

اثر بخشی رفتار درمانی شناختی بر بهبود اختلال خوردن، تصویر بدن، عزت نفس و خودپنداره مثبت در بین زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان

نرگس ابراهیمی خبیر^۱

^۱ دانش 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، تصویر بدن، عزت نفس و خودپنداره ی مثبت بود. جامعه ی 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. نمونه گیری بصورت در دسترس انجام گردید. تعداد ۳۰ نفر زن دارای اضافه وزن 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 داده ها پرسش نامه ی اختلال خوردن کارنر و همکاران، پرسش نامه ی تصویر بدن MBSRQ، پرسش نامه ی عزت نفس آیزنک و پرسش نامه ی خودپنداره ی مثبت کی.جی. آگراوال بود. از آزمونهای کولموگروف اسمیرنوف، لوین و تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید. نتایج پژوهش نشان داد درمان شناختی رفتاری بر کاهش اختلال خوردن، افزایش عزت نفس، خودپنداره 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 افزایش عزت نفس و بهبود خود پنداره و تصویر بدن و کاهش اختلال خوردن در میان زنان استفاده نمود.

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، اختلال خوردن، تصویر بدن، خودپنداره، عزت نفس

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). در کلان شهر اصفهان نیز هر ساله تعداد قابل توجهی از زنان برای عمل های جراحی و زیبایی مراجعه می کنند. اگر چه در نگاه اول آمار دقیقی وجود ندارد اما بر اساس مراجعات زنان به پزشکان متخصص زیبایی نشان می دهد که تعداد زیادی هر ساله متقاضی این عمل ها می باشند. خلا تحقیقاتی که در این پژوهش می توان به آن اشاره نمود این است که چگونه روش درمان شناختی رفتاری می تواند موجب بهبود عزت نفس، کاهش اختلال خوردن، افزایش خود پنداره و بهبود تصویر بدن در میان زنان گردد. بنظر می رسد نکته ی مجهولی وجود دارد این است که هنوز ابعاد تاثیر گذاری روش درمانی شناختی رفتاری برای محققان آشکار نشده است حداقل در خصوص تاثیر پذیری زنانی که دارای اضافه وزن هستند از این روش به همین دلیل لازم است تا با مطالعه ایی دقیق این مکانیزم ها مورد بررسی قرار گیرد تا محققین بتوانند نتایج پژوهشهای کاربردی خودشانرا برای توسعه ی روشهای درمانی تاثیر گذار مرور نمایند علاوه بر این می توان اظهار نمود که 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، بهبود تصویر بدن و افزایش عزت نفس گردد. تمام ویژگی ها و خصوصیات که ما خود را با آنها توصیف می کنیم، خودپنداره ی مثبت یا خود ادراک شده می گویند، خودپنداره خصوصیات فردی را چه مثبت و چه منفی نشان می دهد که ما به وسیله ی آنها از خود شناخت پیدا می کنیم و به خود آگاهی می رسیم. (احمدیان، ۱۳۸۹) خود پنداره شامل نگرش ها، احساسات و دانش ما درباره توانایی، مهارت و قابلیت پذیرش اجتماعی است. خود پنداره تمام ابعاد شناختی، ادراکی، عاطفی و رویه های ارزیابی را در برمی گیرد. بنا بر این مجموعه نگرش های شخصی به خود را خودپنداره می نامند. (حسن زاده، حسینی و رادی ۱۳۸۴) شناخت انسان از خودش تاثیر به سزایی در سلامت روان دارد. هر فردی، باورهای خود درباره ی خودش را، فراهم می آورد که اصطلاحا خودپنداره نامیده می شود. تعمیم شناختی درباره ی خود، که از تجربه های گذشته نشأت می گیرد و پردازش اطلاعات مربوط به خود را، که محصول تجربه های فرد است، سازماندهی و هدایت می کند. (مارکوس^۱، ۱۹۷۷). 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 عموما رضایت زیادی را تجربه نمی کنند، همچنین تصویر بدن عبارت است از تاثیر رضایت از تصویر ذهنی و تصور شخصی و احساسات وی در مورد بدنش است. تصویر ذهنی شامل عقاید و احساسات آگاهانه و غیر آگاهانه در مورد بدن می باشد. 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. پراشتهایی عصبی با نگرانی دائمی در مورد شکل ظاهری و وزن است و با محدودیت های رژیمی و روزه داری و غیره صورت میگیرد. (موسویان، ۱۳۹۵) اختلال خوردن مشکلاتی همچون اعتماد به نفس پایین، غمگینی و عدم خودپنداره ی مثبت و کاهش عزت نفس را در پی دارد. (گنجی، ۱۳۸۸) اختلالات خوردن بسیار پیچیده و درمان آنها بسیار دشوار است و با این حال که

