

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۶/۲۹

تاریخ بررسی مقاله: ۹۳/۰۷/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۰۷/۲۳

مجله دست آوردهای روان‌شناختی

(علوم تربیتی و روان‌شناسی)

دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۴

دوره‌ی چهارم، سال ۲۲، شماره‌ی ۲

صص: ۷۵-۹۸

## اثر بخشی درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری بر نمایه توده بدن، خودکارآمدی وزن و تصویر بدن در نوجوانان دختر دارای اضافه‌وزن

فربیا کلاتری \*

ایران داودی \*\*

سودابه بساک نژاد \*\*\*

مهناز مهرابی‌زاده هنرمند \*\*\*\*

مجید کاراندیش \*\*\*\*\*

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر مطالعه‌ی تأثیر روش درمانی عقلانی-هیجانی رفتاری بر نمایه توده بدن، خودکارآمدی وزن و تصویر بدن در نوجوانان دختر ۱۸-۱۴ سال دارای اضافه‌وزن شهر اهواز بود. بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و از طریق فراخوان عمومی و پس از ارزیابی‌های اولیه و تشخیص داشتن اضافه‌وزن توسط متخصص تغذیه ۳۶ نفر انتخاب و در سه گروه آزمایش، پلاسیبو و فهرست انتظار به صورت تصادفی قرار گرفتند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای

---

\* دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز (نویسنده مسئول)  
kalantari\_fr@yahoo.com

\*\* استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

\*\*\* دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

\*\*\*\* استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

\*\*\*\*\* استاد گروه تغذیه، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور

شرکت کردند و علاوه بر دریافت برنامه رژیم غذایی و وزن‌کشی هفتگی، مداخله‌ی روان‌شناختی نیز دریافت کردند. گروه پلاسیبو به تعداد جلسات گروه آزمایش در جلسات جداگانه شرکت کردند و علاوه بر دریافت برنامه رژیم غذایی و وزن‌کشی هفتگی، هر هفته نیز گزارش فرم‌های پایش خود را ارائه می‌دادند. اما گروه فهرست انتظار هیچ‌گونه پایش و مداخله‌ای دریافت نکردند. هر سه گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه‌های مربوط به متغیرهای پژوهش را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با روش تجزیه و تحلیل کوواریانس در سطح معنی‌داری ( $p < 0/05$ ) نشان داد که در مرحله پس‌آزمون از نظر نمایه توده بدن بین گروه آزمایش و پلاسیبو با فهرست انتظار تفاوت معنی‌دار بود، اما بین گروه آزمایش و پلاسیبو در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار نبود. ولی در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار بود. یعنی این که هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون کاهش وزن داشتند ولی در مرحله پیگیری دو ماه و نیم گروه آزمایش وزن کاهش‌یافته خود را حفظ نمودند در حالی که گروه پلاسیبو بازگشت وزن داشتند. همچنین نتایج نشان داد که این درمان منجر به افزایش خودکارآمدی وزن و کاهش نارضایتی از تصویر بدن در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گردید.

**کلید واژگان:** عقلانی- هیجانی - رفتاری، نمایه توده بدن، خودکارآمدی وزن، تصویر بدن، اضافه‌وزن.

## مقدمه

چاقی به تجمع زیاد یا غیرطبیعی چربی بدن که اختصاص به کل یا قسمت‌های خاصی از بدن دارد اطلاق می‌شود (گویتن و هال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ کلومبو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). این مشکل سال‌ها محدود به بزرگسالان بود اما در دو دهه اخیر کودکان و نوجوانان نیز مبتلا شده‌اند. شیوع افزایش وزن در سراسر دنیا طی ۳-۲ دهه اخیر سه برابر شده و این میزان در بین نوجوانان ۱۹-۱۲ سال از ۵ درصد به ۱۷/۱ درصد رسیده است (اگدن<sup>۳</sup> و کارول<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). سازمان بهداشت جهانی<sup>۵</sup> فراوانی اضافه‌وزن در ایران را تا سال ۲۰۱۵ میلادی برای مردان ۵۴ درصد و زنان ۷۴ درصد برآورد کرده است (به نقل از شاکری، مجتهدی، ناصریان و مرادخانی، ۱۳۹۱).

عمیدی مظاهری و حسینی (۱۳۸۹) شیوع اضافه و چاقی در دختران نوجوان اصفهان را

- 
- 1- Guyton & Hall
  - 2- Colombo
  - 3- Ogden
  - 4- Carroll
  - 5- World Health Organization (WHO)

به ترتیب ۹/۱ و ۱/۰۴ درصد و اسدی نوقایی (۱۳۸۷) شیوع اضافه‌وزن را در دختران ۱۲/۸ درصد و در پسران به ترتیب ۱۰ درصد به دست آورد. یافته‌های کلیشادی و همکاران (۱۳۸۰)، نیز روی جمعیت گسترده‌ای از آزمودنی‌های بین ۱۸-۶ سال از کل کشور نشان می‌دهد که شیوع اضافه‌وزن برابر با ۸/۸ درصد می‌باشد که در دختران و پسران این میزان از شیوع برابری برخوردار بوده است. چاقی نوجوانی با احتمال بروز دیابت نوع دوم (استنبرگر و دانیلز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ واشنگتن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸) و فشارخون و کلسترول بالا (بروکس-ورل، گرین بام، پالمر و پیهورکر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ استس و ماساونکسی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱) در سال‌های بزرگ‌سالی همراه است. سبک زندگی بی‌تحرک و مصرف بی‌رویه اغذیه آماده که حاوی مقادیر بالایی از چربی و کالری هستند، از عوامل مهم در بروز اضافه‌وزن اکتسابی در نوجوانی محسوب می‌شوند (گرس نیکلاس و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). هیجان‌ها نیز در رفتار غذا خوردن مؤثر می‌باشند القاء هیجان‌های منفی به افزایش مصرف غذا منجر می‌شود که احتمالاً تلاشی در جهت کاستن عواطف منفی می‌باشد (تلک، آگراس و لینهان<sup>۶</sup>، ۲۰۰۰). دوگان، گوجت تکین، کاترانچوگلو<sup>۷</sup> (۲۰۱۱)، نیز نشان دادند که افراد چاق از غذا خوردن هیجانی به‌عنوان تدبیری برای مقابله با هیجان‌های منفی استفاده می‌کنند.

یکی از سازه‌های روان‌شناختی که با اضافه‌وزن نوجوانی دستخوش تغییر می‌گردد توجه نوجوانان به ظاهر بدنی است. تغییرات بدنی در نوجوانی طی روند رشد طبیعی می‌تواند منجر به کاهش عملکرد تحصیلی، گوشه‌گیری، عدم شرکت در موقعیت‌های اجتماعی و افسردگی گردد. یافته‌های پژوهشی کروملی، نمارک-سزتاینر، استوری و بوتل<sup>۸</sup> (۲۰۱۰) و فلوک، فارهات، و حینی<sup>۹</sup> (۲۰۰۹) نشان داد که نوجوانان چاقی که از بدن خود رضایت دارند بیشتر

- 
- 1- Steinberger & Daniels
  - 2- Washington
  - 3- Brooks-Worrell, Greenbaum, Palmer, & Pihoker
  - 4- Seths & Musawenkosi
  - 5- Grossniklaus
  - 6- Telch, Agras, & Linehan
  - 7- Dogan, GocetTekin, & Katrancioğlu
  - 8- Cromley, Neumark-Sztainer, Story, & Boutelle
  - 9- Flock, Farhat, & Haynie

احتمال دارد که رفتارهایی را انجام دهند که وزن خود را کنترل کنند. درحالی‌که نوجوانان چاقی که از بدن خود ناراضی هستند رفتارهای غلطی مربوط به مدیریت وزن انجام داده و در معرض خطر اضافه‌وزن قرار می‌گیرند. ایورسون، اسوالندر، لیتلر و نونن<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) و هاتچینسون<sup>۲</sup> و راپ (۲۰۰۷) در پژوهش‌های خود نشان دادند که نگرانی از تصویر بدنی و رفتارهای تغذیه‌ای غلط از دوران نوجوانی شروع می‌شوند و افرادی که در بزرگسالی دچار اختلالات خوردن یا تصویر بدنی منفی می‌شوند، عوامل آن را از زمان نوجوانی داشته‌اند. ناراضی‌تی از بدن با افسردگی و هراس اجتماعی (فیلیپس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵)، رشد رفتارهای خوردن ناسازگار (نیومارک، پاکستون، هنان و هاینس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶)، پنهان کردن نقص ادراک‌شده از دیگران (شری و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹)؛ عزت نفس پایین (کارن و جری<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸)، اختلال در الگوهای تغذیه‌ای (ویلسون، تریپ و بلاند، ۲۰۰۵<sup>۷</sup>؛ پتری و راجرز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱)، حساسیت در روابط بین فردی (بساک نژاد و غفاری، ۱۳۸۶) و کاهش سلامت عمومی (برگران و دریک<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷) همراه می‌باشد.

