SJKUMS
Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences
No.1/ Apr-May 2026;31(1):62-72
https://sjku.muk.ac.ir

Original Article

The Effectiveness of Psychodrama Psychotherapy on Eating Disorders, Body Mass Index, and Self-Esteem in Overweight Women

Negin Naderi Zarnagh[1], Zahra Sadat Pour Seyyed Aghaei[2]*

[1] MSc. in Counseling, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

[2] Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Article history:

Received: 14 April 2025

Revised: 19 August 2025

Accepted: 10 November 2025

ePublished: 23 May 2026

***Corresponding author:** Zahra Sadat Pour Seyyed Aghaei, Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

E-mail: zspsaghaei@alzahra.ac.ir

Abstract

Background and Aim: Overweight is one of the most common problems among women, and therefore, paying attention to reducing body mass index, eating disorders, and improving self-esteem in these women by choosing appropriate psychotherapy is of particular importance. Therefore, the present study was conducted to determine the effectiveness of psychodrama psychotherapy on eating disorders, body mass index, and self-esteem in overweight women.

Materials and Methods: This study was conducted using a quasi-experimental design with a pretest-posttest-one-month follow-up and a control group. The statistical population included all overweight women in the Districts of Tehran in 1403. Of these, 30 were selected from the Nutrition and Diet Therapy Center on Pasdaran Street in Tehran and were randomly assigned to two experimental groups (15 each) and a control group (n=15). The data collection tools were the Eating Disorders Questionnaire of Stick et al. Eysenck's Self-Esteem and Body Mass Index using a Body Analyzer. Psychodrama psychotherapy was implemented for 10 sessions for the experimental group, and during this period, the control group received non-interventional information.

Results: The results of the study showed that psychodrama psychotherapy is effective in reducing eating disorders and body mass index and increasing self-esteem in overweight women ($P < 0.05$).

Conclusion: It can be concluded that psychodrama is an effective adjunct treatment for reducing symptoms of eating disorders, body mass index, and increasing self-esteem among women. The use of this treatment method to prevent psychological damage caused by being overweight is recommended by counselors.

Keywords: Body Mass Index, Feeding and Eating Disorders, Obesity, Overweight, Psychodrama, Self-Concept

Please cite this article as follows: Naderi Zarnagh N, Naderi Zarnagh Z. The Effectiveness of Psychodrama Psychotherapy on Eating Disorders, Body Mass Index, and Self-Esteem in Overweight Women. SJKUMS. 2026;31(1):62-72. DOI: 10.22034/31.1.62

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]

Copyright © 2026 Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits copying and redistributing the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

SJKUMS

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

دوره ۳۱، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۵، صفحات: ۷۲-۶۲

https://sjku.muk.ac.ir



مقاله پژوهشی

اثربخشی روان‌درمانی سایکودرام بر اختلالات خوردن، شاخص تودۀ بدنی و عزت‌نفس در زنان دچار اضافه‌وزن

نگین نادری زرنق [۱]، زهراسادات پورسیدآقایی [۲*]

۱. کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکدۀ علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، ایران

۲. استادیار، گروه مشاوره، دانشکدۀ علوم‌تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۵

ویرایش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۸

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۹

انتشار: ۱۴۰۵/۰۳/۰۲

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** زهراسادات پورسیدآقایی، استادیار، گروه مشاوره، دانشکدۀ علوم‌تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

ایمیل: zspsaghaei@alzahra.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: اضافه‌وزن یکی از شایع‌ترین مشکلات در زنان است و لذا توجه به کاهش شاخص تودۀ بدنی، اختلالات خوردن و ارتقای عزت‌نفس در این زنان با انتخاب روان‌درمانی مناسب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین مطالعۀ حاضر با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی سایکودرام بر اختلالات خوردن، شاخص تودۀ بدنی و عزت‌نفس زنان دچار اضافه‌وزن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به‌روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری یک‌ماهه و با گروه کنترل انجام شد. جامعۀ آماری شامل همۀ زنان دچار اضافه‌وزن منطقۀ ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود که ۳۰ نفر از آنها به‌صورت در دسترس از یک مرکز تغذیه و رژیم‌درمانی واقع در منطقۀ ۳ تهران انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های اختلالات خوردن استیک و همکاران، عزت‌نفس آیزنک و شاخص تودۀ بدنی با استفاده از دستگاه بادی آنالیزور بود. روان‌درمانی سایکودرام طی ۱۰ جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد و در این مدت گروه کنترل اطلاعات غیرمداخله‌ای دریافت کردند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد روان‌درمانی سایکودرام بر کاهش اختلالات خوردن و شاخص تودۀ بدنی و افزایش عزت‌نفس در زنان دارای اضافه‌وزن مؤثر است ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت سایکودرام یک درمان کمکی مؤثر برای کاهش علائم اختلالات خوردن، شاخص تودۀ بدنی و افزایش عزت‌نفس در زنان است و استفاده از این روش درمانی در پیشگیری از آسیب‌های روانی ناشی از اضافه‌وزن به مشاوران توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: اختلالات خوردن، اضافه‌وزن، سایکودرام، شاخص تودۀ بدنی، عزت‌نفس

استناد: نادری زرنق، نگین؛ پورسیدآقایی، زهراسادات. اثربخشی روان‌درمانی سایکودرام بر اختلالات خوردن، شاخص تودۀ بدنی و عزت‌نفس در زنان دچار اضافه‌وزن. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بهار ۱۴۰۵؛۳۱(۱):۷۲-۶۲

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

اضافه‌وزن (overweight) و چاقی (obesity) از مهم‌ترین مشکلات سلامتی در دنیا و دو عامل خطر اصلی مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت، فشارخون بالا، سکتهٔ مغزی و حتی برخی سرطان‌ها هستند [۱]. اضافه‌وزن و چاقی هر دو به تجمع بیش‌ازحد چربی در بدن اشاره دارند، اما چاقی به‌طور کلی به تجمع شدیدتر چربی و درنتیجه، خطر بیشتر برای سلامتی اطلاق می‌شود [۲]. نرخ چاقی در سطح جهانی در حال افزایش است، به‌طوری که داده‌های جدید ارائه‌شده در چهارمین اطلس چاقی توسط فدراسیون چاقی جهانی (World Obesity Federation) در سال ۲۰۲۲ نشان می‌دهد تا سال ۲۰۳۰، از هر ۵ زن، ۱ نفر و از هر ۷ مرد، ۱ نفر به چاقی مبتلا خواهد شد [۳]. در ایران نیز اضافه‌وزن و چاقی از مشکلات فراگیر و در حال رشد هستند و برآوردهای ملی نشان می‌دهد ۶۷ درصد از زنان و ۳۳ درصد از مردان بالاتر از بیست سال مبتلا به چاقی هستند [۴]. بنابراین اضافه‌وزن و چاقی از نگرانی‌های عمدهٔ سلامت عمومی هستند و باوجود اینکه به‌عنوان اختلال روانی در نظر گرفته نمی‌شوند، ولی رابطهٔ محکمی بین چاقی با تعدادی از اختلالات روانی مانند اختلالات خوردن وجود دارد [۵]، به‌طوری که اختلالات خوردن (eating disorders) به‌عنوان سندرم‌های روان‌شناختی مرتبط با چاقی شناخته می‌شوند و بر سلامتی، احساسات و توانایی عملکرد در زمینه‌های مهم زندگی تأثیر منفی می‌گذارند [۶]. درواقع، اختلالات خوردن گروهی از اختلالات شایع روان‌تنی هستند که با بازخورد غیرطبیعی به غذاخوردن و نابهنجاری‌های بارزی در افکار و تصورات نسبت به غذا، خویشتن و وزن بدن همراه هستند [۷]. نکتهٔ حائز اهمیت این است که اختلالات خوردن اغلب گزارش نمی‌شوند ولی زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌ها نظیر چاقی، بیماری‌های قلبی-عروقی، فشارخون، دیابت و اختلالات متابولیک، استئوآرتریت، برخی سرطان‌ها و انواع مشکلات روان‌شناختی هستند و حتی ممکن است زندگی افراد مبتلا را در معرض خطر قرار دهند [۸]. همچنین اختلالات خوردن معمولاً با مجموعه‌ای از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار، نگرش‌های ناکارآمد و تصویر بدنی منفی همراه هستند و لذا بسیاری از افراد دارای اختلالات خوردن، نارضایتی بالایی از ظاهر بدنی‌شان دارند و باوجودِ شاخص تودهٔ بدنی (body mass index) پایین، درصدد کاهش وزن هستند و برخی دیگر نیز باوجود شاخص تودهٔ بدنی بالا به خوردن افراطی خود ادامه می‌دهند [۹]. شاخص تودهٔ بدنی شاخصی است که براساس تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر) فرد محاسبه می‌شود و نشان‌دهندهٔ میزان چاقی افراد است، به‌طوری که وقتی شاخص تودهٔ بدن بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۵ باشد، وزن طبیعی است و زمانی که این شاخص در محدودهٔ ۲۵ تا ۳۰ باشد، فرد چاق محسوب می‌شود [۱۰]. شاخص تودهٔ بدنی بالا با پیامدهایی همچون نارضایتی بدنی، تمایل به لاغری و عزت‌نفس (self-esteem) پایین همراه است. درواقع، افراد چاق و دارای اضافه‌وزن که نمی‌توانند استانداردهای جامعه را درراستای وزن و بدن ایدئال برآورده کنند، ممکن است نارضایتی از خود و عزت‌نفس پایین را تجربه کنند [۱۱]. عزت‌نفس احساس درونی فرد دربارهٔ توانایی‌ها، ویژگی‌ها و ارزشمندی خود است که می‌تواند براساس تجربیات، باورها و نگرش‌های فرد شکل بگیرد. بر این اساس عزت‌نفس در افراد چاق یا دارای اضافه‌وزن، یک فرایند تدریجی است که تحت‌تأثیر نگرش‌های فرد در مورد بدن خود، تجربیات منفی و حمایت اجتماعی پایین می‌تواند کاهش یابد [۱۲].

