

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Body Image of Obese Women

Shadi Pak Andish¹, Addis Kraskian^{2*}, Farhad Jamhari³

Abstract

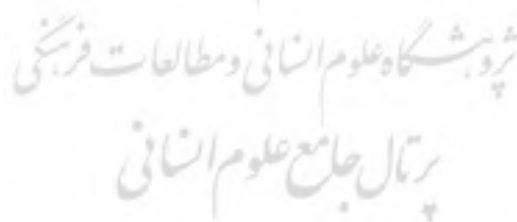
Purpose: Obesity is a rapidly growing health problem in every society. The purpose of this study was to determine the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on quality of life and body image of obese women.

Methodology: The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up with control group. The statistical population of the study consisted of all women referred to the obesity treatment center of Rasoul Akram Hospital in Tehran in 2019, Among them, 45 people were selected by purposive sampling method and randomly replaced in three equal groups of 15 people. The research instruments included a world health organization quality of life (WHO, 1989) and a multidimensional body-self relations questionnaire (Kash et al., 1997). Subjects in both experimental groups underwent 8 sessions of 90 minutes of treatment once a week. Data analysis was performed by descriptive statistics and repeated measures analysis of variance in SPSS/24 software.

Findings: The results showed that there is a significant difference between schema therapy and cognitive-behavioral therapy with the control group on quality of life and its dimensions and body image and its dimensions in the post-test and follow-up stages ($P < 0.05$). Also, cognitive-behavioral therapy was more effective than body therapy on improving body image and its dimensions, But there was no significant difference between the effectiveness of the two treatments on quality of life and its dimensions ($P > 0.05$).

Conclusion: Based on the results, it can be said that two methods of cognitive-behavioral therapy and schema therapy can be used as effective therapies to improve the quality of life and body image of obese patients in educational and medical settings.

Keywords: Schema Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Quality of Life, Body Image, Obesity



-
1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran. shadipakandish@yahoo.com
 2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author). adis.kraskian@kia.ac.ir
 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran. farhadjomehir@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۲۳

مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و تصویر بدنی
زنان مبتلا به چاقیشادی پاک اندیش^۱، آدیس کراسکیان*^۲، فرهاد جمهری^۳

چکیده

هدف: چاقی در تمام جوامع یک مشکل بهداشتی است و به سرعت در حال افزایش است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان چاق انجام شد.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مراجعه کننده به مرکز درمان چاقی بیمارستان رسول اکرم (ص) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل داد که از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۸۹) و پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود (کش و همکاران، ۱۹۹۷) بود. آزمودنی‌های دو گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان به صورت هفته‌ای یک جلسه قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS/24 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین طرح‌واره درمانی و درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل بر کیفیت زندگی و ابعاد آن و تصویر بدنی و ابعاد آن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین، درمان شناختی-رفتاری نسبت به طرح‌واره درمانی بر بهبود تصویر بدنی و ابعاد آن مؤثرتر بود اما بین اثربخشی دو روش درمانی بر کیفیت زندگی و ابعاد آن این تفاوت معنادار نبود ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج می‌توان گفت که دو روش درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مؤثری برای ارتقای کیفیت زندگی و بهبود تصویر بدنی افراد مبتلا به چاقی در محیط‌های آموزشی و درمانی به کار برده شوند.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره درمانی، درمان شناختی-رفتاری، کیفیت زندگی، تصویر بدنی، زنان چاق.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. گروه روانشناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش. shadipakandish@yahoo.com
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول). adis.kraskian@kiaou.ac.ir
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. farhadjomehir@yahoo.com

مقدمه

در سال‌های اخیر اضافه وزن و چاقی^۱ در میان بسیاری از جوامع و کشورها شیوع پیدا کرده است (ساد^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). اضافه وزن به حالتی گفته می‌شود که وزن بدن ۱۰ تا ۱۹ درصد از وزن ایده‌آل (وزن ایده‌آل هم برحسب شاخص توده بدنی^۳ و هم برحسب تناسب وزن با قد تعیین می‌شود) بالاتر است و زمانی که وزن بدن ۲۰ درصد از وزن ایده‌آل بیشتر باشد، چاق گفته می‌شود (روبینو^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). چاقی یک مشکل سلامت عمومی در جوامع توسعه یافته و در حال توسعه است به طوری که یک سوم تا پنجاه درصد افراد بزرگسال را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ردون^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). برخی مطالعات نشان داده‌اند که در بین ایرانیان بالاتر از ۱۸ سال شیوع چاقی ۲۱/۵ درصد می‌باشد که این میزان در بین زنان، ۲۷/۳ درصد و در مردان، ۱۳/۷ درصد بوده است (نجفی و همکاران، ۲۰۱۸). با وجود آن که تمرکز اصلی تحقیقات مربوط به چاقی روی پیامدهای جسمانی بوده است اما چاقی بر ظرفیت روانی فرد برای داشتن یک زندگی فعال و کامل نیز اثرات منفی گوناگونی دارد. بنابراین هر روز بیش از پیش مشخص می‌شود که مشکلات مرتبط با چاقی صرفاً به شرایط جسمانی و پزشکی محدود نیست بلکه چاقی تأثیر زیادی بر ظرفیت کارکردی و کیفیت زندگی افراد دارد (پولانکا^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). این در حالی است که در سال‌های اخیر مفهوم کیفیت زندگی^۷ به عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون زندگی افراد در پژوهش‌های حوزه بهداشت روان مطرح شده است (بونگرس^۸ و همکاران، ۲۰۲۰).

علی‌رغم اینکه در مورد تعریف کیفیت زندگی چالش‌های متعددی وجود دارد ولی متخصصین در محدوده‌ای از مفاهیم با هم اتفاق نظر دارند. بعضی از متخصصان در مورد ذهنی بودن و پویا بودن این مفهوم توافق دارند. اغلب آن‌ها معتقد هستند کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی و دربرگیرنده‌ی حقایق مثبت و منفی زندگی است. از طرفی عده‌ای آن را یک مفهوم فردی قلمداد می‌نمایند، به این معنا که حتماً باید توسط خود شخص و براساس نظر وی و نه فرد دیگری تعیین گردد (هایوکدل، لایکسل و وای^۹، ۲۰۲۰). سازمان جهانی بهداشت^{۱۰}، در تعریف جامعی از کیفیت زندگی آن را به عنوان درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های موردنظر فرد تعریف می‌کند (کان^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی به شدت از زمان و مکان متأثر است و مؤلفه‌ها و عوامل تشکیل دهنده‌اش با توجه به دوره زمانی و مکان جغرافیایی متفاوت خواهد بود. این مفهوم به افراد اجازه می‌دهد تا اهداف ارزشی زندگی‌شان را دنبال کنند و در احساس بهتر بودن عمومی آن‌ها نمایان می‌شود (لامسال^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰).

