. حداقل نمره این مقیاس ۷ و حداکثر آن ۲۸ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده فراوانی بیشتر باور به فرانگرانی است. از لحاظ روایی افتراقی، پرسش‌نامه فرانگرانی می‌تواند بیماران سرپایی دارای ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را از افراد دچار اضطراب جسمانی یا بدون اضطراب متمایز سازد و ضریب الفای کرونباخ مقیاس فرانگرانی ۰/۸۸ به دست آمده است.^{۴۲} در ایران نیز از لحاظ روایی افتراقی مورد تایید قرار گرفت و همچنین پایایی بازآزمایی در طی ۲ ماه، ۰/۷۹ و پایایی آن را با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است.^{۴۳} همچنین در پژوهش قدرتی میکوهی و همکاران پایایی این ابزار با کمک آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمد (جدول ۱).^{۴۴}

پرسش‌نامه فرانگرانی (Meta Worry Questionnaire = MWQ): پرسش‌نامه فرانگرانی توسط ولز ۲۰۰۵ پس از جداسازی ماده‌های مربوط به فرانگرانی در پرسش‌نامه افکار اضطرابی آن‌ها را در پرسش‌نامه مستقلی تحت عنوان پرسش‌نامه فرانگرانی گردآوری کرد. هدف از ایجاد این پرسش‌نامه از یک سو ارزیابی مستقل فرانگرانی و از سوی دیگر بررسی میزان فراوانی فرانگرانی می‌باشد.^{۴۲} این پرسش‌نامه شامل ۷ گویه مستقل است که به خطرات نگرانی مربوط می‌شوند. آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده شدت آن علامت در مورد خودش است، برمی‌گزیند. این پرسش‌نامه از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (تقریباً هرگز=۱ تا تقریباً همیشه=۴)

جدول ۱- پروتکل جلسات طرحواره درمانی

جلسه	عنوان	محتوا
جلسات فردی		
۱	مصاحبه و ارزیابی	ارائه پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، طرحواره، عدم تحمل بلا تکلیفی، فرانگرانی و فرم رضایت آگاهانه
۲	مفهوم سازی موردی	ارائه نتایج، تفسیر پرسشنامه‌ها و بروشور آموزشی. توضیح در مورد فرایند، هدف و قوانین گروه. مفهوم پردازی موردی با توجه به پیشینه وابسته به رشد، سابقه و الگوهای هماهنگی/وابسته
جلسات گروهی		
۱	برقراری امنیت و پیوند گروه	استفاده از مچ بندهای گروهی (فارل و شاو) برای رشد و پیوند سالم و بقای شی - استفاده از چند شال به عنوان نماد قابل لمس جهت ارتباط و تعلق خاطر آنها به گروه
۲	آموزش روان‌شناختی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ذهنیت‌های مقابله‌ای و پیوند آنها با اختلال خوردن	ایجاد پیوند مداوم بین تجربه‌های گذشته و اکنون - استفاده از عکس دوران نوزادی یا کودکی به منظور تسهیل ارتباط با کودک آسیب‌پذیر - مشخص نمودن اهداف درمان گروهی و ذهنیت‌های مقابله‌ای اصلی گروه و ارتباط دادن رفتارهای پرخوری عصبی با ذهنیت‌ها و هیجان‌ها
۳	آموزش مدل طرحواره	مشخص نمودن نیازهای ارضا شده و نشده - استفاده از کارت‌های بازی و تمرین دیوارهای آجری برای کشف نیازهای ارضا نشده - توضیح طرحواره‌های میان نسلی و پیوند نیازهای کودکی با طرحواره ناسازگار اولیه با استفاده از شکل
۴	تمرینات گروهی شناسایی، نقشه برداری و نقش آفرینی ذهنیت‌ها	رسم / نقاشی ذهنیت‌های اصلی گروه - ایفای نقش آنها و حدس ذهنیت‌ها - انجام تمرین اتوبوس - نمایش رفتارهای پرخوری عصبی همراه با مهم‌ترین پیام‌ها و حالت چهره مرتبط با آن ذهنیت و حدس آن توسط بقیه اعضای گروه

