MEJDS. 2019; 9:61.

Published online 2019 Nov. **Research Article**

Schema therapy as a group on marital satisfaction and couple burnout among the women with bulimia

*****Sudabeh Ali Mohammadi[1], Farshad Mohsenzadeh[2], Kianoush Zahrakar[3]

Author Address
1. MSc in Family Counseling, Tehran Kharazmi University, Tehran, Iran;
2. Assistant Professor, Tehran Kharazmi University, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Kharazmi University, Tehran, Iran.
Corresponding Author's Email: Sudabeh.alimohamadi@gmail.com

Received: 2018 February 8; **Accepted:** 2018 June 10

Abstract

Background & Objectives: Neurological overdose is a psychological disorder characterized by extreme eating disorders and inappropriate compensatory behaviors to prevent weight gain. Having mental disorders, including nervous overcrowding is considered a crisis for the whole family. Among the aspects affected by this crisis, marital satisfaction and marital boredom require special attention. Several approaches have been proposed to treat and correct inefficient beliefs, one of which is schema therapy. The schema therapy developed by Yang et al (1990 –1990) is a modern and integrated therapy. The schema therapy provides a framework that recognizes behaviors and interpersonal interactions associated with eating pathology in a specific way. The schema–based model for eating disorders, including nerve birth, suggests that compensatory processes and schemes play a central role in eating disorders. Therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of group schematic therapy on increasing marital satisfaction and reducing marital burning in women with bulimia.

Methods: This study designed as a quasi–experimental pre–test and post–test with control group. The study population was women (18–40) with neurological overcharge who had referred to the weight gain/loss and diabetes clinic in Tehran (capital city of Iran) and were exposed to medical nutritional interventions. Totally, 68 people were diagnosed to be affected by extreme eating disorder. These people at least once a month reported compassionate behaviors such as deliberate vomiting, the arbitrary use of diarrhea and urinary tract medication and extreme sports. To this end, 40 people were selected by available sampling method from the people who referred to the Obstetrics and Gynecologic Clinic, and randomly 20 subjects divided in the experimental group and 20 in the control group. Anrich's marital satisfaction questionnaire and Paynes's burnout married scale (CBM) was completed. The experimental group was trained the schema therapy program for 10 sessions 2 hours per week, while the control group did not receive any training in this period. After the end of the sessions, Anrich's marital satisfaction questionnaire and Paynes's burnout married scale were performed for the second time in two groups as post–test. Eventually, data were analyzed using descriptive statistics, multivariate covariance analysis with SPSS16 software.

Results: The results of multivariate analysis showed that by controlling the effect of pre–test scores, the mean score of total marital boredom of the experimental group in the posttest stage was significantly lower than the mean score of marital burnout in the control group ($p<0/05$). In addition, results of multivariate covariance analysis showed that by controlling the effect of pre–test scores, the mean total score of marital satisfaction in the experimental group was significantly higher in the experimental group than the mean marital satisfaction scores in the control group ($p<0.05$).

Conclusion: Considering results of the research obtained, it may be stated that schema therapy has been led to reduction in marital burnout and increased marital satisfaction and its subcomponent in women affected by nervous bulimia.

Keywords: Marital Satisfaction, Marital Burnout, Schema Therapy, Nervous bulimia.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.34.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۶۱.

انتشار برخط آبان ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی طرح‌واره‌درمانی گروهی بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی زناشویی زنان مبتلا به پرخوری عصبی

*سودابه علی‌محمدی[۱]، فرشاد محسن‌زاده[۲]، کیانوش زهراکار[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی‌ارشد مشاورهٔ خانواده ، دانشگاه خوارزمی تهران ، تهران، ایران؛

۲. استادیار، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران؛

۳. دانشیار، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Sudabeh.alimohamadi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۹ بهمن۱۳۹۶ ؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ خرداد۱۳۹۷

چکیده

هدف و زمینه: پرخوری عصبی اختلالی روان‌شناختی است که با حالت‌های عودکننده مبنی‌بر خوردن افراطی و رفتارهای جبرانی نامناسب برای پیشگیری از افزایش وزن، توصیف می‌شود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی آن در زنان مبتلا به پرخوری عصبی بود.

روش‌بررسی: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ هدف را تمامی زنان مبتلا به پرخوری عصبی شهر تهران تشکیل دادند. از افراد مراجعه‌کننده به کلینیک چاقی و لاغری و دیابت سلامت، چهل نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند. نمونه‌ها پرسشنامهٔ رضایت زناشویی انریچ و مقیاس فرسودگی زناشویی پاینز (CBM) را تکمیل کردند. طرح‌واره‌درمانی به تعداد ده جلسه و به‌مدت دو ساعت در هفته اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، میانگین نمرهٔ کل فرسودگی زناشویی گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون به‌طور معناداری کمتر از میانگین نمرهٔ فرسودگی زناشویی در گروه کنترل است ($p<۰/۰۵$). همچنین براساس یافته‌ها، میانگین نمرهٔ کل رضایت زناشویی گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون به‌صورت معناداری بیشتر از میانگین آن در گروه کنترل به‌دست آمد ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: تأثیر طرح‌واره‌درمانی به‌شکل گروهی در افزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی آن، دارای مفاهیم نظری و عملی مهمی است که می‌تواند در کلینیک‌های مشاوره و رژیم‌درمانی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: رضایت زناشویی، فرسودگی زناشویی، طرح‌واره‌درمانی، پرخوری عصبی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.34.6]