شواهد پژوهشی ارتباط بین افزایش وزن و پایین آمدن کیفیت زندگی را نشان داده و تأکید کرده‌اند که چاقی می‌تواند موجب اختلال در ابعاد مختلف زندگی گردد (گولان، بارزیلای و کارتزایر^{۱۳}، ۲۰۱۸). این ارتباط در زنان نسبت به مردان قوی‌تر است و زنان چاق در مقایسه با مردان از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند و میزان بالاتری از مشکلات جسمانی و روان‌شناختی را گزارش می‌کنند (سامرز و کالیگو^{۱۴}، ۲۰۱۸). از دیگر سو، برخی مطالعات نشان می‌دهند که زنان دربارہ تصویر بدنی و تناسب اندام مضطرب‌تر از مردان هستند (مولتون^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۸). درک نامناسب بین تصویر بدنی^{۱۶} و نارضایتی

1. Overweight and Obesity
2. Saad
3. Body mass index
4. Rubino
5. Reddon
6. Polanka
7. Quality of life
8. Bongers
9. Haukedal, Lyxell & Wie
10. World health organization
11. Kahn
12. Lamsal
13. Golan, Barzillai & Katzir
14. Summers & Coughle
15. Moulton
16. Body image

از آن می‌تواند با مشکلات جسمی و روانی متعدد و پایین آمدن کیفیت زندگی همراه باشد (کوهن، کانا و ماتئوس^۱، ۲۰۱۸). تصویر بدنی یک تجربه روان‌شناختی چندوجهی است که شامل افکار، عقاید و احساسات ارزیابی‌کننده و رفتارهایی در رابطه با ظاهر فیزیکی شخص می‌باشد و متأثر از عوامل مختلفی است و می‌تواند در موقعیت‌های مشخص تغییر کند (اسنورا^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). اشتغال مفرط درباره ظاهر جسمانی به نحوی که عملکرد فرد را در حیطه‌های مختلف زندگی تحت تأثیر قرار دهد، می‌تواند فرد را مستعد اختلالات روانشناختی نماید. افراد مبتلا به چاقی در اثر عیوب ادراک شده خود (خودپنداره^۳)، دچار آشفتگی در حوزه‌های متعدد زندگی شده و اغلب تصاویر و افکار مزاحم یا ناخوانده‌ای درباره ظاهر جسمانی بر آن‌ها هجوم آورده و در نتیجه کیفیت زندگی و کارکرد روزانه آن‌ها کاهش می‌یابد (دنیان و لی^۴، ۲۰۱۸).

به تازگی در راستای تلاش متخصصان سلامت، یکی از راهکارهای مؤثر برای پیشگیری و درمان چاقی و نیز کاهش پیامدهای متعدد روانی-اجتماعی و بهداشتی ناشی از آن در نظر گرفتن برنامه‌های درمانی روان‌شناختی در کنار سایر روش‌های درمانی پزشکی و ورزشی بوده است (خاشو^۵ و همکاران، ۲۰۱۹)؛ که از جمله می‌توان به طرح‌واره درمانی^۶ یانگ^۷ (۱۹۹۹) اشاره کرد. طرح‌واره درمانی روش نوین و یکپارچه‌ای است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده است. این مدل به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۸ را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی مراجعان را در غلبه بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که مفهوم کلیدی در این رویکرد محسوب می‌شود، یاری می‌دهد و هدف اولیه‌ی آن، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌ها است و هدف نهایی آن نیز بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (رنر^۹ و همکاران، ۲۰۱۸). ویلسون^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۰) پیشنهاد می‌کنند درمان شناختی-رفتاری برای افراد چاق و بهبود وضعیت رفتاری و روان‌شناختی آن‌ها امیدوارکننده است، با این وجود نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که درمان سازه‌های روان‌شناختی در افراد مبتلا به چاقی یک چالش قابل توجه و کار با این جمعیت بسیار دشوار است (کانگ و کوک^{۱۱}، ۲۰۲۰). درمان شناختی-رفتاری^{۱۲} ترکیبی از دیدگاه بازسازی شناختی در شناخت درمانی به همراه روش‌های اصلاح رفتار در رفتاردرمانی است. درمانگر در این مداخله تلاش می‌کند تا هم رفتارها و هم افکاری که عامل آشفتگی هستند را آشکار کند و تغییر دهد تا رفتار سازگار شود (نیشیهارا^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به نقش سلامت جسمانی و روانی زنان در سلامت خانواده و جامعه و با توجه به اینکه اطلاعات کافی در این موارد در جامعه زنان مبتلا به چاقی در ایران در دسترس نمی‌باشد این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

روش

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به مرکز درمان چاقی بیمارستان رسول اکرم (ص) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین زنان مبتلا به چاقی تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به تصادفی‌سازی (قرعه‌کشی) در سه گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند.

1. Kuhn, Cunha & Matthews
2. Snorrason
3. Self-concept
4. Dennin & Lee
5. Khasho
6. Schema-focused therapy
7. Young
8. Early maladaptive schemas
9. Renner
10. Wilson
11. Kang & Kwack
12. Cognitive behavioral therapy
13. Nishihara

شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها توسط کارشناس تغذیه مرکز درمانی از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه گردید و وزن نیز با استفاده از ترازوی دیجیتالی با حساسیت ۱۰۰ گرم و قد با استفاده از یک متر نواری غیرقابل انشعاب به دقت ۰/۵ سانتی متر اندازه‌گیری شد. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل BMI مساوی یا بزرگ‌تر از 30 kg/m^2 (لازم به ذکر است که اضافه وزن برحسب ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع $\text{BMI} > 30$ کیلوگرم بر متر مربع، چاقی برحسب $\text{BMI} \leq 30$ و نمره بین ۱۸/۵ تا ۲۴/۹ نمرال تعریف شده است)، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۴۵-۲۵ سال، دریافت نکردن همزمان روان‌درمانی یا یک برنامه آموزشی دیگر روان‌شناختی بود. ملاک‌های کناره‌گیری از مطالعه نیز شامل باردار بودن یا برنامه‌ریزی برای بارداری، دریافت کردن داروهای روانگردان یا متأثر کننده وزن و درمان دارویی چاقی، ابتلای به هر یک از اختلالات روان‌شناختی یا طبی مزمن، غیبت بیش از یک جلسه در برنامه درمانی و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی بود. پس از قرار گرفتن تصادفی آزمودنی‌ها در سه گروه آزمایش و کنترل، گروه‌های آزمایش هر کدام تحت ۸ جلسه برنامه درمانی به صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه با توجه به پروتوکل تدوین شده قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. لازم به ذکر است که درمان توسط روان‌درمانگران متخصص و در اتاق‌هایی مجزا از مرکز درمانی انجام شد. طرح‌واره درمانی با توجه به پروتوکل مداخله طرح‌واره درمانی یانگ و کلوסקو^۱ (۲۰۰۳ ترجمه‌ی حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸) و درمان شناختی-رفتاری نیز با توجه به پروتوکل تدوین شده توسط رایت^۲ و همکاران (۲۰۰۶ ترجمه قاسم‌زاده و حمیدپور، ۱۳۹۷) انجام شد.

