

Research Article

Comparison of the effectiveness of emotional-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on emotions in obese women with polycystic ovary syndrome

Authors

Nina Jamalomid¹, Fariba Hassani^{2*}, Roya Kochakentzar³

1. PhD student in Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University of Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University of Tehran, Iran. (Corresponding Author).

3. Assistant Professor and Head of Department, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University of Tehran, Iran.

Abstract

Receive Date:
28/10/2020

Accept Date:
15/12/2021

Introductoin: Polycystic ovary syndrome is one of the most common endocrine diseases. The purpose of this study was to compare the effectiveness of emotional-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on the emotions of obese women with polycystic ovary syndrome.

Method: The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test research design with a control group. The statistical population of the study was women with polycystic ovary syndrome in the age range of 20-40 (after puberty and premenopausal age) referred to the Ibn Sina clinic in Tehran. The sampling method of this study was purposive sampling: 45 obese female volunteers with polycystic ovary syndrome with body mass index higher than 30 in three groups of emotion therapy and treatment Cognitive-behavioral and control groups (each group consisting of 15 people) were randomly replaced. The instruments of the present study included a questionnaire of positive emotion and negative emotion scales. After completing the pretest, the intervention groups received 9-45 minutes of intervention in weekly sessions for 9 sessions in individual sessions, while the control group did not receive any intervention during this period. Data in the study were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferren post hoc test in SPSS-25 software at the level of 0.05.

Results: The results showed that there was a significant difference between the mean scores of emotions in terms of group membership (experimental groups and control group) in the post-test stage. Therefore, emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy improved emotional scores compared to the control group ($P < 0.05$). In addition, these two emotional therapies and cognitive-behavioral therapies had the same effect on emotions ($P < 0.05$). In addition, the results showed that the effectiveness of emotion-oriented therapy and cognitive-behavioral therapy on emotions continued in the follow-up phase.

Discussion and Conclusion: Psychologists can use these results in clinical interventions to use emotion-oriented and cognitive-behavioral therapies to reduce negative emotions and increase the positive emotions of obese women with polycystic ovary syndrome.

Keywords

Emotional Focused Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Emotions, Obesity, Polycystic Ovary Syndrome.

Corresponding Author's E-mail

faribahassani29@yahoo.com

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری بر عواطف زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک

نویسندگان

نینا جمال‌امیدی^۱، فریبا حسنی^{۲*}، رویا کوچک‌انتظار^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران. (نویسنده مسؤل)
۳. استادیار و مدیر گروه، گروه روانشناسی واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: سندرم تخمدان پلی‌کیستیک از جمله بیماری‌های شایع غدد درون‌ریز می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری بر عواطف زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بود. **روش:** روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک با دامنه سنی ۲۰-۴۰ (پس از بلوغ و پیش از سن یائسگی) مراجعه‌کننده به مرکز پزشکان ابن سینا واقع در تهران تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع نمونه‌گیری هدفمند بود، ۴۵ داوطلب زن چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک که شاخص توده بدنی آن‌ها بالاتر از ۳۰ در سه گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزار پژوهش حاضر شامل پرسشنامه مقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی بود. پس از تکمیل پیش‌آزمون، گروه‌های مداخله به مدت ۹ جلسه به صورت هفتگی و در جلسات انفرادی ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای مداخله را دریافت کردند، درحالی که گروه کنترل طی این مدت مداخله‌ای را دریافت نکرد. داده‌ها در پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم افزار SPSS-۲۵ و در سطح ۰/۰۵ تحلیل شدند.

تاریخ دریافت:
۱۳۹۹/۰۸/۰۷

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۰/۰۲/۲۲

نتایج: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات عواطف بر حسب عضویت گروهی (گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود نمرات عواطف شده‌است ($P < 0/05$). علاوه بر این دو درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری بر عواطف دارای تأثیر یکسانی بودند ($P < 0/05$). علاوه بر آن نتایج نشان داد که اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی رفتاری بر عواطف در مرحله پیگیری تداوم داشته‌است.

بحث و نتیجه‌گیری: روان‌شناسان از این نتایج می‌توانند در مداخلات بالینی به منظور استفاده از درمان‌های هیجان‌مدار و شناختی رفتاری در کاهش عواطف منفی افزایش عواطف مثبت زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها

درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان‌مدار، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک.

نشانی پست الکترونیکی
نویسنده مسؤل

faribahassani29@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

می‌دهد [۸]. در شیوه درمان شناختی- رفتاری، این باور وجود دارد که درمانگر با وجود اینکه نمی‌تواند شرایط را تغییر دهد، ولی شاید بتواند نگرش فرد را درباره اضطراب رویدادهای زندگی و استرس‌های ناشی از آن را تغییر دهد، بنابراین به فرد کمک می‌کند تا در معیارهای آرمان‌گرایانه و شیوه‌های مقابله خود با رویدادها بازنگری کند؛ بدین ترتیب در بهبود خلق منفی کمک نماید [۹]. درمان شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که اغلب تغییرات درمانی، بین جلسات مشاوره و درمان و در اثر تمرین فرد و بهره‌گیری از فنون شناختی رفتاری صورت می‌گیرد. بنابراین درمانگر باید مطمئن شود که فرد کاملاً روش و ارزش کاربرد هر یک از فنون و اهمیت تمرین منظم را درک کرده است. فنون درمانی نیز همانند مهارت‌های دیگر باید تا زمانی که فرد در آنها مهارت نیافته به طور مکرر تمرین شود. در هر نوبت، فنون شناختی یا رفتاری جدیدی معرفی می‌شود. رویکرد شناختی رفتاری به مراجعان کمک می‌کند تا افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، را شناسایی و درک کنند [۱۰].

از اساسی‌ترین اصول رفتار درمانی شناختی این است که افکار غیرواقعی و غیرمنطقی و افکار تحریف شده مدیریت شود و با تفکرات معقول و مبتنی بر واقعیت‌های عینی زندگی، می‌توان نه تنها اختلالاتی مانند افسردگی، عاطفه مختل را حل نمود، بلکه در سخت‌ترین چالش‌های زندگی واکنش مناسب نشان داد [۱۱]. آموزش و مشاوره به مراجع باعث افزایش رضایت فرد، اطمینان از تداوم مراقبت، تسکین اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، از جمله عواطف منفی و افزایش شرکت در برنامه‌های مراقبت بهداشتی و کسب استقلال مراجع در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی می‌شود. به علاوه مشاوره و درمان شناختی رفتاری موجب بهبود ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و کاهش هزینه‌ها می‌گردد [۱۲]. همچنین درمان شناختی- رفتاری بر ارتقای کنترل عواطف موثر می‌باشد. [۱۳].

