رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۲۴، مهر ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(7), 2026

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر احساس عاملیت، تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت و شدت پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی

The Effectiveness of Schema Group Therapy on the Sense of Agency, Adherence to Health-Promoting Behaviors and Severity of Bulimia Nervosa in Women with Bulimia Nervosa Disorder

نجیمه صادقیان
دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
حمیدرضا نوری (نویسنده مسئول)
دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، واحد پژوهش‌های کاربردی، مرکز بهداشت شهرستان اصفهان، معاونت بهداشت استان اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

Najimeh Sadeghian
M.A. Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
Hamidreza Noury *
PhD in Health Psychology, Applied Research Unit, Isfahan City Center, Isfahan Provincial Health Office, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
Drpsyh1@gmail.com

چکیده
هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر احساس عاملیت، تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت و شدت پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی بود. پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان ۳۰ تا ۵۰ سال مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، انجمن پرخوران گمنام، باشگاه‌های ورزشی و کلینیک‌های روان‌شناسی شهر اصفهان در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ بود که از بین آن‌ها ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند و پس از ریزش نمونه، به ۳۲ نفر (۱۶ نفر در هر گروه) کاهش یافت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس احساس عاملیت (SOARS؛ وودی و همکاران، ۲۰۱۳)، نیمرخ رفتارهای ارتقادهنده سلامت (HPLP-II؛ واکر و همکاران، ۱۹۹۷) و مقیاس شدت پرخوری (BES؛ گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲) استفاده شد. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه، طرحواره‌درمانی گروهی دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد طرحواره‌درمانی موجب افزایش معنادار احساس عاملیت و تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کاهش شدت پرخوری شد (P<۰/۰۰۱). همچنین، تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد (P>۰/۰۵) که بیانگر پایداری اثربخشی مداخله بود. در مجموع، طرحواره‌درمانی گروهی مداخله‌ای مؤثر برای بهبود احساس عاملیت، ارتقای رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کاهش شدت پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی است.

واژه‌های کلیدی: *طرحواره درمانی گروهی، احساس عاملیت، رفتارهای ارتقادهنده سلامت، شدت پرخوری، اختلال پرخوری عصبی.*

Abstract
This study aimed to determine the effectiveness of group schema therapy on the sense of agency, adherence to health-promoting behaviors, and binge eating severity in women with bulimia nervosa. This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group and a two-month follow-up. The statistical population consisted of women aged 30–50 years diagnosed with bulimia nervosa who attended treatment centers, Overeaters Anonymous, sports clubs, and psychological clinics in Isfahan, Iran, during 2024–2025. 40 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to the experimental or control group. Following sample attrition, data from 32 participants (16 in each group) were analyzed. Data were collected using the Sense of Agency Rating Scale (SOARS; Polito et al., 2013), the Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II; Walker et al., 1997), and the Binge Eating Scale (BES; Gormally et al., 1982). The experimental group received ten weekly 120-minute sessions of group schema therapy. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. The Findings showed that schema therapy significantly increased the sense of agency and adherence to health-promoting behaviors, while significantly reducing binge-eating severity at posttest (P<0.001). Moreover, no significant differences were observed between the posttest and follow-up assessments (P>0.05), indicating that treatment effects remained stable over time. Overall, group schema therapy appears to be an effective intervention for improving the sense of agency, promoting health-promoting behaviors, and reducing binge eating severity in women with bulimia nervosa.

Keywords: *Schema Group Therapy, Sense of Agency, Health-Promoting Behaviors, Severity of Bulimia Nervosa, Bulimia Nervosa.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** تیر ۱۴۰۵ | **پذیرش:** تیر ۱۴۰۵ | **ویرایش نهایی:** مهر ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

مقدمه

اختلالات خوردن[1] از شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی است؛ به‌طوری‌که شیوع آن از ۱ تا ۳/۸ درصد متغیر است (چیان[2] و همکاران، ۲۰۲۲). این اختلالات با اشتغال ذهنی افراطی نسبت به غذا، وزن و شکل بدن و رفتارهای ناسازگار مرتبط با خوردن مشخص می‌شوند و پیامدهای گسترده‌ای به همراه دارند (هایل و گرنگ[3]، ۲۰۱۸). اختلال پرخوری عصبی یکی از مهم‌ترین زیرگروه‌های اختلالات خوردن است که با دوره‌های مکرر مصرف مقدار زیاد غذا، احساس فقدان کنترل و رفتارهای جبرانی مانند استفراغ عمدی، سوءمصرف ملین‌ها، روزه‌داری یا ورزش افراطی مشخص می‌شود (وو[4] و همکاران، ۲۰۱۹؛ ویلسون و کاگابو[5]، ۲۰۲۴). این اختلال اغلب با افسردگی، اضطراب، تکانشگری، سوءمصرف مواد و رفتارهای خودآسیب‌رسان همراه است و علاوه بر افزایش خطر عوارض جسمانی، کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی بیماران را نیز کاهش می‌دهد (لوین[6]، ۲۰۲۶؛ نیچ[7] و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، شناسایی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر شکل‌گیری و تداوم این اختلال و توسعه مداخلات درمانی مؤثر، از اولویت‌های حوزه سلامت روان محسوب می‌شود.