یکی دیگر از سازه‌های مرتبط با اضافه‌وزن، خودکارآمدی وزن می‌باشد. خودکارآمدی به باور و اطمینان فرد به توانایی خود در به نمایش گذاشتن رفتاری خاص حتی در یک موقعیت و سوسه‌برانگیز دلالت دارد. افرادی که توانایی ادراک‌شده‌ای در کنترل وزن از طریق مقاومت در برابر خوردن در موقعیت‌های هیجانی مثبت و منفی دارند، با دسترسی آسان به مواد غذایی، فشارهای روانی و اجتماعی از سوی دیگران و ناراحتی‌های جسمانی می‌توانند وزن خود را کنترل کنند (شین، شین، دوتون و ابود<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱). یافته‌های پژوهشی باس و دنمز (۲۰۰۹) نشان

- 
- 1- Ivarsson, Svalander, Litler, & Nevonen
  - 2- Hutchiouson & Rappe
  - 3- Philips
  - 4- Neumark, Paxton, Hannan, Haines, & Story
  - 5- Sherry
  - 6- Karen & Jarry
  - 7- Wilson, Tripp, & Boland
  - 8- Petrie & Rogers
  - 9- Bergeron & Derek
  - 10- Shin, Dutton, & Abood

دادند که خودکارآمدی وزن در مدیریت وزن افراد چاق مؤثر است به طوری که با بالا رفتن احساس ناتوانی در کنترل وزن و خودکارآمدی پایین در برنامه‌های مدیریت وزن، تغییری در وزن دیده نمی‌شد. هیز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که خودکارآمدی وزن می‌تواند رفتار خوردن را کنترل کند و رفتار خوردن نقش مهمی در پیشگیری از اضافه‌وزن بزرگسالان دارد. همچنین می‌توان به نقش خودکارآمدی در برخی تحقیقات از جمله خودکارآمدی به‌عنوان شاخص تغییر وزن (مارتین، داتون، و برانتلی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴)، خودکارآمدی و تأثیر در کنترل ولع خوردن (واندروال، جانستن و داراندر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷)، نقش خودکارآمدی بر رفتار تغذیه‌ای مصرف‌چربی (لیو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴)، تأثیر برنامه کنترل وزن و خودکارآمدی وزن (ریچمن، لوگنان، درولرس، استین بک، و کاترسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱) اشاره کرد.

در برنامه‌های درمانی که به منظور کاهش وزن طراحی و اجرا می‌شوند می‌توان خودکارآمدی را افزایش داده، مانع از افزایش وزن مجدد شد و انگیزه و پایبندی به تغییر رفتار خوردن را ایجاد کرد. در اغلب برنامه‌های درمانی بر کاهش دریافت انرژی و تحریک فعالیت بدنی تأکید شده است، در حالی که بسیاری از پژوهشگران از جمله وریژ<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، معتقدند که این مداخله‌ها در طولانی مدت نسبتاً ناکارآمد بوده و بازگشت وزن را به همراه دارند. یکی از دلایل شکست برنامه‌های رژیم‌ی و بازگشت وزن این است که افراد به اهدافی مانند تمایل به بهبود ظاهر، افزایش اعتماد به نفس، میل به فعال‌تر شدن و ارتقای سلامت خود دست نمی‌یابند. در واقع استفاده از درمان‌های روان‌شناختی علاوه بر کاهش مشکلات روان‌شناختی هم‌آیند با اضافه‌وزن در طولانی‌مدت، باعث تسهیل کاهش وزن می‌گردد (استاهره و هالستروم<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵؛ استاهره، تارنل<sup>۸</sup>، کانسون<sup>۹</sup> و هالستروم، ۲۰۰۷). صادقی، غرایبی، فتی و

---

1- Hays

2- Martin, Dutton, & Brantley

3- Vanderwal, Johnston, & Dhurandhar

4- Liou

5- Richman, Loughnan, Droulers, Steinbeck, & Caterson

6- Werrij & et al

7- Stahre & Hallstrom

8- Tarnell

9- kanson

مظهری (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند که رفتاردرمانی شناختی در کاهش وزن و در رضایت از تصویر بدن، زنان مبتلابه چاقی مؤثر بوده است. یافته‌های نویدیان، عابدی، باغبان، فاتحی‌زاده و پورشریفی (۱۳۹۱) نشان داد که استفاده از مصاحبه انگیزشی موجب افزایش خودکارآمدی وزن می‌گردد. یافته‌های مکیان، اسکندری، برجعلی و قدسی (۱۳۸۹) و بساک نژاد، مهرابی زاده هنرمند، حسنی و نرگسی (۱۳۹۱) نشان دادند که روایت درمانی در اصلاح تصویر بدنی زنان و دختران جوان مؤثر می‌باشد. تصویر بدنی نه تنها به نارضایتی بدنی بلکه بر توجه افراطی رفتاری و شناختی فرد بر ظاهر فیزیکی و نیز در تعیین احساس فرد از خود مرتبط می‌شود (کش<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ لوین و پیرن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). دانیلسن، نوردهوس، جلیسون، ماهل و پالسن<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده را بر کاهش نمایه توده بدن، در کودکان مبتلابه چاقی مؤثر دانستند. برنان، والکلی، فراسر، گرین وی و ویلکز<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری و مصاحبه انگیزشی در کاهش وزن نوجوانان دارای اضافه‌وزن تأثیر دارد. یکی از درمان‌های روان‌شناختی در زمینه کنترل اضافه‌وزن درمان عقلانی - هیجانی رفتاری است. این درمان، انسداد فکری، احساسی و رفتاری افراد را رفع می‌کند و مشکلات آن‌ها در زمینه خوردن از جمله بی‌انگیزگی و بی‌ارادگی و عدم خودپذیری توأم با آن‌ها را ناشی از تفکر و رفتار نامعقول آن‌ها می‌داند. این درمان به افراد یاد می‌دهد تا افکار غیرمنطقی خود را کنترل کنند و احساسات نامناسب را تغییر دهند (الیس، آبرامس و دنگلجی<sup>۵</sup>، ترجمه: فیروزبخت، ۱۳۸۵). ساوا، یاتس، لوپر، اسزنتاگتای و دوید<sup>۶</sup> (۲۰۰۹)، بیان می‌کنند که مزیت درمان عقلانی-هیجانی رفتاری نسبت به درمان‌های دارویی این است که برای افراد جامعه هزینه‌های کمتری دارد و تفکرات و احساس‌های مثبت‌تری را در مراجعان ایجاد می‌کنند. تاکنون پژوهشی درباره خودکارآمدی وزن و اثر درمان عقلانی-هیجانی رفتاری در نوجوانان دارای اضافه‌وزن گزارش نشده است؛ بنابراین سوال این

- 
- 1- Cash
  - 2- Levine & Piran
  - 3- Danielsen, Nordhus, Juliusson, Mahle, & Pallesen
  - 4- Brennan, Walkley, Fraser, Greenway, & Wilks
  - 5- Ellis, Abrams & Dengelegi
  - 6- Sava, Yates, Lupu, Szentagotai, & David

است که آیا روش درمانی عقلانی - هیجانی رفتاری بر نمایه توده بدن، خودکارآمدی وزن و تصویر بدن در نوجوانان دختر دارای اضافه وزن می تواند تأثیر داشته باشد؟

### روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایش میدانی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه های کنترل است. در این طرح یک گروه آزمایش و دو گروه کنترل شامل گروه پلاسیبو و گروه فهرست انتظار وجود داشت.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر ۱۸- ۱۴ ساله و دارای اضافه وزن شهر اهواز بود. روش نمونه گیری، نمونه گیری در دسترس و از طریق فراخوان عمومی بود، به این صورت که یک فراخوان عمومی در دبیرستان های دخترانه نواحی چهارگانه اهواز، کتابخانه ها، مراکز آموزشی و بسیاری از داروخانه ها، مطب پزشکان، کلینیک های درمانی و نیز اماکن پررفت و آمد شهر اهواز پخش گردید. در فراخوان مذکور از نوجوانان دختر دارای اضافه وزن دعوت به عمل آمد که جهت شرکت در کلاس آموزشی که به منظور درمان چاقی و ارتقاء خودکارآمدی و رضایت از تصویر بدن، در مرکز مشاوره برگزار می گردد به شماره تلفن همراه درج شده در فراخوان کلمه اضافه وزن را به صورت پیامک ارسال کرده تا پژوهشگر با آنان تماس حاصل نماید. در طی مدت ۶ هفته با ۱۲۰ نفر مصاحبه تلفنی انجام شد. با توجه به این که گزینش افراد در ۲ مرحله صورت گرفت، در مرحله اول که به صورت مصاحبه تلفنی بود توضیحاتی در مورد پژوهش، مکان و زمان اجرای پژوهش به آنان داده شد. همچنین سوالاتی در ارتباط با سن داوطلبان، میزان تحصیلات و ابتلاء به بیماری خاص، عدم استفاده از برنامه های رژیم غذایی توسط متخصص، عدم دریافت درمان های روان شناختی مطرح گردید؛ که در این مرحله مجموعاً ۴۰ نفر فاقد ملاک های ورود بودند و حذف شدند. سپس از ۸۰ نفر واجد شرایط اولیه، جهت تعیین نمایه توده بدن دعوت به عمل آمد تا در مرکز مشاوره حاضر شوند که از افراد مدعو، تعداد ۷۰ نفر در روزهای مقرر حاضر شدند که توسط متخصص تغذیه نمایه توده بدن آنها تعیین گردید، از بین ۷۰ نفر متقاضی شرکت در پژوهش ۱۵ نفر به علت نداشتن اضافه وزن و ۶ نفر به علت انصراف از همکاری و ۴ نفر به خاطر تداخل با

ساعات کلاس‌های درسی از تحقیق حذف شدند. در نهایت ۴۵ نفر که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند وارد تحقیق شدند. این ۴۵ نفر به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش، پلاسیبو و فهرست انتظار به طور مساوی جایگزین شدند؛ اما ۳ نفر از گروه آزمایش در فرایند درمان، ۳ نفر از گروه پلاسیبو قبل از مرحله پس‌آزمون و نیز ۱ نفر از فهرست انتظار در مرحله پیگیری، از گروه حذف شدند؛ که در نهایت به خاطر رعایت برابری گروه‌ها به صورت تصادفی ۲ نفر از فهرست انتظار خارج شدند؛ بنابراین در تحلیل نهایی، نمرات ۳۶ نفر شامل گروه‌های ۱۲ نفره، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

قبل از شروع درمان از هر سه گروه آزمون‌های سبک زندگی کارآمدی وزن (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱) و تصویر بدن (کوپر و همکاران ۲۰۰۳) به عمل آمد. سپس گروه آزمایش علاوه بر دریافت برنامه رژیم غذایی و وزن‌کشی هفتگی، در معرض ۱۲ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای درمان عقلانی - هیجانی رفتاری با فرمت گروهی قرار گرفتند. گروه پلاسیبو نیز برنامه رژیم غذایی دریافت و به تعداد جلسات گروه آزمایش در جلسات جداگانه شرکت کردند و هر هفته گزارش فرم‌های پایش خود را ارایه و در جلسه بازبینی و بررسی می‌شد و نیز وزن‌کشی هفتگی می‌شدند، اما راهکار خاصی ارایه نمی‌شد و مداخله‌ی روان‌شناختی دریافت نمی‌کردند؛ اما گروه فهرست انتظار هیچ‌گونه پایش و مداخله‌ای را دریافت نکردند. در پایان و بلافاصله بعد از اعمال مداخله روان‌شناختی، از هر سه گروه آزمودنی‌ها البته به صورت جداگانه که مانع از انتقال اطلاعات گروه آزمایش به دو گروه دیگر شود از تمامی متغیرها پس‌آزمون به عمل آمد و دو ماه و نیم بعد به‌عنوان پیگیری، مجدداً آزمون‌ها برای هر سه گروه اجرا و نتایج مقایسه شد.

## ابزار پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

- ۱- پرسشنامه سبک زندگی کارآمدی وزن: این پرسشنامه توسط کلارک، آبرامز، نیایورا، ایتون و روسی<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) ساخته شد. این مقیاس دارای بیست ماده پیرامون خودکارآمدی در

1- Clark, Abrams, Niaura, Eaton, & Rossi

کنترل وزن می‌باشد که میزان باور و اطمینان فرد به توانایی خود در امتناع از خوردن حتی در یک موقعیت وسوسه‌انگیز را می‌سنجد. هر ماده از آزمون بین ۴ - ۰ (صفر مطابق با اصلاً مطمئن نیستم و ۴ کاملاً مطمئن هستم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های بالاتر، اعتماد بیشتر به خود را در خودداری کردن از خوردن در موقعیت خاص نشان می‌دهند. این پرسشنامه پنج عامل موقعیتی شامل هیجان‌های منفی، قابلیت دسترسی به مواد غذایی، فشارهای اجتماعی، ناراحتی‌های جسمانی و فعالیت‌های مثبت را در برمی‌گیرد؛ بنابراین یک نمره کلی و پنج نمره مربوط به پنج خرده مقیاس را در اختیار قرار می‌دهد. تمام ماده‌ها به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه‌ی نمرات آن بین ۰ تا بیشینه ۸۰ متغیر است. در فرم فارسی روایی و پایایی پرسشنامه‌ی خودکارآمدی سبک زندگی در کنترل وزن توسط نویدیان، کرمان ساروی و ایمانی (۱۳۹۱) بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر جهت سنجش همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده گردید که ضریب پایایی برای خرده مقیاس‌های آن شامل هیجان‌های منفی، ۰/۶۵، قابلیت دسترسی به مواد غذایی ۰/۵۷، فشارهای اجتماعی، ۰/۵۰، ناراحتی‌های جسمانی، ۰/۵۸، فعالیت‌های مثبت، ۰/۵۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمد. روایی همگرا آن از طریق همبستگی با نمرات پرسشنامه‌ی خودکارآمدی عمومی شرر بررسی گردید که میزان آن برای کل پرسشنامه ۰/۵۱ و همبستگی خرده مقیاس‌های آن شامل هیجان‌های منفی ۰/۸۵، قابلیت دسترسی به مواد غذایی ۰/۳۹، فشارهای اجتماعی ۰/۵۱، ناراحتی‌های جسمانی ۰/۲۴، فعالیت‌های مثبت ۰/۵۸ به دست آمد که نتایج حاکی از روایی خوب پرسشنامه است.

۲- **چک لیست تصویر بدن:** چک لیست تصویر بدن کوپر، فیبرون و هاوکر<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)، یک ابزار خودسنجی است که دارای ۲۷ ماده می‌باشد. نمره‌گذاری آن به صورت مقیاس لیکرت می‌باشد و شامل چهار گزینه هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و نظری ندارم می‌باشد. با توجه به این که این چک لیست در ایران ترجمه و تطبیق داده نشده بود، برای اولین بار در این پژوهش ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن استخراج گردید. روایی همگرا آن از طریق همبستگی آن با نمرات پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) ۰/۷۱ به

1. Cooper, Fairburn, & Hawker

دست آمد. پایایی چک لیست تصویر بدن با استفاده از آلفای کرونباخ و تنصیف اسپیرمن- براون بررسی شد که مقادیر آلفای آن برای کل چک لیست ۰/۷۹ و برای سؤالات اجتناب ۰/۷۰، واریسی ۰/۵۳ و سؤالات عمومی، ۰/۷۵ به دست آمد و با استفاده از روش دونیمه کردن، ضریب پایایی آن از طریق تنصیف اسپیرمن-براون برابر ۰/۷۲ گردید.

**۳- شاخص نمایه توده بدن:** یک سنجش آماری برای مقایسه وزن و قد یک فرد است. در واقع ابزاری مناسب است تا سلامت وزن فرد با توجه به قدش تخمین زده شود. این شاخص از تقسیم وزن بر اساس "کیلوگرم" بر مجذور قد بر اساس "متر" به دست می‌آید؛ و با توجه به سن و جنس نوجوان طبق نمودارهای استاندارد سازمان جهانی بهداشت تفسیر می‌شود که بر اساس آن ارزیابی فرد به صورت لاغر، دارای اضافه‌وزن و چاق مشخص می‌شود. در این پژوهش داشتن نمایه توده بدن، برابر و بیشتر از یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین ( $BMI=+1SD$ )<sup>۱</sup> به‌عنوان اضافه‌وزن در نظر گرفته می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲). نمایه توده بدن آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر توسط متخصص تغذیه تعیین گردید، بدین‌صورت که وزن آزمودنی‌ها با کمینه پوشش و بدون کفش با یک ترازوی دیجیتال سکا<sup>۲</sup> حساسیت ۱۰۰ گرم اندازه‌گیری و ثبت شد. همچنین، قد آن‌ها به کمک یک متر نواری غیرقابل اتساع در وضعیت ایستاده کنار دیوار بدون کفش، درحالی‌که کتف‌ها در شرایط عادی و باسن، شانه و پاشنه‌ها مماس با دیوار و سر در حالت نگاه به روبرو قرار داشته باشد با دقت ۰/۵ سانتیمتر اندازه‌گیری شد. سپس نمایه توده‌ی بدن از تقسیم وزن (کیلوگرم) به مجذور قد (مترمربع) محاسبه گردید؛ که بر اساس آن آزمودنی‌هایی که نمایه توده بدن آن‌ها برابر و بیشتر از یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بودند به‌عنوان دارای اضافه‌وزن و چاق تشخیص داده شدند.

### جلسه‌های مداخله

برنامه درمانی برای استفاده در این پژوهش با استفاده از منابع در دسترس شامل اصول مطرح‌شده در کتاب درمان شناختی- رفتاری چاقی (کوپر و همکاران، ۲۰۰۳) و کتاب رفتار

1- Body mass index (BMI)

2- Seca

درمانی عقلانی-هیجانی (الیس، ترجمه: فیروزبخت، ۱۳۸۵) توسط پژوهشگر تهیه گردید. درمان به شکل گروهی اجرا و جلسات درمانی در مرکز مشاوره اهواز برگزار شد. در زیر رئوس برنامه درمانی به تفکیک جلسات آورده شده است.

| جلسات  | محتوای جلسه  |
|--|--|
| جلسه ۱. ارزیابی وجهت دهی   | گرفتن تاریخچه‌ای از مشکل وزن، آشنا کردن آزمودنی‌ها با شکل و سبک درمان، آغاز به خود پایی و هشدار برای توجه داشتن به غذاهای مصرفی، وزن‌کشی آزمودنی‌ها و تعیین تکالیف خانگی           |
| جلسه ۲. پرداختن به خودپایی آزمودنی‌ها  | مرور یادداشت‌های مربوط به خود پایی، آموزش درباره‌ی خطرات سلامتی همراه با چاقی، پرداختن به موانع کاهش وزن، تعیین تکالیف خانگی   |
| جلسه ۳. معرفی راهبردهای رفتار درمانی عقلانی-هیجانی                                   | معرفی درمان عقلانی - هیجانی و آموزش مدل (A-B-C)، معرفی فرم خودیاری و چگونگی تکمیل آن و اهداف آن، کمک به آزمودنی‌ها به منظور افزایش سطوح فعالیت بدن و تعیین تکالیف خانگی            |
| جلسه ۴. شناخت منبع پیامدهای ناراحت‌کننده (باورهای غیرمنطقی) در خصوص اضافه‌وزن و چاقی | مرور دستورالعمل جلسه قبل، بررسی فرم‌های خودیاری آزمودنی‌ها، معرفی و توضیح باورهای غیرمنطقی در ارتباط با وزن، کمک به آزمودنی‌ها جهت شناسایی افکار غیرمنطقی خود و تعیین تکالیف خانگی |
| جلسه ۵. ادامه باورهای غیرمنطقی در خصوص اضافه‌وزن                                     | وزن‌کشی و ثبت آن و رسم نمودار وزن، بررسی تکالیف خانگی، توضیح و بحث در مورد دو باور غیرمنطقی دیگر در ارتباط با اضافه‌وزن، تعیین تکالیف خانگی  |
| جلسه ۶. زیر سوال بردن باورهای غیرمنطقی   | وزن‌کشی و رسم نمودار وزن، کمک به آزمودنی‌ها برای این که بتوانند باورهای غیرمنطقی خود را زیر سوال ببرند، آموزش باورهای و رفتارهای جدید مؤثر، تعیین تکالیف خانگی                     |
| جلسه ۷. پرداختن به نگرانی‌های تصویر بدن  | وزن‌کشی و رسم نمودار وزن، آموزش درباره‌ی نقش تصویر بدن در کنترل وزن، پرداختن به باورهای غیرمنطقی درباره ظاهر و تصویر بدن، تکمیل برگ تصویر بدن و تعیین تکالیف خانگی                 |
| جلسه ۸. آموزش تجسم عقلانی - هیجانی   | وزن‌کشی و رسم نمودار وزن، تسهیل و افزایش تغییرات فکری مثبت حاصل از اجرای فنون قبلی، آموزش فنون تجسم عقلانی - هیجانی و تعیین تکالیف خانگی   |
| جلسات ۹ تا ۱۲. جلسات پیگیری درمان  | وزن‌کشی و رسم نمودار وزن، مرور تکالیف قبلی و بررسی فرم‌های خودیاری، برگه خودپایی و برگه تصویر بدن و بحث و تبادل نظر، رفع اشکال در مورد آموزش‌های قبلی، تاکید بر نقش خود.           |

## یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق در جدول شماره ۱ آورده شده است. همان‌گونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نمره شاخص توده بدنی، خودکارآمدی وزن و تصویر بدن گروه‌های آزمایش، پلاسیبو و فهرست انتظار در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آمده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق

| مرحله     | گروه         | میانگین نمایه توده بدن | انحراف استاندارد نمایه توده بدن | میانگین خودکارآمدی وزن | انحراف استاندارد خودکارآمدی وزن | میانگین تصویر بدن | انحراف استاندارد تصویر بدن |
|-----------|--------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|-------------------|----------------------------|
| پیش‌آزمون | آزمایش       | ۲۹/۰۹                  | ۳/۵۶                            | ۳۴/۷۵                  | ۱۵/۹۳                           | ۵۴/۱۶             | ۸/۲۵                       |
|           | پلاسیبو      | ۲۷/۴۴                  | ۳/۴۸                            | ۴۴                     | ۸                               | ۶۲/۷۵             | ۷/۹۹                       |
|           | فهرست انتظار | ۲۸/۸۵                  | ۵/۳۶                            | ۴۴/۱۶                  | ۱۳/۶۹                           | ۵۷/۳۳             | ۸/۶۱                       |
| پس‌آزمون  | آزمایش       | ۲۸/۶۷                  | ۳/۳۰                            | ۶۸/۹۱                  | ۹/۹۶                            | ۳۵/۶۶             | ۵/۱۲                       |
|           | پلاسیبو      | ۲۷/۵۶                  | ۳/۵۵                            | ۴۰/۳۳                  | ۱۰/۲۲                           | ۵۶/۹۱             | ۱۱/۵۱                      |
|           | فهرست انتظار | ۲۹/۳۱                  | ۵/۷۴                            | ۳۹/۹۱                  | ۱۴/۶۱                           | ۵۴/۵۰             | ۷/۰۷                       |
| پیگیری    | آزمایش       | ۲۷/۷۵                  | ۲/۸۷                            | ۶۹/۰۸                  | ۹/۶۹                            | ۳۷/۶۶             | ۴/۸۸                       |
|           | پلاسیبو      | ۲۷/۷۷                  | ۳/۷۶                            | ۴۵/۰۸                  | ۱۱/۰۹                           | ۵۶/۲۵             | ۵/۸۰                       |
|           | فهرست انتظار | ۲۹/۵۸                  | ۵/۷۰                            | ۴۰/۳۳                  | ۱۳/۳۳                           | ۴۴/۷۵             | ۱۰/۵۹                      |

جهت بررسی معنی‌داری تفاوت بین میانگین گروه‌های آزمایش، پلاسیبو و فهرست انتظار برای سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. جهت استفاده از روش تحلیل کوواریانس مفروضه‌های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنف و برای بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج نشان دهنده‌ی رعایت و برقراری این پیش‌فرض‌ها برای انجام تحلیل کوواریانس بود. همچنین مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها نشان داد که بین گروه‌ها و پیش‌آزمون در شاخص خودکارآمدی وزن ( $F=۲/۴۷$ ،  $p=۰/۱۰$ )، تصویر بدن ( $F=۲/۳۷$ ،  $p=۰/۱۱$ ) و نمایه توده بدنی ( $F=۲/۰۶$ ،  $p=۰/۱۴$ ) تعامل وجود ندارد. پس از بررسی و تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها و مفروضه‌ی یکسانی شیب رگرسیون‌ها،

مستقل بودن گروه‌ها مورد توجه است که چون آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، این مفروضه هم مورد تأیید بود.

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $p < 0/05$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه از سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت بررسی این تفاوت، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

| اندازه اثر | سطح معنی‌داری | df خطا | df فرضیه | F     | ارزش | آزمون              |
|------------|---------------|--------|----------|-------|------|--------------------|
| ۰/۴۰       | ۰/۰۰۱         | ۵۸     | ۶        | ۶/۵۵  | ۰/۸۰ | اثر پیلاپی         |
| ۰/۵۲       | ۰/۰۰۱         | ۵۶     | ۶        | ۱۰/۲۰ | ۰/۲۲ | لامبدای ویلکز      |
| ۰/۶۱       | ۰/۰۰۱         | ۵۴     | ۶        | ۱۴/۵۰ | ۳/۲۲ | اثر هتلینگ         |
| ۰/۷۶       | ۰/۰۰۱         | ۲۹     | ۳        | ۳۰/۶۶ | ۳/۱۷ | بزرگ‌ترین ریشه روی |

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

| اندازه اثر | سطح معنی‌داری | F     | میانگین | df | مجموع مجذورات | متغیر           |
|------------|---------------|-------|---------|----|---------------|-----------------|
| ۰/۲۳       | ۰/۰۱          | ۴/۸۵  | ۱۵/۰۶   | ۲  | ۳۰/۱۰         | نمایه توده بدنی |
| ۰/۷۳       | ۰/۰۰۱         | ۴۳/۳۳ | ۴۰۵۹/۷۷ | ۲  | ۸۱۱۹/۵۵       | خودکارآمدی وزن  |
| ۰/۵۳       | ۰/۰۰۱         | ۱۸/۵۹ | ۱۱۱۷/۹۹ | ۲  | ۲۲۳۵/۹۹       | تصویر بدن       |

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات گروه‌ها در پس‌آزمون، در هر سه متغیر معنی‌دار است. میزان این تفاوت در متغیر خودکارآمدی وزن ۰/۷۳ و در متغیر تصویر بدن ۰/۵۳ و در نمایه توده بدنی ۰/۲۳ است، یعنی ۰/۷۳ درصد تفاوت گروه‌ها در متغیر خودکارآمدی وزن و ۰/۵۳ درصد تفاوت گروه‌ها در متغیر تصویر بدن و نیز ۰/۲۳ درصد در نمایه توده بدنی مربوط به مداخله آزمایشی است؛ بنابراین میانگین حداقل یکی از گروه‌ها با گروه‌های دیگر در این متغیرها متفاوت است. در ادامه جهت مشخص نمودن این که کدام

گروه‌ها باهم تفاوت دارند از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴، مقایسه‌های تعقیبی نشان می‌دهند که در زمینه متغیر نمایه توده بدن بین گروه آزمایش و فهرست انتظار تفاوت معنی‌دار است ( $p \leq 0/01$ ) ولی بین گروه آزمایش و پلاسیبو تفاوت معنی‌دار نمی‌باشد ( $p = 0/13$ ) یعنی با توجه به این که هر دو گروه آزمایش و پلاسیبو برنامه رژیم غذایی دریافت کرده بودند، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون کاهش وزن داشتند ولی فهرست انتظار کاهش وزنی نداشتند.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

| مقیاس           | مقایسه                 | تفاضل میانگین | خطای معیار | سطح معنی‌داری |
|-----------------|------------------------|---------------|------------|---------------|
|                 | آزمایش و فهرست انتظار  | -۲/۱۸         | ۰/۷۱       | ۰/۰۱          |
| نمایه توده بدن  | پلاسیبو و فهرست انتظار | -۰/۶۶         | ۰/۷۲       | ۱             |
|                 | آزمایش و پلاسیبو       | -۱/۵۲         | ۰/۷۲       | ۰/۱۳          |
|                 | آزمایش و فهرست انتظار  | ۳۴/۰۴         | ۴/۱۳       | ۰/۰۰۱         |
| خود کارآمدی وزن | پلاسیبو و فهرست انتظار | ۰/۵۰          | ۳/۹۵       | ۱             |
|                 | آزمایش و پلاسیبو       | ۳۳/۵۴         | ۴/۱۳       | ۰/۰۰۱         |
|                 | آزمایش و فهرست انتظار  | -۱۷/۵۴        | ۳/۲۰       | ۰/۰۰۱         |
| تصویر بدن       | پلاسیبو و فهرست انتظار | ۰/۲۱          | ۳/۲۸       | ۱             |
|                 | آزمایش و پلاسیبو       | -۱۷/۷۶        | ۳/۴۶       | ۰/۰۰۱         |

از لحاظ متغیر خود کارآمدی وزن، بین گروه آزمایش با فهرست انتظار و گروه پلاسیبو تفاوت معنی‌دار می‌باشد ( $p \leq 0/001$ ). یعنی درمان عقلانی - هیجانی رفتاری باعث افزایش خود کارآمدی وزن در گروه آزمایش در مقایسه با گروه‌های کنترل (فهرست انتظار و پلاسیبو) شده است. هم‌چنین بین میانگین‌های گروه آزمایش با گروه‌های فهرست انتظار و پلاسیبو از لحاظ متغیر تصویر بدن تفاوت معنی‌دار می‌باشد ( $p \leq 0/001$ )؛ یعنی درمان باعث کاهش نارضایتی تصویر بدن در گروه آزمایش شده است.

جهت بررسی اثر زمان‌بر تداوم تأثیر مداخله‌ی آزمایش، تحلیل‌های فوق روی میانگین نمره‌های پیگیری متغیرهای پژوهش با کنترل پیش‌آزمون نیز انجام گرفت؛ که نتایج این تحلیل

در جداول شماره ۵، ۶ و ۷ آورده شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

| اندازه اثر | سطح معنی داری | df خطا | df فرضیه | F     | ارزش | آزمون              |
|------------|---------------|--------|----------|-------|------|--------------------|
| ۰/۴۹       | ۰/۰۰۱         | ۵۸     | ۶        | ۹/۵۴  | ۰/۹۹ | اثر پیلاپی         |
| ۰/۵۴       | ۰/۰۰۱         | ۵۶     | ۶        | ۱۱/۱۵ | ۰/۲۰ | لامبدای ویلکز      |
| ۰/۵۸       | ۰/۰۰۱         | ۵۴     | ۶        | ۱۲/۸۳ | ۲/۸۵ | اثر هتلینگ         |
| ۰/۷۱       | ۰/۰۰۱         | ۲۹     | ۳        | ۲۳/۷۶ | ۲/۴۵ | بزرگ‌ترین ریشه روی |

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی میانگین نمره‌های پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

| اندازه اثر | سطح معنی داری | F     | میانگین | df | مجموع مجذورات | متغیر           |
|------------|---------------|-------|---------|----|---------------|-----------------|
| ۰/۳۹       | ۰/۰۰۱         | ۱۰/۵۲ | ۹۰/۸۲   | ۲  | ۱۸۱/۶۴        | نمایه توده بدنی |
| ۰/۶۵       | ۰/۰۰۱         | ۲۹/۹۰ | ۳۲۶۹/۲۱ | ۲  | ۶۵۳۸/۴۳       | خودکارآمدی وزن  |
| ۰/۴۴       | ۰/۰۰۱         | ۱۲/۸۲ | ۶۹۶/۷۹  | ۲  | ۱۳۹۳/۵۹       | تصویر بدن       |

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $p < 0.05$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت بررسی این تفاوت، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است. نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه در متغیرهای نمایه توده بدنی ( $F = 10.52, p < 0.001$ )، خودکارآمدی وزن ( $F = 29.90, p < 0.001$ ) و تصویر بدن ( $F = 12.82, p < 0.001$ ) معنی‌دار می‌باشد. با وجود سه گروه مختلف در این پژوهش، برای درک بهتر این تفاوت‌ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

همان گونه که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود مقایسه‌های تعقیبی در مرحله پیگیری نشان می‌دهند که در خصوص متغیر نمایه توده بدن، بین گروه آزمایش با فهرست انتظار ( $0.001$ ) و گروه آزمایش با گروه پلاسیبو ( $p \leq 0.004$ ) تفاوت معنی‌دار است؛ یعنی علی‌رغم این که هر دو گروه آزمایش و پلاسیبو برنامه رژیم غذایی دریافت کرده بودند و همان گونه که در

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پیگیری

| مقیاس           | مقایسه                 | تفاضل میانگین | خطای معیار | سطح معنی‌داری |
|-----------------|------------------------|---------------|------------|---------------|
|                 | آزمایش و فهرست انتظار  | -۵/۱۶         | ۱/۱۹       | ۰/۰۰۱         |
| نمایه توده بدن  | پلاسیبو و فهرست انتظار | -۰/۹۲         | ۱/۲۱       | ۱             |
|                 | آزمایش و پلاسیبو       | -۴/۲۳         | ۱/۲۰       | ۰/۰۰۴         |
|                 | آزمایش و فهرست انتظار  | ۳۲/۴۱         | ۴/۴۶       | ۰/۰۰۱         |
| خود کارآمدی وزن | پلاسیبو و فهرست انتظار | ۴/۸۱          | ۴/۲۶       | ۰/۸۰          |
|                 | آزمایش و پلاسیبو       | ۲۷/۶۰         | ۴/۴۶       | ۰/۰۰۱         |
|                 | آزمایش و فهرست انتظار  | -۶/۳۲         | ۳/۰۴       | ۰/۱۳          |
| تصویر بدن       | پلاسیبو و فهرست انتظار | ۱۰/۲۱         | ۳/۱۲       | ۰/۰۰۸         |
|                 | آزمایش و پلاسیبو       | -۱۶/۵۳        | ۳/۲۸       | ۰/۰۰۱         |

جدول شماره ۴ ملاحظه شد، در مرحله پس‌آزمون هر دو گروه آزمایش و پلاسیبو کاهش وزن داشتند ولی با توجه به مندرجات جدول ۷، گروه آزمایش علاوه بر کاهش وزن، قادر به حفظ وزن کاهش‌یافته خود در طول دوره پیگیری دو ماه و نیم نیز بودند، در حالی که گروه پلاسیبو در این مدت افزایش وزن داشتند.

هم‌چنین بین میانگین‌های گروه آزمایش با گروه‌های پلاسیبو و فهرست انتظار در مرحله پیگیری از لحاظ متغیر خود کارآمدی وزن تفاوت معنی‌دار می‌باشد ( $p \leq 0/001$ )؛ یعنی درمان عقلانی - هیجانی رفتاری باعث افزایش خودکارآمدی وزن شده است. از لحاظ متغیر تصویر بدن بین گروه آزمایش با فهرست انتظار تفاوت معنی‌دار نمی‌باشد ( $p = 0/13$ ) در حالی که بین گروه آزمایش و پلاسیبو تفاوت معنی‌دار می‌باشد ( $p \leq 0/001$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که درمان عقلانی - هیجانی رفتاری می‌تواند باعث کاهش نمایه توده بدن و نیز حفظ وزن کاهش‌یافته در آزمودنی‌های گروه آزمایش شود. با توجه به این که استفاده از این درمان در کاهش وزن برای اولین بار در این پژوهش مطالعه و بررسی گردید بنابراین نتایج تحقیقاتی در این خصوص جهت مقایسه با نتایج پژوهش حاضر موجود نیست. به همین خاطر به نتایج سایر درمان‌های روان‌شناختی در خصوص کاهش وزن استناد می‌شود.

صادقی و همکاران (۱۳۸۹)، در پژوهشی نشان دادند که رفتار درمانی شناختی در کاهش وزن زنان مبتلابه چاقی مؤثر بوده است. دانیلسن و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش خود اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر خانواده را بر نمایه توده بدن، در کودکان مبتلابه چاقی مؤثر دانستند. برنان و همکاران (۲۰۰۷)، نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری و مصاحبه انگیزشی در کاهش وزن نوجوانان دارای اضافه‌وزن و چاق تأثیر دارد؛ بنابراین می‌توان گفت که نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهشگران فوق از این نظر که درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش نمایه توده بدنی تأثیر دارد همخوانی دارد.

در خصوص تبیین این یافته می‌توان به زیر بنای درمان عقلانی-هیجانی رفتاری اشاره کرد. این درمان به واسطه تشخیص و تمیز باورهای منطقی از غیرمنطقی در مورد افکار و هیجانات و نیز شناخت و تمیز هیجانات منفی سالم از هیجانات منفی ناسالم به افراد دارای اضافه‌وزن و چاق کمک می‌کند که در موقعیت‌های هیجانی پرخوری نکنند و بتوانند رفتار خوردن خود را کنترل کنند؛ زیرا نتایج برخی از تحقیقات از جمله دوگان و همکاران (۲۰۱۱)، نشان داده است که افراد چاق از غذا خوردن هیجانی به‌عنوان تدبیری برای مقابله با هیجان‌های منفی استفاده می‌کنند. همچنین این درمان به افراد دارای اضافه‌وزن یاد می‌دهد که با تغییر در باور غیرمنطقی "تحمل کم ناکامی"، بتوانند رفتار خوردن خود را در موقعیت‌های وسوسه‌انگیز کنترل کنند. تحمل کم ناکامی به این معنا است که فرد دارای اضافه‌وزن نمی‌تواند ناراحتی یا ناکامی را تحمل کند. برای مثال تحمل گرسنگی یا نخوردن غذاهای لذیذ و یا ورزش کردن را ندارد؛ که این مداخله با شناسایی چنین باورهای غیرمنطقی و زیر سوال بردن این باورها و جایگزین کردن باورهای منطقی به افراد دارای مشکل وزن در جهت ارتقای رفتارهای بهداشتی و وضعیت سلامتی آنان کمک می‌کنند.

علاوه بر این تحلیل داده‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بود که این درمان باعث افزایش خودکارآمدی وزن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. در مطالعه‌ای تجربی نویدیان و همکاران (۱۳۸۸) نشان دادند که نمره گروه دریافت‌کننده مصاحبه انگیزشی نسبت به گروه کنترل، در مقیاس خودکارآمدی وزن و خرده مقیاس‌های آن معنی‌داری بیشتری داشته است، که نتایج آن همسو با نتایج پژوهش حاضر است، به این معنی که مداخله‌های روان‌شناختی باعث افزایش خودکارآمدی وزن در افراد دارای اضافه‌وزن می‌شوند. با توجه به این که خودکارآمدی

به باور و اطمینان فرد به توانایی خود در به نمایش گذاشتن رفتاری خاص حتی در یک موقعیت وسوسه‌برانگیز دلالت دارد، درمان عقلانی-هیجانی رفتاری با آموزش باورها و رفتارهای جدید مؤثر، افزایش تحمل ناکامی و در نتیجه‌ی آن کنترل رفتار خوردن در موقعیت‌های وسوسه‌برانگیز و فشارهای اجتماعی و نیز با کاهش و حذف باور غیرمنطقی تحقیر خود و به تبع آن پذیرش خود و اطمینان به توانایی‌ها و قابلیت‌های خود در کنترل هیجانات و رفتارهای خوردن، باعث افزایش خودکارآمدی وزن شده است.

همچنین تحلیل داده‌ها نشان داد که به دنبال آموزش درمان عقلانی-هیجانی نارضایتی از تصویر بدن در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش در مقایسه با گروه پلاسیبو و فهرست انتظار کاهش یافته بود ولی در مرحله پیگیری بررسی میانگین‌ها نشان داد که علی‌رغم افزایش وزن در گروه فهرست انتظار، نارضایتی از تصویر بدن در آن‌ها نسبت به گروه آزمایش کاهش یافته است؛ بنابراین می‌توان گفت که احتمالاً افراد در چنین شرایطی دست به پدیده انکار می‌زنند. برای تبیین این یافته می‌توان از نظریه ناهماهنگی شناختی سود جست. این که فرد می‌داند نارضایتی از تصویر بدنش به دنبال افزایش وزن برای او ایجاد شده است و از طرفی هم نمی‌تواند وزن خود را کاهش دهد بنابراین برای رفع این حالت ناهماهنگی ناراحت‌کننده، انکار می‌کند که از ظاهر خود ناراضی است. با توجه به این که میانگین نارضایتی از تصویر بدن گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون با وجود کاهش وزن، به مقدار کمی افزایش نشان داده است را می‌توان با نظریه تصویر بدن بازمانده (کش، ۱۹۹۰) تبیین کرد. این دیدگاه اعتقاد دارد که برخی از افراد که وزن کم کرده‌اند، هنوز نارضایتی از تصویر بدن را، هم مانند افراد دچار اضافه‌وزن تجربه می‌کنند. همچنین، این یافته که کاهش بیشتر وزن با بهبودی بیشتر در تصویر بدن همراه نیست، وجود یک "آستانه کاهش وزن" را مطرح می‌کند. گاهی کاهش کم وزن ممکن است بهبودی معنی‌داری را در تصویر بدن پدید آورد، اما بهبودی‌های بیشتر در تصویر بدن ممکن است با کاهش زیادتر در وزن همراه نباشند.

پژوهش حاضر هم مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود که از آن جمله می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره نمود. همچنین پژوهش حاضر روی نمونه‌هایی از نوجوانان دختر شهر اهواز انجام شده، بنابراین باید در تعمیم دهی نتایج به پسران و گروه‌های سنی کمتر احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی در این راستا با تعداد

نمونه‌های بیشتر و برای هر دو جنس که امکان مقایسه هم وجود داشته باشد انجام شود. با توجه به این که نگرش منفی نسبت به چاقی در جوامع در حال پیشرفت نیز رو به گسترش است. خطر بروز مشکلات روانی و رفتاری هیجانی از جمله نارضایتی از تصویر بدن، افسردگی، هراس اجتماعی، عزت‌نفس پایین، رشد رفتارهای خوردن ناسازگار، حساسیت در روابط بین فردی و نیز مشکلات جسمی مانند بروز دیابت نوع دوم، فشارخون و کلسترول بالا و به طور کلی کاهش سلامت عمومی در نوجوانان چاق نیز افزایش خواهد یافت. کاهش وزن این گروه از افراد باعث بهبودی شایان توجه در بیماری‌های ناشی از چاقی و افزایش کیفیت زندگی می‌شود؛ بنابراین، توجه و پیگیری مسئله چاقی و گسترش مداخله‌های مؤثر روان‌شناختی علاوه بر این که اقدام مهمی در پیشگیری و کاهش مشکلات روان‌شناختی ناشی از اضافه‌وزن می‌باشد، باعث کاهش وزن پایدار هم می‌گردد؛ زیرا این درمان‌ها، از جمله درمان عقلانی-هیجانی رفتاری به افراد کمک می‌کند که به جای رژیم‌های موقت و مکرر، با تغییر در افکار، احساسات و باورهای خود و افزایش رفتارهای سالم خوردن، کنترل رفتارهای خود در موقعیت‌های هیجانی و ارتقای توانایی‌ها و باورهای منطقی بتوانند به ابقای وزن کاهش‌یافته برسند. بنابراین آشنا کردن والدین و نوجوانان با خطرات چاقی و نیز رفتارهای سالم برای کنترل وزن به‌عنوان اقدامات پیشگیرانه و همچنین حضور یک روان‌شناس در درمانگاه‌ها و کلینک‌های چاقی، جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی هم‌آیند با چاقی پیشنهاد می‌گردد.

### منابع

- اسدی نوقابی، فریبا (۱۳۸۷). بررسی شیوع چاقی و اضافه‌وزن در کودکان سن مدرسه شهرستان بندرعباس. *مجله پزشکی هرمزگان*، سال پانزدهم، شماره ۳، ۲۱۸-۲۲۶.
- الیس، آلبرت، آبرامس، مایکل و دنگلجی، لیدیا (۱۳۸۵). *هنر و علم عاقلانه خوردن*. ترجمه: مهرداد فیروزبخت، تهران: نشر رسا.

بساکن‌نژاد، سودابه و غفاری، مجید (۱۳۸۶). رابطه بین ترس از بدریختی بدنی و اختلالات روان‌شناختی در دانشجویان، *مجله علوم رفتاری*، دوره ۱، شماره ۲، ۱۷۹-۱۸۷.

بساکن‌نژاد، سودابه، مهربابی‌زاده‌هنرمند، مهناز، حسنی، محدثه و نرگسی، فریده (۱۳۹۱). اثربخشی روایت درمانی گروهی بر نگرانی از بدریختی بدنی در دانشجویان دختر. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۲، ۵-۱۱.

شاکری، معصومه، مجتهدی، سیدیوسف، ناصریان، جواد و مرادخانی، مریم (۱۳۹۱). بررسی برخی عوامل مؤثر بر چاقی در نوجوانان دختر مدارس راهنمایی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران. *مجله دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران* پی‌اورد سلامت، دوره ۶ شماره ۵، ۴۱۱-۴۰۳.

صادقی، خیراله، غرایبی، بنفشه، فتی، لادن و مظهری، سیدضیاءالدین (۱۳۸۹). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در درمان مبتلایان به چاقی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال شانزدهم، شماره ۲، صفحه ۱۱۷-۱۰۷.

عمیدی مظاهری، مریم و حسینی، محسن (۱۳۸۹). شیوع اضافه‌وزن و چاقی در دختران دبیرستانی شهر اصفهان. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، شماره ۱، دوره ۶.

کلینشادی، رویا، هاشمی‌پور، مهین، صراف‌زادگان، فضال، صدری، غلامحسین، انصاری، رضوان و علیخانی، حسن (۱۳۸۰). فراوانی اضافه‌وزن و چاقی در نوجوانان و ارتباط آن با عوامل محیطی. *مجله دانشکده پزشکی تهران*، سال ۶۱، شماره ۴، ۲۷۳-۲۶۰.

مکیان، سمیه سادات، اسکندری، حسین، برجعلی، احمد و قدسی، دل آرام (۱۳۸۹). مقایسه تأثیر روایت درمانی و رژیم درمانی بر شاخص تصویر بدن زنان مبتلابه اضافه‌وزن و چاقی. *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، سال پانزدهم، شماره ۵، ۲۳۲-۲۲۵.

نویدیان، علی، کرمان ساروی، فتیحه و ایمانی، محمود (۱۳۹۱). رابطه‌ی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن با اضافه‌وزن و چاقی. *مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره‌ی چهاردهم، شماره‌ی ۶، ۵۶۳-۵۵۶.

نویدیان، علی، عابدی، محمدرضا، باغبان، ایران، فاتحی‌زاده، مریم‌السادات و پورشریفی، حمید (۱۳۸۸). اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی مربوط به وزن در مردان دارای

اضافه‌وزن. *مجله علوم رفتاری*، دوره ۴، شماره ۲.

Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance Aesthetics, attributes, and images In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body images: Development, deviance, and change* (51-79). New York: Guilford Press.

Bas, M., & Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*, 52, 209-16.

Bergeron, P., & Derek, M. A. (2007). *The Relationship Between image Dissatisfaction and Psychological Health: An Exploration of Body image in young adult men*. Unpublished master's thesis southern Ohio State University.

Brennan, L., Walkley, J., Fraser, S. F., Greenway, K., & Wilks, R. (2007). Motivational interviewing and cognitive behavior therapy in the treatment of adolescent overweight and obesity: Study design and methodology, *Contemporary Clinical Trials*, 29 (2008) 359-375.

Brooks-Worrell, B., Greenbaum, C., Palmer, J., & Pihoker, C. (2004). Autoimmunity to islet proteins in children diagnosed with new-onset diabetes. *Journal Clinical Endocrinology Metabolism*. 89, 2222-2227.

Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance:

Cash, T. F. (2002). *Cognitive-behavioral perspectives on body image. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York. Guilford Press.

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, 239-744.

Colombo, O., Villani, S., Pinelli, G., Trentani, C., Baldi, M., Tomarchio, & et al. (2008). To treat or not to treat: Comparison of different criteria used to determine whether weight loss is to be recommended. *Nutrition Journal*; 7, 5.

Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Hawker, D. M. (2003). *Cognitive-behavioral treatment of obesity, a clinicians guide*. New York: Guilford Press.

Cromley, T., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Boutelle, K. N. (2010). Parent and family associations with weight-related

- behaviors and cognitions among overweight adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 47, 263–269.
- Danielsen, Y. S., Nordhus, I. S., Juliusson, P. B., Mahle, M., & Pallesen, S. (2012). Effect of a family-based cognitive behavioral intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7–13): A randomized waiting list controlled trial, *Obesity Research & Clinical Practice* (2013) 7, e116–e128.
- Dogan, T., GocetTekin, E., & Katrancioglu, A. (2011). Feeding your feelings: A self-report measure of emotional eating. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 15, 2074-2077.
- Flock M, Farhat T, Haynie D. Association between weight status and weight control behaviors of US adolescents: Variation by body image. Poster presented at the annual meeting of the National Institutes of Health Spring Research Festival; Bethesda, MD. 2009. May.
- Grossniklaus, D. A., Dunbar, S. B., Gary, R., Tohillbc, Frediani, J. K., & Higgins, M. K. (2011). Dietary energy density: A mediator of depressive symptoms and abdominal obesity or independent predictor of abdominal obesity. *Journal Cardiovasc Nurs*; 27.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2006). *Textbook of medical physiology*. 11th ed. St. Louis: Mosby, 230-245.
- Hays, N. P., Bathalon, G. P., McCrory, M. A., Roubenoff, R., Lipman, R., & Roberts, S. B. (2002). Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 years. *American Journal of Clinical Nutrition*. 75 (3), 476-83.
- Hutchinson, D., & Rappe, R. (2007). Do friends share similar body image eating problem? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1557- 1577.
- Ivarsson, T., Svalander, P., Litler, O., & Nevonen, L. (2006). Weight concern, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eating behaviors*, 7, 161-175.
- Karen, I., & Jarry, J. L. (2008). Investment in body image for self-definition results in greater vulnerability to the thin media than does investment in appearance management. *Body Image*. 5, 59–69.
- Levine, M. P., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*. 1, 57–70.
- Liou, D. (2004). Influence of self-efficacy on fat-related dietary behavior in Chinese Americans. *International Journal of Health*

*Education*, 7, 27-37.

- Martin, P. D., Dutton, G. R., & Brantley, P. J. (2004). Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obesity Research*, 12, 646-51.
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P.J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does body satisfaction matter? Five -year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. *Journal of Adolescent Health*, 39, 244-251.
- Ogden, C., & Carroll, M. (2010). Prevalence of obesity among children and adolescents: United States, *NCHS Health E-Stat*. 2010. Last updated: June, 2010. [http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity\\_child\\_07\\_08/obesity\\_child\\_07\\_08.htm](http://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity_child_07_08/obesity_child_07_08.htm).
- Petrie, T., & Rogers, R. (2001). Extending the discussion of eating disorders to include men and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 263-273.
- Philips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*, New York: Oxford University Press.
- Richman, R. M., Loughnan, G. T., Droulers, A. M., Steinbeck, K. S., & Caterson, I. D. (2001). Self-efficacy in relation to eating behavior among obese and non-obese women. *International Journal Obesity*. 25 (6), 907-13.
- Sava, F., Yates, B., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational-emotive-behavior therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (1), 36-52.
- Seths, M., & Musawenkosi, L. H. M. (2011). Relationship between obesity and blood pressure in school-going adolescents in the Limpopo Province of South Africa, *Obesity Research & Clinical Practice* (2012) ORCP-237; No. of Pages 7.
- Sherry, S. B., Vriend, J. L., Hewitt, P. L., Sherry, D. L., Flett, G. L., & Wardrop, A. A. (2009). Perfectionism dimensions, appearance schemas, and body image disturbance in community members and university students. *Body Image*, 6, 83-89.
- Shin, H., Shin, J., Liu, P. Y., Dutton, G. R., & Abood, D. A. (2011). Self-efficacy improve weight loss in overweight/Obese postmenopausal women during a 6 month weight loss intervention. *Nutrition Research*, 31, 822-8.
- Stahre, L., & Hallstrom, T. (2005). A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18

- months from the end of treatment: A randomized controlled trial, *Eat Weight Disorder*, 10, 51–8.
- Stahre, L., Tarnell, B., Hakanson, C. E., & Hallstrom, T. (2007). A randomized controlled trial of two weight-reducing short-term group treatment programs for obesity with an 18-month follow-up, *International Journal Behavior Med*, 14, 48–55.
- Steinberger, J., & Daniels, S. R. (2003). Obesity, insulin resistance, diabetes, and cardiovascular risk in children. An American Heart Association Scientific Statement from the Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee *Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism*. *Circulation*, 107, 1448–1453.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31, 569–582.
- Vanderwal, J. S., Johnston, K. A., & Dhurandhar, N.V. (2007). Psychometric properties of the state and trait food cravings questionnaires among overweight and obese persons. *Eat Behave*, 8, 211–23.
- Washington, R. L. (2008). Metabolic syndrome—No longer an adult only disease. *The Journal of Pediatrics*, 152, A1.
- Werrij, M. Q., Jansena, A., Mulken, S., Hermien, J. E., Amenta, A. J. H. A., & Harm, J. H. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity, *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 315–324.
- Wilson, J. M. B., Tripp, D. A., & Boland, F. J. (2005). The relative contributions of subjective and objective Measures of body shape and size to body image and disordered eating in women. *Body Image*, 2, 233–247.