

تبیین تجربه ذهنی افراد مبتلا به اختلالات خوردن از انگیزش برای تغییر رفتار

تاریخ ارسال: ۱ اردیبهشت ۱۴۰۳

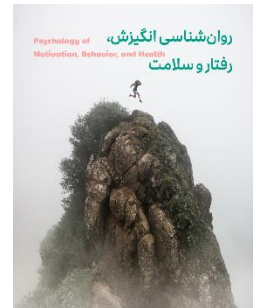
تاریخ بازنگری: ۷ خرداد ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۸ خرداد ۱۴۰۳

تاریخ چاپ: ۱۳ تیر ۱۴۰۳

۱. زهرا سادات هاشمی: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. علی فتحی*: گروه روان‌شناسی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: ali.fthi12@gmail.com



چکیده

هدف این پژوهش، تبیین تجربه ذهنی افراد مبتلا به اختلالات خوردن از انگیزش برای تغییر رفتار بود. این مطالعه به روش کیفی و با استفاده از رویکرد تحلیل مضمون انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۰ فرد مبتلا به اختلالات خوردن بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند از مراکز روان‌درمانی شهر تهران انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد و روند جمع‌آوری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. مصاحبه‌ها ضبط، پیاده‌سازی و سپس با استفاده از نرم‌افزار NVivo تحلیل شدند. در تحلیل داده‌ها از روش شش مرحله‌ای براون و کلارک استفاده شد. تحلیل داده‌ها منجر به استخراج سه مقوله اصلی شامل «فشارهای درونی و شخصی برای تغییر»، «حمایت‌ها و موانع بین فردی» و «فرایند درونی انگیزش برای تغییر» شد. هر مقوله شامل مجموعه‌ای از زیرمقوله‌ها و مفاهیم باز بود. مشارکت‌کنندگان عواملی چون شرم، آگاهی از پیامدهای جسمی، حمایت عاطفی، رابطه درمانی و معنا یافتن در رنج را به عنوان بخش‌هایی از تجربه انگیزش برای تغییر توصیف کردند. انگیزش برای تغییر در افراد مبتلا به اختلالات خوردن، پدیده‌ای پیچیده، چندلایه و متأثر از عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و درونی است. درک تجربه زیسته این افراد می‌تواند به طراحی مداخلات درمانی متناسب با نیازهای واقعی آن‌ها و ارتقاء اثربخشی درمان کمک کند.

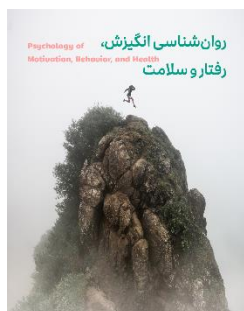
کلیدواژه‌گان: اختلالات خوردن، انگیزش برای تغییر، تحلیل مضمون، تجربه زیسته، مطالعه کیفی

شیوه استناددهی: هاشمی، زهرا سادات، و فتحی، علی. (۱۴۰۲). تبیین تجربه ذهنی افراد مبتلا به اختلالات خوردن از انگیزش برای تغییر رفتار. روانشناسی انگیزش، رفتار و سلامت، ۱(۲)، ۸-۱.



۱۴۰۲ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Explaining the Subjective Experience of Individuals with Eating Disorders Regarding Motivation for Behavior Change: A Qualitative Study



1. Zahra Sadat Hashemi: Department of Clinical Psychology, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
2. Ali Fathi*: Department of Health Psychology, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