در سال‌های اخیر، پژوهشگران بر نقش فرایندهای زیربنایی مانند احساس عاملیت در تبیین اختلالات خوردن تأکید کرده‌اند (اوانس[8]، ۲۰۲۳). احساس عاملیت به ادراک فرد از کنترل، اعمال خود و توانایی اثرگذاری بر رویدادهای محیطی اشاره دارد (اویاگی[9] و همکاران، ۲۰۲۱). اختلال در این احساس با کاهش عملکرد شناختی، افت کیفیت زندگی و آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روان‌پزشکی همراه است (موچیا[10] و همکاران، ۲۰۲۴). شواهد نشان می‌دهد افراد مبتلا به پرخوری عصبی احساس کنترل کمتری بر رفتارهای خود دارند و ممکن است پرخوری را به‌عنوان راهبردی ناکارآمد برای تنظیم هیجان و مقابله با تعارض‌های بین‌فردی به کار گیرند (انگل[11] و همکاران، ۲۰۲۲؛ کانی[12] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، آشفتگی در احساس عاملیت با شدت بیشتر نشانه‌های اختلال خوردن ارتباط دارد (کریستمانسدوتیر[13] و همکاران، ۲۰۱۹؛ کول[14] و همکاران، ۲۰۲۳، گیل[15]، ۲۰۲۵)

از سوی دیگر، تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت از عوامل مهم در بهبود پیامدهای درمانی اختلال پرخوری عصبی است. این رفتارها شامل تغذیه سالم، فعالیت بدنی منظم، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری سلامت، خواب کافی، حمایت اجتماعی و مراقبت‌های پیشگیرانه است (چو[16] و همکاران، ۲۰۱۸؛ کامینگز[17] و همکاران، ۲۰۲۲). رعایت این رفتارها علاوه بر کاهش خطر بیماری‌ها، موجب ارتقای کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود (المطیری[18] و همکاران، ۲۰۱۸؛ یوسفی[19] و همکاران، ۲۰۲۲). با این حال، افراد مبتلا به پرخوری عصبی به دلیل مشکلات تنظیم هیجان، احساس کنترل پایین و الگوهای شناختی ناسازگار، معمولاً در پایبندی به رفتارهای سالم با دشواری مواجه هستند.

سومین مؤلفه مورد توجه در پژوهش حاضر، شدت پرخوری است که ارزیابی و مداخله در آن نقش مهمی در تعیین شدت آسیب‌شناسی، پایش روند درمان و سنجش اثربخشی مداخلات دارد. بر اساس DSM-5، شدت این اختلال بر مبنای فراوانی رفتارهای جبرانی در چهار سطح خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید طبقه‌بندی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[20]، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فراوانی دوره‌های پرخوری و روش‌های پاک‌سازی با شدت بیشتر آسیب‌شناسی، مشکلات روان‌شناختی و پیش‌آگهی نامطلوب‌تر ارتباط دارد

1 eating disorders
2 Qian
3 Hail & Grange
4 Wu
5 Wilson & Kagabo
6 Levine
7 Nitsch
8 Evans
9 Aoyagi
10 Moccia
11 Engel
12 Cooney
13 Kristmannsdottir
14 Colle
15 Gill
16 Chow
17 Cummings
18 Almutairi
19 Yusefi
20 American Psychiatric Association

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

(دیفنباچر[1] و همکاران، ۲۰۲۵؛ نیچ و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، کاهش شدت پرخوری یکی از اهداف اصلی مداخلات درمانی در این بیماران محسوب می‌شود.

در میان درمان‌های موجود، علاوه بر دارودرمانی و درمان شناختی-رفتاری که اثربخشی آن‌ها در کاهش علائم پرخوری عصبی تأیید شده است (یو[2] و همکاران، ۲۰۲۳، مور و والر[3]، ۲۰۲۳؛ هارتمن[4] و همکاران، ۲۰۲۴)، طرحواره‌درمانی به‌عنوان رویکردی تلفیقی و عمیق‌نگر، با تمرکز بر عوامل زیربنایی تداوم اختلال مورد توجه قرار گرفته است. اگرچه درمان‌های مبتنی بر نشانه، مانند درمان شناختی-رفتاری، در کاهش رفتارهای پرخوری و بهبود نگرش‌های مرتبط با غذا مؤثر هستند، اما در برخی بیماران به دلیل وجود الگوهای عمیق و پایدار شناختی-هیجانی، مشکلات تنظیم هیجان، احساس کنترل پایین و دشواری در تغییر الگوهای بین‌فردی، احتمال باقی ماندن آسیب‌پذیری‌های زمینه‌ای و عود علائم وجود دارد. طرحواره‌درمانی بر این فرض استوار است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای پایدار شناختی، هیجانی و رفتاری هستند که در اثر برآورده نشدن نیازهای هیجانی بنیادین شکل می‌گیرند و می‌توانند بر ادراک فرد از خود، توانایی کنترل رفتارها و شیوه‌های مقابله با هیجان‌های منفی اثر بگذارند (الهایی و همکاران، ۱۳۹۹؛ جاشوا[5] و همکاران، ۲۰۲۳). ازاین‌رو، این رویکرد با هدف قرار دادن ریشه‌های شناختی و هیجانی اختلال، از طریق اصلاح طرحواره‌های ناسازگار، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، افزایش خودتنظیمی و بهبود روابط بین‌فردی، می‌تواند به افزایش احساس عاملیت، ارتقای رفتارهای سلامت‌محور و کاهش رفتارهای پرخوری کمک کند (آرنتز[6] و همکاران، ۲۰۲۳؛ مارس[7] و همکاران، ۲۰۲۴؛ تریسی[8] و همکاران، ۲۰۲۵).

مطالعات، اثربخشی طرحواره‌درمانی را بر نشانه‌های اختلالات خوردن و طرحواره‌های ناسازگار تأیید کرده‌اند. پاولز[9] و همکاران (۲۰۱۶)، نشان دادند افراد مبتلا به اختلالات خوردن، سطوح بالاتری از طرحواره‌های کنترل ناکافی و محرومیت هیجانی را تجربه می‌کنند. همچنین پژوهش‌ها کاهش معنادار نشانه‌های اختلال خوردن پس از طرحواره‌درمانی را گزارش کرده‌اند (پورجابری و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۸؛ بهادری و همکاران، ۱۴۰۱). افزون بر این، مطالعات جدید نقش این رویکرد را در اصلاح ذهنیت‌ها و طرحواره‌های ناسازگار مرتبط با اختلالات خوردن تأیید کرده‌اند (آلویی[10] و همکاران، ۲۰۲۵؛ مارنی[11] و همکاران، ۲۰۲۴).

