مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی روی خودکارآمدی و سبک زندگی مرتبط با کاهش وزن

A Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on the Self-Efficacy and Lifestyle Related to Weight Loss

مستانه مرادحاصلی[۱]، حسن شمس اسفندآباد[۲]، علی‌رضا کاکاوند[۳]

Mastane Moradhaseli, Hassan Shams Esfandabad, Alireza Kakavand

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۱۵ پذیرش اولیه: ۹۵/۲/۰۱ پذیرش نهایی: ۹۵/۳/۲۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرحواره درمانی و شناخت‌رفتار درمانی روی خودکارآمدیِ سبک زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن صورت گرفت. بدین منظور طی یک طرح نیمه‌آزمایشی با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از بین کلیه دانشجویان زن دانشگاه بوعلی‌سینای همدان با شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۵، پس از انجام مصاحبه ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به جلسات طرحواره –درمانی و شناخت‌رفتار درمانی را داشتند به صورت دردسترس انتخاب شدند و سپس با گمارش تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین شدند. گروه اول، طرح–واره درمانی را طی ۱۰ جلسه و هر جلسه ۱ ساعت،گروه دوم مداخله شناختی‌رفتاری را طی ۸ جلسه و هر جلسه ۱ ساعت دریافت کردند و گروه سوم به عنوان گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که هر دو روش طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی روی افزایش خودکارآمدیِ سبک زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن در گروه آزمایشی تأثیرگذار بود؛ اما اثر طرحواره درمانی نسبت به شناخت‌رفتار درمانی روی خودکارآمدیِ سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن بیشتر بود. گروه گواه تغییر خاصی در مراحل ارزیابی نشان نداد. هر دو روش طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی بر روی افزایش حس کنترل بر حوزه هایی از سبک زندگی که مربوط به وزن و کنترل وزن هستند، موثر هستند

کلیدواژها: طرحواره درمانی، رفتار درمانی شناختی، خودکارآمدی، سبک زندگی، اضافه وزن

Abstract

This research has been developed with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive behavior therapy on the self-efficacy of lifestyle related to weight and weight loss .In order to achieve this goal, through a semi-experimental design with a pretest and a posttest, all female students of Bu Ali Sina university whose index of body mass was between 25 and 35 were interviewed, and then 30 of them who had the criteria of participating in schema therapy and cognitive behavior therapy sessions were chosen as the available samples and then were put randomly into three groups (two experimental groups and a control group).The first group received schema therapy for 10 one-hour sessions, the second group received cognitive behavior therapy for 10 one-hour sessions and the third group as the control group received no intervention. The gathered data were analyzed through covariance analysis. The results showed that both schema therapy and cognitive behavior therapy had a positive effect on the improvement of the self-efficacy of lifestyle related to weight gain and weight loss. However, the efficacy of the schema therapy was more than the efficacy of the cognitive behavior therapy. Furthermore, no change occurred in the control group during the process of assessment. Generally, both schema therapy and cognitive behavior therapy had an effect on the increase of the sense of control over areas of lifestyle related to weight and weight control.

Keywords: Schema Therapy, Cognitive Behavior Therapy, Self-efficacy of Lifestyle related to weight, Overweight

۱. (نویسنده مسئول)، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران
mastane.moradhaseli@gmail.com
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران
۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

مقدمه

در حال حاضر بیماری‌های غیرواگیر مزمن شامل بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت و سرطان از مهم‌ترین علل مرگ و میر و ناتوانی در کشورهای پیشرفته و هم‌چنین کشورهای در حال توسعه از جمله ایران است. تنها تا سال ۲۰۰۵ بیماری‌های واگیر غیر مزمن باعث ۶۰ درصد همه مرگ‌ها بوده و تقریبا ۸۰ درصد آن‌ها در کشورهای کم‌درآمد و متوسط درآمد رخ داده است. علاوه بر این در بسیاری از کشورها به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه به دلیل افزایش و طولانی‌تر شدن زمان مواجه با عوامل خطر و تغییر در الگوی زندگی، بیماری‌های غیرواگیر روند صعودی پیدا کرده‌اند (سازمان بهداشت جهانی ، ۲۰۰۹).

چاقی که به عنوان افزایش چربی بدن مورد توجه است یکی از عوامل زمینه‌ساز خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های عروق‌کرونر ، فشار خون، هپرلیپیدمی و انواع مختلف سرطان می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). عوارض چاقی باعث کاهش طول عمر افراد می‌شود. همه‌گیرشناسان در بیش از ۳۰ سال گذشته یک روند پایا را به سمت شیوع فزاینده چاقی در اروپا، ایالات متحده آمریکا، آسیا و خاورمیانه شناسایی کرده‌اند (فیلد، بارنویا و کلدیتس ، ۲۰۰۲). اضافه وزن و چاقی با سرعت فزاینده‌ای در حال تبدیل شدن به خطری جدی برای سلامتی هستند (سانتونجا، مورالس، ویلانوا و کرتس ، ۲۰۱۲؛ کوپر و فیربورن ، ۲۰۰۱؛ آرون ، ۲۰۰۲). شیوع چاقی در تمام گروه‌های سنی رو به افزایش است (نامی، کوکا، چینالا و بوینی ، ۲۰۰۴). تغییرات سبک زندگی در جوامع، شیوع اضافه وزن و چاقی را افزایش داده است (سانتونجا، مورالس، ویلانوا و کرتس، ۲۰۱۲). در ایران ۶۰ درصد از مرگ و میرها به دلیل چاقی و عوارض آن است. ایران در زمینه چاقی در رتبه ۶۶ دنیا قرار دارد. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در کشور ایران از کل آمار مرگ‌های گزارش شده در سال ۲۰۰۲، هفتاد درصد آن مربوط به بیماری‌های مزمن بوده است که اضافه وزن و چاقی از اصلی‌ترین علل آن محسوب می‌شوند. از طرف دیگر پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ چاقی مشکل درجه یک جهان خواهد بود (وایدیا ، ۲۰۰۶).

شیوع فزاینده‌ی چاقی، هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه، موجب تمرکز پژوهشگران بر روابط متقابل روان، شناخت و اضافه وزن شده است. چاقی یک اختلال روانی نیست و در اغلب موارد پیامد فرایندهای روان‌شناختی نابهنجار نیز محسوب نمی‌شود، اما در بسیاری از افراد مبتلا به چاقی اضطراب زیادی ایجاد می‌کند .واکنش جوامع کنونی نسبت به چاقی از دلایل اصلی این اضطراب به شمار می‌رود (فولادوند، فرهانی، باقری و فولادوند، ۱۳۹۱). در میان افراد چاق در جستجوی درمان، همبودی بالای اختلال‌های روان‌شناختی در حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد دیده می‌شود. اختلال‌های محور یک همبستگی مثبتی با شاخص توده بدنی دارند و هر دو با کاهش کارکرد وضعیت سلامتی مرتبط هستند. مشکلات سلامت روان به طور معمول درمان چاقی را پیچیده می‌سازد. اختلالات خوردن دوره‌ای و اختلالات خلقی به طور عموم در بیماران چاقی که در جستجوی درمان هستند دیده می‌شود (رحیمیان‌بوگر، ۱۳۸۷). این یافته‌ها اهمیت درمان چاقی و اضافه وزن را برجسته می‌کند. به طور کلی، چاقی و اضافه وزن از مشکلات مرتبط با رفتارهای غذا خوردن محسوب می‌شوند (اگدن ، ۲۰۱۰) که نقش روان‌شناسی را در روند تحولی این پدیده‌ها برجسته می‌کند.

یکی از مفاهیمی که در برنامه‌های کاهش وزن توجه زیادی را به خود جلب کرده است، مفهوم خودکارآمدی بندورا می‌باشد (بندورا ، ۱۹۹۷). بندورا خودکارآمدی را درون یک نظریه شخصی و تجمعی قرار داد که همسو با سایر عوامل شناختی-اجتماعی در جهت بهتر زیستن انسان و پیشرفت وی عمل می‌کند (پاجرز ، ۲۰۰۳). خودکارآمدی در مفهومی کلی و به عنوان ادراک فرد از توانایی خود برای انجام یک عمل خاص در یک موقعیت مشخص، بر این فرض استوار است که باور فرد در مورد توانایی‌ها و استعدادهای خود، مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار است (بندورا، ۲۰۱۲). خودکارآمدی نسبت به هر سازه انگیزشی دیگری،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

ثابت‌ترین پیش‌بینی‌کننده پیامدهای رفتاری معرفی شده است (پاجرز، ۱۹۹۷). نتایج نشان می‌دهد که افراد پرخور، کارآمدی کمتری در زمینه‌ی خوردن دارند، به نحوی که نمی‌توانند مدیریت مصرف غذا داشته باشند (نریمانی و قاسمی‌نژاد، ۱۳۹۳). خودکارآمدی شاخص پیش‌بینی‌کننده‌ی کاهش وزن (وامستیکر، جین، لسترا، لارسن، زلیسن و استاور، ۲۰۰۵) و پیش‌بینی‌کننده‌ی موفقیت برنامه‌های کنترل وزن است که در طی درمان افزایش می‌یابد. افرادی که نوسان وزن زیادی را تجربه می‌کنند، به طور معمول سطح خودکارآمدی پایین‌تری دارند (تورای و کولی ، ۱۹۹۷). به طور کلی می‌توان گفت خودکارآمدی عامل مهمی است که باید در برنامه‌های آموزش و مشاوره‌های تغذیه‌ای کاهش وزن مورد توجه قرار گیرد (پلاسدوتیر ، ۲۰۰۸). آن‌چه حائز اهمیت است راه‌های افزایش خودکارآمدی است. نتیجه مطالعه برودی، اینو و شاو (۲۰۰۸) در خصوص تأثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی، نشان‌دهنده افزایش نمره خودکارآمدی و انگیزه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی پس از گذشت پنج ماه از مداخله بود. نقش مصاحبه انگیزشی در افزایش خودکارآمدی مربوط به وزن در چند پژوهش دیگر هم تایید شده است (دی‌مارکو، کلین، کلارک و ویلسون ، ۲۰۰۹؛ نویدیان، عابدی، باغبان، فاتحی‌زاده و پورشریفی، ۱۳۸۹). هم‌چنین مطالعه لیو (۲۰۰۴) با هدف تشریح رابطه بین خودکارآمدی و رفتار تغذیه‌ای مصرف چربی نشان داد، خودکارآمدی به طور معنی‌داری با شاخص مصرف چربی رژیم غذایی رابطه دارد. در آزمایشی که به منظور تأثیر کاهش قندخون روی خودکارآمدی انجام شد، مشخص شد کاهش قندخون تأثیر معناداری در افزایش خودکارآمدی رفتار خوردن نداشت (کارل، چیتام، داس، هاییت، جیل‌هولی، پیتاس و همکاران ، ۲۰۱۴). بنابراین طبق مطالعات صورت گرفته، درمان‌های روان‌شناختی تأثیرات معنادارتری روی خودکارآمدی داشته است.

طرح‌واره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که توسط یانگ به وجود آمد که به طور عمده براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی‌رفتاری سنتی بنا شده است. این مدل اگرچه مؤلفه‌های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می‌داند، اما به تغییر هیجانی، تکنیک‌های تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می‌دهد (یانگ، کلسکو و ویشار ، ۱۳۹۴).

درمان شناختی‌رفتاری ترکیبی از دیدگاه بازسازی شناختی در شناخت‌درمانی 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. در دهه ۱۹۹۰، رویکردهای شناختی‌رفتاری در درمان، مرکز توجه تحقیقات درمانی در زمینه چاقی قرار گرفت (اگراس، تلچ، آرنو، الدرج و مارنل ، ۱۹۹۷).

با توجه به مطالب ذکر شده و همچنین پس از جستجو در منابع داخلی و خارجی، تحقیقی که به بررسی همزمان تأثیر دو روش طرح‌واره درمانی و شناخت‌رفتار درمانی بر روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن بپردازد، یافت شد. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر دو روش طرح‌واره درمانی و شناخت‌رفتار درمانی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن بود.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل بود که به منظور تعیین اثر طرح‌واره درمانی و مداخله شناختی‌رفتاری روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان زن دانشگاه بوعلی‌سینای همدان که دارای شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۵ بودند تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش شامل ۳۰ دانشجوی زن با شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۵ بود. لازم به ذکر است که حجم نمونه بر اساس حجم نمونه مورد استفاده در مطالعات مشابه انتخاب شد (نویدیان، عابدی، باغبان، فاتحی‌زاده و پورشریفی، ۱۳۸۹؛ دی‌مارکو، کلین، کلارک و ویلسون، ۲۰۰۹). از بین دانشجویانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند و همچنین معیارهای ورود به این پژوهش را داشتند، از طریق

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

نمونه‌گیری دردسترس ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به ۳ گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند. گروه اول، طرحواره درمانی را طی ۱۰ جلسه، هرجلسه ۱ ساعت و یک‌بار در هفته دریافت کرد. گروه دوم، مداخله شناختی‌رفتاری را طی ۸ جلسه، هرجلسه ۱ ساعت و یک‌بار در هفته دریافت کرد و گروه سوم به عنوان گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۵، نداشتن سابقه شرکت در برنامه‌های کاهش وزن و درمان چاقی، نداشتن بیماری‌های زمینه‌ای منجر به چاقی، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌شناختی، قرارگیری در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال و نداشتن فرزند بود. در بخش تحلیل داده‌ها به منظور مقایسه نمرات گروه‌ها در متغیرهای مورد پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

ابزار

۱. پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن: این پرسشنامه توسط کلارک طراحی و ساخته شد که دارای ۲۰ گویه در خصوص خودکارآمدی رفتار خوردن است و در آن شرکت‌کننده‌ها میزان اعتماد و اطمینان خود در کنترل و جلوگیری از رفتار خوردن را در موقعیت‌های مختلف و وسوسه‌انگیز براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از عدم اعتماد و اطمینان تا بسیار مطمئن) بیان می‌کنند. این پرسشنامه دارای ۵ خرده‌مقیاس است (هیجان‌های منفی، دسترسی به مواد غذایی و خوراکی‌ها، فشارهای اجتماعی، ناراحتی‌های جسمانی و فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده). ضریب آلفای کرونباخ در ۵ خرده‌مقیاس و کل پرسشنامه اصلی در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ قرار داشت (کلارک، آبرامز، نیاورا، ایتن و روسی ، ۱۹۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران نیز مورد تأیید قرار گرفته است به طوری که مقادیر ضرایب همبستگی درونی برای خرده‌مقیاس‌ها و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۶۰ و ۰/۸۸ تعیین شده است (نویدیان، عابدی، باغبان، فاتحی‌زاده و پورشریفی، ۱۳۸۸).

۲. پروتکل مداخله طرحواره درمانی: این فرایند درمانی توسط یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در کتابی تحت عنوان طرحواره درمانی به چاپ رسید که مراحل آن طی ۱۰ جلسه به شرح زیر است.

جلسه اول: توضیح مدل طرحواره به زبان ساده برای بیمار و چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، سنجش مشکلات بیمار و جستجوی الگوهای ناکارآمد و تکمیل پرسشنامه چندوجهی زندگی.

جلسه دوم: فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آن‌ها، تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی بیمار، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش.

جلسه سوم: مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره، جمع‌آوری اطلاعات به‌دست‌آمده در مرحله سنجش، بررسی شواهد عینی و تأکیدکننده و طردکننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی بیمار.

جلسه چهارم: اسناد دادن شواهد تأکیدکننده طرحواره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد، گفتگو بین طرحواره‌ها و جنبه سالم، یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط بیمار.

جلسه پنجم: تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها.

جلسه ششم: ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره‌ها.

جلسه هفتم: ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورد نشده او توسط آن‌ها، کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف منع شده، فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار.

جلسه هشتم: پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌ساز، تعیین الویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج درمانی.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

جلسه نهم: تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش، انجام تکالیف مرتبط با الگوهای جدید رفتار.

جلسه دهم: بازنگری مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی.

۳. پروتکل مداخله شناختی‌رفتاری: این فرایند درمانی توسط رایت، بسکو و تیز (۲۰۰۶) در کتابی تحت عنوان آموزش درمان شناختی‌رفتاری به چاپ رسید و مراحل آن طی ۸ جلسه به شرح زیر است.

جلسه اول: معرفی و توضیح اصول اساسی درمان شناختی‌رفتاری، معرفی مفاهیم بنیادی درمان شناختی‌رفتاری از جمله افکار خودآیند و خطاهای شناختی، تنظیم زمان‌بندی جلسات، بحث درباره قوانین جلسات.

جلسه دوم: تعیین دستور کار جلسه، ارزیابی، فرمول‌بندی و فراهم‌آوردن چارچوبی مفهومی درباره فرد شرکت‌کننده، مفهوم-سازی مسائل شرکت‌کننده و پرکردن برگه کاری فرمول‌بندی.

جلسه سوم: تعیین دستور کار جلسه، هدف‌گزینی و تعیین هدف‌های درمانی به کمک بیمار، تهیه دفترچه یادداشت مخصوص درمان، برنامه‌ریزی فعالیت.

جلسه چهارم: تعیین دستور کار جلسه، شناسایی و تشخیص افکار خودآیند، تمرین ثبت افکار و واگذاری آن به بیمار به عنوان تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: تعیین دستور کار جلسه، تغییر و اصلاح افکار خودآیند، آموزش تکنیک آفرینش جای‌گزینی منطقی، معرفی فرم ثبت فعالیت هفتگی به عنوان تکلیف خانگی.

جلسه ششم: تعیین دستور کار جلسه، تشخیص خطاهای شناختی، بررسی شواهد و تهیه کارت‌های مقابله.

جلسه هفتم: تعیین دستور کار جلسه، طراحی تکلیف درجه‌بندی شده، استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی.

جلسه هشتم: بررسی فعالیت‌های انجام نشده، تکالیف خانگی و دفترچه یادداشت درمان، پاسخ به سؤالات بیمار، جمع‌بندی.

یافته‌ها

برای تعیین میزان تأثیر طرح‌واره درمانی و شناخت‌رفتار درمانی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن از تحلیل کواریانس استفاده شد. بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون که نرمال بودن، همسانی واریانس، همگونی شیب رگرسیون و خطی بودن همبستگی پیش‌آزمون و متغیر مستقل است، انجام شد. نتیجه آزمون کواریانس در جدول ۱ آمده است.

شرکت‌کننده‌های گروه طرح‌واره درمانی از نظر میزان تحصیلات شامل ۲ نفر فوق‌دیپلم، ۶ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق‌لیسانس بودند. میانگین سن شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش ۲۵/۸۵ با انحراف‌معیار ۰/۷۱ و میانگین سنی شرکت‌کننده‌های گروه گواه ۲۴/۱۰ با انحراف‌معیار ۰/۶۲ بود. همانطور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش بعد از انجام طرح-واره درمانی نسبت به پیش‌آزمون و همچنین گروه گواه افزایش یافت ولی در گروه گواه این نمرات تغییر چندانی نداشت. شرکت‌کننده‌های گروه شناخت‌رفتار درمانی از نظر میزان تحصیلات شامل ۱ نفر فوق‌دیپلم، ۶ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق-لیسانس بودند. میانگین سن شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش ۲۴/۸۰ با انحراف‌معیار ۰/۶۸ و میانگین سنی شرکت‌کننده-های گروه گواه ۲۴/۱۰ با انحراف‌معیار ۰/۶۲ بود. همانطور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش بعد از انجام طرح‌واره درمانی و شناخت‌رفتار درمانی نسبت به پیش‌آزمون و همچنین گروه گواه افزایش یافت ولی در گروه گواه این نمرات تغییر چندانی نداشت.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. فرضیه صفر در این آزمون، پیروی داده‌ها از توزیع نرمال است. با توجه به این‌که سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر بود لذا فرض نرمال بودن داده‌ها تایید شد.

با استفاده از آزمون لوین، همگونی واریانس در گروه‌ها بررسی شد. فرض صفر در این آزمون این است که واریانس دو گروه دارای تجانس است و فرض مقابل نیز عدم تجانس واریانس‌ها می‌باشد. با توجه به سطح معناداری که از ۰/۰۵ بیشتر بود،

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

جدول ۱. آماره‌های توصیفی مربوط به اثر طرحواره درمانی و شناخت‌رفتار درمانی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و کاهش وزن

متغیر	گروه	میانگین		انحراف استاندارد	
		قبل	بعد	قبل	بعد
طرحواره درمانی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن					
کل	آزمایش	۴۸/۲۰	۵۸/۲۰	۷/۹۲	۵/۷۳
	گواه	۴۹/۵۰	۴۷/۱۰	۵/۰۸	۵/۴۰
فشار اجتماعی	آزمایش	۹/۰۰	۱۲/۱۰	۲/۷۴	۲/۶۸
	گواه	۸/۹۰	۸/۴۰	۲/۸۳	۲/۷۵
دسترسی مواد غذایی	آزمایش	۸/۸۰	۹/۳۰	۲/۲۰	۲/۲۱
	گواه	۹/۵۰	۸/۹۰	۱/۴۳	۲/۲۷
هیجان مثبت	آزمایش	۸/۰۰	۹/۳۰	۱/۹۴	۱/۹۴
	گواه	۸/۵۰	۷/۸۰	۱/۷۱	۱/۳۱
هیجان منفی	آزمایش	۱۳/۲۰	۱۷/۵۰	۲/۴۴	۱/۰۸
	گواه	۱۳/۷۰	۱۳/۹۰	۲/۲۱	۱/۷۲
ناراحتی جسمی	آزمایش	۹/۲۰	۱۰/۲۰	۱/۲۲	۱/۳۱
	گواه	۸/۹۰	۸/۱۰	۱/۳۷	۱/۱۹
شناخت‌رفتار درمانی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن					
کل	آزمایش	۴۷/۶۰	۵۲/۳۰	۴/۰۳	۴/۰۱
	گواه	۴۹/۵۰	۴۷/۱۰	۵/۰۸	۵/۴۰
فشار اجتماعی	آزمایش	۹/۴۰	۱۰/۱۰	۳/۰۲	۲/۶۸
	گواه	۸/۹۰	۸/۴۰	۲/۸۳	۲/۸۳
دسترسی مواد غذایی	آزمایش	۷/۹۰	۸/۰۰	۲/۵۱	۱/۷۹
	گواه	۹/۵۰	۸/۹۰	۱/۴۳	۲/۳۷
هیجان مثبت	آزمایش	۸/۰۰	۸/۵۰	۱/۹۴	۱/۹۰
	گواه	۸/۵۰	۷/۸۰	۱/۷۱	۱/۳۱
هیجان منفی	آزمایش	۱۲/۹۰	۱۵/۹۰	۲/۱۳	۱/۲۶
	گواه	۱۳/۷۰	۱۳/۹۰	۲/۲۱	۱/۷۲
ناراحتی جسمی	آزمایش	۹/۴۰	۱۰/۵۰	۰/۹۶	۱/۳۱
	گواه	۸/۹۰	۸/۱۰	۱/۳۷	۱/۱۹
طرحواره درمانی روی کاهش وزن					
کل	آزمایش	۶۹/۸۰	۶۷/۳۰	۳/۰۱	۳/۷۱
	گواه	۶۹/۳۰	۶۹/۳۰	۵/۳۵	۵/۴۵
شناخت‌رفتار درمانی روی کاهش‌وزن					
کل	آزمایش	۶۹/۳۰	۶۸/۰۰	۴/۰۱	۳/۹۰
	گواه	۶۹/۳۰	۶۹/۳۰	۵/۳۵	۵/۴۵

فرض مقابل رد و فرض صفر تایید شد.

برای اثبات فرضیه همگونی شیب رگرسیون مقدار Fتعامل بین متغیر پیش‌آزمون و مستقل در همه گروه‌ها محاسبه شد. مقدار Fتعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل در مقیاس کل و هیچ یک از خرده‌مقیاس‌ها معنادار نبود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر مورد قبول و فرضیه مقابل رد شده است و پیش‌فرض همگونی شیب رگرسون رعایت شده است.

در بررسی خطی بودن همبستگی پیش‌آزمون و متغیر مستقل نیز مقدار F در مقیاس کل و همه خرده‌مقیاس‌ها معنادار بود و احتمال آن از سطح معناداری ۰/۰۵ کوچک‌تر بود. بنابراین پیش‌فرض خطی بودن همبستگی بین پیش‌آزمون و متغیر مستقل نیز رعایت شده است.

نتایج آزمون تحلیل‌کواریانس در جدول ۲ آمده است. در مقیاس کل مقدار (F= ۷۳/۹۷) معنادار بود. بنابراین فرض صفر مبنی‌بر معنادار نبودن اختلاف میانگین گروه‌ها در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد شد. در نتیجه اثر طرحواره درمانی بر خودکارآمدی سبک‌زندگی مربوط به وزن معنادار بود. از طرف دیگر با توجه به داده‌های جدول

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

جدول ۲. آزمون کواریانس برای اثر طرح‌واره درمانی و شناخت‌رفتار درمانی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
طرح‌واره درمانی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن						
پیش‌آزمون در کل	۴۷۸/۵۴	۱	۴۷۸/۵۴	۷۳/۹۷	۰/۰۰	۰/۸۸۶
پیش‌آزمون در فشار اجتماعی	۷۹/۲۱	۱	۷۹/۲۱	۲۳/۳۳	۰/۰۰	۰/۶۱۵
پیش‌آزمون در دسترسی مواد غذایی	۰/۴۸	۱	۰/۴۸	۰/۴۱	۰/۵۲	۰/۰۰۹
پیش‌آزمون در هیجان مثبت	۶/۹۲	۱	۶/۹۲	۳/۲۴	۰/۸۹	۰/۰۱۷
پیش‌آزمون در هیجان منفی	۶۰/۳۶	۱	۶۰/۳۶	۲۸/۶۶	۰/۰۰	۰/۸۲۶
پیش‌آزمون در ناراحتی جسمی	۵/۱۰	۱	۵/۱۰	۱۱/۳۲	۰/۰۴	۰/۶۵۶
شناخت رفتار درمانی روی خودکارامدی سبک زندگی مربوط به وزن						
پیش‌آزمون در کل	۱۵۰/۷۲	۱	۱۵۰/۷۲	۶/۵۹	۰/۰۲	۰/۵۴۷
پیش‌آزمون در فشار اجتماعی	۱۱/۹۰	۱	۱۱/۹۰	۱/۶۲	۰/۲۱	۰/۰۳۹
پیش‌آزمون در دسترسی مواد غذایی	۰/۲۹	۱	۰/۲۹	۰/۰۶	۰/۸۰	۰/۰۸۳
پیش‌آزمون در هیجان مثبت	۲/۲۳	۱	۲/۲۳	۰/۷۹	۰/۳۸	۰/۰۴۶
پیش‌آزمون در هیجان منفی	۱۶/۵۵	۱	۱۶/۵۵	۷/۳۵	۰/۰۱	۰/۶۰۸
پیش‌آزمون در ناراحتی جسمی	۷/۷۰	۱	۷/۷۰	۵/۱۳	۰/۰۳	۰/۳۶۳
طرح‌واره درمانی روی کاهش وزن						
پیش‌آزمون در کاهش وزن	۳۱/۳۹	۱	۳۱/۳۹	۱۵۶/۸۳	۰/۰۲	۰/۶۷۸
شناخت‌رفتار درمانی روی کاهش وزن						
پیش‌آزمون در کاهش وزن	۸/۴۵	۱	۸/۴۵	۲۳/۷۰	۰/۰۱	۰/۴۱۰

۲، طرح‌واره درمانی بر سه خرده‌مقیاس فشار اجتماعی، هیجان منفی و ناراحتی جسمی اثر داشت اما بر دسترسی مواد غذایی و هیجان‌های مثبت اثر معنادار نداشت.

همچنین اثر شناخت‌رفتار درمانی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در مقیاس کل، با مقدار (F=۶/۵۹) معنادار بود. بنابراین فرض صفر مبنی‌بر معنادار نبودن اختلاف میانگین گروه‌ها در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد شد. در نتیجه اثر شناخت‌رفتار درمانی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن معنادار بود.

با توجه به داده‌های جدول۲، شناخت‌رفتار درمانی بر دو خرده‌مقیاس هیجان منفی و ناراحتی جسمی اثر داشت اما برفشار اجتماعی، دسترسی مواد غذایی و هیجان‌های مثبت اثر معنادار نداشت.

همچنین نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای اثر طرح‌واره درمانی روی کاهش وزن نیز نشان داد در مقیاس کل مقدار (F= ۱۵۶/۸۳) معنادار بود. بنابراین فرض صفر مبنی بر معنادار نبودن اختلاف میانگین گروه‌ها در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد شد. در نتیجه اثر طرح‌واره درمانی بر کاهش وزن معنادار بود.

همچنین با توجه به داده‌های جدول۲، اثر شناخت‌رفتار درمانی نیز بر کاهش وزن با $p > ۰/۰۵$ معنادار بود. بنابراین طرح‌واره درمانی و شناخت‌رفتار

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

درمانی هر دو تأثیرات معناداری روی کاهش وزن داشتند.

از طرفی ضریب اتا برای اثر طرحواره درمانی و شناخت‌رفتار درمانی روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن به ترتیب، ۰/۸۸۶ و ۰/۵۴۷ بود که نشان می‌دهد با وجود اثر معنادار هر دو روش، طرحواره درمانی موفق‌تر عمل کرده است. همچنین با بررسی ۵ خرده‌مقیاس پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن به وسیله تحلیل کواریانس مشخص شد در دو خرده‌مقیاس هیجانات منفی و ناراحتی جسمی که در هر دو روش تغییر کرده است، اثر طرحواره درمانی با ضریب اتای ۰/۸۲۶ و ۰/۶۵۶ نسبت به اثر شناخت‌رفتار درمانی با ضریب اتای ۰/۶۰۸ و ۰/۳۶۳ بیشتر بود. همچنین در متغیر کاهش وزن نیز اثر طرحواره درمانی با ضریب اتای ۰/۶۷۸ بیشتر از اثر شناخت‌رفتار درمانی با ضریب اتای ۰/۴۱۰ بود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان از تأثیر مثبت طرحواره درمانی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن دارد. جستجوهای انجام شده نشان داد که اثربخشی این درمان روی خودکارآمدی سبک‌زندگی مربوط به اضافه وزن تاکنون بررسی نشده است. اما إعمال طرحواره درمانی روی شدت رفتار خوردن افراد چاق نشان می‌دهد که شدت رفتارهای خوردن به طورمستقیم و معناداری با طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارتباط دارند (اندرسون، ریگرا و کترسون ، ۲۰۰۶). طبق نظر یانگ افراد دچار پرخوری و اضافه وزن، در دوران کودکی و نوجوانی به احتمال بیشتری از خودارزشیابی منفی رنج می‌برند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آنها هم‌چنین از سوی اعضای خانواده خود و همسالان از لحاظ ظاهر، وزن و شکل بدن بیشتر مورد تمسخر و انتقاد قرار می‌گیرند (اگدن،۲۰۱۰) و این امر موجب برداشت منفی از خودشان که مهم‌ترین منبع خودکارآمدی است می‌شود (بندورا، ۲۰۱۲). همچنین هوی (۲۰۰۹؛ به نقل از نویدیان، عابدی، باغبان، فاتحی‌زاده و پورشریفی، ۱۳۸۹) نشان داد در شروع برنامه‌ی کاهش وزن، نمره‌ی خودکارآمدی عمومی و نمره‌ی خودکارآمدی سبک‌زندگی مربوط به وزن در پایین‌ترین سطح قرار داشت اما با پیشرفت درمان مقادیر آن‌ها به تدریج افزایش یافت. یافته‌های مطالعه مولودی، دژکام، موتابی و امیدوار (۱۳۸۹) نیز اهمیت اجرای درمان شناختی‌رفتاری طرحواره‌محور را در درمان افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری نشان داد.

از طرف دیگر طبق نتایج این پژوهش، طرحواره درمانی روی خرده‌مقیاس‌های فشار اجتماعی، هیجان‌های منفی و ناراحتی جسمانی اثر مثبت داشت اما روی دسترسی مواد غذایی و هیجان‌های مثبت اثر معناداری نداشت. نتایج همچنین نشان داد که طرحواره درمانی بیشترین اثر را روی هیجان‌های منفی داشت که با نتیجه پژوهش کولینز و جکسون (۲۰۱۵) همخوانی دارد. آن‌ها نشان دادند که فعال شدن طرحواره رهاشدگی، به افزایش مصرف غذا به عنوان روشی برای اجتناب از هیجان‌های منفی ناشی از آن منجر می‌شود. این نتایج همچنین با نتایج پژوهش پلتزر و پنگیپید (۲۰۱۵) همخوانی دارد. در این پژوهش‌ها، فرض بر این است که رفتارهایی مانند پرخوری به منظور کاهش هیجان‌های منفی ناشی از فعالیت طرحواره‌های ناسازگار به وجود می‌آیند. نتایج پژوهش‌های هیوز، همیل، گرکو، لوک‌وود و والر (۲۰۰۶) و دینگمنس، اسپین‌هاون و فورث (۲۰۰۶) نیز نشان داد زنان با رفتار پرخوری، باورهای ناسازگارتری در حوزه محرومیت هیجانی تجربه می‌کنند. از سوی دیگر نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش طاهری‌مقدم، تقی‌زاده، کاکوجویباری و علاقمند (۱۳۹۳) ناهمخوان است. در پژوهش آنها اثر طرحواره درمانی بر کاهش افکار خودآیند منفی معنادار نبود.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که شناخت‌رفتار درمانی اثر معناداری روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن دارد. در بررسی ۵ خرده‌مقیاس خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن مشخص شد شناخت‌رفتار درمانی بر دو خرده‌مقیاس هیجان‌های منفی و ناراحتی جسمانی اثر معنادار دارد اما روی سه خرده‌مقیاس فشار اجتماعی، هیجان مثبت و دسترسی به مواد غذایی اثر معناداری ندارد. این

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

موضوع با مطالعه برمن (۲۰۰۰؛ به نقل از دوتون، مارتین، رود و برنتلی ، ۲۰۰۴) همخوان است که نشان می‌دهد اطمینان کم به کنترل رفتار خوردن به ویژه در هنگام تجربه هیجانات منفی، با علایم اختلال خوردن رابطه دارد. کلت (۲۰۰۸؛ به نقل از نریمانی و قاسمی‌نژاد، ۱۳۹۳) نیز معتقد است رویکرد شناختی‌رفتاری برای درمان رفتارهای پرخوری بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر عواطف و رفتارهایی تمرکز دارد که توسط افکار و شناخت ما شکل گرفته‌اند. در این روش درمانی، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی نموده و شیوه‌های تفکر مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تری را جایگزین آن‌ها کند که این امر با نتایج پژوهش حاضر مبنی‌بر تأثیر شناخت‌رفتار درمانی روی خرده‌مقیاس هیجان‌های منفی همخوان است. همچنین کنتنتو، بلاچ و برونر (۱۹۹۵) معتقدند سه مؤلفه اساسی شناختی، عاطفی، و رفتاری برای موفقیت‌آمیز بودن مداخله‌های اضافه وزن، نقش دارند. این درحالی است که برنامه رفتاری تغذیه‌ای با تاکید بر اصلاح مؤلفه‌های رفتاری، آموزش تغذیه، فعالیت بدنی، اصلاح نگرش‌ها و روابط به چالش با تفکر دوقطبی، شکستن زنجیره‌های رفتاری و شکل‌دهی رفتار می‌پردازد تا از طریق آن به اصلاح رفتارهای مرتبط با وزن و درنتیجه، کاهش آن منجر شود. از سوی دیگر مداخله شناختی نیز به واسطه اصلاح شناخت‌های ناسازگار و افکار خودکار منفی مرتبط با غذاخوردن به کاهش وزن کمک می‌کند (برونل ، ۲۰۰۴). در واقع به اعتقاد تیلور (۲۰۰۶) و بک (۲۰۱۱) شناخت زیربنای رفتار و هیجان است، به طوری که متعاقب تغییر شناخت، اصلاح رفتار و تنظیم هیجان پایدارتر خواهد بود. از طرفی مطالعات متعددی در زمینه کاهش وزن با هدف افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن انجام شده است. برای نمونه، نتایج مطالعه دوتون، مارتین، رود و برنتلی (۲۰۰۴) نشان داد که میانگین نمرات خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در گروه دریافت‌کننده مداخله در پس‌آزمون، به طور معنی‌داری بالاتر از میانگین نمرات خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن این گروه در پیش‌آزمون بود. براساس نظر افراد با مشکل چاقی و اضافه وزن، از دلایل عدم تأثیر برنامه-های کاهش وزن معمول، موانع تغییر به‌ویژه موانع روان‌شناختی و محیطی هستند که همه از احساس خودکارآمدی پایین در افراد چاق متقاضی کاهش وزن حکایت دارند (الفاگ و موری ، ۲۰۰۸). از این‌رو، تقویت احساس خودکارآمدی در برخورد با موقعیت‌های فوق می‌تواند به اثربخشی بیشتر برنامه‌های کاهش وزن کمک کند. در همین رابطه، نتیجه مطالعه مارتین، دوتون و برنتلی (۲۰۰۴) نشان داد افزایش خودکارآمدی حین درمان با کاهش وزن بیشتر رابطه دارد. بنابراین شناخت‌رفتار درمانی همسو با نتایج سایر پژوهش‌ها تأثیر مثبت معنادار روی برنامه‌های مداخله‌ای کاهش وزن با هدف افزایش خودکارآمدی دارد .

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد طرح‌واره درمانی اثر مثبت معناداری روی کاهش وزن داشت. این نتیجه همسو با نتایج هیوز، همیل، گرکو، لوک‌وود و والر (۲۰۰۶) است که نشان دادند شناخت‌های مربوط به خوردن و طرح‌واره محرومیت هیجانی که در طرح‌واره درمانی بررسی می شوند، ۱۲٪ تغییرات پرخوری را تبیین می‌کنند. ناتا، هاسپرز، جانسن و کاک (۲۰۰۰) نیز با استفاده از نظریه شناختی بک، نشان دادند افراد مبتلا به چاقی، بیشتر از طرح‌واره‌های طردشدگی و بی‌ارزشی رنج می‌برند و لازم است این مسأله در برنامه‌های کاهش وزن مورد توجه قرار گیرد. اندرسون، ریگرا و کترسون (۲۰۰۶) نیز نشان دادند در میان افراد چاق شدت رفتارهای پرخوری به طور مستقیم با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ارتباط دارد. از این‌رو چون روند بهبود طرح‌واره‌ها دشوار و طولانی است، مقدار ناچیز تغییر می‌تواند از نظر بالینی معنی‌دار به شمار رود. بنابراین نتایج این پژوهش همسو با نتایج مطالعات مربوط به این زمینه نشان از اثر مثبت طرح‌واره درمانی بر کاهش وزن دارد.

از طرف دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد شناخت‌رفتار درمانی موجب کاهش وزن می‌شود. شناخت‌رفتار درمانی برای مقابله با چاقی و اضافه وزن، بازسازی شناختی را مورد توجه قرار می‌دهد (تونکین ، ۲۰۰۵). کاسازا و کیسازو (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی نشان دادند که آموزش زمانی مؤثر واقع

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

می‌شود که از لحاظ رفتاری نیز مداخلاتی صورت گیرد. کنتنتو، بلاچ و برونر (۱۹۹۵) نیز معتقدند برای موفقیت‌آمیز بودن برنامه‌های کاهش وزن لازم است علاوه بر تنظیم برنامه‌های رفتاری، شناخت فرد نیز مورد توجه قرار گیرد که این گفته همخوان است با پژوهش بک (۲۰۱۱) که شناخت را زیربنای هیجان و رفتار معرفی کرده است. در ایران نیز یافته‌های پژوهش صادقی، قراری، فتا و مظاهری (۱۳۸۹) تأثیر رفتاردرمانی شناختی را بر کاهش وزن تأیید نموده است .

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی روی خودکارآمدی سبک‌زندگی مربوط به اضافه وزن و کاهش وزن اثر معنادارتری نسبت به شناخت‌رفتار درمانی دارد. اثربخشی این مداخله بر روی کاهش وزن و اختلالات خوردن در چندین مطالعه بررسی شده است (کانایا، لیندکوئیست، هریس، لاونر، روسانو، ساترفیلد و همکاران ، ۲۰۰۹؛ لیلیس، لوین و هیز ، ۲۰۱۱). طرحواره درمانی به طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی‌رفتاری سنتی بنا شده است. مدل یانگ تلفیقی ابتکاری از رفتاردرمانی شناختی، روان‌پویایی، دلبستگی و روانشناسی گشتالت است .این مدل اگرچه مؤلفه‌های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می‌داند اما به تغییر هیجانی، تکنیک‌های تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می‌دهد. تفاوت دیگر این دو درمان در این است که رفتاردرمانی شناختی در سطح شناخت‌واره‌ها رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند اما در طرحواره درمانی این روند به‌صورت معکوس دنبال می‌شود. در فرایند طرحواره درمانی مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح شناخت‌واره می‌روند (یانگ، کلسکو و ویشار، ۱۳۹۴). با توجه به این تفاوت‌ها و نتایج پژوهش‌هایی که نشان می‌دهد تأکید بر زیرساخت‌های عمیق شناختی می‌تواند در کاهش وزن موثر باشد، شاید بتوان اثر بالاتر طرحواره درمانی را قابل توجیه دانست. در همین راستا ویتوسک و هالان (۱۹۹۰) از تمرکز صرف بر افکار خودآیند منفی درباره غذا، وزن و شکل بدن که اصول درمان شناخت‌رفتار درمانی را تشکیل می‌دهد انتقاد کردند و نشان دادند باید در سبب‌شناسی و درمان اختلالات خوردن و چاقی بر تجربیات گذشته و سطوح عمیق‌تر شناخت تأکید شود. آنوکا، تولجیسا و چابر (۲۰۰۷) نیز نشان دادند بررسی طرحواره‌های ناسازگار در زنان چاق اثر بیشتری نسبت به برنامه‌های رفتاری روی کاهش وزن دارد.

همچنین در پژوهش حاضر نشان داده شد در طرحواره درمانی که افزایش بیشتری در خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن داشت، کاهش وزن بیشتری نیز نسبت به شناخت‌رفتار درمانی مشاهده شد که نشان‌دهنده نقش مفهوم خودکارآمدی در زمینه کاهش وزن می‌باشد. این یافته از نظر تأثیر خودکارآمدی بر کاهش وزن با نتایج پژوهش شین، شین، لیو، داتن، آبود و ایلیچ (۲۰۱۱) و دیویس و آنروه (۱۹۸۱) همسو می‌باشد. بنابراین همسو با پژوهش‌های پیشین، نتایج این پژوهش نیز نشان داد طرحواره درمانی با اثر بیشتر روی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به اضافه وزن می‌تواند اثر بیشتری روی کاهش وزن داشته باشد. از محدودیت‌های این پژوهش اجرای آن روی نمونه زنان و همچنین روش نمونه‌گیری در دسترس بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود روش‌های مورد استفاده در این پژوهش در جوامع مختلف آماری از نظر جنسیت و سن به اجرا درآید.

منابع

Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., & Marnell, M. (1997). One-Year Follow-up of Cognitive-Behavioral Therapy for Obese Individuals with Binge Eating Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65(2), 343–347.

Anderson, K., Riegera, E., & Caterson, I. (2006). A Comparison of Maladaptive Schemata in Treatment-Seeking Obese Adults and Normal-Weight Control Subjects. Journal of Psychosomatic Research, 60(3),245-252.

Aronne, L.J. (2002). Current Pharma¬cological Treatments for Obesity. In: Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (Eds). Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook, (2nd ed). New York, N.Y., Guilford Press, 551-557.

Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (2012). On the Functional Properties of

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

Epidemiology and Health and Economic Consequences of Obesity. In: Wadden, T., & Stunkard, A. (Eds). Handbook of Obesity Treatment. New York, N.Y., Guilford Press.

Foladvand, M., Farahani, H., Bagheri, F., & Foladvand, M. (2012). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of the Girls Afflicted with Obesity. Journal of Research in psychological Health, 6(2),10-22. [Persian]

Hughes, M.L., Hamill, M., Van Gerko, K., Lockwood, R., & Waller, G. (2006). The Relationship between Different Levels of Cognition and Behavioural Symptoms in the Eating Disorders. Eating Behaviors, 7(2), 125-133.

Kanaya, A.M., Lindquist, K., Harris, T.B., Launer, L., Rosano, C., Satterfield, S., & Yaffe, K. (2009). Total and Regional Adiposity and Cognitive Change in Older Adults: the Health, Aging and Body Compositions (ABC) Study. Archives of Neurology, 66(3), 329-335.

Karl, J.P., Cheatham, R.A., Das, S.K., Hyatt, R.R., Gilhooly, CH.H., Pittas, A.G., Lieberman, H.R., Lerner, D., Roberts, S.B., & Saltzman, E. (2014). Effect of Glycemic Load on Eating Behavior Self-Efficacy During Weight Loss. Appetite, 80, 204–211.

Lillis, J., Levin, M.E., & Hayes, S.C. (2011). Exploring the Relationship between Body Mass Index and Health-Related Quality of Life: A Pilot Study of the Impact of Weight Self-Stigma and Experiential Avoidance. Journal of Health Psychology, 16(5), 722-727.

Liou, D. (2004). Influence of Self-Efficacy on Fat-Related Dietary Behavior in Chinese Americans. The International Electronic Journal of Health Education, 7, 27-37.

Martin, P.D., Dutton, G.R., & Brantley, P.J. (2004). Self-Efficacy as a Predictor of Weight Chang in African-American Women. Obesity Research, 12(4), 646-651.

Moloodi, R., Dezhkam, M., Moutabi, F., & Omidvar, N. (2010). Comparison of Early Maladaptive Schema in Obese Binge Eaters and Obese Non-Binge Eaters. Journal of Behavioral Sciences, 4(2), 109-114. [Persian]

Nammi, S., Koka, S., Chinnala, K.M., & Boini, K.M. (2004). Obesity: an Overview on its Current Perspectives and Treatment Options. Clinical Nutrition Journal, 3(3), 24-42.

Narimani, M., & Ghasemi Nezhad, M. (2014). The Role of Psychological Factors in Predicting Binge Eating Disorder. Journal of School Psychology, 3(3), 86-105. [Persian]

Nauta, H., Hospers, H.J., Jonsen, A., & Kok, G. (2000). Cognitions in Obese Binge Eaters and Obese Nonbinge Eaters. Cognitive Therapy and Research, 24(5), 521-31.

Navidian, A., Abedi, M.R., Baghban, I., Fatehizade, M., & Poursharifi, H. (2009). Reliability and Validity of the Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire in Perceived Self-Efficacy Revisited. Journal of Management, 38 (1), 9-44.

Beck, J.S. (2011). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond, (2nd ed). New York, N.Y., Guilford Press.

Brodie, D.A., Inoue, A., & Shaw, D.G. (2008). Motivational Interviewing to Change Quality of Life for People with Chronic Heart Failure: A Randomized Controlled Trial. International Journal of Nursing Studies, 45(4), 489-500.

Brownell, K.D. (2004). The Learn Program for Weight Management, (2nd ed). Dallas, Texas: American Health Publishing Company.

Casazza, K., & Ciccazzo, M. (2007). The Method of Delivery of Nutrition and Physical Activity Information may Play a Role in Eliciting Behavior Changes in Adolescents. Eating Behaviours, 8(1), 73–82.

Clark, M.M., Abrams, D.B., Niaura, R.S., Eaton, C.A., & Rossi, J.S. (1991). Self-Efficacy in Weight Management. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59(5), 739-744.

Collins, M.D., & Jacson, C.J. (2015). A Process Model of Self-Regulation and leadership: How¬ Attentional Resource Capacity and Negative Emotions Influence Constructive and Destructive Leadership. The Leadership Quarterly, 26(3), 386–401.

Contento, I.R., Balch, G.I., & Bronner, Y.L. (1995). Theoretical Frameworks of Models for Nutrition Education. Journal of Nutrition Education, 27(6), 287−290.

Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (2001). A new Cognitive Behavioral Approach to the Treatment of Obesity. Behavior Research and Therapy, 39(5), 499-511.

Davis, H., & Unruh, W.R. (1981). The Development of the Self-Schema in Adult Depression. Journal of Abnormal Psychology, 90(2), 125-133.

Di Marco, I.D., Klein, D.A., Clark, V.L., & Wilson, G.T. (2009). The use of Motivational Interviewing Techniques to Enhance the Efficacy of Guided Self-Help Behavioral Weight Loss Treatment. Eating Behaviors, 10(2), 134-136.

Dingemans, A.E., Spinhoven, P.h., & Furth, E.F. (2006). Maladaptive Core Beliefs and Eating Disorder Symptoms. Eating Behaviors, 7(3), 258-265.

Dutton, G.R., Martin, P.D., Rhode, P.C., & Brantley, P.J. (2004). Use of the Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire with African American Women: Validation and Extension of Previous Findings. Eating Behaviors, 5(4), 375-384.

Elfhag, K., & Morey, L.C. (2008). Personality Trait and Eating Behavior in the Obese Poor Self-Control in Emotional and External Eating but Personality Assets in Restrained Eating. Eating Behaviors, 9(3), 285-293.

Field, A.E., Barnoya, J., & Colditz, G.A. (2002).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]

Eating. Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 131(4), 383-392.

Taylor, R.R. (2006). Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Illness and Disability. United States of America: Springer Science & Business Media, Inc, 15, 132-145.

Unoka, Z., Tolgyesa, T., Czobor, P. (2007). Early Maladaptive Schemas and Body Mass Index in Subgroups of Eating Disorders: A Differential Association. Comprehensive Psychiatry, 48(2), 199-204.

Vaidya, V. (2006). Psychosocial Aspects of Obesity. In: Vaidya, V. (Ed). Health and Treatment Strategies in Obesity. Unionville, CT: Karger Publishers, 27, 73-85.

Vitousek, K.B., & Hollon, S.D. (1990). The Investigation of Schematic Content and Processing in Eating Disorders. Cognitive Therapy and Research, 14(2), 191-214.

Wamsteker, E.W., Geenen, R., Lestra, J., Larsen, J.K., Zelissen, P.M., & Staveren, W.A. (2005). Obesity-Related Beliefs Predict Weight Loss after an 8-week Low-Calorie Diet. Journal of the American Dietetic Association, 105(3), 441-444.

World Health Organization. (1998). Division of Non Communicable Diseases. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2009). Obesity and overweight. Working Group on Obesity. Geneva, World Health Organization.

Wright, J., Basco, M., & Thase, M. (2006). Learning Cognitive Behavior Therapy. GhasemZadeh, H., Hamidpour, H. (2011). Arjmand Publisher. Tehran. Iran. [Persian]

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). Schema Therapy, Apractitioner Guide. Hamidpour, H., Andouz, Z. (2015). Arjmand Publishers, Tehran, Iran. [Persian].

Overweight and Obese Individuals. Journal of Behavioral Sciences, 3(3), 217-222. [Persian]

Navidian, A., Abedi, M.R., Baghban, I., Fatehizade, M., & poursharifi, H. (2010). Effect of Motivational Interviewing on the Weight Self-Efficac Lifestyle in Men Suffering from Overweight and Obesity. Journal of Behavioral Sciences, 4(2), 149-154. [Persian]

Ogden, J. (2010). The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior (2nd ed). United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.

Pajares, F. (1997). Current Directions in Self-Efficacy Research. In: Maehr, M.L., Pintrich, P.R. (Eds). Advances in Motivation and Achievement. Bingley, UK: Emerald Group Pub Limited, 10, 1-49.

Pajares, F. (2003). Self-Efficacy Beliefs, Motivation, and achievement in Writing: A Review of the Literature. Reading and Writing Quarterly: Overcoming Learning Difficulties, 19(2), 139-158.

Peltzer, K., & Pengipid, S. (2015). Underestimation of Weight and its Associated Factors in Overweight and Obese University Students from 21 Low, Middle and Emerging Economy Countries. Obesity Research & Clinical Practice, 9(3), 234–242.

Plasdottir, A. (2008). Information Behavior, Health Self-Efficacy Beliefs and Health Behavior in Icelanders every day Life. Information Research: An International Electronic Journal, 13(1), 334-346.

Rahimian¬ Bugar, E. (2008). Clinical Health Psychology: Guide to Prevention, Conceptualization and Treatment. Tehran, Iran: Danjeh Publication. [Persian]

Sadeghi, K., Gharai, B., Fata, L., & Mazaheri, Z. (2010). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Treating Patients with Obesity. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 16(2), 107-117. [Persian]

Santonja, F.J., Morales, A., Villanueva, R.J., & Cortes, J.C. (2012). Analyzing the Effect of Public Health Campaigns on Reducing Excess Weight: A Modeling Approach for the Spanish Autonomous Region of the Community of Valencia. Evaluation and Program Planning, 35(1), 34-39.

Shin, H., Shin, J., Liu, P.Y., Dutton, G.R., Abood, D.A., & Ilich, J.Z. (2011). Self Efficacy Improves Weight Loss in Overweight/Obese Postmenopausal Women during a 6-Month Weight Loss Intervention. Nutrition Research, 31(11), 822–828.

Taheri moghdam, N., Taghizade, M., Kakojoybari, A., & Alaghmand, A. (2014). The Effect of Schema Therapy on the Reduction of Automatic Negative Thought and the Increase of Self-Esteem in Women with Depression. Research in Psychological Health, 8(1), 41-50. [Persian]

Tonkin, K.M. (2005). Obesity, Bulimia, and Binge Eating Disorder: The use of a Cognitive Behavioral and Spiritual Intervention. (Phd Dissertation). Bowling Green State University. Ohio (OH).

Toray, T., & Cooley, E. (1997). Weight Fluctuation, Bulimic Symptom and Self Efficacy for Control of

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1394.9.4.6.0]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.9.4.74]