Journal of Health and Care

Vol. 25, No. 1, Spring 2023, Pages 28-40

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy on Self-control and Appearance Schema in Obese Women without Diet Regimen

Pooyanmehr J, Zareh Neyestanak M*, Tabatabaei FS, Khoshakhlagh H

Department of Psychology, Nain Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
**** Corresponding Author.*** Tel: +989127205843, E-mail: zare@naeiniau.ac.ir

Received: Jan 01, 2023 Accepted: Apr 12, 2023

ABSTRACT

Background & aim: One of the most common psychological problems of obese women is low self-control and appearance schema. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of cognitive behavioral group therapy on self-control and appearance schema in obese women without a di regimen.

Methods: This study is a semi-experimental design of pre-test-post-test and follow-up with a control group. The statistical population of this research included women with a body mass index above 30 who referred to the Noor Nutrition and Obesity Treatment Clinic in the city of Ray in the year 2022. The sample size consisted of 30 people from the mentioned society who were selected by available sampling method and randomly placed in two experimental and control groups. For the experimental group, the cognitive behavioral group therapy was implemented in 8 sessions of 90 minutes during four weeks, while the control group did not receive training. The research tools included the Self-Control Scale (2004) and the Appearance Schema Inventory (2004), which for both groups, once before the intervention (one day before the beginning of the training), once after the intervention (one day after the completion of the training sessions) and were completed once four weeks after the intervention. For the statistical analysis of the obtained data, the analysis of variance test with repeated measurements was used**.**

Results: The results showed that the cognitive behavioral group therapy had a significant effect on self-control and appearance schema in the post-test and follow-up stages. Based on the results, the cognitive behavioral group therapy has been significantly effective in improving self-control ($F=76.551$, $p<0.01$), self-evaluation ($F=44.102$, $p<0.01$) and self-motivation ($F=43.136$, $p<0.01$) in obese women without a diet.

Conclusion: The results showed that the cognitive behavioral group therapy has significantly improved self-control and appearance schema in the studied subjects, so the use of this intervention is suggested for obese women who do not have a diet regimen.

Keywords: Self-control, Appearance Schema, Women, Obesity, Cognitive Behavioral Group Therapy

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودمهارگری و طرحواره ظاهر در زنان چاق فاقد رژیم غذایی

جعفر پویان مهر، محمد زارع نیستانک*، فاطمه سادات طباطبایی نژاد، حسن خوش‌اخلاق

گروه روانشناسی، واحد نایین، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۷۲۰۵۸۴۳ ایمیل: zare@naeiniau.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی، خودمهارگری پایین و طرحواره ظاهری است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودمهارگری و طرحواره ظاهر در زنان چاق فاقد رژیم غذایی، انجام گرفت.

روش کار: طرح پژوهشی نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل زنان با شاخص توده بدنی بالای ۳۰ مراجعه کننده به کلینیک تغذیه و درمان چاقی نور در شهر ری در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از جامعه مذکور بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. برای گروه آزمایش، گروه درمانی شناختی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته اجرا شد، در حالی که گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل مقیاس خودمهارگری (۲۰۰۴) و پرسشنامه طرحواره ظاهری (۲۰۰۴) بود که برای هر دو گروه، یک بار پیش از مداخله (یک روز پیش از شروع آموزش‌ها)، یک بار پس از مداخله (یک روز پس از اتمام جلسات آموزشی) و یک بار چهار هفته بعد از مداخله تکمیل شدند. جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌های بدست آمده، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودمهارگری و طرحواره ظاهر در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تاثیر معنی‌دار داشت ($p<۰/۰۵$). براساس نتایج، این روش به طور معناداری بر بهبود خودمهارگری ($F=۷۶/۵۵۱$، خودارزیابی ($F=۴۴/۱۰۲$، $p<۰/۰۱$) و خودانگیزشی ($F=۴۳/۱۳۶$، $p<۰/۰۱$) در زنان چاق فاقد رژیم غذایی اثربخش بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری به طور معناداری سبب بهبود خودمهارگری و طرحواره ظاهر در افراد مورد مطالعه شده است، بنابراین استفاده از این مداخله برای زنان چاق فاقد رژیم غذایی پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: خودمهارگری، طرحواره ظاهر، زنان، چاقی، گروه درمانی شناختی رفتاری

دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۱ **پذیرش:** ۱۴۰۲/۰۱/۲۳

مقدمه

در حال حاضر، چاقی[1] یک مشکل عمده بهداشت عمومی در اکثر کشورها، به ویژه کشورهای با درآمد کم و متوسط است و بیش از ۱/۹ میلیارد نفر را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱). چاقی به عنوان «انباشته‌شدن بافت چربی بیش از حد و به میزانی که سلامت و تندرستی جسمی و روانی اجتماعی را مختل کند» تعریف می‌شود (۲). عوامل مختلفی از جمله

[1] Obesity

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

فعالیت‌های بدنی کمتر و افزایش سن (۳)، استعمال دخانیات (٤)، رژیم غذایی (۵)، سبک زندگی (۶) و افسردگی (۷) می‌توانند بر چاقی تأثیر بگذارند. مطالعات نشان داده است که شیوع چاقی در بین زنان بیشتر از مردان است و بین سال‌های ۱۹۷۵ تا ۲۰۱۶ سه برابر شده است (۱). این اختلاف جنسیتی عمدتا می‌تواند به دلیل افزایش وزن کلی در دوران بارداری، سال‌های باروری، سبک زندگی نامطلوب یا عوامل خطر مرتبط با بارداری و دوره پس از زایمان باشد (۸). علاوه بر این، زنان با شاخص توده بدنی بالا[1] در معرض خطر بیشتری برای دیابت نوع ۲ (۹)، بیماری قلبی عروقی (۱۰)، فشار خون بالا (۱۱)، دیس لیپیدمی (۱۲) و اختلالات غدد درون‌ریز (۱۳) قرار دارند.

مطالعات نشان داده است که یکی از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی، خودمهارگری پایین است (١٤). خودمهارگری، توانایی تشخیص و تنظیم امیال و عواطف است که مشخصه آن اعمال اراده، خودنظم بخشی و توانایی به تعویق انداختن لذت یا پاداش است (۱۵). خودمهارگری بالا با وضعیت تحصیلی، شغلی، جسمی و روابط اجتماعی خوب رابطه معناداری دارد (۱۶). همچین افراد دارای خودمهارگری بالا زندگی‌شان را بهتر مدیریت کرده وخلقیات‌شان را بیشتر کنترل می‌کنند، به رژیم غذایی‌شان بیشتر پایبند می‌مانند و پشتکار دارند (۱۷). از سویی بین خودمهارگری بالا و پرخوری کم و شاخص توده بدنی رابطه معناداری وجود دارد؛ هرچه خودمهارگری افراد پایین‌تر باشد، رفتارهای مخرب خوردن در آن‌ها افزایش می‌یابد و در نتیجه شاخص توده بدنی بالا می‌رود (۱۸). تحقیقات قبلی در افراد مبتلا به چاقی، خودکنترلی ضعیف را با کاهش وزن کمتر در طول درمان (۱۹) و مشکلات بیشتر در حفظ کاهش وزن پس از آن مرتبط دانسته است (۲۰). در همین راستا نتایج مطالعه استوتزر[2] و همکاران نشان داد چاقی در کاهش بهزیستی روان‌شناختی افرادی که خودمهارگری محدودی دارند، نقش معناداری دارد (۲۱). در مطالعه‌ای دیگر پریویترا[3] و همکاران دریافتند که افراد چاق به دلیل خودمهارگری عاطفی و شناختی پایین، گرایش بیشتری به خوردن غذاهای سرشار از چربی و قند دارند (۲۲).