با با وجود شواهد موجود، بیشتر پژوهش‌ها بر کاهش نشانه‌های اختلال یا ولع خوردن تمرکز داشته‌اند و اثربخشی طرحواره‌درمانی بر احساس عاملیت، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و شدت پرخوری به‌صورت هم‌زمان در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی بررسی نشده است. ازاین‌رو، مشخص نیست که این رویکرد علاوه بر کاهش نشانه‌های بالینی، تا چه حد می‌تواند سازه‌های شناختی و رفتاری مؤثر در تداوم اختلال را بهبود بخشد. بررسی این موضوع می‌تواند به طراحی امداخلات جامع‌تر برای ارتقای خودمدیریتی، کیفیت زندگی و کاهش احتمال عود کمک کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر احساس عاملیت، تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت و شدت پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان ۳۰ تا ۵۰ سال مبتلا به اختلال پرخوری عصبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، انجمن پرخوران گمنام، باشگاه‌های ورزشی و کلینیک‌های روان‌شناسی شهر اصفهان در سال‌های ۱۴۰۳ و ۱۴۰۴ بود. از میان آنان، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس کسب نمره بالاتر از ۱۶ در مقیاس شدت پرخوری و تأیید تشخیص در مصاحبه بالینی نیمه‌ساختاریافته انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. پس از اعمال ملاک‌های خروج، تعداد نمونه به ۳۲ نفر (۱۶ نفر در هر گروه) کاهش یافت. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، زن بودن، سن ۳۰ تا ۵۰ سال، تشخیص اختلال پرخوری عصبی بر اساس مصاحبه بالینی

1 Dieffenbacher
2 Yu
3 Moore & Waller
4 Hartmann
5 Joshua
6 Arntz
7 Mares
8 Tracy
9 Pauwels
10 Aloi
11 Marney

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

ساختاریافته مطابق ملاک‌های DSM-5-TR توسط روان‌شناس بالینی ، کسب نمره بالاتر از نقطه برش در مقیاس شدت پرخوری (نمره ≤ ۱۸) بود و ملاک‌های خروج شامل غیبت در بیش از دو جلسه درمان، انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، شروع هم‌زمان هرگونه روان‌درمانی یا رژیم درمانی جدید طی دوره مداخله، تغییر داروهای روان‌پزشکی در طول پژوهش، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید یا شرایط پزشکی مؤثر بر روند درمان، و ناقص ماندن پرسشنامه‌ها بود. پس از اخذ مجوزهای لازم، از زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی برای شرکت در پژوهش دعوت شد. از میان داوطلبان، ۴۰ نفر واجد شرایط انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه، مقیاس احساس عاملیت، نیمرخ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و مقیاس شدت پرخوری را تکمیل کردند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه دوساعته طرحواره‌درمانی گروهی (هفته‌ای یک جلسه) با اقتباس از پروتکل یانگ[1] و همکاران (۲۰۰۳) برگرفته از پژوهش محمدیان امیری (۱۴۰۳)، دریافت کرد؛ در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پیش از آغاز پژوهش، اهداف، مراحل اجرا و شرایط مشارکت برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، افراد وارد مطالعه شدند. محرمانگی اطلاعات، ناشناس‌ماندن هویت شرکت‌کنندگان، حق انصراف در هر مرحله از پژوهش و ارائه محتوای مداخله به گروه کنترل پس از پایان مطالعه رعایت شد. این پژوهش با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد و با کد اخلاق (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.222) انجام شد. در نهایت، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار سنجش

مقیاس احساس عاملیت[2] (SAORS): مقیاس احساس عاملیت توسط وودی[3] و همکاران (۲۰۱۳) طراحی شده است. این ابزار ۱۰ گویه و دو خرده‌مقیاس بی‌اختیاری و بی‌تلاشی دارد. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از ۱ تا ۷ نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۷۰ است؛ نمره بالاتر نشان‌دهنده احساس عاملیت بیشتر است. آلفای کرونباخ در پژوهش وودی و همکاران (۲۰۱۳) برای کل مقیاس ۰/۹۵، بی‌اختیاری ۰/۹۱ و بی‌تلاشی ۰/۷۳ گزارش شده است. همچنین روایی سازه مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شد؛ به‌طوری‌که دو عامل بی‌اختیاری و بی‌تلاشی در مجموع ۴۲/۴ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین کردند. نسخه فارسی این مقیاس توسط بشرپور و رحیم‌زادگان (۱۳۹۹) ترجمه و روایی صوری آن تأیید شده و برای بی‌اختیاری ۰/۶۷ و برای بی‌تلاشی ۰/۶ به‌دست آمد وآلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۲ گزارش گردید (بشرپور و رحیم‌زادگان، ۱۳۹۹). همچنین میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۳ گزارش شد.

نیمرخ رفتارهای ارتقادهنده سلامت[4] (HPLP): نیمرخ رفتارهای ارتقادهنده سلامت توسط والکر[5] و همکاران (۱۹۹۷) طراحی شده است. این ابزار دارای ۵۲ گویه و ۶ خرده‌مقیاس شامل تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامت، مدیریت استرس، روابط بین‌فردی و خودشکوفایی است. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۵۶ است؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده رفتارهای ارتقادهنده سلامت مطلوب‌تر است. در پژوهش واکر و همکاران (۱۹۹۷) روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شد و شش عامل استخراج‌شده ۴۷.۱ درصد از واریانس کل را تبیین کردند؛ آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ کل نیمرخ ۰/۹۴ گزارش شد. در پژوهش محمدی‌زیدی و همکاران (۱۳۸۹)، روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی تأیید شد و شش عامل استخراج‌شده در مجموع ۵۸/۲۵ درصد از واریانس کل را تبیین کردند؛ همچنین آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش شد. همچنین آلفای کرونباخ پژوهش حاضر ۰/۷۸ گزارش شد.