۱ مقدمه

پرخوری عصبی[1] اختلالی روان‌شناختی است که با حالت‌های عودکننده مبنی‌بر خوردن افراطی و رفتارهای جبرانی نامناسب برای پیشگیری از افزایش وزن، توصیف می‌شود (۱). رفتارهای جبرانی افراد مبتلا به پرخوری عصبی ازقبیل استفراغ تعمدی و استفادهٔ خودسرانه از داروهای مسهل و ادرارآور و ورزش‌های شدید و طاقت‌فرسا، بعد از نشخوار فکری زیاد، جهت ازدست‌دادن کنترلشان بر وزن و پرخوری، به‌وجود می‌آید (۲). این رفتارهای جبرانی می‌تواند به آسیب‌های فیزیولوژیکی جدی مانند افزایش فشار وریدهای شکمی، آسیب جدی کبد، اختلال الکترولیت، ازدست‌دادن حجم زیادی از آب بدن، اتساع حاد معده، مشکل‌های مرتبط با دهان و دندان، بیماری‌های دستگاه گوارشی، مقاومت به انسولین و دیابت نوع دو، منجر شود (۳). متغیرهای زیادی در اختلال پرخوری عصبی دخیل هستند: ازجمله فشارهای اجتماعی، مسائل خانوادگی، ارتباط همسالان، تبلیغات رسانه‌ها و عوامل شخصی مثل عزت‌نفس، کمال‌گرایی منفی، ناخشنودی بدنی، افسردگی و ناکامی. در میان همهٔ این متغیرها گزینه‌ای مشترک دیده می‌شود و آن باورهای ناکارآمد است. باورهای ناکارآمد متعددی در پرخوری عصبی به‌عنوان علل خطر وجود دارد (۴). این باورهای ناکارآمد می‌تواند بر سطح رضایت زناشویی افراد تأثیرگذار باشد و رضایت در این زمینه از عوامل بسیار مهم در پیشرفت و دست‌یابی به اهداف زندگی و تحت‌تأثیر ثبات عاطفی زوجین است (۵). وودساید در پژوهشی نشان داد افراد مبتلا به اختلال خوردن، رضایت و صمیمیت زناشویی کمتری دارند (۶). هاکینز رضایت زناشویی را احساس‌های عینی از خشنودی و رضایت و لذت تجربه‌شده توسط زن یا شوهر به‌هنگام درنظرگرفتن همهٔ تجربه‌های زندگی می‌داند (به نقل از ۷). برخی این رضایت را نتیجهٔ سه عامل رضایت از زندگی مشترک و روابط جنسی و نیز رضایت‌مندی عاطفی و هیجانی بیان می‌کنند (۸). روابط سالم باعث افزایش رضایت زناشویی و آشفتگی در ارتباط‌ها سبب نارضایتی و فرسودگی زناشویی می‌شود. فرسودگی زناشویی، حالت خستگی جسمی و عاطفی و ذهنی است که در موقعیت درگیری طولانی‌مدت همراه با مطالبات عاطفی به‌وجود می‌آید. در این تعریف خستگی ذهنی با کاهش انرژی، خستگی مزمن، ضعف و تنوع وسیعی از شکایت‌های جسمی و روان‌تنی مشخص می‌شود. خستگی عاطفی شامل احساس‌های درماندگی و ناامیدی و فریب است و خستگی روانی به رشد نگرش منفی درقبال خود و کار و زندگی برمی‌گردد (۹). فرسودگی زناشویی ناشی‌از نبود تناسب میان واقعیات و توقعات است و مقدار آن به میزان سازگاری زوج‌ها و باورهایشان بستگی دارد. فرسودگی با فروپاشی رابطه و با رشد آگاهی و توجه به چیزهایی شروع می‌شود که به اندازهٔ گذشته خوشایند نبوده و اگر در این مرحله، کاری برای جلوگیری از پیشرفت این روند صورت نگیرد، همه‌چیز از مرحلهٔ بد، به بدتر می‌رسد (۱۰). شروع فرسودگی به‌ندرت ناگهانی است. معمولاً روند آن تدریجی بوده و خیلی کم از پدیده‌ای ناگوار یا حتی چند ضربهٔ ناراحت‌کننده ناشی می‌شود. انباشته‌شدن سرخوردگی‌ها و تنش‌های زندگی روزمره، فرسایش روانی ایجاد می‌کند و سرانجام به فرسودگی می‌انجامد (۹). برای درمان و اصلاح باورهای ناکارآمد رویکردهای متعددی توصیه شده که یکی از آن‌ها طرح‌واره‌درمانی است. طرح‌واره‌درمانی که توسط یانگ و همکاران تهیه شد، درمانی نوین و یک‌پارچه بوده که به‌طور عمده براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های شناختی‌رفتاری کلاسیک بنا شده است. این رویکرد، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی‌رفتاری، دل‌بستگی، گشتالت، روابط شیئی و روان‌کاوی را در قالب مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است (۱۱).