جلسه	عنوان	محتوا
۵	تمرینات معرفی ذهنیت بزرگسال سالم و تمرینات شجره شناسی	تعیین تفاوت بین ذهنیت‌های بزرگسال سالم و مقابله‌ای شرکت‌کنندگان در گروه‌های ۲ نفره - استفاده از کاغذهای سفید و قرمز برای نشان دادن ذهنیت‌ها با علائم بیرونی و درونی - ایجاد تکلیف منزل مبنی بر تعیین هرگونه ذهنیت والد، مقابله‌ای و یا طرحواره‌های نسل‌های پیشینشان
۶	تمرین مسدود کردن ذهنیت‌های مقابله‌ای	پرداختن به بدن به یک شیوه امن بدون مغلوب شدن هیجان‌ها از طریق تمرکز بر ذهن و تحرک
۷	تمرین ماسک	تمرین گروهی فارل و شاو - تمرین ارتباط و قطع ارتباط به منظور آگاهی از تأثیر محافظ بی تفاوت بر خود فرد و دیگران و ظرفیت فرد برای ارضای نیازهای هیجانی‌اش
۸	نمایش دادن ذهنیت و تمرکز بر موافقان و مخالفان	تمرکز بر ذهنیت‌های با اهمیت از نظر شرکت‌کنندگان و رفتارهای احتمالی مرتبط با آن - رشد همدردی با ذهنیت کودک آسیب‌پذیر - تمرین حفظ دیدگاه آسیب‌پذیری از بزرگسال سالم و مهربان در برابر انتقادگر درونی / بیش کنترل‌گر
۹	تصویرسازی کوچک با محرک‌های اختلال خوردن، کار با صندلی در ذهنیت‌های مقابله‌ای	انجام تمرین ۱۰ مرحله‌ای جهت تشخیص ذهنیت‌های مقابله‌ای و مرتبط ساختن آنها با رفتارهای تغذیه‌ای شرکت‌کنندگان - جلب اعتماد ذهنیت‌های مقابله‌ای به منظور رفع نیازها - ایفای نقش مرحله‌ای جهت جلوگیری از ذهنیت‌های مقابله‌ای - تغییر تمرین و کار با صندلی و کیل مدافع شیطان
۱۰	کار با صندلی - درمانگر، نقش کودک آسیب‌پذیر را ایفا می‌کند	طی ۱۰ مرحله تمرین برای تغییر دیدگاه نسبت به ذهنیت‌های مقابله‌ای و اطمینان خاطر به کودک آسیب‌پذیر برای اعتماد به بزرگسال سالم - تکلیف دهی منزل جهت اجازه به کودک آسیب‌پذیر برای ابراز نیازهای هیجانی خود
۱۱	مواجهه همدلانه، نقش آفرینی تاریخی	انجام فرمول ۶ مرحله فارل و شاو (۲۰۱۳) برای رفتارهای مواجهه همدلانه در گروه - به چالش کشیدن طرحواره‌ها از طریق سه نوع نقش آفرینی جهت کمک به غیرشخصی کردن رفتارهای والدین که تحت تأثیر مشکلات و استرس‌های زندگی‌شان بوده است
۱۲	تصویرسازی ذهنی برای تقویت بزرگسال سالم، شناخت نیازهای هیجانی، تمرین هماهنگی/عدم هماهنگی	تمرین‌های تجسم فکری برای رشد و تقویت بزرگسال سالم (کار در منزل) - اتصال به خویشتن خلاقشان مثل: رقص، تانسی، یوگا، سفالگری، نقاشی / نویسندگی - دستیابی به ذهنیت کودک آسیب‌پذیر - کمک به فهم نیاز به هماهنگی و هم‌مدلی طی ۴ مرحله کار در منزل
۱۳	تمرین‌های آگاهی کوچک، تصویرسازی باز والدینی	تمرین آگاهی متمرکز بر بدن به صورت ۲۰ ثانیه هر مرتبه (تمرین متمرکز توسط گندلین ۱۹۷۸) طی ۶ مرحله
۱۴	ترسیم کردن گروه، مواجهه با انتقادگر درونی	کاهش قدرت انتقادگر درونی در هنگام مواجهه از طریق رسم تصاویر با حالاتی واقعی و مسخره - تمرکز بر محرک‌های نوعی در انتقادگر درونی از جمله: وزن کردن، نگاه کردن در آینه، شکستن رژیم غذایی و...
۱۵	بازنویسی تصویری در گروه، تصویرسازی ذهنی برای مبارزه با انتقادگر درونی	شروع با یک مکان امن و بعد یک خاطره ناراحت‌کننده دوران کودکی مربوط به موضوعات بدن / تغذیه / وزن و بازنویسی پایان همراه با پیام‌هایی برای ذهنیت کودک آسیب‌پذیر - قدرتمند کردن تصویرسازی ذهنی بر اساس تشبیه مانند نوعی فیزیوتراپی روانی

