فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره

تاثیر درمان عقلانی- عاطفی روی بهبود فعالیت های خود مراقبتی و عملکرد تغذیه ای نوجوانان دختر مبتلا به اختلال خوردن

مریم ترک صلاح الدینکلا[۱]، علیرضا محتشمی*[۲]

۳۵

دوره ۹، شماره ٤، پیاپی ۳۵
زمستان ۱٤۰۵

مقاله علمی

تاریخ دریافت:
۱٤۰۵/۰۷/۰۵
تاریخ پذیرش:
۱٤۰۵/۰۸/۱۹
صص: ۷-۲۵

شاپا چاپی: ۵۳۲۲-۲۶۷۶

ISC

Q4

چکیده

اختلالات خوردن از مشکلات شایع سلامت روان در بین نوجوانان امروزی است که منجر به بی‌ثباتی رژیم غذایی و تأثیرات شدید بر سلامت جسمی، روانی و عملکرد اجتماعی فرد مبتلا می‌شود. پژوهش حاضر به بررسی تاثیر درمان عقلانی- عاطفی روی بهبود فعالیتهای خود مراقبتی و عملکرد تغذیه ای نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات خوردن میپردازد. در این مطالعه نیمه تجربی،٤۰ دختر نوجوان مبتلا به اختلالات خوردن به طور تصادفی به دو گروه مورد و کنترل تقسیم شدند. از پرسشنامه رفتار خودمراقبتی و پرسشنامه نگرش تغذیه‌ای برای اندازه‌گیری متغیرها در این افراد استفاده شد برای تجزیه و تحلیل اثربخشی درمان عقلانی- عاطفی بر بهبود فعالیت‌های خودمراقبتی و عملکرد تغذیه‌ای، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.نتایج حاکی از این بود که درمان عقلانی-عاطفی در ارتقای پایبندی به رژیم غذایی تجویز شده، پرهیز از سیگار کشیدن و کاهش تاثیر عوامل استرس‌زا بر نوجوانان مبتلا به اختلالات خوردن موفق بوده است ($P< 0/05$) با این حال، این مداخله در بهبود پایبندی به رژیم دارویی تجویز شده و رعلیت فعالیت بدنی مؤثر نبود ($P> 0/05$) .این درمان در تأثیرگذاری بر عادات غذایی و ارتقای کنترل دهانی در میان نوجوانان مبتلا مؤثر بود است($P< 0/05$) ، اما تأثیر معنی‌داری بر میل به غذا خوردن نداشت ($P> 0/05$). درمجموع درمان عقلانی-عاطفی در بهبود بیشتر فعالیت‌های خود مراقبتی و عملکرد تغذیه‌ای دختران نوجوان مبتلا به اختلالات خوردن مؤثر بود.

کلیدواژه‌ها: درمان عقلانی-عاطفی ، فعالیت های خود مراقبتی ، عملکرد تغذیه ای ، اختلال خوردن

۱ . گروه روانشناسی بالینی ، واحد چالوس ، دانشگاه آزاد اسلامی ، چالوس ، ایران Maryamtork1377@iau.ir
۲ . گروه مامایی ، واحد چالوس ، دانشگاه آزاد اسلامی ، چالوس ، ایران (نویسنده مسئول). mohtashami@iau.ac.ir

مقدمه

اختلالات خوردن نوعی اختلال روانی شـایع مابین نوجوانان بوده که عموما به صـورت بی‌نظمی در عادات غذایی با هدف کنترل وزن نمایان میشـود. این اختلال به صـورتهای بی اشتهایی عصبی ، پرخوری عصبی یا اشکال دیگری از اختلالات خوردن بروز نموده و یکی از عوامل موثردر بروز اضافه وزن و چاقی میباشد . این اختلال از طریق تغییر در الگوی غذایی و ورود نامطلوب مواد مغذی به بدن میتولند موجب اختلالات تغذیه ای متعدد شـده و به دلیل برهم خوردن تعادل تغذیه ای ، سـلامت فرد را به خطر می اندازد (باتل[۲] و افاری[۳] ، ۲۰۲۳). این اختلال از عوامل شایع در بروز مشکلات روحی و از دست رفتن سلامت روان نقش دارد (مک کلار[٤] و فولر[۱]، ۲۰۲٤).

اختلالات خوردن گروهی از شـرایط بالینی بسـیار پیچیده اسـت که شـامل عادات غذایی غیرعادی، توجه بیش از حد به شـکل بدن، درک غیرطبیعی از تصـویر بدن و ناتوانی در کنترل وزن، همراه با عوارض روانی و جسمی فراوان بوده و به شدت با سایر اختلالات روانی ارتباط دارند (المکویست[۲] و شوری[۳]، ۲۰۱۷). مشخص شده که عملکرد ضعیف خانواده میتواند به عنوان یک عامل خطر برای ایجاد علائم اختلال خوردن در نوجوانی در نظر گرفته شـود (اریو و سیمینو، ۲۰۲۰) . جوانان و والدین دارای اختلالات خوردن مشکلاتی همچون عدم شفافیت قوانین خانواده، مشـکلات ارتباطی، هماهنگی پایین، تاب آوری کم در پاسـخ به تعارض و به طور کلی نارضایتی از زندگی خانوادگی را گزارش می کنند (والیس و میسکوویچ، ۲۰۱۸).

