

تاثیر آموزش رویکرد شناختی - رفتاری در افزایش وزن در افراد چاق. بررسی تک آزمودنی

مهرناز آزادیکتا^۱

چکیده

هدف: از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش رویکرد شناختی - رفتاری در افزایش وزن در افراد چاق بوده است. **روش:** پژوهش از نوع تک آزمودنی بوده است برای انتخاب نمونه ی پژوهش، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. لذا بر اساس تمایل به شرکت در پژوهش، مصاحبه تشخیصی و ملاک های ورودی از قبل مشخص شده، از میان افراد چاق مراجعه کننده به کلینیک روان شناسی، چهار نفر انتخاب شدند. هر چهار نفر به صورت گروهی تحت ۱۴ جلسه آموزش تکنیک های شناختی - رفتاری قرار گرفتند. پیش از جلسات درمانی، آزمودنی ها با وزنه دیجیتالی وزن می شدند. سپس برای بررسی ابقای وزن، ۴ ماه بعد آزمودنی ها مجدداً وزن شدند. **یافته ها:** نتایج تحقیق نشان داد که طی ۱۴ جلسه درمان شناختی - رفتاری آزمودنی ها میزان قابل قبولی از وزن خود (حداقل ۵ درصد) را از دست دادند همچنین تغییر بوجود آمده در ۴ ماه بعد نیز کماکان ثابت بوده است. **نتیجه گیری:** درمان شناختی - رفتاری چاقی در کاهش و ابقای وزن موثر بوده است

واژه های کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، کاهش وزن



^۱دکترای روان شناسی و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر

مقدمه

در دهه های اخیر تاکید بر لاغری و رژیم غذایی مورد توجه همه طبقات اجتماعی و نژادی قرار گرفته است. اصولاً یکی از ملاکهای زیبایی، به ویژه در جوانان و نوجوانان داشتن وزن متعادل و یابختی پایین تر از متعادل می باشد. عدم جذابیت ظاهری، یکی از بدیهی ترین موانع برای دستیابی به روابط رضایت بخش با همسالان است.

امروزه افراد بیشماری در سراسر دنیا از چاقی رنج می برند. چاقی عبارت است از تراکم بیش از اندازه چربی بدن. پزشکان شاخص توده بدن را محاسبه می کنند که به صورت وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر قد بر حسب متر به توان دو تعریف می شود. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵) چاقی را به عنوان BMI^1 مساوی یا بزرگتر از سی در نظر می گیرد بر این اساس نسبت بالای ۲۵ اضافه وزن، بالای ۳۰ چاق، بالای ۴۰ خیلی چاق به حساب می آید. مارکوس، لوین و کلارجین^۲ (۲۰۰۳) به نقل از صادقی و همکاران، (۱۳۸۹) در یک تحقیق در آمریکا نشان دادند که ۳۰ درصد از بزرگسالان آمریکایی چاق هستند. در همین رابطه بقایی (۱۳۸۷) برآوردهای اضافه وزن، چاقی و چاقی مرضی ($BMI > 40$) در ایران را به ترتیب ۲۸/۶ درصد، ۱۰/۸ درصد و ۳/۴ درصد برآورد کرده است. همچنین BMI بزرگتر از ۲۵ در مردان، زنان و ساکنان شهر و روستا به ترتیب ۳۷ درصد، ۴۸ درصد، ۴۶/۷ درصد و ۳۵/۵ درصد بود. این بررسی چاقی شکمی را در زنان ۴۳/۴ درصد، در مردان ۹/۷ درصد، در ساکنان شهر ۲۸/۵ درصد و در ساکنان روستا ۲۳ درصد گزارش کرد (بقایی ۱۳۸۷ به نقل از صادقی و همکاران، ۱۳۸۹). چاقی خطر دیابت، بیماری قلبی کرونری، انواع خاصی از سرطان، وقفه تنفسی در خواب، دردهای عضلانی و چند بیماری دیگر را افزایش می دهد. چاقی همچنین خطر ابتلا به بیماری های روانپزشکی را نیز افزایش می دهد. (مارکوس، لوین و کلارجین ۲۰۰۳ به نقل از صادقی و همکاران، ۱۳۸۹). فولی^۳ و همکاران (۲۰۰۸) با مطالعه ای بر روی دانش آموزان پسر و دختر ۱۳ تا ۱۸ ساله کره ای، ضمن مطالعه ی ارتباط بین سطوح آمادگی جسمانی و مهارت های حرکتی پایه و چربی آزمودنی ها دریافتند که سطوح مهارت های حرکتی پایه به طور غیر مستقیم و سطوح آمادگی جسمانی به طور مستقیم با چربی بدن در ارتباط است. و بر اهمیت مهارت های حرکتی پایه و آمادگی جسمانی مرتبط با سلامتی در کاهش چربی بدن تاکید کردند.

