




اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سبک زندگی مبتنی بر وزن و ارزشمندی بدن در زنان مبتلابه چاقی

گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی خرمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران
گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران
گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

محبوبه ناصری فر 

ناصر سراج خرمی* 

سحر صفرزاده 

علیرضا حیدرئی 

dr-sarraj@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۵

دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۸

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۲ پیاپی ۱۱ | ۴۶۷-۴۸۱
تابستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(ناصری فر، سراج خرمی، صفرزاده و حیدرئی،
۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

ناصری فر، محبوبه، سراج خرمی، ناصر،
صفرزاده، سحر، و حیدرئی، علیرضا. (۱۴۰۱).
اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سبک
زندگی مبتنی بر وزن و ارزشمندی بدن در زنان
مبتلابه چاقی. فصلنامه خانواده درمانی
کاربردی، ۳(۲ پیاپی ۱۱): ۴۶۷-۴۸۱.

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن در زنان مبتلابه چاقی بود. روش پژوهش: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلابه چاقی شهر ساری در سال ۱۳۹۸ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر از آنان انتخاب و در گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن کلارک، آبرامز، نیائورا، اتون و روسی (۱۹۹۱) و ارزشمندی بدن مندلسون، مندلسون و وایت (۲۰۰۱) استفاده شد. گروه آزمایش تحت درمان شناختی- رفتاری بر اساس پروتکل راییت و همکاران (۲۰۱۷) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS.24 مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر بهبود سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن ($F=10/08$; $P<0/001$) و افزایش ارزشمندی بدن ($F=13/53$; $P<0/001$) زنان مبتلابه چاقی اثربخش بود. نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان از درمان شناختی- رفتاری در جهت بهبود سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و افزایش ارزشمندی بدن زنان مبتلابه چاقی بهره برد و از این راه به کاهش تنش در آن‌ها کمک نمود.

کلیدواژه‌ها: چاقی، سبک زندگی، خودکارآمدی، درمان شناختی- رفتاری

مقدمه

از عمده‌ترین مشکلات جامعه‌های در حال توسعه چاقی است و اپیدمیولوژیست‌ها روند افزایشی آن را در اروپا، آمریکا، آسیا و خاورمیانه گزارش کرده‌اند (آرین‌پوران و شیرزادی، ۲۰۱۲). بر طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی، برای طبقه‌بندی چاقی در بزرگسالان، از نمایه توده بدنی با نام اختصاری BMI استفاده می‌شود که از تقسیم وزن هر فرد بر مجذور قد وی به دست می‌آید. طبق این فرمول، افرادی که دارای $BMI \geq 25$ دارای اضافه‌وزن و افرادی که دارای $BMI \geq 30$ ، چاقی به شمار می‌آیند (بهراد و بهرامی احسان، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان داده است که بیش از نیمی از بزرگسالان ایرانی دارای اضافه‌وزن و ۱۹٫۴ دهم نیز دچار چاقی هستند (بیات و همکاران، ۲۰۱۴). از عوارض اضافه‌وزن می‌توان به فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی-عروقی (پاک‌اندیش و همکاران، ۲۰۲۰)، سکته قلبی و دیابت نوع دو (سهرابی و همکاران، ۲۰۱۸)، بیماری‌های تنفسی و میگرن (عابدی‌شرق و همکاران، ۲۰۲۱) و افزایش اختلالات جسمی و روان‌پزشکی (گل‌کاریان، شفیع‌آبادی و دلاور، ۲۰۱۸) اشاره کرد. بنابراین افزایش چاقی در افراد، سالانه مبالغ هنگفتی بر بهداشت کشورها وارد آورده است. رایج‌ترین شیوه درمان چاقی را محدود کردن میزان کالری دریافتی عنوان کرده‌اند، در حالی که پژوهش‌ها نشان داده‌اند بسیاری از افراد به‌رغم تمایل به کاهش وزن، توانایی رژیم را نداشته و حتی در صورت برآثر رژیم‌درمانی، مجدد به وزن سابق خود برمی‌گردند (مرادخحاصلی و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس، مهم‌تر از کاهش وزن در کوتاه‌مدت، حفظ و ثبات وزن در درازمدت است که اکثراً مورد بی‌توجهی واقع می‌شود و افرادی که در درازمدت در کاهش وزن خود ناکام هستند، به تدریج عزت‌نفس خود را از دست داده و افسردگی به سراغ آن‌ها می‌آید (آنکوی و راهکووسکی، ۲۰۱۸).

شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های اثرگذار بر کاهش وزن نقش مهمی در افزایش اثربخشی برنامه‌های کاهش وزن دارد. از جمله شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده کاهش وزن و پیش‌بینی‌کننده موفقیت مداخلات کنترل وزن، خودکارآمدی است. ساختار اولیه خودکارآمدی به نظریه شناختی-اجتماعی بندورا برمی‌گردد که با نظریه‌های مختلف تغییر رفتار ادغام شده است (اسلام و همکاران، ۲۰۱۸). خودکارآمدی به‌عنوان اعتماد در توانایی انجام‌وظیفه در وضعیت خاص تعریف شده است و یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار می‌باشد (بلک‌بورن، رودریگز و جانستون، ۲۰۱۶). در این راستا، بهبود سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن به‌ویژه در موقعیت‌های سه‌گانه فشار اجتماعی، دسترسی به مواد غذایی و تجربه هیجان‌های مثبت در افراد چاق نسبت به افراد با وزن طبیعی پایین‌تر است و بنابراین، توجه به افزایش و حمایت از خودکارآمدی فرد در برنامه‌های کاهش وزن ضروری می‌باشد (باسی-وستپال و همکاران، ۲۰۰۶). از طرفی، پیش‌بینی‌کننده مهم دیگر برای کاهش وزن، نقش ارزشمندی بدن در افراد است. ارزشمندی بدن یا ارزیابی از ظاهر بدنی، یکی از جنبه‌های عزت‌نفس است که امروزه در طیف وسیعی از تبلیغات قابل مشاهده است (باگی، ۲۰۱۶). افراد دارای اختلال خوردن قضاوت‌های منحصربه‌فردی در مورد شکل بدنی، وزن و چاقی دارند که این امر با ارزیابی‌های منفی از خود و عزت‌نفس پایین همراه است (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱). همچنین نشان داده شده است که افراد دارای اختلال خوردن از عزت‌نفس پایینی برخوردارند (فیربرن و هاریسون، ۲۰۰۳) و افراد دارای عزت‌نفس پایین، ریسک‌پذیری بالایی برای نشانه‌های اختلال خوردن دارند. اما برخی پژوهش‌ها نتایج متناقضی ارائه داده‌اند، مبنی بر اینکه در میان ورزشکاران حرفه‌ای (شنا و ژیمناستیک) بین ارزشمندی

بدنی و اختلال خوردن همبستگی معنی‌دار وجود ندارد (دانکلی و گریلو، ۲۰۰۷). سه بُعد ارزشمندی بدن عبارت‌اند از: ارزشمندی ظاهر (ادراکات عمومی درباره نگاه شخصی به خود)، ارزشمندی اسنادی (نگرانی در مورد اینکه دیگران چه درکی در مورد ظاهر فرد دارند) و ارزشمندی وزن (ادراکات شخصی در مورد وزن و تغییرات آن) (الیستون و همکاران، ۲۰۱۷).

با در نظر داشتن اینکه چاقی مسئله‌ای چندبعدی و دارای زمینه‌های جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی است. از روش‌های درمانی مؤثر بر ویژگی‌های افراد چاق درمان شناختی- رفتاری است. در این شیوه درمان فرایندهای شناختی به‌اندازه تأثیرات محیطی یا رفتار اهمیت دارند (اپشتاین و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی- رفتاری نوعی رفتاردرمانی به وجود آمده در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی و منعکس‌کننده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به‌عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارهاست (فراند، چمپلی و فیلاز، ۲۰۰۹). هدف درمان شناختی رفتاری اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، افزایش خودگویی‌های مثبت و سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (فولو و همکاران، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش وزن و افزایش خودکارآمدی سبک زندگی (حیدری، عسگری و بختیارپور، ۲۰۲۱)؛ بهبود کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان چاق (جکسون و همکاران، ۲۰۱۸)؛ اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی، رضایت از اعضای بدن و تصویر بدن در کودکان (شینس، رئوفس، مولکنس و جنسن، ۲۰۱۶)؛ کاهش وزن و ابقای آن، به بهبود خودپنداری و تغییراتی در باورهای شخصی درباره ظاهر و خود کارآمدی وزن (رادر، دورنر، شوبرگر و ولف، ۲۰۱۷)؛ کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی در افراد مبتلابه چاقی (ریموند و لاول، ۲۰۱۶)؛ کاهش وزن (ساسارولی و همکاران، ۲۰۰۸) اشاره داشته‌اند. از آنجایی که چاقی یک پدیده پیچیده و چندعاملی است و در علل و پیامدهای آن عامل‌های زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی دخالت دارد، در نتیجه کنترل و درمان آن از حیثه یک‌رشته واحد خارج است؛ در واقع شناسایی درمان‌های دارای حمایت تجربی، می‌تواند به تثبیت بیشتر نقش مداخله‌های روان‌شناختی، به‌عنوان قسمتی از رویکردهای میان‌رشته‌ای برای کنترل و درمان چاقی کمک نماید. بدون شک تغییرات روش زندگی از افزایش فعالیت بدنی مثل عدم استفاده از ریموت کنترل یا استفاده از پله به‌جای آسانسور گرفته تا برنامه‌های ورزشی فردی و گروهی و تغییر عادات غذایی می‌تواند کمک چشمگیری به کاهش وزن نماید. پژوهش حاضر، کوششی در جهت بهبود سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن در زنان مبتلابه چاقی می‌باشد. در مطالعات گذشته پژوهشی که کلیه متغیرهای پژوهش را یکجا مورد بررسی قرار دهد چه در خارج و چه در داخل کشور یافت نشد و به دلیل اهمیت و شیوع چاقی در بین خانواده‌ها و کمبود پژوهشی در این رابطه، به بررسی این عنوان پرداخته شد. نتیجه این تحقیق می‌تواند به‌عنوان تلاشی اساسی در راستای بهبود شرایط روان‌شناختی افراد مبتلابه چاقی مورد توجه قرار گیرد، لذا توجه بیشتر به این مسئله و انجام پژوهش‌های متعدد در این زمینه می‌تواند گامی مؤثر در جهت معضلات روانی افراد مبتلابه چاقی و خانواده‌های آن‌ها در سطوح مختلف شخصیتی و اجتماعی باشد. به‌این ترتیب، هدف انجام این پژوهش بررسی اثربخشی روش درمان شناختی- رفتاری بر سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن در زنان مبتلا به چاقی است؛ از این رو پژوهشگر در پی پاسخ به سئوالات پژوهشی زیر بود:

۱. آیا درمان شناختی- رفتاری بر سبک زندگی مبتنی بر وزن و ارزشمندی بدن در زنان مبتلا به چاقی در مرحله پس از آزمون موثر است؟
۲. آیا درمان شناختی- رفتاری بر سبک زندگی مبتنی بر وزن و ارزشمندی بدن در زنان مبتلا به چاقی در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ساری در سال ۱۳۹۸ که با تشخیص تعیین شاخص توده بدنی ۳۰ و بیشتر از آن، مبتلا به چاقی بودند، به تعداد ۷۳ نفر بودند. از بین آن‌ها، ۳۰ نفر (دو گروه ۱۵ نفری) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند به این ترتیب که ملاک‌های ورود شامل، رضایت کتبی برای حضور در پژوهش، کسب نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه‌های سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن، سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، عدم اعتیاد یا ابتلا به سوءمصرف مواد، عدم شرکت آزمودنی‌ها در مداخلات روان‌شناختی دیگر و حداقل سواد سیکل بود. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل وابستگی به مواد، وجود اختلال شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی آزمودنی‌ها، عدم توانایی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها ایجاد مشکل کند و عدم توانایی در خواندن و نوشتن یا عدم توانایی در فهم و درک سؤالات مصاحبه و پرسشنامه‌ها، عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و یا غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی در نظر گرفته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

ابزارهای پژوهش

۱. **شاخص توده بدنی.** شاخص توده بدنی با تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب متر محاسبه شد. وزن افراد بالباس معمول به وسیله ترازوی عقربه‌ای با دقت ۰/۵ کیلوگرم بر قد افراد در حالت ایستاده با قدسنج متصل به ترازو با دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد.
۲. **خودکارآمدی سبک زندگی.** برای اندازه‌گیری خودکارآمدی سبک زندگی از پرسشنامه کلارک، أبرامز، نیائورا، اتون و روسی (۱۹۹۱) استفاده شد. این ابزار دارای ۲۰ گویه است که با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۰: عدم اطمینان تا ۴: بسیار مطمئن) نمره‌گذاری می‌شود. لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۸۰ است و نمره بالاتر به معنای خودکارآمدی سبک زندگی بیشتر است. کلارک و همکاران (۱۹۹۱) روایی همزمان را با پرسشنامه خودکارآمدی تغذیه تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین روایی همگرایی ابزار را با پرسشنامه خودکارآمدی عمومی و روایی واگرایی آن را با چک‌لیست علائم روانپزشکی تأیید و پایایی آن را با روش باز آزمایی دوهفته‌ای ۰/۹۱ گزارش کردند (میری و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ به دست آمده است.

۳. **مقیاس ارزشمندی بدن**^۱. این مقیاس ارزشمندی بدن توسط مندلسون، مندلسون و وایت (۲۰۰۱) ساخته شده است که احساسات عمومی در مورد بدن و وزن را می‌سنجد و دارای ۱۹ گویه و سه زیر مقیاس ارزشمندی ظاهر، ارزشمندی اسنادی و ارزشمندی وزن می‌باشد (۲۹). آزمودنی هر سؤال آن را روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز: ۱ تا همیشه: ۵ پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات این مقیاس ۱۹ تا ۹۵ می‌باشد. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌دهنده سطوح بالای ارزشمندی بدن است. در پژوهش آریا پوریان و شیرزادی (۲۰۱۲)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر ۰/۷۶ گزارش شد. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه ارزشمندی بدن از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۳ به دست آمده است.