از سوی دیگر در طول دهه‌های گذشته، علاقه روزافزونی به موضوع ادراک، تحریف و رضایت از تصویر بدنی شکل گرفته است (۲۳). تصویر بدنی یک سازه چندوجهی است که به نحوه تفکر، احساس و رفتار فرد در رابطه با بدن خود اشاره دارد (٢٤). یک جنبه اصلی از سرمایه‌گذاری تصویر بدنی با طرحواره‌های خود مرتبط با ظاهر[4] ارتباط دارد (۲۵). بر اساس نظر مارکوس[5] (۱۹۷۷)، خودطرحواره یعنی ساختارهای شناختی برای پردازش اطلاعات مربوط به خود که از تجارب شخصی و اجتماعی مشتق می‌شوند. طرحواره مربوط به ظاهر، اهمیت ظاهر برای یک حس فردی از خود را منعکس می‌کند (۲۷). این طرح‌واره‌ها با باور افراد در مورد ظاهر سروکار دارند که شامل شکل بدن، اندازه بدن، وزن، لباس، نگرانی در مورد موها، ظاهر و ادراک کلی در مورد خودنمایی و تصویر بدنی است (۲۸). افرادی که طرحواره مربوط به ظاهر در آنها زیاد است، اهمیت زیادی برای ظاهر فیزیکی خود قائل هستند و خود را براساس اینکه چطور به‌نظر می‌رسند، ارزیابی می‌کنند (۲۹). نتایج مطالعه ویلیامز- کرور[6] و همکاران نشان داد که طرحواره ظاهری قوی‌تر منجر به علائم اختلال خوردن شدیدتر و درگیری مکرر در رفتارهای جبرانی می‌شود (۳۰). نتایج مطالعه مورگان[7] و همکاران نیز حاکی از این بود که زنان جوانی که ظاهر فیزیکی خود را کنترل نمی کنند و زمان زیادی را

[1] Body Mass Index (BMI)
[2] Stutzer
[3] Privitera
[4] Appearance Schemas
[5] Markus
[6] Williams-Kerver
[7] Morgan

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

صرف حفظ ظاهر خود می کنند، بالاترین درصد چربی اولیه بدن و شدیدترین افزایش در درصد چربی بدن را دارند (۳۱).

از آن جا که نقش عوامل روان‌شناختی در ابتلای افراد به چاقی حائز اهمیت است، مداخلات روانشناختی می‌تواند به کاهش وزن افراد و تغییر طرحواره ظاهر و خودمهارگری افراد دارای وزن بالا و چاق کمک قابل توجهی نماید (۳۲). بنابراین در سال‌های اخیر، تحولات صورت گرفته در زمینه درمان اختلالات روان‌شناختی و چاقی، موجب طرح روش‌های جدیدی توسط روان‌شناسان بالینی شده است. از این رو می‌توان از گروه درمانی به جای روان‌درمانی فردی که از نظر هزینه و مدت درمان باصرفه‌تر است، استفاده کرد (۳۳). در این میان استفاده از گروه درمانی شناختی رفتاری به عنوان یکی از رایج‌ترین و پرکاربردترین مداخلات می تواند بسیار اثربخش باشد (۳٤). در روش درمانی شناختی رفتاری ابتدا به اصلاح خطاهای شناختی و تغییر باورها اقدام می شود و در ادامه با تعیین تمرینات هدفمند به ابقا و تثبیت باورهای جدید پرداخته می‌شود (۳۵). در این رویکرد درمانی، درمانگر از طرق مختلف می‌کوشد تا تغییر شناختی ایجاد کند؛ یعنی نحوه فکر کردن و نظام باورهای شخص را اصلاح کند تا در احساسات و رفتارها تغییر ایجاد شود (۳۶). در راستای اثربخشی درمان شناختی رفتاری، سهرابی و همکاران نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری چاقی علاوه بر کاهش وزن و ابقای آن، به بهبود خودپنداره و تغییر در باورهای شخصی درباره ظاهر و خود کارآمدی وزن می انجامد (۳۲). در مطالعه‌ای دیگر، سرتیپی یاراحمدی و همکاران، نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر تصویر بدنی، اضطراب و پرخوری زنان چاق اثربخش است (۳۷). همچنین یافته‌های غفاری چراتی و همکاران حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب‌آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین بود (۳۸).