*Corresponding Author's Email: ali.fthi12@gmail.com

Submit Date: 20 April 2024

Revise Date: 27 May 2024

Accept Date: 17 June 2024

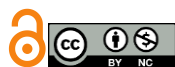
Publish Date: 3 July 2024

Abstract

This study aimed to explain the subjective experience of individuals with eating disorders regarding motivation for behavior change. This qualitative study was conducted using thematic analysis. Twenty individuals diagnosed with eating disorders were selected through purposive sampling from psychotherapy centers in Tehran. Data were collected via semi-structured interviews and continued until theoretical saturation was reached. Interviews were recorded, transcribed, and analyzed using NVivo software. The six-phase approach of Braun and Clarke was applied for data analysis. Thematic analysis revealed three main themes: "Internal and Personal Pressures for Change," "Interpersonal Supports and Barriers," and "Inner Process of Motivation for Change." Each theme consisted of several subthemes and open codes. Participants described shame, awareness of physical consequences, emotional support, therapeutic alliance, and meaning-making as integral components of their motivational experience. Motivation for change in individuals with eating disorders is a complex, multilayered phenomenon influenced by psychological, interpersonal, and intrapersonal factors. Understanding their lived experience can inform the development of tailored therapeutic interventions and improve treatment effectiveness.

Keywords: *Eating disorders, motivation for change, thematic analysis, lived experience, qualitative study*

How to cite: Hashemi, Z. S., & Fathi, A. (2023). Explaining the Subjective Experience of Individuals with Eating Disorders Regarding Motivation for Behavior Change: A Qualitative Study. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 1(2), 1-8.



© 2023 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

اختلالات خوردن از جمله مشکلات پیچیده و چندبعدی روانی هستند که با الگوهای ناسالم خوردن، نگرش‌های منفی نسبت به بدن و رفتارهای کنترل‌گرایانه در زمینه تغذیه مشخص می‌شوند (American Psychiatric Association, 2013). این اختلالات نه تنها پیامدهای جسمی و روانی گسترده‌ای برای فرد به همراه دارند، بلکه اغلب با احساس شرم، خودانتقادی شدید، اضطراب و افسردگی نیز همراه‌اند (Treasure, Stein & Maguire, 2015). در حالی که طیف گسترده‌ای از درمان‌های روان‌شناختی و پزشکی برای اختلالات خوردن پیشنهاد شده‌اند، اما یکی از چالش‌های اصلی در درمان این اختلالات، مقاومت بیماران در برابر تغییر و نوسان در انگیزش برای آغاز یا ادامه درمان است (Serpell et al., 1999). در واقع، انگیزش برای تغییر رفتاری به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی در پیش‌آگهی و موفقیت درمانی در نظر گرفته می‌شود، اما ماهیت ذهنی، متناقض و اغلب شکننده آن نیازمند بررسی عمیق و از دیدگاه فردی است (Vitousek, Watson & Wilson, 1998).

در سال‌های اخیر، مطالعات نشان داده‌اند که تجربه ذهنی افراد مبتلا به اختلالات خوردن از انگیزش برای تغییر بسیار متنوع و تحت تأثیر عوامل درون‌فردی، بین‌فردی و فرهنگی است (Williams et al., 2018). برخی از افراد ممکن است به دلیل مشکلات جسمی، نظیر ضعف بدنی یا ترس از عواقب پزشکی، به سمت تغییر سوق پیدا کنند، در حالی که برخی دیگر ممکن است به دلیل فشارهای اجتماعی، روابط بین‌فردی یا تجربه طرد اجتماعی به انگیزه‌ای برای تغییر برسند (Rieger et al., 2000). در این میان، عوامل روان‌شناختی نظیر شرم، گناه، ناامیدی و همچنین نقاط عطف روانی مانند بحران‌های شخصی یا پیامدهای ناگهانی سلامت، نقشی تعیین‌کننده در شکل‌گیری این انگیزش ایفا می‌کنند (Nordbø et al., 2006). با این حال، بخش عمده‌ای از پژوهش‌های پیشین بر عوامل آماری، کمی و بالینی تمرکز داشته و کمتر به تجربه زیسته و درک درونی فرد از فرآیند انگیزش توجه شده است.

با توجه به اهمیت انگیزش در مراحل مختلف درمان اختلالات خوردن، استفاده از رویکردهای کیفی می‌تواند به‌طور مؤثری ابعاد پنهان و معناهای ذهنی نهفته در تجربه فردی را آشکار کند (Fox & Power, 2009). بر خلاف روش‌های کمی که بیشتر به شناسایی میزان انگیزش یا سطح آمادگی تغییر می‌پردازند، رویکردهای کیفی این امکان را فراهم می‌کنند که افراد، تجربه‌های خود از درگیری ذهنی، امید، ترس، مقاومت و پذیرش را به زبان خود بیان کنند. این رویکرد به درک بهتر نیازهای درمانی، طراحی مداخلات متناسب و تقویت پیوند درمانی کمک شایانی می‌کند (Geller, Cockell & Goldner, 2000).