^۱Marcuse

پر خوری شایع ترین اختلال خوردن به شمار می آید همچنان مورد بررسی زیادی قرار نگرفته است. اختلال خوردن حالت های نابه هنجار کنترل وزن و تغذیه (حفظ رژیم غذایی) تحت عنوان اختلال های تغذیه ای معروف هستند. بخصوص به علت دقت و توجهی که خانم ها به وضعیت ظاهری خویش دارند این خودپنداره اگر مثبت باشد باعث سلامتی شده و چاقی و اضافه وزن در خانم ها باعث منفی گرایی و احساس نامطلوب میشود و در نتیجه حس منفی را سبب میشود. به زعم احمدیان، (۱۳۸۹) خودپنداره ی مثبت می تواند تحت تاثیر آموزشهای شناختی رفتاری تغییر یابد عزت نفس عبارت است از احساس ارزشمند بودن، این حس از مجموعه افکار، احساسات، عواطف و تجربیات ما در طول زندگی ناشی می شود مجموعه برداشت ها، ارزیابی ها و نگرشی که در مورد خود داریم باعث میشود که نسبت به خویش احساس خوشایند یا ناخوشایند داشته باشیم. عزت نفس یعنی احترام و حرمتی که برای خود قائل هستیم، بهره مندی از عزت نفس جزئی از سلامت روان محسوب می شود. (گنجی، ۱۳۸۸). تصویر بدن نگرشی است که هر فرد از ظاهر فیزیکی خود دارد، به عبارتی منبع اصلی و اولیه و شکل گیری ارتباط و تفسیر معنای هر چیز ظواهر خواهد بود. بنابر این چاق بودن و وجود اضافه وزن در زنان تصویر بدنی ضعیفی از خود می سازد و بهترین وضعیت برای داشتن تصویر ذهنی عالی از بدن ترمیم این نگاه و ذهنیت می باشد، متقابلاً زنانی که تصویر بدنی مطلوب دارند، احساس نشاط و امید بیشتری را تجربه می کنند. با توجه به مواردی که گفته شد در مورد اختلال خوردن، این عارضه در زنان دارای اضافه وزن بالا باعث ناراحتی و غم و اندوه میشود و از وضعیت ظاهری و فیزیک 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. به زعم احمدیان (۱۳۹۵) روش شناختی درمانی می تواند در بهبود تصویر بدنی و خود پنداره افراد تاثیر بسزایی دارد. روشهای درمانی برای کنترل وزن در مدل های 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 چهار مولفه گفته شده بسنجیم. هر ساله پیش از چند هزار عمل جراحی که عمدتاً توسط زنان انجام میشود برای کاهش وزن در کلینیکهای زیبایی و مراکز جراحی توسط ایرانیان صورت می پذیرد و هزینه های اقتصادی بابت این موضوع پرداخت میشود. این در حالی است که 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. همچنین از مضرات دارویی دور می مانند و افسردگی ناشی از اضافه وزن بصورت چشمگیری کاهش می یابد. در صورتیکه بتوان این پژوهش را انجام داد، 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. همچنین دست آورد این تحقیق در صورت اثر بخشی، راه و روش جدیدی را برای زنانی که دارای اضافه وزن هستند مشخص می کند که بدون هزینه های سنگین و بدون عوارض دارویی بتوانند به سلامتی و تندرستی نزدیکتر شوند و از افسردگی حاصل از اضافه وزن دور بمانند در نتیجه به سلامت روان خانواده کمک می شود. حاصل این پژوهش می تواند عزت نفس، خودپنداره و تصویر بدن مثبت از این گروه زنان باشد و به سلامت جسمی و روان جامعه کمک میکند. یافته ها و نتایج این پژوهش می تواند برای برنامه ریزی جهت سلامت روان و جسم زنان دارای اضافه وزن کمک نماید همچنین یافته های پژوهش میتواند راهنمای مناسبی برای درمانگرانی باشد که در کلینیکهای سلامت جسمانی و مراکز مشاوره فعالیت می کنند. در صورت برخورداری زنان از سلامتی، در جامعه، شور و نشاط خانواده های جامعه نیز افزایش می یابد و به همراه آن عزت نفس نیز افزایش خواهد داشت و افسردگیهای حاصل