بنابراین اقدامات روان‌درمانی می‌تواند به افراد دارای اضافه‌وزن کمک کند تا شاخص تودهٔ بدنی را در خود کاهش داده و با مسائل روانی مرتبط با چاقی مقابله کنند. تاکنون درمان‌های روان‌شناختی مختلفی ازجمله درمان سایکودرام (Psychodrama) برای ارتقاء متغیرهای مثبت و کاهش متغیرهای منفی در افراد مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن به‌کار برده شده است [۱۳]. سایکودرام یک روش درمانی است که در آن افراد مشکلات و تعارضات خود را ازطریق بازی و نمایش در یک محیط گروهی حل می‌کنند [۱۴]. این روش توسط جیکوب مورنو (Jacob Moreno) در سال ۱۹۲۱ توسعه یافته و از تکنیک‌های نمایشی برای کاوش در دنیای درونی فرد و بازسازی موقعیت‌های مختلفی از زندگی وی استفاده می‌کند تا افراد به درک عمیق‌تری از احساسات، افکار و رفتارهای خود برسند [۱۵]. هدف سایکودراما، همدلی و حمایت گروهی، رسیدن به خودآگاهی بیشتر، تخلیه هیجانی، حل تعارضات، افزایش انعطاف‌پذیری و بهبود روابط است[۱۶]. پژوهش‌های کمی تأثیر روان‌درمانی سایکودرام بر مشکلات افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی را مورد بررسی قرار داده‌اند که ازجمله می‌توان به پژوهش شکرانه و همکاران [۱۷] با نتایجی مبنی‌بر تأثیر معنی‌دار مداخلهٔ درمانی سایکودرام بر شاخص تودهٔ بدنی و عزت‌نفس کودکان مبتلا به چاقی، مطالعهٔ عرب‌پور خان‌میرزایی و همکاران [۱۸] با نتایجی مبنی‌بر تأثیر معنی‌دار سایکودراما بر تصویر بدنی دانش‌آموزان دختر، پژوهش‌های بوچاروا و همکاران[۱۹] با نتایجی مبنی‌بر تأثیر مداخلهٔ هنردرمانی بر کاهش اختلالات خوردن، و مطالعهٔ وود و همکاران [۲۰] با نتایجی مبنی‌بر اثربخشی نمایش‌درمانی بر بهبود اختلالات خوردن اشاره کرد. بنابراین توجه به کاهش شاخص تودهٔ بدنی و اختلالات خوردن و ارتقای عزت‌نفس در زنان مبتلا به اضافه‌وزن و انتخاب روان‌درمانی مناسب برای ارتقای سلامت این گروه در معرض خطر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. لذا پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سؤال است که آیا روان‌درمانی سایکودرام

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]

بر اختلالات خوردن، شاخص تودهٔ بدنی و عزت‌نفس در زنان دچار اضافه‌وزن اثربخش است یا خیر.

روش کار

طرح پژوهش حاضر در زمرهٔ روش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل قرار می‌گیرد. جامعهٔ آماری شامل همهٔ زنان دچار اضافه‌وزن مراجعه‌کننده به مرکز تغذیه و رژیم‌درمانی واقع در منطقهٔ ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. نمونهٔ مورد مطالعه براساس نوع طرح نیمه‌آزمایشی بودن، شرایط دسترسی به آنها، درنظرگرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش و براساس فرمول ارائه‌شده توسط تاباچنیک و فیدل (۲۰۱۳) و پالانت (۲۰۰۲) برای طرح‌های آزمایشی مبنی‌بر اینکه حجم افراد نمونه در هر گروه نباید کمتر از ۱۵ نفر باشد، ۳۰ نفر (۱۵ نفر به‌ازای گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) از مرکز تغذیه و رژیم‌درمانی واقع در منطقهٔ ۳ شهر تهران به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. به این صورت که پس از هماهنگی با مسئولان مرکز تغذیه و رژیم‌درمانی واقع در منطقهٔ ۳ تهران، از بین زنان مراجعه‌کننده که مشکل اضافه‌وزن داشتند و معیارهای ورود را برآورده می‌کردند، تعداد ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و از آنها برای همکاری با پژوهشگران درخواست شد. سپس این زنان به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: کسب نمرهٔ ۲۵ تا ۳۰ در شاخص تودهٔ بدنی، مبتلا به اختلال خوردن براساس نمرهٔ کسب‌شده در پرسش‌نامهٔ اختلال خوردن استیک، دامنهٔ سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، نداشتنِ سوءمصرف مواد، شرکت‌نکردنِ هم‌زمان در سایر کارگاه‌های روان‌درمانی، تمایل به شرکت در پژوهش. همچنین معیارهای خروج نمونه از پژوهش شامل علاقه‌مندنبودنِ فرد به ادامهٔ شرکت در پژوهش، همکاری‌نکردن برای انجام تکالیف و تمرینات، و غیبت بیش از دو جلسه بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش به شرح زیر است: اخذ رضایت آگاهانه،حفظ محرمانگی اطلاعات، آسیب‌نرسیدن به شرکت‌کنندگان، تأییدیهٔ کمیتهٔ اخلاق، احترام به حقوق شرکت‌کنندگان.