¹ Body Mass Index

² Marcus ,Levine & Kalarchian

³ Foley

در مورد علت‌های اضافه وزن و چاقی گمانه زنی‌های زیادی وجود دارد پژوهش‌ها نشان می‌دهد مکانیزم‌های فیزیولوژیکی فقط بخشی از عادت‌های خوردن ما را توجیه می‌کنند. لذا عوامل اجتماعی و روان‌شناختی تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر رفتار خوردن دارند (برائل^۱، ۲۰۰۵).

یکی از دیدگاه‌های رایج این است که اضطراب، افسردگی و مشکلات هیجانی به پرخوری و افزایش وزن منجر می‌شوند. وریچ^۲ و همکاران (۲۰۰۵) به نقل از گل پرور و همکاران، (۱۳۸۶) در تحقیقی پی بردند که افراد چاق و یا دارای اضافه وزن، از علایم افسردگی رنج می‌برند. فیبرن، کوپر و شافران^۳ (۲۰۰۳) تعدادی از عوامل ایجادکننده اختلال خوردن را مشخص کرده‌اند که عبارت‌اند از: اعتماد به نفس پایین، کمال‌گرایی و مشکلات عاطفی. به عوامل مذکور نداشتن انتظارات واقع‌بینانه در مورد کاهش وزن را می‌توان افزود. همچنین آنها دریافتند که در بیماران مبتلا به اختلال‌های خوردن باورهای سازش‌نا یافته بیشتر از گروه‌های گواه سالم است.

پاول و کالوین^۴ (۲۰۰۷) معتقدند خیلی از افراد چاق که ادعا می‌کنند که فقط مقدار عادی غذا می‌خورند بیشتر از آنچه که به خودشان قبولانده‌اند می‌خورند. آنها در بررسی علل چاقی به این نتیجه رسیدند افرادی که سعی می‌کنند وزن خود را کاهش دهند بین انگیزه لذت بردن از خوردن در زمان حال و انگیزه احساس خوب کردن به خاطر کاهش وزن در آینده، تعارض دارند. روان‌شناسان بالینی که با افرادی کار می‌کنند که سعی دارند وزن خود را کم کنند می‌گویند وقتی که این افراد بارها وزن خود را برای مدتی کم می‌کنند و بعد به حال اول برمی‌گردند احساس ناکامی کرده و اغلب درمانگر را به خاطر ناکامی خود سرزنش می‌کنند.

امروزه برای درمان چاقی سه گزینه متداول وجود دارد که شامل درمان جراحی، دارو درمانی و تغییر سبک زندگی می‌باشد. پژوهش‌های گوناگون (پای سانیر^۵ و همکاران ۲۰۰۶، تومیله تو^۶ و همکاران ۲۰۰۲، کوپر و همکاران ۲۰۰۳، تورگرسول^۷ و همکاران ۲۰۰۴، گروه پژوهش DPP ۲۰۰۲) به نقل از پاول و کالوین، (۲۰۰۷) که در مورد اثربخشی این شیوه‌ها انجام شده است دست‌آوردهای جدی این روش‌ها را سوال برانگیز می‌دانند.