یکی از مدل‌های مفهومی قابل توجه در زمینه انگیزش برای تغییر، مدل مراحل تغییر پروچاسکا و دی‌کلمنت است که افراد را در سطوح مختلفی از آمادگی برای تغییر طبقه‌بندی می‌کند (Prochaska & DiClemente, 1983). با این حال، این مدل بیشتر جنبه نظری و فرایندی دارد و کمتر به درک ذهنی فرد از مسیر تغییر پرداخته است. در مطالعات کیفی، یافته‌هایی به‌دست آمده که نشان می‌دهند افراد مبتلا به اختلالات خوردن اغلب تجربه‌ای چندلایه و دوگانه از انگیزش دارند؛ به‌طوری که هم‌زمان خواهان بهبودی هستند و از تغییر می‌ترسند (Goddard et al., 2013). این تضاد درونی می‌تواند فرایند درمان را به تأخیر بیندازد یا موجب قطع درمان شود، مگر آنکه در سطح روان‌شناختی عمیق مورد توجه قرار گیرد. همچنین تحقیقات نشان داده‌اند که تجربه رابطه درمانی، کیفیت حمایت اجتماعی، تصویر بدنی و حتی الگوهای فرهنگی پیرامون بدن و تغذیه، نقش مهمی در شکل‌گیری یا تضعیف انگیزش برای تغییر در این گروه از بیماران دارد (Williams & Reid, 2007). از این رو، هرگونه مداخله‌ای که بخواهد اثربخش باشد، باید با شناخت عمیق از معنای تغییر در ذهن خود فرد همراه باشد؛ مفهومی که تنها با مصاحبه‌های عمیق و تحلیل کیفی می‌توان به آن دست یافت.

مطالعه حاضر با هدف تبیین تجربه ذهنی افراد مبتلا به اختلالات خوردن از انگیزش برای تغییر رفتار انجام شده است. با بهره‌گیری از رویکرد کیفی و تحلیل مضمون، پژوهش حاضر تلاش دارد از زبان خود مشارکت‌کنندگان، عوامل، موانع، امیدها و نگرانی‌هایی که در ذهن آنان پیرامون تغییر رفتاری وجود دارد را کشف کند. با شناسایی مضامین اصلی در تجربه زیسته این افراد، می‌توان راهبردهای مداخله‌ای مؤثرتری طراحی کرد که متناسب با انگیزش درونی و واقعیت ذهنی آنان باشد. همچنین این یافته‌ها می‌توانند به روان‌درمانگران، مشاوران تغذیه، و سایر متخصصان سلامت روان در تعامل بهتر و طراحی درمان‌های فردمحور کمک کنند.

در این پژوهش، از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با بیست نفر از افراد مبتلا به اختلالات خوردن ساکن تهران استفاده شد. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و تا رسیدن به اشباع نظری، روند گردآوری داده‌ها ادامه یافت. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون و با کمک نرم‌افزار NVivo انجام گرفت. در نهایت، سه مقوله اصلی و چندین زیرمقوله و مفهوم باز از تجربه ذهنی مشارکت‌کنندگان استخراج شد که در بخش یافته‌ها به تفصیل گزارش خواهند شد. این یافته‌ها افق تازه‌ای در درک انگیزش برای تغییر در زمینه اختلالات خوردن می‌گشایند و می‌توانند به عنوان مبنایی برای مداخلات روان‌درمانی معنادار، فرهنگی محور و مشارکت‌محور استفاده شوند.