جلسه	عنوان	محتوا
۱۶	محدودیت گذاری با انتقادگر درونی، کار با صندلی - جدال با انتقادگر درونی	کار در گروه های دوفره و مخالفت با انتقادگر درونی و تأیید افراد طی ۱۴ مرحله
۱۷	تغییر: کار با صندلی در زمان تخریب پیشرفت درمان از سوی انتقادگر درونی	بررسی موقعیت هایی که در آن انتقادگر درونی سعی داشته تا تلاش آنها را تخریب کند و یا حس شکست را القا کند - اندیشیدن به منشأ و نحوه ی قدرتمند شدن انتقادگر درونی در طول سالیان زندگی
۱۸	الگو شکنی رفتار	دعوت شرکت کنندگان به انتخاب هدف های رفتاری خاص - تغییر رفتاری با ایجاد فهرستی از تمامی قوانین آن و تعیین هدف های رفتاری مربوط برای تقویت بزرگسال سالم
۱۹	تقویت بزرگسال سالم با تمرین های کودکک شاد	تصویرسازی - خودافشایی درمانگر - یادگیری تصویرسازی - تمرین های تنفس سه مرحله بزرگسال سالم (ون در وینگارت ۲۰۱۵) - فعالیت های کوتاه با محوریت سرگرمی به منظور بالا بردن خودانگیزگی و لذت از طریق تجسم و حرکت بدن برای خارج شدن از ذهنیت های مقابله ای
۲۰	رفع مزاحمت های تصویر بدنی و تمرین انتقادگر درونی متمرکز بر بدن، گفتگوی درونی بین شخص و بدن	طی ۵ مرحله پیام های منفی ناشی از انتقادگر درونی را با پیام های سالم جابجا می کنیم و استفاده از کار با صندلی - طی ۱۳ مرحله، شرکت کنندگان با پیام های خجالت آوری که به بدنشان حمله می کنند مبارزه می کنند و به بدن های یکدیگر مهربانی را اظهار می کنند
۲۱	تمرین تصویرسازی بدن و تمرکز تجربی	شرکت کنندگان به مانند دانشمندانی از مریخ نسبت به بدن انسان توصیفی علمی ارائه می کنند، توجه به ویژگی هایی که توسط انتقادگر درونی به نقص تبدیل می شوند و دقت نسبت به قضاوت ها
۲۲	کار با صندلی در ذهنیت هایی که در فرآیند درمان کار شکنی می کنند	شناسایی ذهنیت هایی که مانع پیشرفت و خوشحالی شرکت کنندگان در آینده می شوند - کار با صندلی برای درک این پیام که هیچ چیز مهم تر از سلامتی و شادی نیست
۲۳	پیشگیری از بازگشت و ثبات رفتاری	تنظیم برنامه ای از فعالیت بر حسب پاسخ های بخش بزرگسال سالم به ذهنیت ها و استفاده از کاربرگ به منظور دیدار دوباره با استراتژی های مفید گذشته - آموزش مدیریت ذهنیت ها و پاسخ هوشمندانه در قلمرو طرحواره
۲۴	بازنویسی تصویری آینده محور	تمرکز بر آمادگی برای موقعیت های محرک معمولی و مسدود کردن پاسخ های ذهنیت مقابله ای به منظور امتحان پاسخ های رفتاری جدید - دعوت از بزرگسال سالم برای صحبتی قاطع و آرام با ذهنیت و نیازهای کودکک آسیب پذیر
۲۵	نتیجه گیری و جمع بندی	مرور کلی تمرین ها و کاربرگ ها برای ایجاد برنامه های عینی در پیشروی پس از پایان کار گروه

بیشترین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۳۰ سال و ۵۷ سال ($43/5 \pm 5/35$) و در گروه کنترل ۳۲ سال و ۵۱ سال ($40/25 \pm 6/73$) بود. همچنین میانگین و انحراف معیار مدت ابتلای شرکت‌کنندگان به اختلال پرخوری عصبی در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $3/7 \pm 8/5$ و $2/8 \pm 35/75$ بود. نتایج شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است.

یافته‌های جدول ۲، نشان داد در گروه آزمایش، میانگین نمرات فرانگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی از مرحله پیش آزمون به پس آزمون کاهش یافته است، در حالی که در گروه گواه تغییر چشمگیری مشاهده نمی‌شود. در بررسی مفروضه‌های آزمون جهت بررسی نرمال بودن نمرات فرانگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نمرات در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان داد که توزیع نمره‌ها نرمال بود ($P > 0/05$) و مفروضه نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. نتایج برابری واریانس از طریق آزمون لون نشان داد مفروضه واریانس‌ها مشابه برای متغیرهای وابسته رعایت شده است. همچنین مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیونی با آزمون F اثرات تعاملی بررسی شد. نتایج حاصل از F محاسبه شده نشان داد مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیونی رعایت شده است.

با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس، به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر فرانگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه تک متغیری استفاده شد. خلاصه نتایج در جدول ۳ آمده است.