¹ Brownell

² Worich

³ Fairburn, Cooper & Shafran

⁴ Powel & Calvin

⁵ paisanier

⁶ Tomileto

⁷ Torgessol

در سال های اخیر، رویکردهای شناختی - رفتاری در درمان اختلال های مختلف از جمله افسردگی، اختلال های اضطرابی، اختلال خوردن و اختلال کنترل تکانه ها کارایی دارد. در این شیوه درمانی، درمانگر سعی می کند تا هم در فرایندهای شناختی مراجع تغییر ایجاد کند و هم در رفتارهای او (روزن^۱، ۲۰۰۲).

در شیوه های درمانی - شناختی، علاوه بر رفتار، اندیشه ها و انتظارات فرد نیز در مدار توجه درمان قرار می گیرد. زیرا افکار فرد در هر موقعیت بر پاسخ های هیجانی او تاثیر می گذارد. یکی از مولفه های اصلی در درمان شناختی - رفتاری کنترل و تنظیم هیجانات یا نظم جویی هیجانی است.

سازهی نظم جویی به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار گرفته می شود در متون روان شناختی، این مفهوم، اغلب به منظور توصیف فرآیند عاطفه منفی به کار گرفته شده است (گراس^۲، ۲۰۰۷). اعتقاد بر این است که نظم جویی هیجان بر نحوه ی تجربه و تجلی تجارب هیجانی تاثیر می گذارد (بابایی و همکاران، ۱۳۹۱).

مطالعات مختلف در مورد اثربخشی روان درمانی شناختی - رفتاری با تاکید بر حالت های هیجانی در مورد نوجوانانی که الکل و مواد مخدر مصرف می کرده اند، نیز موثر بوده و به نتایج مثبت انجامیده است (بک و همکاران، ۱۹۹۰). روان درمانگران شناختی - رفتاری بر این باورند که بسیاری از معضلات و مشکلات افراد ناشی از انتخاب الگوهای نامناسب رفتاری و هیجانی در مواجهه با مشکلات است. به نظر استراپ^۳ (۱۹۹۶، به نقل از روزن، ۲۰۰۲) در این شیوه درمانی، درمانجویان یاد می گیرند که دریافت های شناختی آنها چگونه می تواند به تبیین سبب شناسی و ماندگاری پاسخ های رفتاری و عاطفی سازش نیافته آنها کمک کند. آنها همچنین آموزش می بینند که در فرایند درمان، تغییر شناختی دارای اهمیت محوری است. زیرا تغییر شناختی در نحوه ابراز هیجانات تاثیرگذار است. در همین رابطه رز^۴ و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که نقش باورها و تفکرات فرد در اختلال خوردن بسیار مهم است عوامل و متغیرهایی که در درمان شناختی - رفتاری توصیه می شود پیوند نزدیکی با رفتار تغذیه ای فرد دارد. یکی از راهبردهای درمانی در شناخت درمانی آموزش حل مساله است. آموزش حل مساله به درمانجو کمک می کند تا کشف آن دسته از راهبردهای سازش یابنده ای را که در یک موقعیت مفروض، موثر و کارآمد هستند از آنها استفاده کند، همچنین به در مانجو آموزش داده می شود تا

¹ Rosen

² Gross

³ Strop

⁴ Rose

برای رسیدن به راه حل یک مشکل یا مسئله معین، توالی منطقی خاصی را دنبال کنند. این توالی در زیر آورده می‌شود.

تعریف مساله به کمک درمانجو، برای روشن ساختن شکایت‌ها و تعیین اجزا و مولفه‌های مشکل. ارائه اعمال و رفتارهای جایگزین، با ترکیب و ادغام درون دادهایی که درمانجو و درمانگر عرضه می‌کنند

درجه بندی روش‌های جایگزین مختلف و انتخاب بهترین آنها.