با توجه به این‌که شیوع اضافه وزن و چاقی به سرعت در کشورهای در حال توسعه مانند ایران در حال افزایش بوده و از آن‌جا که چاقی زنان در سلامت جسمی و روانی ایشان و حتی سلامت مادران آینده و نسل آتی تاثیر دارد، از این‌رو ضرورت توجه به پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب این اختلال بیش از پیش احساس می شود. همچنین با توجه به روند روبه گسترش استفاده از شیوه‌های جدید درمان‌های روان-شناختی در کنترل اختلالات روان‌شناختی از یک سو و توجه درمانگران به بهره‌گیری از روش‌های کم‌هزینه که بتواند در کمترین زمان به پاسخ لازم برسد از سوی دیگر، پژوهشگران را بر آن داشت تا مطالعه حاضر را با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودمهارگری و طرحواره ظاهر در زنان چاق فاقد رژیم غذایی انجام دهند.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان با شاخص توده بدنی بالای ۳۰ مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه و درمان چاقی نور در شهر ری در سال ۱٤۰۰ بود. مطابق با نظر گال[1] و همکاران، حجم نمونه مورد نیاز برای پژوهش‌های نیمه‌تجربی برابر با ۳۰ نفر است (۳۳). لذا بر این اساس تعداد ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بر اساس یک تولیدکننده اعداد تصادفی[2] در دو گروه قرار داده شدند (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: محدوده سنی ٤۰-۲۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، نداشتن بیماری جسمانی و روانی شناخته شده و عدم دریافت همزمان روان درمانی با یک برنامه دیگر کاهش وزن بود. بارداری یا

[1] Gall
[2] http://stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

برنامه‌ریزی برای بارداری، یائسگی، مصرف داروهای روانگردان یا متاثرکننده وزن، انصراف از درمان، غیبت بیش از دو جلسه همچنین اختلالات محور I شامل افسردگی اساسی، اختلالات سایکوتیک و اختلالات تغذیه‌ای، اختلالات محور II نظیر اختلالات شخصیتی کلاستر A و B و عقب ماندگی ذهنی و اختلالات محور III مانند اختلالات هورمونی که در ابتلای فرد به چاقی یا در روند درمان او موثر باشند، به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. جهت جمع آوری داده ها از فرم اطلاعات دموگرافیک، مقیاس خودمهارگری و پرسشنامه طرحواره ظاهری استفاده شد.

مقیاس خودمهارگری[1] توسط تانجنی[2] و همکاران تهیه شده است. این مقیاس دارای ۳۶ ماده است که به صورت پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز (نمره ۱) تا بسیار زیاد (نمره ۵) تنظیم گردیده و دامنه نمره کل افراد بین ۳۶ تا ۱۸۰ است که نمره بالاتر بیانگر خودکنترلی بالاتر فرد خواهد بود و برعکس (۳۹). رفیعی هنر و جان بزرگی، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۵ محاسبه نمودند (۴۰). آقابابایی و همکاران نیز ضریب بازآزمایی و آلفای کرونباخ این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۸و ۰/۸۰ گزارش کردند (۴۱). در این پژوهش نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه طرحواره ظاهری[3] توسط کش[4] و همکاران تجدید نظر شده است. این مقیاس، ابزاری ۱۴ پرسشی است که سرمایه گذاری تن انگاره را در ارتباط با باورها یا نظرات خاص مربوط به اهمیت، مفهوم و تاثیر ظاهر در زندگی فرد ارزیابی می‌کند و دارای دو خرده مقیاس خودارزیابی و خودانگیزشی است. پرسشنامه طرحواره ظاهر به طور منطقی به ماده هایی توجه دارد که باورهای فرد را درباره اهمیت، معنا و اثرات ادراکی ظاهر بر زندگی نشان می دهد. نمرات بالاتر، اعتقاد بیشتر به محوری بودن ظاهر در ارزیابی خود و آسیب پذیری بیشتر به پیام های مرتبط با ظاهر جذاب- غیرجذاب را نشان می دهد. کش و همکاران، همسانی درونی ابزار فوق را روی ۱۷۱ دانشجوی زن و مرد بررسی و نتیجه آن را به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۹ گزارش کردند (۴۲). در نمونه ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دو نیم‌سازی این پرسشنامه روی ۵۴ نفر از دانشجویان به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۸ و ۰/۸۲ بود و روایی این پرسشنامه از طریق محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه روابط چندبعدی بدن- خود ۰/۸۸ به دست آمده است (۴۳). در این پژوهش نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۴ برآورد گردید.