از اضافه وزن در زنان کاهش یافته و سلامت روان اول به زنان و خانواده های ایشان و به دنبال آن به جامعه انتقال داده خواهد شد. اهمیت این پژوهش از آن جا است که می تواند برای محققان بعدی مناسب باشد و به غنی تر شدن تئوری های پژوهش کمک نماید.

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.
- ۳- درمانی شناختی رفتاری بر عزت نفس در بین زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و تغذیه شهر اصفهان اثر بخشی دارد.
- ۴- درمان شناختی رفتاری بر خود پنداره ی مثبت در بین زنان دارای اضافه وزن مراجعه کننده به مراکز درمانی و تغذیه شهر اصفهان اثر بخشی دارد.

روش شناسی پژوهش:

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

جدول 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، 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. جامعه ی 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. 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 آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید تا تفاوت بین نمرات بررسی شود.

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 از آزمون روی هر دو گروه انجام شد.

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 تفاهون افکار ، توضیح در مورد سبکهای نا کار آمد تفکر ، بیان خطاهای شناختی معمول و توزیع کاربرگ 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	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 راهکارهایی برای خود کنترلی بیشتر ، راهکارهایی ددر مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند و توزیع کاربرگ فعالیتهای 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 عضلانی.
جلسه	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.

منبع: (خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹)

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^۳ در رویکرد خود معتقد است که تغییر خودآموزی می تواند منجر به رشد تکنیک های خود کنترلی 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.

- پرسش نامه اختلال خوردن کارنرو همکاران (EAT-26)

سنجش نشانگان اختلالات تغذیه و نگرش ها و رفتار های بیمار گونه خوردن و شناسایی بی اشتهاهی عصبی و پراشتهایی عصبی.

نسخه اولیه آزمون نگرش به تغذیه در سال ۱۹۷۹ توسط کانر و همکاران با ۴۰ عبارت تهیه شدو 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 مؤلفان 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 گارفینکل، 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. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس بوده که در جدول زیر شماره سوالات مربوط به هر سه خرده مقیاس ارائه گردیده است.

پرسش نامه تصویر بدن MBSRQ

تعیین روایی پرسش نامه ی تصویر بدن که توسط بک (۱۹۸۸) ابداع و طراحی گردید از روش روایی سوری استفاده شده است. 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 و 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.

^۳Michigan

^۴Mac mulling

پرسش نامه عزت نفس

مقیاس عزت نفس آیزنک: پرسشنامه عزت نفس آیزنک (۱۹۷۶: به نقل از بیابان گرد، ۱۳۷۳) ۳۰ ماه دارد. روایی محاسبه شده برای نمونه دختر $r = 0.79$ و برای نمونه پسر $r = 0.74$ را گزارش میکند که هر دو در سطح $p < 0.001$ 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 0.81 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 0.83 گزارش شده است.