این موارد تضمین‌کنندهٔ رعایت اصول اخلاقی در تمامی مراحل پژوهش بوده است. پس از جایگزینی افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش و کنترل، روان‌درمانی سایکودراما در ۱۰ جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای به‌صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد. در این مدت به گروه کنترل اطلاعات غیرمداخله‌ای داده شد و به بیان تجربه‌های شخصی پرداخته شد. بعد از پایان جلسات، پس‌آزمون بر روی افراد هر دو گروه نمونه اجرا شد و پس از گذشت یک ماه دوباره پرسش‌نامه‌های پژوهش توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل به‌منظور پیگیری اثرات درمان تکمیل گردید. درنهایت، تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار $SPSS_{26}$ انجام شد.

مراحل و روش اجرای مداخله

آموزش و اجرای روان‌درمانی سایکودراما: این مداخله در پژوهش حاضر دارای چهار مفهوم اصلی بود: پروتاگونیست (Protagonist) یا شخص اول که از میان گروه انتخاب می‌شود و پرده‌ای از زندگی شخصی خود را به‌تصویر می‌کشد. اعضای کمی یا من‌های یاور (helpers Ego) که جهت نمایش زندگی خصوصی شخص اول با او همکاری می‌کنند و نقش‌های دیگر را می‌پذیرند. کارگردان یا تسهیل‌گر که در سه قالب تهیه‌کننده، درمانگر و تحلیل‌کننده عمل می‌کند. صحنه که مهم‌ترین بخش روان‌درمانی سایکودراما است و به‌شکل دایره است. در پژوهش حاضر برنامهٔ روان‌درمانی سایکودراما شامل آموزش یک رشته از مهارت‌ها بود و هر جلسه دربرگیرندهٔ سه مرحلهٔ اصلی گرم‌کردن یا آماده‌سازی، اجرا و تمرین رفتاری همراه با مشارکت اعضا بود. مرحلهٔ آماده‌سازی شامل فعالیت‌هایی است که ماهیت نمایشی دارند و باعث خودجوشی، تمرکز، آشکارشدن مشکل، ایجاد فضای حمایت‌کننده و اطمینان‌بخش، انسجام گروه و اعتمادسازی می‌شود. در مرحلهٔ اجرا، پروتاگونیست توسط کارگردان یا به‌صورت داوطلبانه انتخاب می‌شود و سپس پروتاگونیست مشکلی را متناسب با موضوع جلسه مطرح می‌کند و با به‌کارگرفتن اعضای کمکی آن را در گروه به‌صورت عملی به نمایش می‌گذارد تا با زنده‌کردن تجربه‌های سخت زندگی، تجربه‌کردنِ دوبارهٔ احساس مرتبط با آن و تخلیهٔ هیجانی به آرامش برسند. در مرحلهٔ تمرین رفتاری و مشارکت، اعضای گروه در تجارب شخصی زندگیِ یکدیگر سهیم می‌شوند و در مورد آن بحث و گفت‌وگو می‌کنند و پروتاگونیست را نیز مورد حمایت عاطفی و روانی قرار می‌دهند.

در روان‌درمانی سایکودراما هر جلسه، علاوه‌بر مراحل اصلی، با تکنیک‌ها و فنون جدیدی برای یادگیری مهارت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری همراه است و در هر جلسه مشکل یکی از اعضای گروه مطرح می شود و به نمایش گذاشته می‌شود. مهم‌ترین فنون این درمان در پژوهش حاضر عبارت‌اند از: پرتاب توپ (پرتاب توپ خیالی، تکنیکی برای ایجاد ارتباط، تعامل و افزایش تمرکز در گروه است)، وارونگی نقش (تکنیکی است که در آن از درمان‌جو خواسته می‌شود در یک صحنه، نقش مقابل خود را بازی کند درحالی‌که فرد دیگری نقش درمان‌جو را بازی می‌کند. این تکنیک، نه‌تنها درمان‌جو را به تفکر به‌عنوان یک فرد دیگر برمی‌انگیزد بلکه کمک می‌کند تا خودش را از جایگاه فرد مقابل ببیند)، آینه (در این تکنیک، یک خودِ کمکی نقش قهرمان نمایش را بازی می‌کند و حرکات، رفتارها و گفتار او را به دقت تقلید می‌کند. قهرمان نمایش به‌عنوان تماشاچی، عملکرد آینهٔ خود را مشاهده می‌کند و فرصت پیدا می‌کند تا رفتارها و الگوهای خود را از بیرون ببیند و ارزیابی کند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]

آینه می‌تواند به افزایش خودآگاهی و درک بهتر از تأثیر رفتارها بر دیگران کمک کند)، صندلی خالی (فرد با یک صندلی خالی که نمایندهٔ شخص یا موقعیتی خاص است، گفت‌وگو می‌کند و احساسات خود را دربارهٔ آن شخص یا موقعیت ابراز می‌کند)، گفت‌وگو با خود یا تک‌گویی (تکنیکی که در آن درمان‌جو افکار خودش را با صدای بلند مطرح می‌کند و هرچه در ذهن دارد را با صدای بلند می‌گوید. هدف از این تکنیک ایجاد بصیرت و دانش فرد نسبت به خودش است)، نقش‌آفرینی (بازی‌کردن نقش‌های مختلف در سناریوهای ازپیش تعیین‌شده یا بداهه. نقش‌آفرینی به اعضا کمک می‌کند تا دیدگاه‌های مختلف را تجربه کنند، هم‌دلی نشان دهند و مهارت‌های حل مسئله و تعارض را تمرین کنند) و داستان‌پردازی (ایجاد و اشتراک‌گذاریِ داستانه‌ای فردی یا گروهی. داستان‌پردازی به اعضا کمک می‌کند تا تجربیات خود را سازمان‌دهی کنند، معنایابی کنند و با دیگران ارتباط برقرار کنند).

در کل، خلاصهٔ جلسات پژوهش براساس پروتکل آموزشی کلرمن (Kellerman)، اعتبارسنجی شده توسط صرامی و همکاران [۲۱] به‌صورت ذیل بود: جلسهٔ اول: معرفی اعضا و رهبر گروه با استفاده از تکنیک پرتاب توپ، آماده‌سازی گروه برای شروع جلسات با استفاده از تمرینات بدنی و صوتی و تخیلی، گفت‌وگو پیرامون رازداری، بیان قوانین و ساختار گروه درمانی.

جلسهٔ دوم: آشناییِ بیشتر اعضا با ساختار روان‌درمانی سایکودرام، تکنیک‌های آن و ایفای نقش، بیان اهداف جلسات سایکودرام در پژوهش حاضر.

جلسهٔ سوم: آماده‌سازی برای افزایش تمرکز و خودانگیختگی اعضا و شروع جلسه، کاوش و اکتشاف اعضا در مورد موضوع جلسه و بازگویی مشکلات با استفاده از تکنیک بازی گفت‌وشنود، انتخاب پروتاگونیست، اعضای کمکی، صحنه و شروع نمایش، آموزش تکنیک صندلی خالی و اجرای آن، بحث گروهی در مورد احساسات، افکار و تجربیات ناشی از فعالیت‌های نمایشی، ارائهٔ بازخوردهای سازنده و حمایتی.

جلسهٔ چهارم: آماده‌سازی برای افزایش تمرکز و خودانگیختگی اعضا و شروع جلسه، کاوش و اکتشاف اعضا در مورد موضوع جلسه و بازگویی مشکلات با استفاده از تکنیک داستان‌پردازی، انتخاب پروتاگونیست، اعضای کمکی، صحنه و شروع نمایش، آموزش تکنیک آینه و اجرای آن، بحث گروهی در مورد احساسات، افکار و تجربیات ناشی از فعالیت‌های نمایشی، ارائهٔ بازخوردهای سازنده و حمایتی.

جلسهٔ پنجم: آماده‌سازی برای افزایش تمرکز و خودانگیختگی اعضا و شروع جلسه، کاوش و اکتشاف اعضا در مورد موضوع جلسه و بازگویی مشکلات با استفاده از تکنیک بداهه‌پردازی، انتخاب پروتاگونیست، اعضای کمکی، صحنه و شروع نمایش، آموزش تکنیک وارونگی نقش و اجرای آن، بحث گروهی در مورد احساسات، افکار و تجربیات ناشی از فعالیت‌های نمایشی، ارائهٔ بازخوردهای سازنده و حمایتی.