به‌کارگیری و استفاده از بهترین راه حل (کلینکه^۱، ۱۹۹۸ به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۶)

بدیهی است که یکی دیگر از مولفه‌هایی که در کنترل وزن و چاقی موثر است مدیریت و کنترل خود است. کانفر^۲ (۲۰۰۷) چند مهارت کنترل خود را مشخص کرد که درمانجو می‌تواند با همکاری درمانگر تدوین کند این مهارت‌ها عبارتند از:

- خودهشیاری

- بنا نهادن و ایجاد قواعد خاص رفتاری از طریق بستن قرارداد با خود و دیگران

- ارزیابی خود

- حمایت جویی از محیط برای اجرای قرارداد

- ایجاد پیامدهای تقویت‌کننده قوی برای انجام رفتاری که دستیابی به کنترل خود را تسهیل می‌کند

دیگر روش‌های خودگردانی که درمانگر به درمانجو آموزش خواهد داد عبارتند از:

به تعویق انداختن یک عمل نامطلوب

مشغول شدن به رفتارهای حرکتی و شناختی جایگزین

مشخص کردن فعالیت‌هایی برای خود که مغایر با رفتار نامطلوب می‌باشد

مرور پیامدهای مثبت کنترل خود

استفاده مشروط از انتقاد خود و تشویق خود

¹ Kelnke

² Kanfer

منطق زیر بنایی کنترل خود و خود هشیاری، پژوهش هایی هستند که نشان می دهند مشاهده رفتار شخصی خود، می تواند به افزایش یا کاهش وجوهی از رفتار بینجامد. درمانگر مفهوم و منطق خود هشیاری یا همان "خط پایه" را به درمانجو معرفی می کند و توضیح می دهد که محور ایجاد تغییر در الگوهای رفتاری ناخواسته و خودتخریبگرانه، مشاهده خود به طور دقیق است به درمانجو گفته می شود که تغییر را می توان از طریق خط پایه گرفتن صورت داد.

با توجه به این زمینه، پژوهش حاضر بر آن است که این فرضیه ها را که "استفاده از تکنیک های شناختی - رفتاری در کاهش وزن موثر است" و "استفاده از تکنیک های شناختی - رفتاری در ابقا کاهش وزن موثر است" را مورد آزمون قرار دهد.

روش تحقیق

این پژوهش در چارچوب طرح های تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح *ABA* مورد بررسی قرار می گیرد. اجرای مداخله ی مبتنی بر رویکرد شناختی - درمانی با تاکید بر تنظیم هیجانی به عنوان متغیر مستقل و تغییرات وزن به عنوان متغیر وابسته تعریف شده است.

برای انتخاب نمونه ی پژوهش، از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. لذا بر اساس تمایل به شرکت در پژوهش، مصاحبه تشخیصی و ملاک های ورودی از قبل مشخص شده، از میان افراد چاق مراجعه کننده به کلینیک روان شناسی، چهار نفر انتخاب شدند. هر چهار نفر به صورت گروهی تحت آموزش تکنیک های شناختی - رفتار بر اساس محتوای تعریف شده که در جدول شماره ۱ آمده است؛ به صورت هفته ای یک بار قرار گرفتند. در ابتدای هر جلسه آزمودنی ها با دستگاه وزن سنج دیجیتال مورد سنجش وزن قرار می گرفتند وزن آنها ثبت می شد. لذا ۱۴ نمره مربوط به هر جلسه به انضمام یک نمره مربوط به پی گیری (بعد از ۴ ماه) و در مجموع ۱۵ نمره مربوط به وزن از هر آزمودنی به دست آمد.

برای انجام پژوهش، ابتدا از درمانجویان خواسته شد تا در مورد فعالیت های روزانه شان، از لحظه ای که بیدار می شوند تا زمانی که به رختخواب می روند، یک سری اطلاعات پایه تهیه کنند. در این وهله در مورد دلیل گردآوری این اطلاعات، توضیح ساده ای به آنها داده شد.

