



The Effectiveness of Group Schema Therapy on Psychological Capital in Patients with Bulimia Nervosa Who Are Candidates for Gastric Sleeve/Bypass Surgery

Atefeh Bazgvari ¹, Anis Khoshlahjeh Sedgah^{2*}

1. Master of Science in Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Qom Medical Sciences, Islamic Azad University, Qom, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Qom Medical Sciences, Islamic Azad University, Qom, Iran.

Corresponding author: Anis Khoshlahjeh Sedgah, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Qom Medical Sciences, Islamic Azad University, Qom, Iran.

E-mail: anissedq@yahoo.com

Received: 5 Dec 2024

Accepted: 18 Feb 2025

Abstract

Introduction: Bulimia nervosa has negative effects on the quality of life of individuals undergoing gastric sleeve/bypass surgery. The present study aimed to determine the effectiveness of group schema therapy on psychological capital in patients with bulimia nervosa.

Methods: The study was quasi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population was all patients with bulimia nervosa undergoing gastric sleeve/bypass surgery who were referred to medical centers in Tehran province in 2023. Stick et al. (2001) assessed patients with the Eating Disorders Questionnaire. A sample of 30 individuals with bulimia nervosa was selected and 15 were randomly assigned to each group. In the experimental group, individual and group therapy sessions (over 3 months) were implemented based on the Simpson and Smith (2020) group schema therapy protocol for eating disorders. Data were collected from the Luthans Psychological Capital Questionnaire (2007); Their analysis was performed using multivariate analysis of covariance and SPSS-26 software.

Results: The mean post-test scores of the experimental group and the control group in the components of self-efficacy increased from 32.33 to 27.92, hopefulness from 30 to 21.83, resilience from 23.92 to 20, and optimism from 26.33 to 19.92, respectively. Also, the group schema therapy intervention significantly improved the psychological capital of patients with bulimia nervosa ($p < 0.05$).

Conclusions: Group schema therapy can be used as an effective component in treatment programs for bulimia nervosa.

Keywords: Group Schema Therapy, Psychological Capital, Bulimia Nervosa, Candidates for Gastric Sleeve/Bypass Surgery.



اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر سرمایه روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی متقاضی جراحی بای پس معده

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

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

نویسنده مسئول: استادیار، انیس خوش لهجه صدق، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.
ایمیل: anissedq@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۱۵

چکیده

مقدمه: پر خوری عصبی اثرات منفی بر کیفیت زندگی افراد متقاضی جراحی اسلیو/بای پس معده دارد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر سرمایه روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی بود. **روش کار:** پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری آن کلیه بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی متقاضی جراحی اسلیو/بای پس معده مراجعه کننده به مراکز درمانی استان تهران در ۱۴۰۲ بودند. بیماران با پرسشنامه اختلالات خوردن استیک و همکاران (۲۰۰۱) ارزیابی شدند. نمونه ای به حجم ۳۰ نفر از افراد دارای پر خوری عصبی انتخاب و بطور تصادفی در هر گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند. در گروه آزمایش جلسات درمان فردی و گروهی (طی ۳ ماه) براساس پروتکل طرحواره درمانی گروهی مخصوص اختلالات خوردن سیمپسون و اسمیت (۲۰۲۰) اجرا گشت. داده ها از پرسشنامه سرمایه روان شناختی لوتانز (۲۰۰۷) جمع آوری، تجزیه و تحلیل آن ها با آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری و نرم افزار SPSS-26 انجام گرفت.

یافته ها: نمرات میانگین پس آزمون گروه آزمایش به گروه کنترل در مولفه های خودکارآمدی بترتیب ۳۲/۳۳ به ۲۷/۹۲، امیدواری ۳۰ به ۲۱/۸۳، تاب آوری ۲۳/۹۲ به ۲۰ و خوش بینی ۲۶/۳۳ به ۱۹/۹۲ با افزایش همراه بود. همچنین، مداخله طرحواره درمانی گروهی به طور معناداری سرمایه روان شناختی بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی را بهبود بخشیده است ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: می توان از طرحواره درمانی گروهی به عنوان یک جزء مؤثر در برنامه های درمانی اختلال پر خوری استفاده کرد.

کلیدواژه ها: طرحواره درمانی گروهی، سرمایه روان شناختی، اختلال پر خوری عصبی، متقاضی جراحی اسلیو/بای پس معده.

مقدمه

افراد دارای اضافه وزن همواره به دنبال راهی برای کاهش وزن بود و بهترین راه برای کاهش وزن افرادی که دارای چاقی با حد متوسط و قابل کنترلی هستند، ورزش و رژیم غذایی سالم است (۱)؛ اما گاهی چاقی از مرز خود گذشته و بیماران دارای چاقی مرضی ($BMI \geq 35 \text{ kg/m}^2$) با بیماری همراه یا ($BMI \geq 40 \text{ kg/m}^2$) با حساسیت قابل توجهی همراه هستند (۲)، که دیگر به راحتی نمی‌توان آن را جبران نمود. بر اساس آمار جدید سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ بیش از ۱/۹۹ میلیارد نفر از بزرگسالان دنیا دارای اضافه وزن می‌باشند و حدود یک سوم از آنها چاق هستند (۳،۴). طبق پیش بینی‌های 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 (۵،۶).

در این مواقع به راه‌های دیگری از جمله انواع جراحی‌ها روی می‌آورند (۱) که امروزه یکی از روش‌های مدیریت وزن، محسوب می‌شوند (۷). گرچه روش‌های جراحی می‌توانند موفقیت آمیز باشند اما از نظر تکنیکی سخت هستند و ممکن است انجام آن‌ها عوارض زیادی را به دنبال داشته باشند (۸). بر اساس تحقیقات اخیر، تغییرات آناتومیکی ایجاد شده 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، این تغییرات ممکن است کافی نباشند (۷).

افراد مبتلا به اختلالات خوردن در کنترل نگرش‌ها و رفتارهای نامنظم خود در رابطه با غذا مشکل دارند و بسیاری از آنها جان خود را به خطر می‌اندازند و باعث ناراحتی بستگان خود می‌شوند (۹). بیش از ۳۰ درصد افرادی که چاق هستند و آن‌هایی که تلاش می‌کنند وزن کم کنند، ممکن است از این اختلال رنج ببرند (۱۰). برای تشخیص اختلال پرخوری، افراد باید پرخوری کنند، رفتارهای جبرانی مانند استفراغ را به تنهایی انجام دهند یا حداقل دو بار در هفته به مدت سه ماه یا بیشتر ورزش کنند (۱۱،۱۲). از لحاظ شیوع شناسی طبق آمارهای منتشر شده

بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) میزان این اختلال در حدود ۱ درصد کل جامعه عمومی است (۷،۱۳). پژوهش احمدی و رمضان زاده نشان داد که بین سلامت روانی و سرمایه‌های روانشناختی رابطه وجود دارد (۱۴).