جلسهٔ ششم: آماده‌سازی برای افزایش تمرکز و خودانگیختگی اعضا و شروع جلسه، کاوش و اکتشاف اعضا در مورد موضوع جلسه و بازگویی مشکلات با استفاده از تکنیک نقش‌آفرینی، انتخاب پروتاگونیست، اعضای کمکی، صحنه و شروع نمایش، آموزش تکنیک گفت‌وگو با خود و اجرای آن، بحث گروهی در مورد احساسات، افکار و تجربیات ناشی از فعالیت‌های نمایشی، ارائهٔ بازخوردهای سازنده و حمایتی.

جلسهٔ هفتم: آماده‌سازی برای افزایش تمرکز و خودانگیختگی اعضا و شروع جلسه، کاوش و اکتشاف اعضا در مورد موضوع جلسه و بازگویی مشکلات با استفاده از تکنیک بازی گفت‌وشنود، انتخاب پروتاگونیست، اعضای کمکی، صحنه و شروع نمایش، تمرین تکنیک جابه جایی نقش و اجرای آن، بحث گروهی در مورد احساسات، افکار و تجربیات ناشی از فعالیت‌های نمایشی، ارائهٔ بازخوردهای سازنده و حمایتی.

جلسهٔ هشتم: آماده‌سازی برای افزایش تمرکز و خودانگیختگی اعضا و شروع جلسه، کاوش و اکتشاف اعضا در مورد موضوع جلسه و بازگویی مشکلات با استفاده از تکنیک تعاملات غیرکلامی و مجسمه‌سازی، انتخاب پروتاگونیست، اعضای کمکی، صحنه و شروع نمایش، تمرین تکنیک فرافکنی در آینده و اجرای آن، بحث گروهی در مورد احساسات، افکار و تجربیات ناشی از فعالیت‌های نمایشی، ارائهٔ بازخوردهای سازنده و حمایتی.

جلسهٔ نهم: مرور آموخته‌های جلسات قبل، تمرین و تکرار انواع تکنیک‌های یادگرفته‌شده و اجرای آنها توسط اعضای گروه و بحث و گفت‌وگو در مورد میزان تأثیر هر یک از تکنیک‌ها بر زندگی واقعی.

جلسهٔ دهم: در میان گذاشتن آرزوهای خود توسط اعضای گروه، بازبینی تجارب و احساسات اعضای گروه با مرور خلاصه‌ای از جلسات و اهداف هر یک از آنها، تأکید بر تعهد به درمان و ادامهٔ تمرین‌ها و تکالیف، اجرای پس‌آزمون پرسش‌نامه‌ها.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسش‌نامهٔ تشخیصی اختلالات خوردن (Eating Disorder Diagnostic Scale)

پرسش‌نامهٔ اختلالات خوردن توسط استیک و همکاران در سال ۲۰۰۱ طراحی و اعتباریابی شده است و یک پرسش‌نامهٔ ۲۲آیتمی است که بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری افراطی را براساس ملاک‌های انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV) اندازه‌گیری می‌کند و تشخیص را برای این اختلال‌ها در دو سطح بالینی و غیربالینی فراهم می‌کند. بنابراین این پرسش‌نامه،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]

امکان تفکیک هفت طبقهٔ تشخیصی کم‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، خوردن مفرط، حد زیرآستانه‌ای کم‌اشتهایی عصبی، حد زیرآستانه‌ای پراشتهایی عصبی، حد زیرآستانه‌ای خوردن مفرط و بدون تشخیص را فراهم می‌کند. نمره‌گذاری سؤالات ۱-۲-۳-۴ به‌صورت لیکرت و ۸امتیازی بین ۷-۰ است، که جمع آنها، نگرش فرد را در مورد تصویر بدنی خود می‌سنجد. سؤال ۵ به‌صورت بله یا خیر پاسخ داده می‌شود و سؤالات ۶-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴ به‌صورت بله، خیر و نمی‌دانم پاسخ داده می‌شوند، که جمع نمرات این سؤالات میزان فقدان کنترل فرد، زیاده روی در غذاخوردن و متعاقب آن، رفتارهای اجتنابی فرد از اجتماع را می‌سنجد. سؤال ۷ تعداد دفعات پرخوری را به‌طور متوسط در هفته در طول شش ماه گذشته بین ۷-۰ روز و سؤال ۸ تعداد دفعات پرخوری را به‌طور متوسط در هفته در طول سه ماه گذشته بین ۱۴-۰ روز مورد پرسش قرار می‌دهند. سؤالات ۱۵-۱۶-۱۷-۱۸ میزان رفتارهای جبرانی به‌صورت ایجاد استفراغ عمدی، استفاده از مسهل، حذف وعده های غذایی، روزه‌گرفتن و ورزش شدید را بین ۱۴-۰ بار در طول سه ماه گذشته مورد سؤال قرار می‌دهد. در سؤال ۱۹ وزن برحسب کیلوگرم و در سؤال ۲۰ قد برحسب متر مورد پرسش قرار می‌گیرد. سؤال ۲۱ تعداد دفعاتِ ازدست‌دادنِ دوره‌های قاعدگی را در طول سه ماه گذشته بررسی می‌کند و سؤال ۲۲ نیز مربوط به مصرف یا عدم مصرف قرص‌های جلوگیری از بارداری است که به‌صورت بله یا خیر به این سؤالا پاسخ داده می‌شود [۲۲]. روایی ملاکی، پیش‌بین و همگرای این پرسش‌نامه توسط استیک و همکاران (۲۰۰۰) تأیید شده است و پایایی این ابزار براساس روش بازآزمایی بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمونه با وزن نرمال، ۰/۸۷ و برای نمونه دارای اضافه‌وزن، ۰/۸۳ به‌دست آمد. این پرسش‌نامه توسط خبیر و همکاران [۲۳] در ایران اعتباریابی شده است و برای بررسی روایی سازهٔ آن، از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد که بار عاملی همهٔ گویه‌ها بالای ۰/۳۵ و قابل‌قبول به‌دست آمد. همچنین ضرایب همسانی درونی و هم‌بستگی دونیمه‌سازی اسپیرمن- براون و گاتمن به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ برآورد گردید.

پرسش‌نامهٔ عزت‌نفس آیزنک (Eysenck Self-Esteem Inventory)

این پرسش‌نامه بخشی از پرسش‌نامهٔ شخصیت آیزنک (۱۹۷۶) و شامل ۳۰ سؤال است که افراد باید به آنها با «بله»، «خیر» یا «نمی‌دانم» پاسخ دهند. در نمره‌گذاری پرسش‌نامه برای سؤالات ۱، ۲، ۵، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۹، ۳۰ گزینهٔ بله ۱ امتیاز و گزینهٔ خیر صفر امتیاز و برای سؤالات ۳، ۴، ۶، ۷، ۸، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹ ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷ و ۲۸ گزینهٔ خیر ۱ امتیاز و گزینهٔ بله صفر امتیاز دریافت خواهند کرد. در مواردی که گزینهٔ نمی‌دانم، انتخاب شود نیم نمره (۰/۵) از امتیاز سؤال موردنظر کسب خواهد شد. برای به‌دست‌آوردنِ امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات تک‌تک سؤالات با هم جمع می‌شوند. نمرهٔ کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۳۰ قرار می‌گیرد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده عزت‌نفس بالاتر فرد است و برعکس. هرمزی‌نژاد (۱۳۸۰) روایی سازهٔ این پرسش‌نامه را برای دانشجویان دختر ۰/۷۴و برای دانشجویان پسر ۰/۷۹ و پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ و با استفاده از روش تصنیف ۰/۸۷ گزارش کرده است. همچنین مهرابی‌زاده هنرمند و همکاران پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ به‌دست آوردند [۲۴].

