

مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۵/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۱/۲۶

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بود.

روش کار: جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک با دامنه سنی ۴۰-۲۰ مراجعه کننده به ساختمان پزشکان ابن سینا تهران در سال ۱۳۹۸ بود. روش نمونه گیری این پژوهش از نوع نمونه گیری هدفمند با همتا سازی و همگن کردن بر اساس مجرد و تاهل و سن و تحصیلات و با جایگزینی تصادفی در گروه ها صورت گرفت، تعداد نمونه ۴۵ نفر در گروه درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ویژه مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک ساخته کرونین و همکاران ۱۹۹۸ بود. پس از تکمیل پیش آزمون، گروه های مداخله ۹ جلسه مداخله را دریافت کردند در حالی که گروه کنترل طی این مدت مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی بر حسب عضویت گروهی (گروه های آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود نمرات کیفیت زندگی شده است ($P < 0/05$). همچنین بین میزان اثربخشی درمان هیجان مدار در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در کیفیت زندگی از نظر آماری تفاوت معنادار نمی باشد. علاوه بر آن نتایج نشان داد که اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در مرحله پیگیری تداوم داشته است.

نتیجه گیری: بنابراین، درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری یک روش موثر برای افزایش کیفیت زندگی در زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک است.

کلمات کلیدی: درمان هیجان مدار، درمان شناختی رفتاری، کیفیت زندگی، چاقی، سندرم تخمدان پلی کیستیک

نینا جمال امیدی^۱
فریبا حسینی^{۲*}
رویا کوچک انتظار^۳

^۱ گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی
^۲ دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد ایلامی واحد تهران مرکزی.
^۳ مدیر گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

Email: faribahassani29@yahoo.com

مقدمه

سندرم تخمدان پلی کیستیک^۱ از جمله بیماری‌های شایع غدد درون ریز می‌باشد که ۵ تا ۱۰ درصد از زنان را در سن باروری درگیر می‌کند. این بیماری که یک اختلال تخمدانی است، منجر به بی نظمی در محور آدرنال-هیپوفیز و هیپوتالاموس می‌شود (۳). جهت تشخیص سندرم تخمدان پلی کیستیک وجود ۲ از ۳ ملاک تشخیصی ذیل: (۱) اختلال قاعدگی بیشتر به شکل الیگومنوره^۲ و عدم تخمک گذاری (۲) علایم بالینی یا آزمایشگاهی هایپر آندروژنیسم^۳ وجود ۱۲ فولیکول یا بیشتر با قطر کمتر از ۱۰ mm و افزایش حجم تخمدان به بیش از ۱۰CC در سونوگرافی گری اسکال^۴ برای این سندرم تشخیصی است (۴،۵).

ارتباط نزدیکی بین سندرم تخمدان پلی کیستیک و چاقی وجود دارد به گونه‌ای که میانگین افراد چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک 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 (۶).

این سندرم با تظاهرات بالینی متنوعی از قبیل آمنوره^۵، خو نریزی غیرطبیعی رحم، عدم تخمک گذاری و چاقی آشکار می‌شود، و از جمله پیامدهای روانی این سندرم نیز می‌توان به اضطراب و افسردگی اشاره نمود (۷). همچنین این سندرم به علل مختلف می‌تواند سبب آشفتگی روانی گردد. تحقیقات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی^۶ زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در مقایسه با افراد سالم و حتی در مقایسه با مبتلایان به دیگر بیماری‌های زنان، پایین تر بوده است (۸، ۹، ۱۰)، هر چند که به نظر می‌رسد نقش عوامل بیوشیمیایی، هورمونی و متابولیک و همچنین مسایل جسمی نظیر ناباروری و بی نظمی قاعدگی در افت کیفیت زندگی و سلامت روانی مبتلایان به این سندرم موثر باشد؛ اما مسایل دیگری نظیر

خطرات مرتبط با سلامتی و تظاهرات جسمانی نظیر تغییرات ظاهری فرد به ویژه چاقی، پرمویی یا هیرسوتیسم^۷، آکنه^۸، ریزش مو و یا تظاهرات روانی شایع همچون اضطراب و افسردگی می‌تواند سبب کاهش معنی دار در سلامت جسمانی و روانی این افراد گردد (۱۱، ۱۲).

امروزه مطالعات متعدد تاثیر درمان‌های غیر دارویی را از طریق تغییر یا اصلاح سبک زندگی بر بهبود مبتلایان سندرم تخمدان پلی کیستیک موثر می‌دانند، بنابراین محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت بدنی به عنوان یک اولویت برای این بیماران از سوی متخصصین زنان توصیه می‌شود (۱۳). از سوی برنامه‌های اصلاح سبک زندگی انجام گرفته تاکنون بر تغذیه و محدودیت کالری دریافتی متمرکز بوده‌اند و نقش برنامه‌های جسمی روانی بر سلامت این بیماران کمتر مورد توجه محققان قرار گرفته است و در محدوده مطالعات انجام گرفته عمدتاً اثرات ورزش بر وضعیت متابولیکی آنان مورد توجه بوده و نقش برنامه‌های جسمی-روانی در سلامت سندرم تخمدان پلی کیستیک کمتر مورد بررسی قرار گرفته است (۱۴). بنابراین در این بیماران که نیاز به درمان کل نگرتر دارند، درمان شناختی- رفتاری^۹ که شامل درمان‌هایی در زمینه مدیریت استرس است می‌تواند کمک کننده باشد (۱۵).

درمان شناختی رفتاری^۹ 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 آسیب پذیری وی در برابر اختلالات هیجانی می‌شوند را تغییر می‌دهد (۱۶). بسیاری از متخصصان، مشاوره فردی را درمانی مطلوب برای تمام مراجع می‌دانند (۱۷، ۱۸).