در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی اطمینان به آزمودنی‌ها لازم داده شد. پس از اخذ موافقت و امضای رضایت‌نامه کتبی مرحله پیش‌آزمون انجام شد و مراحل پس‌آزمون و پیگیری نیز در پایان مداخله انجام گرفت. آزمودنی‌ها مقیاس‌های زیر را قبل و بعد از اجرای مداخله و پس از توضیح دستورالعمل نحوه‌ی پاسخ‌دهی توسط پژوهشگر تکمیل نمودند:

پرسشنامه کیفیت زندگی^۳: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ به وسیله سازمان جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی تدوین و دارای ۲۶ سؤال با ۴ زیرمقیاس شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی است. نمره گذاری سئوال‌ات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ تا ۵) انجام می‌شود. ۲ سؤال اول به هیچ یک از ابعاد تعلق ندارد. سئوال‌ات شماره ۳، ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۹ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. در هنجاریابی ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷ برآورد شده است (مولایی یساولی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۳ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ محاسبه شد.

پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود^۴: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ به وسیله کش و همکاران تدوین و دارای ۴۶ سؤال با ۳ عامل ارزیابی، توجه و رفتار است، که عامل ارزیابی ظاهر فیزیکی آن اغلب در مطالعات برای ارزیابی تصویر بدنی به کار رفته است و دارای ۶ زیرمقیاس شامل جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، وزن ذهنی، رضایت بدنی، ارزشیابی قیافه و جهت‌گیری تناسب اندام می‌باشد. نمره گذاری سئوال‌ات در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ تا ۵) انجام می‌شود. سئوال‌ات شماره ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۱ و ۳۲ به صورت معکوس نمره گذاری و محاسبه می‌شوند. نمرات این پرسشنامه در دامنه‌ای بین ۴۶ تا ۲۳۰ قرار می‌گیرند و نمرات بیشتر در این آزمون نشان‌دهنده رضایت مندی از بدن است. در نتایج گزارش شده توسط سازندگان این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. در هنجاریابی ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ برآورد شده است (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز

1. Klosko
2. Wright
3. World health organization quality of life (WHOQL)
4. Multidimensional body-self relations questionnaire (MBSRQ)

ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۷۶ و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌های بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۲ محاسبه شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

جلسه	خلاصه محتوای جلسات طرح‌واره درمانی (منبع: بانگ و کلوکسو، ۲۰۰۳ ترجمه‌ی حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸)
یکم	آشنایی و ایجاد رابطه‌ی حسنه، بیان اهمیت و هدف درمان و صورت‌بندی مشکلات مراجعان در قالب طرح‌واره درمانی
دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرح‌واره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته و بحث پیرامون طرح‌واره‌های سالم و ناسالم
سوم	آموزش تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره‌های موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای
چهارم	تقویت مفهوم انسجام سالم، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف، آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی
پنجم	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین آن‌ها
ششم	آموزش رابطه درمانی و چگونگی برقراری رابطه با افراد مهم زندگی و ایفای نقش
هفتم	تمرین رفتارهای سالم و آموزش الگوهای رفتاری جدید، بررسی مزایا و معایب رفتار سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
هشتم	مرور جلسات قبل و تمرین راهکارهای یادگرفته شده
جلسه	خلاصه محتوای جلسات طرح‌واره درمانی (منبع: رایت و همکاران، ۲۰۰۶ ترجمه قاسم‌زاده و حمیدپور، ۱۳۹۷)
یکم	معرفی و توضیح اصول اساسی درمان شناختی-رفتاری، معرفی مفاهیم بنیادی درمان، تنظیم زمانبندی جلسات، بحث درباره قوانین جلسات.
دوم	تعیین دستور کار جلسه، ارزیابی، فرمول‌بندی، مفهوم‌سازی مسائل آزمودنی‌ها و پر کردن برگه کاری فرمول‌بندی.
سوم	تعیین دستور کار جلسه، هدف‌گزینی و تعیین اهداف درمانی به کمک اعضا، تهیه دفترچه یادداشت مخصوص درمان و برنامه‌ریزی فعالیت.
چهارم	تعیین دستور کار جلسه، شناسایی و تشخیص افکار خودآیند، تمرین ثبت افکار و واگذاری آن به بیمار به عنوان تکلیف خانگی.
پنجم	تغییر و اصلاح افکار خودآیند، آموزش تکنیک آفرینش جای‌گزینی منطقی، معرفی فرم ثبت فعالیت هفتگی به عنوان تکلیف خانگی.
ششم	تعیین دستور کار جلسه، تشخیص خطاهای شناختی، بررسی شواهد و تهیه کارت‌های مقابله.
هفتم	تعیین دستور کار جلسه، طراحی تکلیف درجه‌بندی شده، استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی.
هشتم	بررسی فعالیت‌های انجام‌نشده، تکالیف خانگی و دفترچه یادداشت درمان، پاسخ به پرسش‌های اعضا و جمع‌بندی.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵ نفر در سه گروه وارد مرحله آنالیز نهایی شدند. لازم به ذکر است که هیچکدام از شرکت‌کنندگان طی اجرای مداخله از مطالعه خارج نشدند. داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه دریافت‌کننده طرح‌واره درمانی، $4/73 \pm 34/99$ ؛ گروه دریافت‌کننده درمان شناختی-رفتاری، $6/15 \pm 35/12$ و در گروه کنترل، $6/22 \pm 35/07$ سال بود. بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات، $X^2=14/39$ ، $p=0/05$ تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات کیفیت زندگی و تصویر بدنی به تفکیک گروه‌ها در مراحل ارزیابی در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن و همچنین، تصویر بدنی و ابعاد آن در مراحل پس‌آزمون

و پیگیری در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف سنجش در زنان مبتلا به چاقی