۴. **درمان شناختی- رفتاری**. با توجه به پروتکل تدوین شده توسط رایت و همکاران (۲۰۱۷) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. خلاصه ساختار جلسات درمانی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای درمان شناختی- رفتاری

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی و معارفه اعضا	معرفی و توضیح اصول اساسی درمان شناختی- رفتاری، معرفی مفاهیم بنیادی درمان، تنظیم زمان بندی جلسات، بحث درباره قوانین جلسات.
دوم	آموزش الگوهای شناختی	تعیین دستور کار جلسه، ارزیابی، فرمول بندی، مفهوم سازی مسائل آزمودنی ها و پر کردن برگه کاری فرمول بندی.
سوم	آشنایی با افکار و رفتارهای دفاعی و نقد و بررسی آنها	تعیین دستور کار جلسه، هدف‌گزینی و تعیین اهداف درمانی به کمک اعضا، تهیه دفترچه یادداشت مخصوص درمان و برنامه ریزی فعالیت.
چهارم	بازخوانی شناختی	تعیین دستور کار جلسه، شناسایی و تشخیص افکار خود آیند، تمرین ثبت افکار و واگذاری آن به بیمار به عنوان تکلیف خانگی.
پنجم	شناسایی نشانه‌ها و زنجیره‌های مخرب افکار	تغییر و اصلاح افکار خود آیند، آموزش تکنیک آفرینش جایگزینی منطقی، معرفی فرم ثبت فعالیت هفتگی به عنوان تکلیف خانگی.
ششم	توضیح پیرامون خطاهای شناختی	تعیین دستور کار جلسه، تشخیص خطاهای شناختی، بررسی شواهد و تهیه کارت‌های مقابله.
هفتم	آموزش خودکنترلی	تعیین دستور کار جلسه، طراحی تکلیف درجه بندی شده، استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی.
هشتم	خلاصه و مطالب جلسات	بررسی فعالیت‌های انجام نشده، تکالیف خانگی و دفترچه یادداشت درمان، پاسخ به پرسش‌های اعضا و جمع بندی.

روش اجرا. بعد از اتمام جلسات، از گروه‌های آزمایشی و گواه در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. دو ماه پس از اجرای پس‌آزمون، مرحله پیگیری بر روی دو گروه انجام شد. هم‌چنین برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات آموزشی و اجرای مرحله پیگیری بر روی گروه‌های آزمایشی و گواه، خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری بر روی گروه گواه نیز اجرا گردید. داده‌های به دست آمده در مرحله پیش‌آزمون،

1. body esteemscale

پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار و شاخص‌های آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورداحترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام‌شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، میانگین سنی زنان زن $4/19 \pm 32/25$ سال بود. در ادامه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرهای وابسته	سنجش	گروه درمان شناختی- رفتاری		گروه گواه
		میانگین	انحراف معیار	
سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن	پیش‌آزمون	۲۲/۵۳	۷/۱۹	۵/۶۶
	پس‌آزمون	۴۸/۵۳	۷/۱۸	۶/۰۲
	پیگیری	۴۱/۸۰	۵/۲۱	۵/۷۲
ارزشمندی بدن	پیش‌آزمون	۳۶/۴۰	۷/۶۰	۹/۲۷
	پس‌آزمون	۶۰/۳۳	۹/۱۱	۹/۰۲
	پیگیری	۵۶/۲۶	۸/۶۸	۸/۰۲

داده‌های جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برآورد می‌کنند، به بررسی مفروضه‌های آن پرداخته شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	معناداری	معناداری
سبک زندگی	آزمایش گواه	۱۵	۰/۱۲۱	۳۰	۰/۶۵۷	۳/۶۹	۰/۷۷
	ارزشمندی	۱۵	۰/۱۳۹	۳۰	۰/۴۹۶	۰/۱۹	
ارزشمندی بدن	آزمایش گواه	۱۵	۰/۱۵۳	۳۰	۰/۴۹۸	۳/۷۵	۰/۹۲
	ارزشمندی	۱۵	۰/۱۴۲	۳۰	۰/۷۳۶	۰/۱۶	

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن	زمان	۲۵/۶۲	۱/۳۵	۱۸/۹۷	۷۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	زمان*گروه	۱۲/۸۶	۱/۳۵	۹/۵۲	۳۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵
ارزشمندی بدن	گروه	۱۳۷/۴۰	۱	۱۳۷/۴۰	۱۰/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۱۵
	زمان	۱۷۰/۶۰	۱/۴۵	۱۱۷/۵۷	۱۷۵/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶
ارزشمندی بدن	زمان*گروه	۱۱۶/۸۶	۱/۴۵	۸۰/۵۴	۱۲۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۲۱۱/۶۰	۱۳/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۱

با در نظر گرفتن مقادیر اپسیلون در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. لازم به ذکر است که سطح $P < 0.05$ برای رد فرض صفر در نظر گرفته شد. برای بررسی اندازه اثر نیز از مجذور اتای جزئی^۱ استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن (۳۵/۳۹) و ارزشمندی بدن (۱۲۳/۷۹) است که در سطح ۰/۰۰۱

1. Partial eta squared

معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین مجذور اتا برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۱ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است.