طرح‌واره‌درمانی چارچوبی را ارائه می‌دهد که شناخت، احساس‌ها، رفتارها و اختلال در عملکرد بین‌فردی مرتبط با آسیب‌شناسی غذاخوردن، به‌صورتی خاص بررسی می‌شود. مدل مبتنی‌بر طرح‌واره‌درمانی برای اختلال‌های خوردن مانند پرخوری عصبی، پیشنهاد می‌کند فرآیندها و طرح‌واره‌های جبرانی[2] نقش محوری را دراین اختلال‌ها دارد. مدل مذکور براساس شواهدی است که با باورهای بنیادی ناکارآمد برای انواع مختلف اختلال‌های خوردن، شباهت زیادی نشان می‌دهد. این باورهای ناکارآمد اغلب از الگوهای مشابه تجربیات اولیه ریشه گرفته و رشد کرده‌اند (۱۲). ازنظر یانگ طرح‌واره‌درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید دارد؛ ازاین‌رو به‌دنبال آن است که هستهٔ مرکزی مشکل را اصلاح کند. این عمل از میزان موفقیت چشمگیری در کاهش علائمی مانند اضطراب و افسردگی و جلوگیری از برگشت آن برخوردار است (۱۳). کارآمدی طرح‌واره‌درمانی در درمان اختلال‌های متعددی مانند افسرده‌خویی و عزت‌نفس، اختلال‌های محور I، افسردگی، اضطراب و فوبیای اجتماعی، اختلال‌های خوردن و اختلال‌های شخصیت مشخص شده است (۱۴). در زمینهٔ درمان اختلال پرخوری عصبی، مداخلات مختلف دارویی و روان‌درمانی به‌کار رفته‌اند؛ اما هنوز اثربخشی مداخلات درمانی بر بعضی از مسائل مهم همراه با این اختلال همچون رضایت زناشویی و فرسودگی زناشویی به‌طور کافی مدنظر پژوهش‌ها قرار نگرفته است و باید به عوامل روانی و شخصیتی و کیفیت روابط بین‌فردی افراد مبتلا به این بیماری توجه ویژه‌ای شود. همچنین مداخلات استفاده‌شده در این اختلال، بیشتر متمرکز بر رفع نشانه‌های اختصاصی آن است؛ درحالی‌که به‌نظر می‌رسد مداخلاتی همچون طرح‌واره‌درمانی می‌تواند به‌طور ریشه‌ای‌تری در این زمینه دخالت کرده و مسائل جدی زیربنایی همراه با آن را پوشش دهد؛ بنابراین با فرض نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان الگوی پاسخ‌دهی ناکارآمد و انعطاف‌ناپذیر در رضایت زناشویی کم و به‌تبع آن فرسودگی زناشویی، این سؤال مطرح شد که آیا طرح‌واره‌درمانی بر رضایت زناشویی و فرسودگی آن در زنان دارای پرخوری عصبی مؤثر است؟

۲ روش بررسی

طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان ۱۸تا۴۰ سال مبتلا به پرخوری عصبی تشکیل دادند که از فروردین۱۳۹۳ تا دی۱۳۹۴ به کلینیک چاقی و لاغری و دیابت سلامت منطقهٔ ۱۴ تهران مراجعه و

[1]. Bulimia

[2]. Compensatory schemas

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.34.6]

مداخله‌های درمانی پزشکی و تغذیه‌ای را دریافت کردند.درمجموع برای ۶۸ نفر در این بازهٔ زمانی تشخیص پرخوری داده شد. این افراد حداقل یک‌بار در ماه رفتارهای جبرانی را مانند استفراغ تعمدی و استفادهٔ خودسرانه از داروهای مسهل و ادرارآور و ورزش‌های شدید و طاقت‌فرسا گزارش کردند. از این تعداد، ۴۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شده و به‌روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند.

ابزار گردآوری اطلاعات: در این پژوهش رضایت زناشویی نمره‌ای است که فرد در پاسخ به پرسشنامهٔ رضایت زناشویی انریچ (پربارسازی و تقویت رابطه، ارتباط و خشنودی)[1] کسب می‌کند. این پرسشنامه ۴۷ سؤال دارد. سؤال‌ها به‌صورت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف) بوده و به هر گزینه به‌ترتیب پنج تا یک امتیاز تعلق می‌گیرد. نمرهٔ کم در این پرسشنامه، نارضایتی زناشویی و نمرهٔ زیاد، رضایت از رابطهٔ زناشویی را نشان می‌دهد. کمترین نمره ۴۷ امتیاز و بیشترین نمره ۲۳۵ امتیاز است. ضریب همبستگی «پرسشنامهٔ انریچ» با مقیاس‌های رضایت خانوادگی از ۴۱تا۶۰درصد و با مقیاس‌های رضایت از زندگی ۳۲تا۴۱درصد گزارش شده که نشانهٔ روایی سازهٔ آن است (۱۵). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعهٔ حاضر ۰/۹۲ به‌دست آمد.

در این پژوهش منظور از میزان فرسودگی زناشویی نمره‌ای است که افراد در مقیاس فرسودگی زناشویی (CBM) دریافت می‌کنند. مقیاس فرسودگی زناشویی، ابزار خودسنجی است. این مقیاس توسط پاینز ابداع شد (۹). پرسشنامهٔ مذکور ۲۰ ماده دارد که شامل سه جزء اصلی خستگی جسمی (مانند احساس خستگی، سستی، داشتن اختلال‌های خواب) و ازپاافتادن عاطفی (مثل احساس افسردگی، ناامیدی، در دام‌افتادن) و ازپاافتادن روانی (مانند احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی، خشم به همسر) است. تمام این مواد روی مقیاس هفت‌امتیازی پاسخ داده می‌شود. ارزیابی ضریب اعتبار مقیاس فرسودگی زناشویی نشان داد که دارای همسانی درونی بین متغیرها در دامنهٔ ۰/۸۴ و ۰/۹۰ است. روایی نیز ازطریق همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت، تأیید شده است: مانند نظر مثبت دربارهٔ ارتباط، کیفیت مکالمه، احساس امنیت، خودشکوفایی، احساس هدفمندی، کشش و جاذبهٔ عاطفی به همسر و کیفیت رابطهٔ جنسی آن‌ها. نسخه‌های ترجمه‌شده CBM به‌طور موفقیت‌آمیزی در مطالعات بین‌فرهنگی در نروژ، مجارستان، مکزیک، اسپانیا، پرتغال، فنلاند و اسرائیل استفاده شده است (۸). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۱ به‌دست آمد.