طبق جدول ۳ با توجه به اینکه مقدار احتمال بررسی تفاوت‌های گروه‌ها کمتر از $0/05$ است در نتیجه می‌توان بیان داشت طرحواره درمانی گروهی بر بهبود فرانگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی تأثیر معناداری دارد. مجذور اتای تفکیکی نشان داد طرحواره درمانی گروهی $69/1$ درصد بر بهبود فرانگرانی و $64/8$ درصد بر بهبود عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی تأثیر معناداری داشت.

پروتکل طرحواره درمانی (Schema Therapy Protocol): پروتکل مورد استفاده در این پژوهش، برگرفته از شیوه درمانی سوزان سیمپسون و اولین اسمیت در کتابی با عنوان "طرحواره‌درمانی برای اختلالات خوردن" بود که در جدول ۱ خلاصه‌ای از آن آمده است. این پروتکل ساختار انعطاف‌پذیری داشته و تمامی عناصر رویکرد طرحواره درمانی، یعنی بین فردی، تجربی، شناختی و رفتاری را ترکیب می‌کند. بر اساس دو جلسه فردی ۴۵ دقیقه‌ای (برای سنجش و ارزیابی به صورت جلسات انفرادی) و ۲۵ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای انجام می‌شود. یکی از اهداف اصلی در این راهنمای گروهی تشخیص و تمایز بخش‌های مختلف ذهنیت برای یکی کردن نهایی آن‌ها در یک خویشتن منسجم و ایجاد یک ترکیب سالم است.^{۴۵}

پس از گردآوری داده‌ها در گروه آزمایش و کنترل اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات)، شاخص‌های میانگین و انحراف معیار مورد بررسی قرار گرفتند و از تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) برای تک تک متغیرها استفاده شد. همچنین پیش‌فرض‌های اجرای تحلیل کواریانس مانند نرمالیتی داده، بررسی داده پرت، همگنی شیب خطوط رگرسیون، همگنی واریانس با آزمون لوین، خطی بودن رگرسیون همپراش و وابسته، پایایی ابزار تحقیق، تخمین مقادیر و ... بررسی شد. همچنین از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ برای آنالیز داده‌ها استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۴ نفر در این تحقیق شرکت کردند. در دو گروه ۱۲ نفر کنترل و آزمایش قرار گرفتند. آزمون‌های همگنی (آزمون T مستقل و خی‌دو) پس از ریزش نمونه‌ها مجدداً اجرا شد و نشان داد که دو گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی و نمرات پیش‌آزمون تفاوت معناداری ندارند ($P > 0/05$). اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد در گروه کنترل ۵ نفر ($41/7\%$) افراد شرکت‌کننده متاهل و ۷ نفر ($58/3\%$) مجرد و در گروه آزمایش افراد شرکت‌کننده ۷ نفر ($58/3\%$) متاهل و ۵ نفر ($41/7\%$) مجرد بودند. کمترین و

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در زمان‌های مختلف به تکنیک گروه به همراه آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب خطوط رگرسیونی

متغیر	گروه‌ها	آزمایش	کنترل	آزمون نرمالیتی		آزمون لون		شیب خطوط رگرسیونی	
				شاپیرو - ویلک		آماره	مقدار احتمال	آماره	مقدار احتمال
فرانگرانی	پیش آزمون	$3/977 \pm 18/00$	$2/708 \pm 17/33$	0/968	0/626	0/36	0/85	2/520	0/265
	پس آزمون	$3/766 \pm 13/00$	$2/780 \pm 17/50$	0/969	0/636				
عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش آزمون	$18/761 \pm 79/83$	$14/219 \pm 78/00$	0/979	0/874	0/51	0/82	2/398	0/464

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود فرانگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	مقدار احتمال	مجدورات
فرانگرانی	بین گروه	151/414	1	151/414	46/876	$<0/001$	$0/691$
	خطا	67/832	21	3/230			
عدم تحمل بلا تکلیفی	بین گروه	254/921	1	254/921	12/865	$<0/001$	$0/648$

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر بهبود فرانگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی صورت گرفت. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد با توجه به سطح معناداری بین دو گروه (آزمایش و کنترل) از لحاظ نمرات مورد تحقیق و مؤلفه‌های مورد بررسی، تفاوت معنادار بین دو گروه معنادار است. طبق

تحلیل کواریانس تک متغیری معنی‌داری تفاوت بین گروه کنترل و آزمایش در فرانگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی نتیجه‌بخش بود. نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر با نتایج پژوهش ندائی و همکاران،^{۳۵} پاک اندیش و همکاران،^{۳۲} جاشوا و همکاران^{۴۶} و پیترز و همکاران^{۴۷} همسو بود.