پرسش نامه خود پنداره مثبت

روایی پرسش نامه ی خود پنداره ی مثبت توسط راجرز (۱۹۶۵) از طریق بررسی گویه ها و مقوله ها به تایید صاحب نظران رسیده است. پایایی این ابزار در پژوهش هایی که توسط مک میلان^۶ (۲۰۱۰) و بر روی گروهی از زنان سرپرست خانوار انجام داده است برابر 0.92 بدست آورده است. در تحقیقات داخلی نیز سلیمانی (۱۳۹۵) و در پژوهشی با عنوان تاثیر سبک زندگی بر افزایش خود پنداره ی مثبت و عزت نفس زنان شاغل در شهر تهران ابزار مورد نظر از طریق روایی محتوا تایید شده است. علاوه بر این پایایی این پژوهش از طریق محاسبه ی ضریب آلفای کرونباخ برابر با 0.89 گزارش شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو روش توصیفی و استنباطی استفاده شده است. درسنجش آمار توصیفی جدول توضیح فراوانی، انحراف معیار، آورده شده است. در سطح استنباطی با استفاده از آزمون کلمو گروف – اسمیرونوف بررسی نرمال بودن توزیع آزمون لوین^۷ برای برابری واریانس ها و برای تحلیل فرضیه ها از تحلیل کواریانس استفاده میشود. داده های پژوهشی توسط برنامه کامپیوتری SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته های تحقیق:

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

^۶Ruggers

^۷MC Millan

^۸Levin

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف (نرمال بودن توزیع متغیرها) برای متغیرهای پژوهش جدول ۲

متغیر مورد بررسی	زمان مطالعه	آزمون کولموگروف اسمیرنوف	
		P-value	Zآماره ی
اختلال خوردن	قبل از آموزش	۰/۰۸۶	۱/۲۵۴
	بعد از آموزش	۰/۰۷۷	۱/۲۷۶
تصویر بدن	قبل از آموزش	۰/۰۸۶	۱/۲۵۴
	بعد از آموزش	۰/۰۸۹	۱/۲۴۶
عزت نفس	قبل از آموزش	۰/۰۹۱	۱/۲۸۱
	بعد از آموزش	۰/۰۶۸	۱/۴۲۶
خودپنداره	قبل از آموزش	۰/۰۷۲	۱/۱۰۸
	بعد از آموزش	۰/۰۷۴	۱/۱۰۵

چنانچه در جدول ۲ 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 ۳ نتایج آزمون لوین (یکسان بودن واریانس متغیرها) برای متغیرهای پژوهش

متغیر مورد بررسی	Fآزمون لوین	P-value
اختلال خوردن	۰/۰۲۰	۰/۰۸۸
تصویر بدن	۲/۹۴۴	۰/۰۹۲
عزت نفس	۳/۲۹۳	۰/۰۷۵
خودپنداره	۳/۷۵۵	۰/۰۵۸

چنانچه در جدول ۳ 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:

جدول ۴ 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

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 ازمون برابر ۹/۶۳ و در پس ازمون 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: جدول ۵ 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

چنانچه در جدول ۵ 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:

جدول ۶ آماره های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمره ی تصویر بدن

افسردگی	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

چنانچه در جدول ۶ 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 ازمون 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 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 تصویر بدن به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شده است. که نتایج به صورت زیر می باشد:

جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدن زنان دارای اضافه وزن

متغیر	میانگین مجذورات	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 ۷ 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.

– فرضیه سوم: 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 ۸ 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 ازمون 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 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 عزت نفس زنان به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شده است. که نتایج به صورت زیر می باشد:

جدول ۹ نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس زنان دارای اضافه وزن

متغیر	میانگین مجذورات	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

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.

- فرضیه چهارم: درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره زنان دارای اضافه وزن اثربخشی دارد.