مقیاس شدت پرخوری[6] (BES): این مقیاس که توسط گورمالی[7] و همکاران (۱۹۸۲) برای سنجش شدت پرخوری طراحی شد. این مقیاس شامل ۱۶ سؤال چهارگزینه‌ای و ۲ سؤال سه‌گزینه‌ای است که نمرات بین ۰ تا ۴۶ می‌باشد و نمره ۱۶ به‌عنوان آستانه وجود اختلال در نظر گرفته می‌شود. در مطالعه اصلی، روایی سازه ابزار با تحلیل عاملی تأیید شد و این عوامل ۴۷.۱ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین کردند. و آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش گردید (گورمالی و همکاران، ۱۹۸۲). در نسخه فارسی موتابی و همکاران (۱۳۸۸) نسخه

1 Young
2 Sense of Agency Rating Scale
3Woody, Polito & Barnier
4 The Health-Promoting Lifestyle Profile
5 Walker
6 Binge Eating Scale
7 Gormally

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

فارسی این ابزار را اعتباریابی کردند و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵، پایایی بازآزمایی با فاصله ۹ تا ۲۰ روزه ۰/۷۱، حساسیت آن ۸۴/۶ و اعتبار آزمون-بازآزمون ۰/۷۲ درصد گزارش شد (موتابی و همکاران، ۱۳۸۸). میزان آلفای کرونباخ این پژوهش ۰/۷۵ گزارش شد.

مداخله طرحواره درمانی: گروه آزمایش در یک دوره طرحواره درمانی گروهی شرکت کرد که شامل ۱۰ جلسه هفتگی ۱۲۰ دقیقه‌ای بود. محتوای جلسات بر اساس پروتکل یانگ و همکاران (۲۰۰۳) با اقتباس از شیوه اجرای گروهی گزارش‌شده توسط محمدیان امیری و همکاران (۱۴۰۳) طراحی و در کلینیک روان‌شناسی اکسیر مهر اجرا شد. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات برنامه طرحواره درمانی (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶)

جلسات	اهداف	محتوا
۱	آشنایی و ارتباط درمانی	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه بیان اهمیت و هدف طرحواره درمانی و صورت‌بندی مشکلات مراجعان در قالب طرحواره درمانی
۲	شناسایی طرحواره‌ها	بررسی شواهد عینی تأیید یا رد طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته و بحث پیرامون طرحواره‌های سالم و ناسالم
۳	اصلاح باورها و سبک‌ها	آموزش تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره های موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای
۴	شناخت نیازهای هیجانی	تقویت مفهوم انسان سالم شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده
۵	تقویت ارتباط سالم	آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی
۶	مواجهه با هیجان‌ها	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها
۷	بهبود روابط بین‌فردی	آموزش رابطه درمانی و چگونگی برقراری رابطه با افراد مهم زندگی و ایفای نقش
۸	تغییر الگوهای رفتاری	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و آموزش الگوهای رفتاری جدید
۹	تثبیت رفتارهای سالم	بررسی مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
۱۰	مرور و جمع‌بندی درمان	مرور اجمالی جلسات قبل و تمرین راهکارهای یاد گرفته شده

یافته ها

از ۴۰ شرکت‌کننده اولیه، ۸ نفر به دلیل انصراف از ادامه همکاری و ناقص ماندن پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج شدند؛ بنابراین، تحلیل نهایی بر اساس ۳۲ نفر (۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل) انجام شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۴۰/۲۵ ± ۵/۷۳ و در گروه کنترل ۳۹/۶۲ ± ۵/۴۹ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، در گروه آزمایش ۱۲ نفر متأهل و ۴ نفر مجرد و در گروه کنترل ۱۱ نفر متأهل و ۵ نفر مجرد بودند. همچنین، از نظر سطح تحصیلات، در گروه آزمایش ۵ نفر دیپلم و پایین‌تر، ۷ نفر کارشناسی و ۴ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه کنترل ۶ نفر دیپلم و پایین‌تر، ۶ نفر کارشناسی و ۴ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. نتایج آزمون‌های آماری نشان داد دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری نداشتند ($p>0/05$) و همگن بودند. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مراحل اندازه‌گیری ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای احساس عاملیت، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و شدت پرخوری به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
احساس عاملیت	پیش‌آزمون	مداخله	۴۰/۸۷	۵/۹۸	۰/۹۴	۰/۳۶
		گواه	۳۷/۸۷	۶/۶۶	۰/۸۹	۰/۰۷

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

	پس‌آزمون	مداخله	۵۰/۰۶	۷/۱۵	۰/۹۳	۰/۲۷
		گواه	۴۰/۰۶	۶/۰۱	۰/۸۹	۰/۰۶
	پیگیری	مداخله	۴۹/۴۳	۶/۶۷	۰/۹۴	۰/۴۲
		گواه	۳۸/۱۲	۵/۱۱	۰/۹۴	۰/۳۸
رفتارهای ارتقادهنده سلامت	پیش‌آزمون	مداخله	۷۶/۱۸	۲۱/۹۸	۰/۹۵	۰/۵۶
		گواه	۷۳/۵۰	۱۶/۵۰	۰/۹۰	۰/۱۰
	پس‌آزمون	مداخله	۹۰/۰۰	۱۷/۸۴	۰/۹۹	۰/۹۹
		گواه	۷۳/۰۶	۱۷/۵۷	۰/۹۳	۰/۳۴
	پیگیری	مداخله	۸۸/۳۷	۱۷/۳۷	۰/۹۸	۰/۹۸
		گواه	۷۱/۷۵	۱۶/۸۴	۰/۹۰	۰/۰۹
شدت پرخوری	پیش‌آزمون	مداخله	۲۳/۳۳	۱/۶۸	۰/۹۵	۰/۵۲
		گواه	۲۳/۱۴	۱/۶۱	۰/۹۰	۰/۱۲
	پس‌آزمون	مداخله	۲۰/۰۰	۱/۸۱	۰/۹۳	۰/۲۶
		گواه	۲۳/۲۱	۱/۸۰	۰/۹۵	۰/۵۷
	پیگیری	مداخله	۱۹/۷۲	۱/۴۴	۰/۹۱	۰/۱۲
		گواه	۲۲/۶۴	۱/۲۷	۰/۹۵	۰/۵۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات احساس عاملیت و رفتارهای ارتقادهنده سلامت در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش و میانگین شدت پرخوری کاهش یافته است. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد که توزیع نمرات احساس عاملیت در مراحل پیش‌آزمون (W=۰/۹۹۶، P>۰/۰۵)، پس‌آزمون (W=۰/۹۵۲، P>۰/۰۵) و پیگیری (W=۰/۹۷۰، P>۰/۰۵)، رفتارهای ارتقادهنده سلامت در مراحل پیش‌آزمون (W=۰/۹۶۰، P>۰/۰۵)، پس‌آزمون (W=۰/۹۴۵ ، P>۰/۰۵) و پیگیری (W=۰/۹۳۶ ، P>۰/۰۵) و شدت پرخوری در مراحل پیش‌آزمون (W=۰/۹۳۹، P>۰/۰۵)، پس‌آزمون (W=۰/۹۵۶ ، P>۰/۰۵) و پیگیری (W=۰/۹۵۰ ، P>۰/۰۵) از توزیع نرمال برخوردار بود. همچنین، آزمون لوین حاکی از همگنی واریانس‌ها در تمامی متغیرها و مراحل اندازه‌گیری بود (P>۰/۰۵). با توجه به معنادار بودن آزمون ماچلی (P<۰/۰۵)، از تصحیح گرین‌هاوس–گایزر برای تعدیل درجه آزادی استفاده شد. با تأیید سایر مفروضه‌های آماری، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون فرضیه پژوهش به کار رفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای حس عاملیت، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و شدت پرخوری در سه مرحله

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
حس عاملیت	زمان	۵۶۹/۶۴	۱/۲۶	۴۵۱/۱۹	۳۱/۷۱	۰/۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
	زمان*گروه	۳۱۹/۵۲	۱/۲۶	۲۵۳/۰۷	۱۷/۷۹	۰/۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹
	خطا	۵۳۸/۸۳	۳۷/۸۷	۱۴/۲۲				
	بین گروهی	۱۵۷۶/۲۶	۱	۱۵۷۶/۲۶	۱۵/۵۷	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۹۶
رفتار ارتقادهنده سلامت	زمان	۷۹۰/۵۶	۱/۴۹	۵۲۷/۴۸	۱۶/۹۲	۰/۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹
	زمان*گروه	۱۰۵۹/۷۷	۱/۴۹	۷۰۷/۱۰	۲۲/۶۹	۰/۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
	خطا	۱۴۰۱/۰۰	۴۴/۹۶	۳۱/۱۵				
	بین گروهی	۳۵۰۴/۱۶	۱	۳۵۰۴/۱۶	۳/۷۳	۰/۰۶	۰/۱۱	۰/۴۶
شدت پرخوری	زمان	۷۴/۱۸	۱/۹۳	۳۸/۳۵	۷۹/۷۲	۰/۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	زمان*گروه	۵۶/۰۶	۱/۹۳	۲۸/۹۸	۶۰/۲۵	۰/۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
	خطا	۲۷/۹۱	۵۸/۰۲	۰/۴۸				
	بین گروهی	۹۲/۷۵	۱	۹۲/۷۵	۱۳/۳۱	۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۹۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر تعامل گروه و زمان در متغیرهای احساس عاملیت (P=۰/۰۱، F=۱۷/۷۹، η^2=۰/۳۷)، رفتارهای ارتقادهنده سلامت (P=۰/۰۱، F=۲۲/۶۹، η^2=۰/۴۳) و شدت پرخوری (P=۰/۰۱، F=۶۰/۲۵، η^2=۰/۶۶) معنادار بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش احساس عاملیت و رفتارهای ارتقادهنده سلامت و کاهش شدت پرخوری شده است. مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پژوهش در گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه تغییرات بین گروهی

متغیرها	مراحل سنجش		گروه مداخله		گروه کنترل	
			اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
احساس عاملیت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۱۸	۰/۰۱	-۲/۱۸	۰/۱۷
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۸/۵۶	۰/۰۱	-۰/۲۵	۱/۰۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۲	۰/۱۹	۱/۹۳	۰/۰۳
رفتارهای ارتقادهنده سلامت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۳/۸۱	۰/۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۲/۱۸	۰/۰۱	۱/۷۵	۰/۷۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۶۲	۰/۱۹	۱/۳۱	۱/۰۰
شدت پرخوری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۳۳	۰/۰۱	-۰/۰۷	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۶۱	۰/۰۱	۰/۵۰	۰/۱۴
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۷	۰/۶۱	۰/۵۷	۰/۳۱

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در گروه درمانی، بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۱، MD=-۹/۱۸) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱، MD=-۸/۵۶) در احساس عاملیت تفاوت معنادار وجود داشت، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد (P=۰/۱۹، MD=۰/۶۲). همچنین، در رفتارهای ارتقادهنده سلامت، تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۱، MD=-۱۳/۸۱) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱، MD=۱۲/۱۸) معنادار بود، در حالی که تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود (P=۰/۱۹، MD=۱/۶۲). افزون بر این، در شدت پرخوری نیز تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون (P=۰/۰۱، MD=۳/۳۳) و پیش‌آزمون و پیگیری (P=۰/۰۱، MD=۳/۶۱) معنادار بود، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد (P=۰/۶۱، MD=۰/۲۷). در مجموع، نتایج بیانگر پایداری اثرات طرحواره‌درمانی تا مرحله پیگیری بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر احساس عاملیت، تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت و شدت پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب افزایش معنادار احساس عاملیت و تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت و نیز کاهش شدت پرخوری شد و این تغییرات تا مرحله پیگیری نیز پایدار ماند.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب افزایش احساس عاملیت در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی شده است. اگرچه پژوهشی که به‌طور مستقیم این متغیر را در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی بررسی کرده باشد یافت نشد، اما این یافته با نتایج پژوهش طالبی و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر افزایش احساس عاملیت پس از طرحواره‌درمانی هیجانی و نیز با یافته‌های بشرپور و رحیم‌زادگان (۱۳۹۹) که رابطه الگوهای شناختی با احساس عاملیت را نشان دادند، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد که طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ذهنیت‌های ناسازگار و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، ادراک فرد از کنترل بر افکار، هیجان‌ها و رفتارهای خود را تغییر می‌دهد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). از دیدگاه طرحواره‌درمانی، فعال شدن طرحواره‌هایی مانند نقص و شرم، شکست، وابستگی و بی‌کفایتی و خویشتن‌داری ناکافی موجب می‌شود فرد خود را ناتوان از کنترل شرایط و پیامدهای رفتارهایش ادراک کند و احساس عاملیت او کاهش یابد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). طرحواره‌درمانی با شناسایی و اصلاح این طرحواره‌ها،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

کاهش شدت ذهنیت‌های ناسازگار و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، به مراجع کمک می‌کند مسئولیت بیشتری در قبال افکار، هیجان‌ها و رفتارهای خود بپذیرد و به جای واکنش‌های تکانشی، پاسخ‌های آگاهانه و هدفمند را انتخاب کند. این فرایند احساس کنترل درونی، خودکارآمدی و مسئولیت‌پذیری را افزایش داده و در نهایت به تقویت احساس عاملیت منجر می‌شود (طالبی و همکاران، ۱۴۰۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب بهبود تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های منصور سپه و باقری (۱۳۹۶)، نوری‌زاده میرآبادی و همکاران (۱۴۰۲) و محمدیان امیری و همکاران (۱۴۰۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان استنباط کرد که طرحواره‌درمانی با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، زمینه انتخاب رفتارهای سالم و مراقبت از خود را فراهم می‌کند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). از دیدگاه طرحواره‌درمانی، افرادی که طرحواره‌هایی مانند نقص و شرم، محرومیت هیجانی و خویشتن‌داری ناکافی در آنان فعال است، بیشتر از راهبردهای اجتنابی و رفتارهای ناسالم برای مقابله با هیجان‌های منفی استفاده می‌کنند و در نتیجه، پایبندی کمتری به رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). طرحواره‌درمانی با اصلاح این الگوهای شناختی و هیجانی، می‌تواند خودتنظیمی هیجانی، مسئولیت‌پذیری نسبت به سلامت و تصمیم‌گیری آگاهانه را افزایش دهد و افراد را به انتخاب رفتارهای سالم‌تر سوق دهد. در نتیجه، رفتارهایی مانند تغذیه سالم، فعالیت بدنی، مدیریت استرس و خودمراقبتی به تدریج جایگزین رفتارهای ناسازگار شده و تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت افزایش می‌یابد (آرنتز و همکاران، ۲۰۲۳؛ نوری‌زاده میرآبادی و همکاران، ۱۴۰۲).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار شدت پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری عصبی شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پورجابری و دشت‌بزرگی (۱۳۹۸)، نوری‌زاده میرآبادی و همکاران (۱۴۰۲)، محمدیان امیری و همکاران (۱۴۰۳)، مطیعی امین و همکاران (۱۴۰۳)، باقری شیخانگفشه و همکاران (۱۴۰۳) و بهادری و همکاران (۱۴۰۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بر اساس نظریه طرحواره‌درمانی، پرخوری در بسیاری از افراد مبتلا پاسخی به فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌ویژه محرومیت هیجانی، رهاشدگی، نقص و شرم و خویشتن‌داری ناکافی است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). این طرحواره‌ها هنگام تجربه هیجان‌های منفی فعال شده و فرد برای کاهش موقت پریشانی هیجانی به پرخوری روی می‌آورد (پاولز و همکاران، ۲۰۱۶). طرحواره‌درمانی با شناسایی و اصلاح این طرحواره‌ها، تعدیل ذهنیت‌های والد علی‌الخصوص والد سرزنشگر و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، ظرفیت تنظیم هیجان و تحمل پریشانی را افزایش می‌دهد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶؛جاشوا و همکاران، ۲۰۲۳)؛ در نتیجه، نیاز به استفاده از پرخوری به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای کاهش می‌یابد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی گروهی علاوه بر کاهش شدت پرخوری، موجب افزایش احساس عاملیت و بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت نیز می‌شود. به نظر می‌رسد این متغیرها اجزای یک فرایند درمانی واحد باشند؛ به‌گونه‌ای که اصلاح طرحواره‌های ناسازگار ابتدا خودتنظیمی و احساس عاملیت را تقویت کرده، مسئولیت‌پذیری نسبت به سلامت را افزایش می‌دهد و در نهایت نیاز به استفاده از پرخوری به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای را کاهش می‌دهد. همسویی یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات پیشین نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی با هدف قرار دادن عوامل شناختی، هیجانی و بین‌فردی، تغییرات پایدار و عمیقی در عملکرد روان‌شناختی بیماران ایجاد می‌کند؛ ازاین‌رو، می‌توان آن را به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در کنار درمان‌های رایج اختلالات خوردن به کار گرفت.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله نمونه‌گیری هدفمند، محدود بودن نمونه به زنان ۳۰ تا ۵۰ سال مبتلا به اختلال پرخوری عصبی در شهر اصفهان، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و دوره پیگیری کوتاه‌مدت مواجه بود؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های متنوع‌تر، روش‌های نمونه‌گیری احتمالی، دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و بررسی متغیرهای میانجی مانند تنظیم هیجان، شفقت به خود، انعطاف‌پذیری شناختی و احساس عاملیت، سازوکارهای اثربخشی طرحواره‌درمانی را دقیق‌تر بررسی کنند.