علاوه بر درمان شناختی- رفتاری یکی از جمله درمان‌هایی که بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان سندرم تخمدان پلی‌کیستیک می‌تواند تأثیرگذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته، درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار یکی از مداخلاتی است که می‌تواند در کاهش مشکلات هیجانی عاطفی موثر باشد [۱۴]. تغییر در درمان هیجان‌مدار به این صورت است که پاسخ‌های هیجانی زیر بنایی تعامل کشف شده و تجربه می‌شوند و مجدداً مورد

سندرم تخمدان پلی‌کیستیک^۱ از جمله بیماری‌های شایع غدد درون‌ریز می‌باشد که ۵ تا ۱۰ درصد از زنان را در سن باروری درگیر می‌کند. این بیماری یک اختلال تخمدانی است، که منجر به بی‌نظمی در محور آدرنال- هپوفیز و هیپوتالاموس می‌شود [۱]. جهت تشخیص سندرم تخمدان پلی‌کیستیک وجود ۲ از ۳ ملاک تشخیصی شامل: (۱) اختلال قاعدگی بیشتر به شکل الیگومنوره^۲ و عدم تخمک‌گذاری (۲) علائم بالینی یا آزمایشگاهی هایپرآندروژنیسم^۳ (۳) وجود ۱۲ فولیکول یا بیشتر با قطر کمتر از ۱۰mm و افزایش حجم تخمدان به بیش از ۱۰cc در سونوگرافی گری اسکال^۴ لازم است [۲].

ارتباط نزدیکی بین سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و چاقی وجود دارد به گونه‌ای که میانگین افراد چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در مقایسه با میانگین چاقی در زنان سالم، بیشتر است. مطالعات نشان می‌دهند تقریباً ۴۰ - ۶۰ درصد زنان مبتلا، دچار اضافه وزن یا چاقی هستند [۳]. این سندرم پیامدهای روانی مانند اضطراب و افسردگی را نیز به همراه دارد [۴]. همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، کاهش کیفیت زندگی، اختلالات روانی و هیجانی شایع است [۵].

یکی از مسائل مهم در مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک شدت هیجانات مثبت و منفی^۵ در آنهاست. هیجانات مثبت نشان دهنده میزان شوق و اشتیاق به زندگی است. بررسی‌های گوناگون نشان داده‌اند، هیجانات مثبت با ابعاد مختلف سلامت روانی، رابطه مثبت و معناداری داشته و نقشی مهم در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی دارد [۶]. هیجانات منفی، یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالات ناخوشایندی مانند خشم، نفرت، بی‌زاری، گناه، ترس و عصبانیت را شامل می‌شود و ارتباط مثبتی با اختلالات عاطفی داشته و در ایجاد و تداوم نابهنجاری‌های روانی موثر است [۷].

روشهای درمانی مختلفی برای مسائل و پیامدهای روان شناختی ناشی از بیماری در بیماران مبتلایان به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بکار گرفته شده است که یکی از آنها درمان شناختی- رفتاری^۶ است. درمان شناختی رفتاری شیوه‌ای است که در آن مددجو شرایط زندگی خود و فشارهای روانی را ارزیابی می‌کند و دیدگاه‌هایش را نسبت به خود، محیط و آینده و باورهایی که سبب افزایش آسیب‌پذیری وی در برابر اختلالات هیجانی می‌شوند را تغییر

4. Gray scale

5. Positive and negative affect

6. Cognitive Behavioral Therapy

1. Polycystic ovary syndrome- PCOS

2. Oligomenorrhea

3. Hyper androgenism

باشد. بنابراین افرادی که بیشتر به ابراز هیجانات خود می‌پردازند از نظر شخصیتی، سازمان یافته بوده و از نظر ذهنی متمرکزترند و در نتیجه بهبود در عواطفشان را نیز خواهند داشت [۱۹].

باتوجه به مطالعات انجام‌شده و مزمن‌بودن سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و بادر نظر گرفتن این واقعیت که درصد قابل توجهی از زنان ایرانی از این بیماری رنج می‌برند و نیز مشکلات عاطفی در این مبتلایان و لزوم اقدامات پیشگیرانه و درمانی در این زمینه و همچنین براساس بررسی‌های انجام‌گرفته توسط محقق، تاکنون مطالعه‌ای در جهت مقایسه تأثیر درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری بر عواطف زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک در ایران صورت‌نگرفته است. محقق بر آن شد تا به مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری بر عواطف در زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بپردازد، لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری بر عواطف در زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مؤثر هستند و میزان تأثیرگذاری کدام درمان بیشتر است؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، از نوع کمی و طرح نیمه آزمایشی [پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل در خارج از محیط آزمایشگاه] بود.

آزمودنی

الف) جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش را زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک با دامنه سنی ۴۰-۲۰ (پس از بلوغ و پیش از سن یائسگی) مراجعه‌کننده به مرکز پزشکان ابن‌سینا تهران تشکیل دادند.

ب) نمونه پژوهش

حجم نمونه مطالعه حاضر با مراجعه به جدول کوهن^۱ برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی [۲۰] در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. معیارهای ورود به این پژوهش قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال [علت انتخاب این گروه سنی این است که، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک ۵ تا ۱۰ درصد از زنان را در سن باروری درگیر می‌کند و احتمال یائسگی زودرس در سن ۴۰ سال وجود دارد]، داشتن شاخص

پردازش قرار می‌گیرند و در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می‌گیرند. دستیابی و کشف این تجربه هیجانی به منظور تخلیه هیجانی و کسب بینش نیست بلکه به خاطر تجربه کردن جنبه‌های جدیدی از خود است که پاسخ‌های جدیدی را از فرد برمی‌انگیزاند. از دیدگاه هیجان‌مدار تغییر هنگامی روی می‌دهد که عواطف فرد از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب، و دگرگونی هیجان معنا می‌یابند [۱۵].

درمان هیجان‌مدار از نظر تأثیرگذاری بر اضطراب و تنظیم نایافتگی غم، با دستیابی به اینکه درمان هیجان‌مدار منجر به بهبود مدیریت هیجانات منفی (خشم و غم) می‌شود و از این جهت، نسبت به درمان شناختی‌رفتاری، خصوصاً در مواردی که فرد علاوه بر اضطراب، در مدیریت سایر هیجانات منفی نیز مشکل دارد، ارجحیت دارد [۱۶]. از آنجایی که درمان هیجان‌مدار بر روی هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است و از راه خویشتن‌پنداری مثبت سعی در خودنظم‌بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد و در جلسه‌های درمانی به صورت گسترده از روش‌های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می‌کند. از سویی شیوه هیجان‌مدار تلفیقی از دیدگاه‌های انسان‌گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت گسترده و متنوع از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تأکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیداکردن راه حل و خلق و ایجاد معانی تازه و روابط حسنه در این رویکرد استفاده می‌شود و با توجه به این که بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص این رویکرد می‌توان باعث تغییر و اصلاح عواطف مثبت و منفی افراد شد [۱۷]. به طور کلی، رسالت درمانگر در درمان هیجان‌مدار علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان است و افراد با قدرت تنظیم هیجان می‌توانند اتفاقات استرس‌زا را در رابطه با تهدید آمیز بودن و یا نبودن ارزیابی نمایند و راه‌های برخورد با این استرس‌زاها را خلق نمایند و از این طریق در شرایط و موقعیت‌های گوناگون به درستی هیجانات خود را تنظیم کنند و با تجارب استرس‌زا مقابله کنند و شادی را تجربه کنند و این خود باعث بهبود عواطف و کیفیت زندگی و بهزیستی افراد می‌شود [۱۷]. هیجان سبب می‌شود که افراد با دنیای خودشان ارتباط برقرار کرده و با بازخورد لحظه به لحظه درباره چیزهای با اهمیت و قابل توجه انگیزه عمل را کسب نمایند. ابراز هیجان سبب بروز ویژگی‌های شخصیتی مانند قدرت پذیرش بالا و احساس کارایی می‌شود که نشان‌دهنده وجود مهارت‌های شناختی بین فردی مطلوب می‌