در جلسات درمانی، به درمانجو آموزش داده می شد تا ذکر کند که حین انجام فعالیت های خاص، چه چیزهایی به ذهن او می رسند تا آنکه بتوان اطلاعات شناختی مربوط را به عنوان قسمتی از این

مداخله، مورد نظر قرار داد. سپس به درمانجو آموزش داده می‌شد تا برای روزهای آینده، فعالیت‌هایش را برنامه‌ریزی کند و هر فعالیتی را که درگیر بوده، بررسی کند به ویژه در مورد زمان‌هایی که کنترل و تسلط را از دست داده و طبق برنامه پیش نرفته؛ اطلاعات، آن را در جلسه بعد با خود بیاورد همچنین از درمانجو خواسته می‌شود تا میزان خشنودی و تسلط خود را در عمل به هر کدام از فعالیت‌ها، درجه بندی کند و این کار را با هدف آگاهی یافتن از تغییراتی که در خلق و خوی آنها در زمان انجام فعالیت‌های خاص ایجاد می‌شود، انجام دهند. محتوای جلسات درمانی به صورت خلاصه در جدول شماره ۱ آورده شده است. لازم به ذکر است که محتوای جلسات بر اساس روش و پروتکل‌های درمانی دیدگاه شناختی-رفتاری و از منابع معتبر گرفته شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات

جلسه اول	بحث مقدماتی در مورد شناخت و هیجان
جلسه دوم	نحوه تأثیرگذاری شناخت بر تعبیر و تفسیر رویدادها
جلسه سوم	آموزش خودگویی مثبت در مورد هیجان‌های مرتبط با خوردن
جلسه چهارم	آموزش روش‌های خودکنترلی شامل هدف‌گزینی، برنامه‌ریزی، پایش و بازخورد و تقویت و پاداش شخصی
جلسه پنجم	آموزش مهارت کاهش آسیب‌پذیری (خواب کافی، ورزش، داشتن برنامه‌های مفرح)
جلسه ششم	آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجربه‌های مثبت، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش
جلسه هفتم	آموزش آگاهی بر حالت‌های درونی و انجام عمل مخالف در برابر وسوسه خوردن
جلسه هشتم	شناسایی حالت‌های هیجانی که بر رفتار خوردن تأثیر گذار است
جلسه نهم	آموزش مهارت‌های کنترل خود و خود‌هشیاری
جلسه دهم	کنترل و شناسایی محرک‌های افتراقی پیش‌بیند
جلسه یازدهم	جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت و متضاد
جلسه دوازدهم	بحث گروهی بین آزمودنی و به اشتراک گذاشتن تجربه‌های موثر
جلسه سیزدهم	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده (۱)
جلسه چهاردهم	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده (۲)

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۲، طبقه چاقی آزمودنی ۱، ۲، ۳ یک و طبقه چاقی آزمودنی ۴، دو بوده است. همچنین هر چهار آزمودنی مونث بوده‌اند.

جدول ۲: اطلاعات مربوط به آزمودنی ها

آزمودنی	سن	میزان تحصیلات	وضعیت تاهل	قد (سانتی متر)	وزن (کیلوگرم)	شاخص توده بدن	طبقه چاقی
۱	۲۲	کارشناسی	مجرد	۱۶۳	۹۱	۳۱	یک
۲	۳۴	دیپلم	متاهل	۱۵۷	۸۰/۴	۲۶	یک
۳	۱۹	دیپلم	مجرد	۱۶۹	۹۵	۳۱	یک
۴	۲۶	کارشناسی ارشد	متاهل	۱۷۳	۱۰۳/۴	۳۵	دو

