



اثربخشی آموزش طرحواره‌درمانی بر ارزش‌های شخصی زنان مبتلا به چاقی

گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
دانشیار گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سجاد، مشهد ایران
استادیار گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

منصوره ابراهیمی^{id}

زهره رئیسی*^{id}

مهدی طاهری^{id}

سید عباس حقایق^{id}

rayisi.tadbir@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۳

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۳۱۴-۳۳۰
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(ابراهیمی، رئیسی، طاهری و حقایق، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

ابراهیمی، منصوره، رئیسی، زهره، طاهری، مهدی، و حقایق، سیدعباس. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش طرحواره‌درمانی بر ارزش‌های شخصی زنان مبتلا به چاقی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۵ پیاپی ۱۴): ۳۱۴-۳۳۰.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش طرحواره‌درمانی بر ارزش‌های شخصی زنان مبتلا به چاقی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ انجام شد. **روش پژوهش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است و جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه و رژیم‌درمانی شهر تهران تشکیل دادند که از بین آنها، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در یک گروه آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طرحواره‌درمانی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه ارزش‌های شخصی (شوارتز، ۲۰۰۴) بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش طرحواره‌درمانی بر مولفه‌های ارزش‌های شخصی (ارزش قدرت، پیشرفت، لذت جویی، تحریک طلبی، خودرهنموددهی، جهانشمول‌نگری، خیرخواهی، سنت، همنوایی و امنیت) زنان مبتلا به چاقی تاثیر دارد ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان دهنده اثربخشی آموزش طرحواره‌درمانی بر ارزش‌های شخصی در زنان مبتلا به چاقی بود. بنابراین، درمانگران می‌توانند از روش مذکور برای ارتقای سلامت روان در زنان مبتلا به چاقی استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: ارزش‌های شخصی، طرحواره‌درمانی، چاقی.

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۱۹) چاقی^۲ را به عنوان تجمع چربی غیرطبیعی و یا بیش از حد که ممکن است سلامت را مختل کند تعریف کرده است. بر اساس آخرین گزارش اعلام شده از سوی این سازمان، در سال ۲۰۱۷ بیش از ۱/۹ میلیارد (۳۹ درصد) از جمعیت بزرگسال دارای اضافه‌وزن و بیش از ۶۰۰ میلیون نفر (۱۳ درصد) مبتلا به چاقی بودند. با وجود تلاش‌های بسیار زیاد برای کنترل چاقی، شیوع اضافه‌وزن و چاقی در سراسر جهان بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۸ بیش از دو برابر شده است (لی، هو، یانگ، جیانگ و وانگ، ۲۰۱۹). داده‌های اخیر انتشار یافته از مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری نیز نشان می‌دهند که این مشکل به‌ویژه در میان جوانان گسترش پیدا کرده است، بدین صورت که حدود ۶۰/۳ درصد از افراد ۲۰ تا ۳۹ سال، دارای اضافه‌وزن یا چاقی هستند (گیلکینسون، اسمیت، گالوپ و فلین، ۲۰۲۱). روش‌های مختلفی برای بررسی و سنجش چاقی وجود دارند، از آن جمله شاخص توده بدنی، دور کمر، نسبت دور کمر به دور باسن و درصد توده چربی بدن دور مچ دست، میزان جثه افراد (خیبر، کرم بخش و محمدی، ۱۳۹۶). در این بین سنجش شاخص توده بدنی (BMI^۳)، اولین قدم در تعیین درجه چاقی محسوب می‌شود. روش سنجش شاخص توده بدنی، آسان و قابل اعتماد بوده و با درصد چربی بدن و توده چربی بدن ارتباط دارد. فرمول محاسبه آن وزن به کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد به متر است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). در ایالات متحده ۳۴ درصد افراد دارای اضافه‌وزن و ۳۰ درصد دارای چاقی هستند (برادن و اوبرین، ۲۰۲۱). در ایران ۲۸/۶ درصد افراد دارای اضافه‌وزن، ۱۰/۸ درصد افراد چاق و ۳/۴ درصد دارای چاقی مرضی هستند. این یافته‌ها شواهد هشدار دهنده‌ای را در زمینه شیوع بسیار بالای چاقی عمومی و شکمی در ایران ارائه می‌دهند. عادات ناسالم مربوط به سبک زندگی، نقش بزرگی در پیدایش این مساله بهداشت عمومی در جامعه ما دارند (سهرابی، پاشا، نادری، عسگری و احتشام زاده، ۱۳۹۶). همچنین شواهد نشان می‌دهد که افزایش بیش از حد وزن با سرعت بیشتری در این گروه رخ می‌دهد (کاهیل، هیر-جوشو، کاد، استین، ولفلک، مولی و کلین، ۲۰۱۸) و با افزایش بیشتر وزن در آینده توأم است (دای، زو و ران، ۲۰۲۰). این نگرانی وجود دارد که شروع زودتر چاقی با بهبودی کمتر و پیامدهای منفی‌تری همراه باشد (ارکایا، کارابولوتلو و کالیک، ۲۰۱۸). پیامدهایی نظیر افزایش مرگ‌ومیر (اسمیت، لیو و ماسون، ۲۰۲۱) و همچنین تعدادی از بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری عروق کرونری قلب، دیابت نوع ۲، سرطان، فشارخون بالا، سکته مغزی، آپنه خواب، مشکلات تنفسی و آرتروز (باتون، فایت و برکویتز، ۲۰۲۱). بر این اساس، وزن بدن یکی از متغیرهای اساسی تفاوت‌های فردی است که اثری فراگیر در تقریباً تمامی جنبه‌های زندگی ما دارد. اگرچه اغلب در سلامت جسمی نقش دارد، اما با انواع فرآیندهای روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری در ارتباط است (بارنهارت، برادن و پرایس، ۲۰۲۱).

عواملی هم وجود دارند که می‌توانند موجب پذیرش، مقابله مناسب و آشفتگی کمتری در افراد مبتلا به چاقی شوند. به نظر می‌رسد یکی از این عوامل، داشتن ارزش‌های شخصی مشخص باشد. ارزش‌ها سازه‌های روانشناختی وسیعی هستند که بر رفتار انگیزشی و بهزیستی فردی اثرگذار هستند (جعفری، رحمانی و

1. World Health Organization
2. obesity
3. body mass index

امیری مجد، ۱۳۹۵) و به عنوان کیفیت رفتار ایده آل، فراهم کردن سازمان و انسجام در زندگی و مدیریت رفتار هدفمند تعریف شده‌اند (منچیراجو و ساداچار، ۲۰۱۴). در دهه گذشته نظریه نظام داری در باب محتوا و سازمان یافتگی ارزش افراد ارائه و به گونه‌ای تجربی اعتباریابی شده است. این نظریه، نظریه ارزشی شوارتز^۱ است که مفهوم سازی مناسبی در مورد ریخت‌های ارزشی ارائه کرده است. ولی پس از اعمال برخی تغییرات در مفهوم‌پردازی ارزش‌ها از دیدگاه راکبیچ (۱۹۷۳) و ابداع روش‌شناسی خویش در اندازه‌گیری ارزش‌ها، نظریه ارزش‌های انسانی بینادی را تدوین کرد. وی ده نوع ارزش‌انگیزی را مطابق با نیازمندی‌های عمومی از شرایط انسانی که در تحقیقات فرهنگی متفاوتی تایید شده بودند، استخراج نموده و هر نوع را با استفاده از اهداف مرکزی تعریف کرد که عبارتند از: خیرخواهی (تلاش برای حفظ آسایش و رفاه دیگران)، سنت‌گرایی (پایبندی به آداب و رسوم فرهنگی و مذهبی)، هم‌نوایی (مهار اعمال و تکانش‌های مطلوب اجتماعی)، امنیت (سلامت و تثبیت وضعیت خود و اجتماعی)، قدرت (اعمال کنترل بر روی افراد و منابع)، موفقیت (کسب صلاحیت مطابق با استانداردهای اجتماعی)، تحریک طلبی (تهییج، نوگرایی، مبارزه طلبی)، جهان‌شمول‌نگری (محافظت و حمایت از بشر و طبیعت)، لذت‌گرایی (میل و لذت جهانی)، و خود رهنمود دهی (افکار و اعمال مستقل) (اکبری، ۱۳۹۸). نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داد که افراد مبتلا به چاقی قضاوت‌های منحصر به فردی در مورد شکل بدنی، وزن و چاقی دارند که این امر با ارزیابی‌های منفی از خود و ارزشمندی بدنی پایین همراه است و افراد با درک ارزشمندی پایین، ریسک پذیری بالایی برای نشانه‌های اختلال خوردن دارند (آریاپوران و شیرزادی، ۱۳۹۱).

شواهد تجربی در این زمینه نشان می‌دهد یکی از روش‌های موثر جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به چاقی، درمان‌های غیردارویی نظیر گروه درمانی، تن آرامی و غیره است. اعتقاد بر این است که درمان‌های گروهی در بیشتر اختلال‌های روانی موثر است زیرا فرد در گروه، نحوه برخورد خود را با اجتماع بازبینی می‌کند و گروه درمانی فرایندی است که باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود. بیماران، در گروه احساس قدرت می‌کنند و اعتماد به نفسشان بالا می‌رود (رامان، های، تچانتوریا و اسمیت، ۲۰۱۸). یکی از این روش‌های درمانی، طرحواره درمانی است. طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی^۲ به صورت سوتفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده و گمانه زنی‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیرواقع بینانه مشخص می‌شوند (کوپر، ون، پین و دکر، ۲۰۲۱). رویکرد طرحواره درمانی، بر الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. این الگوها طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۳ نامیده می‌شوند. این دسته از طرحواره‌های ناسازگار به رشد و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌انجامد. طرحواره‌های آسیب‌رسانی که از جریان اولیه رشد آغاز و در طول زندگی تداوم می‌یابد (قربانعلی زاده، مقدم زاده و جعفری، ۱۳۹۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح ساختارهای شناختی هستند که خود را در رابطه با محیط و سایر افراد نشان می‌دهد و در شرایط خاص فعال می‌شوند (دومن،

1. Schwartz's theory of value
2. nterpersonal psychopathology
3. Early Maladaptive Schems

۲۰۱۸). در شکل‌گیری طرحواره‌ها خلق و خوی^۱ ذاتی با تجارب ارتباطی غیرانطباقی اولیه به ویژه آسیب‌های کودکی^۲ تعامل می‌کنند و به طور خاص تر، این طرحواره‌ها در صورتی به طرحواره‌های ناسازگار تبدیل می‌شوند که نیازهای روانشناختی فرد (مثل نیازهای استقلال، محبت و دلبستگی) برآورده نشوند (آرنتز و ون‌گندرن، ۲۰۲۰). یانگ، کلسکو و ویشار (۲۰۰۳) ۱۸ طرحواره ناسازگار را مشخص کرده‌اند که در پنج حوزه زیر قرار می‌گیرند؛ حوزه بریدگی و طرد^۳ (رها شدگی^۴، بی‌اعتمادی^۵، محرومیت هیجانی^۶، نقص و شرم، انزوای اجتماعی/بیزگانگی^۷)، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل^۸ (وابستگی/بی‌کفایتی^۹، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان^{۱۰}، خود تحول نیافته/گرفتار^{۱۱}، شکست^{۱۲})، حوزه محدودیت‌های مختل^{۱۳} (استحقاق/پرزگ منشی، خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی^{۱۴})، حوزه دیگرجهت‌مندی^{۱۵} (اطاعت، ایثار، پذیرش جویی/جلب توجه) و حوزه گوش به زندگی بیش از حد و بازداری (منفی‌گرایی/بدبینی، بازداری هیجانی^{۱۶}، معیارهای سرسختانه، تنبیه). در همین رابطه تاسکا و بلغورم (۲۰۱۴)، در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که بیماران بی‌اشتهایی عصبی سطوح بالاتری از ناامنی دلبستگی و حالات ذهنی آشفته را نشان می‌دهند. در خصوص اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتایج بیانگر این بود در حوزه بریدگی و طرد و در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، این درمان اثربخش است.

بنابراین هزینه چاقی و اضافه وزن شامل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم است. هزینه مستقیم شامل هزینه مشاوره، پذیرش بیمارستان و درمان‌های دارویی ناشی از چاقی می‌شود و هزینه غیرمستقیم که توسط شخص و جامعه پرداخت می‌شود شامل کاهش بهره‌مندی شغلی و کاهش بهره‌مندی از زندگی کردن است که به چاقی مربوط می‌شود. همچنین تخمین زده شده که چاقی ۱۷٪ از هزینه از سلامت را به خود اختصاص می‌دهد (پاکیزه و بهزادفر، ۱۳۹۷). با توجه به شیوع فراوان، خطرات ذکر شده و هزینه‌های روزافزون چاقی، درمان آن باید مورد توجه متخصصین قرار بگیرد. روش‌های دارویی و غیردارویی مختلف برای درمان اختلالات خوردن و چاقی وجود دارد. مداخلات سنتی برای چاقی تقریباً منحصر به کاهش دریافت انرژی و افزایش زمان مشغول شدن به فعالیت فیزیکی است. در واقع کمبود انرژی یک عنصر ضروری برای کاهش وزن است اما کاهش وزن آسان نیست (کرانجاک و واگمیلر، ۲۰۱۶). لذا با توجه به علاقه افراد به استفاده از

1. Temperment
2. Childhood Trauma
3. Disconnection and Rejection
4. Aandonment
5. Mistrust
6. Emotional Deprivation
7. Social Isolation
8. Impaired Autonomy and Performance
9. Dependence
10. Vulnerability to Illness
11. Enmeshment
12. Defectiveness
13. Impaired limits
14. Insufficient Self-Control
15. Other Directednes
16. Emotional Inhibition

درمان‌های لاغری در این زمینه به اثربخشی طرحواره‌درمانی بر خودمهارگری خوردن و ارزش‌های شخصی افراد مبتلا به چاقی پرداخته شد. مسئله‌ای که در این پژوهش مطرح شده این است:

۱. آیا طرحواره‌درمانی می‌تواند بر ارزش‌های شخصی زنان مبتلا به چاقی در مرحله پس‌آزمون موثر است؟

۲. آیا طرحواره‌درمانی می‌تواند بر ارزش‌های شخصی زنان مبتلا به چاقی در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح‌مورد استفاده در این پژوهش طرح، پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بسط یافته بود که به همراه مرحله پیگیری انجام شد. جامعه آماری مطالعه را کلیه زنان مبتلا به چاقی شهر تهران در سال ۱۳۹۹ که به کلینیک تغذیه و رژیم‌درمانی در فصل‌های پاییز و زمستان مراجعه کردند، تشکیل داد. در ابتدا روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و فقط کسانی در پژوهش شرکت داده شد که به عنوان بیماران دارای اختلال چاقی مراجعه کرده بودند. سپس بیماران توسط متخصص تغذیه مورد مصاحبه و ارزیابی بالینی قرار گرفتند که در طی این فرایند با استفاده از ملاک تشخیصی و شاخص توده بدنی کسانی که چاق تشخیص داده شدند ۴۰ نفر انتخاب و با گمارش تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای داده شدند (۲۰ نفر در گروه آزمایش طرحواره‌درمانی، و ۲۰ نفر در گروه کنترل). (شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها توسط کارشناس تغذیه مرکز درمانی از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه گردید و وزن نیز با استفاده از ترازوی دیجیتال با حساسیت ۱۰۰ گرم و قد با استفاده از یک متر نواری غیرقابل اتساع به دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد). معیارهای ورود آزمودنی‌ها به گروه‌ها عبارت از: دارا بودن اختلال چاقی بر اساس معاینه بالینی متخصص تغذیه، BMI مساوی یا بزرگتر از 30۲ m/kg (لازم به ذکر است که اضافه وزن بر حسب ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع $BMI < 30$ کیلوگرم بر متر مربع، چاقی بر حسب $BMI \leq 30$ و نمره بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ نرمال تعریف شده است)، نداشتن مشکلات روانشناختی حاد و مزمن بر اساس مصاحبه تشخیصی، داشتن حداقل مدرک دیپلم برای هر بیمار، جنسیت زن و عدم شرکت در دوره‌های روان‌درمانی طی ۶ ماه اخیر بود. ملاک خروج آزمودنی‌ها، داشتن بیماری خاصی دال بر چاقی و عدم رضایت برای شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه ارزش‌های شخصی شوارتز (۲۰۰۴). در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط با ارزش‌های شخصی افراد، از فرم ۵۷ سوالی زمینه‌یابی ارزش‌های شوارتز (۲۰۰۴)، استفاده خواهد شد. ۱۰ نوع ارزش سطح فردی شوارتز حمایت‌کننده بین فرهنگی در پژوهش بر نمونه‌هایی از ۴۱ کشور به دست آوردند. این ارزش‌ها عبارتند از ارزش قدرت (۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹)، پیشرفت (۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰)، لذت جویی (۳۴، ۳۵، ۳۶)، تحریک طلبی (۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳)، خودرهنموددهی (۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷)، جهانشمول‌نگری (۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷)، خیرخواهی (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷)، سنت (۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)، همنوایی (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷) و امنیت (۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴). این

ارزش‌ها خود زیرمجموعه ارزش‌های سطح بالاتر یا ارزشی هستند که دارای اهداف انگیزشی متعارضی هستند. این ابعاد عبارتند از دو بعد محافظه‌کاری-باز بودن نسبت به تغییر و افزایش خودتعالی خود. نحوه قرارگیری هر یک از ارزش‌ها در این ابعاد از این قرار است: محافظه‌کاری: سنت، همنوایی، امنیت، باز بودن نسبت به تغییر، خود رهنموددهی، تحریک طلبی و لذت؛ تعالی خود: جهانشمول‌نگری و خیرخواهی؛ افزایش خود: قدرت پیشرفت و لذت. ارزش‌های زمینه‌یاب ارزشی شوارتز در سطح دو مجموعه ارزشی قرار می‌گیرند؛ فهرست ارزش‌های غایی (ارزش‌های ۱ تا ۳۰) و فهرست ارزش‌های ابزاری (ارزش‌های ۳۱ تا ۵۷). این پرسشنامه در دو صفحه (دو فهرست ارزش‌ها) تهیه شده و به چاپ رسیده است. محدودیت زمانی برای پاسخ به آن وجود ندارد و می‌تواند به صورت فردی و گروهی اجرا شود. در این پرسشنامه تکلیف آزمودنی این است که درجه‌ای را که هر ارزش «به منزله یک اصل راهنما در زندگی من دارد»، در یک مقیاس ۹ درجه‌ای (از ۱-، ۰، ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷) درجه بندی کند: (۱-) مخالف ارزش‌های من، (۰) بی‌اهمیت و (۷) عالی‌ترین درجه اهمیت (۸). نمره شرکت‌کنندگان در هر یک از ارزش‌ها با استفاده از میانگین‌گیری از درجه‌های داده شده به هر یک از آیتم‌های مربوط به ارزش مزبور، به دست آمده است. در پژوهش دلخوش (۱۳۸۶) قابلیت اعتماد پرسشنامه مذکور از طریق روش بازآزمون به فاصله دو هفته مورد تایید قرار گرفت. و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد.

۲. شرح جلسات آموزش طرحواره درمانی: طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر پایه الگوی یانگ بر روی کلیه شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در جلسه‌های درمانی اجرا شد (یانگ، کلوסקو و ویشار، ۲۰۰۳).

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش طرحواره درمانی

جلسات درمان	محتوای جلسات گروهی طرحواره درمانی بر پایه الگوی یانگ
اول	مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه و انجام توافقات لازم، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی، درمان گروهی، تکمیل کردن پرسشنامه برای پیش‌آزمون، برقراری رابطه با اعضای گروه و فراهم‌سازی زمینه اعتماد، ارائه تکلیف
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در زمینه ارتباط بین طرحواره درمانی با مصرف غذا و رفتار خوردن، فرایندهای شناختی، پیگیری رابطه درمانی و اعتماد بین اعضای، ارائه تکلیف
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش در روند درمان، ارتباط طرحواره با کودک درون، بیان یک مثال از طرحواره ناسازگار، عوامل موثر در اکتساب طرحواره، ارائه تکلیف
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت و برانگیختن طرحواره‌های بیمار، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل‌گیری طرحواره نقش داشته‌اند، کمک به بیمار برای تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره در شروع جلسه، ارائه تکلیف
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آشنا کردن افراد با سبک‌های مقابله‌ای، بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه، بیان چند مثال درباره سبک‌های مقابله‌ای، ارائه تکلیف
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آزمون اعتبار طرحواره، جمع‌آوری شواهد عینی تاکیدکننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی ردکننده طرحواره، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره، ارائه تکلیف
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای اعضا، تهیه کارت‌های آموزشی طرحواره،

معرفی فرم ثبت طرحواره‌ها، ارائه تکلیف	
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، به کار بردن تکنیک گفتگوی خیالی، گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره و فاصله گرفتن از طرحواره، ارائه تکلیف
نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، برقراری گفتگوی بین طرحواره و جنبه سالم، بررسی فرم ثبت طرحواره، نوشتن نامه به والدین و برقراری گفتگوی خیالی با آنها در جلسه درمان از طریق روش صندلی خالی، تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، ارائه تکلیف
دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، راهبردهای درمانی مورد نظر برای تغییر رفتارهای موثر در تداوم طرحواره، بررسی روش‌های موثر در توانایی کنترل هیجانات و تکانه‌های خود، ارائه تکلیف
یازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی برخی از طرحواره‌ها مانند ایثار و اطاعت، محرومیت هیجانی و بازداری هیجان در اعضای گروه، آموزش شیوه درست ارتباط و ابراز عواطف و هیجان، ارائه تکلیف
دوازدهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل، بررسی روش‌های موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره خویشتن داری، انجام اقدامات و آمادگی‌های لازم جهت انجام آزمون‌های پایانی از گروه آزمون

روش اجرا. پس از اجرای پیش آزمون در هر دو گروه، گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه، ۲ روز در هفته، هر جلسه ۶۰ دقیقه تحت مداخله درمانی قرار گرفت، اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد و پس آزمون هم در یک هفته پس از اتمام درمان برای گروه آزمایش و کنترل انجام شد و این درمان توسط متخصص در مراکز درمانی و مشاوره انجام شده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم افزار spss22 در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

در این بخش میانگین و انحراف معیار نمرات ارزش‌های شخصی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل گزارش می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ارزش‌های شخصی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
طرحواره درمانی	ارزش قدرت	میانگین	۱۹.۴۰	۲۹.۵۰	۲۸.۲۰
		انحراف معیار	۲.۶۸	۵.۱۰	۵.۱۹
کنترل	ارزش قدرت	میانگین	۱۹.۸۰	۱۹.۶۰	۲۱.۳۰
		انحراف معیار	۵.۸۰	۸.۳۵	۸.۵۲
طرحواره درمانی	پیشرفت	میانگین	۲۲.۳۵	۲۹.۱۰	۲۹.۳۰
		انحراف معیار	۳.۹۲	۴.۲۵	۵.۱۴
کنترل	پیشرفت	میانگین	۲۲.۰۰	۲۰.۸۵	۲۱.۵۰
		انحراف معیار	۴.۵۰	۵.۶۴	۶.۱۹
طرحواره درمانی	لذت جویی	میانگین	۱۰.۸۰	۱۷.۳۰	۱۸.۲۰
		انحراف معیار	۲.۶۳	۳.۲۶	۲.۶۷
کنترل	لذت جویی	میانگین	۱۰.۲۰	۸.۵۰	۱۱.۰۰

۳.۲۱	۳.۳۶	۱.۹۴	انحراف معیار		
۲۶.۸۰	۲۶.۶۰	۱۸.۶۰	میانگین	تحریک طلبی	طرحواره درمانی
۲.۴۶	۳.۳۲	۴.۶۶	انحراف معیار		
۱۹.۶۰	۱۸.۶۰	۱۸.۸۰	میانگین	تحریک طلبی	کنترل
۶.۶۴	۶.۶۴	۴.۳۲	انحراف معیار		
۳۰.۲۵	۲۹.۶۵	۲۳.۲۰	میانگین	خودرهنموددهی	طرحواره درمانی
۴.۵۵	۴.۶۱	۴.۸۱	انحراف معیار		
۲۵.۰۰	۲۲.۰۰	۲۳.۹۵	میانگین	خودرهنموددهی	کنترل
۵.۵۱	۵.۴۲	۴.۲۷	انحراف معیار		
۴۷.۵۰	۴۷.۰۰	۴۱.۳۰	میانگین	جهانشمول نگری	طرحواره درمانی
۵.۸۰	۵.۸۹	۵.۸۱	انحراف معیار		
۴۰.۲۰	۴۰.۱۰	۳۹.۴۰	میانگین	جهانشمول نگری	کنترل
۸.۶۳	۷.۳۸	۷.۸۲	انحراف معیار		
۲۶.۵۵	۲۵.۵۵	۱۹.۷۰	میانگین	خیرخواهی	طرحواره درمانی
۳.۳۶	۳.۳۶	۴.۸۶	انحراف معیار		
۱۸.۹۵	۱۹.۱۵	۲۰.۰۰	میانگین	خیرخواهی	کنترل
۲.۱۶	۲.۸۲	۲.۸۷	انحراف معیار		
۲۳.۹۵	۲۳.۱۵	۱۷.۵۰	میانگین	سنت	طرحواره درمانی
۱.۶۴	۱.۶۹	۳.۳۵	انحراف معیار		
۱۸.۶۰	۱۷.۴۵	۱۸.۱۵	میانگین	سنت	کنترل
۴.۰۸	۴.۳۸	۴.۵۲	انحراف معیار		
۲۲.۵۰	۲۱.۱۵	۱۸.۲۰	میانگین	همنوایی	طرحواره درمانی
۳.۷۱	۳.۳۰	۵.۲۰	انحراف معیار		
۱۷.۸۰	۱۸.۷۵	۱۹.۷۰	میانگین	همنوایی	کنترل
۲.۸۶	۳.۶۰	۳.۵۷	انحراف معیار		
۲۸.۹۰	۲۸.۵۰	۲۳.۴۰	میانگین	امنیت	طرحواره درمانی
۵.۲۵	۴.۳۰	۴.۲۶	انحراف معیار		
۲۱.۰۰	۲۰.۵۰	۲۲.۰۰	میانگین	امنیت	کنترل
۶.۰۴	۷.۱۶	۴.۵۰	انحراف معیار		

همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین در دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون تغییر نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول ۲، می‌توان به این توصیف دست زد که طرحواره درمانی باعث بهبود خرده مقیاس‌های ارزش‌های شخصی شده است. به منظور بررسی تاثیر روش آموزش طرحواره درمانی بر نمرات مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی‌ها و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی با معیار گرین هاوس

گیزر

متغیر	شاخص آماری	SS	df	MS	F	Sig	ضریب ایتا
ارزش قدرت	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۶۸۰.۸۷	۱.۱۸	۵۷۵.۲۲	۵۲.۱۱	۰.۰۰۱	۰.۵۸
	تعامل آزمون* گروه	۵۶۱.۲۷	۱.۱۸	۴۷۴.۱۸	۴۲.۹۵	۰.۰۰۱	۰.۵۳
	بین گروهی	۸۹۶.۵۳	۱.۰۰	۸۹۶.۵۳	۸.۵۴	۰.۰۰۱	۰.۱۸
پیشرفت	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۲۴۵.۶۲	۱.۳۵	۱۸۱.۶۷	۱۶.۲۰	۰.۰۰۱	۰.۳۰
	تعامل آزمون* گروه	۳۹۳.۷۲	۱.۳۵	۲۹۱.۲۱	۲۵.۹۷	۰.۰۰۱	۰.۴۱
	بین گروهی	۸۹۶.۵۳	۱.۰۰	۸۹۶.۵۳	۱۴.۹۴	۰.۰۰۱	۰.۲۸
لذت جویی	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۳۳۹.۴۷	۱.۳۹	۲۴۳.۹۱	۴۸.۸۶	۰.۰۰۱	۰.۵۶
	تعامل آزمون* گروه	۳۷۷.۸۷	۱.۳۹	۲۷۱.۵۰	۵۴.۳۹	۰.۰۰۱	۰.۵۹
	بین گروهی	۹۱۸.۵۳	۱.۰۰	۹۱۸.۵۳	۵۰.۸۲	۰.۰۰۱	۰.۵۷
تحریک طلبی	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۴۷۷.۶۰	۱.۲۳	۳۸۸.۵۷	۳۲.۷۸	۰.۰۰۱	۰.۴۶
	تعامل آزمون* گروه	۴۰۸.۸۰	۲.۰۰	۲۰۴.۴۰	۲۸.۰۶	۰.۰۰۱	۰.۴۳
	بین گروهی	۷۵۰.۰۰	۱.۰۰	۷۵۰.۰۰	۱۲.۸۶	۰.۰۰۱	۰.۲۵
خودرهنموددهی	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۳۲۹.۴۰	۱.۱۴	۲۸۸.۳۴	۲۱.۵۷	۰.۰۰۱	۰.۳۶
	تعامل آزمون* گروه	۳۷۴.۴۰	۱.۱۴	۳۲۷.۷۳	۲۴.۵۲	۰.۰۰۱	۰.۳۹
	بین گروهی	۴۹۲.۰۸	۱.۰۰	۴۹۲.۰۸	۸.۷۵	۰.۰۰۱	۰.۱۹
جهانشمول نگری	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۳۰۱.۰۷	۱.۳۸	۲۱۷.۷۰	۹.۶۴	۰.۰۰۱	۰.۲۰
	تعامل آزمون* گروه	۱۸۱.۰۷	۱.۴۶	۱۲۴.۳۵	۵.۸۰	۰.۰۰۱	۰.۱۳
	بین گروهی	۸۶۴.۰۳	۱.۰۰	۸۶۴.۰۳	۷.۵۲	۰.۰۰۱	۰.۱۷
خیرخواهی	آزمون(تکرار اندازه گیری)	۱۹۷.۶۰	۱.۲۱	۱۶۳.۸۷	۴۱.۲۷	۰.۰۰۱	۰.۵۲
	تعامل آزمون* گروه	۳۶۲.۴۷	۱.۲۱	۳۰۰.۵۹	۷۵.۷۱	۰.۰۰۱	۰.۶۷
	بین گروهی	۶۲۵.۶۳	۱.۰۰	۶۲۵.۶۳	۲۱.۷۸	۰.۰۰۱	۰.۳۶