نخستین بار لوتانز و همکاران (۱۵) براساس آموزه‌های مفهومی تلاش‌های پژوهشی سلیگمن و میهالی (۱۶) در قلمرو روان شناسی مثبت، سازه چندوجهی سرمایه روان‌شناختی را به مثابه یک کیفیت روان‌شناختی مثبت که شامل چهار مولفه تاب‌آوری (توانایی غلبه بر موقعیت‌های دشوار زندگی)، خودکارآمدی (ادراک ذهنی فرد از توانایی‌اش بر عملکرد در یک محیط خاص یا دستیابی به نتایج مطلوب)، خوش بینی (ویژگی شخصیتی پایدار نشان‌دهنده خلق مثبت و نگرش که با انتظار وقوع رخدادهای خوب و مثبت همراه است) و امید (نیروی انگیزشی پویا که به افراد توانایی پیگیری فعالیت‌های روزانه و انگیزه کافی برای آن را می‌دهد) توسعه دادند (۱۴،۱۷). مفهوم سرمایه روان‌شناختی به معنای ایجاد یک حالت روانی مثبت و نشانه‌ای از رشدیافتگی است (۱۸،۱۹). افرادی که از سرمایه روان‌شناختی برخوردارند، می‌توانند علاوه بر مقابله مناسب در برابر شرایط استرس‌زا، روحیه خود را حفظ کنند و در برابر مشکلات توان بالایی از خود نشان دهند و دیدگاهی روشن درباره خود داشته باشند و وقایع روزمره کمتر آنان را، آزار می‌دهد (۲۰). براساس پژوهش‌های متعدد، سرمایه روان‌شناختی اثرات قابل تأملی بر عملکرد فرد، خانواده و جامعه بر جای می‌گذارد (۲۱،۲۲).

با توجه به اینکه رفتارهای یک شخص در پاسخ به طرحواره‌ها شکل می‌گیرد (۲۳). یکی از درمان‌های مطرح در زمینه کاهش مشکلات روان‌شناختی طرحواره درمانی است و در روانشناسی و روان‌درمانی، طرحواره به عنوان یک اصل سازمان‌دهنده تجربیات زندگی در نظر گرفته می‌شود (۲۴). طرحواره درمانی، یک مدل اجتماعی-شناختی درباره درک، تفسیر، ارزیابی و پاسخ به هیجان‌های خود و دیگران است (۲۵). طرحواره درمانی، بر الگوهای مخرب، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. این الگوها طرحواره‌های ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند. طرحواره درمانی به مراجعان کمک می‌کند تا برای کشف

این اختلال و عوامل مرتبط با آن نیز بیانجامد و در نهایت باعث بهبودی و کاهش شیوع آن گردد. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر سرمایه روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی متقاضی جراحی اسلیو/بای‌پس معده می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری آن شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی متقاضی جراحی اسلیو/بای‌پس معده که مراجعه‌کننده به مراکز درمانی استان تهران در سال ۱۴۰۲ بودند؛ تشکیل شده است. در این پژوهش با کمک نرم افزار G*Power و در نظر گرفتن تعداد متغیرهای مورد بررسی (اندازه اثر ۱، توان آزمون ۰/۸ و سطح اطمینان ۰/۹۵) برآورد شد که در هر گروه ۱۵ نفر در مجموع ۳۰ نفر جایگزین شوند. روش نمونه‌گیری به شکل در دسترس با گمارش تصادفی و با قرعه‌کشی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به این صورت که از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، افرادی که به طور داوطلب حاضر به همکاری بودند و شرایط را داشتند انتخاب شدند. لازم به ذکر است در گروه آزمایش ۳ نفر ریزش اتفاق افتاد. برای اینکه مقایسات از لحاظ واریانس گروه‌ها مشکل نداشته باشد برای گروه کنترل نیز ۳ نفر به تصادف حذف شد و در مجموع ۲۴ نفر، ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. معیار ورود به تحقیق (شرکت داوطلبانه، مبتلا به اختلال پرخوری عصبی (با استناد به کسب نمره بالا در مقیاس پراشتهایی عصبی و اختلال خوردن در پرسشنامه)، متقاضیان جراحی اسلیو/بای‌پس (دارای پرونده درمانی)، نداشتن اختلال روانی دیگر، 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. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهایی به شرح زیر استفاده شد:

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: اطلاعات شخصی افراد شامل: سن، جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، مدت زمان

و درک نیازهای عمیق عاطفی شان و برآورده کردن آنها به شیوه‌ای مناسب اقدام کنند (۲۶). همچنین طرحواره درمانی سعی در شناسایی افکار خودآیند منفی افراد دارد، که منجر به توجه افراطی به مسائل، و در نتیجه نشخوار فکری و باور اضطرابی می‌شود، در این درمان، نسبت به اصلاح افکار خودآیند منفی با فنون ارزیابی، بررسی محتوایی باورهای اضطرابی و کوچک کردن و تحت کنترل در آوردن باورهای اضطرابی به بیمار کمک می‌شود تا احساس درماندگی، عجز و ناتوانی فرد کاهش یابد و برای انجام کارهایی که منجر به کاهش نگرانی می‌شود، تلاش می‌کند (۲۷). تکنیک‌های طرحواره درمانی متمرکز بر هیجانات است و اختلالات و بیماری‌های روانی را مورد بررسی قرار داده و با مداخله مناسب باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش جنبه‌های مثبت در زندگی افراد می‌شود (۲۸).

مطالعه قنبری رباطی و ساداتی (۲۹) نشان داد که طرحواره درمانی بر امید به زندگی نوجوانان چاق و مبتلا به اضافه وزن تاثیر معناداری دارد. همچنین مطیعی امین و همکاران (۳۰) نیز نشان دادند که بین گروه طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار و کنترل در ترکیبی از متغیرهای خوردن هیجانی و شاخص توده بدنی تفاوت معناداری وجود دارد و معتقدند به‌منظور کمک به مشکل اضافه وزن و خوردن هیجانی زنان چاق دارای اختلال پرخوری، استفاده از طرحواره درمانی ذهنیت‌مدار می‌تواند مثرتر باشد.

با توجه به اهمیت بیماری‌های عصبی مانند اختلال پرخوری عصبی و نیاز مبرم به رویکردهای درمانی کارآمد، این تحقیق نهایت تلاش خود را به کار گرفته است تا به روش‌های جدید و کارآمد در درمان اختلال پرخوری عصبی پیش‌برود و با بهره‌گیری از رویکردی نوین به تأثیرات متعدد طرحواره درمانی گروهی بر ابعاد مختلف روانی و رفتاری بیماران پرخوری عصبی متقاضی جراحی پرداخته و راهکارهای بهینه برای درمان این اختلال ارائه دهد. رویکرد طرحواره درمانی گروهی به دلیل اینکه افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی را در یک محیط گروهی قرار می‌دهد و ارتباطات ما بین شرکت‌کنندگان با بخش‌های مختلف را تقویت می‌کند، می‌تواند بهبود چشمگیری در سطح سرمایه روان‌شناختی در این بیماران داشته باشد. امیدواریم این پژوهش نه تنها به ارتقاء سطح درمان اختلال پرخوری عصبی کمک کند، بلکه به فهم بهتری از