جدول ۵. پنتایچ مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن

متغیر	مرحله	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد P
سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن	پیش‌آزمون	آزمایش گواه	۱/۲۰	۰/۴۴۲
	پس‌آزمون	آزمایش گواه	۶/۴۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	آزمایش گواه	۶/۶۲	۰/۰۰۱
ارزشمندی بدن	پیش‌آزمون	آزمایش گواه	۰/۸۶	۰/۸۹۶
	پس‌آزمون	آزمایش گواه	۴/۱۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	آزمایش گواه	۴/۱۰	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۵ نشان داد تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن در زنان مبتلا به چاقی انجام شد. نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری برافزایش سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن مؤثر بود و این نتایج تا مرحله پیگیری تداوم اثر داشت. یافته اول نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر بهبود سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های عابدی شرق و همکاران (۲۰۲۱)؛ جکسون و همکاران (۲۰۱۸) هماهنگ و همخوان است. در تبیین این یافته در پکیج درمان شناختی رفتاری از راهبردها و تکنیک‌های شناختی و رفتاری برای تغییر شناخت و رفتار افراد مبتلا به چاقی استفاده شد. همچنین در این روش وزن افراد هر جلسه کشیده و به آنان بازخوردهایی در زمینه تغییرات وزن ارائه می‌شد و علاوه بر آن به آن‌ها راهبردهایی در زمینه تغذیه سالم یا متعادل آموزش داده می‌شد. خودکارآمدی ادراک توانایی‌ها برای انجام یک عمل در موقعیت خاص است و خودکارآمدی مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده رفتار است. افرادی که وزن آن‌ها نوسان زیادی دارد، معمولاً خودکارآمدی پایین‌تری دارند. خودکارآمدی سبک زندگی به باور فرد درباره خوردن در موقعیت‌های هیجانی مثبت و منفی، ناراحتی‌های جسمانی، فشارهای اجتماعی و دسترسی آسان به مواد غذایی اشاره دارد. با توجه به تأثیر خودکارآمدی سبک زندگی بر وزن و سلامتی افراد، باید در مداخلات آموزشی و مشاوره‌های وزن و تغذیه موردتوجه قرار گیرد (راد و همکاران،

۲۰۱۷). از آنجایی که درمان شناختی رفتاری علاوه بر راهبردها و تکنیک‌های شناختی و رفتاری از راهبردهایی در زمینه تغذیه سالم استفاده می‌کند و رژیم‌درمانی فقط از راهبردهایی در زمینه تغذیه سالم بهره می‌برد، لذا درمان شناختی- رفتاری توانست به‌طور معناداری باعث کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلابه چاقی شود. نتایج پژوهش همچنین، نشان داد که درمان شناختی- رفتاری برافزایش ارزشمندی بدن در زنان مبتلابه چاقی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پاک اندیش و همکاران (پاک‌اندیش و همکاران، ۲۰۲۰) و بیات و همکاران (۲۰۱۴) هماهنگ و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان اذعان نمود که چاقی بر فرایندهای شناختی افراد چاق تأثیر منفی دارد و موجب برداشتهای منفی فرد در مورد توانایی‌های خود می‌شود. افرادی که از ظاهر خود رضایت کافی دارند، بدن خود را به‌صورت کارآمدتر درک می‌کنند و نقایص بدنی خود را می‌پذیرند.