مهارت‌های خودمراقبتی برای به حداکثر رسـاندن توانایی‌های نوجوانان و بهبود تعاملات مثبت و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها ضـروری اسـت و آموزش مهارت‌های مراقبت از خود به افراد کمک می‌کند ارتباط معنادار، صحیح و روشن و خودیاری صحیح در ارزشیابی روابط بین فردی را به دست آورند (پرتو، ۲۰۱۷). همچنین نتایج یک تحقیق نشان می دهد که با آموزش مهارت های خودمراقبتی به دانش آموزان می توان مهارت های اجتماعی آنان را تقویت کرد،

1 . Fuller
2 . Elmquist
3 . Boutelle

زیرا آموزش مهارت های زندگی مبتنی بر طیف وسیعی از مهارت ها و توانایی هاست که به حل موثر نیازها و چالش های جوانان کمک می کن (عرب پور و متزوقی، ۲۰۱۸).

روش های غیر دارویی در کنار درمان های پزشکی، مخصوصاً در مورد افرادی که علائم و نشانه هایشان در اثر عوامل هیجانی و روانشناختی شروع و یا تشدید می شوند، مؤثر واقع می گردد. درمانهای گروهی در کاهش فرآیندهای شناختی منفی میتواند موثر باشد و به عنوان مداخله ای کارآمد برای بهبود سلامت روان به کار گرفته شود (غنچه و خوش لهجه، ١٤٠٤). یکی از روش های مورد استفاده برای بهبود وضعیت و عملکرد نوجولنان مبتلا به اختلال خوردن، درمان عقلانی-عاطفی می باشد. با کمک این درمان، افراد می توانند با احساسات منفی نامناسب مانند افسردگی، اضطراب و بی ارزشی مقابله کنند (اکبری نژاد و اعتمادی، ٢٠١٤).

پژوهشهای متعددی وجود دارند که به تاثیر درمان عقلانی – عاطفی روی وضعیت های روحی و هیجانی پرداخته لند. درمطالعه ای محققین گزارش کردند که درمان عقلانی – عاطفی در کاهش اختلالات روحی زنان تاثیر گزار میباشد (روشنی ، مرادی و علیزاده، ١٣٩٤). در تحقیقی محققین به این نتیجه رسیدند که درمان عقلانی – عاطفی در کاهش اضطراب و افزایش عزت نفس موثر واقع شده است (ماریان[1] ، ۲۰۱۳). همچنین در پژوهشی گزارش شد که درمان عقلانی – عاطفی در کاهش الگوهای تفکر ناکارآمد و افزایش تفکر مثبت تاثیر معنی داری دارد (سالید[2] و نوردهال[3] ، ۲۰۱۷).

علارغم انجام تحقیقات متعدد در زمینه تاثیر درمان عقلانی – عاطفی در وضعیت های روحی مختلف ، بنظر میرسد جای مطالعاتی همچون پژوهش حاضر در ارتباط با فعالیتهای خودمراقبتی و بویژه عملکرد تغذیه ای خالی است لذا مطالعه حاضر میتواند این خلا پزوهشی بویژه در ارتباط با نوجوانان دختر که بیشتر درگیر اختلالات خوردن میباشند را پر کند .

1 . Marianne
2 . Saelid
3 . Nordahl

روش پژوهش

دراین بررسی ، یک مطالعه نیمه تجربی طراحی شد . جامعه آماری این پژوهش را نوجوانان دختر مبتلا به اختلال خوردن تشکیل دادند. برای تعیین حجم نمونه مورد نظر با توجه به نوع تحقیق نیمه تجربی نیاز به یک تعداد حداقلی ۱۵ نفر در هر گروه بود که برای درنظرگرفتن احتمال ریزش در حین تحقیق تعداد ۲۰ نفر در هر گروه مد نظر قرار گرفتند. بنابر این بعد از غربالگری و تعیین افراد مورد نظر ، تعداد ٤٠ نفر از دختران نوجوان مبتلا به اختلالات خوردن با محدوده سنی ۱۳ تا ١٦ سال مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان چالوس ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به معیارهای ورود انتخاب شدند سپس به‌صورت تصادفی به شیوه قرعه‌کشی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. از مشارکت کنندگان منتخب تقاضا شد تا با تکمیل رضایت نامه کتبی همکاری خود را اعلام نمایند. این پژوهش از سوی کمیته اخلاق در پژوهش های زیستی دانشگاه آزاد واحد چالوس با شناسه IR.IAU.CHALUS.REC 1403.031 تصویب شد.

ابزارهای پژوهش

متغیرهای این مطالعه به وسیله پرسشنامه ها ، مورد اندازه گیری قرار گرفته اند. پرسشنامه رفتارهای مراقبت از خود و پرسشنامه نگرش به خوردن در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفت و پس از توضیح کوتاهی در باره موضوع تحقیق سعی شد تا مشارکت کنندگان در صورتی که واقعا مایل به همکاری هستند، نسبت به پاسخگویی اقدام کنند. بنابراین

اطلاعات این پژوهش را نمراتی که افراد از طریق چگونگی پاسخگویی به پرسشنامه های تحقیق احراز کرده اند، تشکیل داده اند.

پرسشنامه رفتارهای مراقبت از خود

رفتارهای مراقبت از خود با استفاده از پرسشنامه میلر(میلر[1]،۱۹۹۱) مورد بررسی قرار گرفت . این پرسشنامه به منظور سنجش خود مراقبتی طراحی شده است که شامل ۲۰ گویه است و حیطه‌های رژیم غذایی مناسب (سؤالات ۱ تا ٤)، عدم استفاده از سیگار(سؤالات ۵ تا ۸)، فعالیت جسمانی (سؤالات ۹ تا ۱۲)، استفاده از رژیم دارویی تجویزشده (سؤالات ۱۳ تا ١٦) و تعدیل اثر متغیرهای تنیدگی‌آور (سؤالات ۱۷ تا ۲۰) را اندازه‌گیری می‌کند.

نمره‌گذاری این پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت از به احتمال کم: نمره ۱ تا به احتمال زیاد: نمره ٤ است. براین‌اساس حداقل نمره این پرسش‌نامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده رفتارهای خودمراقبتی بیشتر نزد بیماران است.

روایی و پایایی این پرسش نامه در پژوهشی بررسی گردید بدین‌صورت که روایی محتوایی آن مطلوب و میزان پایایی این ابزار با ضریب آلفای کرونباخ در حیطه پیگیری رژیم غذایی، عدم استفاده از سیگار، فعالیت جسمانی، استفاده از رژیم دارویی تجویز شده و تعدیل اثر متغیر ها ی تنیدگی آور بعد از ترخیص ازبیمارستان به‌ترتیب **۰/۹۵**، **۰/۹۸**، **۰/۸۱**، **۰/۹۲** و **۸۰/** تعیین گردید که مبین سازگار ی درونی حیطه های ابزار بوده است. (نیاکان و پریاد، ۲۰۱۳).

پرسشنامه نگرش به خوردن

مولفه های نگرش به خوردن با کمک پرسشنامه گارنر(گارنر[2] و گارفینکل[3]، ۱۹۷۹) و بر اساس ملاکهای DSM-5[4] مورد مطالعه قرار گرفت . نسخه اولیه آزمون نگرش به تغذیه

1 . Miller

2 . Garner

3 . Garfinkel

4 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5

با 40 عبارت تهیه شـد .در مطالعات بعدی به دلیل طولانی بودن آزمون در سـال 1989 نسخه 26 ماده ای آزمون با اعتبار و روایی نسبتاً خوبی توسط مولفان آماده شد .

این پرسشنامه پراستفاده ترین ابزار استانداردی است که برای سنجش نشانگان اختلالات خوردن به کار می رود. و دارای سه مولفه عادت غذایی ، تمایل به خوردن و کنترل دهانی است.این پرسشنامه حاوی ٢٦ گویه بوده که نمره گذاری آن به این صورت است که در سوالات ۱ تا ۲۵، گزینه "هرگز"، "به ندرت" و "گاهی" نمره ۰ و گزینه های "اغلب"، "اکثرا" و "همیشه" به ترتیب نمره های ۱ تا ۳ را می گیرند. اما در سوال ٢٦ گزینه های "اغلب"، "اکثرا" و "همیشه" نمره ۰ و گزینه"گاهی"، "به ندرت" و "هرگز" به ترتیب نمره های ۱ تا ۳ را می گیرند. پایین ترین نمره ای که به فرد تعلق می گیرد صفر و بیشترین نمره ۷۸ است. اگر نمره فرد در پرسشنامه بالاتر از ۲۰ باشد باید برای بررسی بیشتر و احتمالاً درمان مراجعه کند.

اعتبار محتوا و پایایی پرسشنامه نگرشهای خوردن مورد بررسی قرار گرفته و ضریب پایایی آن با استفاده از روش ضریب همبستگی پیرسون[4] محاسبه کرده است .براساس نتایج حاصل ضریب همبستگی بین نمره های حاصل از اجرای دو مرحله این

پرسشنامه در گروه مورد مطالعه ۰/۹۱ بوده که پایایی مطلوبی را نشان داد (نوبخت، ۱۳۷۸). ضریب پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹٤ وبه روش بازآزمایی ۰/۸٤ گزارش شده است (گارنر۱ و اولمستد۲ ۱۹۸۲) .

روایی پرسشنامه بررسی و ضریب اعتبار آن با حساسیت تشخیصی ۰/٤۰ و ویژگی ۰/۸٤ محاسبه شد (نانس۳ و کامی٤، ۲۰۰۵) .

شیوه نامه درمان عقلانی- عاطفی

برای آموزش افراد در قالب شیوه نامه درمانی از درمانگر آموزش دیده استفاده گردید.