شیوهٔ اجرا به این ترتیب بود که پرسشنامه‌ها به ۴۰ نفر نمونهٔ انتخابی ارائه شد و آن‌ها به پرسشنامه پاسخ دادند. سپس جلسات طرح‌واره‌درمانی برای ۲۰ نفر در گروه آزمایش، برگزار و پس از اتمام جلسات، برای بار دوم پرسشنامهٔ رضایت زناشویی انریچ و مقیاس دل‌زدگی زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. در پایان تجزیه‌وتحلیل داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره[2] صورت گرفت.

جدول ۱. خلاصهٔ محتوای طرح‌واره‌درمانی گروهی

جلسه	خلاصه محتوا
۱	**هدف**: ایجاد ارتباط اولیه؛ بیان اهداف، روش کار و تعامل، تعیین اهداف و تغییرات مطلوب در بین اعضای گروه؛ مطرح‌کردن قوانین گروه و مسئلهٔ مهم رازداری؛ فراهم‌سازی زمینهٔ اعتماد؛ آموزش مفهوم طرح‌واره و طرح‌واره‌درمانی. **روش**: آموزش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها (نیازهای هیجانی بنیادین، تجارب اولیه زندگی) به زبانی ساده و مفهوم، بیان مثال‌هایی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و چگونگی شکل‌گیری آن‌ها. **تکلیف**: اجرای فرم کوتاه پرسشنامهٔ طرح‌وارهٔ یانگ.
۲	**هدف**: شناخت و برانگیختن طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه؛ درک ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها در دوران کودکی و نوجوانی؛ ربط‌دادن طرح‌واره‌ها به مشکلات فعلی مراجعان. **روش**: استفاده از تکنیک‌های تجربی به‌خصوص تصویرسازی ذهنی؛ توجه به طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای فعال‌شدهٔ مراجعان در حین جلسه؛ بررسی پرسشنامه‌های اجراشده و نام‌گذاری طرح‌واره‌های مراجعان با کمک خودشان. **تکلیف**: انجام تکنیک تصویرسازی ذهنی در خارج از جلسه و توجه به طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای برانگیخته‌شده در تصویر ذهنی.
۳	**هدف**: چالش با طرح‌واره از بُعد شناختی ازطریق تبدیل طرح‌واره به باور مرکزی[3]؛ جست‌وجوی باورهای زیربنایی فکری. **روش**: تکنیک پیکان روبه‌پایین، تکنیک تعریف واژه‌ها. **تکلیف**: استفاده از تکنیک پیکان روبه‌پایین دربارهٔ افکار مختلف ایجادشده در ذهنشان؛ پرکردن فرم تعریف واژه‌ها.
۴	**هدف**: طرح‌ریزی موضعی منطقی و عقلانی دربرابر طرح‌واره؛ درنظرگرفتن طرح‌واره‌ها به‌صورت فرضیه‌های آزمون‌شونده، نه به‌عنوان حقایق مطلق. **روش**: آزمون اعتبار طرح‌واره. ۱. بررسی شواهد عینی تأییدکنندهٔ طرح‌واره؛ ۲. بررسی شواهد ردکنندهٔ طرح‌واره. **تکلیف**: جمع‌آوری فهرستی از شواهد زندگی گذشته و فعلی حمایت و ردکنندهٔ طرح‌واره.

[1].ENRICH: Enhancing and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happines

[2]. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

[3]. core belief

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.34.6]