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون M ± SD	پس‌آزمون M ± SD	پیگیری M ± SD
سلامت جسمانی	CBT	۱۵	۱۶/۹۳ ± ۵/۵۲	۲۰/۲۰ ± ۳/۵۵	۱۸/۸۰ ± ۳/۹۹
	SFT	۱۵	۱۷/۲۷ ± ۵/۳۴	۲۰/۱۳ ± ۳/۰۲	۱۹/۶۷ ± ۳/۰۶
	کنترل	۱۵	۱۶/۸۰ ± ۴/۶۵	۱۶/۴۰ ± ۴/۵۶	۱۶/۲۷ ± ۴/۳۸
سلامت روانی	CBT	۱۵	۱۴/۵۳ ± ۴/۸۵	۲۰/۴۷ ± ۳/۲۷	۲۰/۸۰ ± ۳/۵۱
	SFT	۱۵	۱۵/۶۷ ± ۲/۹۴	۱۸/۴۷ ± ۲/۳۶	۱۸/۰۰ ± ۲/۱۴
	کنترل	۱۵	۱۴/۸۷ ± ۳/۰۲	۱۴/۲۰ ± ۲/۷۸	۱۳/۹۳ ± ۲/۰۲
سلامت محیطی	CBT	۱۵	۱۶/۶۷ ± ۳/۲۷	۲۳/۳۳ ± ۱/۸۸	۲۳/۸۰ ± ۲/۰۴
	SFT	۱۵	۱۷/۷۳ ± ۴/۵۳	۲۰/۸۷ ± ۴/۰۰	۲۲/۱۳ ± ۳/۶۶
	کنترل	۱۵	۱۸/۲۷ ± ۴/۴۵	۱۷/۵۳ ± ۴/۲۹	۱۸/۵۳ ± ۴/۱۲
سلامت اجتماعی	CBT	۱۵	۸/۱۳ ± ۵/۱۸	۱۱/۴۰ ± ۳/۱۱	۱۲/۶۷ ± ۳/۹۰
	SFT	۱۵	۹/۶۰ ± ۳/۹۴	۱۱/۱۳ ± ۴/۰۳	۱۱/۴۷ ± ۳/۶۲
	کنترل	۱۵	۹/۴۷ ± ۳/۶۸	۸/۶۷ ± ۳/۷۴	۷/۹۳ ± ۳/۲۶
کیفیت زندگی	CBT	۱۵	۵۷/۲۷ ± ۱۵/۸۳	۷۵/۴۰ ± ۸/۱۷	۷۷/۰۷ ± ۹/۹۲
	SFT	۱۵	۶۰/۲۷ ± ۱۵/۰۷	۷۰/۶۰ ± ۱۰/۳۳	۷۱/۲۷ ± ۸/۷۲
	کنترل	۱۵	۵۹/۴۰ ± ۱۴/۲۰	۵۶/۸۰ ± ۱۳/۹۸	۵۶/۶۷ ± ۸/۱۸۱
ارزشیابی ظاهر	CBT	۱۵	۹/۶۷ ± ۱/۳۵	۱۳/۹۳ ± ۲/۷۱	۱۳/۵۳ ± ۲/۶۱
	SFT	۱۵	۱۰/۴۰ ± ۲/۸۵	۱۲/۶۷ ± ۱/۹۱	۱۲/۴۰ ± ۲/۳۵
	کنترل	۱۵	۹/۸۷ ± ۲/۵۰	۹/۶۷ ± ۳/۷۰	۱۰/۵۳ ± ۳/۷۶
جهت‌گیری ظاهر	CBT	۱۵	۲۲/۸۰ ± ۴/۳۸	۲۸/۲۰ ± ۴/۲۱	۲۸/۰۰ ± ۵/۰۳
	SFT	۱۵	۲۱/۶۰ ± ۴/۴۸	۲۴/۶۷ ± ۴/۲۴	۲۵/۶۷ ± ۴/۸۱
	کنترل	۱۵	۲۲/۰۰ ± ۴/۴۷	۲۱/۱۳ ± ۵/۵۴	۲۱/۴۰ ± ۵/۷۷
ارزشیابی تناسب	CBT	۱۵	۵/۴۰ ± ۱/۳۰	۸/۴۰ ± ۱/۷۲	۸/۸۷ ± ۱/۴۱
	SFT	۱۵	۴/۹۳ ± ۰/۹۶	۷/۲۷ ± ۱/۱۰	۷/۸۷ ± ۱/۲۵
	کنترل	۱۵	۵/۱۳ ± ۱/۰۶	۴/۲۷ ± ۱/۸۷	۵/۴۷ ± ۱/۸۱
جهت‌گیری تناسب	CBT	۱۵	۲۶/۴۰ ± ۴/۷۳	۳۳/۲۰ ± ۳/۳۰	۳۳/۴۰ ± ۲/۵۰
	SFT	۱۵	۲۵/۵۳ ± ۳/۸۳	۳۱/۰۰ ± ۳/۴۰	۳۲/۱۳ ± ۳/۴۸
	کنترل	۱۵	۲۶/۰۷ ± ۴/۸۹	۲۵/۸۰ ± ۷/۵۶	۲۶/۸۰ ± ۷/۵۶
وزن ذهنی	CBT	۱۵	۴/۶۰ ± ۱/۶۴	۶/۴۰ ± ۱/۴۰	۶/۶۷ ± ۱/۴۰
	SFT	۱۵	۴/۷۳ ± ۱/۴۴	۶/۰۰ ± ۱/۴۶	۶/۶۷ ± ۱/۳۵
	کنترل	۱۵	۴/۴۷ ± ۱/۴۱	۳/۹۳ ± ۱/۷۹	۴/۹۳ ± ۱/۸۳
تصویر بدنی	CBT	۱۵	۲۰/۸۰ ± ۳/۳۴	۲۳/۱۳ ± ۳/۰۷	۲۳/۰۷ ± ۳/۰۱
	SFT	۱۵	۲۰/۱۳ ± ۴/۳۷	۲۲/۴۷ ± ۳/۹۱	۲۲/۸۰ ± ۳/۸۴
	کنترل	۱۵	۱۹/۷۳ ± ۴/۰۶	۱۹/۹۳ ± ۳/۶۷	۱۹/۷۳ ± ۴/۳۷

برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحقق مفروضات بهنجار بودن توزیع متغیرها، همگنی شیب خط رگرسیون، همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس باید بررسی شود. جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها از آزمون ناپارامتری کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ($P > 0.05$). بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد که تعامل بین پیش‌آزمون و گروه (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) برای

متغیرهای وابسته (پس آزمون‌ها) معنادار نبود، بنابراین شیب‌های رگرسیون در سه گروه همسان تلقی شد. مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون کرویت موچلی بررسی شد. جدول ۴ نشان می‌دهد فرض کرویت موچلی در مورد کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و جهت‌گیری ظاهری برقرار نیست و براین اساس از آزمون گرین‌هاوس-گیسر استفاده شد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که این مفروضه نیز رعایت شده است ($F=1/45$ و $P>0/05$). براین اساس و با توجه به سایر پیش‌فرض‌های بررسی شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