روش‌شناسی

این پژوهش با رویکرد کیفی و به روش تحلیل مضمون (Thematic Analysis) انجام شد. هدف از این مطالعه، تبیین تجربه ذهنی افراد مبتلا به اختلالات خوردن از انگیزش برای تغییر رفتار بود. جامعه پژوهش شامل افراد بزرگسال مبتلا به اختلالات خوردن (شامل بی‌اشتهایی عصبی، پرخوری عصبی و اختلال پرخوری) بود که در مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران خدمات درمانی دریافت می‌کردند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و مبتنی بر ملاک بود، به گونه‌ای که افراد دارای تجربه زیسته از اختلال خوردن و تمایل به تغییر رفتار انتخاب شدند. در مجموع، ۲۰ نفر در این مطالعه شرکت کردند و فرایند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شدند. سوالات مصاحبه به صورت باز طراحی شده بودند تا امکان کاوش عمیق در تجربه زیسته شرکت‌کنندگان فراهم شود. نمونه‌ای از سوالات شامل موارد زیر بود: «چه عواملی باعث شد که به فکر تغییر رفتار تغذیه‌ای خود بیفتید؟»، «در مسیر تغییر چه موانعی را تجربه کردید؟» و «چه چیزهایی شما را در این مسیر حمایت یا بازداشت کرد؟». هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۰ دقیقه به طول انجامید و با رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان ضبط و سپس وادویی شد.

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار NVivo نسخه ۱۲ انجام شد. فرایند تحلیل به صورت شش مرحله‌ای مطابق با روش براون و کلارک (۲۰۰۶) انجام شد که شامل آشنایی با داده‌ها، استخراج کدهای اولیه، جست‌وجوی مضامین، بازبینی مضامین، تعریف و نام‌گذاری مضامین، و در نهایت، گزارش‌نویسی بود. جهت افزایش دقت و اعتبار تحلیل‌ها، دو پژوهشگر مستقل کدگذاری اولیه را انجام داده و در موارد اختلاف با بحث و توافق به جمع‌بندی رسیدند. همچنین برای تأمین قابلیت اعتماد، معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا (۱۹۸۵) شامل اعتبار، قابلیت انتقال، قابلیت تأیید و قابلیت اتکا رعایت شد.

یافته‌ها

مقوله اول: فشارهای درونی و شخصی برای تغییر

آگاهی از پیامدهای اختلال خوردن:

بسیاری از مشارکت‌کنندگان با اشاره به تجربیات فیزیکی و روانی ناخوشایند ناشی از اختلال خوردن، این آگاهی را به‌عنوان نقطه‌ای محوری در ایجاد انگیزش برای تغییر توصیف کردند. یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشت: «وقتی دیدم دیگه توان بالا رفتن از پله‌ها رو ندارم و دائم ضعف می‌کنم، فهمیدم باید یه کاری بکنم». مشکلاتی همچون کاهش انرژی، اختلال در خواب، احساس خجالت از بدن و نگرانی درباره سلامت از مهم‌ترین عوامل انگیزشی در این بخش بودند.

شرم و خودسرزنی:

احساس شرم از رفتارهای خوردن بیمارگون و خودسرزنی مداوم، در اغلب مشارکت‌کنندگان دیده می‌شد. یکی از آن‌ها گفت: «بعد از هر بار پرخوری، از خودم بدم می‌اومد، جلوی آینه می‌ایستادم و گریه می‌کردم». این احساسات منفی غالباً با مقایسه خود با دیگران و حس گناه پس از خوردن همراه بود که خود به‌عنوان محرکی برای تلاش در جهت تغییر ظاهر شد. ترس از از دست دادن کنترل:

تجربه ناتوانی در مدیریت الگوهای خوردن، منجر به احساس بی‌ثباتی و ترس شد. مشارکت‌کننده‌ای اشاره کرد: «بعضی وقتا انگار خودم نیستم؛ یه چیزی منو مجبور می‌کنه بخورم و بعدش پشیمون می‌شم». این وضعیت منجر به اضطراب شدید و انگیزش برای بازپس‌گیری کنترل رفتار خوردن می‌شد.