۵	**هدف**: بی‌اعتقادکردن مراجعان به شواهد حمایت‌کنندهٔ طرح‌واره؛ پیداکردن احساس رهایی از سبک‌های خوگرفته‌شدهٔ تفکر؛ کسب‌کردن روش‌های تفکر و احساس جدیدتر و سالم‌تر. **روش**: تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌واره؛ به‌کاربردن تکنیک گفت‌وگو بین «جنبهٔ سالم» و «جنبهٔ طرح‌واره»؛ درنظرگرفتن شواهدی از دوران اولیهٔ کودکی مراجعان؛ ایفای نقش هر دو جنبهٔ طرح‌واره ازطریق تکنیک صندلی خالی؛ **تکلیف**: به‌کاربردن تکنیک‌های آموخته‌شده در بیرون از جلسه.
۶	**هدف**: آشناکردن اعضا با سبک‌های مقابله‌ای (تسلیم، اجتناب، جبران افراطی)؛ ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای. **روش**: بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه؛ بیان چند مثال دربارهٔ سبک‌های مقابله‌ای. **تکلیف**: بررسی بیشتر و یادداشت سبک‌های مقابله‌ای خود خارج از گروه.
۷	**هدف**: یادگیری مهارت‌هایی به‌منظور مقابله با طرح‌واره‌ها به‌هنگام برانگیخته‌شدن در موقعیت‌های روزمره؛ کمک به مراجعان جهت مشاهدهٔ کلی نقش طرح‌واره‌ها در زندگی روزمرهٔ خود. **روش**: تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی طرح‌واره. **تکلیف**: ساخت کارت آموزشی.
۸	**هدف**: برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه؛ بازوالدینی مراجعان به‌منظور بهبود هیجان‌ها و ارضای نسبی نیازهای برآورده‌نشده؛ گره‌زدن باور شناختی مراجعان از غلط‌بودن طرح‌واره‌ها به باور هیجانی. **روش**: تصویرسازی ذهنی. ـ تصویرسازی از دوران کودکی؛ ـ ربط‌دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال؛ ـ مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرح‌واره. **تکلیف**: تمرین تکنیک تصویرسازی در خارج از جلسه.
۹	**هدف**: شناسایی نیازهای ارضانشده؛ توانمندسازی مراجعان برای جنگیدن دربرابر طرح‌واره و فاصله‌گرفتن از طرح‌واره؛ پیداکردن راه‌های جدید برقراری ارتباط. **روش**: برقراری گفت‌وگوی خیالی با والدین در جلسه ازطریق روش صندلی خالی؛ تصویرسازی ذهنی به‌منظور الگوشکنی. **تکلیف**: نوشتن نامه به والدین.
۱۰	**هدف**: جایگزین‌کردن سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر به‌جای الگوهای رفتاری طرح‌واره‌ها؛ جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده در کل جلسات؛ گرفتن بازخورد از اعضا؛ اجرای پس‌آزمون. **روش**: تعیین رفتارهای خاص به‌عنوان آماج‌های احتمالی تغییر؛ افزایش انگیزه برای تغییر رفتار. ۱. ارتباط‌دادن رفتار آماجی با ریشه‌های تحولی آن در دوران کودکی؛ ۲. بازنگری مزایا و معایب ادامهٔ رفتار؛ ۳. تهیهٔ کارت‌های آموزشی؛ ۴. تمرین رفتارهای سالم ازطریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کلی و مؤلفه‌های رضایت و فرسودگی زناشویی و همچنین نتایج آنالیز کواریانس آمده است.

نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرونوف نشان داد توزیع نمرات متغیرهای مطالعه‌شده در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است. در این پژوهش آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌کار رفت و پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه با آزمون لوین بررسی و ملاحظه شد واریانس‌های نمرات دو گروه تفاوت معناداری نداشته و پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای نمرات متغیرهای مطالعه‌شده برقرار است. باتوجه به ضریب F محاسبه‌شده، تعامل گروه و پیش‌آزمون‌ها معنادار نیست؛ درنتیجه تفاوت معناداری میان ضرایب دیده نمی‌شود و فرض همگنی ضرایب رگرسیون در تمامی متغیرها وجود دارد.

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، براساس نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین تعدیل‌شدهٔ مؤلفه‌های رضایت زناشویی دو گروه برحسب عضویت گروهی در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معناداری یافت می‌شود ($p<۰/۰۵$). شاخص اندازهٔ اثر نشان داد برنامهٔ طرح‌واره‌درمانی به‌صورت گروهی برای خانم‌های مبتلا به پرخوری عصبی می‌تواند به‌ترتیب ۳۲، ۴۲، ۵۸، ۵۲، ۴۹، ۵۳، ۴۷، ۵۹ و ۷۹ درصد از تغییرات نمرات مؤلفه‌های موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات‌فراغت، روابط جنسی، روابط با خانواده و دوستان، جهت‌گیری مذهبی و رضایت زناشویی را در پس‌آزمون تبیین کند؛ بنابراین فرضیهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی گروهی بر میزان رضایت زناشویی تأیید می‌شود.

همچنین در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس مشخص می‌کند با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین تعدیل‌شدهٔ نمرات فرسودگی زناشویی دو گروه برحسب عضویت گروهی در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$). اندازهٔ اثر محاسبه‌شده برای

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.34.6]

متغیر فرسودگی زناشویی نیز ۰/۷۱ به‌دست آمد؛ یعنی اثر طرح‌واره‌درمانی به‌صورت گروهی برای آزمودنی‌ها می‌تواند ۷۱درصد از تغییرات نمرات فرسودگی زناشویی را در پس‌آزمون تبیین کند که باتوجه به مقیاس کوهن (۱۹۸۸) اندازهٔ اثر بزرگ در نظر گرفته می‌شود؛ بنابراین فرضیهٔ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی گروهی بر میزان فرسودگی زناشویی به تأیید می‌رسد.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مؤلفه‌های رضایت زناشویی و فرسودگی زناشویی در گروه کنترل و آزمایش به‌همراه نتایج آنالیز کوواریانس