ابتلا به بیماری به همراه فرم رضایت آگاهانه مقیاس اختلالات خوردن (EDDS)، مقیاس تشخیص اختلال خوردن توسط استیک و همکاران در سال ۲۰۰۴ ساخته شد. این مقیاس شامل ۳ زیرمقیاس است که برای آزمودن نشانه های اختلال کم اشتها، عصبی، پراشتهای عصبی و اختلال خوردن مفرط طراحی شده و تشخیص را برای این اختلال ها در دو سطح بالینی و غیر بالینی فراهم می کند. امکان تفکیک هفت طبقه تشخیصی کم اشتها، عصبی، پراشتهای عصبی، خوردن مفرط، حد زیرآستانه ای کم اشتها، عصبی، حد زیرآستانه ای پراشتهای عصبی، حد زیرآستانه ای خوردن مفرط و بدون تشخیص را فراهم می کند (۳۱). نمره گذاری سؤالات ۱ تا ۴ به صورت لیکرت و ۸ امتیازی بین ۰-۷ است. این سؤالات نگرش فرد را در مورد تصویر بدنی وی می سنجد. نمرات بالاتر نشان دهنده نگرش ضعیف تر فرد به بدن خود است. سؤال ۵ به صورت بله یا خیر پاسخ داده می شود. همچنین سؤالات ۶ تا ۹ به صوت بله، خیر و نمیدانم پاسخ داده می شود. این سؤالات میزان فقدان کنترل فرد، زیاده روی در غذا خوردن و متعاقب آن، رفتارهای اجتنابی فرد از اجتماع را می سنجد. سؤال ۷ تعداد دفعات پرخوری را به طور متوسط در هفته در طول شش ماه گذشته بین ۰-۷ روز مورد پرسش قرار می دهد. سؤال ۸ تعداد دفعات پرخوری را به طور متوسط در هفته در طول سه ماه گذشته بین ۰-۱۴ روز مورد پرسش قرار می دهد. سؤالات ۱۵ تا ۱۸ میزان رفتارهای جبرانی به صورت ایجاد استفراغ عمدی، استفاده از مسهل، حذف وعده های غذایی، روزه گرفتن و ورزش شدید را بین ۰-۱۴ بار در طول سه ماه گذشته مورد سؤال قرار می دهد. در سؤال ۱۹ وزن برحسب کیلوگرم و در سؤال ۲۰ قد برحسب متر مورد پرسش قرار می گیرد. سؤال ۲۱ تعداد دفعات از دست دادن دوره های قاعدگی را در طول سه ماه گذشته بررسی می کند. سؤال ۲۲ نیز مربوط به مصرف یا عدم مصرف قرص های جلوگیری از بارداری است که به صورت بله یا خیر به این سؤال پاسخ داده می شود. این مقیاس دارای روایی ملاکی، پیشبین و همگرایی قوی است. همچنین پایایی این ابزار بر اساس روش آزمون-بازآزمایی تأیید شده دارد (۳۱) و ضریب کاپای آزمون-بازآزمایی برای

تشخیص اختلال خوردن از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ است (۳۲). آلفای کرونباخ در تحقیق واگنر نیز ۰/۸۷ برای نمونه با وزن نرمال و ۰/۸۳ برای نمونه دارای اضافه وزن گزارش شده است (۳۳). در پژوهشی در ایران خیبر و همکاران همبستگی دو نیمه سازی اسپیرمن- براون و گاتمن ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ برآورد گردید (۳۴). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ بدست آمده برای مقیاس اختلال خوردن ۰/۷۸ بدست آمد.

پرسشنامه سرمایه روان شناختی (PCQ)، پرسشنامه سرمایه روان شناختی لوتانز در سال ۲۰۰۷ طراحی شد که شامل ۲۴ سوال و ۴ خردهمقیاس امیدواری، تاباوری، خوش بینی و خودکارآمدی است و هر خردهمقیاس ۶ گویه دارد (۱۵). آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ می دهد. برای محاسبه نمره سرمایه روان شناختی ابتدا نمره هر خرده مقیاس (۶ تا ۳۶) محاسبه می شود و از جمع نمرات خرده مقیاس ها (۲۴ تا ۱۴۴) نمره سرمایه روان شناختی حاصل می گردد. لوتانز (۱۵) با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت خن دو این آزمون را ۲۴/۶ و شاخص برازش تطبیقی CFI و شاخص برازش مقتصد RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده است که روایی عاملی آزمون مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی پرسشنامه در ایران توسط بهادری خسروشاهی و همکاران (۳۵) بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای سرمایه روان شناختی ۰/۷۲ بدست آمد.

پروتکل طرحواره درمانی، پروتکل مورد استفاده در این پژوهش، برگرفته از شیوه درمانی سوزان سیمپسون و اولین اسمیت در کتابی با عنوان «طرحواره درمانی برای اختلالات خوردن» می باشد. این پروتکل ساختار انعطاف پذیری داشته و تمامی عناصر رویکرد طرحواره درمانی، یعنی بین فردی، تجربی، شناختی و رفتاری را ترکیب می کند. بر اساس دو جلسه فردی ۴۵ دقیقه ای (برای سنجش و ارزیابی به صورت جلسات انفرادی) و ۲۵ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه ای انجام می شود. یکی از اهداف اصلی در این راهنمای گروهی تشخیص و تمایز بخش های مختلف ذهنیت برای یکی کردن نهایی آنها در یک خویشتن منسجم و ایجاد یک ترکیب سالم است (۳۶).