جدول ۴. نتایج بررسی فرض کرویت موچلی در متغیرهای پژوهش در زنان مبتلا به چاقی

متغیر	کرویت موچلی	آماره‌ی کای دو	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت جسمانی	۰/۵۵۲	۱۱/۵۲	۲	۰/۰۰۲
سلامت روانی	۰/۷۰۲	۴/۶۵	۲	۰/۰۶۶
سلامت محیطی	۰/۶۵۱	۷/۸۹	۲	۰/۰۸۷
سلامت اجتماعی	۰/۶۸۵	۹/۳۶	۲	۰/۰۹۴
کیفیت زندگی	۰/۹۰۴	۶/۴۳	۲	۰/۰۰۳
ارزشیابی ظاهر	۰/۲۸۶	۱/۹۳	۲	۰/۱۰۹
جهت‌گیری ظاهر	۰/۳۱۵	۵/۳۰۴	۲	۰/۰۲۲
ارزشیابی تناسب	۰/۴۴۲	۲/۷۶	۲	۰/۱۲۱
جهت‌گیری تناسب	۰/۱۹۸	۳/۵۹	۲	۰/۱۴۳
وزن ذهنی	۰/۳۰۷	۶/۶۴	۲	۰/۲۱۶
تصویر بدنی	۰/۶۷۶	۳/۱۴	۲	۰/۱۷۸

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر برای بررسی الگوهای تفاوت با معیار گرین‌هاوس-گیسر در متغیر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به چاقی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
سلامت جسمانی	گروه	۲۹۴/۹۰	۱۴۷/۴۵	۳/۱۵	۰/۰۳۵	۰/۱۶
	زمان	۱۵۳/۳۵	۱۰۱/۴۸	۲۰/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	گروه*زمان	۱۱۷/۶۴	۳۸/۹۲	۸/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲
سلامت روانی	گروه	۴۷۴/۲۴	۲۳۷/۱۲	۸/۰۹	۰/۰۰۵	۰/۲۹
	زمان	۱۲۹/۷۹	۶۴/۰۹	۱۲/۹۱	۰/۰۰۶	۰/۱۸
	گروه*زمان	۷۹/۵۹	۱۹/۸۹	۱۶/۵۷	۰/۰۰۲	۰/۲۶
سلامت محیطی	گروه	۴۲۶/۷۹	۲۱۳/۳۹	۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	زمان	۲۷۳/۴۶	۱۳۶/۷۳	۲۳/۶۶	۰/۰۰۲	۰/۳۴
	گروه*زمان	۳۰۶/۷۵	۷۶/۶۹	۱۴/۹۶	۰/۰۱۸	۰/۳۹
سلامت اجتماعی	گروه	۹۲۶/۱۳	۴۶۳/۰۶	۹/۶۶	۰/۰۰۶	۰/۲۵
	زمان	۲۲۸/۴۶	۱۱۹/۴۸	۱۹/۶۵	۰/۰۲۳	۰/۳۱
	گروه*زمان	۲۰۳/۳۱	۵۴/۱۶	۸/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۲۶
کیفیت زندگی	گروه	۷۶۳۴/۷۹	۳۸۱۷/۳۹	۹/۷۵	۰/۰۰۲	۰/۳۷
	زمان	۲۸۳۷/۶۳	۱۴۱۸/۸۱	۳۸/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	گروه*زمان	۲۶۰۷/۰۹	۳۰۳/۵۴	۱۷/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در مورد تمام زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی و نمره کل آن هر سه اثر بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین‌گروهی و درون‌گروهی معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نیز نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در متغیر کیفیت زندگی و تمامی زیرمقیاس‌های آن نمرات بیشتری کسب کرده‌اند. همچنین، نتایج

جدول ۶ نشان می‌دهد که در متغیر تصویر بدنی و تمام زیرمقیاس‌های آن هر سه اثر بین گروهی، درون گروهی و تعاملی بین گروهی و درون گروهی معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نیز در این متغیر نشان داد که در مراحل پس آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در متغیر تصویر بدنی و تمامی زیرمقیاس‌های آن نمرات بیشتری کسب کرده‌اند. جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر برای بررسی الگوهای تفاوت با معیار گرین هوس-گیسر در متغیر تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
ارزشیابی ظاهر	گروه	۳۱۴/۳۵	۱۰۲/۵۴	۲۸/۷۶	۰/۰۰۲	۰/۳۵
	زمان	۱۲۱/۷۱	۸۷/۹۴	۱۲/۸۸	۰/۰۰۳	۰/۵۱
	گروه*زمان	۲۱۰/۵۴	۲۲/۱۶	۱۹/۷۶	۰/۰۰۷	۰/۴۷
جهت‌گیری ظاهر	گروه	۴۸۱/۵۴	۷۳/۹۵	۵/۶۵	۰/۰۰۲	۰/۳۹
	زمان	۲۲۱/۰۹	۲۲/۰۴	۱۱/۲۷	۰/۰۰۳	۰/۳۰
	گروه*زمان	۵۴۲/۶۴	۱۶/۵۴	۳۲/۸۴	۰/۰۰۲	۰/۲۸
ارزشیابی تناسب	گروه	۲۱۴/۰۶	۱۶۵/۱۸	۲/۱۹	۰/۰۰۲	۰/۲۶
	زمان	۳۱۷/۵۵	۹۸/۳۳	۷/۴۳	۰/۰۰۵	۰/۳۴
	گروه*زمان	۲۷۱/۱۶	۵۱/۴۴	۱۵/۸۸	۰/۰۰۹	۰/۳۹
جهت‌گیری تناسب	گروه	۵۴۹/۱۰	۲۲/۶۶	۶/۴۳	۰/۰۱۱	۰/۱۸
	زمان	۴۳۹/۲۳	۱۸۷/۸۵	۱۵/۲۳	۰/۰۱۶	۰/۲۲
	گروه*زمان	۲۲۹/۵۱	۵۴/۶۳	۱۰/۶۵	۰/۰۲۲	۰/۲۳
وزن ذهنی	زمان	۲۷۱/۰۴	۲۱/۰۹	۴۱/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	گروه	۴۳۲/۱۲	۱۲۷/۷۴	۲۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	گروه*زمان	۴۹۴/۶۵	۶۶/۱۳	۳۱/۵۶	۰/۰۰۲	۰/۴۰
تصویر بدنی	گروه	۸۴۰/۶۵	۵۸۶۰/۲۵	۱۴/۴۴	۰/۰۱۳	۰/۲۶
	زمان	۳۴۲۰/۵۴	۲۵۴۲/۶۴	۳۵/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۳۱
	گروه*زمان	۵۵۴۸/۱۱	۴۱۰۲/۴۹	۴۱/۸۲	۰/۰۰۴	۰/۳۰