متغیر		گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدارF	مقدارP	اندازهٔ اثر
نمرهٔ کلی رضایت زناشویی		گروه آزمایش	۹۱/۴۵	۱۴/۷۳	۱۴۵/۱۵	۱۴/۹۶	۱۰۰/۱۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۹
		گروه کنترل	۹۳/۶۵	۱۷/۲۶	۹۷/۳۰	۱۲/۷۹			
مؤلفه‌های رضایت زناشوئی	موضوعات شخصیتی	گروه آزمایش	۸/۹۵	۲/۱۳	۱۲/۰۰	۲/۲۰	۱۲/۶۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۲
		گروه کنترل	۹/۱۵	۱/۶۹	۸/۷۵	۲/۲۴			
	ارتباط زناشویی	گروه آزمایش	۸/۵۰	۲/۱۱	۱۲/۰۰	۱/۸۹	۱۸/۹۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۲
		گروه کنترل	۸/۱۰	۲/۳۵	۸/۴۰	۲/۱۱			
	حل تعارض	گروه آزمایش	۷/۴۵	۲/۰۶	۱۲/۶۰	۲/۳۴	۳۵/۸۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
		گروه کنترل	۷/۶۰	۱/۵۶	۸/۱۰	۲/۱۴			
	مدیریت مالی	گروه آزمایش	۸/۳۰	۱/۵۹	۱۳/۸۰	۲/۲۳	۲۸/۶۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۲
		گروه کنترل	۸/۴۵	۱/۷۰	۹/۵۰	۲/۱۱			
	فعالیت‌های اوقات‌فراغت	گروه آزمایش	۷/۲۰	۱/۵۰	۱۱/۳۵	۲/۲۷	۲۵/۳۹۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۹
		گروه کنترل	۷/۹۵	۱/۷۰	۷/۳۰	۱/۵۹			
	روابط جنسی	گروه آزمایش	۸/۹۵	۱/۸۲	۱۳/۱۰	۲/۳۸	۳۰/۳۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۳
		گروه کنترل	۸/۶۰	۱/۹۵	۸/۱۰	۱/۷۴			
	روابط با خانواده و دوستان	گروه آزمایش	۶/۹۵	۱/۹۵	۱۲/۷۵	۲/۵۷	۲۳/۶۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
		گروه کنترل	۷/۴۵	۲/۰۳	۸/۸۰	۲/۱۶			
	جهت‌گیری مذهبی	گروه آزمایش	۷/۲۵	۱/۸۳	۱۱/۴۵	۱/۸۲	۳۸/۰۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۹
		گروه کنترل	۸/۲۰	۱/۸۸	۸/۱۵	۱/۲۶			
فرسودگی زناشویی		گروه آزمایش	۴/۶۴	۰/۲۸	۲/۱۸	۰/۶۰	۶۶/۴۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
		گروه کنترل	۴/۵۵	۰/۴۹	۴/۲۹	۰/۷۴			

۴ بحث

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی گروهی برافزایش رضایت زناشویی و کاهش فرسودگی زناشویی زنان مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد.

نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد طرحواره‌درمانی گروهی به‌طور معناداری بر کاهش میزان فرسودگی زناشویی در مرحلهٔ پس‌آزمون تأثیر دارد. همسو با این نتیجه، پژوهش‌ها حاکی‌از اثربخشی این روش درمانی بر افزایش کیفیت روابط زناشویی است (۱۶). پناهی‌فر و همکاران در تحقیقی دریافتند طرحواره‌درمانی منجربه کاهش تعارض‌های زناشویی می‌شود (۱۷). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت طبق نظر پاینز و نانز، فرد فرسوده نمی‌شود؛ مگر اینکه با موضوعی مربوط به بافت موقعیتی خود مثل عشق و کار، بیماری علاوه‌بر روندهای فرهنگی، مشکلات مالی، ساعات کاری گسترده، کار در وضعیت اضطراب‌آور و به‌لحاظ عاطفی طاقت‌فرسا و... به‌شدت درگیر شده باشد (۹). بیماری پرخوری عصبی انرژی بسیار زیادی از فرد می‌گیرد و مقدمات فرسودگی زناشویی را فراهم می‌کند. پاینز ازطریق پژوهشی که در آن از افراد خواسته شد تا جنبه‌های مختلف رابطه‌شان را شرح دهند و آن را با پاسخ‌های داده‌شدهٔ خود به مقیاس فرسودگی، مرتبط کنند سه خصیصهٔ بار مسئولیت اضافی و مطالبات متناقض و تعهدهای خانوادگی را به‌عنوان متغیرهایی استخراج کرد که سبب تشدید فرسودگی می‌شود. این سه خصیصه وجه اشتراک مهمی دارند: هر سه بیانگر ناکامی دربرابر انجام بایدها و برآورده‌کردن توقعات و معیارها است. افراد مبتلا به پرخوری عصبی توقع‌ها و معیارهای عالی برای وزن ایده‌آل مدنظر گرفته و درخصوص میزان غذای دریافتی خود بایدها و نبایدهای متعددی دارند (۱۰). مدل مبتنی‌بر طرح‌واره‌درمانی برای اختلال‌های خوردن مانند پرخوری عصبی، پیشنهاد می‌کند فرایندها و طرح‌واره‌های

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.34.6]

جبرانی[1] نقش محوری در این اختلال‌ها دارد. مدل مذکور مبتنی‌بر شواهدی است که با باورهای بنیادی ناکارآمد برای انواع مختلف اختلال‌های خوردن، شباهت زیادی نشان می‌دهد. این باورهای ناکارآمد اغلب از الگوهای مشابه تجربیات اولیه ریشه گرفته و رشد کرده‌اند (۱۲). در رویکرد طرح‌واره‌درمانی، طرحواره همان الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری است که از خاطره‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده و در مسیر زندگی تداوم داشته است. ازنظر یانگ طرح‌واره‌درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید دارد؛ ازاین‌رو به‌دنبال آن است که هستهٔ مرکزی مشکل را اصلاح کند. این عمل از میزان موفقیت چشمگیری در کاهش علائمی مانند اضطراب و افسردگی و جلوگیری از برگشت آن برخوردار است (۱۲)؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت با تغییر این نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد ازطریق طرح‌واره‌درمانی در بیماران مبتلا به پرخوری عصبی، به کاهش فرسودگی زناشویی کمک کرد.