پس از انتخاب افراد براساس اصول اخلاقی، در مورد موضوع و اهداف پژوهش اطلاعات مختصری به آنها ارائه شد، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شوند و آنها اختیار دارند در هر مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت کنندگان گرفته شد. برای گروه آزمایشی گروه درمانی شناختی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته و هفته‌ای دو جلسه اجرا شد (جدول ۱). مقیاس خودمهارگری و پرسشنامه طرحواره ظاهری برای هر دو گروه، یک بار پیش از مداخله (یک روز پیش از شروع آموزش‌ها)، یک بار پس از مداخله (یک روز پس از اتمام جلسات آموزشی) و یک بار چهار هفته بعد از مداخله تکمیل شدند (نمودار ۱). لازم به ذکر است به منظور رعایت اصول اخلاقی پس از اتمام مطالعه، برای گروه کنترل نیز مداخله اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با

[1] Self-control Scale
[2] Tangney
[3] Appearance Schemas Inventory
[4] Cash TF

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

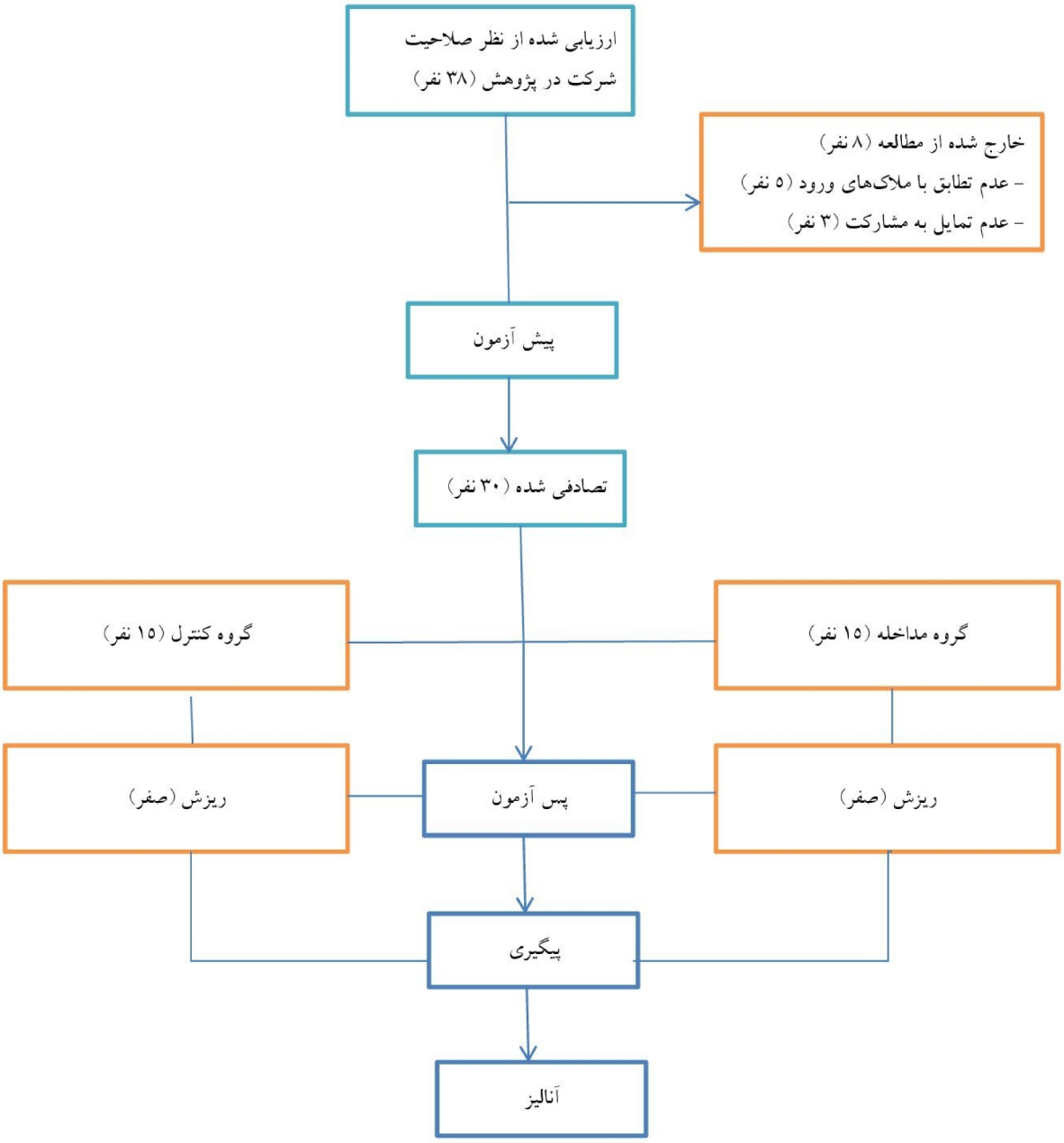
اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-26 انجام یافت. سطح معناداری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. رئوس کلی جلسات با اقتباس از درمان شناختی- رفتاری در چاقی (۳۵)

جلسه	راهبردها
جلسه اول	معرفی اعضای گروه (در صورت انفرادی معرفی مراجعه)، بررسی انتظارات فرد یا اعضای گروه از درمان، مروری بر ساختار جلسات و قوانین گروه، دلایل و منافع کاهش وزن و پرداختن به موانع کاهش وزن، آموزش خودپایی، اصلاح شیوه های غذا خوردن و محیط صرف غذا (آرام و با آگاهی ذهنی غذا خوردن)، ارائه فرم ثبت فکر و ثبت نگرانی، ارائه بروشورهای آموزشی به اعضا
جلسه دوم	مرور تکالیف، آموزش، بحث و تبادل نظر پیرامون موضوعات، وزن کشی و رسم نمودار وزن، آموزش دیاگرام مفهوم سازی پرخوری، فعالسازی رفتاری شامل: معرفی فرم خودیاری و چگونگی تکمیل آن و اهداف آن، سازمان بخشیدن به محیط زندگی، آموزش برنامه ریزی پاداش و جدول زمانی فعالیت و برنامه ریزی برای ورزش، معرفی درمان شناختی- رفتاری و آموزش مدل ABC، آموزش ارتباط بین افکار خودآیند و احساسات و رفتار خوردن، ارایه تکالیف، دریافت بازخورد
جلسه سوم	مرور تکالیف، آموزش بحث و تبادل نظر پیرامون موضوعات، وزن کشی و رسم نمودار آن، کاهش استرس، دیده بانی (مانیتور کردن) آنچه خورده می شود و پرهیز از غذا خوردن بی برنامه، چالش با افکار مخرب و نشخوار ذهنی در حیطه تصویر بدنی وخودمهارگری، تفاوت میان گرسنگی، میل و هوس، تحمل گرسنگی، ارایه تکالیف، دریافت بازخورد
جلسه چهارم	مرور تکالیف، آموزش، بحث و تبادل نظر پیرامون موضوعات، وزن کشی و رسم نمودار آن، مقابله با پرخوری و تغییر معنای سیری، شناسایی افکار مخرب توقف خود فریبی، چالش با افکار مخرب و نشخوار ذهنی در حیطه تصویر بدنی، چالش و زیر سوال بردن با افکار مخرب و نشخوار ذهنی در حیطه تصویر بدنی وخودمهارگری و شناخت طرح واره ظاهر، ارایه تکالیف، دریافت بازخورد
جلسه پنجم	مرور تکالیف، آموزش، بحث و تکلیف پیرامون: وزن کشی و رسم نمودار آن، مهارت مقابله با ناامیدی، ناکامی و سندرم غیرمنصفانه بودن، مهارت "باشه بسیار خوب"، چالش با افکار مخرب و نقش تصویر بدنی وخودمهارگری و شناخت طرح واره ظاهر در چاقی، ارائه راهبردهایی در خصوص افزایش اعتماد نفس، ارایه تکالیف، دریافت یازخورد
جلسه ششم	مرور تکالیف، آموزش، بحث و تبادل نظر پیرامون موضوعات، وزن کشی و رسم نمودار آن، آموزش خودکارآمدی به اعضا، مقاومت در برابر غذا و کنترل خود در برابر نوشابه گازدار(مثلا هنگام تعارف در مهمانی)، چالش با افکار مخرب و نقش تصویر بدنی وخودمهارگری و شناخت طرح واره ظاهر در چاقی، ارایه تکالیف، دریافت بازخورد
جلسه هفتم	مرور تکالیف، آموزش، بحث و تبادل نظر پیرامون موضوعات، حذف غذا خوردن به علت هیجانات، مقابله با بی ثباتی وزن، معرفی خطاهای شناختی و ارائه بروشور خطاهای شناختی، ادامه چالش با فرض ها و باورهای ناکارآمد و ایجاد طرحواره های واقع بینانه تر، ارایه تکالیف، دریافت بازخورد
جلسه هشتم	مرور تکالیف، آموزش، بحث و تبادل نظر پیرامون موضوعات، جلوگیری از عود، غنی و پربار کردن زندگی، مرور و تقویت مهارتهای شناختی- رفتاری، جمع بندی جلسات و برنامه ریزی برای جلسات پیگیری (تقویتی)، طراحی برنامه پیشگیری و یا مقابله با عود با همکاری مراجعه، دریافت بازخورد

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]



شکل ۱. نمودار کانسورت

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی گروه آزمایش برابر با ۱/۳۸±۳۱/۵۰ و گروه کنترل ۰/۵۰±۳۲/۵۰ سال بود. در هر دو گروه آزمایش (٤۰٪) و کنترل (٤٦/٦٪)، بیشتر افراد دارای مدرک لیسانس بودند. در گروه آزمایش، ۲٦/٦ درصد (٤ نفر)، مجرد و ۷۳/۳ درصد (۱۱ نفر) متاهل و در گروه کنترل، ۳۳/۳ درصد (۵ نفر) مجرد و ٦٦/٦ درصد (۱۰ نفر) متاهل بودند. در ادامه آماره‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ گزارش شده است.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودارزیابی	آزمایش	۱۸/۳۲	۳/۱۱	۱۲/۲۱	٤/۱۷	۱۲/۶۸	٤/۱۷
	کنترل	۱۹/۹۲	۳/۶۵	۱۸/٤۶	۲/۳۷	۱۹/٤۲	۳/۵۵
خودانگیزشی	آزمایش	۱۶/۶۲	٤/۰۱	۱۲/۱۷	۲/٤۱	۱۳/۰۶	۳/۰۳
	کنترل	۱۷/۶۵	۳/۶۳	۱۶/۸۲	۲/۹۱	۱۷/۶۲	۳/۵٤
خودمهارگری	آزمایش	۶۷/۱۲	۵/۱٤	۸۵/۱۲	۷/۱۷	۸٤/۳۵	۶/٤۷
	کنترل	۶۸/۲۱	۶/۲۷	۶۷/۱٤	۵/۹۶	۶۷/۳٤	۶/۰۸

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات طرحواره ظاهری (خودارزیابی و خودانگیزشی) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحلهٔ پس‌آزمون نسبت به مرحلهٔ پیش‌آزمون، کاهش بیشتری داشته است. همچنین یافته های جدول نشان می دهدکه میانگین نمرات خودمهارگری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحلهٔ پس‌آزمون نسبت به مرحلهٔ پیش‌آزمون افزایش بیشتری داشته است. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون کولموگروف- اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض نرمال بودن توزیع در هر دو گروه رد نشد ($p>۰/۰۵$). از آزمون لوین برای رعایت پیش فرض‌های آزمون کوواریانس استفاده شد که نتایج، برابری واریانس در مؤلفه‌های طرحواره ظاهری ($F=۱/۶۵۰$ ،$p>۰/۰۵$) و خودمهارگری ($F=۱/۱۲۰$ ،$p>۰/۰۵$) در گروه‌ها را رد نکرد. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معنی‌داری در مؤلفه‌ها بزرگتر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت رد نشد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کواریانس برقرار بود.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چند متغیری (لامبدای ویلکز) متغیرهای وابسته

متغیر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig	Eta
طرحواره ظاهری	۰/۰۶۰	۳۲/۹۸	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲٤۱
خودمهارگری	۰/۳۵۱	۲٤/۹۹۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶٤۹

نتایج آماره لامبدای ویلکز در آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که بین گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$).

جدول ٤. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین‌گروهی

مؤلفه		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
خود ارزیابی	مراحل	۶۸۰/۲۱	۲	۳٤۰/۲۱۰	۲۷/٤۱۱	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل و گروه	۳۲٤/٤۲۰	٤	۸۱/۱۰۵	۳۹/۷۶۸	۰/۰۰۱
	خطا	۱۹٤/۶۲۲	٤۱	٤/۷٤۷		
خودانگیزشی	مراحل	٤۱۵/۱٤۰	۲	۲۰۷/۵۷۰	۱۷/۵۹۰	۰/۰۰۱
	تعامل مراحل و گروه	۲٤۳/۱۳۶	٤	۶۰/۷۸٤	۸/۹۳۶	۰/۰۰۱
	خطا	۱۷٤/۳۲٤	٤۱	٤/۲۵۲		
خود مهارگری	مراحل	۲۱۱/۶۲٤	۲	۱۰۵/۸۱۲	۲۸/۱۲۶	۰/۰۱۰
	تعامل مراحل و گروه	۱۹۱/۲۰۲	٤	٤۷/۸۰۱	۱٤/۳۲۱	۰/۰۰۱
	خطا	۸٤/٤۲۶	٤۱	۲/۰۵۹		