۳۲۳ اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر ارزش‌های شخصی زنان مبتلا به چاقی ابراهیمی و همکاران خانواده درمانی کاربردی							
۰.۴۲	۰.۰۰۱	۲۷.۲۶	۱۵۳.۴۸	۱.۶۵	۲۵۳.۰۵	آزمون (تکرار اندازه گیری)	سنت
۰.۴۲	۰.۰۰۱	۲۷.۴۵	۱۵۴.۵۵	۱.۶۵	۲۵۴.۸۲	تعامل آزمون* گروه	
۰.۲۶	۰.۰۰۱	۱۳.۲۲	۳۶۰.۵۳	۱.۰۰	۳۶۰.۵۳	بین گروهی	
۰.۱۴	۰.۰۱	۴.۴۷	۲۳.۹۵	۱.۳۸	۳۳.۰۷	آزمون (تکرار اندازه گیری)	همنوابی
۰.۲۸	۰.۰۰۱	۱۴.۶۸	۱۴۲.۳۲	۱.۳۸	۱۹۶.۴۷	تعامل آزمون* گروه	
۰.۱۲	۰.۰۴	۳.۹۶	۱۰۴.۵۳	۱.۰۰	۱۰۴.۵۳	بین گروهی	
۰.۱۵	۰.۰۱	۶.۵۱	۷۶.۲۲	۱.۴۹	۱۱۳.۴۰	آزمون (تکرار اندازه گیری)	امنیت
۰.۳۰	۰.۰۰۱	۱۶.۴۲	۱۹۲.۲۷	۱.۴۹	۲۸۶.۰۷	تعامل آزمون* گروه	
۰.۲۸	۰.۰۰۱	۱۴.۵۳	۹۹۷.۶۳	۱.۰۰	۹۹۷.۶۳	بین گروهی	

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح $0/05$ برای هر ده مؤلفه معنادار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنا دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفونی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین بین نمرات مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، بطوری که نمرات مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار نداشته است. با توجه به نتایج جدول ۳ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین دو گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل در سطح $0/05$ برای مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی معنا دار است ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی در دو گروه تفاوت معنا دار وجود دارد. با توجه به نتایج جدول ۳ برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح $0/05$ برای مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی معنا دار است. ($P < 0/05$). در نتیجه بین میانگین کلی نمرات مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی در دو گروه تفاوت معنا دار وجود دارد. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که روش (آموزش طرحواره درمانی) بر نمرات مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی تاثیر داشته است بطوری که گروه آزمایش (آموزش طرحواره درمانی) نسبت به گروه کنترل موجب بهبود نمرات مؤلفه‌های ارزش‌های شخصی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش طرحواره درمانی بر ارزش‌های شخصی زنان مبتلا به چاقی انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش طرحواره درمانی بر مولفه‌های ارزش‌های شخصی (ارزش قدرت، پیشرفت، لذت جویی، تحریک طلبی، خودرهنموددهی، جهانشمول‌نگری، خیرخواهی، سنت، همنوایی و امنیت) زنان مبتلا به چاقی تاثیر دارد. نتایج پژوهش با یافته‌های (تاسکا و بلفورم، ۲۰۱۴؛ رضایی، ۱۳۹۴) همسو است. در همین رابطه رضایی (۱۳۹۴)، پژوهشی تحت عنوان اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر نمایه توده بدنی، خوردن هیجانی و ارزشمندی در زنان دارای وزن اضافه انجام داد. یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی گروهی باعث کاهش معنادار در خوردن هیجانی، افزایش معنادار در خودارزشمندی و در نهایت باعث کاهش معنادار نمایه توده بدنی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. این مداخله موجب افزایش کاربرد طرحواره‌های هیجانی کارآمد اعتبار‌یابی، کنترل و اتفاق نظر شد و همچنین موجب کاهش استفاده از طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد احساس گناه، ساده‌انگاری، کرحی، خردگرایی، دوام و سرزنش شد. خودارزشمندی و ایجاد عزت نفس در خود، یکی از گام‌های بنیادین جهت حفظ و سلامت جسم و روح به ویژه مساله چاقی محسوب می‌گردد؛ زیرا افراد مبتلا به چاقی با ارزشمند نمودن خود، ماهیتشان را به رسمیت شناخته می‌گردد و این امر حس زندگی و انگیزه سالم ماندن و تلاش در این جهت را در آنان بارور می‌نماید. خودارزشمندی موجب ارتقای سلامت عمومی، خودتنظیمی، منبع‌انگیزی، کاهش افسردگی و اصلاح رفتار اجتماعی، چگونگی مواجهه درست و مناسب با حوادث و وقایع روزمره زندگی بوده که در سطوح مختلف زندگی فردی، خانوادگی، آموزشی و اجتماعی اثرات خود را نمایان می‌کند. مشکلات جسمانی و روانی در برخی از افراد مبتلا به چاقی باعث کاهش خودارزشمندی آنان و بالطبع سازگاری نامطلوب با مساله چاقی که به صورت رفتارهای ناسالم و ناسازگار بروز می‌یابد، می‌شود. طرحواره درمانی به منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است و شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا در حالی که به سوی اهداف ارزشمند خود در حال حرکت هستند، با تجربیاتشان به طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کنند و آنها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی شان، در هنگام ظهور بپذیرند، این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر با وجود موانع غیرقابل اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف واقعی و ارزشمند زندگی خود، تلاش کند و خود را در دام‌های فکری رها سازد، که این به بهبود کیفیت زندگی به ویژه درحوزه روانی آن منتهی خواهد شد.

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که طرحواره درمانی گروهی می‌تواند به عنوان یک مداخله هیجان‌محور در درمان‌های مرتبط با چاقی و اضافه وزن مفید واقع شود. اما این که آیا طرحواره درمانی برای درمان بیماران مبتلا به چاقی و اختلالات خوردن درمان نهایی است، هر چند بر طبق یافته‌های بدست آمده نتایج بیانگر مضمّن بودن این روش درمانی است اما هنوز زود است در این خصوص نتیجه‌گیری کنیم، پژوهش‌های آینده راه را برای چنین نتیجه‌گیری بهتر روشن می‌سازند، رویکرد طرحواره درمانی در پژوهش آفرینی و ایجاد تمایل در متخصصین بالینی برای صحت و سقم نظریه‌های ناگفته پیداست از این رویکرد تا حدود زیادی موفق بوده است، اما ناگفته پیداست که به کارگیری تکنیک‌های این رویکرد، با رفتارهای