آموزش و مشاوره به مراجع باعث افزایش رضایت فرد، بهبود کیفیت زندگی، اطمینان از تداوم مراقبت، تسکین اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، از جمله خستگی و افزایش

¹ Poly cystic ovary syndrome

² oligomenorrhea

³ hyper androgynism

⁴ gray scale

⁵ amenorrhea

⁶ quality of life

⁷ hirsutism

⁸ acne

⁹ Cognitive Behavioral Therapy

¹ Cognitive Behavioral Therapy

می‌کند. از سویی شیوه هیجان مدار تلفیقی از دیدگاه‌های انسان گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت گسترده و متنوع از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تاکید 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 (۳۳). به طور کلی، رسالت درمانگر در درمان هیجان مدار علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارتهایی برای تنظیم هیجان است و افراد با قدرت تنظیم هیجان می‌توانند اتفاقات استرس زا را در رابطه با تهدیدآمیز بودن و یا نبودن ارزیابی نمایند و راه‌های برخورد با این استرس زاها را خلق نمایند و از این طریق در شرایط و موقعیت‌های گوناگون به درستی هیجان‌ات خود را تنظیم کنند و با تجارب استرس زا مقابله کنند و شادی را تجربه کنند و این خود باعث بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی افراد می‌شود (۳۴).

رویکرد هیجان مدار برگرفته از این باور است که، 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 نشان دهنده وجود مهارت‌های شناختی بین فردی مطلوب می‌باشد. بنابراین افرادی که بیشتر به ابراز هیجان‌ات خود می‌پردازند از نظر شخصیتی، سازمان یافته و از نظر ذهنی متمرکز ترند و در نتیجه خستگی روانی کمتری خواهند داشت و کیلی، به نقل از سپهری، (۳۵) نتایج پژوهش‌های حقایق، ادیبی، و دوازده امامی (۱۳۹۴) نشان دادند (۳۶) درمان متمرکز بر هیجان بر کیفیت زندگی و خواب در نشانگان روده تحریک پذیر موثر است. همچنین گل پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی، (۱۳۹۳) نیز نشان دادند درمان متمرکز بر هیجان موجب بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان می‌شود (۳۷).

شرکت در برنامه‌های مراقبت بهداشتی و کسب استقلال مراجع در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی می‌شود. به علاوه مشاوره و درمان شناختی رفتاری موجب بهبود ارائه ی مراقبت‌های بهداشتی و کاهش هزینه‌ها می‌گردد (۱۹).

در مطالعه‌ای سوگرم، نیک و کارل (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که مداخلات شناختی و همچنین رفتاری باعث بهبود علائم خلقی و اضطرابی فرد شده و علاوه بر تاثیر بر روی افزایش تحمل، باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۲۰) و همچنین اوسیل، هپنر، مانوز، وو، واتکینز^۲ (۲۰۰۹) نشان دادند که مداخلات شناختی-رفتاری در تمامی جوانب زندگی فرد اثرمند بوده و باعث بهبود ارتباط با اطرافیان و کاهش علایم افسردگی می‌شود (۲۱). علاوه بر آن، نتایج برخی از پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده است که درمان شناختی رفتاری موجب افزایش کیفیت زندگی می‌گردد (۲۲-۳۰).

از جمله درمان‌هایی که بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان سندرم تخمدان پلی کیستیک می‌تواند تاثیر گذار باشد و تاکنون مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته، درمان هیجان مدار می‌باشد. از دیدگاه هیجان مدار تغییر هنگامی روی می‌دهد که عواطف فرد از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب، و دگرگونی هیجان معنا می‌یابند (۳۱). پژوهش‌های متعددی اثربخشی روش درمان هیجان مدار در حیطه‌های مختلف را نشان داده‌اند. براساس یافته‌های فراتحلیل انجام شده توسط چیلینگ، بائوکام، بارنت، راگلند^۴ ۲۰۱۳ حاکی از اثربخشی این درمان در کاهش علائم هیجانی نابهنجار مختلف می‌باشد (۳۲). از آنجایی که درمان هیجان مدار بر روی هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است و از راه خویشتن پنداری 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

1 Sugarman, D. E., Nich, C., Carroll, K. M.

2 Osilla, K. C., Hepner, K. L., Munoz, R.F., Woo, S., Watkins, K.

3 emotional- focused therapy

4 Chilling E, Baucom D, Burnet CK, Ragland D.

از سه ماه انجام شد. پس از ارزیابی اولیه آزمودنی ها در اولین روز آغاز هر دوره درمانگری و بلافاصله پس از پایان دو درمان و سه ماه پس از پایان دو درمان به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی مبتنی بر تخمدان پلی کیستیک پاسخ دادند. قابل ذکر اینکه ریزشی در تعداد نمونه های تحقیق وجود نداشت.