عاطفه بزرگواری و انیس خوش لهجه صدق

جدول ۱. جلسات گروه درمانی بر اساس رویکرد طرحواره درمانی برای اختلالات خوردن

جلسه	عنوان	محتوا
جلسات فردی		
۱	مصاحبه و ارزیابی	ارائه پرسشنامه های جمعیت شناختی، طرحواره، سرمایه روانشناختی، عدم تحمل بلا تکلیفی، فرانگرانی و فرم رضایت آگاهانه.
۲	مفهوم سازی موردی	ارائه نتایج، تفسیر پرسشنامه ها 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/ابطال
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 طرحواره های ناسازگار اولیه، ذهنیت های مقابله ای و پیوند آنها با اختلال خوردن	ایجاد پیوند مداوم بین تجربه های گذشته و اکنون - استفاده از عکس دوران نوزادی یا کودکی به منظور تسهیل ارتباط با کودک آسیب پذیر - مشخص نمودن اهداف درمان گروهی و ذهنیت های مقابله ای اصلی گروه و ارتباط دادن رفتارهای پر خوری عصبی با ذهنیت ها و هیجان ها
۳	آموزش مدل طرحواره	مشخص نمودن نیازهای ارضا شده و نشده - استفاده از کارت های بازی و تمرین دیوارهای آجری برای کشف نیازهای ارضا نشده - توضیح طرحواره های میان نسلی و پیوند نیازهای کودکی با طرحواره ناسازگار اولیه با استفاده از شکل
۴	تمرینات گروهی شناسایی، نقش برداری و نقش آفرینی ذهنیت ها	رسم/نقاشی ذهنیت های اصلی گروه - ایفای نقش آنها و حدس ذهنیت ها - انجام تمرین اتوبوس - نمایش رفتارهای پر خوری عصبی همراه با مهم ترین پیام ها و حالت چهره مرتبط با آن ذهنیت و حدس آن توسط بقیه اعضای گروه
۵	تمرینات معرفی ذهنیت بزرگسال سالم و تمرینات شجره شناسی	تعیین تفاوت بین ذهنیت های بزرگسال سالم و مقابله ای شرکت کنندگان در گروه های ۲ نفره - استفاده از کاغذهای سفید و قرمز برای نشان دادن ذهنیت ها با علائم بیرونی و درونی - ایجاد تکلیف منزل مبنی بر تعیین هرگونه ذهنیت والد، مقابله ای و یا طرحواره های نسل های پیشینشان
۶	تمرین مسدود کردن ذهنیت های مقابله ای	پرداختن به بدن به یک شیوه ای امن بدون مغلوب شدن هیجان ها از طریق تمرکز بر ذهن و تحرک
۷	تمرین ماسک	تمرین گروهی فارل و شاو (۲۰۱۲) - تمرین ارتباط و قطع ارتباط به منظور آگاهی از تأثیر محافظ بی تفاوت بر خود فرد و دیگران و ظرفیت فرد برای ارضای نیازهای هیجانی اش
۸	نمایش دادن ذهنیت و تمرکز بر موافقان و مخالفان	تمرکز بر ذهنیت های با اهمیت از نظر شرکت کنندگان و رفتارهای احتمالی مرتبط با آن - رشد همدردی با ذهنیت کودک آسیب پذیر - تمرین حفظ دیدگاه آسیب پذیری از بزرگسال سالم و مهربان در برابر انتقادگر درونی/بیش کنترل گر
۹	تصویرسازی کوچک با محرک های اختلال خوردن، کار با صندلی در ذهنیت های مقابله ای	انجام تمرین ۱۰ مرحله ای جهت تشخیص ذهنیت های مقابله ای و مرتبط ساختن آنها با رفتارهای تغذیه ای شرکت کنندگان - جلب اعتماد ذهنیت های مقابله ای به منظور رفع نیازها - ایفای نقش ۷ مرحله ای جهت جلوگیری از ذهنیت های مقابله ای - تغییر تمرین و کار با صندلی و کیل مدافع شیطان
۱۰	کار با صندلی - درمانگر، نقش کودک آسیب پذیر را ایفا می کند	طی ۱۰ مرحله تمرین برای تغییر دیدگاه نسبت به ذهنیت های مقابله ای و اطمینان خاطر به کودک آسیب پذیر برای اعتماد به بزرگسال سالم - تکلیف دهی منزل جهت اجازه به کودک آسیب پذیر 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 طرحواره ها از طریق سه نوع نقش آفرینی جهت کمک به غیر شخصی کردن رفتارهای والدین که تحت تأثیر مشکلات و استرس های زندگیشان بوده است
۱۲	تصویرسازی ذهنی برای تقویت بزرگسال سالم، شناخت نیازهای هیجانی، تمرین هماهنگی/عدم هماهنگی	تمرین های تجسم فکری برای رشد و تقویت بزرگسال سالم (کار در منزل) - اتصال به خویشتن خلاقشان مثل: رقص، تای چی، یوگا، سفالگری، نقاشی/نویسندگی - دستیابی به ذهنیت کودک آسیب پذیر - کمک به فهم نیاز به هماهنگی و همدلی طی ۴ مرحله کار در منزل
۱۳	تمرین های 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 محرک های 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 ناراحت کننده دوران کودکی مربوط به موضوعات بدن/ تغذیه /وزن و بازنویسی پایان همراه با پیام‌هایی برای ذهنیت کودک آسیب پذیر - قدرتمند کردن تصویرسازی ذهنی بر اساس تشبیه مانند نوعی فیزیوتراپی روانی
۱۶	محدودیت گذاری با انتقادگر درونی، کار با صندلی - جدال با انتقادگر درونی	کار در گروه‌های دونفره 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 موقعیت‌هایی 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 هدف‌های رفتاری خاص - تغییر رفتاری با ایجاد فهرستی از تمامی قوانین آن و تعیین هدف‌های رفتاری مربوط برای تقویت بزرگسال سالم
۱۹	تقویت بزرگسال سالم با تمرین‌های کودک شاد	تصویرسازی - خودافشایی درمانگر - یادگیری تصویرسازی - تمرین‌های تنفس سه مرحله بزرگسال سالم (ون در وینگارت ۲۰۱۵) - فعالیت‌های کوتاه با محوریت سرگرمی به منظور بالا بردن خودانگیزگی و لذت از طریق تجسم و حرکت بدن برای خارج شدن از ذهنیت‌های مقابله‌ای
۲۰	رفع مزاحمت‌های تصویر بدنی و تمرین انتقادگر درونی متمرکز بر بدن، گفتگوی درونی بین شخص و بدن	طی ۵ مرحله پیام‌های منفی ناشی از انتقادگر درونی را با پیام‌های سالم جایگزین می‌کنیم و استفاده از کار با صندلی - طی ۱۳ مرحله، شرکت کنندگان با پیام‌های خجالت‌آوری که به بدنشان حمله می‌کنند مبارزه می‌کنند و به بدن‌های یکدیگر مهربانی را اظهار می‌کنند
۲۱	تمرین تصویرسازی بدن و تمرکز تجربی	شرکت کنندگان به مانند دانشمندانی از مریخ نسبت به بدن انسان توصیفی علمی ارائه می‌کنند، توجه به ویژگی‌هایی که توسط انتقادگر درونی به نقص تبدیل می‌شوند و دقت نسبت به قضاوت‌ها
۲۲	کار با صندلی در ذهنیت‌هایی که در فرآیند درمان کار شکنی می‌کنند	شناسایی ذهنیت‌هایی که مانع پیشرفت و خوشحالی شرکت کنندگان در آینده می‌شوند - کار با صندلی برای درک این پیام که هیچ چیز مهمتر از سلامتی و شادی نیست
۲۳	پیشگیری از بازگشت و ثبات رفتاری	تنظیم برنامه‌ای از فعالیت بر حسب پاسخ‌های بخش بزرگسال سالم به ذهنیت‌ها و استفاده از کاربرد به منظور دیدار دوباره با استراتژی‌های مفید گذشته - آموزش مدیریت ذهنیت‌ها و پاسخ هوشمندانه در قلمرو طرحواره
۲۴	بازنویسی تصویری آینده محور	تمرکز بر آمادگی برای موقعیت‌های محرک معمولی و مسدود کردن پاسخ‌های ذهنیت مقابله‌ای به منظور امتحان پاسخ‌های رفتاری جدید - دعوت از بزرگسال سالم برای صحبتی قاطع و آرام با ذهنیت و نیازهای کودک آسیب پذیر
۲۵	نتیجه‌گیری و جمع بندی	مرور کلی تمرین‌ها و کاربرگ‌ها برای ایجاد برنامه‌های عینی در پیشروی پس از پایان کار گروه