شاخص تودهٔ بدنی کوتله (BMI)

یکی از ابزارهای رایج و استاندارد برای ارزیابی وضعیت وزن افراد نسبت به قد آنها است که به‌طور گسترده در مطالعات مرتبط با سلامت جسمی، چاقی و اضافه‌وزن استفاده می‌شود. این شاخص از تقسیم وزن فرد (برحسب کیلوگرم) بر مجذور قد (برحسب متر) به‌دست می‌آید [۲۵].

نتایج

یافته‌های توصیفی نشان داد میانگین سنی گروه درمان سایکودرام ۷/۱۴ ± ۳۲/۳۳ سال و گروه کنترل ۷/۰۱ ± ۳۳/۰۰ سال بود. جدول شمارهٔ ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی جامعهٔ پژوهش دو گروه درمان سایکودرام و کنترل را نشان می‌دهد. باتوجه به جدول شمارهٔ ۱ بیشتر نمونه‌های مورد مطالعه، از نظر سطح تحصیلات دیپلم و زیردیپلم (۸ نفر در گروه درمان سایکودرام و ۷ نفر در گروه کنترل) بودند. بین دو گروه از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشته و دو گروه از لحاظ این متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن بودند (P<۰/۰۵). برای بررسی تغییرات متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف‌معیار) به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی گروه مداخله و گواه مراجعه‌کنندگان به مراکز تغذیه و رژیم‌درمانی.

متغیر جمعیت‌شناختی	گروه		نتیجهٔ آزمون
	آموزش سایکودرام (تعداد:۱۵) (درصد) تعداد	کنترل (تعداد:۱۵) (درصد) تعداد	
سطح تحصیلات			
دیپلم و زیردیپلم	۸(۵۳/۳)	۷(۴۶/۶)	$\chi^2(۲)= ۰/۱۶$
کارشناسی	۵(۳۳/۳)	۶(۴۰)	$P=۰/۹۲۴$
کارشناسی ارشد و بالاتر	۲(۱۳/۴)	۲(۱۳/۴)	
سن (سال)؛ (انحراف‌معیار) میانگین	۳۲/۳۳(۷/۱۴)	۳۳/۰۰(۷/۰۱)	$t(۲۸)=-۰/۲۶$ ،$P=۰/۷۹۸$

χ: آزمون کای اسکوئر، t: آزمون t مستقل

در این جدول توزیع سطح تحصیلات به‌صورت درصد و تعداد، و سن به‌همراه میانگین و انحراف‌معیار برای هر گروه گزارش شده است. آزمون کای‌دو برای سطح تحصیلات و آزمون t مستقل برای مقایسهٔ میانگین سن به‌کار رفته است. مقادیر P بالاتر از ۰/۰۵ نشان‌دهندهٔ نبودِ تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های آموزش و کنترل.

متغیر	مرحله	آموزش سایکودرام		کنترل	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
اختلال خوردن	پیش‌آزمون	۵۹/۹۳	۶/۱۱	۵۹/۴۰	۵/۰۵
	پس‌آزمون	۵۲/۱۳	۶/۷۲	۵۸/۶۰	۶/۸۴
	پیگیری	۵۱/۴۰	۶/۳۴	۵۸/۲۷	۵/۸۳
شاخص تودهٔ بدنی	پیش‌آزمون	۲۷/۲۲	۱/۳۶	۲۸/۰۲	۱/۵۴
	پس‌آزمون	۲۴/۷۵	۲/۸۴	۲۷/۳۹	۱/۶۶
	پیگیری	۲۴/۴۲	۲/۴۶	۲۷/۴۸	۱/۶۰
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	۱۳/۲۰	۲/۷۳	۱۴/۴۶	۲/۶۱
	پس‌آزمون	۱۹/۲۶	۴/۷۱	۱۴/۹۳	۳/۵۳
	پیگیری	۱۹/۲۰	۴/۹۰	۱۴/۵۳	۳/۹۲

در این جدول در هر گروه مقادیر میانگین ± انحراف‌معیار متغیرها از سنجش تعداد ۳۰ نمونه محاسبه شده است.

نتایج نشان می‌دهند در متغیر اختلال خوردن، میانگین نمرات گروه آموزش سایکودرام از ۵۹/۹۳ در مرحلهٔ پیش‌آزمون (با انحراف‌معیار ۶/۱۱) به ۵۲/۱۳ در پس‌آزمون (۶/۷۲) و سپس به ۵۱/۴۰ در مرحلهٔ پیگیری (۶/۳۴) کاهش یافته است. درمقابل، میانگین نمرات گروه کنترل در سه مرحله به‌ترتیب ۵۹/۴۰ (۵/۰۵)، ۵۸/۶۰ (۶/۸۴) و ۵۸/۲۷ (۵/۸۳) بوده است که تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. در متغیر شاخص تودهٔ بدنی، گروه آزمایش از میانگین ۲۷/۲۲ (۱/۳۶) در پیش‌آزمون به ۲۴/۷۵ (۲/۸۴) در پس‌آزمون و ۲۴/۴۲ (۲/۴۶) در مرحلهٔ پیگیری رسیده است، درحالی‌که میانگین گروه کنترل در این سه مرحله به‌ترتیب ۲۸/۰۲ (۱/۵۴)، ۲۷/۳۹ (۱/۶۶) و ۲۷/۴۸ (۱/۶۰) بوده است. همچنین در متغیر عزت‌نفس، میانگین نمرات گروه آموزش سایکودرام از ۱۳/۲۰ (۲/۷۳) در پیش‌آزمون به ۱۹/۲۶ (۴/۷۱) در پس‌آزمون و ۱۹/۲۰ (۴/۹۰) در پیگیری افزایش یافته است، درحالی‌که میانگین نمرات گروه کنترل در مراحل مختلف به‌ترتیب ۱۴/۴۶ (۲/۶۱)، ۱۴/۹۳ (۳/۵۳) و ۱۴/۵۳ (۳/۹۲) بوده است. نتایج شاپیرو ویلک نشان داد که سطح معناداری متغیرهای اختلالات خوردن، شاخص تودهٔ بدنی و عزت‌نفس در هر یک از گروه‌های درمان سایکودرام و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بالاتر از ۰/۰۵ بود ($P>۰/۰۵$)؛ بنابراین براساس آزمون شاپیرو ویلک، توزیع متغیرهای اختلالات خوردن، شاخص تودهٔ بدنی و عزت‌نفس در مراحل پژوهش در دو گروه آموزش و کنترل نرمال بود. نتایج آزمون همگنی واریانس (لوین) نیز نشان داد بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای اختلالات خوردن، شاخص تودهٔ بدنی و عزت‌نفس در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ وجود نداشت ($P>۰/۰۵$)، به این معنی که همگنی واریانس برقرار بود. جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرها را نشان می‌دهد. اثر تعامل مراحل و گروه بر متغیر اختلالات خوردن، شاخص تودهٔ بدنی و عزت‌نفس در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود. گروه آموزش و کنترل از لحاظ متغیر اختلالات

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]