همچنین یافته‌ها مشخص کرد طرح‌واره‌درمانی گروهی به‌طور معناداری بر افزایش میزان رضایت زناشویی در مرحلهٔ پس‌آزمون تأثیر دارد. همسو با این نتیجه، مختاری و همکاران در پژوهش خود دریافتند این روش درمانی سبب افزایش رضایت زناشویی در افراد مبتلا به وسواس شده است (۱۸).نتیجهٔ این تحقیق با پژوهش بروجنی و لیاقت و افخمی، همسوست (۱۹). آن‌ها بیان کردند طرحواره‌درمانی سبب ارتقای توانایی همسران در نوازش و دلجویی‌کردن می‌شود که به‌تبع آن رضایت زناشویی بیشتری را به‌همراه دارد. همچنین نتایج این پژوهش با پژوهش شکری و نوابی و احقر همخوان است (۲۰).

در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق نظر اپشتاین و آیدلسون، افراد با مجموعه‌ای از انتظارها و باورها و تخیل‌ها دربارهٔ نقش همسرشان و نیز نقش خودشان ازدواج می‌کنند و بسیاری از این انتظارها ممکن است غیرواقع‌بینانه باشد که سبب نومیدی، دلسردی، بی‌اعتمادی و خصومت می‌شود. به‌اعتقاد آن‌ها میزان باورهای غیرمنطقی دربارهٔ رابطهٔ زناشویی پیش‌بینی‌کنندهٔ نیرومندی پریشانی زندگی زناشویی است (به نقل از ۱۵). بک اظهار می‌دارد «وقتی از نزدیک مشکلات زوج‌ها را بررسی کردم دریافتم که آن‌ها نیز مانند بیماران افسرده و مضطرب گرفتار اختلالات شناختی هستند.» وی طی کار با زوج‌های درمانده به این نتیجه رسید که آن‌ها دارای تفکرهای خاصی ازجمله گسسته‌بینی، تجریدهای انتخابی، تعمیم افراطی، درشت‌نمایی، برچسب‌زدن منفی و شخصی‌سازی بوده که بر تمام زندگی‌شان سایه می‌اندازد و میزان رضایت زناشویی را در این افراد کاهش می‌دهد (به نقل از ۱۵). بسیاری از بیماران مبتلا به پرخوری عصبی، تفکراتی مشابه با اندیشه‌های خاص اشاره‌شدهٔ بک دارند و می‌توان چنین استنباط کرد که ریشه در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه داشته باشند. به‌عنوان مثال طرح‌وارهٔ محرومیت هیجانی شامل باورهایی است مبنی‌بر نیاز افراطی به محبت و پشتیبانی و تحت پذیرش دیگران واقع‌شدن. اگر فرد در این زمینه هیجان منفی را تجربه کند جهت کاهش آن ممکن است به خوردن و پرخوری پناه برد. باور به اینکه اضافه‌وزن سبب جذاب‌نبودن در نگاه دیگران می‌شود، می‌تواند طرح‌وارهٔ ناسازگار رهاشدگی یا طرح‌وارهٔ بی‌شرمی/انزوا را در فرد فعال کند. در این حالت رضایت زناشویی شخص به‌شدت تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد. گاهی همین باور موجب فعال‌شدن طرحوارهٔ ناسازگار گوش‌به‌زنگی و بازداری شده که با درنظرگرفتن معیارهای سرسختانه و تنبیه، بر کیفیت رابطه با همسر و رضایت زناشویی فرد مبتلا به پرخوری عصبی تأثیر مستقیم می‌گذارد (۲۱).

باتوجه به اینکه پرخوری عصبی اختلالی روانی است که بین خوردن مقدار زیادی غذا در مدت کوتاه و بعد تعدیل‌کردن کالری‌های اضافی با استفراغ یا اعمال افراطی دیگر مشخص می‌شود (۲۲)، وجود تنها چند علامت از علائم پرخوری عصبی کاهش چشمگیری را در عملکرد فرد در زندگی زناشویی به‌دنبال دارد؛ بنابراین برنامهٔ درمانی کوتاه‌مدت، علاوه‌بر نداشتن هزینه و زمان زیاد، می‌تواند مشکلات ایجادشده به‌تبع پرخوری عصبی را در خانواده، بهبود بخشد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به آنچه بیان شد، برخی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌وارهٔ مربوط به‌ظاهر، با چاقی مرتبط بوده و لازم است تا مفهوم‌پردازی‌های نظری و مداخلات روان‌شناختی این متغیرها مدنظر قرار گیرد؛ بنابراین می‌توان چنین استنباط کرد که نه‌تنها بیماری پرخوری عصبی بر رضایت زناشویی تأثیر داشته و باعث فرسودگی زناشویی می‌شود، بلکه نبود رضایت زناشویی نیز می‌تواند به تشدید بیماری پرخوری عصبی منجر شود. این ارتباط دوطرفه بین بیماری پرخوری عصبی و کیفیت زندگی زناشویی دارای مفاهیم نظری و عملی مهمی است که در مراکز مشاوره و درمان رژیمی و دارویی اختلال‌های خوردن می‌تواند استفاده شود.