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

جدول ۱۰ آماره های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد نمره ی خودپنداره

خودپنداره	قبل از آموزش		بعد از آموزش	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه گواه	۱۸/۶۰	۲/۶۲	۱۸/۷۷	۱/۲۴
گروه آزمایش	۱۸/۵۰	۳/۱۸	۲۴/۷۳	۶/۲۳

همان طور که مشاهده می شود در گروه آزمایش، میانگین نمره ی خودپنداره زنان در پیش ازمون بطور میانگین ۱۸/۵۰ و پس از درمان شناختی رفتاری برابر ۲۴/۷۳ بوده است و در گروه گواه این میانگین در پیش ازمون برابر ۱۸/۶۰ و پس ازمون برابر ۱۸/۷۷ بوده است.

در جدول زیر نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره زنان دارای اضافه وزن بررسی شده است. در این تحلیل، متغیر خود پنداره زنان 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 خودپنداره زنان به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شده است. که نتایج به صورت زیر می باشد:

جدول ۱۱ نتایج تحلیل کوواریانس در بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره زنان دارای اضافه وزن

متغیر	میانگین مجزورات	F	P-value	Eta squared	Power	Eta
خودپنداره	۳۷/۶۵۱	۶/۷۱۹	۰/۰۱۲	۰/۱۰۵	۰/۷۲۲	۰/۲۷۶
درمان شناختی رفتاری	۲۸۴/۸۶۶	۵۰/۸۳۴	۰/۰۰۰۱<	۰/۴۷۱	۱/۰۰۰	۶/۴۳۷

همانطور که مشاهده می شود اثر درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره زنان دارای اضافه وزن در سطح ۰/۰۱ معنادار می باشد. بنابراین گفته می شود که درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره زنان دارای اضافه وزن موثر است. با توجه به مقدار بتا نتیجه می شود که بطور میانگین خودپنداره زنان گروه آزمایش ۶/۴۳۷ واحد بیشتر از گروه گواه می باشد. بنابراین درمان شناختی رفتاری بر خودپنداره زنان دارای اضافه وزن تاثیر گذار است و باعث بهبود خودپنداره در افراد گروه آزمایش شده است.

تبیین :

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 (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 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. همانطور که در جداول فصل ۴ مشاهده شد، اثر درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدن در بین زنان دارای اضافه وزن مؤثر بوده است. این یافته با نتایج تحقیق ادموند (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. در تبیین این موضوع 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 مهارتهای 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. 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 (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 بنفس 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 ایی 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. نتایج داده های به دست آمده در این پژوهش نشان می دهد که این فرضیه تأیید شده است، این یافته با پژوهش های مقدسیان (۱۳۹۴) همسویی و هم راستایی دارد. مقدسیان معتقد است که نقش تکنیک های ارائه شده در پروتکل درمان شناختی رفتاری مؤثر بوده است، بدین معنا که اعضای گروه با آموزش شناختی رفتاری روابط بین فردی خود را اصلاح نموده اند و از حمایت های اجتماعی بالاتری برخوردار بوده اند این موضوع

سبب شده است که فرد احساس بهتری را نسبت به خود داشته باشد و خود پنداره ی بالاتری را نشان می دهد، همچنین نتایج این پژوهش با یافته های بروک (۲۰۱۴) همسویی دارد. بروک معتقد است که از طریق افزایش شناخت فرد نسبت به خود قضاوت های شناختی، آگاهانه و به طور منطقی روی میدهد. این قضاوتها سبب می گردد فرد از خود پنداره ی بالاتری برخوردار باشد در تبیین این فرضیه می توان بیان نمود جلسات آموزش توانسته است استرس افراد را کنترل نماید تا افراد اعتماد و احترام به خود بیشتری را تجربه نمایند و خودپنداره ی بالاتری را داشته باشند. علاوه بر این می توان بیان نمود که جلسات آموزش شناختی رفتاری به افراد تصویر واضح تری از توانمندی ها و توانایی های خود ارائه می دهند که این موضوع سبب می شود که خود پنداره ی بهتری را تجربه نماید در تبیین این موضوع می توان بیان نمود تکنیک هایی که در جلسات آموزش ارائه شده است توانسته است به افراد کمک نماید تا بر موارد مثبت پیرامون خود تمرکز نمایند، موقعیت های استرس آور را از خود دور نمایند و در نتیجه نا کامی های کمتری را با خود داشته باشند. پیامد این رفتار بالا رفتن خود پنداره مثبت در آنها شده است. همچنین در نتیجه ی درمان شناختی رفتاری احساسات منفی فرد شناسایی شده و زنان مورد مطالعه قادر بوده اند توانایی های خود را بهتر ارزیابی نمایند و در نتیجه خود پنداره ی بهتری را داشته باشند علاوه بر این می توان در تبیین این موضوع بیان نمود که درمان شناختی رفتاری به این دسته از زنان کمک نموده و روش های کنترل آنها را بیاموزند. این موضوع سبب شده است خود پنداره ی فرد بالاتر گزارش شود.

پیشنهادهای پژوهش

- ۱- پیشنهاد می گردد درمانگران در مواردی که مراجعان آنها از خودپنداره ی پایینی برخوردارند از روش درمان شناختی رفتاری به منظور افزایش سطح خودپنداره ی آنها استفاده نمایند.
 - ۲- 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 ها ی مختلف افزایش دهند.
 - ۳- 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.
- از متن نوشته شود. اولین خط همه پاراگرافها، بجز اولین پاراگراف بعد از متن، بصورت هماهنگ ۱۲ میلیمتر فرورفتگی داشته باشد.

مراجع:

- 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 سمنان.
- 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 ۳۹-۴۰.
- حاجی شریفی، (۱۳۸۹). کتاب گیاه درمانی، 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.
- مطهری و همکاران، (۱۳۹۴). همه گیر شناسی اختلالات روانی دانش آموزان مقطع راهنمایی شهرستان تربت جام. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد واحد تربت جام.
- احمدیان، ح، گل پرو، م، آقایی، ا. (۱۳۸۹). روانشناسی اعتیاد و سبب شناسی و درمان. اصفهان: دان آزاد، ح. (۱۳۸۹).
- بیابان کرد، م. (۱۳۷۳). بیماری روانی. تهران: بی با.
- حسن زاده، ح و همکاران (۱۳۸۴) خودپنداره مثبت یا خود ادراک شده، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی، سال هفتم، شماره ۲۴.
- سلیمانی، ا. (۱۳۹۵). نقش خودکارآمدی در توانمند سازی کارکنان تهران نشریه تدبیر ماهنامه علمی و آموزشی در زمینه مدیریت. سال دوازدهم شماره ۱۶۸.
- شعیری، ف. (۱۳۹۲). بررسی رابطه سبک های مقابله ای با کیفیت زندگی دانش آموزان دختر نابینا. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی
- عابدینی، (۱۳۸۹). گروه درمانگری شناختی- رفتاری. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی (۱۳۸۹). تهران: دانشگاه تهران.

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

- Standard AJ. *Eating patterns and obesity. Psychiatry Q.* 1959; 33(2):284-95

- Luther, S. S., Cochiti, D. , & Becker, B. (2010). *the construct of Resilience: A*

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

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

-Barco. K. Anaheim, P. Velum. (2014). *Substance-dependent patients with and without social anxiety disorder: Occurrence and clinical differences: A study of a consecutive sample of alcohol-dependent and poly-substance-dependent patients treated in two counties in Norway. Journal of Drug and Alcohol Dependence, Volume 80, Issue3, Pages321-328*

- McMillan. Peter M., Shand.Fiona. (2010). *the effect of comorbid substance use disorders on treatment outcome for anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders, Volume 22, Issue 6, Pages 1087-1098.*

-Marcuse, J. A., Brown, T. P., Heinz, J. M., & Bishop, D. B. (1977). *A multi-component intervention for modifying food selections in a worksite cafeteria. Journal of Nutrition Education*, 19(6), 277-280.

-Rebar, f., G (1989). *motivational enhancement treatment manual, very Sino 3.0.available from authors.*

Edmund, F., Karaka, S., Sogucak, S., Gucci, O., & Kuloglu, M. (2012). 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.

Michigan, 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.

-