جنس، تحصیلات)، شاخص‌های میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در قسمت آمار استنباطی از تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. همچنین پیش فرض‌های اجرای تحلیل کواریانس مانند نرمالیتی داده، بررسی داده پرت، همگنی شیب رگرسیون، همگنی واریانس با آزمون لوین، خطی بودن رگرسیون همپراش و وابسته، پایایی ابزار تحقیق، تخمین مقادیر و ... بررسی شد. از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ برای آنالیز داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۴ نفر در این تحقیق شرکت کردند که در دو گروه کنترل و آزمایش ۱۲ نفر قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که افراد متاهل شرکت کننده در گروه کنترل ۵ نفر (۴۱/۷٪) و در گروه آزمایش ۷ نفر (۵۸/۳٪) بودند. کمترین و بیشترین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۳۰ سال و ۵۷ سال ($M=43/5$ ، $SD=5/35$) و در گروه کنترل ۳۲ سال و ۵۱ سال ($M=40/25$ ،

در ابتدای کار افرادی که به طور داوطلب حاضر به همکاری بودند فرم‌های رضایت نامه آگاهانه و جمعیت‌شناختی به همراه پرسشنامه اختلال خوردن جهت غربالگری ارائه شد. شرکت کنندگان به هدف پژوهش و نقش شرکت کنندگان و محرمانه بودن اطلاعات آگاهی داده شد و از آنها خواسته شد رضایت خود را از شرکت در تحقیق اعلام نمایند. از میان افرادی که دارای پرخوری عصبی بودند نمونه پژوهش انتخاب و در گروه‌ها تقسیم شدند. هر دو گروه توسط پرسشنامه‌های سرمایه روان‌شناختی 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 اختلال خوردن و سرمایه روان‌شناختی تحت پس‌آزمون قرار گرفتند. پس از گردآوری داده‌ها در گروه آزمایش و کنترل در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی ارائه شد. در قسمت آمار توصیفی از اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن،

عاطفه بزرگواری و انیس خوش لهجه صدق

که به ترتیب ۹ نفر (۳۷/۵٪) و ۵ نفر (۲۰/۸٪) تشکیل دادند. در جدول ۳ آماره های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش ارائه شده است.

بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد مدت ابتلای شرکت کنندگان به اختلال پرخوری عصبی در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $3/7 \pm 8/5$ و $2/35 \pm 8/75$ بود. همچنین بیشتر افراد شرکت کننده در مجموع دو گروه از نظر تحصیلی در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد بودند

جدول ۲: آماره های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرمایه روان شناختی	پیش آزمون	۸۴/۲۵	۱۱/۸۷۹	۸۴/۰۰
	پس آزمون	۱۰۷/۸۳	۱۰/۰۵۳	۸۴/۷۵
خودکارآمدی	پیش آزمون	۲۶/۸۳	۳/۰۴۰	۲۷/۵۰
	پس آزمون	۳۲/۳۳	۲/۷۷۴	۲۷/۹۲
امیدواری	پیش آزمون	۲۰/۵۰	۳/۴۲۵	۲۲/۲۵
	پس آزمون	۳۰/۰۰	۲/۹۵۴	۲۱/۸۳
تاب آوری	پیش آزمون	۲۱/۳۳	۲/۱۰۳	۲۱/۱۷
	پس آزمون	۲۳/۹۲	۱/۹۲۹	۲۰/۰۰
خوش بینی	پیش آزمون	۱۸/۹۲	۳/۰۲۹	۱۹/۵۸
	پس آزمون	۲۶/۳۳	۴/۶۱۹	۱۹/۹۲

نشان داد که هیچ داده پرتی مشاهده نشد. برای استفاده از آزمون های مقایسه ای و رابطه ای پارامتریک مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها، خصوصاً متغیر وابسته لازم است. از آنجایی که در نمونه های با حجمهای متوسط به پایین از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک استفاده می شود و با توجه به تعداد آزمودنی های پژوهش حاضر که ۲۴ نفر بودند در جدول ۳ هر دو آزمون گزارش گردیده است.

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه گردید، میانگین و انحراف استاندارد مولفه ها و نمره کل سرمایه روان شناختی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی متقاضی جراحی اسلیو/بای پس معده در مرحله پیش آزمون تفاوت چندانی با یکدیگر نداشته اند. با این حال در مرحله پس آزمون میانگین نمرات مربوط به مولفه ها و نمره کل سرمایه روان شناختی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. بررسی نتایج وجود داده های پرت برای متغیرها

جدول ۳: آزمون های مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها

متغیر	کلموگروف-اسمیرنوف			شاپیرو-ویلک		
	آماره	df	Sig.	آماره	Df	Sig.
پیش آزمون سرمایه روان شناختی	۰/۱۲۳	۲۴	۰/۲۰۰*	۰/۹۲۹	۲۴	۰/۰۹۴
پس آزمون سرمایه روان شناختی	۰/۱۰۷	۲۴	۰/۲۰۰*	۰/۹۵۵	۲۴	۰/۳۴۵
پیش آزمون خودکارآمدی	۰/۱۶۳	۲۴	۰/۰۹۹	۰/۹۰۸	۲۴	۰/۰۵۱
پس آزمون خودکارآمدی	۰/۱۵۳	۲۴	۰/۱۴۹	۰/۹۳۳	۲۴	۰/۱۱۷
پیش آزمون امیدواری	۰/۱۶۸	۲۴	۰/۰۷۸	۰/۹۴۸	۲۴	۰/۲۴۱
پس آزمون امیدواری	۰/۱۲۵	۲۴	۰/۲۰۰*	۰/۹۴۴	۲۴	۰/۲۰۲
پیش آزمون تاب آوری	۰/۱۶۷	۲۴	۰/۰۸۲	۰/۹۳۵	۲۴	۰/۱۲۹
پس آزمون تاب آوری	۰/۱۱۹	۲۴	۰/۲۰۰*	۰/۹۵۱	۲۴	۰/۲۹۲
پیش آزمون خوش بینی	۰/۱۷۲	۲۴	۰/۰۶۴	۰/۹۵۵	۲۴	۰/۳۴۵
پس آزمون خوش بینی	۰/۱۷۲	۲۴	۰/۰۶۳	۰/۹۲۸	۲۴	۰/۰۸۷

*p<۰/۰۵

با توجه به جدول ۳ مقادیر sig برای هر دو آزمون که بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، فرض نرمال بودن توزیع داده ها برای تمام متغیرهای پژوهش مورد قبول می باشد. همچنین شرط استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بررسی همگنی شیب های رگرسیون است که با توجه به اینکه تمام مقادیر sig بیشتر از ۰/۰۵ بود نتیجه می شود رگرسیون پس آزمون به کمک نمرات پیش آزمون در متغیرهای سرمایه روان شناختی ($F=1/659$) در گروه های کنترل و آزمایش دارای یکسانی شیب رگرسیون می باشند. یکی از شروط دیگر استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود برابری واریانس ها در هر دو گروه کنترل و آزمایش می باشد، آزمون لوین برای همگنی واریانس بین گروهی سرمایه روان شناختی در مرحله پس آزمون اندازه گیری شد. با توجه به داده های بدست آمده، F مورد نظر در سرمایه روان شناختی

به لحاظ آماری معنادار نیست چرا که مقدار sig بیش از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین مفروضه همگنی واریانس ها در مورد همه مولفه ها تایید می شود. ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات پیش آزمون (متغیر همپراش) و نمرات پس آزمون (متغیر وابسته) متوسط و معنی داری برقرار بود ($r=0/578$ ، $p<0/000$). بنابراین مفروضه وجود همبستگی متوسط برای انجام آزمون کوواریانس برقرار است. در همین راستا برای انجام آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برقراری پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس ضروری است که در پژوهش حاضر باتوجه به اینکه مقدار sig این آزمون از ۰/۰۵ بیشتر است، نتیجه می گیریم ماتریس واریانس-کوواریانس از همگنی برخوردار است ($P=0/743$ ، $F=0/723$ ، $Box's M=4/511$).