جدول ۳: اطلاعات مربوط به وزن آزمودنی ها در طول جلسات درمانی

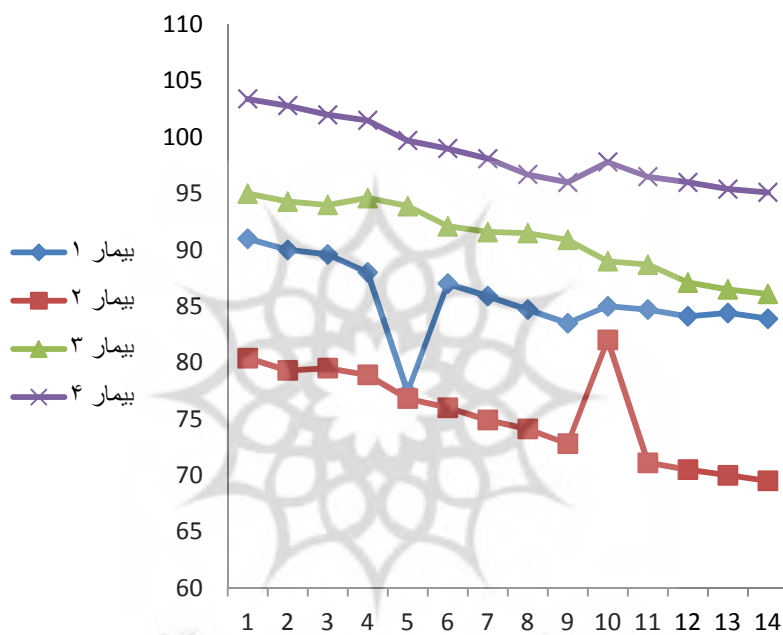
جلسه	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴
۱	۹۱	۸۰/۴	۹۵	۱۰۳/۴
۲	۹۰	۷۹/۳	۹۴/۳	۱۰۲/۸
۳	۸۹/۶	۷۹/۵	۹۴	۱۰۲
۴	۸۸	۷۸/۹	۹۴/۶	۱۰۱/۵
۵	۷۷/۴	۷۶/۸	۹۳/۹	۹۹/۷
۶	۸۷	۷۶	۹۲/۱	۹۹
۷	۸۵/۹	۷۴/۹	۹۱/۶	۹۸/۱
۸	۸۴/۷	۷۴/۱	۹۱/۵	۹۶/۷
۹	۸۳/۵	۷۲/۸	۹۰/۹	۹۶
۱۰	۸۵	۷۲	۸۹	۹۷/۸
۱۱	۸۴/۷	۷۱/۱	۸۸/۷	۹۶/۵
۱۲	۸۴/۱	۷۰/۵	۸۷/۱	۹۶
۱۳	۸۴/۴	۷۰	۸۶/۵	۹۵/۴
۱۴	۸۳/۹	۶۹/۵	۸۶/۱	۹۵/۱
میزان کاهش وزن	۷	۱۱	۹	۸
بهبودی نسبی	۸/۷۵			

همانگونه که اطلاعات جدول ۳ نشان می دهد میزان وزن هر چهار آزمودنی از جلسه اول تا جلسه چهاردهم کاهش نشان می دهد و این کاهش در آزمودنی اول، هفت کیلو، در آزمودنی دوم یازده کیلو، در آزمودنی سوم نه کیلو و در آزمودنی چهارم، هشت کیلو بوده است.

جدول ۴: میزان ابقا وزن آزمودنی ها بعد از یک دوره ۴ ماهه

میزان ابقا وزن پس از یک دوره ۴ ماهه			
آزمودنی ۱	آزمودنی ۲	آزمودنی ۳	آزمودنی ۴
۸۶/۵	۷۴/۷	۸۹/۶	۹۴
۵	۷	۶/۷	۹
بهبود نسبی			۷/۷

همانگونه که اطلاعات جدول شماره ۴ نشان می دهد پس از ۴ ماه پی گیری ، کاهش وزن به دست آمده ، نسبت به وزن اولیه برای آزمودنی اول ۵ کیلو، برای آزمودنی دوم ۷ کیلو، برای آزمودنی سوم ۶/۷ کیلو و برای آزمودنی چهارم ۹ کیلو بوده است. در مجموع میانگین کاهش وزن در این چهار آزمودنی ۷/۷ کیلو گرم بوده است.



شکل ۱: وزن آزمودنی‌ها در طول جلسات درمانی

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش فرضیه یکم پژوهش مبنی بر تاثیر رفتار درمانی شناختی بر کاهش وزن را تایید نمود. نتایج پژوهش نشان داد که رفتار درمانی شناختی در مرحله کاهش وزن به کاهش وزن بدن در بیماران مبتلا به چاقی منجر می شود. این یافته با معیاری که از سوی فرهنگستان ملی علوم (۱۹۹۵

به نقل از گراس، (۲۰۰۷) برای ارزیابی برنامه های کنترل وزن تعیین شد و موفقیت درمان را به عنوان "کاهش پنج تا ده درصدی وزن" دانسته است، مطابق است.