فرهنگی و اجتماعی گره خورده است و باید درمان را منطبق با سایر عوامل زمینه‌ای در نظر داشت. طرحواره درمانی به طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری سنتی بنا شده است. مدل یانگ تلفیقی ابتکاری از رفتار درمانی شناختی، روان‌پویایی، دلبستگی و روان‌شناسی گشتالت است. این مدل اگر چه مولفه‌های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می‌داند اما به تغییر هیجانی، تکنیک‌های تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می‌دهد. تفاوت دیگر این دو درمان در این است که رفتار درمانی شناختی در سطح شناخت واره‌ها رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند اما در طرحواره درمانی این روند به صورت معکوس دنبال می‌شود. در فرایند طرحواره درمانی مستقیماً سراغ عمیق‌ترین سطح شناخت واره‌ها می‌روند. با توجه به این تفاوت‌ها و نتایج پژوهش‌هایی که نشان می‌دهد تأکید بر زیرساخت‌های عمیق شناختی می‌تواند در کاهش وزن موثر باشد، شاید بتوان اثر بالا طرحواره درمانی را قابل توجیه دانست. همچنین در تبیین دیگر نتایج بدست آمده می‌توان چنین بیان نمود که محقق به منظور نشان دادن مناسب بودن طرحواره درمانی در نمونه مورد نظر خود، در ابتدای امر به شناسایی طرحواره ناسازگار اولیه افراد اقدام نموده و این را شاهدی بر نیاز به استفاده از طرحواره درمانی دانسته‌اند، باید در نظر داشت که ممکن است طرحواره ناسازگار اولیه شناسایی شده، ریشه مشکلات مورد نظر افراد که هدف مداخله درمانی قرار گرفته‌اند، نباشند. ممکن است، بیماری طرحواره ناسازگار اولیه‌ای نامرتبط با اختلال مورد نظر داشته باشد که ضرورتی بر مواجهه و دستکاری آن وجود نداشته و چه بسا مواجهه بیمار و دستکاری این طرحواره در موارد نامناسب موجب تقویت آن و بدتر شدن نشانه گردد. طرحواره ناسازگار اولیه می‌تواند بر سازگاری بین فردی و سبک زندگی فرد تأثیر گذاشته و لذا بر روند پیشروی درمان، ارتباط با درمانگر و حفظ بهبود حاصل شده از درمان تأثیر بگذارند.

این پژوهش جهت کنترل متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی، نمونه‌گیری افراد به دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی صورت گرفت، با این حال محدودیت‌هایی نیز در انجام این پژوهش وجود داشت. این پژوهش صرفاً بر روی زنان مبتلا به چاقی شهر تهران صورت گرفته است و بنابراین باید در تعمیم نتایج دقت کافی مبذول شود. در نهایت، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش طرحواره درمانی بر ارزش‌های شخصی و مولفه‌های آن در زنان مبتلا به چاقی موثر است و به جهت اثربخشی بالای آن، استفاده از آن به درمانگران توصیه می‌شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

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

منابع

- اکبری، مهدی. (۱۳۹۸). نقش میانجی ارزش‌های شخصی در ارتباط بین روان رنجورخویی با استفاده آسیب زا از اینترنت در دانشجویان. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۳ (۳)، ۱-۱۴.
- آریاپوران، سعید و شیرزادی، محمدمهدی. (۱۳۹۱). رابطه کمال‌گرایی، ارزشمندی بدن و نگرانی با علائم اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۷ (۱)، ۶۸-۷۷.
- پاکیزه، علی و بهزادفر، مریم. (۱۳۹۷). نقش سیستم پاداش مغز در اضافه وزن و چاقی: بررسی نقش واسطه‌گری غذا خوردن هیجانی در رابطه بین حساسیت به پاداش و اضافه وزن. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۱۱ (۲۵)، ۲۰-۷.
- جعفری، اصغر؛ رحمانی، هانیه و امیری مجد، مجتبی. (۱۳۹۵). پیش‌بینی قضاوت اخلاقی در دانش‌آموزان دختر مدارس ابتدایی عادی و تیزهوش بر اساس ارزش‌های شخصی-خانوادگی و خودپنداره. مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۶ (۲)، ۶۵-۸۰.
- خیبر، لیلا؛ کرم بخش، گلستا و محمدی، نورالله. (۱۳۹۶). رابطه تکانشگری با شاخص توده بدنی: نقش میانجی‌گری اعتیاد به مواد غذایی. فصلنامه روانشناسی سلامت، ۶ (۲۴)، ۱۰۶-۱۱۹.
- دلخمش، محمدتقی. (۱۳۸۸). سلسله مراتب ارزش‌های ازدواج در جوانان ایرانی. مجله خانواده پژوهی، ۵ (۲)، ۱۸۱-۱۵۶.
- رضایی، ملیحه. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر نمایه توده بدنی، خوردن هیجانی و خودکارآمدی وزن در زنان دارای وزن اضافه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- سهرابی، فاطمه؛ پاشا، رضا؛ نادری، فرح؛ عسگری، پرویز و احتشام زاده، پروین. (۱۳۹۶). بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نمایه توده بدنی و خودپنداره افراد با اضافه وزن. مجله صنایع غذایی ایران، ۱۲ (۴)، ۴۳-۵۱.
- قربانعلی زاده، مسعود؛ مقدم زاده، علی و جعفری، عیسی. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در افراد مبتلا به خودبیمارپنداری. مجله پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۷ (۱)، ۱۴-۲.

References

- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2020). Schema therapy for borderline personality disorder. John Wiley & Sons.
- Barnhart, W. R., Braden, A. L., & Price, E. (2021). Emotion regulation difficulties interact with negative, not positive, emotional eating to strengthen relationships with disordered eating: An exploratory study. *Appetite*, 158, 105038.