جدول ۴: تحلیل کوواریانس برای اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود سرمایه روان شناختی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	Df	میانگین مربعات	F	Sig.	مجذور اتا
مدل اصلاح شده	۵۰۰/۴۶۲	۲	۲۵۰/۲۳۱	۹۴/۶۸۹	۰/۰۰۰	۰/۹۰۰
گروه	۳۱۴۲/۶۵۵	۱	۳۱۴۲/۶۵۵	۱۱۹/۰۱۹	۰/۰۰۰	۰/۸۵۰
خطا	۵۵۴/۴۹۷	۲۱	۲۶/۴۰۵			
کل	۵۵۵۴/۹۵۸	۲۳				

۸۵ درصد بر بهبود سرمایه روان شناختی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی تاثیر معناداری داشت. همچنین طرحواره درمانی گروهی بر بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی تاثیر معناداری دارد. برای آزمون این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس یک سویه در جدول ۵ استفاده می کنیم.

طبق جدول ۴ با توجه به اینکه مقدار sig بررسی تفاوت های گروه ها کمتر از ۰/۰۱ است نتیجه می گیریم طرحواره درمانی گروهی بر بهبود سرمایه روان شناختی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی اثر بخش بوده است. همچنین از این جدول نقش معنی داری متغیر همراه نتیجه می شود. مجذور اتای تفکیکی نشان داد طرحواره درمانی گروهی

جدول ۵: تحلیل کوواریانس برای اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود متغیرها

منبع تغییرات	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	Sig.	مجذور اتا
مدل اصلاح شده	۲۳۴/۴۹۸	۲	۱۱۷/۲۴۹	۲۶/۷۲۶	۰/۰۰۰	۰/۷۱۸
گروه	۱۴۲/۱۸۶	۱	۱۴۲/۱۸۶	۳۲/۴۱۱	۰/۰۰۰	۰/۶۰۷
خطا	۹۲/۱۲۷	۲۱	۴/۳۸۷			
کل	۳۲۶/۶۲۵	۲۳				
مدل اصلاح شده	۵۰۶/۶۴۰	۲	۲۵۳/۳۲۰	۶۱/۰۱۱	۰/۰۰۰	۰/۸۵۳
گروه	۴۸۳/۵۶۵	۱	۴۸۳/۵۶۵	۱۱۶/۴۶۴	۰/۰۰۰	۰/۸۴۷
خطا	۸۷/۱۹۳	۲۱	۴/۱۵۲			
کل	۵۹۳/۸۳۳	۲۳				
مدل اصلاح شده	۱۵۴/۲۵۳	۲	۷۷/۱۲۶	۳۴/۶۷۸	۰/۰۰۰	۰/۷۶۸
گروه	۸۶/۰۱۳	۱	۸۶/۰۱۳	۳۸/۶۷۳	۰/۰۰۰	۰/۶۴۸
خطا	۴۶/۷۰۶	۲۱	۲/۲۲۴			
کل	۱۱۷۷۳/۰۰۰	۲۳				

عاطفه بزرگواری و انیس خوش لهجه صدق

مدل اصلاح شده	۴۳۹/۳۳۴	۲	۲۱۹/۶۶۲	۳۴/۰۹۴	۰/۷۶۵
گروه	۲۹۸/۸۲۲	۱	۲۹۸/۸۲۲	۴۶/۳۸۰	۰/۶۸۸
خطا	۱۳۵/۳۰۱	۲۱	۶/۴۴۳		
کل	۵۷۴/۶۲۵	۲۳			

می باشد. همچنین عواملی مانند سوگیری های شناختی به سمت اطلاعات منفی، اسنادها و باورهای ناسازگار و منفی درباره خود، جهان و آینده که در قالب طرحواره مطرح می شود، از دیگر عوامل مطرح شده است (۴۰). این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی گروهی با کمک به شناسایی و اصلاح این طرحواره های ناسازگار و جایگزینی آنها با طرحواره های سازگار، می تواند به بهبود سرمایه روان شناختی بیماران کمک کند. یکی از عوامل مؤثر در بهبود سرمایه روان شناختی، محیط حمایتی و امن طرحواره درمانی گروهی برای بیماران با اختلال پر خوری عصبی است. در جلسات گروهی، بیماران تجربیات و احساسات خود را بدون ترس از قضاوت با دیگران به اشتراک می گذارند و از حمایت هم گروهی ها برخوردار می شوند. این حمایت اجتماعی و احساس تعلق به گروه می تواند به بهبود وضعیت روانی، افزایش اعتماد به نفس، احساس ارزشمندی و تقویت مؤلفه های سرمایه روان شناختی کمک کند.

در تبیین نتایج تحقیق می توان گفت که طرحواره درمانی، باعث بهبود سرمایه روان شناختی در گروه آزمایش و مرحله پس آزمون شد؛ همچنین مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون-پس آزمون سرمایه روان شناختی تفاوت معناداری را نشان داد. سرمایه روان شناختی شامل چهار مؤلفه امید، خوش بینی، تاب آوری و خودکارآمدی است. این مؤلفه ها به افراد کمک می کنند تا نگرش مثبتی به آینده داشته باشند و توانایی مقابله با چالش ها و استرس های روزمره را بهبود بخشند. طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای عمیق و ریشه داری هستند که در دوران کودکی شکل می گیرند و به مرور زمان، رفتارها و نگرش های فرد را تحت تأثیر قرار می دهند. در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی، این طرحواره ها می توانند به احساس بی ارزشی، ناامیدی و عدم خودکارآمدی منجر شوند.