نتیجه به دست آمده با نتیجه صادقی و همکاران (۱۳۸۹) که درمان شناختی - رفتاری را در کنترل وزن موثر دانسته اند، همخوان است. همچنین فرضیه دوم تحقیق نیز مورد تایید قرار گرفت نتایج جدول ۴ نشان می دهد که هر چهار آزمودنی توانستند که کاهش وزن به دست آمده را در یک پی گیری چهار ماهه بعد از درمان حفظ کنند. پس از ۴ ماه پی گیری، سه آزمودنی به خط پایه نزدیک شدند اما بازم به طور معنی داری از وزن اولیه فاصله گرفته بودند آزمودنی چهارم موفقیت بیشتری داشته است به طوریکه نه تنها کاهش اولیه حفظ شده بود بلکه این میزان به ۹ کیلو افزایش یافته بود.

در تبیین یافته های فوق می توان گفت که یکی از علل عدم موفقیت افراد در کنترل وزن عدم مدیریت هیجانات است. معمولا افراد چاق در موقعیتهای هیجانی کنترل کمتری در رفتار خوردن دارند و آموزش این افراد در مورد پایش بیشتر در شرایط هیجانی یکی از عوامل کنترل کننده می باشد.

یکی دیگر از عواملی که افراد چاق را با چالش بیشتری مواجهه می کند تفکر دو مقوله ای است. بدین معنی که افراد چاق به محض اینکه از برنامه غذایی عدول می کنند مهار درونی خود را از دست داده و رفتار غذایی مخربانه را در پیش می گیرند بنابراین یکی از مواردی که در درمان شناختی - رفتاری مورد تاکید قرار گرفت اصلاح سبک تفکر آزمودنی ها بود.

یکی دیگر از عواملی که ممکن است در کنترل وزن خلل ایجاد کند داشتن انتظارات غیر واقع بینانه است. انتظارات باید مبتنی بر واقعیت ها و شرایط موجود باشد. از آنجا که انتظارات غیر واقع بینانه موجب ناکامی، سرخوردگی و کنار گذاشتن برنامه های درمانی می شود لذا داشتن انتظارات صحیح و واقع بینانه از جمله مواردی بود که آموزش داده شد

همچنین، یکی از بینش هایی که در طول جلسات درمانی به آزمودنی ها داده شد؛ این بود که آزمودنی متوجه شود که خود سرزنشی روش مفیدی برای مقابله با مشکلات زندگی نیست. در همین رابطه کلینکه و همکاران (۱۹۹۸ به نقل از بابایی و همکاران، ۱۳۹۱) نشان دادند که کسانی که هنگام مواجهه شدن با تهدیدها و مشکلات، خود را سرزنش می کنند در مقایسه با افرادی که از این سبک استفاده نمی کنند در کنترل رفتارشان موفقیت بیشتری کسب می کنند. بنابراین به آزمودنی ها آموزش داده شد که خود را به خاطر رویدادهای منفی سرزنش نکنند و در عوض احساس مسئولیت بیشتری بنمایند. مسئولیت پذیری به معنای آن نیست که خود را به خاطر رویدادهای منفی و ناخوشایند سرزنش و تحقیر کنند در مسئولیت پذیری به آزمودنی ها آموزش داده شد که احساس تسلط و کنترل درونی و تلاش برای یادگیری و به کار بستن مهارت های مقابله ای را افزایش دهند و در آخر می توان به روش های بسیار ساده و راحت که به خود کنترلی و خود مدیریتی آزمودنی ها کمک می کند؛ استناد کرد. به آزمودنی ها آموزش داده شد که سعی کنند حتی المقدور از خرید و نگهداری

مواد پر کالری مانند انواع شیرینی جات و تنقلات پرهیزند زیرا در دسترس بودن آنها ممکن است آزمودنی را وسوسه کند. همچنین یکی از مشکلاتی که افراد چاق دارند این است که آنها هنگامی که شروع به خوردن می کنند به خصوص خوردن خوراکی هایی که دوست دارند کنترل را از کف می دهند و به مقدار متنابهی می خورند لذا مقرر شد که این دست از خوراکی ها را به صورت زیاد در جلوی خود قرار ندهند بلکه قبل از خوردن میزان کمی از آن را در ظرفی جداگانه بکشند ؛ بقیه را کنار بگذارند و سپس خوراکی مورد نظر را در اندازه های کوچک و در طول زمان بیشتر تناول کنند.

در مجموع، با توجه به یافته پژوهش حاضر می توان مدعی شد که این روش کاهش وزن، بدون اینکه عارضه و خطر خاصی داشته باشد و هزینه گزافی را مانند روش های دیگر به بیمار تحمیل کند توانست، به نتیجه قابل قبولی بیانجامد. البته تک جنسی بودن آزمودنی ها، تعداد کم آنها و عدم پی گیری آزمودنی ها در یک بازه زمانی طولانی تر، از محدودیت های این تحقیق بوده است.

منابع :

بابایی، زهرا ؛ حسنی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام (۱۳۹۱). تاثیر آموزش مهارت نظم جویی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک در وسوسه ی افراد مبتلا به سو مصرف مواد. مجله روان شناسی بالینی، شماره ۱۵

صادقی، خیراله؛ غرایبی، بنفشه؛ فتی، لادن؛ مظهری، سید ضیالالدین (۱۳۸۹). اثر بخشی رفتار درمانی شناختی در درمان مبتلایان به چاقی. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی شماره ۶۱. ۱۱۷-۱۰۷.

کلینکه، ال. کریس (بی تا). مهارتهای زندگی (ترجمه شهرام محمدخانی، ۱۳۸۶). تهران انتشارات تخصصی

گل پرور، محسن؛ ریسمانچیان، مینا؛ کامکار، منوچهر (۱۳۸۶). رابطه اضافه وزن با اعتماد به نفس، افسردگی، سبک زندگی و خودپنداره بدنی در زنان خود معرف به مراکز کاهش وزن. مجله دانش و پژوهش، شماره ۳۲. ۱۴۴-۱۲۱

Beck, A.T., Freeman, A., Associates. (1990). Cognitive therapy of personality disorder. New York : Guilford.

Brownell, K.D., Wadden, T.A., & Phelan, S. (2005). Obesity: In B.J. Sadock, & V.A. Kaplan (Eds). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. (8th. ed, pp. 2124-2136). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Cooper, Z., Fairbum, C., G., & Hawker, D.M. (2003). Cognitive behavioral treatment of obesity: A clinician's guide. New York : Guilford press.

- Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A "Trance - diagnostic" theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-518.
- Foley, J. T.; Harvey, S.; Chun, H.; Kim, S. (2008). The relationships among fundamental motor skills, health-related physical fitness, and body fatness in south Korean adolescents with mental retardation. *Research quarterly for exercise and sport*. 79 (2): 149-157.
- Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Institute of medicine of the
- Kanfer, R. (2007). Self-rejection, coping style, and mode of deviant response. *Social science Quarterly*, 73, 903-919.
- National Academy of sciences (1995). *Welghing the options: Criteria for evaluating weight management programs*. Washington, DC: National academy press.
- Rosen, J.C. (2002). Obesity and body image. In C. G, Fairbuin & K.D. Browenell (Eds). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handboo* (2 nd, ed. pp. 399-402). New York: G uilford press.
- Rose, K.S. Cooper, M.J., & Turner, H. (2006). The Eating disorder belief questionnaire: psychometric properties in a adolescent sample. *Eating*, 7, 410-418.
- Powell, L. H., & Calvin, J. E. (2007). Effective obesity treatment *American Psychologist*, 62, 234- 246.
- World health organization (2015). Obesity and weight. ww.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/.