در این شرایط باید به مفروضه‌های درمان شناختی توجه کرد که بر پایه تغییر شناخت، هیجان و رفتار استوار است، این بدان معنا است که مداخله درمان شناختی رفتاری در پژوهش حاضر سبب شده که آزمودنی‌ها از نظر تفکر و هیجان به اصلاح ادراکات نادرست خود بپردازند و با بهره‌گیری از آن در ارتباط با دیگران بتوانند دیدگاه مثبتی نسبت به شاخص توده بدنی خود داشته باشند. همچنین با اصلاح باورها و ادراکات از تصویر بدنی خود زمینه‌های کاهش آن در طی مداخله را عملی نمایند. زیرا دیدگاه شناختی- رفتاری در مورد تصویر ذهنی بدن و تأثیر منفی آن در زندگی مردم (به‌عنوان مثال اختلالات خوردن)، تمرکز مداخلات خود را بر تجزیه و تحلیل درستی ارزیابی منفی از بدن و اعتقادات غیرمنطقی در مورد اهمیت و معنای ظاهر فیزیکی، تغییر دادن آن‌ها به افکار و احساسات مثبت‌تر یا دقیق‌تر و ترویج رفتارهای انطباقی قرار داده است (یوان، دانگ، فانگ، گانگ و لو، ۲۰۱۸). این امر سبب شده که درمان شناختی و رفتاری بر نمایه توده بدنی و خودپنداری اثرگذار باشد، در رویکرد شناختی- رفتاری، بر باورهای غیرمنطقی و تحریف‌شده که در ذهن نقش بسته است، تمرکز می‌کنند. از آنجایی که رفتارها، شناخت‌ها را منعکس می‌کند و این شناخت‌ها بر خودپنداری افراد تأثیر می‌گذارد، وجود این باورها منجر به شکل‌گیری نارضایتی کیفیت زندگی و خودپنداری منفی در افراد می‌شود. مداخله زمانی اثربخش خواهد بود که بتوان شناخت‌ها را تغییر داد که نتیجه آن رضایت از خود و تقویت ارزشمندی بدن است. از آنجایی که بیماری چاقی یک بیماری شایع و دارای زمینه روان‌شناختی است، می‌تواند شرایط زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. درحالی که سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و تبعیت درمانی و رعایت دستورات تیم درمانی برای این افراد بسیار حائز اهمیت است. لذا با توجه به نتایج این پژوهش، درمان شناختی- رفتاری، یکی از روش‌های درمانی غیر دارویی کارآمد در مدیریت روان‌شناختی این مشکل معرفی می‌گردد و ضروری است به‌عنوان یک درمان مؤثر، در کنار درمان‌های دارویی مورد توجه واقع شود. ازجمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، جامعه آماری آن بود که شامل زنان مبتلابه چاقی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر ساری بوده است و در تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر باید احتیاط لازم صورت گیرد. با توجه به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، پیشنهاد می‌شود درمانگران با اجرای صحیح درمان آشنا شده و از آن بر روی افراد مبتلابه چاقی استفاده نمایند تا از این طریق سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن و ارزشمندی بدن را در آن‌ها بهبود بخشند و درمان از تداوم بیشتری برخوردار گردد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی شهر ساری و تمام شرکت‌کنندگان که در این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز به تصویب رسیده است و دارای کد اخلاق به شماره R.IAU.AHVAZ.REC.1399.047 از کمیته تخصصی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز هست. همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آریاپوران، سعید، و شیرزادی، محمد مهدی. (۱۳۹۱). رابطه کمال گرایی، ارزشمندی بدن و نگرانی با علائم اختلال خوردن در زنان دارای فعالیت ورزشی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۷(۴): ۶۸-۷۷.
- عابدشوق، نریمان، رضانی فارانی، علی، قرایی، باقر، قربانی، سعید، و فراهانی، حسین. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت (ICBT) در کاهش وزن بدن و افزایش اثربخشی وزن سبک زندگی از طریق گروه مجازی: در طول همه‌گیری کووید-۱۹. مجله طب نظامی، ۲۳(۳): ۲۰۹-۲۱۹.
- پاک‌اندیش، شادی، کراسکیان، آدیس، و جمهری، فرهاد. (۲۰۲۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی. روان درمانی، ۹(۲۰-۳۲).
- عصمت، بیات، رحیمیان بوگر، اسحق، طلع پسند، سیاوش، یوسفی چایجان، پارسا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر خانواده در کاهش وزن کودکان مبتلا به چاقی. مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران. ۱۶ (۴): ۲۶۱-۲۵۴.

بهراد، بهنام، بهرامی احسان، هادی، رستمی، رضا، صادقیان، سعید. (۱۳۹۴). تأثیر افزایش فرکانس رزونانس HRV بر کاهش افسردگی بیماران عروق کرونر قلب به دنبال جراحی CABG. فصل نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی. ۶(۱): ۶۱-۸۸.

گلکاریان، پریسا، شفیق آبادی، عبدالله، و دلاور، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی بر عزت نفس و فشار اجتماعی افراد چاق. مجله علمی روانشناسی اجتماعی، ۶(۴۷): ۵۵-۶۶.

ستاری، افروز، حیدرئی، علیرضا، عسگری، پرویز، بختیارپور، سعید. (۱۳۹۹). مدل یابی چاقی کودکان بر اساس خودکارآمدی و شاخص توده بدنی مادر با میانجیگری پرخوری هیجانی و سطح فعالیت جسمی کودک. مجله پرستاری کودکان. ۷(۲): ۵۷-۴۶.

مرادحاصلی، مستانه، شمس اسفندآباد، حسن، کاکاوند، علیرضا. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و سبک زندگی مرتبط با کاهش وزن. ۹(۴): ۷۴-۸۹.