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برحسب مقایسه‌های زوجی در جدول ۷ نشان می‌دهد تفاوت میانگین گروه طرح‌واره درمانی و گروه درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل در متغیرهای کیفیت زندگی، تصویر بدنی و زیرمقیاس‌های آن‌ها معنادار است. همچنین، نتایج این جدول نشان می‌دهد علی‌رغم اثربخشی دو روش درمانی بر متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن، تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود ندارد اما درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با طرح‌واره درمانی بر متغیر تصویر بدنی و ابعاد ارزشیابی ظاهر، جهت‌گیری تناسب و وزن ذهنی مؤثرتر بوده است.

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برحسب عضویت گروهی در کیفیت زندگی در زنان مبتلا به چاقی

متغیر	CBT-SFT			کنترل-CBT			SFT-کنترل		
	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
سلامت جسمانی	۲/۹۲	۱/۶۱	۰/۲۲۳	۳/۸۹	۱/۶۱	۰/۰۱۶	-۳/۹۴	۱/۶۱	۰/۰۲۴
سلامت روانی	-۰/۴۲	۱/۲۷	۰/۴۱۹	۴/۲۲	۱/۲۷	۰/۰۱۰	-۴/۶۴	۱/۲۷	۰/۰۱۸
سلامت محیطی	-۰/۶۴	۱/۳۸	۰/۱۶۵	-۴/۵۰	۱/۳۸	۰/۰۳۱	۳/۸۶	۱/۳۸	۰/۰۲۱
سلامت اجتماعی	-۱/۹۲	۱/۶۴	۰/۱۷۵	-۶/۹۴	۱/۶۴	۰/۰۱۵	-۵/۰۳	۱/۶۴	۰/۰۱۷

کیفیت زندگی	-۵/۹۷	۵/۲۰	۰/۲۹۷	-۲۰/۰۶	۵/۲۰	۰/۰۰۴	۱۴/۰۸	۵/۲۰	۰/۰۳۲
ارزشیابی ظاهر	۳/۴۴	۱/۶۷	۰/۰۰۵	۲/۱۹	۱/۵۷	۰/۰۰۳	۵/۱۸	۲/۴۴	۰/۰۱۳
جهت‌گیری ظاهر	-۱/۴۶	۲/۱۸	۰/۲۱۱	۳/۳۴	۰/۱۸۹	۰/۰۳۲	-۴/۷۸	۰/۵۶	۰/۰۱۷
ارزشیابی تناسب	-۲/۳۷	۰/۶۵	۰/۳۱۶	-۲/۸۴	۱/۶۵	۰/۰۱۷	-۲/۳۴	۲/۹۴	۰/۰۴۱
جهت‌گیری تناسب	۱/۸۵	۰/۳۸	۰/۰۰۵	-۱/۹۶	۰/۱۸۸	۰/۰۰۴	۱/۵۰	۱/۵۶	۰/۰۱۵
وزن ذهنی	-۲/۳۷	۱/۲۴	۰/۰۰۲	۳/۴۴	۱/۵۳	۰/۰۱۹	-۴/۸۷	۱/۷۶	۰/۰۴۵
تصویر بدنی	-۴/۴۴	۱/۳۹	۰/۰۰۱	-۵/۳۴	۱/۲۶	۰/۰۰۴	-۲/۳۶	۱/۳۳	۰/۰۱۲

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی انجام شد. نخستین یافته پژوهش با نتایج مطالعات پیشین مانند کانگ و کاواک (۲۰۲۰)، نیشیهارا و همکاران (۲۰۱۹)، کالان^۱ و همکاران (۲۰۱۹) و اسپای^۲ و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در مبتلایان به چاقی همسو است، و نشان داده شد که طرح‌واره درمانی بر بهبود کیفیت زندگی و ابعاد آن در مبتلایان به چاقی مؤثر بوده است که این یافته با نتایج مطالعات خاشو و همکاران (۲۰۱۹)، رنر و همکاران (۲۰۱۸)، ساد و همکاران (۲۰۲۰)، همسو می‌باشد. همچنین، نشان داده شد که تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو درمان وجود ندارد. تا آنجا که بررسی‌های نویسندگان این مطالعه نشان می‌دهد، مطالعه‌ای مبنی بر ناهمخوانی نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه یافت نشد.

می‌توان اینگونه استدلال نمود که هنوز معلوم نیست که آیا این دو مداخله واقعاً تغییرات متفاوتی در سطح فرآیند درمان ایجاد می‌کنند یا خیر. چند احتمال می‌تواند وجود داشته باشد: احتمال اول اینکه این درمان‌ها از طریق مکانیزم‌های عمل متفاوتی عمل می‌کنند. احتمال دیگر این است که آن‌ها در مکانیزم‌های مشابهی سهیم هستند و نهایتاً این احتمال که آن‌ها واقعاً یکی هستند و از طریق مکانیزم‌های مشابهی عمل می‌کنند. اگر آن‌ها از طریق مکانیزم‌های متفاوتی عمل می‌کنند، پس جفت کردن این دو نوع روان‌درمانی نهایتاً درمان کیفیت زندگی مراجعین را ارتقا می‌بخشد. اگر در مکانیزم‌های مشابهی سهیم هستند، باید شناسایی شود کدام مکانیزم مهم‌ترین است و چگونه مورد استفاده قرار گیرد. اگر آن‌ها واقعاً یکی هستند، پس یکپارچگی آن‌ها ضروری است. تحقیقات در زمینه روان‌درمانی طرح‌واره درمانی در بیماران مزمن به ویژه چاقی هنوز در آغاز راه است و بنابراین شواهد بیشتری در خصوص مکانیزم عمل این درمان لازم و ضروری است و کارهای بیشتری در این زمینه مخصوصاً در ایران لازم است.