- Braden, A., & O'Brien, W. (2021). Pilot Study of a Treatment Using Dialectical Behavioral Therapy Skills for Adults with Overweight/Obesity and Emotional Eating. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(1), 21-29.
- Button, A., Faith, M. S., & Berkowitz, R. I. (2021). Temperament and eating self-regulation in young children with or at risk for obesity: An exploratory report. *Pediatric Obesity*, e12821.
- Cahill, A. G., Haire-Joshu, D., Cade, W. T., Stein, R. I., Woolfolk, C. L., Moley, K., ... & Klein, S. (2018). Weight control program and gestational weight gain in disadvantaged women with overweight or obesity: a randomized clinical trial. *Obesity*, 26(3), 485-491.
- Dai, Z. H., Xu, X. T., & Ran, Z. H. (2020). Associations Between Obesity and the Effectiveness of Anti-Tumor Necrosis Factor- α Agents in Inflammatory Bowel Disease Patients: A Literature Review and Meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 1060028019900660.
- Doomen, L. (2018). The effectiveness of schema focused drama therapy for cluster C personality disorders: An exploratory study. *The Arts in Psychotherapy*, 61, 66-76.
- Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., & Çalik, K. Y. (2018). The effect of maternal obesity on self-esteem and body image. *Saudi journal of biological sciences*, 25(6), 1079-1084.
- Gilkinson, C., Schmidt, U., Gallop, L., & Flynn, M. (2021). Heart rate variability and emotion regulation in adults with eating disorders or obesity: a systematic review. *BJPsych Open*, 7(S1), S25-S26.
- Koppers, D., Van, H., Peen, J., & Dekker, J. J. (2021). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 31(7), 831-842.
- Li, G., Hou, G., Yang, D., Jian, H., & Wang, W. (2019). Relationship between anxiety, depression, sex, obesity, and internet addiction in Chinese adolescents: A short-term longitudinal study. *Addictive Behaviors*, 90, 421-427.
- Manchiraju, S., & Sadachar, A. (2014). Personal values and ethical fashion consumption. *Journal of Fashion Marketing and Management*.
- Raman, J., Hay, P., Tchanturia, K., & Smith, E. (2018). A randomised controlled trial of manualized cognitive remediation therapy in adult obesity. *Appetite*, 123, 269-279.
- Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710-717.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254.

پرسشنامه ارزش‌های شخصی

« تا چه میزان به ارزش‌های ذیل در سازمان توجه می‌شود؟ »

بسیار زیاد
زیاد
متوسط
کم
بسیار کم

۱- رعایت ادب و نزاکت در محیط کاری

۲- وفاداری به تعهدات شغلی

۳- معنویات سازمانی

۴- صداقت در گفتار

۵- گذشت در کارها

- ۶- اثربخش بودن وظایف شغلی
- ۷- مسئولیت پذیری
- ۸- نظم و هماهنگی بین کارکنان
- ۹- روابط دوستانه در کار
- ۱۰- هدفمند بودن کارها
- ۱۱- اشتیاق در انجام به موقع کارها
- ۱۲- صداقت در اعمال
- ۱۳- توجه له علایق شغلی کارکنان
- ۱۴- احترام به قوانین کاری
- ۱۵- اعتدال و میانه‌روی در شرکت
- ۱۶- تواضع و فروتنی در مراوده‌های کاری
- ۱۷- ارتقای جایگاه شغلی کارکنان
- ۱۸- درگیری شغلی و مشارکت بالا در کارها
- ۱۹- رعایت احترام در بین کارکنان
- ۲۰- توجه به نیازهای کارکنان
- ۲۱- تفویض اختیار
- ۲۲- احترام به زیردستان
- ۲۳- اطاعت پذیری
- ۲۴- تعهد کارکنان به شرکت
- ۲۵- نظم و انضباط شغلی
- ۲۶- سلامت در محیط کاری
- ۲۷- ایمنی شغلی
- ۲۸- سادگی در دستورات شغلی
- ۲۹- امنیت شغلی
- ۳۰- کنترل و تسلط بر وظایف شغلی و محیط کاری
- ۳۱- پیشرفت شغلی
- ۳۲- توجه به شأن شغلی کارکنان
- ۳۳- توانایی و اقتدار در تصمیم گیری
- ۳۴- حفظ حرمت دیگران
- ۳۵- ایجاد فرصت رشد و ترقی
- ۳۶- افزایش توان نفوذ کارکنان در شرکت
- ۳۷- توانمندسازی کارکنان
- ۳۸- منطقی در گفتار
- ۳۹- هموارسازی مسیر دستیابی به اهداف
- ۴۰- ایجاد هیجان در محیط کاری
- ۴۱- تنوع شغلی
- ۴۲- ایجاد فرصت ریسک به کارکنان
- ۴۳- لذت از محیط کاری
- ۴۴- ایجاد فرصتی برای تعاملات غیرکاری در بین کارکنان

- ۴۵- آزادی عمل
 - ۴۶- خلاقیت شغلی
 - ۴۷- استقلال در انجام وظایف شغلی
 - ۴۸- آزادی عمل در اهداف شغلی
 - ۴۹- علاقه به کشف وقایع
 - ۵۰- عدالت و برابری بین کارکنان
 - ۵۱- افزایش دانش شغلی کارکنان
 - ۵۲- رعایت حقوق کارکنان
 - ۵۳- توجه به آینده کارکنان
 - ۵۴- بهره‌گیری از ایده‌های نوین و نوظهور
 - ۵۵- توجه به خواسته‌های کارکنان
 - ۵۶- مدیریت تعارضات در شرکت
 - ۵۷- توجه به احساسات کارکنان
-

The Effectiveness of Schema Therapy training on Personal Values in female with obesity

Mansoureh. Ebrahimi¹, Zohre. Raeisi^{2*}, Mahdi. Taheri³ & Seyyed Abbas. Haghayegh⁴

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the effectiveness of schema therapy training on personal values of obese women in Tehran in 1399. **Method:** The research method is quasi-experimental with pre-test-post-test design with control and follow-up groups. The statistical population of the study consisted of all obese women referred to the nutrition and diet therapy clinic in Tehran, from which 40 people were selected by purposive sampling method and randomly in an experimental group (20 people in each group) and one The control group (20 people) was assigned. The experimental group underwent 12 sessions of 60 minutes and the control group remained on the waiting list. The instruments used in the present study included the Personal Values Questionnaire (Schwartz, 2004). Analysis of information obtained from the questionnaire was performed in two parts: descriptive and inferential (analysis of variance with repeated measures). **Results:** The results showed that schema therapy training has an effect on the components of personal values (power value, progress, hedonism, provocation, self-direction, universality, benevolence, tradition, compliance and security) of obese women ($P < 0.05$). The results showed the effectiveness of schema therapy training on personal values in obese women. **Conclusion:** Therefore, therapists can use this method to promote mental health in women with obesity.

Keywords: *personal values, schema therapy, obesity.*

-
1. Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
 2. *Corresponding author: Associate Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
Email: rayisi.tadbir@yahoo.com
 3. Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Sajjad University
 4. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran