

اثر بخشی رفتار درمانی شناختی بر بهبود اختلال خوردن و تصویر بدن زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان

کاظم قجاوند^۱، نرگس ابراهیمی خبیر^۲

^۱ استادیار گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه آزاد واحد خمینی شهر

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

نویسنده مسئول:

کاظم قجاوند

چکیده

هدف از این پژوهش تعیین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلال خوردن و تصویر بدن بود. جامعه‌ی آماری عبارت است از کلیه ی زنان دارای اضافه وزن 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 تصویر بدن MBSRQ، بود. از آزمونهای کولموگروف اسمیرونوف، لوین و تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. نتایج پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری بر کاهش اختلال خوردن و تصویر بدن 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 بهبود تصویر بدن و کاهش اختلال خوردن در میان زنان استفاده نمود.

کلیدواژه ها: درمان شناختی رفتاری، اختلال خوردن و تصویر بدن.

مقدمه

زنان در سال های اخیر بیشتر از گذشته به سلامت ظاهری خود و تناسب اندام توجه نشان می دهند اهمیت این موضوع تا آن جا هست که هر ساله تعداد قابل توجهی از زنان با توجه به پزشکان متخصص زیبایی یا به روشهای دیگر در صدد هستند تناسب اندام خود را بهبود بخشیده و تداوم دهند. مطابق با آمارهای وزارت بهداشت هر ساله نزدیک به ۱۵۰۰۰ عمل جراحی برای لاغری زنان در شهر تهران گزارش شده است. (گزارش روابط عمومی وزارت بهداشت، ۱۳۹۵). بر این اساس، در پژوهش حاضر محقق قصد دارد تا به بررسی هدفمند و دقیق روش درمان رفتاری شناختی بر هر یک از متغیرهای فوق بپردازد. اگر زنی بیش از ۳۵ درصد و مردی بیش از ۲۵ درصد وزن بدنش چربی داشته باشد چاق بحساب می آید و به همین دلیل تندرستی افراد چاق و دارای اضافه وزن بیشتر در معرض خطر است (حاجی شریفی، ۱۳۸۹). اختلالات تغذیه یکی از عوامل نگران کننده سلامت عمومی است که از دهه ۱۹۷۰ نرخ آن به سرعت رو به افزایش است. اغلب اختلالات خوردن رایجی که در زنان دیده می شود، بی اشتهاهی عصبی و پراشتهایی عصبی می باشد. شیوع اختلالات خوردن و مشکلات وابسته به اختلال خوردن مانند اعتماد بنفس پایین، غمگینی و ملال، رضایت پایین از تصویر ذهنی به طور شگرفی در ۳۰ سال گذشته افزایش داشته و هنوز رو به افزایش است. در سال ۱۹۵۹ استانکارد^۱ رفتار های همراه با چاقی را به دو اختلال نسبتا ناشناخته به نام اختلال پر خوری و اختلال خوردن شبانه تقسیم کرد. تصویر ذهنی یک ساختار چند بعدی است ولی غالبا بصورت درجه ای از رضایت از ظاهر فیزیکی (اندازه، شکل و ظاهر عمومی) تعریف میشود. اهمیت تصویر ذهنی از بدن به علت احتمال ارتباط آن با اختلالات خوردن، اختلالات روانی و کاهش اضافه وزن است. پر خوری مصرف مقدار زیادی غذا در مدت زمان کوتاه (مثلا کمتر از دو ساعت)، مدتی که فرد به طور ذهنی فقدان کنترل را تجربه می کند تعریف می شود. (آذری و همکاران، ۱۳۹۱) نارضایتی از تصویر بدن نشانه ی خوبی برای پیش بینی احتمال به وجود آمدن اختلال خوردن در مطالعات طولانی مدت است. تصویر ذهنی از بدن یکی از ابعاد مهم خود ظاهری و خود ارزیابی در طی دوره ی رشد زنان است. اگر چه تصویر ذهنی از بدن یک ساختار چند بعدی است، ولی غالبا بصورت درجه ای از رضایت فیزیکی (اندازه، شکل و ظاهر عمومی) تعریف می شود. اهمیت تصویر ذهنی از بدن به علت احتمال ارتباط آن با اختلالات خوردن، اختلالات روانی و کاهش اعتماد بنفس است. تصویر ذهنی از بدن خویش در زنان دارای اضافه وزن به علت اثرات پیچیده ی روانی بر روی تمام مفهوم از خود در این گروه از زنان می گذارد مهم است، و فاکتور اساسی در تعیین چگونگی تعامل نوجوان با دیگران محسوب می شود. هنری^۲ در سال ۱۹۹۵ در پژوهش خود اعلام کرد که ۴۰ درصد زنان تصویر منفی از خود داشته و این احساس منفی بیشتر نسبت به اضافه وزن در ناحیه ی کمر و ران مربوط بود. (پهلوان زاده، و همکاران ۱۳۸۴). خلا تحقیقاتی که در این پژوهش می توان به آن اشاره نمود این است که چگونه روش درمان شناختی رفتاری می تواند موجب کاهش اختلال خوردن و بهبود تصویر بدن در میان زنان گردد. مهمترین مسئله موجود در پژوهش فعلی این است که چگونه می توان از طریق روش درمان شناختی رفتاری احساس مثبت به خود در میان زنان بوجود آورد که سبب بالا رفتن اعتماد بنفس، کاهش اختلال خوردن و بهبود تصویر بدن نفس گردد. (گنجی، ۱۳۸۹). اگر مشاوران و روانشناسان بتوانند از طریق روشهای مفید و سودمند، نظیر روش شناختی رفتاری به زنانی که دارای اضافه وزن هستند مشاوره های لازم را از طریق آموزش درمان شناختی ارائه دهند، علاوه بر داشتن احساس مطلوب شرایط اقتصادی نیز برای خانواده ها صرفه جویی شده و نگرش مناسب تری برای اعضای خانواده بوجود می آید. نتایج و یافته های آن می تواند برای برنامه ریزی جهت آموزش این روش و تاثیر آن بر متغیر های اختلال خوردن، تصویر بدن، عزت نفس و خود پنداره ی مثبت کاربرد داشته باشد.

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 تصویر بدن در بین زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و تغذیه شهر اصفهان اثر بخشی دارد.

¹ Estankard

² henry

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پژوهشی پیش از مون با گروه کنترل است.

جدول شماره ۱ طرح پژوهش

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

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 و تصویر بدن بود که پس از انتخاب نمونه بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه اجرا گردید. سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل، مداخلات طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش مبتنی بر پروتکل درمانی شناختی - رفتاری (CBT) هفته ای دو بار به صورت گروهی انجام گردید. در این پژوهش جامعه آماری شامل 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 می گردد 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) 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 آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید تا تفاوت بین نمرات بررسی شود.

ابزار گردآوری اطلاعات

پرسش نامه اختلال خوردن کارنرو همکاران (EAT-26)

سنجش نشانگان اختلالات تغذیه و نگرش ها و رفتار های بیمار گونه خوردن و شناسایی بی اشتهایی عصبی و پراشتهایی عصبی است. شیوه نمره گذاری نسخه اولیه آزمون نگرش به تغذیه در سال ۱۹۷۹ توسط کانر و همکاران با ۴۰ عبارت تهیه شد و 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^۱ و گارفینگل^۲، 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^۳ (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 ۰/۸۹ بدست آمد. در پژوهش بک روایی این ابزار از طریق تایید محتوا مورد بررسی قرار گرفته شده است و پایایی مناسبی برای آن ارائه شده

¹ carner

² carfingel

³ bec

است. در تحقیقات داخلی نیز (روشن، ۱۳۹۴) در پژوهشی که به بررسی تاثیر سبک تغذیه بر تصویر بدن مورد سنجش قرار داده است این میزان را برابر با ۰/۸۶ بدست آورده است.

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^۱ (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 اندازی 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^۲ (۲۰۱۴) ارائه شده است. مک مولین معتقد است که مهم ترین متغیرهای درمان شناختی رفتاری افکار و احساساتی است که افراد آنها را تجربه می کنند در حالیکه این افکار باعث تشدید یا تقویت باورهای معیوب و نادرست در آنان می گردد. چنین باورهایی می تواند به رفتارهای مشکل زا منتهی گردد و ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد این ابعاد شامل روابط فرد با خانواده، روابط عاطفی، روابط محل کار و روابط محل تحصیل می باشند.

^۱ michinam

^۲ Mac mulin

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 تفاهات افکار، توضیح در مورد سبکهای نا کار آمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول و توزیع کاربرد بازسازی افکار.
جلسه سوم	راهنمایی 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	راهنمایی شناختی، بررسی تکلیف جلسه ی قبل، بررسی زنجیره ی علت، پاسخ، پیامد، بیان راهنمایی برای شکستن زنجیره ی مخرب.
جلسه پنجم	مواجه 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	مواجه در موقعیت های طبیعی و واقعی، تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش ها و راهنمایی برای خود کنترلی بیشتر، راهنمایی ددر مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند و توزیع کاربرد فعالیت های خوشایند.
جلسه هفتم	تمرین مداوم راهنمایی های شناخت - رفتار درمان گری، بررسی تکلیف جلسه ی قبل، توضیح در مورد استرس و مدیریت استرس ها، راهنمایی برای حل مسأله و آموزش آرامش عضلانی.
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، راهنمایی برای بهبود عزت نفس و برنامه ریزی برای پیشگیری از عود و بیان ضرورت تمرین مهارتهای کسب شده در طول جلسات و ارزشیابی پیشرفت کار، در نهایت برگزاری و گرفتن پس آزمون.

یافته های پژوهش

جدول شماره ۲

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

جدول شماره ۳ نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنف (نرمال بودن توزیع متغیرها) برای متغیرهای پژوهش

آزمون کولموگروف اسمیرنف		زمان مطالعه	متغیر مورد بررسی
P-value	آماره ی Z		
۰/۰۸۶	۱/۲۵۴	قبل از آموزش	اختلال خوردن
۰/۰۷۷	۱/۲۷۶	بعد از آموزش	
۰/۰۸۶	۱/۲۵۴	قبل از آموزش	تصویر بدن
۰/۰۸۹	۱/۲۴۶	بعد از آموزش	

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:

جدول شماره ۴: نتایج آزمون لوین (یکسان بودن واریانس متغیرها) برای متغیرهای پژوهش

متغیر مورد بررسی	آزمون لوین F	P-value
اختلال خوردن	۰/۰۲۰	۰/۰۸۸
تصویر بدن	۲/۹۴۴	۰/۰۹۲

چنانچه در جدول مشاهده می شود، همه مقادیر P-value بزرگتر از ۰/۰۵ هستند بنابراین متغیرهای مورد بررسی دارای واریانس برابر در گروه ها هستند و فرضیه یکسان بودن واریانس گروه ها پذیرفته می شود.

- 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 برابر در گروه ها هستند و فرضیه یکسان بودن واریانس گروه ها پذیرفته می شود. جدول شماره ۵

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

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 مزمون برابر ۹/۶۳ و در پس از مزمون 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 کووریت 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 مجزوات	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 ۴-۴ 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 تصویر بدن زنان دارای اضافه وزن اثربخشی دارد.

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

آماره های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمره ی تصویر بدن

تصویر بدن	قبل از آموزش		بعد از آموزش	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه گواه	۱۵/۸۷	۰/۴۸	۱۵/۵۳	۱/۶۷
گروه آزمایش	۱۵/۱۰	۶/۳۶	۱۹/۴۳	۶/۲۴

جدول شماره ی ۷

چنانچه در جدول ۵-۴ مشاهده می شود، در گروه آزمایش، میانگین نمره ی تصویر بدن پیش از آموزش بطور میانگین ۱۵/۱۰ و پس از آموزش برابر ۱۹/۴۳ بوده است و در گروه گواه این میانگین پیش از مون برابر با ۱۵/۸۷ و پس از آن برابر ۱۵/۵۳ بوده است. در جدول زیر نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدن زنان دارای اضافه وزن بررسی شده است. در این تحلیل، متغیر تصویر بدن قبل از آموزش به عنوان کووریت 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 تصویر بدن به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شده است. که نتایج به صورت زیر می باشد:

جدول شماره ی ۸ نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدن زنان دارای اضافه وزن

متغیر	میانگین مجزورات	F	P-value	Eta squared	Power	Eta
تصویر بدن	۹۴۱/۷۹۳	۷/۲۹۹	۰/۰۰۹	۰/۱۱۴	۰/۷۵۷	۰/۲۵۳
درمان شناختی رفتاری	۹۰۴۸۶/۸۰۰	۷۰/۲۵۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۵	۱/۰۰۰	۷/۰۸۲

چنانچه در جدول مشاهده می شود، اثر درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدن زنان دارای اضافه وزن در سطح ۰/۰۱ معنادار می باشد. بنابراین گفته می شود که درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدن زنان دارای اضافه وزن موثر است. با توجه به مقدار بتا نتیجه می شود که بطور میانگین تصویر بدن گروه آزمایش ۷/۰۸۲ واحد بیشتر از گروه گواه می باشد. بنابراین درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدن زنان دارای اضافه وزن تاثیر گذار است و باعث بهبود تصویر بدن 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 لوتا^۱ (۲۰۱۰) انجام داده است اشاره نمود. لوتا 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 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. اثر درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدن در بین زنان دارای اضافه وزن مؤثر بوده است. این یافته با نتایج تحقیق ادموند^۲ (۲۰۱۲) همسویی و همخوانی دارد. ادموند در پژوهش خود به این نتیجه رسیده است که از طریق آموزش واقعیت درمانی زنان دارای اضافه وزن، تصویر صحیح و دقیق تری از شرایط بدنی خود به دست آورده اند، این زنان از طریق آموزشهایی که فرا گرفته اند احترام بیشتری به خود و تصویر بدن خود داشته اند و میزان خود سرزنش گری در آنان کاهش یافته است، علاوه بر این نتایج این پژوهش با تحقیقاتی که میری (۱۳۹۰) با عنوان اثر بخشی رفتار درمانی شناختی بر بهبود وضعیت تغذیه و وزن نوجوانان دارای اضافه وزن و چاقی به این نتیجه رسیده اند که رفتار درمانی شناختی می تواند راهبردهای آنان را در زمینه ی دست یابی به تغذیه ی سالم و حفظ تغییرات مثبت در شیوه ی زندگی از جمله کاهش و حفظ وزن آموزش دهد.

¹ lutar

² edmond

بحث و نتیجه گیری

علاوه بر این در تبیین موضوع اختلال خوردن، 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 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 خطاها 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. و نیز در تبیین موضوع تصویر بدن می توان بیان نمود که از طریق درمان شناختی رفتاری، اعضای گروه آزمایش توانسته اند دیدگاههای مثبت و منفی خود را راجع به تصویر آنان از بدن بیان نمایند این خود گویی و خود اظهاری که ناشی از افزایش سطح شناخت آنها از شرایط بدنی می باشد توانسته است تصویر واضح تری را از شرایط بدنی آنها ترسیم نماید، درمان شناختی رفتاری به اعضای گروه کمک نموده است تا بتواند اضطرابها و نگرانی های فراگیر خود را نسبت به تصویر بدن که عمدتاً به دلیل اضافه وزن به هم خورده است کاهش می دهد. درمان شناختی رفتاری توانسته است تظاهرات جسمی اضطراب را در میان گروه آزمایش مورد هدف قرار دهد. مثلاً افزایش تنش فیزیکی که از طریق تکنیک های آرام سازی کاهش یافته است. درمان شناختی رفتاری توانسته است الگوهای فکری و واکنشهای فیزیکی فرد را در موقعیت های اضطراب آور کنترل نماید و نهایتاً سبب شده است مهارت های بیشتری را فرد برای مقابله با استرسهای ناشی از پر خوری یا زیاده خوری در پیش بگیرد. در تبیین این موضوع همچنین می توان بیان نمود که با آموزش مدیریت افکار خود آیند خطاهای شناختی افراد کم شده و فرد تصویر بهتری از بدن خود خواهد داشت از جمله تأثیرات درمان شناختی رفتاری در گروه مورد مطالعه این بوده است که تعمیم های افراطی و یا تفکر همه یا هیچ و استدلالهای هیجانی مدیریت شده و فرد تصویر بدن واقع بینانه تری را تجربه می نمایند.

پیشنهادهات

- ۱- 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.
- ۲- پیشنهاد می شود درمانگران از طریق درمان شناختی رفتاری ضمن شناسایی اختلالات خوردن بتوانند با آموزش متناسب از شدت این اختلال بکاهند.

منابع

- آذری و همکاران، (۱۳۹۱). دوره ۴، شماره ۱۳، بهار ۱۳۹۴، صفحه ۶۳-۷۲، محسن کچویی؛ علی فتحی آشتیانی؛ عباسعلی اله یاری.
- احمدیان، (۱۳۹۵). شیوع چاقی، اضافه وزن و کمبود وزن (لاغری) در دانش آموزان دبیرستانی شهر سنندج.
- بک، قراچه داغی. (۱۳۷۲). عشق هرگز کافی نیست. شناخت درمانگری. ترجمه قراچه داغی. تهران: انتشارات هم آگاه (۱۹۸۸).
- پهلوان زاده، ب و همکاران (۱۳۸۴) رضایت از تصویر ذهنی بدن و شاخص توده ی بدن در نوجوانان، دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، دوره سوم، شماره ۱ بهار و تابستان ص ص ۳۹-۴۰.
- حاجی شریفی، ا، (۱۳۸۹). کتاب گیاه درمانی، فصل ۴، فصل ۵.
- خدایاری و عابدینی، (۱۳۸۹). گروه درمانگری شناختی- رفتاری. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی (۱۳۸۹). تهران: دانشگاه تهران.
- گنجی، ح (۱۳۸۹). آسیب شناسی روانی (جلد دوم). تهران: نشر ساوالان.
- گنجی، ح (۱۳۸۸). ارزشیابی شخصیت، تهران: نشر ارسباران
- میری ک، ساکی ک، (۱۳۹۵) نشریه، تحقیقات نظام سلامت. دوره ۷، شماره ۲؛ صفحه ۲۴۶ تا صفحه ۲۵۶.
- روشن، م. (۱۳۹۴). بررسی همبودی اختلال های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار www.sid.ir

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

- Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. PsychiAtr Q. 1959; 33(2):284-95.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D. , & Becker, B. (2010). the construct of Resilience: A

Critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71, 543– 562.