نیاز به بازسازی تصویر ذهنی از خود:

بسیاری از مشارکت‌کنندگان به میل درونی برای بازسازی عزت‌نفس و تصویر ذهنی مثبت از خود اشاره کردند. در این راستا، انگیزش برای پذیرش خود و بازگشت به هویت سالم، بسیار پررنگ بود. یکی از آن‌ها گفت: «می‌خواستم خودمو همون‌طوری که هستم بپذیرم، نه فقط یه عدد روی ترازو».

تجربه نقاط عطف روانی:

نقاط عطفی چون پایان یک رابطه، هشدار پزشک یا تجربه مرگ عزیزان، عامل بیدارباش برای آغاز مسیر تغییر بودند. یک مشارکت‌کننده تجربه خود را چنین توصیف کرد: «وقتی دکتر گفت اگه همین‌جوری ادامه بدم ممکنه آسیب جدی ببینم، اون لحظه مثل یه سیلی بود که بیدارم کرد».

مقوله دوم: حمایت‌ها و موانع بین فردی

نقش خانواده در انگیزش:

نقش خانواده دوگانه و گاه متضاد بود؛ برخی از مشارکت‌کنندگان از تشویق و حمایت عاطفی اعضای خانواده سود می‌بردند، در حالی که برخی دیگر از فشارهای مستقیم و مقایسه‌های مکرر رنج می‌بردند. یک نفر بیان کرد: «امانم همیشه می‌گفت تو هم می‌تونی لاغر شی اگه بخوای، ولی وقتی من غذا می‌خوردم نگاهش پر از قضاوت بود».

تأثیر گروه همسالان:

تجربه طرد اجتماعی و تحقیر در جمع دوستان، انگیزه‌ای منفی اما قدرتمند برای تغییر ایجاد کرده بود. یک مشارکت‌کننده توضیح داد: «وقتی دوستم بهم گفت چرا این‌قدر شکمت زده بیرون، اون شب خوابم نبرد و از فرداش تصمیم گرفتم دیگه این‌جوری نباشم».

رابطه با درمانگر:

رابطه‌ای مبتنی بر اعتماد و عدم قضاوت با درمانگر، نقش کلیدی در فرآیند تغییر داشت. مشارکت‌کننده‌ای گفت: «اولین بار توی جلسه مشاوره بود که یکی حرفامو بدون قضاوت گوش داد و بهم گفت حق داری این‌جوری احساس کنی، همون جا انگار یه چیزی تو دلم آروم شد».

نقش شبکه‌های اجتماعی:

تجربه استفاده از شبکه‌های اجتماعی دو سویه بود؛ برخی از مشارکت‌کنندگان از گروه‌های حمایتی و محتوای الهام‌بخش بهره‌مند شده بودند، در حالی که برخی دیگر از مقایسه‌های مخرب و تصاویر غیرواقعی آسیب دیده بودند. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «وقتی صفحه‌های تناسب اندام رو می‌دیدم، احساس بی‌ارزشی می‌کردم ولی بعد رفتم سراغ صفحه‌هایی که بدن‌های واقعی نشون می‌دادن».

برخوردهای آسیب‌زا از اطرافیان:

اظهارنظرهای تحقیرآمیز و توصیه‌های غیرعلمی از سوی اطرافیان، موجب تقویت اضطراب و تلاش برای تغییر صرفاً برای رضایت دیگران شده بود. یک شرکت‌کننده عنوان کرد: «یکی از فامیل‌ها سر سفره گفت چه قدر چاق شدی، اون جمله تا ماه‌ها تو ذهنم تکرار می‌شد».

مقوله سوم: فرایند درونی انگیزش برای تغییر

شکل‌گیری تصمیم درونی:

تصمیم به تغییر اغلب پس از رسیدن به آستانه تحمل شکل گرفته بود. مشارکت‌کننده‌ای این‌گونه توصیف کرد: «یه جایی رسیدم که دیگه نتونستم ادامه بدم، خسته بودم، دلم می‌خواست یه نفس راحت بکشم». احساس نارضایتی شدید از وضع موجود، نقطه شروع تصمیم‌گیری برای تغییر بود.