۱. Cohen

شده است. روایی عاطفه مثبت و منفی از طریق همبستگی با مقیاس افسردگی بک، به ترتیب ۰/۳۶- و ۰/۵۸ گزارش شده است [۲۲]. در پژوهش بخشی پور و دژکام [۲۳] ساختار عاملی پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی تأیید و ضرایب آلفای کرونباخ برای هر دو زیر مقیاس ۰/۸۷ محاسبه شد. همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای در پژوهش حاضر ۰/۸۲ محاسبه شد.

شیوه انجام پژوهش

برای اجرای پژوهش حاضر، به این ترتیب که پس از درج آگهی فراخوان در مرکز پزشکان ابن سینا واقع در تهران در سال ۱۳۹۸ از میان متقاضیان داوطلب شرکت در پژوهش، پس از ارزیابی اولیه و تشخیص قطعی تخمدان پلی کیستیک توسط پزشک مرکز، بر اساس معیارهای ورود، نمونه پژوهش شناسایی شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک کنترل گمارده شدند. یک هفته پس از اجرای پیش آزمون، درمان هیجان‌مدار بر اساس الگوی درمان هیجان‌مدار گرینبرگ^۵، واروار و مالکولم [۲۴] به مدت ۹ جلسه، یک روز در هفته و هر جلسه ۴۵ دقیقه و درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی دابسون^۶ [۲۵]. به مدت ۹ جلسه، یک روز در هفته و هر جلسه ۴۵ دقیقه، برای گروه‌های آزمایش اجرا شد، اما گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. پس از اجرای جلسات، پس آزمون و سه ماه بعد از اجرای پس آزمون، به منظور بررسی میزان پایداری درمان آزمون پیگیری به عمل آمد. طرح درمانی جلسات گروه‌های آزمایش به اختصار در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل رعایت صداقت و امانت داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق ناشناس ماندن آزمودنی‌ها و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است.

توده بدنی ۳۰ و بالاتر، عدم یائسگی یا بارداری در زمان انجام پژوهش، ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک [بر اساس وجود ۲ ملاک از میان ۳ ملاک اختلالات قاعدگی، علائم بالینی یا آزمایشگاهی هاپیر آندروژنیسم و تأیید تخمدان پلی کیستیک در سونوگرافی شکمی بیماران به تأیید پزشک متخصص]، مصرف نکردن داروهای روان گردان و مواد مخدر ویا داروهای تأثیر گذار بر نتایج پژوهش [داروهای مثل قرص متفرمین^۱ یا قرص‌های هورمونی] در طول انجام پژوهش، فقدان سایر اختلالات با انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID II)^۲، بر اساس راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی DSM جهت تشخیص اختلالات شدید عاطفی، روانی و شخصیت بررسی شد. معیار خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه آزمودنی‌ها در جلسات درمان بود. برای انتخاب نمونه، ابتدا ۶۰ زن چاق شناسایی شدند و از بین آنها تعداد ۴۵ زن چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به شیوه هدفمند انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی^۳: جهت ارزیابی عواطف از پرسشنامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی ۲۰ گویه‌ای (۱۰ ماده عاطفه مثبت و ۱۰ ماده عاطفه منفی) است که توسط واتسن، کلارک و تلگن^۴ ۱۹۸۸ برای اندازه‌گیری عاطفه منفی و عاطفه مثبت در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱) طراحی شده است. کمینه و بیشینه نمره هر آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است [۲۱] پایایی به روش بازآزمایی برای عاطفه مثبت در یک دوره دوماهه ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ محاسبه

جدول ۱. محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه و برقراری ارتباط و اتحاد درمانی و فنون حضور، خود بودن، پذیرش، درک اکتشاف، درگیری و همچنین توضیح درباره ماهیت اختلال سندرم تخمدان پلی-کیستیک، بیان کلی رویکرد درمان هیجان‌مدار، تعیین اهداف درمانگری و فراهم کردن بازخورد نسبت به درمان و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی.
دوم	شناسایی هیجان‌های مربوط به اختلال سندرم تخمدان پلی کیستیک، به چالش کشیدن تجربیات ناخوشایند هیجانی، کنترل تجارب درماندگی، پذیرش هیجان‌ها، کنترل تجارب درماندگی، پذیرش هیجان‌ها و در نهایت ارائه جمع بندی جلسه و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی استفاده از تکنیک آموزش تنظیم تنفس که به مراجع در حس کنترل علائم روان شناختی عواطف منفی، اضطرابی و تنفس و ضربان قلب کمک کند.
سوم	فراخوانی و زنده کردن احساس‌ها و هیجان‌های دردناک مراجع خلاصه و ارائه مطالب آموزش داده در جلسات قبلی و همچنین کنترل و کشف سبک پردازش هیجانی مراجع و بررسی هیجانی از طریق مراحل شناسایی، آگاهی، پذیرش، تحمل و تنظیم هیجان، دسترسی به احساسات ابراز نشده‌ای که زیربنای الگوهای تعاملی می‌باشند و دستیابی به هیجان‌ات زیر ساختاری و نیازها ی دلپسته محور و بیان اهمیت در زمینه مقابله‌های هیجان‌مدار در این اختلال برای مراجع مثل گوش دادن به نوارهای آرامبخش و نشاط آور، ورزش کردن و تغذیه مناسب و در نهایت ارائه جمع بندی جلسه و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی، دادن تکلیف، تکنیک آرم سازی

5. Greenberg LJ, Warwar SH, Malcolm WM.

6. Dobson

1. Metformin

2. Structured clinical Interview for DSM- IV (SCID II)

3. Positive and negative affect scale (PANAS)

4. Watson. D; Clark, L.A.& Tellegen. A.

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی‌رفتاری بر عواطف زنان چاق مبتلا به...	
چهارم	رسیدن به هیجان‌های اولیه زیربنایی و شناخت نیازها (نتایج شناختی عاطفی بازنشده در احساس بد) و رساندن آن به آگاهی، خلاصه و آرایه مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی، کشف و شناسایی هیجان‌ات اولیه، ثانویه و یا ایزاری و در نهایت آرایه جمع‌بندی جلسه و تشویق رد برای شرکت در جلسه بعدی. استفاده از فنون کار با صندلی
پنجم	مطالبه کردن نیازهایی که مراجع از آن امتناع می‌کند و تصدیق تجربه‌ای قبلاً نما گذاری نشده یا از آن اجتناب شده‌است، خلاصه و آرایه از مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی و ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجان‌ات اصلی زیربنایی سازگار/ناسازگار و یا سالم/ناسالم و در نهایت آرایه جمع‌بندی جلسه و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی.
ششم	گسترده کردن مفهوم خود با بازسازی هیجان‌ها در ارتباط با موقعیت‌های مختلف مطالب خلاصه و آرایه از مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر آیه ای از مشکل کنونی و مرتبط با آن تصویر (خود، پدر، مادر، همسر و سایر آیه های احتمالی) و تسهیل پدیده‌ای راه کارهای تازه برای حل مسایل کهنه و در نهایت آرایه جمع بندی جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعدی.
هفتم	هدایت مراجع در حین بازنمایی آیه‌ها و رسیدن به بینش تجربه، خلاصه و آرایه از مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی، هماهنگی درمانگر با ضرورت منابع درونی و تعمیم انتقال این حس به خارج از جلسات درمان و در نهایت آرایه جمع‌بندی جلسه و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی معرفی تکنیک تصویرپردازی مثبت تخیلی
هشتم	رشد حکایتی جدید از تجارب و بیان استعاره از حالت قبلی مشکل خود (مثل زندانی در قفس شیشه ای) و حالت فریب خود، خلاصه و آرایه از مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی، انعکاس آنچه تاکنون رخ داده‌است ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شود و روش تغییر هیجان با هیجان، در نهایت آرایه جمع بندی جلسه و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی.
جلسه نهم	خلاصه و آرایه مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی، تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده و در نهایت آرایه جمع بندی های جلسات قبلی و اجرای پس آزمون.

جدول ۲. محتوای جلسات درمان شناختی‌رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
اول	فهمیدن درگیری ذهنی مراجع و تبدیل و تخلیه هیجان‌ها در یک محیط حمایت شده می‌باشد، معارفه و توضیح هدف از این پژوهش و ایجاد رابطه بین درمانگر و مددجو و آموزش تکنیک یادداشت برداری و دادن تکلیف، یادداشت برداری، فرد می‌بایست فاکتورهای مختلف افکار و احساسات خود را (منشا، شدت، مدت زمان، نحوه پاسخ) لحظه به لحظه یادداشت کند.
دوم	تعیین اهداف درمانگری و فراهم کردن بازخورد نسبت به درمان، آشنایی با درمان شناختی رفتاری و صحبت درباره فیزیولوژی ^۱ و آسیب‌شناسی تخمدان، عوارض تخمدان پلی کیستیک و سبب شناسی آن و درمان‌های موجود برای آن از جمله درمان شناختی رفتاری و تکرار جمله مثبت عشق به خود و تلاش در جهت سلامتی خود و تکلیف تکرار جمله مثبت عشق به خود و تلاش در جهت سلامتی خود
سوم	درک مراجع به نقش تخمدان پلی کیستیک بر تولید استرس و تأثیر آن بر کل سیستم بدن و کار تخمدان و همچنین تأثیر آن بر عواطفشان بیان نقش تخمدان پلی کیستیک بر تولید استرس و تأثیر آن بر کل سیستم بدن و کار تخمدان و همچنین تأثیر بر عواطفشان، آموزش تکنیک تنفسی و تن آرامی ^۲ و توضیح چگونگی تأثیر تنفس و تغذیه بر سلامتی تخمدان، مبارزه با افکار ناکارآمد تغذیه ای، آرایه اطلاعات درباره مواد غذایی مناسب و نامناسب و در سندرم تخمدان پلی کیستیک و آموزش طرز فکر جایگزین و بازپس گیری تکلیفی جلسه قبل دادن تکلیف، مطالعه در زمینه تأثیر تنفس و تغذیه مناسب در اختلال سندرم تخمدان پلی کیستیک و تمرین مبارزه با افکار ناکارآمد، عاطفی و تمرین طرز فکر جایگزین
چهارم	آموزش حل مساله، بازگویی روانشناختی موقعیت های مشکل‌زا و احساسات و افکار و تعریف مساله یا مشکل توسط مددجو، آرایه اطلاعات درباره تأثیر تحرک بر سندرم تخمدان پلی کیستیک و توضیح انواع ورزش و انجام ورزش های مناسب خود فرد
پنجم	انتخاب و به کار بردن بهترین راهبرد، آرایه راه حل های بدیل، ارزیابی راه حل ها و معرفی کتاب به منظور آشنایی بیشتر با درمان شناختی رفتاری و شناسایی افکار برانگیزاننده عواطف منفی و احساسات ناخوشایند، بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان‌ها و کمک به حل آن‌ها، ثبت افکار و شناسایی هیجان‌ها و کمک به حل آنها
ششم	معرفی مفهوم تنش‌زدایی به منظور کاهش نشانه های برانگیختگی و تأثیر ذهن بر جسم و شناخت عواطف و آموزش استفاده از تکنیک مراقبه ^۳ و تن آرامی و کنترل استرس بر اساس آن تجسم سازی ذهن و باز پس گیری تمرینات جلسه قبل، تکلیف تمرین مراقبه و تن آرامی و کنترل استرس بر اساس آن تجسم سازی ذهن
هفتم	معرفی مفهوم مهارت‌های مقابله‌ای برای مدیریت اضطراب و بررسی چگونگی مواجهه مددجو با مشکل، بازگیری تکلیفی جلسه قبل و تکنیک نوسازی معنی و تفکر
هشتم	بررسی چگونگی تأثیر شناخت و افکار بر پاسخ‌های اضطرابی و کمک به مددجو برای شناسایی خودگویی‌های درونی منفی، تکنیک خودگویی و ثبت افکار در ذهن و بازپس گیری تمرینات جلسات قبل
جلسه نهم	بررسی اثربخشی راه حل‌های اجرا شده و تنظیم مجدد و بازپس گیری تکالیف و تست‌گیری مجدد

شیوه تحلیل داده‌ها

آزمون تحلیل واریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال-بودن با آزمون کولموگورف-اسمیرنوف^۵، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین^۶ و مفروضه کرویت با آزمون موخلی^۷ بررسی شدند. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-25^۸ و در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر^۴ استفاده شد. قبل از استفاده از

1. Physiology
2. Relaxation
3. Meditation
4. Mixed analysis of variance with repeated measures
5. Kolmogorov-Smirnov
6. Levene's Test for Equality of Variances
7. Mauchly's Test of Sphericity
8. Statistical package for social science

نتایج

جدول ۳. فراوانی گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس مدرک تحصیلی و میانگین سنی آزمودنی‌های سه گروه

میانگین سنی	مقطع تحصیلی			گروه‌ها
	فراوانی	بالاتر از دیپلم	دیپلم	
۳۵/۶۱	۱۵	۹	۴	گروه آزمایش هیجان مدار
۳۳/۳۳	۱۵	۸	۶	گروه آزمایش شناختی - رفتاری
۲۶/۳۵	۱۵	۶	۴	گروه کنترل

مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم بودند. همچنین میانگین سنی افراد گروه نمونه نیز نشان می‌دهد که میانگین سنی آنها بین ۳۳ تا ۳۵ سال بود.

همچنان که نتایج ۳ نشان می‌دهد، بیشترین فراوانی تحصیلات مربوط به مقطع تحصیلی بالاتر از دیپلم می‌باشد. به عبارت دیگر بیشتر آزمودنی‌های گروه‌های نمونه دارای

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای عواطف مثبت و منفی در سه مرحله از اندازه‌گیری

انحراف استاندارد	میانگین	گروه	زمان
۴/۸۳	۳۱/۷۳	هیجان مدار	پیش آزمون متغیر عواطف مثبت
۴/۶۸	۳۴/۰۷	شناختی رفتاری	
۵/۲۴	۳۳/۱۳	کنترل	
۳/۰۴	۳۸/۴۷	هیجان مدار	پس آزمون متغیر عواطف مثبت
۳/۸۴	۳۷/۲۷	شناختی رفتاری	
۵/۱۳	۳۲/۸۷	کنترل	
۲/۰۶	۳۸/۰۷	هیجان مدار	پیگیری متغیر عواطف مثبت
۲/۳۱	۳۶/۶	شناختی رفتاری	
۵/۰۶	۳۳	کنترل	
۱/۴	۱۶/۸۷	هیجان مدار	پیش آزمون متغیر عواطف منفی
۴/۶	۱۶/۴۷	شناختی رفتاری	
۴/۴۶	۱۶/۹۳	کنترل	
۳/۴۳	۱۲/۷۳	هیجان مدار	پس آزمون متغیر عواطف منفی
۳/۲۹	۱۳/۴۷	شناختی رفتاری	
۴/۱۹	۱۷/۵۳	کنترل	
۳/۴۳	۱۲/۷۳	هیجان مدار	پیگیری متغیر عواطف منفی
۳/۲۹	۱۳/۴۷	شناختی رفتاری	
۴/۱۵	۱۷/۴	کنترل	

در سه مرحله از اندازه‌گیری، اختلاف وجود دارد.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین متغیرهای عواطف مثبت و منفی در گروه‌های مورد مطالعه

جدول ۵. نتایج آزمون نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، کرویت موخلی و ام باکس

سطح معناداری	ام باکس	گرتین هاوس گیسر	سطح معناداری	W موخلی	همگنی واریانس‌ها		پیش آزمون		متغیر
					سطح معناداری	F لوین	سطح معناداری	کولموگروف-اسمیزنف	
۰/۰۰۰۱	۶۷/۴۵	۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۹	۰/۰۱	۰/۸۳	۰/۹۷	عواطف مثبت
۰/۰۰۰۱	۶۲/۳۵	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶	۰/۵۵	۰/۶۱	۰/۳۲	۰/۹۲	عواطف منفی

ماتریس‌های واریانس/کوارینانس و مفروضه کرویت بر قرار نیست، بنابراین این از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر^۴ استفاده شد. نتایج آماره ام‌باکس^۵ برای متغیرهای پژوهش معنادار است

در جدول ۵ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف^۱ معنادار نیست، بنابراین این شرط توزیع طبیعی نمره‌ها برقرار است. نتایج آزمون لوین^۲ حاکی از همگنی واریانس‌های خطا در دو گروه است و نتایج آزمون موخلی^۳ نشان می‌دهد که شرط تساوی

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (اثر درون آزمودنی‌ها) در متغیرهای عواطف مثبت و منفی

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا(η ^۲)	توان آزمون
عواطف مثبت	مرحله	۲۸۴/۳۱	۲	۱۴۲/۱۶	۶۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	مرحله × گروه	۲۲۹/۷۸	۴	۵۷/۴۴	۲۷/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
عواطف منفی	مرحله	۱۲۸/۵۸	۸۴	۲/۱۳	۳۱/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
	مرحله × گروه	۱۳۸/۱۸	۴	۳۴/۵۴	۱۴/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
	خطا	۱۹۶/۸۴	۸۴	۲/۳۴				

گروهی نمره‌ی عواطف منفی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ($F = 31/93, p < 0/001$)؛ یعنی نمرات شرکت‌کنندگان در متغیر عواطف منفی در گروه آزمایش از مراحل پیش آزمون تا پیگیری کاهش یافته است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر درون گروهی نمره‌ی عواطف مثبت در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ($F = 66/87, p < 0/001$)؛ یعنی نمرات شرکت‌کنندگان در متغیر عواطف مثبت در گروه‌های آزمایش از مراحل پیش آزمون تا پیگیری افزایش یافته است. اثر درون

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بنفرتی برای مقایسه جفتی میانگین در مراحل سه‌گانه متغیر عواطف مثبت در گروه‌های مورد مطالعه

گروه‌ها	زمان (I)	زمان (J)	تفاوت میانگین (I-J)	انحراف استاندارد	سطح معناداری
هیجان‌مدار	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۴۷	۱/۳۲	۰/۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۴/۱۳	۱/۴۵	۰/۰۴
	پس آزمون	پیگیری	۴/۴۷	۱/۳۲	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۳۳	۰/۳۵	۰/۶۲
	پیش آزمون	پیگیری	۴/۱۳	۱/۴۵	۰/۰۴
	پیگیری	پس آزمون	-۰/۳۳	۰/۳۵	۰/۶۲
شناختی رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۶	۱/۵۹	۰/۰۴
	پیش آزمون	پیگیری	-۳/۹۳	۱/۶۲	۰/۰۹
	پس آزمون	پیگیری	۴/۶	۱/۵۹	۰/۰۴
	پس آزمون	پیگیری	۰/۶۷	۰/۳۹	۰/۱۱
	پیش آزمون	پیگیری	۳/۹۳	۱/۶۲	۰/۰۹
	پیگیری	پس آزمون	-۰/۶۷	۰/۳۹	۰/۱۱
کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۶	۰/۴۷	۰/۶۶
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۶۷	۰/۸۹	۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۶	۰/۴۷	۰/۶۶
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۷	۰/۷۲	۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۰/۶۷	۰/۸۹	۱
	پیگیری	پس آزمون	-۰/۰۷	۰/۷۲	۱

۴ . Greenhouse-Geisser

۵ . Box's Test of Equality of Covariance Matrices

۱ . Kolmogorov-Smirnov

۲ . Levene's Test for Equality of Variances

۳ . Mauchly's Test of Sphericity

عواطف مثبت، بین نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین نمرات پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین بین نمرات پس آزمون و پیگیری نیز از نظر این متغیر تفاوت معناداری قابل مشاهده نیست. به عبارت دیگر درمان شناختی رفتاری بر روی متغیر عواطف مثبت گروه نمونه موثر بوده و تفاوت معناداری را بعد از درمان در نمرات این متغیر بوجود آورده و در پیگیری نیز تقریباً ثابت بوده است. در ادامه این تفاوت در گروه کنترل نیز بررسی شد که نتایج نشان می‌دهد از نظر متغیر عواطف مثبت، بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

همان طور که از نتایج جدول ۷ مشاهده است، در گروه درمانی هیجان مداراز نظر نمره متغیر عواطف مثبت، بین نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری قابل مشاهده نیست. به عبارت دیگر درمان هیجان مدار بر روی متغیر عواطف مثبت گروه نمونه موثر بوده و تفاوت معناداری را بعد از درمان در نمرات این متغیر بوجود آورده است. اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نبوده به عبارت دیگر نمره متغیر عواطف مثبت در فاصله زمانی بین پس آزمون و پیگیری تقریباً ثابت بوده است. همچنین در گروه درمانی شناختی رفتاری از نظر متغیر

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بنفونی برای مقایسه جفتی میانگین در مراحل سه گانه متغیر عواطف منفی در گروه‌ای مورد مطالعه

گروه ها	زمان (I) زمان (J)	تفاوت میانگین (I-J)	انحراف استاندارد	سطح معناداری
هیجان مدار	پس آزمون	۴/۱۳	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۴/۴	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۴/۱۳	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۲۷	۰/۱۲	۰/۱۲
	پیش آزمون	-۴/۴	۰/۴۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۲۷	۰/۱۲	۰/۱۲
شناختی رفتاری	پس آزمون	۳	۰/۹۸	۰/۰۳
	پیش آزمون	۳/۲۷	۰/۹۲	۰/۰۱
	پیش آزمون	-۳	۰/۹۸	۰/۰۳
	پس آزمون	۰/۲۷	۰/۱۲	۰/۱۲
	پیش آزمون	-۳/۲۷	۰/۹۲	۰/۰۱
	پیگیری	-۰/۲۷	۰/۱۲	۰/۱۲
کنترل	پس آزمون	-۰/۴۷	۰/۴۵	۰/۹۴
	پیش آزمون	-۰/۹۳	۰/۴۴	۰/۱۶
	پیش آزمون	۰/۴۷	۰/۴۵	۰/۹۴
	پس آزمون	-۰/۴۷	۰/۴	۰/۷۹
	پیش آزمون	۰/۹۳	۰/۴۴	۰/۱۶
	پیگیری	۰/۴۷	۰/۴	۰/۷۹

معناداری وجود دارد. اما بین نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری قابل مشاهده نیست. به عبارت دیگر درمان هیجان مدار بر روی متغیر عواطف منفی، گروه نمونه موثر

همان طور که نتایج جدول ۸ مشاهده است، در گروه درمانی هیجان مداراز نظر نمره متغیر عواطف منفی، بین نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری تفاوت

روی متغیر عواطف منفی، گروه نمونه موثر بوده و کاهش معناداری را بعد از درمان در نمرات این متغیر بوجود آورده و در پیگیری نیز تقریباً ثابت بوده است. در ادامه این تفاوت در گروه کنترل نیز بررسی شد که نتایج نشان می‌دهد از نظر متغیر عواطف منفی، بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

بوده و کاهش معناداری را بعد از درمان در نمرات این متغیر بوجود آورده است. اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار نبود. همچنین در گروه درمانی شناختی‌رفتاری از نظر متغیر عواطف منفی، بین نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری از نظر این متغیر تفاوت معناداری قابل مشاهده نیست. به عبارت دیگر درمان شناختی‌رفتاری بر

جدول ۹. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (اثرات بین آزمودنی‌ها) در متغیرهای عواطف مثبت و منفی

متغیرها	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا (η^2)	توان آزمون
عواطف مثبت	گروه	۱۶۵۵۸۵/۰۷	۱	۱۶۵۵۸۵/۰۷	۳۱۸۱/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱
	خطا	۲۷۶/۳۱	۲	۱۳۸/۱۶	۲/۶۵	۰/۰۸	۰/۱۱	
عواطف منفی	گروه	۳۱۴۶۴/۶	۱	۳۱۴۶۴/۶	۷۸۳/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱
	خطا	۳۱۰/۰۴	۲	۱۵۵/۰۲	۳/۸۶	۰/۰۳	۰/۱۶	

مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک می‌توان گفت که قرار گرفتن در جلسه درمان به دلیل وجود عوامل شفاف‌بخشی که در جلسات درمان وجود دارد مانند، انسجام، امیدواری، نوع دوستی، تخلیه هیجانی و انتقال اطلاعات و همچنین به کار بردن برخی از فنون مانند به چالش کشیدن افکار منفی و بازسازی شناختی و جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی و اجرای تکالیف خانگی و همچنین ایفای نقش در جلسات پژوهش حاضر برای بیماران موجب شده است تا افراد مبتلا به سندرم پلی‌کیستیک بتوانند عواطف مثبت خود را ارتقاء دهند. در تبیین دیگری می‌توان گفت که آموزش فنون شناختی رفتاری، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات بیماران تأثیر گذاشته و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین افراد را متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آنها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی می‌شود، لذا با توجه به اینکه در پژوهش حاضر موارد مذکور در جلسات درمان مورد توجه بوده است، اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش عاطف مثبت قابل تبیین است. در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش عواطف منفی زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه هیجان تأکید دارد و از هیجان برای هدایت و تحریک فرد به سمت فعالیت و پاسخ‌های جدید استفاده می‌شود. [۲۷]. در این روش با انعکاس ماهیت و شدت هیجان، حرکت فرد از تأثیر هیجان‌های ثانویه (از قبیل اضطراب، افسردگی، خشم)، به سمت هیجان‌ات عمیق بنیادی و هیجان‌های اولیه سوق پیدا کند. آگاهی از هیجان‌های اولیه نقش مهمی در