در تبیین کلی این فرضیه می‌توان بیان داشت طرحواره درمانی گروهی، باعث کاهش فرانگرانی در گروه آزمایش و

مرحله پس‌آزمون شد؛ همچنین مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون فرانگرانی تفاوت معناداری را نشان داد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی گروهی یکی از راه‌های درمانی برای کاهش فرانگرانی بیماران مبتلا به فرانگرانی یا نگرانی مداوم و افراطی است؛ که نوعی اضطراب بوده که با تمرکز زیاد بر روی مشکلات آینده و ترس‌های غیرمنطقی همراه است. این حالت روانی می‌تواند به افزایش سطح استرس، کاهش کیفیت زندگی و تشدید اختلالات روانی منجر شود. طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب‌های شناختی - رفتاری، دلبستگی، روابط شی، گشتالت، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است.^{۴۸} طرحواره درمانی گروهی برای بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، به عنوان یک روش مؤثر شناخته شده است.^{۴۹} در مطالعه‌ای بر روی زنان مبتلا به چاقی نشان داده شد طرحواره درمانی گروهی می‌تواند منجر به بهبود تنظیم هیجان و شاخص توده بدن در زنان چاق شوند.^{۳۲و۳۹}

یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس و بازسازی شناختی می‌تواند به کاهش نگرانی‌های افراطی و مداوم در این بیماران کمک می‌کند. کاهش فرانگرانی می‌تواند بهبود سلامت روانی و افزایش احساس آرامش و امنیت در بیماران را به همراه داشته باشد. فرانگرانی یا نگرانی مداوم و غیرمنطقی از طریق طرحواره درمانی گروهی کاهش یافت. این روش درمانی با شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار، ایجاد راهبردهای سازگار، مواجهه با انتقادگر درونی و مهار ذهنیت‌های مقابله‌ای ناسازگار توانست به کاهش فرانگرانی در بیماران کمک کند. در همین راستا پژوهشگران دریافتند طرحواره درمانی می‌تواند بر کاهش حالت‌های نگرانی^{۱۸} و فرانگرانی مؤثر باشد و این تأثیر در طول زمان نیز ماندگار است.^{۳۴و۳۷}

همچنین، دیگر نتایج نشان داد طرحواره درمانی گروهی به طور معناداری باعث بهبود عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی شد. این نتایج بیانگر آن است که طرحواره درمانی با تقویت تحمل ابهام، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش حمایت اجتماعی می‌تواند به بیماران کمک کند تا با شرایط نامعلوم بهتر مواجه شوند و اضطراب کمتری را تجربه کنند. از آنجایی که عدم تحمل

بلاتکلیفی یا ناتوانی در پذیرش عدم قطعیت‌ها و ابهامات، یکی از مشکلات اصلی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی است؛ بهبود آن می‌تواند به افزایش احساس کنترل و کاهش اضطراب در بیماران منجر شود. طرحواره درمانی گروهی با ایجاد فضایی برای شناخت و پذیرش احساسات و تجربیات ناشی از عدم قطعیت، به بیماران کمک کرد تا تحمل بلاتکلیفی خود را افزایش دهند. با تأکید بر ارتقاء سطح سلامت روانی و افزایش توانایی‌های مقابله‌ای بیماران، طرحواره درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر در مدیریت و درمان اختلال پرخوری عصبی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، این روش می‌تواند باعث افزایش اعتماد به نفس و بهبود روابط اجتماعی بیماران شود. پژوهشی در ایران نشان داد طرحواره درمانی می‌تواند بر کاهش حالت‌های نگرانی و عدم تحمل بلاتکلیفی مؤثر بوده و این تأثیر در طول زمان نیز ماندگار است.^{۱۸} همچنین ندائی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند طرحواره درمانی بر عدم تحمل بلاتکلیفی اثربخش است. این روش، علاوه بر کاهش علائم بالینی، می‌تواند بهبود کیفیت زندگی بیماران را نیز به همراه داشته باشد.^{۳۵} با توجه به این نتایج، توصیه می‌شود طرحواره درمانی گروهی به عنوان یک روش مؤثر در درمان اختلال پرخوری عصبی و عدم تحمل بلاتکلیفی، در برنامه‌های درمانی و پشتیبانی برای افراد مبتلا به این اختلالات، جایگاه ویژه‌ای داشته باشد.