تکنیک های عملیاتی استفاده شده در طرحواره درمانی شامل آموزش مهارت های مقابله ای، تمرین های خودکارآمدی، مواجهه و مهار انتقادگر درونی، ایجاد نگرش های مثبت و تقویت بزرگسال سالم است. این تکنیک ها به بیماران

طبق جدول فوق با توجه به اینکه مقدار sig بررسی تفاوت های گروه ها کمتر از ۰/۰۱ بود نتیجه شد که طرحواره درمانی گروهی بر بهبود خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی اثر بخش بوده است. همچنین از این جدول نقش معنی داری متغیرها همراه نتیجه شد. مجذور اتای تفکیکی نشان داد طرحواره درمانی گروهی بر بهبود خودکارآمدی ۶۱ درصد، امیدواری ۸۵ درصد، تاب آوری ۶۵ درصد و خوش بینی ۶۹ درصد بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی تاثیر معناداری دارد ($P < 0.05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر بهبود سرمایه روان شناختی در بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی صورت گرفت. طبق نتایج بدست آمده از پژوهش در مقایسه گروه کنترل و آزمایش نشان داده شد نمرات متغیر سرمایه روان شناختی و مولفه های آن در گروه آزمایش که تحت درمان گروهی طرحواره قرار گرفته بودند تفاوت معنی داری داشتند. نتایج حاصل از یافته ها به ما نشان داد طرحواره درمانی گروهی بر بهبود خودکارآمدی، امیدواری، تاب آوری و خوش بینی بیماران مبتلا به اختلال پر خوری عصبی تاثیر معناداری دارد. این یافته ها با نتایج تحقیق (۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰) همسو می باشد. همچنین در راستا یافته های پژوهش حاضر در پژوهشی مرور سیستماتیک توسط جاشوا و همکاران (۳۹) شواهدی یافتند که استفاده از طرحواره درمانی گروهی در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن، به ویژه آن هایی که اشکال شدید و پایدار را تجربه می کنند، حمایت می کرد. همچنین، عیسی زاده و همکاران (۴۱) به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روان شناختی پرداختند و نتایج نشان داد که طرحواره درمانی، باعث بهبود سازگاری اجتماعی و سرمایه روان شناختی در گروه آزمایش و مرحله پس آزمون شده است. در تبیین نتایج می توان گفت از جمله عوامل اثربخشی طرحواره بر بهبود درکی که افراد از بیماری شان دارند و چگونگی علائم و واکنش به آن ها

کمک می‌کنند تا توانایی‌های خود را بهتر بشناسند و خودکارآمدی/اعتماد به نفس را به عنوان اعتقاد راسخ فرد بر توانایی‌هایش برای بسیج منابع انگیزشی و شناختی و راهکارهای مورد نیاز برای اجرای موفقیت‌آمیز وظایف خاص در موقعیت‌های معین مانند غلبه بر دوره‌های پرخوری عصبی خویش به کار گیرند و در مواجهه با چالش‌های روزمره عملکرد بهتری داشته باشند. در نتیجه یکی از راه‌های درمانی برای بالا بردن خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرخوری عصبی و احتمالاً بیماران دیگر استفاده از طرحواره درمان گروهی است (۴۱).

در تبیین نتایج تحقیق می‌توان گفت که طرحواره درمانی گروهی از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، تمرینات کودک شاد، تصویرسازی باز والدینی، الگوشکنی رفتار و مقابله با ذهنیت‌های مقابله‌ای به بیماران کمک می‌کند تا افکار منفی و ناکارآمد خود را شناسایی و به چالش بکشند. همچنین، تاب‌آوری به معنای توانایی فرد در مواجهه با استرس‌ها و بحران‌های زندگی است (۴۲). از طریق تمرینات عملی و فعالیت‌های گروهی، بیماران یاد می‌گیرند که چگونه با مشکلات، چالش‌های زندگی و محرک‌های اختلال خوردن به شکلی سازگارانه‌تر برخورد کنند و بتوانند با بزرگسال سالم پاسخگوی این محرک‌ها باشند و در ادامه در پیشگیری از بازگشت و ثبات رفتاری نسبت به تصویر بدنی و سبک خوردن خود موفق عمل کنند (۴۳). طرحواره درمانی گروهی در بیماران اختلال پرخوری عصبی با تقویت بزرگسال سالم از طریق کار با صندلی و مسدود کردن ذهنیت والد بیش‌کنترلگر، تاکید بر ایجاد یک تصویر خوش‌بینانه واقعی نسبت به وزن، بدن، رژیم غذایی و توانایی‌های فرد، دارد (۴۴). اختلال پرخوری عصبی یکی از اختلالات روانی است که با وجود افزایش نگرانی در مورد وزن و شکل بدن، همراه است. این اختلال می‌تواند تأثیرات جسمانی و روانی جدی بر فرد داشته باشد و نیاز به مداخله‌های مؤثر درمانی دارد.

با توجه به نتایج مطالعات و تأثیرات مثبت طرحواره درمانی گروهی بر بهبود سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، استفاده از این روش به عنوان یک جزء مؤثر در برنامه‌های درمانی این اختلال پیشنهاد می‌شود. 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. بنابراین پیشنهاد می‌گردد: پژوهش بعدی با افرادی که دارای اختلال پرخوری هستند و لزوماً متقاضی عمل جراحی نیستند و از جوامع و محیط‌های اجتماعی دیگری نمونه برداری شود و تأثیر شرایط اجتماعی، اقتصادی افراد نیز لحاظ شود و پس از پایان جلسات طرحواره درمانی گروهی، گروه‌های حمایتی برای بیماران ایجاد شود تا بتوانند به تبادل تجربیات و حمایت از یکدیگر ادامه دهند تا یک برنامه پیگیری برای بیماران اجرا گردد. این گروه‌ها می‌توانند به پایداری اثرات مثبت درمان و کاهش خطر بازگشت علائم کمک کنند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج و تأثیرات مثبت طرحواره درمانی گروهی بر بهبود سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی، استفاده از این روش به عنوان یک جزء مؤثر در برنامه‌های درمانی این اختلال می‌تواند بکار گرفته شود. این پژوهش با ارائه شواهد علمی معتبر، به دانش موجود در زمینه طرحواره درمانی گروهی و تأثیرات آن بر متغیرهای روان‌شناختی افزوده و می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال پرخوری عصبی کمک کند.

سیاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان که در جلسات گروه درمانی شرکت کردند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت نموده و ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌گردد. لازم به ذکر است این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.QOM.REC.1402.173 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم می‌باشد.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

1. 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.
2. Asgari M, Sanaee A, Pazyar F. Comparison of roux-en-y gastric bypass techniques with and without distal gastric plication in patients with morbid obesity. *Tehran Univ Med J*, 2022; 80 (5) :351-358. URL: <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-11857-fa.html>
3. 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. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
4. 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
5. 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229438>
6. 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.
7. Hatamian P, Rasoolzadeh Tabatabaei S K, Sourji 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. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1209-fa.html> <https://doi.org/10.32598/shenakht.8.4.124>
8. Sheikhtaheri A, Beitollahi M, Pazouki A, Orooji A. Effective factors of mini gastric bypass surgery complications. *RJMS* 2018; 25 (3) :48-58. URL: <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-5124-fa.html>
9. Shooa Kazemi, M., Mir Mohammadi, M. S., mohammadi, F. Investigating the Relationship between Mental Health and Eating Disorders and Body Checking Behaviors in girl students. *The Women and Families Cultural-Educational*, 2023; 18(62): 271-293. https://cwfs.ihu.ac.ir/article_207848.html?lang=en
10. 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. URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-824-fa.html> <https://doi.org/10.52547/rbs.18.2.182>
11. Jain A, Yilanli M.. Bulimia Nervosa. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562178/>
12. American Psychiatric Association. 2015. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5, translated by Hamiak Avadis Yanes, Hassan Hashemi Minabad and Davud Arab Qohestani. Fifth edition. Roshd Publications. Tehran. 2022
13. Kehtari Harzangh L, Poursharifi H, Heshmati R. Comparison of impulsivity and experiential avoidance in obese individuals with and without binge eating disorder. *IJPCP*, 2019; 25 (1): 84-95. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.1.84>
14. Ahmadi H, & Ramzanzadeh A. Determining the relationship between mindfulness and psychological capital with mental health in elementary school teachers in Shirvan. *Applied Research in Consulting*, 2020;3(3): 17-42. https://www.jarci.ir/article_696658.html?lang=en
15. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 2007; 60: 541-572. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x>
16. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An interoduction. *American psychologist*, 2000; 55(1): 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
17. Khodaei A, & Moezzodini S. Modeling Relationships Between Teacher Emotions, Psychological Capital and Job-Related Affective Well-Being in Teachers. *Applied Psychology*, 2023; 17(3), 169-189.
18. Luthans F, Avey JB, Avolio BJ, Peterson SJ. The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human*