درگیری‌های ذهنی با تغییر:

فرآیند تغییر با ترس، تردید و تعارض‌های درونی همراه بود. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «از یه طرف می‌خواستم بهتر شم، از طرف دیگه می‌ترسیدم اگه وزنم بره بالا دوباره داغون بشم». این دوگانگی، یکی از چالش‌های رایج در مسیر تغییر بود.

معنا یافتن در تجربه:

برخی مشارکت‌کنندگان توانسته بودند در دل رنج خود معنا بیابند. این معنا اغلب در قالب کشف هدف، رشد درونی و آشتی با بدن بروز می‌کرد. یک نفر گفت: «حالا فکر می‌کنم این اختلال باعث شد بیشتر خودمو بشناسم و برای خودم زندگی کنم، نه برای نگاه بقیه».

مسیر تدریجی پذیرش و تغییر:

فرآیند تغییر برای بسیاری از مشارکت‌کنندگان تدریجی و گاه پرفراز و نشیب بود. آن‌ها از یادگیری مراقبت از خود، تغییر عادات غذایی و پذیرش خطاها سخن گفتند. یکی از آن‌ها توضیح داد: «قبلاً اگه یه بار می‌خوردم، کل روز خراب می‌شد، ولی حالا می‌گم اشکالی نداره، فردا دوباره شروع می‌کنم».

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تجربه ذهنی افراد مبتلا به اختلالات خوردن از انگیزش برای تغییر رفتاری، بسیار چندلایه، پویا و تحت تأثیر عوامل درونی، میان‌فردی و روان‌شناختی است. مضامین اصلی استخراج‌شده شامل «فشارهای درونی و شخصی برای تغییر»، «حمایت‌ها و موانع بین‌فردی» و «فرایند درونی انگیزش برای تغییر» بودند که هر یک با زیرمقوله‌هایی متنوع همراه بود. این نتایج نه تنها با الگوهای نظری رایج در حوزه انگیزش مطابقت دارند، بلکه ابعاد جدیدی از تجربه زیسته افراد را آشکار می‌کنند که کمتر در مطالعات کمی و بالینی مورد توجه قرار گرفته است.

در مقوله نخست، فشارهای درونی همچون آگاهی از پیامدهای جسمی و روانی اختلال خوردن، احساس شرم و گناه، ترس از ناتوانی در کنترل و نیاز به بازسازی تصویر ذهنی از خود، به‌عنوان انگیزاننده‌های قدرتمند شناسایی شدند. این یافته‌ها با مطالعاتی همچون است که نشان داده‌اند شرم، خودسرزنی و اضطراب‌های مرتبط با بدن، از عوامل اصلی در شکل‌گیری انگیزش برای بهبودی هستند (Vitousek et al., 1998; Nordbø).

et al., 2006). همچنین تجربه نقاط عطف روانی همچون هشدارهای پزشکی یا رویدادهای بحرانی، نقش قابل توجهی در آغاز حرکت به سمت تغییر ایفا می کنند؛ مشابه آنچه Williams et al (۲۰۱۸) از آن به عنوان «لحظه های بیداری» یاد کرده اند.

مقوله دوم یافته ها، بر روابط میان فردی و تأثیر آن ها بر انگیزش متمرکز بود. نقش دوگانه خانواده، تأثیر مثبت و منفی همسالان، رابطه حمایتی با درمانگر و استفاده از شبکه های اجتماعی، از مضامین این بخش بودند. این یافته ها با پژوهش Goddard et al (۲۰۱۳) همخوانی دارد که نشان داد حمایت اجتماعی و رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد، می تواند نقش مهمی در تقویت انگیزش ایفا کند. از سوی دیگر، برخوردهای آسیبزا، مقایسه های بدنی و فشارهای اجتماعی نیز می توانند به تضعیف انگیزه یا جهت گیری آن به سمت انتظارات بیرونی منجر شوند (Rieger et al., 2000). مشارکت کنندگان در این مطالعه اغلب به احساس قضاوت، تحقیر یا نادیده انگاری از سوی اطرافیان اشاره کرده بودند که این موضوع با یافته های Williams & Reid (۲۰۰۷) درباره تضادهای انگیزشی ناشی از فشارهای اجتماعی هم راستا است.

سومین مقوله اصلی پژوهش، به فرایند درونی و ذهنی شکل گیری انگیزش اختصاص داشت. نتایج نشان داد که تصمیم گیری برای تغییر اغلب در پی نارضایتی شدید از وضعیت موجود، رسیدن به آستانه تحمل و میل به رهایی از رنج شکل می گیرد. این مرحله با درگیری های ذهنی، تردید و ترس از شکست همراه است که از نظر مفهومی با مرحله «تأمل» در مدل مراحل تغییر پروچاسکا و دی کلمنت (۱۹۸۳) هم پوشانی دارد. همچنین، برخی از مشارکت کنندگان توانسته بودند در تجربه رنج خود معنا بیابند و مسیر تغییر را نه صرفاً به عنوان کاهش علائم بلکه به عنوان فرایندی برای بازسازی هویت و رشد شخصی تلقی کنند. این دیدگاه با رویکردهای معناگرایانه به تغییر و درمان همخوان است که در پژوهش هایی مانند Fox & Power (۲۰۰۹) مورد تأکید قرار گرفته است.

نکته قابل توجه در یافته های این پژوهش، ترکیب هم زمان عوامل فشارزا و انگیزشی در درون فرد بود؛ به طوری که بسیاری از مشارکت کنندگان هم زمان خواهان تغییر و نگران از پیامدهای آن بودند. این تجربه دوگانه که از آن با عنوان «ابهام انگیزشی» یاد می شود، در مطالعات پیشین نیز گزارش شده و به عنوان مانعی مهم در استمرار درمان تلقی شده است (Serpell et al., 1999). در واقع، انگیزش در افراد مبتلا به اختلالات خوردن، برخلاف تصور عمومی، یک وضعیت خطی یا ایستا نیست بلکه حالتی نوسانی، پویا و اغلب تعارض آمیز است.

همچنین یافته ها نشان داد که فرایند تغییر برای بسیاری از مشارکت کنندگان به صورت تدریجی، همراه با خطا، بازگشت و پذیرش رخ داده است. آن ها آموخته بودند که به جای تمرکز بر نتیجه، به فرآیند توجه کنند و پیشرفت های کوچک را ارج نهند. این نگرش با رویکردهای انسان گرایانه و مبتنی بر پذیرش در درمان اختلالات خوردن مطابقت دارد که بر خودمراقبتی، انعطاف پذیری و کاهش قضاوت تأکید دارند (Geller et al., 2000).

یافته های حاضر همچنین تأکید می کنند که درمانگران، خانواده ها و نظام درمانی باید به جای تمرکز صرف بر اصلاح رفتارهای خوردن، به تجربه ذهنی، دغدغه های درونی و معنای روان شناختی تغییر برای فرد توجه نشان دهند. چنین رویکردی می تواند باعث تقویت اتحاد درمانی، افزایش انگیزش درونی و ارتقاء پایایی نتایج درمانی شود.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Treasure, J., Stein, D., & Maguire, S. (2015). Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? *Anorexia Nervosa: A Recovery Handbook*, 29(1), 89-97.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177-186.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391-420.
- Williams, S., Reid, M. (2007). Understanding the experience of ambivalence in anorexia nervosa: The maintainer's perspective. *Psychology and Health*, 22(4), 443-459.
- Nordbø, R. H. S., Espeset, E. M. S., Gulliksen, K. S., Skårderud, F., & Holte, A. (2006). The meaning of self-starvation: Qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 556-564.
- Rieger, E., Touyz, S. W., Swain, T., & Beumont, P. J. (2000). The role of body dissatisfaction in the maintenance of eating disorders: Implications for treatment. *Eating Behaviors*, 1(4), 323-335.
- Fox, J. R. E., & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 240-267.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Geller, J., Cockell, S. J., & Goldner, E. M. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 8-19.
- Goddard, E., Hibbs, R., Raenker, S., Naumann, U., Arcelus, J., Ayton, A., & Schmidt, U. (2013). A multi-centre cohort study of short term outcomes of hospital treatment for anorexia nervosa in the UK. *BMC Psychiatry*, 13, 287.