[1]. compensatory schemas

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.34.6]

References

1. Grob S, Stern J, Gamper L, Moergeli H, Milos G, Schnyder U, et al. Behavioral responses to catecholamine depletion in unmedicated, remitted subjects with bulimia nervosa and healthy subjects. Biol Psychiatry. 2015;77(7):661–7. doi:10.1016/j.biopsych.2013.09.013
2. Grilo CM, Ivezaj V, White MA. Evaluation of the DSM-5 severity indicator for bulimia nervosa. Behav Res Ther. 2015;67:41-4. doi:10.1016/j.brat.2015.02.002
3. Watson HJ, Steele AL, Bergin JL, Fursland A, Wade TD. Bulimic symptomatology: The role of adaptive perfectionism, shape and weight concern, and self-esteem. Behav Res Ther. 2011;49(9):565-72. doi:10.1016/j.brat.2011.04.002
4. Sassaroli S, Gallucci M, Ruggiero GM. Low perception of control as a cognitive factor of eating disorders, Its independent effects on measures of eating disorders and its interactive effects with perfectionism and self-esteem. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2008;39(4):467-88. doi:10.1016/j.jbtep.2007.11.005
5. Fisher TD, McNulty JK. Neuroticism and marital satisfaction: the mediating role played by the sexual relationship. J Fam Psychol. 2008;22(1):112-22. doi:10.1037/0893-3200.22.1.112
6. Woodside DB, Lackstrom JB, Shekter-Wolfson L. Marriage in eating disorders comparisons between patients and spouses and changes over the course of treatment. J Psychosom Res. 2000;49(3):165-8. doi:10.1016/S0022-3999(00)00154-9
7. Farzane H, Mehrabizadeh Honarmand M, Khajedin N, Zargar Y. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on neurological overweight in women referring to Ahwaz's overeating center. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2012;10(4):417-25. [Persian]
8. Abasi R, Rasoulzade Tabatabaei SK. Marital satisfaction and individual differences: the role of personality factors. Journal of Behavioral Sciences. 2009;3(3):237-42. [Persian]
9. Pines AM, Nunes R. The relationship between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. J Employ Couns. 2003;40(2):50-64. doi:10.1002/j.2161-1920.2003.tb00856.x
10. Pines AM. Marriage burnout: A new conceptual framework for working with couples. Psychotherapy in Private Practice. 1987;5(2):31-44. doi: 10.1080/J294v05n02_03
11. Young J, Klosko J, Weishaar M. Scheme therapy. Hamidpour H, Andouz Z (Persian translators). First edition. Tehran, Iran: Arjmand; 2014, pp:23.
12. Mountford V, Waller G, Watson D, Scragg P. An experimental analysis of the role of schema compensation in anorexia nervosa. Eat Behav. 2004;5(3):223-30. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.01.012
13. Ashoori J. Comparing the effectiveness of meta-cognitive therapy and schema therapy on decrease symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. Journal of Arak Univ Med Sci. 2015;18(2):50-61. [Persian] http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-3277-en.html
14. Amani A, Behzad D. Effectiveness of schema therapy in promoting marital engagement and couples self-esteem. Journal of Counseling Research. 2012;41(11):117-33. [Persian]
15. Khanabadi M. Investigating the effectiveness of collaborative analysis of information exchange on marital satisfaction [Thesis for MA in family counseling]. [Tehran, Iran]: Faculty of Psychology, University of Allame Tabataba'i; 2010, pp: 40-45. [Persian]
16. Khatamsaz B, Forouzandeh E, Ghaderi D. Effectiveness of schema therapy on marial satisfaction and marital relationship quality in married woman. Journal of international educational & Psychological Researches. 2017;3(1):11-16. doi:10.4103/2395-2296.186513
17. Panahifar S, Taghizade M, Esfandyari H, Mahdavi A, Salehi S. Effectiveness of schema focused couple therapy to reduce marital relations conflict applicant for divorce. Advance in Natural and Applied Sciences. 2015;9(1):70.
18. Mokhtari S, Bahrami F, Padash Z, Hosseinian S, Soltanizadeh M. The effect of schema therapy on marital satisfaction of couples with obsessive compulsive personality disorder. Journal of Contemporary Research in Business. 2012;3(12):207-25.
19. Borujeni Rouhi S, Liaghat R, Afkhami I. Effectiveness of Young's schema therapy in enhancing one's capability to caress his wife. Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities. 2014;4(11):263-72. doi:10.5958/2249-7315.2014.01052.1
20. Shekari Ghandpazi F, Navabi Nezhad Sh, Ghodsi A. Effectiveness of group counseling based on schema therapy approach in the attachment styles of married housewives. European Online Journal of Natural and Sciences. 2014;3(2):276-84.
21. Anderson K, Rieger E, Caterson I. A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. J Psychosom Res. 2006;60(3):245-52. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.08.002
22. Halgin R, Whitbourne S. Psychological Pathology. SeiyedMohammadi Y. (Persian translator). First edition. Tehran, Iran: Ravan publishing: 2003, pp: 80.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.34.6]

23. Brannan ME, Petrie TA. Psychological well-being and the body dissatisfaction–bulimic symptomatology relationship: An examination of moderators. Eat behave. 2011;12(4):233-41. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.06.002

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.34.6]