منابع

الهایی، ح.، کاظمیان مقدم، ک.، و هارون رشیدی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی همسر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۶(۲)، ۱۲۵–۱۴۰. https://doi.org/10.22051/psy.2020.30676.2179

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

باقری شیخانگفشه، ف.، رضازاده خلخالی، ف.، صوابی‌نیری، و.، ذوالفقارنیا، م.، و میکلانی، ن. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلا به پرخوری عصبی. *پژوهش‌های روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۳)، ۲۳–۴۰ . https://doi.org/10.22059/japr.2023.355587.644546

بشرپور، س.، و رحیم‌زادگان، ش. (۱۳۹۹). بررسی رابطهٔ باورهای خرافی با سبک‌های پردازش اطلاعات و حس عاملیت در افراد مراجعه‌کننده به رمال. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۱۰(۳۹)، ۲۳–۳۸. https://doi.org/10.22034/spr.2020.227529.1457

بهادری، ز.، باباپور، ج.، محمودعلیلو، م.، و احمدی، پ. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر شدت علائم بالینی و طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال علامت عصبی کارکردی. مجله علوم روان‌شناختی، ۲۱(۱۱۰)، ۳۰۵–۳۲۰. https://doi.org/10.52547/JPS.21.110.305

پورجابری، ب.، و دشت‌بزرگی، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اختلال خوردن و نشخوار فکری دختران نوجوان چاق شهر اهواز. *سلامت جامعه*، ۱۳(۱)، ۱–۱۰. https://sid.ir/paper/379710/fa

طالبی، غ.، رضایی جمالویی، ح.، باقریان سرارودی، ر.، و عریضی، ح. ر. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر کیفیت زندگی و احساس عاملیت بیماران مبتلا به سرطان پستان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۱(۲)، ۲۱۵–۲۲۷. https://sid.ir/paper/1101330/fa

محمدیان امیری، ا.، حسن‌زاده، ر.، و حیدری، ش. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و معنادرمانی بر تنظیم هیجان و نگرش به خوردن در زنان مبتلا به چاقی. *هلث نکسوس*، ۲(۲)، ۷۶-۶۸ . https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.2.8

محمدی زیدی، ع.، پاکپور حاجی‌آقا، ا.، و محمدی زیدی، ب. (۱۳۸۹). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۰(۱)، ۱۰۲–۱۱۳. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-955-fa.html

مطیعی امین، م.، صیادی، پ.، حاج‌رضایی، م.، و خالدنژاد، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خوردن هیجانی و شاخص توده بدنی زنان مبتلا به اختلال پرخوری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۷(۲)، ۷۱۸–۷۲۸. https://doi.org/10.22038/mjms.2024.24813

منصور سپه، م.، و باقری، ف. (۱۳۹۶). پیش‌بینی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بر اساس منبع کنترل سلامت و سبک‌های دلبستگی. *روان‌شناسی سلامت*، ۶(۲۲)، ۱۳۱–۱۴۴. https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.23221283.1396.6.22.9.3

موتابی، ف.، مولودی، ر.، دژکام، م.، و امیدور، ن. (۱۳۸۸). استانداردسازی مقیاس شدت پرخوری در جمعیت افراد چاق ایرانی. مجله ایرانی روان‌پزشکی، ۴(۴)، ۱۴۳–۱۴۶. https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/517

نوری‌زاده میرآبادی، م.، حسین‌زاده تقوایی، م.، مولودی، ر.، صادقی، س.، و بهرامی هیدجی، م. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای و نگرانی‌های تصویر بدنی در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری: مطالعه تک‌آزمودنی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۲۱(۱۲۰)، ۲۵۰۱–۲۵۱۸. https://doi.org/10.52547/JPS.21.120.2501

Almutairi, K. M., Alonazi, W. B., Vinluan, J. M., Almigbal, T. H., Batais, M. A., & Alodhayani, A. A. (2018). Health-promoting lifestyle of university students in Saudi Arabia: A cross-sectional assessment. *BMC Public Health*, *18*(1), 1093. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5999-z

Aloi, M., Rania, M., Carbone, E. A., de Filippis, R., D'Onofrio, E., Rotella, L., ... & Segura-Garcia, C. (2025). Early Maladaptive Schemas as Core Therapeutic Targets in Eating Disorders and Obesity: A Schema Therapy–Informed Network Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *32*(5), e70153. https://doi.org/10.1002/cpp.70153

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Wibbelink, C. J. M., Venhuizen, A. S. S. M., Grasman, R. P. P. P., Bachrach, N., van den Hengel, C., Hudepohl, S., Kunst, L., de Lange, H., Louter, M. A., Matthijssen, S. J. M. A., Schaling, A., Walhout, S., Wichers, K. R., & Arntz, A. (2023). Group schema therapy for cluster-C personality disorders: A multicentre open pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *30*(6), 1279–1302. https://doi.org/10.1002/cpp.2903

Aoyagi, K., Wen, W., An, Q., Hamasaki, S., Yamakawa, H., & Tamura, Y. (2021). Modified sensory feedback enhances the sense of agency during continuous body movements in virtual reality. *Scientific Reports*, *11*(1), 2553. https://doi.org/10.1038/s41598-021-82154-y

Chow, S. K. Y., Lam, K.-M., Lie, S.-H., Mak, K.-C., Mong, K.-C., & So, C.-M. (2018). Do demographic factors and a health-promoting lifestyle influence the self-rated health of college nursing students? *BMC Nursing*, *17*(1), 50. https://doi.org/10.1186/s12912-018-0322-y

Colle, L., Hilviu, D., Boggio, M., Toso, A., Longo, P., & Abbate-Daga, G. (2023). Abnormal sense of agency in eating disorders. *Scientific Reports*, *13*(1), 14176. https://doi.org/10.1038/s41598-023-41345-5

Cooney, L. G., Gyorfi, K., Sanneh, A., Bui, L. M., Mousa, A., & Tay, C. T. (2024). Increased prevalence of binge eating disorder and bulimia nervosa in women with polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *109*(12), 3293–3305. https://doi.org/10.1210/clinem/dgae462

Cummings, J. R., Wolfson, J. A., & Gearhardt, A. N. (2022). Health-promoting behaviors in the United States during the early stages of the COVID-19 pandemic. *Appetite*, *168*, 105659. https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105659

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

Dieffenbacher, A. L., Meule, A., & Voderholzer, U. (2025). Purging frequency and number of purging methods as indicators of severity in bulimia nervosa: Interactive effects with binge eating episodes. *European Eating Disorders Review*, 33(2), 343–359. https://doi.org/10.1002/erv.3147

Engel, M. M., Ainley, V., Tsakiris, M., Dijkerman, H. C., & Keizer, A. (2022). Sense of agency during and following recovery from anorexia nervosa. *Consciousness and Cognition*, *103*, 103369. https://doi.org/10.1016/j.concog.2022.103369

Evans, A. (2023). Anorexia nervosa: Illusion in the sense of agency. *Mind & Language*, *38*(2), 480–494. https://doi.org/10.1111/mila.12385

Gill, H. B. (2025). Agentive phenomenology and loss of control while eating. *Synthese*, *206*(3), 149. https://link.springer.com/10.1007/s11229-025-05199-w

Gormally, J. I. M., Black, S., Daston, S., & Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*, *7*(1), 47-55. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0306460382900247

Hail, L., & Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: Prevalence and treatment challenges. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *9*, 11–16. https://doi.org/10.2147/ahmt.s135326

Hartmann, S., Timm, C., Barnow, S., Rubel, J. A., Lalk, C., & Pruessner, L. (2024). Web-based cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *7*(7), e2419019. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.19019

Joshua, P. R., Lewis, V., Kelty, S. F., & Boer, D. P. (2023). Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. *Cognitive Behaviour Therapy*, *52*(3), 213–231. https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2158926

Koppeschaar A, Bachrach N and Arntz A (2023) Timing of imagery rescripting during schema therapy for borderline personality disorder: the LUCY trial. Front. Psychiatry 14:1204439. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1204439

Kristmannsdottir, G., Keski-Rahkonen, A., & Kuusinen, K. L. (2019). Changes in the sense of agency: Implications for the psychotherapy of bulimia nervosa—A case study. *Journal of Clinical Psychology*, *75*(8), 1415–1428. https://doi.org/10.1002/jclp.22787

Levine, M. P. (2026). Prevention of eating disorders: 2025 in review. *Eating disorders*, 1-27. https://doi.org/10.1080/10640266.2026.2622418

Mares, S. H., Roelofs, J., Zinzen, J., Béatse, M., Elgersma, H. J., & Drost, R. M. (2024). Clinical effectiveness, cost-effectiveness and process evaluation of group schema therapy for eating disorders: Study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychology*, *12*(1), 123. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01624-w

Marney, C., Reid, M., & Wright, B. (2024). A mixed-methods study of schema modes amongst people living with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, *12*(1), 78. https://doi.org/10.1186/s40337-024-01031-x

Moccia, L., Di Luzio, M., Conte, E., Modica, M., Ambrosecchia, M., & Ardizzi, M. (2024). Sense of agency and its disturbances: A systematic review targeting the intentional binding effect in neuropsychiatric disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *78*(1), 3–18. https://doi.org/10.1111/pcn.13601

Moore, E., & Waller, G. (2023). Brief group cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder: A pilot study of feasibility and acceptability. *International Journal of Eating Disorders*, *56*(6), 1228–1232. https://doi.org/10.1002/eat.23935

Nitsch, A., Dlugosz, H., Gibson, D., & Mehler, P. S. (2021). Medical complications of bulimia nervosa. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *88*(6), 333–343. https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20168

Pauwels, E., Dierckx, E., Schoevaerts, K., & Claes, L. (2016). Early maladaptive schemas in eating-disordered patients with or without non-suicidal self-injury. *European Eating Disorders Review*, *24*(5), 399–405. https://doi.org/10.1002/erv.2460

Polito, V., Barnier, A. J., & Woody, E. Z. (2013). Developing the Sense of Agency Rating Scale (SOARS): an empirical measure of agency disruption in hypnosis. *Consciousness and cognition*, *22*(3), 684–696. https://doi.org/10.1016/j.concog.2013.04.003

Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., & Zhang, H. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*, *27*(2), 415–428. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z

Tracy, M., Penney, E., & Norton, A. R. (2025). Group schema therapy for personality disorders: Systematic review, research agenda and treatment implications. *Psychotherapy Research*, *35*(6), 884-903. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01624-w

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, *36*(2), 76-81. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3644262/

Wilson, K., & Kagabo, R. (2024). Bulimia nervosa and treatment-related disparities: a review. *Frontiers in psychology*, *15*, 1386347. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1386347

Wu, X. Y., Yin, W. Q., Sun, H. W., Yang, S. X., Li, X. Y., & Liu, H. Q. (2019). The association between disordered eating and health-related quality of life among children and adolescents: A systematic review of population-based studies. *PLoS ONE*, *14*(10), e0222777. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222777

Yu, S., Zhang, Y., Shen, C., & Shao, F. (2023). Efficacy of pharmacotherapies for bulimia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pharmacology and Toxicology*, *24*(1), 72. https://doi.org/10.1186/s40360-023-00713-7

Yusefi, A. R., Barfar, E., Daneshi, S., Bayati, M., Mehralian, G., & Bastani, P. (2022). Health literacy and health-promoting behaviors among inpatient women during COVID-19 pandemic. *BMC Women's Health, 22*(1), 77. https://doi.org/10.1186/s12905-022-01652-x

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. https://www.guilford.com/excerpts/young.pdf?t=1

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]