از محدودیت‌هایی این پژوهش بدون شک متغیرهای مزاحم و مخدوشگری مانند شرایط اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی، طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند در نتایج تحقیق حاضر اثرگذار باشد. از آنجا که این تحقیق در مراکز درمانی صورت پذیرفته است در تعمیم نتایج به دست آمده به افرادی که شناسایی نشده‌اند باید محتاطانه عمل شود. یکی از دیگر محدودیت‌های مهم این پژوهش تفکیک نکردن جنسیت می‌باشد که به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد تا در تحقیق خود جنسیت مورد بررسی قرار داده و اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در زنان و مردان را به تفکیک گزارش نمایند. همچنین با افرادی که دارای اختلال پرخوری هستند و لزوماً متقاضی عمل جراحی نیستند و از جوامع و محیط‌های اجتماعی دیگری نمونه‌برداری شود و تأثیر شرایط اجتماعی، اقتصادی افراد نیز لحاظ گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود یک برنامه پیگیری برای بیماران اجرا شود. پس از پایان جلسات طرحواره درمانی گروهی، گروه‌های حمایتی

با توجه به نتایج مثبت حاصل از استفاده از طرحواره درمانی گروهی در حوزه‌های مختلف، می‌توان به عنوان یک روش اثبات شده در مدیریت اختلال پرخوری عصبی، به آن اعتماد کرد. البته، لازم است تا همواره نظارت و پایش صحیح از سوی متخصصین صورت گیرد تا بهترین نتایج ممکن به دست آید. این پژوهش نشان داد طرحواره درمانی گروهی یک روش مؤثر و جامع برای کاهش فرآینگری و بهبود عدم تحمل بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی است. بنابراین، طرحواره درمانی گروهی به عنوان یک روش کامل و جامع در مدیریت و درمان اختلال پرخوری عصبی، قابل توصیه است و می‌تواند بهبود قابل توجهی در فرآینگری و عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران داشته باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی نویسنده اول این پژوهش می‌باشد که با کد اخلاق IR.IAU.QOM.REC.1402.173 در دانشگاه آزاد اسلامی قم اخذ شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر نمایند.

برای بیماران ایجاد شود تا بتوانند به تبادیل تجربیات و حمایت از یکدیگر ادامه دهند. این گروه‌ها می‌توانند به پایداری اثرات مثبت درمان و کاهش خطر بازگشت علائم کمک کنند. پیشنهاد می‌شود که تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر سایر ابعاد زندگی بیماران مانند عملکرد شغلی، روابط اجتماعی، و کیفیت زندگی کلی ارزیابی شود. این می‌تواند به درک جامع‌تری از تأثیرات این نوع درمان بر زندگی بیماران کمک کند و نشان دهد که چگونه بهبود می‌تواند بهبود کلی در زندگی افراد را تسهیل کند. پیشنهاد می‌شود با استفاده از کارگاه‌هایی در زمینه اختلالات شناسایی شده مرتبط با اختلال پرخوری عصبی برای خانواده‌ها در نظر گرفته شود. با توجه به نتایج مثبت حاصل از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود طرحواره درمانی به عنوان یکی از روش‌های درمانی اصلی در برنامه‌های درمانی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این، تحقیقات بیشتری برای بررسی اثرات بلندمدت طرحواره درمانی و کاربرد آن در سایر اختلالات روانی توصیه می‌شود. در نهایت، این پژوهش با ارائه شواهد علمی معتبر، به دانش موجود در زمینه طرحواره درمانی و تأثیرات آن بر متغیرهای روان‌شناختی افزوده و می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی کمک کند.

References:

- Cleland L, Kennedy HL, Pettie MA, Kennedy MA, Bulik CM, & Jordan J. Eating disorders, disordered eating, and body image research in New Zealand: a scoping review. *Journal of Eating Disorders*, 2023; 11(1), 1-52.
- Hatamian P, Rasoolzadeh Tabatabaei S K, Souri A. The effect of reality therapy on emotion regulation and happiness in girls with bulimia nervosa. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2021; 8 (4): 124-134.
- Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, & et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behavior. *British Journal of Sports Medicine* 2020; 54 (24):1451-1462. (In Persian).
- Kamali M, Manshaee G, Torkan H. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with Mindfulness-based Cognitive Therapy on Body Image, Attitude towards Eating, and Food Cravings in Overweight Individuals. *IJPN* 2024; 12 (2): 59-71. (In Persian).
- Luhar S, Timæus IM, Jones R, Cunningham S, Patel SA, Kinra S, et al. Forecasting the prevalence of overweight and obesity in India to 2040. *PLOS ONE*. 2020; 15(2): e0229438.
- Mahmoudi Hamidi S, Mehrinejad SA, Moazedian A. Investigation the relationship between split-self conflicts and emotional eating mediated by self-compassion in overweight women. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)*. 2023; 11(3): 59-69.
- Ashrafi S, Bahrainian A, Hajializadeh K, Delavar A. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Bulimia Nervosa in Overweight Women. *RBS* 2020; 18 (2): 182-191. (In Persian).
- Jain A, Yilanli M. *Bulimia Nervosa*. In: Stat Pearls Internet. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562178/>.
- American psychiatric association. 2015. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. Translated by: Rezaee F, Fakhraee A, Farmand A, Niloufari A, Hashemi Azar J, Shamioo F. Tehran: Arjmand Publications. 2022. (In Persian).
- Baseri A, Farzaneh S, Mousavi Maleki A. An Anthropological Investigation of Women's Body Management with an Emphasis on Stomach Bypass Surgery in District 2, Tehran. *Iranian Journal of Anthropological Research*, 2022; 12(2): 141-162. (In Persian). doi: 10.22059/ijar.2023.355308.459805
- Sheikhtaheri A, Beitollahi M, Pazouki A, Orooji A. Effective factors of mini gastric bypass surgery complications. *RJMS* 2018; 25 (3):48-58. (In Persian) URL: <http://rjms.iuums.ac.ir/article-1-5124-fa.html>
- Summers BJ, Matheny NL, Sarawgi S, Cogle JR. Intolerance of uncertainty in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2016; 16: 45-53.
- Hasantehrani R, Moharami J. Predicting neuroticism traits based on various attachment styles and psychological well-being with the mediation of uncertainty intolerance in college students. *Journal of Psychological Science*, 2024; 23(137), 209-227. (In Persian).
- Hasani Jabdaragi Y, Mikaeili N, Aghajani S, Basharpour S. Relationship Between Trait Anxiety Intolerance of Uncertainty with Depression Syndromes in College Students: Moderating Role of Mindfulness. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2024; 19(73): 171-180. (In Persian).
- Carleton RN, Sharpe D, Asmundson GJ. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. Requisites of the fundamental fears?. *Behavior Research and Therapy*, 2007; 45(10): 2307-2316.
- Clarke E, Kiropoulos LA. Mediating the relationship between neuroticism and depressive, anxiety and eating disorder symptoms: the role of intolerance of uncertainty and cognitive flexibility. *Journal of Affective Disorders Reports*, 2021; 4: 100101.
- Gillett CB, Bilek EL, Hanna GL, Fitzgerald KD. Intolerance of Uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implication for phenomenology and treatment. *Clinical Psychology Review*, 2018; 60: 100-108.
- Makhdoomi M, Abolghasemi S, Khane Keshi A. The effectiveness of schema therapy on worry states and intolerance of uncertainty in patient with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 2025; 23(144), 79-95. (In Persian).
- Gündüz A, Gündoğmuş İ, Engin B, Bağlar G. The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Meta-Worry Questionnaire. *Archives of Neuropsychiatry*, 2022; 59(3), 218. <https://www.noropsikiyatriarsivi.com>
- Behjat A, Mirshamsi Z, Karbalaee Saleh S, DashtBozorgi Z. The Effectiveness of Rehabilitation Program of Dohsa-hou on Perceived Stress, Meta-worry and Quality of Life of Hemodialysis Patients. *IJRN*, 2020; 7 (1): 44-54. (In Persian).
- Ren L, Yang Z, Wang Y, Cui LB, Jin Y, Ma Z, ... & Yang Q. The relations among worry, Meta -worry, intolerance of uncertainty and attentional bias for threat in men at high risk for generalized anxiety disorder: a network analysis. *BMC psychiatry*, 2020; 20(1), 1 -11.
- Yu M, Lv F, Liu Z, & Gao D. How negative automatic thoughts trigger Chinese adolescents'

- social anxiety: The mediation effect of Meta -worry. *Current Psychology*, 2022; 1-10.
23. Anwar S, Riaz MN, & Ahmed F. Relationship between Attitude towards Infidelity, Difficulty in Emotion Regulation and Mental Health Issues among Married Individuals. *Pakistan Languages and Humanities Review*, 2022; 6(2), 536 - 548.
 24. Silva -Santos LC, Carvalho SM, & Faro A. Meta -worry, anxiety, and depression in the coronavirus 2019 (COVID -19) pandemic: Brazil, June 2020. *Salud mental*, 2022; 45(4): 151 -158.
 25. Oguz G, Celikbas Z, Batmaz S, Cagli S, & Sungur MZ. Comparison between obsessive compulsive disorder and panic disorder on metacognitive beliefs, emotional schemas, and cognitive flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2019; 12(3): 157 -178.
 26. Boterhoven de Haan KL, Fassbinder E, Hayes C, & Lee CW. A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2019; 29 (1): 54.
 27. Yousefian Amirkhiz S, Bagherzadeh gholmakani Z, Khodabakhsh M. Comparing the effectiveness of schema therapy and therapy based on improving the quality of life on anxiety in women affected by infidelity. *Rooyesh*. 2023; 12(2): 83-94. (In Persian).
 28. Haji Seyed Taghiya Taghavi ZA, Poursharifi H, Meschi F, HassanAbadi H, & Rezaei M. The moderating role of coping strategies in relation to early maladaptive schemas and binge eating disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2021; 9(2), 1-10. (In Persian)
 29. Najjar Kakhki I, Kalthornia Golkar M, Nezhadmohamad Nameghi A, Mohammadi Shirmahaleh F, Valizadeh M. Comparison of effectiveness of acceptance and commitment -based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 2023; 10(1): 75 -89. (In Persian)
 30. Ali Asgari S, Farhangi A, Sedaghat M. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on body dysmorphic disorder in young girls with body dysmorphic disorder. *Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 2024; 1 (3): 30-40. (In Persian).
 31. Nourizadeh Mirabadi M, Hosseinzadeh Taghvaei M, Moloodi R, Sodagar S, Bahrami Hidaji M. The efficacy of schema therapy on coping styles and body image concerns in obese people with binge-eating disorder: A single subject study. *Journal of Psychological Science*, 2023; 21 (120): 11. (In Persian).
 32. Pakandish S, Kraskian A, Jamhari F. The Effectiveness of Schema Therapy in Emotional Regulation and Band on Body Mass Index of obese Women. *IJRN* 2023; 9 (3): 10-19. (In Persian).
 33. 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. (In Persian).
 34. Koçak L, & Çelik E. Investigation of the effect of group counselling based on schema therapy on academic expectation stress in high school students. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2022. <https://onlinelibrary.wiley.com>
 35. Nedaei A, Qamari Gavi H, Sheykholeslami A, Sadri Damirchi E. The effectiveness of emotional schema therapy on the intolerance of uncertainty and the difficulty of emotion regulation in people suffering from comorbid depression and anxiety. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2023; 10 (1): 103-115. (In Persian).
 36. Stice E, Fisher M, Martinez E. Eating Disorder Diagnostic Scale: additional evidence of reliability and validity. *Psychol Assess*, 2004; 16(1): 60-71.
 37. Wagner ME. Self-objectification among overweight and obese women: an application of structural equation modeling. PhD theses in philosophy. Fulfillment. College of Bowling Green State University. 2011; 13-19.
 38. Rezaei M, Aflakseir A, & Ghayour M. Prevalence of eating disorders and obesity in female student of Shiraz University. *IJNR*, 2015; 10(3), 36-42. (In Persian).
 39. Sexton KA, Dugas MJ. Defining distinct negative beliefs about uncertainty: Validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological Assessment*, 2009; 21(2), 176-186.
 40. Sharifzadeh M, Razeghi R, Aghaei H, Tabatabaee SM. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Worry and Uncertainty Intolerance in Patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 2025; (In Persian).
 41. Sarkashikiyan SM, Babakhani N, Bagheri N. The relationship between academic expectations stress and academic self-defeating behaviors: The mediating role of uncertainty intolerance. *Rooyesh*, 2022; 11(4), 169-180. (In Persian).
 42. Wells, A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational- Emotional & Cognitive Behavioral Therapy*, 2005; 23(4), 337-355.
 43. MahmudAliloo M, Shahjoee T, Hashemi Z. Comparison of Intolerance of Uncertainty, Negative Problem Orientation, Cognitive Avoidance, Positive Beliefs about Worries in Patient whit Generalized Anxiety Disorder and Control Group. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2011; 5(20), 169-187. (In Persian).
 44. Ghodrati Mirkoohi M, Baldaran N, Abdollahi G. Prediction of Cognitive Flexibility in Methadone-Treated Patients based on Meta-Worry,

- Anxiety, and Duration and Amount of Methadone Use. *Etiadpajohi*, 2017; 11 (42): 181-19. (In Persian).
45. Simpson S, Smith E. *Schema Therapy for Eating Disorders (Theory and Practice in Individual and Group Settings)*. Translator: Gol Afroz Gholami, Dr. Lily Maddah, Arjomand Publications. Tehran. 2022.
 46. Joshua P R, Lewis V, Kelty S F, & Boer DP. Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2023; 52(3), 213-231.
 47. Peeter N, van Pael B, Kran J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *Br J Clin Psychol*. 2022; 61(3): 579-597.
 48. Kellogg SH, & Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 624, 445-45. *Journal of School Psychology*, 2006; 506, 799-823.