1 . Garner
2 . Olmsted
3 . Nunes
4 . Camey

برنامه بازسازی شناختی معنایی مطابق الگوی الیس(الیس[1] و درایدن[2] ۲۰۰۷) در قالب ٦ جلسه ۹۰ دقیقه ای :

جلسه اول	پذیرش اعضا و ایجاد رابطه حسنه، توضیح قوانین گروه همانند اصل رازداری، حضور به موقع و شرکت فعال اعضاء بیان اهداف، آشنایی بیش تر اعضا با رویکرد عقلانی- عاطفی- رفتاری و باورهای غیر منطقی ، بررسی مشکل از نظر هر یک از اعضا، تکلیف
جلسه دوم	شروع با یاد آوری تکلیف جلسه گذشته، بیان نقش افکار و عقاید بر بهزیستی روانشناختی، کمک به اعضا برای آگاهی از نقش عقاید و باورها در ایجاد مشکل، ایجاد انگیزه برای مشاوره و درمان، تکلیف
جلسه سوم	شروع با یاد آوری تکلیف جلسه گذشته، ذکر نمونه هایی از حوادث زندگی و بحث گروهی در زمینه چگونگی تاثیر باورها در بهزیستی و سلامت روان، بررسی نقش بایدها و نبایدهای غیر منطقی در ایجاد مشکل، تکلیف
جلسه چهارم	شروع با یاد آوری تکلیف جلسه گذشته، کمک به اعضا برای شناسایی عقاید و باورهای غیر منطقی، آموزش روش های مجادله با باورهای غیر منطقی از طریق ایفای نقش، تصویر سازی عقلانی عاطفی، تکلیف
جلسه پنجم	شروع با یاد آوری تکلیف جلسه گذشته، آموزش و اجرای ماهر فنون شناختی، عاطفی و رفتاری همانند ریلکسیشن، حمله علیه شرم، شوخی، مدیریت خود، معانی بیان، تکلیف
جلسه ششم	شروع با یاد آوری تکلیف جلسه گذشته، آموزش راه های پیشگیری از مشکلات روانی، انجام تمرین های عملی به شیوه ی گروهی و

1 . Ellis
2 . Dryden

جمع بندی و نتیجه گیری توسط اعضای گروه، تقدیر و تشکر، خائمه.

تجزیه و تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده در دو مرحله از مطالعه میدانی یعنی پیش آزمون و پس آزمون صورت گرفت .سطح معنی داری آزمون (α) ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/ ۷۵ در نظر گرفته شد. نتایج به‌دست آمده از اجرای پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی(میانگین، انحراف معیار) و در بخش آمار استنباطی(آزمون آماری) تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکووا) استفاده شده است. کلیه عملیات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ٤٠ نوجوان دختر دچار اختلالات خوردن به طور مساوی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند(N = ۲۰) . میانگین سنی آنها ۱/۱۲ ± ١٤/٥ بود و بیشترین فراوانی متعلق به سن ۱۵ سال(۳۰ درصد) و کمترین متعلق به سن ١٦ سال(۲۰ درصد) بود(جدول ۱).

جدول ۱ . توزیع فراوانی افراد بر اساس سن آنها

دامنه سنی	فراوانی	درصد
١٣	٩	٢٢/٥
١٤	١١	٢٧/٥
١٥	١٢	٣٠/٠
١٦	٨	٢٠/٠
کل	٤٠	١٠٠/٠

بشـترین فراوانی اختلال خوردن متعلق به نوع اجتناب از خوردن(۳۷/۵ درصـد) و کمترین فراوانی اختلال مربوط به پرخوری تنها(۲/۵ درصد) بود (جدول ۲).

جدول ۲ . توزیع فراوانی افراد بر اساس نوع اختلال خوردن

اختلالات خوردن	فراوانی	درصد
بی اشتهایی عصبی	٤	۱۰/۰
پرخوری عصبی	۳	۷/۵
پرخوری تنها	۱	۲/۵
هرزه خواری	۱۳	۳۲/۵
نشخوار	٤	۱۰/۰
اجتناب	۱۵	۳۷/۵
کل	٤۰	۱۰۰/۰

میزان ضـــرایب کولموگروف- اســـمیرنف در مورد همه مولفه های عملکرد تغذیه ای با سطوح اطمینان بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شده‌اند و معنی‌دار نشان نداده‌اند؛ بنابراین، در مورد این مؤلفه‌ها به کار بسـتن آزمون‌های پارامتریک و مشـخصـاً در این مطالعه آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است (جدول ۳).

جدول ۳ : آزمون کولموگراف- اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن مولفه های عملکرد تغذیه ای

متغیرها	آزمون ها	کولموگروف- اسمیرنف	سطح معنا داری
عادت غذایی	پیش آزمون	۰/ ۱۲۳	۰/۱۳۲
	پس آزمون	۰/۱۰۱	۰/۱۹۸
تمایل به خوردن	پیش آزمون	۰/۱۲۷	۰/۱۰٤
	پس آزمون	۰/۱۱۱	۰/۱۸۹

کنترل دهانی	پیش آزمون	۰/۱۱۵	۰/۱۹۹
	پس آزمون	۰/۱۳٦	۰/۰٦۱
عملکرد تغذیه ای	پیش آزمون	۰/۱۱٤	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۰۸٤	۰/۱۹۷

میزان ضرایب کولموگروف- اسمیرنف در مورد همه مولفه های فعالیت های خود مراقبتی با توجه به سطوح اطمینان که بیشتر از ۰/۰۵ گزارش شده‌اند، معنی‌دار نشان نداده‌اند. بنابراین، در مورد این مؤلفه‌ها به کار بستن آزمون‌های پارامتریک و مشخصاً در این مطالعه آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است(جدول ٤).