سهرابی، فاطمه، پاشا، رضا، نادری، فرح، عسگری، پرویز، احتشام زاده، پروین. (۱۳۹۶). بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نمایه توده بدنی و خودپنداره افراد با اضافه وزن. علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران. ۱۲(۴): ۵۱-۴۳.

References

- Anekwe, T. D., & Rahkovsky, I. (2018). The association between food prices and the blood glucose level of US adults with type 2 diabetes. *American Journal of Public Health, 108*(S6), S475-S482.
- Aslam, M., Siddiqui, A. A., Sandeep, G., & Madhu, S. V. (2018). High prevalence of obesity among nursing personnel working in tertiary care hospital. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 12*(3), 313-316.
- Blackburne, T., Rodriguez, A., & Johnstone, S. J. (2016). A serious game to increase healthy food consumption in overweight or obese adults: randomized controlled trial. *JMIR serious games, 4*(2), e5708.
- Bosy-Westphal, A., Geisler, C., Onur, S., Korth, O., Selberg, O., Schrezenmeir, J., & Müller, M. J. (2006). Value of body fat mass vs anthropometric obesity indices in the assessment of metabolic risk factors. *International journal of obesity, 30*(3), 475-483.
- Bugge, A. B. (2016). Food advertising towards children and young people in Norway. *Appetite, 98*, 12-18.
- 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.
- 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.
- Dunkley, D. M., & Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour research and therapy, 45*(1), 139-149.
- Elliston, K. G., Ferguson, S. G., Schüz, N., & Schüz, B. (2017). Situational cues and momentary food environment predict everyday eating behavior in adults with overweight and obesity. *Health Psychology, 36*(4), 337.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Hallgren, K. A., Gaba, A., Cook, S., Jensen, N., ... & Litt, M. D. (2018). Individual versus group female-specific cognitive behavior therapy for alcohol use disorder. *Journal of substance abuse treatment, 88*, 27-43.

- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Risk factors for anorexia nervosa. *The Lancet*, 361(9372), 1914.
- Ferrand, C., Champely, S., & Filaire, E. (2009). The role of body-esteem in predicting disordered eating symptoms: A comparison of French aesthetic athletes and non-athletic females. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(3), 373-380.
- Flølo, T. N., Tell, G. S., Kolotkin, R. L., Aasprang, A., Norekvål, T. M., Våge, V., & Andersen, J. R. (2019). Eating self-efficacy as predictor of long-term weight loss and obesity-specific quality of life after sleeve gastrectomy: a prospective cohort study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 15(2), 161-167.
- Heidari, M., & Ghodusi, M. (2015). The relationship between body esteem and hope and mental health in breast cancer patients after mastectomy. *Indian journal of palliative care*, 21(2), 198.
- Jackson, J. B., Pietrabissa, G., Rossi, A., Manzoni, G. M., & Castelnovo, G. (2018). Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(8), 688.
- Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., & White, D. R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of personality assessment*, 76(1), 90-106.
- Miri, S. F., Lin, C. L., Irandoost, K., Rezazadeh, A., & Pakpour HA, A. (2017). Health related quality of life and Weight Self-Efficacy of Life style among normal-weight, overweight and obese Iranian adolescents: A case control study. *International Journal of Pediatrics*, 5(11).
- Rader, S., Dorner, T. E., Schoberberger, R., & Wolf, H. (2017). Effects of a web-based follow-up intervention on self-efficacy in obesity treatment for women. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(13), 472-481.
- Raymond, K. L., & Lovell, G. P. (2016). Food addiction associations with psychological distress among people with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 30(4), 651-656.
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 46(6), 757-765.
- Schyns, G., Roefs, A., Mulkens, S., & Jansen, A. (2016). Expectancy violation, reduction of food cue reactivity and less eating in the absence of hunger after one food cue exposure session for overweight and obese women. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 57-64.
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2017). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Pub.
- Yuan, F., Dong, H., Fang, K., Gong, J., & Lu, F. (2018). Effects of green tea on lipid metabolism in overweight or obese people: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Molecular Nutrition & Food Research*, 62(1), 1601122.

وزن (کیلوگرم) / قد * قد (متر) (BMI) شاخص توده بدنی

پرسشنامه (الف): مانند نمونه از ۰ تا ۹ خانه مناسب را علامت بزنید. سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	عبارات	ردیف
اصلا مطمئن نیستم			کاملاً مطمئنم								
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹		

۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی که مضطرب (عصبی) هستم می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۱
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	در تعطیلات آخر هفته (پنجشنبه و جمعه) می توانم خوردنم را کنترل کنم.	۲
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	حتی اگر مجبور شوم به دیگران «نه» بگویم می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۳
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی احساس می کنم از نظر جسمی ضعیف شده ام می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۴
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی در حال دیدن تلویزیون هستم می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی افسرده (یا دلتنگ) هستم می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۶
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی انواع مختلف خوراکی ها در دسترس هستند می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۷
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی احساس می کنم خودداری از پرس دوم بی ادبانه است می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۸
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی سردرد دارم می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۹
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی در حال مطالعه کردن هستم می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۱۰

اصلا مطمئن نیستم										کاملاً مطمئنم										عبارات	ردیف
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹		
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی خشمگین (یا تحریک پذیر) هستم می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۱۱
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	حتی وقتی در مهمانی هستم می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۱۲
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	حتی وقتی دیگران به من فشار می آورند که چیزی بخورم، می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۱۳
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی که درد می کشم می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۱۴
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	می توانم جلوی خودم را بگیرم که درست قبل از رفتن به رختخواب چیزی نخورم.	۱۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	حتی وقتی شکست خورده ام می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۱۶
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	حتی وقتی غذاهای پرکالری قابل دسترس هستند، می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۱۷
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	حتی وقتی فکر می کنم که اگر چیزی نخورم دیگران از دستم ناراحت خواهند شد می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۱۸
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی احساس ناراحتی می کنم، می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۱۹
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	وقتی خوشحال هستم، می توانم در برابر خوردن مقاومت کنم.	۲۰

پرسشنامه ارزشمندی بدن

ردیف	عبارات	هرگز به ندرت	گاهی اوقات	غالباً	همیشه	
۱	من از شکلی که در عکس‌ها دارم خوشم می‌آید.	۱	۲	۳	۴	۵
۲	دیگران از من به عنوان فردی خوش‌سینما یاد می‌کنند.	۱	۲	۳	۴	۵
۳	به بدنم افتخار می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۴	یکی از دغدغه‌های من، کوشش برای تغییر وزن بدنم است.	۱	۲	۳	۴	۵
۵	فکر می‌کنم که ظاهر من در به دست آوردن شغل به من کمک می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۶	زمانی که در آینه نگاه می‌کنم از تصویری که در آن می‌بینم خوشم می‌آید.	۱	۲	۳	۴	۵
۷	موارد زیادی در مورد ظاهر من وجود دارد که اگر بتوانم آن‌ها را تغییر می‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵
۸	من از وزن بدنم راضی هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۹	آرزو داشتم که ظاهر من بهتر از این بود.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰	من واقعا وزن ام را دوست دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱	آرزو داشتم شبیه فرد دیگری بودم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲	افراد هم‌سن ام از ظاهر من خوششان می‌آید.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۳	ظاهر من را ناراحت می‌کند.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۴	من به اندازه اکثر مردم خوش‌چهره هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۵	من در مورد ظاهر من کاملا خوشحال هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۶	احساس می‌کنم وزنم نسبت به قدم مناسب است.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۷	من از آنچه به نظر می‌رسد (در مورد ظاهر من) احساس شرمندگی می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۸	اندازه‌گیری وزنم باعث افسردگی ام می‌شود.	۱	۲	۳	۴	۵
۱۹	وزنم موجب ناراحت شدن من می‌شود.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۰	ظاهر من به من کمک می‌کند تا با جنس مخالف رابطه برقرار کنم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۱	من در مورد ظاهر من نگران هستم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۲	من فکر می‌کنم بدن خوبی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵
۲۳	من به اندازه‌ای که دوست داشتم باشم خوش‌قیافه هستم.	۱	۲	۳	۴	۵

The effectiveness of Cognitive behavioral therapy on Lifestyle based on self-efficacy and Body value in Women with obesity

Mahboobeh. Naserifar¹, Naser. Sarraj Khorrami^{2*}, Sahar. Safarzadeh³, & Alireza. Heydarei³

Abstract

Aim: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on lifestyle based on weight self-efficacy and body value in obese women. **Methods:** The present research method was quasi-experimental with pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population included all women with obesity in Sari in 1398. Using purposive sampling method, 30 of them were selected and placed in the experimental and control groups (15 people in each group). Lifestyle questionnaires based on Clark, Abrams, Niaura, Aton and Rossi (1991) and Mendelsohn, Mendelsohn and White (2001) body value questionnaires were used to collect data. The experimental group underwent cognitive-behavioral therapy based on Wright et al. (2017) protocol in 8 sessions of 90 minutes but the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and SPSS.24 software. **Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy improves lifestyle self-efficacy based on weight self-efficacy ($F = 10.08$; $P < 0.001$) and increases body value ($F = 13.53$; $P < 0.001$) in women with Obesity was effective. **Conclusion:** Based on the findings of this study, cognitive-behavioral therapy can be used to improve lifestyle based on weight self-efficacy and increase the value of the body of women with obesity and thus help reduce stress in them.

Keywords: obesity, lifestyle, self-efficacy, cognitive-behavioral therapy

1. Department of Health Psychology, Khoramshahr International Branch, Islamic Azad University, Khoramshahr, Iran

2. *Corresponding Author: Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

Email: dr-sarraj@yahoo.com

3. Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran