

اثر بخشی رفتار درمانی شناختی بر افزایش عزت نفس و کاهش اختلال خوردن زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان

کاظم قجاوند^۱، نرگس ابراهیمی خبیر^۲

^۱استادیار گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر

^۲دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد رشته راهنمایی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال خوردن و عزت نفس بود. جامعه‌ی آماری عبارت است از کلیه ی زنان دارای اضافه‌وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و تغذیه ی شهر اصفهان در پاییز و زمستان ۱۳۹۶ بود. نمونه‌گیری بصورت در دسترس انجام گردید. تعداد ۳۰ نفر زن دارای اضافه‌وزن در غالب دو گروه ۱۵ نفره، آزمایش و کنترل تقسیم شدند. به گروه آزمایش ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری آموزش داده شد. ابزار گرد آوری داده‌ها پرسش نامه ی اختلال خوردن کارنر و همکاران، پرسش نامه ی عزت نفس آیزنک بود. از آزمونهای کولموگروف اسمیرنوف، لوین و تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. نتایج پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری بر کاهش اختلال خوردن، افزایش عزت نفس اثر بخشی داشته است ($P < 0/05$). در نتیجه می توان بیان نمود که درمان شناختی رفتاری می تواند سبب تغییرات سودمند و مفید در زمینه ی متغیر های مورد مطالعه گردد، لذا می توان از این روش برای افزایش عزت نفس و کاهش اختلال خوردن در میان زنان استفاده نمود.

کلیدواژه ها: درمان شناختی رفتاری، اختلال خوردن و عزت نفس.

مقدمه

سلامت جسمانی و روانی زنان در سالهای اخیر مورد توجه پژوهشگران و اندیشمندان مختلف قرار گرفته است عوامل زیادی ممکن است در نگرش زنان نسبت به وضعیت بدن آنان تاثیر گذار باشد برخورداری از اندامی مناسب و متناسب با وزن برای زنان در سال های اخیر به موضوع مهم و جدی مبدل شده است در این میان برای کاهش وزن زنان روشهای مختلفی را تجربه می نماید که می توان به انواع عمل های جراحی و مصرف دارو اشاره نمود. در این میان نگرش زنان نسبت به وزن خود تابعی از متغیرهای عزت نفس و اختلال خوردن می باشد. با اینکه شیرازه ی اصلی خانواده ها با حضور زن تشکیل می گردد، سلامت این قشر از جامعه، نقش مهمی در حفظ بنیان خانواده و موفقیت جامعه ایفا می کند. شایسته است تا زمینه را برای آگاه سازی، فرهنگ سازی و پیشگیری از ابتلا و درمان بیماریها در میان بانوان فراهم آوریم. زیرا چاقی بیش از حد با انواع بیماریها و میزان بالای مرگ و میر، رابطه ی نزدیکی دارد. تصویری را هم که رسانه های عمومی از اندام ایده ال نشان می دهند در رفتارهای خوردن تاثیر می گذارد. (گنجی، ۱۳۸۹). با توجه به شیوع قابل توجه این اختلال در کشور ما و فقدان پژوهش های کافی در حوزه بررسی اثر بخشی مداخلات روانشناختی بر اختلال پر خوری، در این پژوهش قصد بر این است که اثر بخشی شکل کوتاه مدت درمان شناختی - رفتاری بر این اختلال و مشکلات همراه با آن مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد. (آذری و همکاران، ۱۳۹۱) تغذیه سالم یکی از اجزای سبک زندگی سالم است. سبک زندگی شامل رفتار هایی مانند عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، عدم استعمال دخانیات و الکل، ایمن سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت های خانواده و جامعه می باشد. بین سلامتی و سبک زندگی افراد ارتباط و همبستگی وجود دارد. تغییر در سبک زندگی و گرایش به زندگی سالم، با تغذیه مناسب، استفاده از مکمل های غذایی، ورزش منظم، کاهش وزن و دریافت چربی، کاهش استرس، عدم استفاده از دخانیات، کاهش مصرف نمک، مصرف میوه و سبزیجات در رژیم غذایی و مصرف متعادل آب امکان پذیر خواهد بود. یکی از اهداف برنامه سلامت مردم در سال ۲۰۲۰ ترویج و توسعه سلامت و رفتار های سالم در هر مرحله از زندگی است. بسیاری از مشکلات بهداشتی مانند چاقی، اختلالات قلبی و عروقی با دگرگونی های سبک زندگی در رابطه است. سبک زندگی متناسب همچنین یکی از عوامل تاثیر گذار در بروز بیماری های مزمن از جمله فشار خون بالا، سیروز کبدی، زخم معده و بیماری های قلب و عروق می باشد. سبک زندگی تاثیر بارزی در پیشگیری یا ایجاد بیماری های قلبی عروقی دارد و تعدیل آن در کنترل عوارض این بیماری موثر است. یکی از زیر بنایی ترین و مهمترین عوامل مؤثر در سلامتی روان «عزت نفس» می باشد که تقریباً در عموم اختلالات روانی، دست خوش تغییر و تزلزل میگردد. چنین به نظر می رسد که بحث پیرامون این موضوع، یک ضرورت مبنایی به منظور ارتقاء سطح بهداشت روانی در جامعه می باشد (اسدالهی و موسوی، ۱۳۷۶). عزت نفس از اصلی ترین عوامل رشد مطلوب شخصیت است و از دیدگاه اسلامی نیز انسان باید ارزش خویش را مبنی بر اینکه اشرف مخلوقات است و در بهترین صورت آفریده شده است و امانت الهی را بر دوش دارد بشناسد تا به عزت نفس نائل آید. در عین حال چاقی و اضافه وزن باعث میشود عزت نفس در انسان پایین بیاید و پایین بودن و عدم کارایی را در زندگی روزمره سبب میشود (گنجی، ۱۳۸۸) علاوه بر این افراد چاق از عزت نفس پایینی برخوردارند و عموماً رضایت زیادی را تجربه نمی کنند. با توجه به مواردی که گفته شد درمورد اختلال خوردن، این عارضه در زنان دارای اضافه وزن بالا باعث ناراحتی و غم و اندوه میشود و از وضعیت ظاهری و فیزیکی خود رضایت نداشته و به دنبال آن عزت نفس و اعتماد به نفس پایین تری دارند و پراشتهایی عصبی باعث میشود تا سلامتی جسمی و روانی این زنان به خطر بیفتد در نتیجه از درمان های دارویی مثل قرص های ضد افسردگی و درمان های شناختی رفتاری CBT و درمان های گروهی می توان استفاده کرد و CBT کمک می کند که باورهای غلط را از بین ببرند و تفکر خودشان نسبت به خوردن و وضعیت سلامتی تغییر پیدا کند. روشهای درمانی برای کنترل وزن در مدلهای گوناگونی صورت می گیرد که هر کدام عوارض خاصی برای بدن دارند و نیز هزینه های بسیاری را در بر می گیرند و یکی از روشهای درمان، روش شناختی - رفتاری هست که هنوز مورد بررسی علمی و تحقیق و پژوهش قرار نگرفته است و در این تحقیق سعی میشود کارآیی روش شناختی - رفتاری و اثر بخشی آن را روی دو مولفه گفته شده بسنجیم.

فرضیه ها

- ۱- درمان شناختی رفتاری بر بهبود اختلال خوردن در بین زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و تغذیه شهر اصفهان اثر بخشی دارد.
- ۲- درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس در بین زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و تغذیه شهر اصفهان اثر بخشی دارد.

روش شناسی پژوهش

در این تحقیق متغیر مستقل عبارت است از آموزش گروهی مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری (پروتکل آموزشی) و متغیر وابسته عبارت است از نمرات زیر مقیاسهای پرسش نامه های اختلال خوردن، عزت نفس، تصویر بدن و خودپنداره بود که پس از انتخاب نمونه بصورت داوطلبانه در دو گروه آزمایش و گواه اجرا گردید. سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل، مداخلات طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ایی تحت آموزش مبتنی بر پروتکل درمانی شناختی - رفتاری (CBT) هفته ایی دو بار به صورت گروهی انجام گردید.

تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پژوهشی پیش از مومن با گروه کنترل است.

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	گمارش تصادفی	مراحل گروهها
T _۲	X	T _۱	R	گروه آزمایش
T _۲	-	T _۱	R	گروه کنترل

جدول شماره ۱

جامعه‌ی آماری

عبارت است از کلیه ی زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و تغذیه ی شهر اصفهان در بازه زمانی پاییز و زمستان سال ۱۳۹۶ بوده است. تعداد تقریبی زنان مراجعه کننده به مراکز تغذیه و درمان شهر اصفهان مطابق با برآورد اداره ی سلامت معاونت درمان در شهرستان اصفهان طی پاییز و زمستان سال ۱۳۹۶ برابر با ۱۹۲۰ نفر گزارش شده است.

نمونه و روش نمونه گیری

با توجه به اینکه کفایت حجم نمونه از طریق توان آماری مشخص میگردد و در تحقیق نیمه تجربی و آموزشی در هر گروه آزمایشی و گروه گواه حداقل ۳۰ نفر باید باشد (گال و بورگ و گال، ۲۰۰۵: ترجمه نصر، عریضی، ابوالقاسمی) نمونه گیری در تحقیق حاضر به روش نمونه گیری در دسترس می باشد. از میان زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و تغذیه شهر اصفهان تعداد ۳۰ نفر به در دسترس و در یک گروه آزمایش و گواه بطور تصادفی قرار گرفتند. گروه آموزش، در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای آموزش درمان رفتاری - شناختی داده شده و به گروه کنترل هیچ گونه آموزشی ارائه نشده. مجدداً پس از ۸ جلسه آموزش پس از مومن بر روی هر دو گروه اجرا گردید تا تفاوت بین نمرات بررسی شود.

ابزار گردآوری اطلاعات

سنجش نشانگان اختلالات تغذیه و نگرش ها و رفتار های بیمار گونه خوردن و شناسایی بی اشتها بی عصبی و پراشتهایی عصبی است. شیوه نمره گذاری نسخه اولیه آزمون نگرش به تغذیه در سال ۱۹۷۹ توسط کانر همکاران با ۴۰ عبارت تهیه شد در مطالعات بعدی به دلیل طولانی بودن آزمون و اعتبار و روایی آن در سال ۱۹۸۹ نسخه ۲۶ ماده ای آزمون با اعتبار و روایی نسبتاً خوبی توسط موئلفان آماده شد. آزمون نگرش به تغذیه EAT-26 برای استفاده ترین ابزار استاندارد است که برای سنجش نشانگان اختلالات تغذیه ای به کار می رود (کارنر و گارفینگل، ۱۹۸۹) نسخه اخیر در مطالعات زیادی مورد استفاده قرار گرفته و دارای سه ریز مقیاس عادت غذایی، جوع یا تمایل به خوردن و کنترل دهانی است. به منظور تعیین روایی پرسش نامه ی تصویر بدن که توسط بک (۱۹۸۸) ابداع و طراحی گردید از روش روایی صوری استفاده شده است. آنها معتقدند پرسش نامه ی مذکور روایی بالایی داشته و نیز ضریب پایایی برای سنجش هر یک از متغیرهای این پرسش نامه بطور کلی برابر با

¹ Gal & Burg

² Carner & Garfingell

³ Beck

۰/۸۹ بدست آمد. پرسشنامه عزت نفس آیزنک^۱ (۱۹۷۶: به نقل از بیابان گرد، ۱۳۷۳) ۳۰ ماه دارد و آزمودنی برای پاسخ دادن به هر ماده باید یکی از سه گزینه (بلی)، (خیر) و یا (؟) را انتخاب کند. در این پرسشنامه پایین ترین نمره ممکن صفر و بالاترین نمره ۳۰ است. هرمزی نژاد (۱۳۸۰) در تحقیقی روی دانشجویان پسر ۰/۷۹ گزارش کرده است. همچنین وی، آزمون عزت نفس آیزنک اهواز را به طور همزمان روی دو نمونه دختر و پسر دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز اجرا کرده و ضرایب روایی محاسبه شده برای نمونه دختر ۰/۷۹ و برای نمونه پسر ۰/۷۴ را گزارش میکند که هر دو در سطح ۰/۰۱ p > معنادار هستند. نتایج یافته های وی نشان میدهد که این آزمون از ویژگی های روان سنجی مطلوب و رضایت بخشی بهره مند است. روایی خارجی این پرسش نامه در تحقیقی که توسط آیزنک (۱۹۸۹) انجام داده است روایی از طریق تایید اساتید و صاحب نظران بوده و ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای آن بطور کلی برابر با ۰/۸۱ گزارش شده است. در تحقیق داخلی که توسط شعیری (۱۳۹۲) با عنوان تاثیر خود پنداره بر عزت نفس و شادکامی دانشجویان دانشگاه شاهد در تهران انجام داده است روایی از طریق روش روایی محتوا و به تایید خبرگان و متخصصان رسیده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل سوالات معادل ۰/۸۳ گزارش شده است. این پرسشنامه ۲۶ گویه دارد.

طرح مداخله

تعداد ۳۰ نفر از زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و تغذیه شهر اصفهان قبل از شروع جلسات آموزشی، پرسشنامه های مربوط به پیش آزمون را تکمیل کردند که از بین آنها ۱۵ نفر به عنوان افراد مورد مطالعه در این پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. سپس زنان گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، هفته ای یکبار به صورت گروهی با رویکرد درمان شناختی رفتاری شرکت داده شدند، ضمن اینکه گروه کنترل در طی دوره مداخله نیز هیچگونه درمان با آموزشی را دریافت نکرد و در لیست انتظار برای دریافت خدمات روانشناختی و مشاوره با رویکرد رفتاری شناختی قرار گرفت. در انتهای جلسات آموزشی پس آزمون روی هر دو گروه انجام شد. طرح مداخله بر اساس پکیج آموزشی تهیه شده توسط خدایاری فرد و عابدینی (۱۳۸۹) از دانشگاه تهران تنظیم گردید. مدلی که بر اساس آن محتوای درمان استخراج شده است مدل درمان شناختی رفتاری می باشد. مدل استفاده شده در این پژوهش برای تبیین محتوای درمان بر اساس مدل پیشنهادی میچینام (۱۹۷۵) بوده است. میچینام در رویکرد خود معتقد است که تغییر خودآموزی می تواند منجر به رشد تکنیک های خود کنترل مناسب تر شود. این الگو چشم انداز ی تحولی را اتخاذ کرده و فرآیندی را بررسی می کند که توسط آن افراد می آموزند رفتارشان را کنترل کنند. این فرآیند چهار مرحله دارد: که شامل مشاهده شخص دیگر در حال انجام کار، تحریک توسط شخصی دیگر در ارتباط با همان کار، صحبت با خود به صورت بلند، و سر انجام آموزش نجوا کردن با خود / صحبت با خود می گردد. علاوه بر این الگوی بکار گرفته شده در این پژوهش بر اساس مدلی است که توسط مک مولین (۲۰۱۴) ارائه شده است.

¹i Zen

² machine

جلسه اول	معارفه اعضای گروه، انجام پیش آزمون، ارائه اطلاعات پایه ای در مورد روان درمانی شناختی رفتاری، بیان برگزاری این جلسات و هدف گروه، بیان و شرح اصول رازداری و دادن اطمینان به مراجعان به دلیل اطلاعات آنان.
جلسه دوم	بیان منطق درمان، رفتار و احساسات توضیح درباره ی ارتباط افکار و بیان تفاون افکار، توضیح در مورد سبکهای نا کار آمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول و توزیع کاربرد بازسازی افکار.
جلسه سوم	راهبردهای شناختی، بررسی و توضیح جلسه ی قبل، توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار و تعیین اثرات افکار اصلاح شده) و توزیع مجدد کاربرگهای افکار.
جلسه چهارم	راهبردهای شناختی، بررسی تکلیف جلسه ی قبل، بررسی زنجیره ی علت، پاسخ، پیامد، بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره ی مخرب.
جلسه پنجم	مواجهه در موقعیت های طبیعی و واقعی، بررسی تکلیف جلسه ی قبل، تعریف رفتار جرأت مندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جرأت مندانه داشتن مشکل است، خود گویی پیشنهادی برای افزایش جرأت ورزی، فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرأت مندانه و نمونه ایی از افکار و خود گویی ها ی منفی که مانع جرأت مندی می شود.
جلسه ششم	مواجهه در موقعیت های طبیعی و واقعی، تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش ها و راهکارهایی برای خود کنترلی بیشتر، راهکارهایی ددر مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند و توزیع کاربرد فعالیت های خوشایند.
جلسه هفتم	تمرین مداوم راهبرد های شناخت - رفتار درمان گری، بررسی تکلیف جلسه ی قبل، توضیح در مورد استرس و مدیریت استرس ها، راهکارهایی برای حل مسأله و آموزش آرامش عضلاتی.
جلسه هشتم	خاتمه دادن به جلسات گروهی و پیشگیری از بازگشت، ارزشیابی پس از درمان (اجرای پس آزمون)، بررسی تکلیف جلسه ی قبل، تعریف عزت نفس، بیان این نکته که چگونه خود ارزیابیهای منفی موجب عدم عزت نفس می شود، راهبردهایی برای بهبود عزت نفس و برنامه ریزی برای پیشگیری از عود و بیان ضرورت تمرین مهارتهای کسب شده در طول جلسات و ارزیابی پیشرفت کار، در نهایت برگزاری و گرفتن پس آزمون.

جدول شماره ۲

یافته های پژوهش

قبل از بررسی فرضیات پژوهش، فرض نرمال بودن متغیرها مورد بررسی قرار می گیرد که نتایج آن بصورت زیر می باشد:

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (نرمال بودن توزیع متغیرها) برای متغیرهای پژوهش

متغیر مورد بررسی	زمان مطالعه	آزمون کولموگروف اسمیرنوف	
		آماره ی Z	P-value
اختلال خوردن	قبل از آموزش	۱/۲۵۴	۰/۰۸۶
	بعد از آموزش	۱/۲۷۶	۰/۰۷۷
عزت نفس	قبل از آموزش	۱/۲۸۱	۰/۰۹۱
	بعد از آموزش	۱/۴۲۶	۰/۰۶۸

جدول شماره ۳

چنانچه در جدول مشاهده می شود، در همه مولفه های مورد بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار می باشد چون در این مولفه ها مقادیر P-value بزرگتر از ۰/۰۵ بوده است. بنابراین فرض نرمال بودن در آنها پذیرفته می شود. لذا استفاده از آزمون های پارامتریک برای داده های حاضر بلامانع می باشد.

پیش فرض دوم یکسانی واریانس ها

برای بررسی یکسانی واریانس ها از آزمون لوین استفاده شده است که نتایج آن در جدول زیر آمده است:

نتایج آزمون لوین (یکسان بودن واریانس متغیرها) برای متغیرهای پژوهش

متغیر مورد بررسی	آزمون لوین F	P-value
اختلال خوردن	۰/۰۲۰	۰/۰۸۸
عزت نفس	۳/۲۹۳	۰/۰۷۵

جدول شماره ۴

فرضیه اول: درمان شناختی رفتاری بر اختلال خوردن زنان دارای اضافه وزن اثربخشی دارد.

در جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد نمره ی اختلال خوردن زنان، قبل و بعد از درمان شناختی رفتاری ارائه شده است:

آماره های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمره ی اختلال خوردن

اختلال خوردن	قبل از آموزش		بعد از آموزش	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه گواه	۹/۶۳	۲/۸۷	۱۰/۷۳	۲/۶۴
گروه آزمایش	۱۲/۶۷	۳/۷۳	۸/۷۰	۴/۷۹

جدول شماره ۵

همان طور که مشاهده می شود براساس نتایج جدول ۳-۴ در گروه آزمایش، میانگین نمره ی اختلال خوردن زنان پیش از آموزش بطور میانگین ۱۲/۶۷ و پس از آموزش برابر ۸/۷۰ بوده است و در گروه گواه این میانگین در پیش از آموزش برابر ۹/۶۳ و در پس از آموزش برابر ۱۰/۷۳ بوده است. در جدول زیر نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال خوردن زنان دارای اضافه وزن بررسی شده است. در این تحلیل، متغیر اختلال خوردن زنان قبل از آزمون به عنوان کوواریت وارد مدل شده تا اثر آن کنترل شود و متغیر درمان شناختی رفتاری به عنوان متغیر مستقل و اثر گذار وارد مدل شده و متغیر اختلال خوردن زنان پس از آموزش به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شده است. که نتایج به صورت زیر می باشد:

نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال خوردن زنان دارای اضافه وزن

متغیر	میانگین مجزورات	F	P-value	Eta squared	Power	Eta
اختلال خوردن زنان	۱۵/۲۹۶	۲/۱۱۲	۰/۱۵۲	۰/۰۳۶	۰/۷۸	۰/۱۵۴
درمان شناختی رفتاری	۵۴۶/۹۳۴	۷۵/۵۰۸	<۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۰	۱/۰۰۰	-۶/۰۳۸

جدول شماره ۶

چنانچه در جدول مشاهده می شود، اثر درمان شناختی رفتاری بر اختلال خوردن زنان دارای اضافه وزن در سطح ۰/۰۱ معنادار می باشد. بنابراین گفته می شود که درمان شناختی رفتاری بر اختلال خوردن زنان دارای اضافه وزن موثر است. با توجه به مقدار بتا نتیجه می شود که بطور میانگین اختلال خوردن زنان گروه آزمایش ۶/۰۳۸ واحد کمتر از گروه گواه می باشد. بنابراین درمان شناختی رفتاری بر اختلال خوردن زنان دارای اضافه وزن تاثیر گذار است و باعث کاهش در اختلال خوردن در افراد گروه آزمایش شده است.

فرضیه دوم: درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس زنان دارای اضافه وزن اثربخشی دارد.

در جدول زیر میانگین و انحراف استاندارد نمره ی عزت نفس زنان، قبل و بعد از درمان شناختی رفتاری ارائه شده است:

جدول شماره ۷ آماره های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمره ی عزت نفس

عزت نفس	قبل از آموزش		بعد از آموزش	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه گواه	۱۶/۵۰	۹/۵۹	۱۶/۶۷	۲/۲۶
گروه آزمایش	۱۶/۶۳	۳/۱۵	۲۰/۲۷	۴/۷۲

همان طور که مشاهده می شود در گروه آزمایش، میانگین نمره ی عزت نفس زنان پیش از آموزش بطور میانگین ۱۶/۶۳ و پس از آموزش برابر ۲۰/۲۷ بوده است و در گروه گواه این میانگین در پیش از آموزش برابر ۱۶/۵۰ و پس از آن برابر ۱۶/۶۷ بوده است. در جدول زیر نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس زنان دارای اضافه وزن بررسی شده است. در این تحلیل، متغیر عزت نفس زنان قبل از آموزش به عنوان کوواریت وارد مدل شده تا اثر آن کنترل شود و متغیر درمان شناختی رفتاری به عنوان متغیر مستقل و اثر گذار وارد مدل شده و متغیر عزت نفس زنان به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شده است. که نتایج به صورت زیر می باشد:

نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس زنان دارای اضافه وزن

متغیر	میانگین مجزورات	F	P-value	Eta squared	Power	Eta
عزت نفس	۱۹/۸۷۹	۳/۳۰۷	۰/۰۷۴	۰/۰۵۵	۰/۴۳۲	۰/۲۰۳
درمان شناختی رفتاری	۴۶۵/۶۰۷	۷۷/۴۵۳	۰/۰۰۰۱<	۰/۵۷۶	۱/۰۰۰	۵/۵۷۳

جدول شماره ۸

همانطور که مشاهده می شود اثر درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس زنان دارای اضافه وزن در سطح ۰/۰۱ معنادار می باشد. بنابراین گفته می شود که درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس زنان دارای اضافه وزن موثر است. با توجه به مقدار بتا نتیجه می شود که بطور میانگین نمره ی عزت نفس گروه آزمایش ۵/۵۷۳ واحد بیشتر از گروه گواه می باشد. بنابراین درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس زنان دارای اضافه وزن تاثیر گذار است و باعث افزایش عزت نفس در افراد گروه آزمایش شده است.

تبیین

روش درمان شناختی رفتاری بر بهبود اختلال خوردن در بین زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و تغذیه ی شهر اصفهان اثر بخشی دارد. بر اساس نتایج این پژوهش مشخص شد که این یافته مورد تایید قرار گرفت و فرضیه ی پژوهش تایید گردید. پژوهش های متعددی هم راستا و هم سو با این یافته انجام شده است که از آن جمله می توان به تحقیقاتی که لوتار^۱ (۲۰۱۰) انجام داده است اشاره نمود. لوتار معتقد است که آموزش شناختی رفتاری توانسته است اختلال چاقی را در زنان مورد پژوهش به حداقل برساند. علاوه بر این مطهری و همکارانش (۱۳۹۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری می تواند اختلال خوردن را در میان زنان چاق دارای اضافه وزن را کاهش دهد. در تبیین این موضوع می توان بیان نمود که درمان شناختی رفتاری افراد را قادر می سازد تا تصویر واقع بینانه تری از خود داشته باشند و کنترل بیشتری را بر روی رفتار تغذیه ی خود به عمل بیاورند. همچنین درمان رفتاری شناختی به افراد کمک می کند نگرانی های خود را در خصوص موضوع خوردن به حداقل رسانده و از این منظر اضافه وزن کمتری را تجربه نمایند. آموزش به زنان در جلسات مختلف توانسته است شیوه ی زندگی زنان مورد مطالعه را تغییر دهد. علاوه بر این می توان بیان نمود که زنان دارای اضافه وزن مدیریت مناسبی بر رفتار خوردن نداشته اند و این موضوع سبب افزایش افکار خود آیند منفی در آنان شده است. علاوه بر این در تبیین این موضوع می توان بیان نمود که درمان شناختی رفتاری باورهای نادرست در مورد تغذیه و خوردن را در افراد مورد مطالعه تصحیح نموده است و سعی شده است ف اینگونه باورهای غلط کمتر مورد استفاده قرار بگیرد. لذا در نتیجه ی آموزش اختلال خوردن در بین زنان متقاضی کاهش یافته است. علاوه بر این می توان عنوان نمود که بازسازی شناختی شامل مدیریت خطاهای و تغییر افکار منفی و غیر مفید که جای خود را به افکار مثبت داده است، سبب شده است زنان دارای اضافه وزن از اختلال خوردن کمتری رنج ببرند. نتایج این پژوهش نشان داد که فرضیه ی فوق تایید شده است و آموزش شناختی رفتاری توانسته است میزان عزت نفس افراد را به ویژه در میان زنان دارای اضافه وزن کاهش دهد. این یافته با نتایج تحقیق گیلان^۲ (۲۰۱۳) همسویی دارد گیلان در پژوهش خود پیرامون بررسی رابطه ی بین درمان شناختی رفتاری و عزت نفس به این نتیجه رسیده است که از طریق باورهای نامطلوب می توان اعتماد بنفیس فرد را افزایش داد و در نهایت تصویر مثبت تری در فرد ایجاد می گردد. همچنین محبی (۱۳۹۵) در پژوهش خود بر این باور است که درمان شناختی رفتاری افراد را قادر می سازد تا تمرکز بیشتری بر داشته ها و اندوخته ها و سرمایه های، جسمانی، روانی و ذهنی خود داشته باشند، این نوع نگرش نسبت به سرمایه های مالی و جسمانی سبب می گردد فرد احساس بهتری را نسبت به خودش داشته باشد و بتواند از طریق دیدگاهی مثبت عزت نفس خود را افزایش دهد. رویکرد درمان شناختی رفتاری به افراد کمک می کند تا رفتارهای نادرست و ناصواب خود را کاهش دهند و این موضوع تأثیر مستقیم بر ارتقاء سطح عزت نفس فرد ایجاد می نماید از طریق جلسات شناختی رفتاری فرد قادر می شود افکار ناکارآمد خود را شناسایی نماید، آگاهیهای بیشتری در مورد استرس های خود داشته باشند. و بتواند مهارتهای مقابله ای مؤثر را در این زمینه بدست آورد، همچنین بازسازی شناختی در جلسات آموزش مورد تأکید درمانگر می باشد، نهایتاً بر آیند این مداخلات سبب می گردد فرد عزت نفس بالاتری را گزارش نماید. به نظر می رسد از طریق درمان شناختی رفتاری فرد فرا می گیرد که مراقبت بیشتری از تصویرهای خود نسبت به بدن داشته باشد و احساس مطلوب تری را گزارش نماید. این آموزشها باعث می شود که افراد مورد پژوهش قادر باشند که میزان استرس ها و اضطرابهای خود را کنترل کنند. و بر همین قاعده عزت نفس فرد افزایش پیدا کند. علاوه بر این، در تبیین این موضوع می توان بیان نمود که درمان شناختی رفتاری از طریق زدودن افکار ناسازگار ف کاهش برچسب زدن یا هرگونه نگاه دوتایی (بزرگ نمایی یا کوچک نمایی) در اهمیت مسائلی که برای فرد در مورد موقعیت های مختلف روی می دهد سبب می گردد شخص حس مفید تری را نسبت به خود نشان دهد. و همین موضوع عزت نفس وی را افزایش می دهد.

پیشنهادهات

۱- پیشنهاد می گردد در مراکز تغذیه و درمانی روانشناسان و مشاوران با استفاده از روش درمان شناختی رفتاری میزان عزت نفس مراجعان را سنجش و با تمرین های مختلف افزایش دهند.

¹ looter²Galati

۲- پیشنهاد می شود در مراکز تغذیه و کلینیک های زیبایی قبل از هر گونه عمل جراحی از طریق روش درمانی شناختی آموزش لازم به اعضا مراجعه کننده ارائه شود تا آنها بتوانند کمتر تقاضای عمل زیبایی داشته باشند.

۳- پیشنهاد می شود درمانگران از طریق درمان شناختی رفتاری ضمن شناسایی اختلالات خوردن بتوانند با آموزش متناسب از شدت این اختلال بکاهند.

منابع

- گنجی، ح (۱۳۸۹). آسیب‌شناسی روانی (جلد دوم). تهران: نشر ساوالان.
- آذری و همکاران، (۱۳۹۱). دوره ۴، شماره ۱۳، بهار ۱۳۹۴، صفحه ۶۳-۷۲، محسن کجویی؛ علی فتحی آشتیانی؛ عباسعلی اله یاری.
- خدایاری و عابدینی، (۱۳۸۹). گروه درمانگری شناختی- رفتاری. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی (۱۳۸۹). تهران: دانشگاه تهران.
- بک، قراچه داغی. (۱۳۷۲). عشق هرگز کافی نیست. شناخت درمانگری. ترجمه قراچه داغی. تهران: انتشارات هم آگاه (۱۹۸۸).
- شعیری، ف. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سبک های مقابله ای با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر نابینا. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی.
- بیابان کرد، م. (۱۳۷۳). بیماری روانی. تهران: بی با.
- مطهری، ف. (۱۳۹۴). بررسی رابطه باورهای خود کارآمدی و سخت رویی با استرس شغلی. تهران: نشریه کار و جامعه شماره ۶۶ موسسه کار و تامین اجتماعی.
- ابوالقاسمی، ش. (۱۳۸۲). اثر بخشی رفتار درمانی شناختی، دارویی و پلاسیبو در درمان اضطراب تعمیم یافته. رساله دکتری واحد علوم و تحقیقات تهران.
- موسوی، م. (۱۳۷۶). بررسی رابطه سبک های مقابله ای با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر نابینا. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی تهران.

- McMullan, R. A. (2014), the New Handbook of Cognitive Therapy, London: W.W.orton & Company, Inc.

- Michiana, J. A., Brown, T. P., Heinz, J. M., & Bishop, D. B. (1975). A multi-component intervention for modifying food selections in a worksite cafeteria. *Journal of Nutrition Education*, 19(6), 277-280.

-Gilt, F., Karaka, S., Sogucak, S., Gucci, O., & Kuloglu, M. (2013). Eating disorders and food addiction in men with heroin use disorder: a controlled study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 249-257.

-Looter. Barbara, R. Jay Turner, Lissette M. Saavedra. (2010). examine the relation between comorbid and pure (non-comorbid) anxiety disorders and both substance dependence and substance use problems. *Journal of Anxiety Disorders*,

Volume 19, Issue 3, Pages 275-294.

-I zinc, J. A., Brown, T. P., Heinz, J. M., & Bishop, D. B. (1989). A multi-component intervention for modifying food selections in a worksite cafeteria. *Journal of Nutrition Education*, 19(6), 277-280.