معیارهای ورود شامل: افراد با سن ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن شاخص توده بدنی ۳۰ و بالاتر، عدم یائسگی یا بارداری در زمان پژوهش، ابتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک که بر اساس وجود ۲ ملاک از میان ۳ ملاک اختلالات قاعدگی، علایم بالینی یا آزمایشگاهی هایپر آندروژنیسم و تایید تخمدان پلی کیستیک در سونوگرافی شکمی بیماران به تایید پزشک متخصص مرکز بوده است، عدم مصرف داروهای روان گردان و مواد مخدر و یا داروهای تاثیر گذار روی نتایج نظیر داروهای مثل قرص متفرمین^۱ یا قرصهای هورمونی ضمن درمان مداخله- ای، بودند. معیارهای خروج شامل: ابتلا به بیماریهای خود ایمنی، بیماریهای قلبی، سرطان و دیابت، کم کاری تیروئید، پرفشاری خون، بیماری های ناتوان کننده و یا هر بیماری مزمن تاثیر گذار بنا بر تشخیص پزشک در حین درمان مداخله ای، رخ دادن بارداری در حین انجام پژوهش.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی^۲: کیفیت زندگی با پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ویژه مبتلایان به سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOSQ) ساخته کرونین^۳ و همکاران (۱۹۹۸) می باشد. این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال است که کیفیت زندگی افراد را به تفکیک در زمینه های عاطفی- هیجانی (۸ سؤال)، هیرسوتیسم (۵ سؤال)، وزن (۵ سؤال)، نازایی (۴ سؤال) و اختلالات قاعدگی (۴ سؤال) می سنجد. روش نمره گذاری هر یک از گزینه ها به شکل لیکرت ۷ گزینه ای است، روایی و پایایی این پرسشنامه توسط امینی و همکاران تعیین شده و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۰ بوده است (۷). آلفا

با توجه به مطالعات انجام شده و مزمن بودن سندرم تخمدان پلی کیستیک و با در نظر گرفتن این واقعیت که درصد قابل توجهی از زنان ایرانی از این بیماری رنج می‌برند و نیز با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی در این مبتلایان و لزوم اقدامات پیشگیرانه و درمانی در این زمینه و همچنین بر اساس بررسی های انجام گرفته توسط محقق، تاکنون مطالعه‌ای در جهت مقایسه تاثیر درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک در ایران صورت نگرفته است، محقق بر آن شد تا به مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بپردازد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر روش تحقیق یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک با دامنه سنی ۲۰-۴۰ (پس از بلوغ و پیش از سن یائسگی) مراجعه کننده به ساختمان پزشکان ابن سینا واقع در تهران تشکیل دادند، که شاخص توده بدنی آنها بالاتر از ۳۰ (یعنی افراد چاق) بود. روش نمونه گیری این پژوهش از نوع نمونه گیری هدفمند با همسازی گروه ها بر اساس تجرد و تاهل و سن و تحصیلات با توزیع تصادفی بود به این ترتیب که پس از درج آگهی فراخوان در ساختمان پزشکان ابن سینا واقع در تهران در سال ۹۸ از میان ۶۰ داوطلب چاق بعد از مصاحبه اختصاصی که توسط محقق انجام شد، پس از ارزیابی اولیه و تکمیل فرم رضایت کتبی و آگاهانه در صورت داشتن معیارهای ورود مشارکت کنندگان پرسشنامه اطلاعات جمعیتی شامل سن، تاهل و تجرد و تحصیلات را پاسخ دادند و قد و وزن شدند. سپس تعداد ۴۵ نفر که واجد معیارهای ورود و خروج بودند انتخاب شدند. آزمودنی های به طور تصادفی در سه گروه، گروه درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) جایگزین شدند و همتا سازی براساس تجرد و تاهل و سن و تحصیلات صورت گرفت و همچنین پیگیری پس

¹ Metformin

² Poly cystic ovary syndrome Questioner

³ Cronin

کرونباخ پرسشنامه کیفیت زندگی روی نمونه این تحقیق ۷۹٪ محاسبه شد.

روش اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه و ثبت نتایج پیش آزمون آزمودنی ها، جایگزینی تصادفی دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد. سپس مداخلات درمان هیجان مدار و درمان شناختی رفتاری برای گروه های آزمایش اعمال شد اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. جلسات درمان هیجان مدار انطباقی از پکیج درمانی گرینبرگ و همکاران ۲۰۰۸ و کتاب آشنایی با درمان متمرکز بر هیجان (۳۸) و جلسات درمان شناختی رفتاری انطباقی از کتاب درمان شناختی رفتاری دابسون^۱ ۲۰۱۰ بود مداخله ها طی ۹ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۴۵ دقیقه ای بر روی گروه های آزمایش اجرا شد (۳۹).

ملاحظات اخلاقی کلی شامل کسب مجوز از کمیته اخلاقی با کد اخلاقی JR.IAU.TMU.REC.1399.306 اخذ معرفی نامه از پژوهش دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی، معرفی خود و توضیح اهداف به مراجعین ساختمان پزشکان ابن سینا و در نظر داشتن تمایل آنها جهت شرکت در مطالعه و اخذ رضایت نامه از شرکت کنندگان در تحقیق، کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات واحدهای مورد پژوهش، محترم شمردن حق کناره گیری داوطلبین شرکت کننده در هر مرحله از تحقیق، اطلاع نتایج تحقیق به مسولین مراکز پژوهش در صورت درخواست، در اختیار گذاشتن نتایج تحقیق برای داوطلبین شرکت کننده در صورت تمایل، بودند.

نتایج

در جدول زیر ویژگی های جمعیت شناختی پژوهش نشان داده شده است. شاخص های مرکزی، پراکندگی و نتایج آزمون کجی و کشیدگی را جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها به عنوان یکی از پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای متغیر های ابعاد کیفیت زندگی، در گروه های

آزمایش و کنترل محاسبه گردید. به منظور آزمون فرضیه های پژوهش، از روش آزمون روش تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار-۲۴ اس پی اس به کار گرفته شده است. به منظور رعایت مفروضه های روش تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه گیری مکرر، مفروضه های این آزمون با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و آزمون لون^۲ مورد بررسی و تایید قرار گرفت. جدول ۳ آماره های توصیفی کیفیت زندگی ب ه تفکیک گروه و مرحله آزمون نشان می دهد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می کنید در پیش آزمون نمرات کیفیت زندگی در ۳ گروه، تفاوت چندانی ندارد. همچنین مشاهده می شود که در گروه های آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون میانگین نمرات کیفیت زندگی افزایش یافته است در حالی که میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری تفاوت چشمگیری نداشته است.

جدول ۱- محتوای جلسات درمان هیجان مدار

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 هیجان مدار، تعیین اهداف درمانگری و فراهم کردن بازخورد نسبت به درمان و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی.
دوم	شناسایی هیجان های مربوط به اختلال سندرم تخمدان پلی کیستیک، به چالش کشیدن تجربیات ناخوشایند هیجانی، کنترل تجارب درماندگی، پذیرش هیجان ها، کنترل تجارب درماندگی، پذیرش هیجان ها و در نهایت ارایه 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 کاهش خستگی و تنفس و ضربان قلب کمک کند.
سوم	فراخوانی و زنده کردن احساس ها و هیجان های دردناک مراجع خلاصه و ارایه 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 نشده ای که زیربنای الگوهای تعاملی می باشند و دستیابی به هیجان های ساختاری و نیازهای دلپسته محور و بیان اهمیت در زمینه مقابله های

² levene's test

¹ Dobson

دوم	تعیین اهداف درمانگری و فراهم کردن بازخورد نسبت به درمان، آشنایی با درمان شناختی رفتاری و صحبت درباره فیزیولوژی ^۱ و آسیب شناسی تخمدان، عوارض تخمدان پلی کیستیک و سبب شناسی آن و درمان های موجود برای آنان 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 تاثیر آن بر کل سیستم بدن و کار تخمدان و همچنین تاثیر آن بر کیفیت زندگی، خستگی و عواطفشان بیان نقش تخمدان پلی کیستیک بر تولید استرس و تاثیر آن بر کل سیستم بدن و کار تخمدان و همچنین تاثیر بر کیفیت زندگی، ابعاد خستگی و عواطفشان، آموزش تکنیک تنفسی و تن آرامی و توضیح چگونگی تاثیر تنفس و تغذیه بر سلامتی تخمدان، مبارزه با افکار ناکارآمد تغذیه ای، ارائه 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 تاثیر تنفس و تغذیه مناسب در اختلال سندرم تخمدان پلی کیستیک و تمرین مبارزه با افکار ناکارآمد تغذیه ای، عاطفی و خستگی و تمرین طرز فکر جایگزین
چهارم	آموزش حل مساله، بازگویی روانشناختی موقعیت های مشکل زا و احساسات و افکار و تعریف مساله یا مشکل توسط مددجو، ارائه اطلاعات درباره تاثیر تحرک بر سندرم تخمدان پلی کیستیک و توضیح انواع ورزش و تکلیف، انجام ورزش های مناسب خود فرد
پنجم	انتخاب و به کار بردن بهترین راهبرد، ارائه راه حل های بدیل، ارزیابی راه حل ها و معرفی کتاب به منظور آشنایی بیشتر با درمان شناختی رفتاری و شناسایی افکار برانگیزاننده خستگی و عواطف منفی و احساسات ناخوشایند، بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان ها و کمک به حل آنها، تکلیف، ثبت افکار و شناسایی هیجان ها و کمک به حل آنها
ششم	معرفی مفهوم تنش زدایی به منظور کاهش نشانه های برانگیختگی و تاثیر ذهن بر جسم و شناخت عواطف و ابعاد خستگی، آموزش استفاده از تکنیک مراقبه ^۲ 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 مقابله ای برای مدیریت اضطراب و بررسی چگونگی مواجهه مددجو با مشکل، بازگیری تکلیفی جلسه قبل و تکنیک نوسازی معنی و تفکر
هشتم	بررسی چگونگی تاثیر شناخت و افکار بر پاسخ های اضطرابی و کمک به مددجو برای شناسایی خودگویی های درونی منفی، تکنیک خودگویی
چهارم	هیجان مدار 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
پنجم	رسیدن به هیجان های اولیه زیربنایی و شناخت نیازها (نتایج شناختی عاطفی باز نشده در احساس بد) و رساندن آن به آگاهی، خلاصه و ارائه مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی، کشف و شناسایی هیجان های اولیه، ثانویه و یا ایزاری و در نهایت ارائه جمع بندی جلسه و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی. استفاده از فنون کار با صندلی
ششم	مطالبه کردن نیازهایی که مراجع از آن امتناع می کند و تصدیق تجربه ای قبلا نما گذاری نشده یا از آن اجتناب شده است، خلاصه و ارائه از مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی و ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجان های اصلی زیربنایی سازگار/ناسازگار یا سالم/ناسالم و در نهایت ارائه جمع بندی جلسه و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی.
هفتم	گسترده کردن مفهوم خود با بازسازی هیجان ها در ارتباط با موقعیتهای مختلف مطالب خلاصه و ارائه از مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی، ردگیری و شناسایی موضوعات و تصاویر آزره ای از مشکل کنونی و مرتبط با آن تصویر(خود، پدر، مادر، همسر و سایر آزره های احتمالی) و تسهیل پدیده ایی راه کارهای تازه برای حل مسایل کهنه و در نهایت ارائه جمع بندی جلسه و تشویق افراد گروه برای شرکت در جلسه بعدی.
هشتم	هدایت مراجع در حین بازنمایی آزره ها و رسیدن به بینش تجربه، خلاصه و ارائه 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 ارائه جمع بندی جلسه و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی معرفی تکنیک تصویر پردازی مثبت تخیلی
نهم	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 ارائه از مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی، انعکاس آنچه تاکنون رخ داده است ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می شود و روش تغییر هیجان با هیجان، در نهایت ارائه جمع بندی جلسه و تشویق فرد برای شرکت در جلسه بعدی.
جلسه	خلاصه و ارائه مطالب آموزش داده شده در جلسات قبلی، تثبیت خود جدید و تعمیم به رویدادهای آینده و در نهایت ارائه جمع بندی های جلسات قبلی و اجرای پس آزمون.

جدول ۲- محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
اول	فهمیدن درگیری ذهنی مراجع و تبدیل و تخلیه هیجان ها در یک محیط حمایت شده می باشد، معارفه و توضیح هدف از این پژوهش و ایجاد رابطه بین درمانگر و مددجو و آموزش تکنیک یادداشت برداری و دادن تکلیف، یادداشت برداری، فردی بایست فاکتورهای مختلف افکار و احساسات خود را(منشا، شدت، مدت زمان، نحوه پاسخ) لحظه به لحظه یادداشت کند.

¹ physiology

² relaxation

³ meditation

شناختی رفتاری						ثبت افکار در ذهن و بازپس گیری تمرینات جلسات قبل						
۳۳.۳۳	۱۵	۸	۶	۱	۱۵	جلسه بررسی اثربخشی راه حل های اجرا شده و تنظیم مجدد و بازپس گیری تکالیف و تست گیری مجدد						
هیجان مدار						جدول ۳- ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان						
کنترل						گروه ها	تعداد	سیکل	دیپلم	بالا تر	شاخص	میانگین
						از دیپلم بدنی بالای ۳۰						
						۱۵	۲	۴	۹	۱۵	۶۱.۳۵	
						آزمایش						

جدول ۳- شاخص های توصیفی کیفیت زندگی به تفکیک گروه و مرحله آزمون

پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
هیجان مدار	۹۸/۸۶	۸/۳۹	۱۴۳/۶	۱۰/۷۶	۱۴۳/۰۶	۱۰/۶۲
درمان شناختی-رفتاری	۹۹/۴	۵/۹۵	۱۳۹/۵۳	۱۳/۹۹	۱۳۳/۹۳	۱۳/۸۸
کنترل	۹۷/۹۳	۶/۰۶	۹۹/۱۳	۶/۸۸	۹۹/۹۳	۸/۳۷

جدول ۴- نتایج آزمونهای چند متغیری برای تاثیر درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر کیفیت زندگی

نام آزمون	ارزش	F	سطح معنا داری
اثر پیلایی	.۲۲۷	۳/۹۵۸	.۰۳۱
لامبدای ویلکز	.۷۷۳	۳/۹۵۸	.۰۳۱
هوتلینگ	.۲۹۳	۳/۹۵۸	.۰۳۱
ریشه روی	.۲۹۳	۳/۹۵۸	.۰۳۱

چنانکه در جدول ۴ ملاحظه می گردد سطح معناداری آزمون چند متغیری اثر پیلایی، حاکی از این است که حداقل بین گروه ها (هیجان مدار و آزمایش شناختی رفتاری) و درون آزمودنی ها (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنا داری وجود دارد.

جدول ۵- آزمون کرویت ماخلی برای متغیر کیفیت زندگی

اثر درون آزمودنی	ماخلی W	خی ۲	سطح معنی داری	گرین هاوس	هوینه فلدت	حد- پایین
متغیر* زمان	.۰۳	۹/۵۳	.۰۰۹	.۷۷۱	.۸۳۶	.۵۰۰

برقرار نمی باشد. چون نتایج آزمون ماخلی معنا دار می باشد برای تعیین اثر درون آزمودنی ها در کیفیت زندگی آزمون گرین هاوس گزارش می شود که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

نتایج آزمون آماری برای آزمون کرویت که از پیش فرض های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر است، حاکی از این می باشد که سطح معنا داری کمتر از ۰,۰۵ بوده و پیش فرض کرویت

جدول ۶- نتایج اثرات درون گروهها برای متغیر کیفیت زندگی

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری
کرویت پذیرفته شده	۳۵۰/۶۸۹	۲	۱۷۵/۳۴۴	۳/۸۵	۰/۰۳
گرین هاوس-گیسر	۳۵۰/۶۸۹	۱/۵۴۱	۲۲۷/۵۰۲		

زندگی، آزمودنی ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری می باشد.

همانطور که نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می دهد در تحلیل واریانس چند متغیری اثر زمان در آزمون گرین هاوس معنا دار است که به معنای وجود تفاوت معنا دار بین نمرات کیفیت

جدول ۷- نتایج اثرات بین گروهها برای متغیر کیفیت زندگی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری
گروه	۴۰۱/۱۱۱	۱	۴۰۱/۱۱۱	۱/۴۸۱	۰/۲۳
خطا	۷۵۸۴/۴۸۹	۲۸	۲۷۰/۴۸۵		

گروه هیجان مدار و گروه شناختی رفتاری تفاوت وجود ندارد ($P > 0,05$).

همانطور که نتایج مندرج در جدول ۷ نشان می دهد بین دو

جدول ۸- نتایج آزمون تعقیبی LSD برای میانگین متغیر کیفیت زندگی با توجه به عوامل درون گروهی در دو گروه

مرحله برون گروهی	اختلاف میانگین	سطح معناداری
پیش آزمون	-۰/۵۳۳	۱
پس آزمون	۴/۰۶۶	۰/۲۹
پیگیری	-۹/۱۳۳	۰/۳۷

کاویتا، رانگان، کومار، نیرمالان^۵ (۲۹)؛ کاسترو، دلترو ، کرایچتی و لوپس^۶ (۳۰) همخوان می باشد.

در تبیین یافته مذکور می توان گفت بعد روان شناختی کیفیت زندگی شامل مواردی از قبیل لذت بردن از زندگی، احساس معناداری در زندگی، قدرت تمرکز، رضایت از خود و تجربه حالاتی مثل خلق غمگین، ناامیدی، اضطراب و افسردگی است. در درمان شناختی-رفتاری گروهی آموزش شیوه های مختلف چالش با افکار و نگرش های خودآیند منفی مرتبط با بیماری سندرم تخمدان پلی کیستیک کاهش و نشانه های بیماری مورد هدف قرار گرفت و در نتیجه کیفیت زندگی آنها افزایش می یابد.

علاوه بر آن، در تبیین یافته مذکور می توان گفت کیفیت زندگی شامل ارزیابی فرد از دردهای جسمانی خود، نیاز او به درمان پزشکی برای انجام فعالیت روزانه، داشتن نرزی برای انجام فعالیت های روزانه، رضایت فرد از وضعیت ظاهری، خواب، توانایی انجام فعالیت ها و توانایی اشتغال است. شناخت ها، باورها و افکار بنیادین نقش تعیین کننده ای در ارزیابی فرد از وضعیت جسمانی اش دارد. بنابراین، توجه به این نکته لازم است که کیفیت زندگی به ارزیابی فرد از این شرایط بستگی دارد. ارزیابی فرد از شریط جسمانی بیشتر جنبه روان شناختی دارد. فردی که دچار خطاهای شناختی باشد، ارزیابی صحیحی از خود و شرایط موجود نداشته و این ارزیابی در همه ابعاد به چشم می خورد. بنابراین می توان گفت که مداخلات روان شناختی و بویژه درمان شناختی-رفتاری که تمرکز اصلی آن بر تغییر باورها و افکار فرد است می تواند بر کیفیت زندگی فرد نیز اثر گذار باشد.

همانطور که گفته شد نتایج نشان داد که هیجان مدار بر کیفیت زندگی زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک تاثیر داشته است. که با پژوهش های حقایق، ادیبی و دوازده امامی،^(۳۶) گل پور، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی،^(۳۷)

چنانکه در جدول ۸ ملاحظه می گردد گروه شناختی رفتاری و هیجان مدار در مرحله پس آزمون و پیگیری در متغیر کیفیت زندگی تفاوت دارند ولی این تفاوت در مرحله پیش آزمون دیده نمی شود.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک بود. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات کیفیت زندگی بر حسب عضویت گروهی (گروههای آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود نمرات کیفیت زندگی شده است ($P < 0.05$). همچنین بین میزان اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در مقایسه با هیجان مدار در کیفیت زندگی از نظر آماری تفاوت معنادار نمی باشد.

همانطور که گفته شد نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک تاثیر داشته است. این یافته با پژوهش های جلیلیان، کبودی، طهرانی زاده، نقی زاده موعاری، منتظری^(۲۲)، میرغفوروند^(۲۳)؛ بیگی و زینالی^(۲۴)؛ شقایق و تجربه کار^(۴۰)، دستجانی فراهانی، رحمانی، تیز دست^(۴۱)، مومنی، مشتاق، پورشهباز^(۴۱)؛ عیسی زادگان، شیخی، حافظنیا^(۴۲)؛ مشفق^(۴۳)؛ یی، دیو، زویو، زویو، شویو، هیو^۱ و همکاران^(۲۵)، بنبروک ایورتزی و همکاران^(۲۶)، زانگ، هیوانگ، فنگ، شائو، چن^۲ و همکاران^(۲۷)، زانگ، دینگ، لیو، زائو، لو، یی، زانگ، چن^۳،^(۲۸) و سوگرمن، نیچ، کارول^۴،^(۲۰)

¹ Ye. M., Du, K., Zhou, J., Zhou, Q., Shou, M., Hu, B. et.al.

² Zhang M., Huang L., Feng Z., Shao L., Chen L.

³ Zhang, B. Ding, X., Lu, W., Zhao, J., Lv, Q., Yi, Z., Zhang, S., and Chen, Y.

⁴ Sugarman, D. E., Nich, C., Carroll, K. M.

⁵ Kavitha, C., Rangan, U., Kumar Nirmalan P.

⁶ Castro, M. M., Daltro, C., Kraychete, D. C., & Lopes, J.

است که هیجان بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می باشد و در این راستا، اساسی ترین سطح کارکرد هیجان، یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان شناختی اش می شود (۳۱).

هر پژوهش دارای محدودیت‌هایی است که پژوهش حاضر نیز از آن مستثنی نبوده است از محدودیت‌های پژوهش حاضر می-توان قابل تعمیم نبودن آن نام برد، به علت اینکه این تحقیق افراد افراد چاق مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک را مورد پژوهش قرار دارد. پیشنهاد می شود اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و هیجان مدار با متغیر های دیگر در زنان مبتلا به سندرم پلی کیستیک انجام گیرد. به پزشکان متخصص زنان زایمان پیشنهاد می گردد که این بیماران را به روانشناسان هم ارجاع دهند.

همخوان است. در تبیین یافته مذکور می توان گفت هیجان اساس سازگاری است و به افراد کمک می کند تا اطلاعات موقعیتی پیچیده را به صورت مکرر مورد پردازش قرار دهند و به صورت خودکار در جهت فعالیت متناسب با نیازهای مهم خود عمل نمایند (۳۱). درمان متمرکز بر هیجان، به عنوان یک رویکرد تجربی فرایندی، تلفیقی است از روشهای درمانی گشتالتی و دیگر روشهای انسان نگری که در چارچوب روابط متمرکز بر اشخاص مطرح شده است (۴۴). استفاده از تکنیک هایی مانند شناسایی احساس های متناقض، قرار دادن بیماران در موقعیت گفتگوی صندلی خالی، آرام سازی، شکستن احساس ناقص بودن، توصیف حالت صدا و میزان بروز ناراحتی و آموزش فرایند انتقال در درمان متمرکز بر هیجان نیز موجب شده که بیماران عملکرد بهتری در موضوعات مرتبط با کیفیت زندگی داشته باشند. مسأله اصلی درمان متمرکز بر هیجان این

References

- Guyatt G, Weaver B, Cronin L, Dooley JA, Azziz R. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a self-administered questionnaire was validated. *Journal of Clinical Epidemiology*; 2004;57: 1279-87.
- Amini L, Ghorbani B, Montazeri A. Iranian version of Health-related Quality of Life for women with Polycystic Ovary Syndrome (PCOSQ): translation reliability and validity. *Payesh*; 2012;11: 227-233. [Persian]
- Franks S, Stark J, Hardy K. Follicle dynamics and anovulation in polycystic ovary syndrome. *Human reproduction update*; 2008;14(4):367-78.
- Järvelä IY, Mason HD, Sladkevicius P, Kelly S, Ojha K, Campbell S, et al. Characterization of normal and polycystic ovaries using three-dimensional power Doppler ultra sonography. *J Assist Reprod Genet*; 2002;19(12):582-90.
- Moran LJ, Ko H, Misso M, Marsh K, Noakes M, Talbot M, et al. Dietary Composition in the Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review to Inform Evidence-Based Guidelines. *J Acad Nutr Diet*; 2013; 113 (4):520-45.
- Moran LJ, Brinkworth GD, Norman RJ. Dietary therapy in polycystic ovary syndrome. *Semin Reprod Med*. 2008 ;26(1):85-92.
- Amini L, Seyed fatemi N, Montazeri A, S M. Quality of life in women with polycystic ovary syndrome. *Journal of payesh*. 2011;11(6):857- 862. (In Persian).
- Ching HL, Burke V, Stuckey BG. Quality of life and psychological morbidity in women with polycystic ovary syndrome: body mass index, age and the provision of patient information are significant modifiers. *Clinical endocrinology*. 2007;66(3):373-379.
- Kaczmarek C, Haller DM, Yaron M. Health-related quality of life in adolescents and young adults with polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016; 29: 551-7
- Shafiq V, Shahbazi. Comparing Sexual Function and Quality of Life in Polycystic Ovary Syndrome and Healthy Women. *Journal of Family & Reproductive Health*. 2016 ; 10: 92
- Upadhyay K, Trent M. Effects of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*. 2007;7(6):597-603
- Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Janssen OE, Schedlowski M, et al. Prevalence and implications of anxiety in polycystic ovary syndrome: results of an internet-based survey in Germany. *Human Reproduction*. 2009;24(6):1446-1451.
- Aquino C, Nori S. Complementary Therapy in Polycystic Ovary Syndrome. *Translational medicine@ UniSa*. 2014;9:56.

14. Moran LJ, Lombard CB, Lim S, Noakes M, Teede HJ. Polycystic ovary syndrome and weight management. *Women's Health*. 2010;6(2): 271-83.
15. Novak E, Novak ER. *Gynecologic and Obstetric Pathology, with Clinical and Endocrine Relations*. Academic Medicine. 1958; 33: 406
16. Leahy RL. *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. 1st Edition, Guilford Press: New York, 2017.
17. Şafaköztürk C, Arkar H. Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2017; 28: 172-180
18. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders-Republished Article. *Behavior Therapy*. 2016; 47: 838-53
19. Amick HR, Gartlehner G, Gaynes BN, Forneris C, Asher GN, Morgan LC, et al. Comparative benefits and harms of second generation antidepressants and cognitive behavioral therapies in initial treatment of major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015; 351: h6019
20. Sugarman, D. E., Nich, C., Carroll, K. M. Coping Strategy Use Following Computerized Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2010; 24(4), 689-695.
21. Osilla, K. C., Hepner, K. L., Muñoz, R.F., Woo, S., Watkins, K. (). Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2009; 37 (4), 412-420
22. Jalilian, F, Kabodi, F, Tehranizadeh, M, Naghizadeh Moghari, F, Montazeri, A, The Impact of Cognitive-Behavioral Counseling on the Quality of Life of Women with Polycystic Ovary Syndrome: *Monitoring Journal*, 2018; 17, No. 6, 676-667
23. Mirghforvand, M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life and mental fatigue in women with polycystic ovary syndrome. *Tabriz University of Medical Sciences*, 2016. (In Persian).
24. Beigi, A, Zinali, A. The effect of cognitive-behavioral group therapy on reducing depression and increasing the quality of life of patients with type 1 diabetes in order to provide nursing care. *Diabetes Nursing*. 2017;5 (2): 148-139.
25. Ye, M., Du, K., Zhou, J., Zhou, Q., Shou, M., Hu, B., Jiang, P., Dong, N., He, L., Liang, S., Yu, C., Zhang, J., Ding, Z., Liu, Z. A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psycho-oncology*. 2018.
26. Bennebroek Evertsz, F., Sprangers MAG., Sitnikova K., Stokkers PCF., Ponsioen CY., Bartelsman JFWM., van Bodegraven AA., Fischer S., Depla ACTM., Mallant RC., Sanderman R., Burger H., Bockting CLH. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life, anxiety, and depressive symptoms among patients with inflammatory bowel disease: A multicenter randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2017 Sep;85(9):918-925.
27. Zhang M., Huang L., Feng Z., Shao L., Chen L. Effects of cognitive behavioral therapy on quality of life and stress for breast cancer survivors: a meta-analysis. *Minerva Med*. 2017;108(1):84-93.
28. Zhang, B, Ding, X., Lu, W., Zhao, J., Lv, Q., Yi, Z., Zhang, S., and Chen, Y. Effect of group cognitive-behavioral therapy on the quality of life and social functioning of patients with mild depression. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2016; 25; 28(1): 18-27
29. Kavitha, C., Rangan, U., Kumar Nirmalan P. Quality of Life and Marital Adjustment after Cognitive Behavioural Therapy and Behavioural Marital Therapy in Couples with Anxiety Disorders. *J Clin Diagn Res*, 2014 ;8(8): WC01-WC04.
30. Castro, M. M., Daltro, C., Kraychete, D. C., & Lopes, J. The cognitive behavioral therapy causes an improvement in quality of life in patients with chronic musculoskeletal pain. *Arq Neuropsiquiatr*, 2012; 70(11):864-8.
31. Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *J LifeLong Learn Psychiatry*. 2010; 8(1):32-42.
32. Chilling E, Baucom D, Burnet CK, Ragland D. Altering the course of marriage: The effect of PREP communication skills acquisition on couples risk of becoming maritally distressed. *J Fam Psychol*. 2013; 17:41-53.
33. Fakhri, M. Comparison of the effectiveness of neurofeedback therapy and emotion-oriented group therapy on reducing mood distress and improving marital satisfaction. Master Thesis. Mashhad Ferdowsi University. 2014.
34. Fosco, G. M. Beyond the parent-child dyad: Testing family systems influences on children's emotion regulation. MARQUETTE UNIVERSITY. 2008.
35. Sepehri, S. Comparison of the effectiveness of group therapy structural therapy with emotion-oriented therapy on perfectionism and defense styles of married women with fear of intimacy. Master Thesis. Mashhad Ferdowsi University. 2014.
36. Hagayeg, A; Adibi, P. Davazdah Imami, M. The effectiveness of emotion-focused therapy on quality of life and sleep in irritable bowel syndrome. *Digestion*, Volume 2015; 20, (3): 158-192. (In Persian).

37. Golpour, R. Abolghasemi, A. Ahadi, B. Narimani, M. The effectiveness of self-cognitive education and emotion-focused therapy on improving the quality of life of students with depression. *Journal of Clinical Psychology* . 2014; 6, 63-54. (In Persian).
38. Rasouli R, Pour Ebrahim T. An introduction to emotion-focused therapy. Gorgan: Roshd Farhang Pub. 2010; 12-138. (In Persian).
39. Dobson . K. Handbook of cognitive- behavior therapy. New York: Guilford press.2010.
40. Shaghayegh, M. ,Tajrobekar, M. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on improving the quality of life of prisoners, 3rd National Conference on Psychology and Behavioral Sciences, Tehran.2015.
41. Dastjani Farahani, A. Rahmani, M. Tizdast, T. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on irrational beliefs and quality of life of amphetamine dependents. *Addiction Research*,2013; 28: 130-119.
41. Momeni, F. , Moshtag, N., Porshahbaz, A. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on improving the quality of life of opioid addicts under methadone maintenance treatment. *Addiction Research*,2013; 27: 92-79. (In Persian).
42. Isa Zadegan A, Sheikhi S. , Hafeznia M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on the lifestyle and quality of life of patients with hypertension. *Urmia Medical Journal*. 2013 24 (8): 583-592 (In Persian).
43. Mushfaqi, F. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression and quality of life in patients with Parkinson's disease in Isfahan. Master Thesis in Clinical Psychology, University of Isfahan.(2009).
44. Elliott, R, et al. Process-experiential/ emotion focusedtherapy for social anxiety: A hermeneutic single-case efficacy design study. *Psychotherapy research*, Routledge.2011.

Original Article

Comparison of the Effectiveness of Emotional Focused therapy with Cognitive Behavioral therapy on the Quality of life in Obese Women with Polycystic Ovary Syndrome

Received: 17/08/2020 - Accepted: 14/02/2021

Nina Jamalomid ¹
Fariba Hassani ^{2*}
Roya Kochakentezar ³

¹ Islamic Azad University; Central Tehran Branch

² Faculty of psychology, Islamic Azad University, central Tehran Branch

³ Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch

Email:
faribahassani29@yahoo.com

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to determine the difference between the effectiveness of emotional focused therapy and cognitive-behavioral therapy on quality of life in obese women with PCOS.

Materials and Methods: The statistical population consisted of all women with (pcos) in the age range of 20-40 who referred to IbnSina clinic in Tehran in 2019. The sampling method of this study was purposive sampling by matching and homogenizing based on celibacy, marriage, age and education and by random substitution in groups were replaced. The research instrument was the Health-Related Quality of Life Questionnaire for Patients with PCOS developed by Cronin et al. 1998. After completing the pretest, the intervention groups received 9 sessions of intervention while the control group did not receive any intervention during this period. Results: Data were analyzed using multivariate analysis of variance with repeated measures.

Results: The results showed that there was a significant difference between the mean scores of quality of life in terms of group membership (experimental groups and control group) in the post-test stage. Therefore, emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy improved quality of life scores compared to the control group ($P < 0.05$). Also there is no statistically significant difference between the effectiveness of emotion-based therapy compared to cognitive-behavioral therapy in quality of life. The results showed that the effectiveness of emotional-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on quality of life in the follow-up phase was continuous.

Conclusion: Emotion focused therapy and cognitive-behavioral therapy is an effective way to increase the quality of life in obese women with PCOS.

Key words: Emotional-Focused therapy, Cognitive-behavioral therapy, Quality of life, Obesity, Poly cystic ovary syndrome.