- Resoure development quarterly, 2010; 21(1): 46-67. <https://doi.org/10.1002/hrdq.20034>
19. Ajourloo S, Pourhosein R, Naghsh Z. the effectiveness of the self-review method on psychological distress, psychological capital, And psychological well-being in adolescent girls. Rooyesh, 2024; 13(2), 1-12. URL: <http://frooyesh.ir/article-1-4985-fa.html>
20. Tsaor S, Hsu F, Lin H. Workplace fun and work engagement in tourism and hospitality: the role of psychological capital. International Journal of Hospitality Management, 2019; 82: 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2019.03.016>
21. Aliyev, R., Karakus, M. The effects of positive psychological capital and negative feelings on students violence tendency. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2015; 190: 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.918>
22. Zare F, Manshaei G, Keshti Arai N. Efficiency of Psychological Empowerment Training on Self-Worth and Psychological Capitals in Family-Headed Women. Journal of Applied Psychological Research, 2023; 14(1): 195-210.
23. Ameri N. Structural Relations of Early Maladaptive Schemas to Craving in Substance-Dependent Individuals under Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Self-Compassion. Etiadpajohi, 2023; 16 (66): 47-70. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-2828-fa.html> <https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.66.47>
24. Mohamadi M, Jabalameli S. The Effectiveness of Group Schema Therapy on Self-Criticism and Distress Tolerance in Women with Substance-Dependent Spouses. etiadpajohi 2024; 17 (70) :221-244. URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-3017-fa.html> <https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.70.221>
25. Golizadeh D. The effectiveness of schema therapy on self-criticism and emotional self-regulation in depressed women. Journal of Modern Psychological Researches, 2022; 17(67): 219-227.
26. Talayry A, Bavi S. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Therapy and Emotional Schema Therapy on Perceived Stress and Distress Tolerance of Women Undergoing Drug Treatment with Psoriasis. Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPn). 2023; 11(5): 42-52.
27. Shojaei L, Khodabakhshi-Koolaei A, Pirani Z, Taghvaei D. The Effectiveness of Schema Therapy on Improving Marital Satisfaction and Sexual Schemas of Overweight Women. IJPn, 2024; 12(1) :1-10.
28. Nosratabadi M, ghazanfari F, mirderikvand F, sadeghi M, ganji N. Comparing the effectiveness of transcranial direct stimulation treatment with schema therapy on anxiety, pain and cognitive executive functions of women with vaginismus disorder. IJPn, 2024; 12 (1) :95-110.
29. Ghanbari Robati, R & Sadati, SZ. Studying the effectiveness of schema therapy on life expectancy in obese and overweight adolescents. Second National Conference on Applied Psychology. Lanjan. 2024. <https://civilica.com/doc/2092229>
30. Motiee Amin M, Kharghani S, Khalednejad M, Sayadi PS, & Hajrezaei MR. Effectiveness of schema therapy mode model on emotional eating and BMI of obese women binge eating disorder. Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences, 2024; 67(2), -.
31. Stice E, Fisher M, Martinez E. Eating Disorder Diagnostic Scale: additional evidence of reliability and validity. Psychol Assess, 2004;16(1):60-71. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.16.1.60>
32. Pike KM, Loeb K, Walsh T. Binge eating and purging. In: Allison D. Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems: Measures, Theory, and Research. 2 St ed. London: Sage Publication. 2009; 303-46.
33. 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. https://etd.ohiolink.edu/acprod/odb_etd/ws/send_file/send?accession=bgsu1320698865&disposition=inline
34. Kheyber L, Mohammadi NA, Rahimi Changiz. Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale. Monthly Scientific Research Journal of Kermanshah University of Medical Sciences, 2014; 18 (2): 100-107. <https://brieflands.com/articles/jkums-74168>
35. Bahadori Khosroshah J, Hashemi Nosratabad T, Babapour Kheirodin J. The relationship of psychological capital with social capital among students. J Research Health, 2012; 2 (1) :63-71. URL: <http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-72-en.html>
36. Simpson, Susan., Smith, Evelyn. Schema

- Therapy for Eating Disorders (Theory and Practice in Individual and Group Settings). Translator: Gholami GA & Maddah L, Arjomand Publications. Tehran. 2022.
37. Rahimi Cham Heydari R, Mahmoudfakhe H. Comparison of Schema Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction on Post-Traumatic Growth and Psychological Capital in Women with Breast Cancer. *IJBD*, 2023; 16 (3) :46-64. URL: <http://ijbd.ir/article-1-1029-fa.html> <https://doi.org/10.30699/ijbd.16.3.46>
 38. Hassanzadeh MR, & Mansouri A. Effectiveness of Schema Therapy on Anger Rumination and Aggression in Men with Binge Eating Disorder. *RBS*, 2022; 20 (1): 1-8. URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-1114-fa.html> <https://doi.org/10.52547/rbs.20.1.1>
 39. Joshua PR, Lewis V, Kelty SF, & 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. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2158926>
 40. Nazari A, Saedi S, Abdi M. Comparing the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on the tolerance of emotional distress, sexual dysfunction and psychological capital of patients with multiple sclerosis. *Journal of Applied Family Therapy*, 2022; 3(1): 461-485. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.1.23>
 41. Eisazadeh F, Heidary S, Agajanbaglu S, Saffarinia M. Study of the Effectiveness of Schema Therapy on Improving Social Adjustment and Psychological Capital in Transsexual Persons. *Social Psychology Research*, 2020; 10(37): 13-28. doi: 10.22034/spr.2020.109694
 42. Nikan A, Torabi A, Mohseninasab Z, Bahadori A, Javanmard Z, Hosinirad M. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on stress, resilience, emotion regulation and psychological well-being of cardiovascular patients. *Journal title*, 2023; 17 (1) :46-60. URL: <http://rph.khu.ac.ir/article-1-4370-fa.html>
 43. Pakandish S, Kraskian A, Jamhari F. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on the quality of life and body image of obese women. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, 2020; 9 (34): 20-32. https://journals.iau.ir/article_675551.html
 44. Afzali R, Ehteshamzadeh P, Asgari P, Naderi F. The Effectiveness of Schema Therapy on Food Cravings, Cognitive Flexibility and Food Attentional Bias in People with binge Eating Disorder. *Health Psychology*, 2022; 11(41): 27-46.