همان طور که در جدول ۹ مشاهده است، مقایسه پذیری متغیر عواطف مثبت در میان دو گروه آزمایشی هیجان‌مدار، رفتاری شناختی و گروه کنترل، نشان داده نشد. به عبارت دیگر نوع درمان بر عواطف مثبت گروه مورد مطالعه اثر نداشت، اما اثر بین گروهی برای متغیر عاطفه منفی معنادار است ($p < 0.05$). مقایسه پذیری متغیر عواطف منفی در میان دو گروه آزمایشی هیجان‌مدار و رفتاری شناختی و گروه کنترل را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر نوع درمان بر عواطف منفی گروه مورد مطالعه اثر داشت. همچنین مقدار جزئی ایتا نیز نشان می‌دهد که تقریباً ۱۶ درصد تغییرات در نمره متغیر عواطف منفی بوسیله گروه‌های درمانی قابل تبیین است. با توجه به معناداری تفاوت بین گروه‌ها، مقایسه میانگین صورت گرفت. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که بین گروه آزمایشی هیجان‌مدار با گروه کنترل تفاوت معنادار است ($p < 0.05$). اگر چه این تفاوت بسیار کم هست، اما در حدود ۳ نمره میانگین متغیر عواطف منفی در گروه آزمایشی هیجان‌مدار پایین تر از گروه کنترل است. همچنین بین گروه آزمایشی شناختی رفتاری با گروه کنترل این تفاوت معنادار نمی‌باشد ($p > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مؤثر بودن درمان شناختی رفتاری بر افزایش عواطف مثبت و منفی زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک با علوی و جبل عاملی [۱۳] که در پژوهش‌های جداگانه‌ای اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را بر افزایش عواطف مثبت زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک مورد تأیید قرار داد، همسو است. در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش عواطف مثبت زنان چاق

مراجعه در تغییر روشی که آن‌ها از هیجان‌ها خود استفاده کرده و در یک ارتباط مراقبتی و همدلانه خالص به آن دسترسی می‌یابند منجر به تغییر در طرحواره‌های هیجانی و سازماندهی خود آنان که تحت عملکردهای روانشناختی مشکل ساز قرار دارد می‌شود [۳۱].

یکی از محدودیت‌های این طرح محدودیت سنی (۲۰ تا ۴۰ سال) در آن بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به کلیه زنان سنین باروری را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین در زمینه اثر بخشی درمان هیجان‌مدار بر افزایش کیفیت زندگی و عواطف مثبت زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک، ادبیات پژوهشی اندکی منتشر شده بود. همچنین پژوهشی که به طور همزمان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان‌مدار را بر متغیرهای کیفیت زندگی، خستگی و عواطف مثبت و منفی زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک و یا سایر بیماری‌های مزمن یافت نشد، لذا مقایسه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های دیگر از این نظر با محدودیت بود.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه بعدی، پژوهشگران تعداد جلسات درمان را افزایش داده و طول دوره پیگیری را کاهش دهند تا بدین وسیله پایداری این دو درمان در متغیرهای کیفیت زندگی، خستگی و عواطف مثبت و منفی بهتر مشخص شود. در پژوهش حاضر فقط زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مورد آموزش و درمان قرار گرفتند، شاید بکارگیری درمان‌های خانواده محور نتایج متفاوتی را رقم بزند، زیرا بر اساس نظریه‌های سیستمی، بافت اجتماعی و خانوادگی می‌تواند وضعیت روان شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهد، لذا پیشنهاد می‌گردد، در پژوهش‌های بعدی همسران این زنان نیز در جلسات درمان مشارکت نمایند. به دلیل دشواری‌های شرکت زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در پژوهش به صورت گروهی و همچنین طولانی شدن آموزش افرادی به تعداد زیادی از این زنان، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از طرح‌های تک آزمودنی چندخط پایه و یا آموزش گروهی استفاده شود. پژوهش حاضر بر روی زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک شهر تهران انجام شد، لذا انجام این پژوهش در سایر شهرها و بافت‌های اجتماعی فرهنگ مختلف پیشنهاد می‌شود.

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر حاکی از آن است که نمره کیفیت زندگی زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در مرحله پیش آزمون (قبل از مداخله) پایین و نمره خستگی آنها بالاتر از متوسط بوده است که این امر توجه بیشتر روان‌شناسان بالینی و همچنین متخصصان زنان و زایمان را به متغیرهای روان شناختی - علی الخصوص کیفیت زندگی و خستگی - را مشخص می‌نماید و می‌تواند پیام اصلی

کنترل عواطف منفی دارد، زیرا در اغلب موارد علت عواطف منفی، هیجان‌ها ثانویه زیربنایی مانند درماندگی است، بر این اساس در درمان هیجان‌مدار پس از آنکه فرد هیجان‌ها خود را بدون اجتناب در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کند، کمتر از افکار تکراری منفی مربوط به گذشته مانند نشخواری فکری برای اجتناب از آنها استفاده می‌کند، از این رو عواطف منفی کاهش می‌یابد [۲۶]. این موارد در جلسات درمان در پژوهش حاضر به زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک آموزش داده شده است، لذا انتظار کاهش عواطف منفی آنها دور از انتظار نیست.

نتایج مؤثر بودن درمان هیجان‌مدار بر افزایش عواطف مثبت زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک با یافته‌های مطالعه حسن آبادی و همکاران [۱۶] که اثر بخشی درمان هیجان‌مدار را بر افزایش عواطف مثبت مورد تأیید قرار دادند، همسو است. در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افزایش عواطف مثبت زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک می‌توان گفت از آنجایی که رویکرد هیجان‌مدار بر روی هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است و از راه خویشتن‌پنداری مثبت سعی در خودنظم بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد و در جلسه‌های درمانی به صورت گسترده از روش‌های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می‌کند. این مسأله در پژوهش حاضر نیز مورد توجه بوده است. از سویی شیوه هیجان‌مدار تلفیقی از دیدگاه‌های انسان‌گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت گسترده و متنوع از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تأکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیدا کردن راه‌حل و خلق و ایجاد معانی تازه و روابط حسنه در این رویکرد استفاده می‌شود و با توجه به این که بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص این رویکرد می‌توان باعث افزایش عواطف مثبت شود [۲۷]. به دلیل اینکه در پژوهش حاضر نیز موارد مذکور در جلسات درمان مورد تأکید بوده است، افزایش عواطف مثبت دور از انتظار نیست. در تبیین دیگری می‌توان گفت که در درمان هیجان‌مدار درمانگر با شناسایی و ارزش دادن به پاسخ‌های هیجانی منفی و نامطلوب و بسط دادن آن پاسخ‌های نامطلوب به مسایل بی‌اهمیت و پیش‌پاافتاده مانند ترس و درماندگی میزان پرخاشگری را که ناشی از ناتوانی در پاسخگویی به رفتارهای نامناسب در موقعیت‌های فشارزا است را کاهش دهد [۲۸]. درمان پردازشی - تجربه‌ای/ هیجان‌مدار یک درمان رابطه‌ای است که درمان‌های گشتالتی و مراجع محور را با هم تلفیق می‌کند. این درمان به هیجان‌ها به عنوان مسئله محوری در عملکرد روانشناختی، بدکارکردی و تغییر نگاه می‌کند. این رویکرد فرض می‌کند که کمک به