از دیگر سو، به اعتقاد پژوهشگران مبتلایان به چاقی با استفاده از روش‌های مورد استفاده در درمان شناختی-رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی می‌توانند به شناخت بهتر از افکار خود و رویارویی مناسب‌تر با احساسات خود نائل شوند. علاوه بر آن رویکرد شناختی-رفتاری معتقد است که مشکلات رفتاری و روانی به وسیله تفکرات سوگیرانه افراطی تداوم می‌یابد و از راه تحریف در پردازش اطلاعات شدت می‌یابد و درمان‌های شناختی این مسیر نادرست فکری را اصلاح می‌نمایند. ابتلای به اضافه وزن یا چاقی فرد را در برابر مشکلات خلقی و اضطرابی و بیماری‌های جسمانی آسیب‌پذیر ساخته و می‌تواند با افزایش رفتارهای کناره‌جویانه و انزوای از تعاملات اجتماعی منجر به کاهش زندگی فعال و تجربه بیشتر استرس و هیجانات منفی و در نتیجه پایین آمدن کیفیت زندگی شوند. بنابراین بیماران چاق ممکن است از نظر هیجانی افرادی آشفته تلقی شوند که به

دلیل فراهم کردن پرخوری در محیط خود این کار را به عنوان سبک مقابله با مسائل هیجانی در نظر بگیرند، لذا به نظر می‌رسد مداخلات شناختی-رفتاری در این زمینه با بازسازی شناختی و اصلاح سبک تفکر فرد در تفسیر چاقی و رفتارهای خوردن بر وضعیت زندگی و کیفیت آن اثربخش باشد (ویلسون و همکاران، ۲۰۰۲).

در خصوص اثربخشی طرح‌واره درمانی بر بهبود کیفیت زندگی نیز می‌توان گفت طرح‌واره‌های ناسازگار شایعی در زنان مبتلا به چاقی چون محرومیت هیجانی، نقص/شرم و شکست و رهاشدگی/بی‌اعتمادی وجود دارند که می‌توانند به طور مستقیم و منفی با ابعاد سلامت روان از جمله اضطراب و افسردگی، نارساکنش‌وری و در نهایت احساس رضایت از زندگی و کیفیت آن در ارتباط باشند. با توجه به اینکه در رویکرد طرح‌واره درمانی جدای از اینکه با استفاده از تکنیک‌های شناختی و هیجانی برای درمان و تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اقدام می‌شود، با به کارگیری از تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری سعی بر اصلاح و بهبود سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد برخاسته از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌شود. با توجه به اینکه سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد در ارتباط تنگاتنگ با کاهش کیفیت زندگی می‌باشند، این مهم در کیفیت زندگی زنان مبتلا به چاقی حائز اهمیت فراوان است. به طور کلی می‌توان بیان کرد که طرح‌واره درمانی با بهبود عواطف و احساسات منفی، تخلیه هیجانی، تغییر و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و به ویژه سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار می‌تواند باعث افزایش تحرک و تخلیه هیجانی و در نهایت بهبود کیفیت زندگی باشد.

دیگر یافته پژوهش همسو با نتایج مطالعات پیشین مانند لامب^۱ و همکاران (۲۰۱۸)، ویلم^۲ و همکاران (۲۰۱۹)، گرینبرگ^۳ و همکاران (۲۰۱۹) و لایدکر^۴ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که گروه‌های درمانی در مقایسه با گروه کنترل بر بهبود نمره تصویر بدنی و ابعاد آن در پس‌آزمون و پیگیری اثربخش بوده‌اند و درمان شناختی-رفتاری نسبت به طرح‌واره درمانی بر تصویر بدنی اثربخشی بیشتری داشته است. در تبیین می‌توان بیان کرد که پروتکل‌های شناختی-رفتاری و تکنیک‌های ناشی از آن بر نقش اصلاح خود-ادراکی منفی و ارزیابی مجدد خود اجتماعی تأکید فراوانی دارند. از همین رو و با توجه به این مهم که مبتلایان به چاقی در سطحی اساسی، اختلالی دربرگیرنده دیدگاه منفی و تحریف شده‌ای از خودپنداره دارند، میتوان اثربخشی این دسته از درمان‌ها را محتمل دانست.

در تبیین اختصا صی طرح‌واره درمانی بر روابط چندبعدی بدن باید به تجارب تلخ زندگی گذشته به ویژه در دوران کودکی در گرایش بیش از اندازه به زیبایی‌شناسی و حساسیت در ارزیابی وضعیت ظاهری و بدنی در دوران کودکی اشاره کرد که می‌تواند نقش به‌سزایی در شکل‌گیری باورهای عمیق و طرح‌واره‌های ناکارآمد در این باره داشته باشد. از طریق طرح‌واره درمانی و بهره‌گیری از تکنیک‌های تجربی با بازسازی این خاطرات و شناخت‌واره‌ها و کمک به ابراز و تخلیه هیجانات و عواطف منفی و سرکوب شده، سبب بهبود وضعیت روابط چندبعدی بدن در زنان مبتلا به چاقی می‌شود. اما اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تصویر بدنی بیشتر از آن جهت می‌باشد که بیش از خاطرات گذشته بر نقش فعال فرد و توانایی حل مسأله و مدیریت استرس وی در زمان اکنون تأکید می‌شود و با آموزش مهارت حل مسأله و تفکر منطقی همراه با استفاده از دست از حواس پنجگانه به زنان مبتلا به چاقی این توانایی را می‌بخشد که به جای اجتناب شناختی و رفتاری به شکلی کارآمد با چاقی روبه‌رو شده و با انتخاب سبک زندگی فعال و مدیریت هیجانات ناشی از چاقی بتوانند پردازش شناختی دقیق‌تری از اندام و وزن خود داشته و خودپنداره جسمانی و اجتماعی خود را بهبود بخشیده و به این ترتیب فرد تصویر بدنی خود را بیشتر از قبل پذیرا شده و از افکار نشخواری و تعمیم‌های بیش از حد و فاجعه‌سازی چاقی دست می‌کشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، انجام مطالعه در سطح و محدود به یکی از مراکز درمانی شهر تهران است که تعمیم نتایج را دچار مشکل می‌سازد. همچنین، استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و ابزارهای قلم-کاعذی در گردآوری داده‌ها می‌تواند منجر به کاهش دقت نمونه‌گیری و در نتیجه کاهش توان تعمیم نتایج گردد. بنابراین پیشنهاد می‌شود متخصصان سلامت روان در حوزه کار با مبتلایان به اضافه وزن و چاقی و در برنامه‌های توانبخشی برای تقویت بنیه روانی این گروه از مراجعان، مقابله

1. Lamb
2. Wilhelm
3. Greenberg
4. Lydecker

مؤثرتر با معضلات این بیماران و تقویت تصویر بدنی و کیفیت زندگی آن‌ها از مداخلاتی چون درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی استفاده نمایند.