خوردن، شاخص تودهٔ بدنی و عزت‌نفس در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین مجذور اتا برای متغیرها بیشتر از ۰/۱ به‌دست آمد که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در جامعه بزرگ و قابل‌توجه است و اثر اصلی عامل درون‌گروهی بر متغیرها در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. برای بررسی اثربخشی مداخله براساس تفاوت میانگین نمرات بین گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون مقایسهٔ میانگین‌ها در جدول ۴ استفاده شد. در متغیر اختلالات خوردن، در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد (تفاوت میانگین: ۰/۵۳، P=۰/۷۹۶). اما در مرحلهٔ پس‌آزمون، تفاوت میانگین به میزان ۶/۴۶- با سطح معناداری ۰/۰۱۴ به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ کاهش معنی‌دار در گروه آزمایش است. این روند در مرحلهٔ پیگیری نیز ادامه داشت و تفاوت میانگین به ۶/۵۳- رسید (P=۰/۰۰۵)، که نشان‌دهندهٔ پایداری اثر مداخله است. در مورد شاخص تودهٔ بدنی، در پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد (تفاوت میانگین: ۰/۸۰-، P=۰/۱۴۳)، اما در پس‌آزمون، گروه آزمایش کاهش معناداری نسبت به گروه کنترل نشان داد (تفاوت میانگین: ۲/۶۳-، P=۰/۰۰۴). این تفاوت در مرحلهٔ پیگیری افزایش یافت و به ۳/۰۶- رسید (P<۰/۰۰۱). در متغیر عزت‌نفس، مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری نشان نداد (تفاوت میانگین: ۱/۲۶-، P=۰/۲۰۵)، بااین‌حال، در مرحلهٔ پس‌آزمون میانگین گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش یافت (تفاوت میانگین: ۴/۳۳، P=۰/۰۰۸) و این افزایش در مرحلهٔ پیگیری نیز حفظ شد (تفاوت میانگین: ۴/۶۶، P=۰/۰۰۸).همچنین در نمودار ۱ نتایج نشان‌دهندهٔ کاهش معنادار شاخص تودهٔ بدنی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری است، درحالی‌که در گروه کنترل تغییر چشم‌گیری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرها.

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	MS خطا	درجهٔ آزادی	آمارهٔ F	P	مجذور اتا
اختلالات خوردن	گروه‌ها	۴۰۹/۶۰	۹۵/۶۹	(۱ ,۲۸)	۴/۲۸	۰/۰۴۸	۰/۱۴
	مراحل	۲۶۲/۵۵	۱۱/۸۱	(۱/۶۰۵ ,۴۴/۹۳۵)	۲۲/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۴
	تعامل مراحل با گروه	۱۶۱/۸۸	۱۱/۸۱	(۱/۶۰۵ ,۴۴/۹۳۵)	۱۳/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۲
شاخص تودهٔ بدنی	گروه‌ها	۱۰۵/۷۷	۹/۷۶	(۱ ,۲۸)	۱۰/۸۳	۰/۰۰۳	۰/۲۸
	مراحل	۳۷/۴۹	۱/۵۱	(۱/۳۸۷ ,۳۸/۸۲۵)	۲۴/۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۶
	تعامل مراحل با گروه	۱۵/۴۶	۱/۵۱	(۱/۳۸۷ ,۳۸/۸۲۵)	۱۰/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۲۷
عزت‌نفس	گروه‌ها	۱۴۹/۵۱	۳۵/۳۶	(۱ ,۲۸)	۴/۲۲	۰/۰۴۹	۰/۱۳
	مراحل	۱۴۰/۳۱	۶/۲۳	(۱/۴۲۰ ,۳۹/۷۶۵)	۲۲/۴۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۴
	تعامل مراحل با گروه	۱۱۷/۳۷	۶/۲۳	(۱/۴۲۰ ,۳۹/۷۶۵)	۱۸/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۰

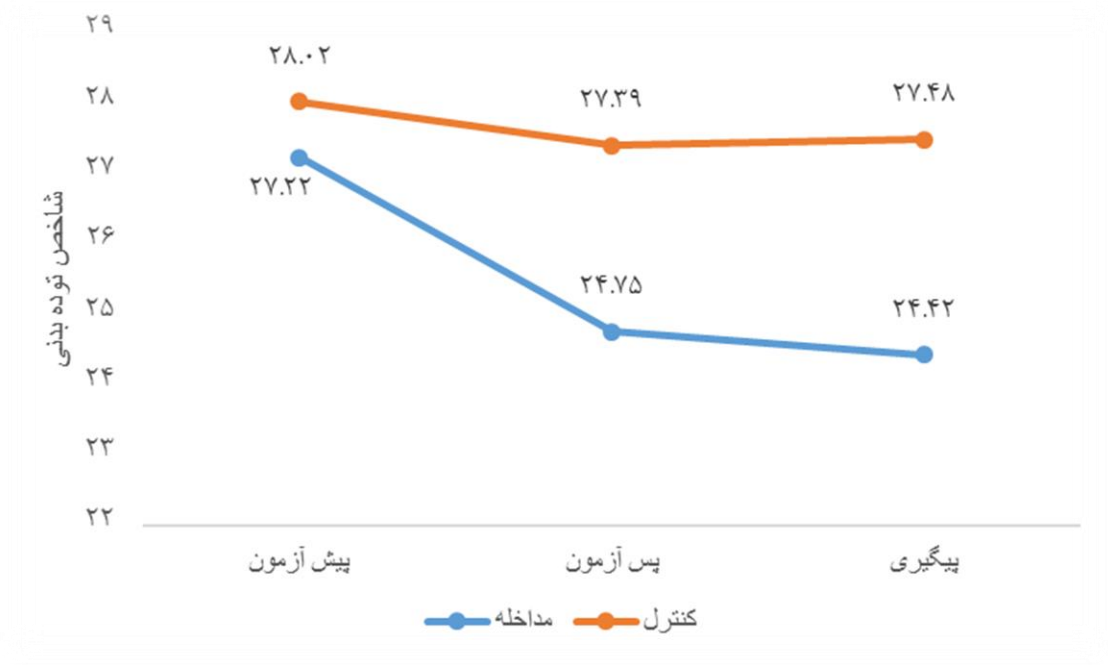
در این جدول اثرات اصلی گروه، مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری)، و تعامل آن‌ها بر سه متغیر اصلی پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته گزارش شده است. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده و اندازهٔ اثر با مجذور اتا ارائه شده است.

جدول ۴. مقایسهٔ میانگین گروه آموزش و کنترل در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای اختلالات خوردن، شاخص تودهٔ بدنی و عزت‌نفس.

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین گروه آموزش با کنترل	خطای استاندارد	P
اختلالات خوردن	پیش‌آزمون	۰/۵۳	۲/۰۴	۰/۷۹۶
	پس‌آزمون	-۶/۴۶*	۲/۴۷	۰/۰۱۴
	پیگیری	-۶/۸۶*	۲/۲۲	۰/۰۰۵
شاخص تودهٔ بدنی	پیش‌آزمون	-۰/۸۰	۰/۵۳	۰/۱۴۳
	پس‌آزمون	-۲/۶۳*	۰/۸۵	۰/۰۰۴
	پیگیری	-۳/۰۶*	۰/۷۵	<۰/۰۰۱
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	-۱/۲۶	۰/۹۷	۰/۲۰۵
	پس‌آزمون	۴/۳۳*	۱/۵۲	۰/۰۰۸
	پیگیری	۴/۶۶*	۱/۶۲	۰/۰۰۸

* P<۰/۰۰۱

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]



نمودار ۱. نمودار تغییرات شاخص تودۀ بدنی در سه مرحله بین گروه‌های مداخله و کنترل.