جدول ٤ : آزمون کولموگروف- اسمیرنف جهت نرمال بودن مولفه های فعالیت های خود مراقبتی

متغیرها	آزمون ها	کولموگروف- اسمیرنف	سطح معنا داری
رژیم غذایی تجویز شده	پیش آزمون	۰/۱۳٤	۰/۰٦۹
	پس آزمون	۰/۱۳۹	۰/۰۷۱
استفاده از سیگار عدم	پیش آزمون	۱/۱۲۷	۰/۱۰۰
	پس آزمون	۰/۱٤۰	۰/۰۸۳
رژیم دارویی تجویز شده	پیش آزمون	۰/۱٤۱	۰/۰۸٤
	پس آزمون	۰/۱۲٦	۰/۱۱۸
اثر متغیرهای تنیدگی آور	پیش آزمون	۰/۱۲۲	۰/۰۹۰
	پس آزمون	۰/۱۲۹	۰/۰۹۱
رعایت فعالیت جسمانی	پیش آزمون	۰/۱۰۷	۰/۲۰۰

	پس آزمون	۰/۱۱۲	۰/۱۹۹
فعالیت های خود مراقبتی	پیش آزمون	۰/۱۱۰	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۰۹۵	۰/۲۰۰

نتایج آزمون باکس[1] در خصوص پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس (sig=۰/۹۰۷) نشان میدهد که شرط همگنی ماتریس واریانس-کواریانس به خوبی رعایت شده است (F =۰/۱۸٤ و sig ≥ ۰/۰۵) (جدول ۵).

جدول ۵: آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کواریانس

Box's M	F	معنی‌داری
۰/۵۸٦	۰/۱۸٤	۰/۹۰۷

نتایج آزمون لامبدای ویلکز[2] نشان می‌دهد که بین دو گروه کنترل و آزمایش حداقل در یکی از متغیرهای فعالیت های خود مراقبتی و عملکرد تغذیه ای تفاوت معنادار وجود دارد (F = ۱٦۲/۱۰۲ و sig ≤۰/۰۱) (جدول ٦).

جدول ٦: آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل کواریانس چند متغیره فعالیت های خود مراقبتی و عملکرد تغذیه ای

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	سطح معنی‌داری sig.
لامبدای ویلکز	۰/۰۹۲	۱٦۲/۱۰۲	۲/۰۰۰	۳۳/۰۰۰	۰/۰۰۰

نتایج آزمون لون گویای آن است که واریانس‌های متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه با

1 . Box

2 . Wilks' Lambda

هم برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند که این یافته، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهد (جدول ۷).

جدول ۷ : آزمون لون جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها متغیرهای پژوهش

متغیر	F	df1	df2	Sig
فعالیت های خود مراقبتی	۰/۵۹۳	۱	۳۸	۰/٤٤٦
عملکرد تغذیه ای	۰/٦۳۹	۱	۳۸	۰/٤۲۹

با توجه به این که سطوح معنی داری که برای اثر متقابل بین متغیرهای گروه ومتغیر مستقل قبل از مداخله بیشتر از ۰۵/ ۰ به دست آمده است، در نتیجه پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است (جدول ۸).

جدول ۸ : بررسی همگنی شیب خط رگرسیونی فعالیت های خود مراقبتی و عملکرد تغذیه ای

منابع	متغیرها	مجموع توان دوم	درجه آزادی	میانگین توان دوم	F	Sig.
اثر متقابل بین متغیرهای مستقل (قبل از مداخله) و گروه	فعالیت های خود مراقبتی	۰/۰۹۹	۱	۰/۰۹۹	۰/۰۸۹	۰/۷٦۷
	عملکرد تغذیه ای	۰/۱۷۸	۱	۰/۱۷۸	۰/۲۸٤	۰/۵۹۷

یافته ها نشان داد که بین مولفه های فعالیت های خود مراقبتی شامل: رژیم غذایی تجویز شده، عدم استفاده از سیگار و اثر متغیرهای تنیدگی آور در دو گروه آزمایش وکنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$, مجذور اتا بیش از ۰/۱) . بدین ترتیب، درمان عقلانی-عاطفی بر رژیم غذایی تجویز شده، عدم استفاده از سیگار و اثر متغیرهای تنیدگی آور نوجوانان دختر مبتلا به اختلال خوردن اثربخش بوده است اما این مداخله

درمانی بر دو مولفه رژیم دارویی تجویز شـــده و رعایت فعالیت جســـمانی اثربخش نبوده است (P>۰/۰۵ و مجذور اتای کمتر از ۰/۱) (جدول ۹) .

جدول ۹ : آنالیز کواریانس چندمتغیره مربوط به مولفه های فعالیت های خود مراقبتی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	معنی‌داری	مجـذور اتا
رژیم غذایی تجویز شده	۲/٤۰۱	۱	۲/٤۰۱	۱۱/٥۰۰	۰/۰۰۲	۰/۲٥۸
عدم استفاده از سیگار	۲/٦۲٤	۱	۲/٦۲٤	۱٥/٤۹۹	۰/۰۰۰	۰/۳۲۰
رژیم دارویی تجویز شده	۰/٦۱۳	۱	۰/٦۱۳	۳/۳٦۸	۰/۰۷٦	۰/۰۹۳
اثر متغیرهای تنیدگی آور	۱/۷۹۷	۱	۱/۷۹۷	۹/۳٤۰	۰/۰۰٤	۰/۲۲۱
رعایت فعالیت جسمانی	۰/۰٥۳	۱	۰/۰٥۳	۰/۲٦٦	۰/٦۱۰	۰/۰۰۸

با توجه یافته های موجود بین مولفه های عملکرد تغذیه ای شـــامل عادت غذایی و کنترل دهانی در دو گروه مورد و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد (P<۰/۰٥ , مجذور اتا بیش از ۰/۱). بدین ترتیب، درمان عقلانی-عاطفی بر عادت غذایی و کنترل دهانی نوجولنان مبتلا به اختلال خوردن اثربخش بوده اســـت ولی این مداخله بر مولفه تمایل به خوردن اثربخش نشان نداده است (P>۰/۰٥ و مجذور اتای کمتر از ۰/۱) (جدول ۱۰).

جدول ۱۰: آنالیز کواریانس چندمتغیره مربوط به مولفه های عملکرد تغذیه ای در دو گروه مورد و شاهد

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی‌داری	مجذور اتا
عادت غذایی	۲/۳۸۰	۱	۲/۳۸۰	۱۱/۸٦۸	۰/۰۰۲	۰/۲٥۳
تمایل به خوردن	۰/٦۹٤	۱	۰/٦۹٤	۳/۷۳٤	۰/۰٦۱	۰/۰۹٦
کنترل دهانی	۱/٤۲۷	۱	۱/٤۲۷	٦/٥٤۸	۰/۰۱٥	۰/۱٥۸

با توجه به ارقام جدول آنالیز کوواریانس، بین میانگین متغیرهای وابسته این پژوهش شامل فعالیت های خود مراقبتی و عملکرد تغذیه ای در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی داری وجود دارد و میانگین هر دو متغیر در گروه آزمایشی در سطح معنی داری (P≤۰/۰۱) بیشتر از گروه کنترل نشان داده است، بدین ترتیب، درمان عقلانی-عاطفی بر فعالیت های خود مراقبتی و عملکرد تغذیه ای نوجولنان مبتلا به اختلال خوردن به ترتیب با مجذور اتای ۰/٤۱ و ۰/۳۹ (بیش از ۰/۱) اثربخش بوده است (جدول ۱۱).

جدول۱۱ : آنالیز کواریانس چند متغیره مربوط به فعالیت های خود مراقبتی و عملکرد تغذیه ای

منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی- داری	مجذور اتا
گروه	فعالیت های خود مراقبتی	۲۷/۱۵۸	۱	۲۷/۱۵۸	۲۵/۲٤۸	۰/۰۰۰	۰/٤۱۲
	عملکرد تغذیه ای	۱٤/٥۱۸	۱	۱٤/٥۱۸	۲۲/۸۱٦	۰/۰۰۰	۰/۳۸۸

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر درمان عقلانی-عاطفی بر فعالیت های خود مراقبتی و عملکرد تغذیه ای نوجوانان دختر مبتلا به اختلال خوردن صورت گرفت و نتایج حاکی از آن میباشد که در اکثر پارامترها به طور معنی داری اثربخش بوده است .

یافته های این مطالعه با نتایج پژوهش (آب روشن ، مکوند و ستوده ،۱٤۰۱) مبنی بر اثربخش بودن رفتار درمانی عقلانی عاطفی بر رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلاء به دیابت نوع دوم و همچنین نتایج مطالعه دیگر (وزیری ، میری و شهابیزاده، ۱٤۰۱) دال بر اثربخش بودن درمان عقلانی- عاطفی بر افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به فشار خون

بالا و همچنین مطالله دیگری در همین زمینه (رجبی ، کارجو وکســـمایی، ۲۰۱۳) نیز تا حدود زیادی مشابهت داشته است . درهیچ مطالعه دیگری صراحتا تاثیر درمان عقلانی – عاطفی روی فعالیتهای خودمراقبتی و عملکرد تغذیه ای نوجوانان دختر مبتلا به اختلالات خوردن بررسی نگردیده است و به همین دلیل مقایسه مستقیم و احیانا تناقض در یافته ها وجود ندارد.

در پژوهشـــی (دیا نگ و اولدرشـــاو، ۲۰۱۳) دریافتند که نوجوانان دارای اختلال خوردن دارای کیفیت زندگی پایین تری بوده وبا تداوم اختلالات خوردن ، کیفیت زندگی نیز بیشتر کاهش می یابد.

نتایج مطالعه ای (روشنی و همکاران، ۱۳۹٤) در ارتباط با تاثیر درمانی عقلانی عاطفی بر وضعیت سلامت روانی نوجوانان ونتایج مطالعه دیگر(محمدی ومیرموسوی، ۲۰۱۹) مبنی بر اثربخش بودن آموزش گروهی به شـــیوه رفتاردرمانی عقلانی عاطفی الیس بر ارتقای سلامت عمومی کارکنان وهمچنین نتایج مطالعه (پایدار، حمیدی و کارگر، ۲۰۱۷) مبنی بر اثربخش بودن مشاوره گروهی عقلانی عاطفی بر سازگاری عاطفی و اجتماعی نوجوانان نیز از یافته های مربوط به این مطالعه پشتیبانی می نمایند.

در خصـــوص تبیین اثربخش بودن درمان عقلانی – عاطفی الیس بر مولفه های عادت غذایی و کنترل دهانی نوجوانان مبتلا به اختلال خوردن لازم به بیان است که عادات غذایی بزرگســالان متاثر از عادات غذایی شــان در زمان کودکی و نوجوانی بوده و در دوره های بعدی زندگی، کمتر دســتخوش تغییر قرار می گیردبه همین دلیل، توجه به کیفیت و کمیت وضعیت تغذیه افراد در صدر اولویت های بهداشتی و سلامت قرار گرفته است (ماهان[۱] و اسکات[۲] ۲۰۲۲).

نتایج مطالعه ای(اونیس[۳] و باربارا[٤] ۲۰۱۸) دال بر ترجیح یکدرمان یکپارچه و چند رشته ای با تلفیق مداخلات پزشکی- تغذیه ای و روان درمانی خانواده برای درمان بی اشتهایی یا پرخوری عصبی به طور ضمنی با یافته های این مطالعه همسویی نشان می دهند هرچند در بعضی مولفه ها ی فرعی ممکن است تفاوتهایی وجود داشته باشد .

در خصـــوص تبیین اثربخشـــی درمان عقلانی- عاطفی بر رژیم غذایی تجویز شـــده، عدم اســـتفاده از ســـیگار و اثر متغیرهای تنیدگی آور نوجوانان مبتلا به اختلال خوردن می توان این گونه اســـتنباط نمود که این مولفه های خودمراقبتی در حال حاضـــر در دوره نوجوانی جزء فعالیت ها و دل مشـــغولی های اصـــلی به شـــمار می روند، روی آوردن به رژیم های غذایی سخت و همراه با رفتارهای وسواسی در خصوص مصرف مواد غذایی کم کالری در نوجوانان به خصوص در دختران نوجوان از شیوع بالایی برخوردار است.

محدودیت های مطالعه

اجرای تحقیق به صورت شبه تجربی همیشه با مشکلات خاصی روبرو است. ازجمله عدم کنترل تمامی متغیرهای جمعیت شناختی در افراد که میتوانند بر نتایج تاثیر بگذارند.

.....

1) Mahan
2) Escott
3) Onnis
4) Barbara

هچنین به علت محدودیت بازه زمانی مربوط به این مطالعه امکان اجرای فاز مرحله پیگیر وجود نداشـت تا پایایی اثربخشـی یافته های این پژوهش در فاصـله زمان های مکرر مورد بررسـی قرار بگیرد.از طرفی مسئله موافقت خانواده ها برای شـرکت فرزندانشـان در مطالعه موردی بود که باعث میشـد حجم نمونه ها خیلی زیاد نباشـد و همچنین عدم کورسـازی در مطالعه از جمله محدویهای این مطالعه بودند.

نتیجه گیری

درمجموع میتوان اظهار داشـــت که مطابق نتایج این مطالعه درمان عقلانی-عاطفی براکثر پارامترهای فعالیت های خود مراقبتی و عملکرد تغذیه ای نوجوانان دختر مبتلا به اختلال خوردن تاثیر معنی داری داشته است که خود دلیلی برای درنظرگرفتن این پروتکل درمانی

در مراکز مشاوره برای بهبود اختلالات خوردن بویژه در نوجوانان دختر میباشد .

پیشنهاد میشود که مطالعات دیگری در این زمینه صورت گرفته و با کاستن از محدودیتهای مربوطه بتوان به نتایج بهتری در خصوص مشکلات روانشناختی اینچنینی که با سلامت جسمی و روحی این گروه سنی مهم و آسیب پذیر ارتباط تنگاتنگی دارد، دست یافت.

فهرست منابع

غنچه ، حمیده؛ خوش لهجه صدق، انیس(۱٤۰٤).اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودناتوان سازی در دختران چاق. فصلنامه پژوهش های کاربردی در مشاوره. ۸ (۲). (شماره پیاپی ۲۹).۱۹۵-۲۱۰

Ab Roshan F, Makvand Hosseini Sh, Sotode N, Sayyahi P.(2022). Comparing the effectiveness of emotional rational behavior therapy and treatment based on acceptance and commitment on self-care behaviors (nutritional behaviors, physical activity, blood sugar control, foot care and patient medication compliance) in women with type 2 diabetes. Applied family therapy . 3(1), 37-55.

Akbarinezhad HE, E'temadi A, Nasirnezhad F. (2014). The Effectiveness of Rational-Emotive Behavioral Group Therapy in Psychological Well-Being of Women. Clinical Psychology Studies. 4(15):25-42.

Arabpoor M, Matzooghi R. (2018). Evaluation of the effectiveness of training courses in nurses in Kerman hospitals. The second Conference of knowledge and Technology in psychology of educational sciences and Sociology of Iran, Tehran: The Institute for developing conferences on knowledge-based development of Iranian science and technology. 1-12. [Persian].

Boutelle, K. N., Afari, N., Obayashi, S., Eichen, D. M., Strong, D. R., & Peterson, C. B. (2023). Design of the Charge study: A randomized control trial evaluating a novel treatment for Veterans with binge eating disorder and overweight and obesity. Contemporary Clinical Trials. 130, 107234.

DeJong H, Oldershaw A, Sternheim L, Samarawickrema N, Kenyon MD, Broadbent H.(2013). Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise - specified. Int J Eat Disord.1(43), 1-8.

Ellis A, Dryden W. (2007). The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy.NewYork: Springer Publishing Company.

Elmquist J, Shorey R C, Anderson S E & Stuart G L. (2017) A preliminary investigation of the relationship between dispositional mindfulness and eating disorder symptoms among men in residential substance use treatment. Addiction research & theory. 25(1), 67-73.

Erriu, M, Cimino S & Cerniglia L. (2020). The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. Behavioral Sciences. 10(4), 71-79.

Garner, D. M, Garfinkel P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological medicine.9(2), 273-279.

Garner D. M, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 12(4),871 –8. doi: 10.1017/s0033291700049163.

Mahan LK, Escott – Stump. (2021). Krause's food, nutrition & diet therapy. 15th ed. Philadelphia: WB Saunders. 274-275.

Marianne, B. (2013). Effects of Rational-Emotive psychotherapy on anxiety. From http://www.lyonsmorris.com.

McClure, Z., Fuller-Tyszkiewicz, M., Messer, M., & Linardon, J. (2024). Predictors, mediators, and moderators of response to digital interventions for eating disorders: A systematic review. International Journal of Eating Disorders, 57(5), 1034-1048.

Miller, WRRS. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. NewYork : Guilford Press.

Mohammadi, F, Mirmosavi, A (2019). Investigating the effectiveness of group training using Ellis's rational-emotional behavioral therapy method on improving the general health of fire department employees in Tehran, Journal of Educational Psychology. 2 (4), 41-52.

Niakan M, Paryad E, Shekholeslam F, Kazemnezhad Leili E, Assadian Rad M, Bonakdar HR, et al. (2013). Self-care behaviors in patients after myocardial infarction (Persian)]. J Holist Nurs Midwifery. 23(2), 63-70.

Nobakht M. (1999). Epidemiological study of eating disorders in second year female high school students in Tehran [MSc Thesis]. Mashhad: Ferdowsi University. [In Persian]

Nunes, S. Camey, M.T. A. Olinto and J. J. Mari. (2005). The validity and 4-year test retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes test -26. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, November .38 (11), 1655 -1662.

Onnis L, Barbara E,Bernardini M, Caggese A.(2018). Family relations and eating disorders. The effectiveness of an integrated approach in the treatment of

anorexia and bulimia in teenagers. Journal of Cognitive Psychotherapy. 6(6), 67-75.

Partov M. (2017). Evaluation of the content of self-care prevention training plan in elementary schools. The 3rd International Conference on Human Sciences and Social studies.

Paydar F, Hamidi F, Kargar M. (2017). The effectiveness of rational emotional-behavioral group counseling on emotional, social and educational adjustment of second-year high school boys, Knowledge and Research in Applied Psychology. 1 (19), 108-116.

Rajabi Gh, Karjo Kasmai S. (2013). The effectiveness of group counseling with the rational- emotional-behavioral method on the components of general health in male students, Journal of School Psychology. 1 (2), 59-76.

Roshani D, Moradi, Q, Alizadeh S, Ahmadi Sh, Habibi S, Fernia, M,.et al.(1394). Investigating the impact of rational-emotional behavioral therapy training on the mental health status of female prisoners, Journal of Psychology and Psychiatry. 2 (2), 79-70.

Saelid, G. A., & Nordahl, H. M. (2017). Rational emotive behaviour therapy in high schools to educate in mental health and empower youth health. A randomized controlled study of a brief intervention. Cognitive Behavior Therapy. 46(3), 196-210.

Vaziri SH, Miri M, Ahi Q, Shahabizadeh F, Mahmoudi Rad A. (2022). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and rational emotional behavioral therapy on depression and anxiety in patients with high blood pressure. Journal of the School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences.65(1):276-287.

Wallis A, Miskovic-Wheatley J, Madden S, Rhodes P, Crosby R.D, Cao L & Touyz S. (2018). Family Functioning and Relationship Quality for Adolescents in Family-based Treatment with Severe Anorexia Nervosa Compared with Non-Clinical Adolescents. European Eating Disorders Review .26(1): 29-37 .