References

- Abolghasemi A, Kiamarsi A, Sohrabi Z. (2012). The relationship of body image and friendliness behavior with marital satisfaction in couples. *Biannual Journal; of Applied Counseling*. 2(2):15-28. (Persian) [[Link](#)]
- Bongers PJ, Greenberg CA, Hsiao R, Vermeer M, Vriens MR, Holzik MF & et al. (2020). Differences in long-term quality of life between hemithyroidectomy and total thyroidectomy in patients treated for low-risk differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 167(1):94-101. [[Link](#)]
- Callan JA, Kazantzis N, Park SY, Moore CG, Thase ME, et al. (2019). A Propensity Score Analysis of Homework Adherence-Outcome Relations in Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Behav Ther*. 50(2):285-299. [[Link](#)]
- Dennin MH, Lee MS. (2018). Body dysmorphic disorder in pediatric dermatology. *Pediatr Dermatol*. 35(6):868-874. [[Link](#)]
- Espie CA, Emsley R, Kyle SD, Gordon C, Drake CL, Siriwardena AN, et al. (2019). Effect of Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia on Health, Psychological Well-being, and Sleep-Related Quality of Life: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 76(1):21-30. [[Link](#)]
- Greenberg JL, Phillips KA, Hoepner SS, Wilhelm S. (2019). Predictors of Response to Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Behav Ther*. 50(4):839-849. [[Link](#)]
- Golan DD, Barzilai D, Katzir T. (2018). The effect of presentation mode on children's reading preferences, performance, and self-evaluations. *Computers & Education*. 126: 346-358. [[Link](#)]
- Haukedal CL, Lyxell B, Wie OB. (2020). Health-Related Quality of Life with Cochlear Implants: The Children's Perspective. *Ear and Hearing*. 41(2):330-343. [[Link](#)]
- Kuhn H, Cunha PR, Matthews NH, Kroumpouzou G. (2018). Body dysmorphic disorder in the cosmetic practice. *G Ital Dermatol Venereol*. 153(4):506-515. [[Link](#)]
- Kang NR, Kwack YS. (2020). An Update on Mental Health Problems and Cognitive Behavioral Therapy in Pediatric Obesity. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 23(1):15-25. [[Link](#)]
- Khasho, DA., Van Alphen, S.P.G., Heijnen-Kohl, S.M.J., Ouwens, M.A., Arntz, A., Videler, A.C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 14: 321-330. [[Link](#)]
- Kahn SR, Julian JA, Kearon C, Gu CS, Cohen DJ, Magnuson EA & et al. (2020). Quality of life after pharmacomechanical catheter-directed thrombolysis for proximal deep venous thrombosis. *Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders*. 8(1):8-23. [[Link](#)]
- Lamb KM, Nog KA, Safren S, Blashill A. (2018). Mechanism of Change in Cognitive Behavioral Therapy for Body Image and Self-Care on ART Adherence Among Sexual Minority Men Living with HIV. *AIDS Behav*. 22(8):2711-2717. [[Link](#)]
- Lydecker JA, White MA, Grilo CM. (2017). Form and Formulation: Examining the Distinctiveness of Body Image Constructs in Treatment- Seeking Patients with Binge-Eating Disorder. *J Consult Clin Psychol*. 85(11):1095-1103. [[Link](#)]
- Lamsal R, Finlay B, Whitehurst DG, Zwicker JD. (2020). Generic preference based health related quality of life in children with neurodevelopmental disorders: a scoping review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 62(2):169-177. [[Link](#)]

- Molaei Yasavoli M, Ghanbari Z, Molaei Yasavoli H, Khajavi D. (2019). The structural model to explain the quality of life Students based on the combination of physical, social physique anxiety and mental health. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 20(4):79-88. (Persian) [\[Link\]](#)
- Moulton SJ, Gullyas C, Hogg FJ, Power KG. (2018). Psychosocial predictors of body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 71(2):149-154. [\[Link\]](#)
- Najafi F, Pasdar Y, Hamzeh B, Rezaei S, Moradi Nazar M, Soofi M. (2018). Measuring and Decomposing Socioeconomic Inequalities in Adult Obesity in Western Iran. *J Prev Med Public Health*. 51(6):289-297. [\[Link\]](#)
- Nishihara T, Nozaki T, Sawamoto R, Komaki G, Miyata N, Hosoi M, et al. (2019). Effects of Weight Loss on Sweet Taste Preference and Palatability following Cognitive Behavioral Therapy for Women with Obesity. *Obes Facts*. 12(5):529-542. [\[Link\]](#)
- Polanka BM, Vraney EA, Patel J, Stewart JC. (2017). Depressive Disorder Subtypes as Predictors of Incident Obesity in US Adults: Moderation by Race/Ethnicity. *Am J Epidemiol*. 185(9):734-742. [\[Link\]](#)
- Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, et al. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*. 26(4):485-497. [\[Link\]](#)
- Renner F, DeRubeis R, Arntz A, Peeters F, Lobbestael J, Huibers M J H. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58: 97- 105. [\[Link\]](#)
- Reddon H, Patel Y, Turcotte M, Pigeys M, Meyre D. (2018). Revisiting the evolutionary origins of obesity: lazy versus peppy-thrifty genotype hypothesis. *Obes Rev*. 19(11):1525-1543. [\[Link\]](#)
- Saad F, Doros G, Haider KS, Haider A. (2020). Differential effects of 11 years of long-term injectable testosterone undecanoate therapy on anthropometric and metabolic parameters in hypogonadal men with normal weight, overweight and obesity in comparison with untreated controls: real-world data from a controlled registry study. *Int J Obes (Lond)*. 44(6):1264-1278. [\[Link\]](#)
- Snorrason I, Beard C, Christensen K, Bjornsson AS, Björgvinsson T. (2019). Body dysmorphic disorder and major depressive episode have comorbidity-independent associations with suicidality in an acute psychiatric setting. *J Affect Disord*. 259:266-270. [\[Link\]](#)
- Young JE, Klosko JS. (2003). *Schema Therapy, A practitioner Guide*. Hamidpour, H., Andouz, Z. (2019). Arjmand Publishers, Tehran, Iran. (Persian) [\[Link\]](#)
- Wilson GT, Fairburn CC, Agras WS, Walsh B, Kraemer H. (2002). Cognitivebehavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of consulting and clinical psychology*. 70(2):267-274. [\[Link\]](#)
- Wright J, Basco M, Thase M. (2006). *Learning Cognitive Behavior Therapy*. Ghasem Zadeh, H., Hamidpour, H. (2017). Arjmand Publisher. Tehran. Iran. (Persian) [\[Link\]](#)
- Wilhelm S, Phillips KA, Greenberg JL, Okeefe S, Hoepner SS, et al. (2019). Efficacy and Posttreatment Effects of Therapist-Delivered Cognitive Behavioral Therapy vs Supportive Psychotherapy for Adults with Body Dysmorphic Disorder. *JAMA Psychiatry*. 76(4):363-373. [\[Link\]](#)