مداخله: آموزش سایکودرام، کنترل: هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. سطح معناداری آماری برای تحلیل تفاوت‌ها $P<0/05$ در نظر گرفته شده است.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد روان‌درمانی سایکودرام باعث کاهش علائم اختلالات خوردن در زنان دچار اضافه‌وزن شده و در مرحلۀ پیگیری نیز این کاهش ادامه داشته است. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های بوچاروا و همکاران [۱۹] و وود و همکاران [۲۰] است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت وود و همکاران [۲۰] معتقدند صحنۀ نمایش درمانی مکانی است که بین بخش هشیار و ناهشیار ذهن ارتباط برقرار می‌کند، برآیندهای عاطفی فرد را شکل می‌دهد و مقدمات فرایندهای شناختی را فراهم می‌کند. اکتساب این آمادگی‌های شناختی، عاطفی و برقراری ارتباط بین سطح هشیار و ناهشیار، به تغییر بینش، شناخت خود، شکستن مقاومت و درنتیجه بهبود علائم اختلال خوردن منجر می‌شود. درواقع، تکنیک‌های سایکودراما باعث پالایش درون فرد از عواطف منفی، سرکوب‌شده و پنهان می‌شود و این پاک‌سازی درونی منجر به کاهش علائم بسیاری از اختلالات می‌شود. همچنین سایکودرام با به‌کارگیری بداهه‌پردازی، ایفای نقش و دیگر تکنیک‌ها، داستان فرد را از روایت صرف به تجربه‌ای زنده تبدیل می‌کند و به او کمک می‌کند تا الگوهای غذایی و تجربیات درونی و بیرونی خود که مرتبط با الگوهای خوردن هستند را به‌گونه‌ای عمیق‌تر درک کند. بر این اساس زنان دارای اضافه‌وزن با شرکت در جلسات سایکودراما توانستند به نگرش‌های ناکارآمد و افکار نشخواری خود در مورد خوردن پی ببرند و با پذیرش تجارب درونی، جداسازی شناختی و ارزش‌مداری، علائم اختلال خوردن را در خود کاهش دهند. به‌علاوه، سایکودراما به زنان دارای اضافه‌وزن کمک کرد تا تجربیات آسیب‌زای خود را با بازسازی رویدادها در محیطی امن پردازش کنند و سپس با کمک تسهیل‌گر و اعضای گروه، مهارت‌های مقابله‌ای خود برای رویارویی با موقعیت‌های مختلف در زندگی واقعی را بهبود بخشند. درنتیجه، آنها توانستند با تغییر مهارت‌های مقابله‌ای، عادات و رفتارهای ناسالم خود را کنار بگذارند و علائم اختلال خوردن را در خود کاهش دهند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد روان‌درمانی سایکودرام باعث کاهش شاخص تودۀ بدنی در زنان دچار اضافه‌وزن شده و در مرحلۀ پیگیری نیز این کاهش ادامه داشته است. این یافته همسو با نتایج پژوهش شکرانه و همکاران [۱۷] است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت سایکودرام یک فن درمانگری براساس بدیهه‌سازی صحنه‌های نمایشی در یک موضوع معین به‌وسیلۀ گروهی از افراد است که مشکل مشابه دارند. این شیوه ازطریق ترکیب بازی‌ها و نمایش‌های تجسمی، نقش‌ها و ارائۀ تصاویر به افراد کمک می‌کند تا مسائل اجتماعی و روان‌شناختی خود را در بافتی واقعی بازآفرینی کنند، نه اینکه فقط دربارۀ آن حرف بزنند. علاوه‌براین، این شیوۀ درمانی روشی قدرتمند است که به افراد کمک می‌کند تا داستان زندگی و احساسات خود را بازگو کنند و تمرین‌های رفتاری جدیدی را برای رنج، آسیب، اندوه، استرس و اضطراب خود به‌کار برند [۱۷]. همچنین سایکودرام با بهبود مهارت‌های اجتماعی، هم‌دلی و دریافت بازخوردهای مثبت همراه با

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]

حمایت، به تغییر مثبت در مراجعه‌کنندگان کمک می‌کند. درواقع، نمایش گروهی، تجربه‌ای است که باعث می‌شود افراد مهارت‌های ویژه‌ای درخصوص نحوهٔ برخورد با موضوعات مختلف کسب کنند و مسیر جدیدی از عملکرد را پیش‌روی آنها قرار می‌دهد. درنتیجه، سایکودراما با ایجاد یک محیط قابل‌اطمینان و حمایتی برای زنان دارای اضافه‌وزن این امکان را فراهم ساخت تا آنان ازطریق بهبود احساس‌های مثبت مانند خوش‌بینی و احترام به خود بتوانند افکار و هیجانات خود را ابراز کنند و با کمک اعضای گروه و تجارب آنها، به مناسب‌ترین راه‌حل برای کاهش وزن خود و درنتیجه، کاهش شاخص تودهٔ بدنی دست پیدا کنند.

در ضمن، یافته‌های پژوهش نشان داد روان‌درمانی سایکودرام باعث افزایش عزت‌نفس در زنان دچار اضافه‌وزن شده و در مرحلهٔ پیگیری نیز این افزایش ادامه داشته است. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های شکرانه و همکاران [۱۷] و عرب‌پور خان‌میرزایی و همکاران [۱۸] است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت ازآنجاکه سایکودراما رویکردی اجتماعی دارد، شرکت زنان دارای اضافه‌وزن در این جلسات گروهی موجب تشویق و توسعه توانایی‌های فردی در قلمرو زندگی اجتماعی و برقراری روابط سالم‌تر فرد با دیگران شد و این امر در تقویت احساس ارزشمندی و عزت‌نفس زنان دارای اضافه‌وزن کمک شایانی کرد. همچنین افراد شرکت‌کننده در جلسات پژوهش حاضر با انجام تکنیک‌هایی مانند ایفای نقش، آینه و گفت‌وگو با خود، علاوه‌بر کسب بینش و خودشناسی، تخلیهٔ هیجانی را نیز تجربه کردند. درواقع، این زنان بعد از کسب آگاهی و بصیرت نسبت به خود، تلاش کردند رفتارهای نامطلوب خود را با رفتارهای سالم جایگزین کنند و احساس بهتری نسبت به خود تجربه کنند. به‌علاوه، این زنان با تخلیه هیجانی، احساسات و افکار منفی و ناکارآمد خود را برون‌ریزی کردند، شناخت کامل‌تری از دنیای درونی خود به‌دست آوردند و با پذیرش این دنیای درون، احساسات مثبت نسبت به خود را افزایش دادند و به عزت‌نفس بالاتری رسیدند. شکرانه و همکاران [۱۷] نیز معتقدند تکنیک‌های سایکودرام مانند ایفای نقش و وارونگی نقش می‌توانند مهارت‌های حل مسئله و نحوهٔ رویارویی سازگارانه با مشکلات را در افراد افزایش دهند و تغییرات چشمگیر و مثبتی در زندگی فرد و ارتباطات وی با دیگران ایجاد کنند و این تغییرات، بر احساسات فرد نسبت به خود و افزایش عزت‌نفس وی تأثیرگذار هستند. عرب‌پور خان‌میرزایی و همکاران [۱۸] نیز در مطالعهٔ خود به این نتیجه رسیدند که روان‌درمانی سایکودراما با ارائهٔ بازخوردهای قوی و حمایتی به اعضا و پروتاگونیست می‌تواند این فرصت را برای افراد فراهم سازد تا برخی ادراکات در مورد خود و ارتباط با دیگران را از نو تعریف کنند و به احساسات مثبت بالاتری در مورد خود دست یابند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌های مهمی بود که باید مورد توجه قرار گیرد؛ با توجه به انتخاب نمونه پژوهش حاضر به‌صورت در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به یک مرکز تغذیه و رژیم‌درمانی واقع در منطقهٔ ۳ تهران، تعمیم‌پذیری نتایج به جمعیت‌های دیگر (مثلاً مردان، مناطق جغرافیایی متفاوت) مورد تردید است و لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، نمونه از جامعهٔ گسترده‌تری انتخاب شود. در پژوهش حاضر برای انتخاب نمونه آماری از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و استفاده‌نکردن از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند رژیم غذایی و فعالیت بدنی و نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت شناختی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی، حمایت خانوادگی و سابقهٔ ژنتیکی چاقی، تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را کاهش می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای بررسی‌های جامع‌تر در مورد اثربخشی روان‌درمانی سایکودرام بر زنان دچار اضافه‌وزن، مهم‌ترین متغیرهای مداخله‌گر کنترل شوند و نقش تعدیل‌کنندگی عوامل جمعیت‌شناختی در نظر گرفته شود. در ضمن، دورهٔ پیگیری یک‌ماهه برای بررسی پایداری اثرات درمانی کوتاه است و پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، پیگیری‌های بلندمدت‌تر (۳ تا ۶ ماهه) انجام شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج تحقیق، سایکودرام بر اختلالات خوردن، شاخص تودهٔ بدنی و عزت‌نفس در زنان دارای اضافه‌وزن تأثیر می‌گذارد. بنابراین، سایکودرام مانند بسیاری از درمان‌های روان درمانی می‌تواند نتایج مثبتی مانند بهبود جرات‌ورزی، بهبود روابط اجتماعی و شناخت خود درمان اختلالات خوردن، کاهش شاخص تودهٔ بدنی و افزایش عزت‌نفس را به‌همراه داشته باشد. درنتیجه، می‌توان از روان‌درمانی و سایکودرام به‌عنوان روشی مناسب برای مقابله با پیامدهای منفی اضافه‌وزن، مشکلات اختلالات خوردن، شاخص تودهٔ بدنی بالا و عزت‌نفس پایین استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

از شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر می‌شود. این مطالعه، بدون هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شده است.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]

تضاد منافع

درراستای فرایند آموزشی EDC نویسندگان این مطالعه هیچ تضاد منافعی ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله دارای کد اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1403.054 است.

REFERENCES

1. Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, Boulila W, Shapi'i A. A systematic literature review on obesity: understanding the causes and consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. Comput Biol Med. 2021;136:104754. [DOI:10.1016/j.compbiomed.2021.104754]
2. Eidy F, Jafarizadeh R, Shoghi F, Moradian A, Dolatabadi F, Rabiei S. Investigating the quality of life of adolescents with overweight and obesity using an IWQOL-Kids questionnaire. Iran J Endocrinol Metab. 2024;20(4):251-260. [DOI:10.18502/ijre.v20i4.18871]
3. Toledo PR, Lotufo-Neto F, Verdeli H, Pilowsky DJ, Johns S, Fiore LA, et al. Interpersonal psychotherapy for treatment of obesity: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2023;320:319-329. [DOI:10.1016/j.jad.2022.09.070]
4. Naserifar M, Sarrajkhorrami N, Safarzadeh S, Heydarei A. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy on body worth in obese women. Rooyesh. 2024;13(7):111-120. [Link]
5. Chehraghi MJ, Mohammadi Shir Mahalleh F, Shokrgozar A, Abolhasani M, Ramezani MA. Comparing the therapeutic diet combined with exercise and its combination with group emotion-focused therapy on impulse control in obese individuals with binge eating disorder. Rooyesh. 2023;12(8):97-106. [Link]
6. Robatto AP, Cunha CM, Moreira LAC. Diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents. J Pediatr (Rio J). 2024;100(1):88-96. [DOI:10.1016/j.jped.2023.12.001]
7. Mandal Das M, Pachisia J. A pilot study on eating habits and behavioral disorders among teenagers. Int J Future Multidiscip Res. 2024;6(2):1-13. [DOI:10.36948/ijfmr.2024.v06i02.15262]
8. Mirzaei F, Babaei Hefzabad S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety, metacognitive and meta-emotional beliefs in obese women with eating disorders in Khomain City. Psychol Disord Ment Health. 2025;4(1):1-12. [DOI:10.61838/kman.pdmd.4.1.15]
9. Niknam M, Nikjou N, Aminayi P. Body dissatisfaction and eating disorder symptoms in Iranian women aspiring fashion: the mediating role of anxiety. J Psychol Stud. 2025;21(1):129-143. [DOI:10.22051/psy.2025.48305.3025]
10. Sarvi F, Zare F, Zare MR, Yosaee S. Relationship between body mass index and depression score in obese patients referred to nutrition clinics in Qirokarzin City. J Prev Med. 2024;11(2):122-131. [DOI:10.32598/JPM.11.2.661.2]
11. Algamdi M. Exploring body mass index and gender-based self-esteem differences in Saudi Arabia. Front Public Health. 2025;12:1495973. [DOI:10.3389/fpubh.2024.1495973]
12. Robert M, Allès B, Gisch UA, Shankland R, Hercberg S, Touvier M, et al. Cross-sectional and longitudinal associations between self-esteem and BMI depend on baseline BMI category in a population-based study. BMC Public Health. 2024;24:230. [DOI:10.1186/s12889-024-17755-z]
13. Alves R, Petitjean H, Druzhinenko-Silhan D. Psychological approaches to obesity in young adults: state of the art. Front Nutr. 2024;11:1328386. [DOI:10.3389/fnut.2024.1328386]
14. Pylypenko N, Radchuk H, Shevchenko V, Horetska O, Serdiuk N, Savytska O. The psychodrama method of group psychotherapy. BRAIN. 2023;14(3):134-149. [DOI:10.18662/brain/14.3/466]
15. Krupa M, Balogh-Pecsi A. Drama-based therapy program in the recovery of adults with addictive disorders. Eur Psychiatry. 2024;67(1):416-426. [DOI:10.1192/j.eurpsy.2024.859]
16. Bagherian M, Azadi M, Azad Abdullahpour M. Effectiveness of group psychodrama on life satisfaction, self-compassion, and positive emotions in depressed patients. Psychol Disord Ment Health. 2024;3(2):10-20. [DOI:10.61838/kman.pdmd.3.2.8]
17. Shokraneh E, Neshat-Doost HT, Abedi MR, Talebi H. Effect of psychodrama on body mass index, self-esteem and cognitive regulation of emotion in obese female children. J Res Behav Sci. 2016;14(3):331-338. [Link]
18. Arabpour Khanmirzaei S, Zare Bahramabadi M, Khoramian F. Effectiveness of psychodrama on body image of senior high female students in Tehran, district 15. JCHR. 2021;10(4):296-304. [DOI:10.18502/jchr.v10i4.8335]
19. Bucharova M, Mala A, Kantor J, Svobodova Z. Arts therapies interventions and their outcomes in the treatment of eating disorders: scoping review protocol. Behav Sci. 2020;10(188):1-13. [DOI:10.3390/bs10120188]
20. Wood L, Hartung S, Al-Qadfan F, Wichmann S, Cho A, Bryant D. Drama therapy and the treatment of eating disorders: advancing towards clinical guidelines. Arts Psychother. 2022;80:101948. [DOI:10.1016/j.aip.2022.101948]
21. Sarrami N, Yazdkhasti F, Oreyzi-Samani H. Effectiveness of psychodrama with transactional analysis on emotion regulation and social-adaptive functions in female adolescents with maladaptive parenting. J Clin Psychol. 2018;9(4):83-94. [DOI:10.22075/jcp.2018.9802]
22. Stice E, Telch CF, Rizvi SL. Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. Psychol Assess. 2000;12(2):123-131. [DOI:10.1037/1040-3590.12.2.123]
23. Khabir L, Mohamadi N, Rahimi Ch. Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale (EDDS). JKUMS. 2014;18(2):1-8. [Link]
24. Mehrabizadeh Honarmand M, Hashemi A, Basaknejad S. Effect of Islamic multifaceted therapy on depression and self-esteem of students. Ravanshenasi-va-Din. 2011;4(3):31-48. [DOI: 10.61186/ijpb.16.1.165]
25. Nuttall FQ. Body mass index: obesity, BMI, and health: a critical review. Nutr Today. 2015;50(3):117-128. [DOI:10.1097/NT.0000000000000092]

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-26]