- 3- Palomba, S., Falbo, A., Giallauria, F., Russo, T., Rocca, M., Tolino, A., & Orio, F. Six weeks of structured exercise training and hypocaloric diet increases the probability of ovulation after clomiphene citrate in overweight and obese patients with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 2010; 25(11), 2783-2791.
- 4- Amini, L., Ghorbani, B., & Sevedfatemi, N. Mental Health of Women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) and some of its Socio-demographic Determinants. *Iran Journal of Nursing* 2012; 25(78), 2008-5923.
- 5- Kumarapeli, V. L., Seneviratne, R. D. A., & Wijeyaratne, C. N. Health-related quality of life and psychological distress in polycystic ovary syndrome: a hidden facet in South Asian women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2011; 118(3), 319-328.
- 6- Besharat, M. A., Nia, M. E., & Farahani, H. Anger and major depressive disorder: The mediating role of emotion regulation and anger rumination. *Asian journal of psychiatry*, 2013; 6(1), 35-41.
- ۷- یوسفی، جعفر. رابطه راهبردهای تنظیم هیجانی و هیجان‌های مثبت و منفی، سلامت روانی. مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور، ۳ (۱)، ۱۳۹۳: ۶۶-۷۴.
- 8- Leahy, R, L. Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide. 1st Edition, Guilford Press: 2017; New York,.
- ۹- پسندیده، محمد مهدی؛ طاهری، معصومه. اثربخشی گروه درمانی به شیوه شناختی‌رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و افزایش خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳ (۲)، ۱۳۹۴: ۷-۱۴.
- ۱۰- فارسی نژاد، معصومه؛ کرمی، ابوالفضل؛ اسدزاده، حسن. اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر ملال تحصیلی و اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر دبیرستانی. *علوم تربیتی، آموزش و ارزیابی*، ۱۱ (۴۴)، ۱۳۹۷: ۱۴۴-۱۱۹.
- 11- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7. 2011.
- 12- Amick, H. R., Gartlehner, G., Gaynes, B. N., Forneris, C., Asher, G. N., Morgan, L. C., ... & Lohr, K. N. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. 2015; *Bmj*, 351.

پژوهش حاضر باشد. بر اساس جستجوهای انجام شده، محتوی مشخصی که مربوط به تأثیر درمان هیجان‌مدار و شناختی رفتاری برای نمونه مورد مطالعه، باشد، یافت نشد، بر این اساس پژوهشگران پژوهش حاضر بر اساس مبانی نظری رویکردهای مذکور و با تلفیق فنون و روش‌های این رویکردها و مطالعه پژوهش‌های مشابه به تنظیم محتوی مربوط به تأثیر درمان هیجان‌مدار و شناختی برای زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک پرداختند که می‌تواند در پژوهش‌های بعدی در کار با زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مورد استفاده روان‌شناسان بالینی قرار بگیرد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان هیجان‌مدار و شناختی رفتاری در افزایش کیفیت زندگی، عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی و خستگی زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک مؤثر است، لذا پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان از آن درمان‌ها در کار با زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک استفاده نمایند.

پیشنهادات و محدودیت‌های پژوهش

به دلیل دشواری‌های شرکت زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در پژوهش به صورت فردی و همچنین طولانی شدن آموزش انفرادی به تعداد زیادی از این زنان، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از آموزش گروهی استفاده شود. یکی از محدودیت‌های این طرح محدودیت سنی (۲۰ تا ۴۰ سال) در آن بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به کلیه زنان سنین باروری را تحت تأثیر قرار دهد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روان‌شناسی و دارای کد اخلاق شماره (IR.IAU.TMU.REC.1399.306) می‌باشد. بدینوسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر که با شرکت خود در این مطالعه امکان اجرای آن را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- 1- Yoldemir, T., Angin, P., Ramoglu, S., & Atasayan, K. Health-related quality of life (HRQL) in women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Maturitas*, 2017; 100, 175.
- 2- Moran, L. J., KO, H., Misso, M., Marsh, K., Noakes, M., Talbot, M., & Teede, H. J. Dietary composition in the treatment of polycystic ovary syndrome: a systematic review to inform evidence-based guidelines. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2013; 113(4), 520-545.

- 20- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. United States of America, Lawrence Erlbaum Associates, 1988; 310-11.
- 21- Jones, G., Swain, A., & Harwood, C. Positive and negative affect as predictors of competitive anxiety. *Personality and Individual Differences*, 1996; 20(1), 109-114.
- 22- Gomez, R., Cooper, A., & Gomez, A. (2000). Susceptibility to positive and negative mood states: Test of Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences*, 2000; 29(2), 351-365.
- ۲۳- بخشی پور، عباس و دژکام، محمود. تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. مجله روان‌شناسی ۳۶(۹-۴)، ۱۳۸۴: ۳۶۵-۳۵۱
- 24- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of marital and Family Therapy*, 2010; 36(1), 28-42.
- 25- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Guilford Press. 2010.
- 26- Kinsinger, S. W. (2017). Cognitive-behavioral therapy for patients with irritable bowel syndrome: current insights. *Psychology research and behavior management*, 2017; 10, 231.
- ۲۷- صاحبی بزاز، لیلا؛ سودانی، منصور و مهربانی زاده هنرمند، مهناز. بررسی درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و سازگاری زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت. مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری. ۴(۳۴)، ۱۳۹۸: ۸۳-۵۹.
- 28- Elliott, R. (). Emotion- focus therapy. PCCS. Book, Ross-on-Wye, 2012; 103-130.
- ۱۳- علوی مائده سادات و جیل عاملی شیدا. اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کنترل عواطف بیماران ام اس شهر اصفهان. فصلنامه علمی پژوهشی زیست پزشکی جرجانی. ۶(۱)، ۱۳۹۷: ۵۴-۴۴.
- 14- Chilling E, Baucom D, Burnet CK, Ragland D. Altering the course of marriage: The effect of PREP communication skills acquisition on couple's risk of becoming maritally distressed. *J FAM Psychol*. 2013; 17:41-53.
- 15- Priest, J. B. (). Emotionally focused therapy as treatment for couples with generalized anxiety disorder and relationship distress. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 2013; 12(1), 22-37.
- 16- حسن آبادی، حسین؛ مجرد، سعید و سلطانی فر، عاطفه. بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۲)، ۱۳۹۰: ۳۸-۲۵
- ۱۷- فخری، مریم سادات. مقایسه اثربخشی درمان نوروفیدبک و گروه درمانی هیجان‌مدار بر کاهش ناگویی خلقی و بهبود رضایتمندی زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد. ۱۳۹۳.
- 18- Greenberg, L., Warwar, S., & Malcolm, W. Emotion-focused couples therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of marital and Family Therapy*, 2010; 36(1), 28-42.
- ۱۹- سپهری، سالومه. مقایسه اثربخشی آموزش گروهی درمان ساختاری با درمان هیجان‌مدار بر کمال‌گرایی و سبک‌های دفاعی زنان متأهل دارای ترس از صمیمیت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد. ۱۳۹۳.