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

نتایج جدول ٤ نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای ابعاد متغیرهای طرحواره ظاهری- خودارزیابی (۳۹/۷۶۸)، خودانگیزشی (۸/۹۳۶) و خودمهارگری (٤۷/۸۰۱) معنی‌دار بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین در ادامه، مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای پژوهش برای ۳ بار اجرا

مؤلفه	مراحل	آزمایش گروه	
		تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
خودارزیابی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۶/۱۱۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۵/۶٤۰	۰/۰۰۱
	آزمون- پیگیری‌پس	-۰/٤۷۰	۱/۰۰۰
خودانگیزشی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	٤/٤۵۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۰/٤٤۰	۰/۰۰۱
	آزمون- پیگیری‌پس	۰/۸۹۰	۰/۰۰۱
خودمهارگری	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۱۸/۰۰۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۱۷/۲۳۰	۰/۰۰۱
	آزمون- پیگیری‌پس	۰/۷۷۰	۱/۰۰۰

با توجه به جدول فوق، در مؤلفه ابعاد طرحواره ظاهری میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری کمتر از مرحله پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۱$)، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست. اما در گروه کنترل، تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد. همچنین، در مؤلفه خودمهارگری میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری به صورت معنی‌داری بیشتر از مرحله پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۱$)، درحالی‌که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست، اما در گروه کنترل، تفاوتی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودمهارگری و طرحواره ظاهر در زنان چاق فاقد رژیم غذایی انجام شد. نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری روی خودمهارگری زنان چاق فاقد رژیم غذایی اثربخش است. این یافته با نتایج الدر[1] و همکاران (٤٤)، جاکوبس[2] و همکاران (٤۵)، فلاح برنجستانکی و همکاران (٤۶)، غفاری چراتی و همکاران (۳۸)، ایزانلو و همکاران (٤۷) و ناطقی و همکاران (٤۸) همسو است. در حالی که یافته ناهمسویی در این زمینه یافت نشد. در تبیین یافته‌های حاضر در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودمهارگری زنان چاق فاقد رژیم غذایی می‌توان گفت از دیدگاه شناختی، افراد خودکنترل‌گر، افکار مزاحم و عدم‌توجه را کنار گذاشته و اهداف منطقی و بلندمدت را در نظر می‌گیرند و این باعث می‌شود اعمال و خواسته‌های غیرمرتبط و ناسالم در زمینه چاقی مدیریت شده و تمرکز روی رفتارهای مثمرثمر بیشتر شود (٤۶). در واقع روش شناختی رفتاری با تأکید بر به تأخیر انداختن نیازها و خواسته‌های آنی، توجه به پیامدها و تأکید بر پاداش‌های درازمدت سبب افزایش خودمهارگری در افراد می‌گردد (۳۸). از سویی درمان شناختی رفتاری با آموزش سبک تفکر عینی و استفاده از سوال‌های چگونه در

[1] Eldar
[2] Jacobs

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

مواجهه با افکار منفی باعث توقف نشخوار می‌گردد و اشخاص از افکار کلی، ارزشی و انتزاعی که تشدیدکننده نشخوار و متعاقب آن رفتارهای آسیب‌زا (خودمهارگری پایین) است به سمت افکار خاص، توصیفی و عینی هدایت می‌شوند (٤٥). علاوه بر این افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان شناختی رفتاری و ایجاد تفکر مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند توانایی مقابله افراد را در کنار آمدن با وسوسه‌های مرتبط با خوردن افزایش دهد (٤٨). بنابراین بطور کلی روش شناختی رفتاری با تأکید بر مدیریت و اداره هیجانات از جمله خشم و کنترل تکانه‌ها، مسؤلیت، خویشتن‌داری، خودارزشمندی و جلوگیری از رفتارهای تکراری سبب تقویت سیستم خودبازداری در افراد می‌شود و از این طریق باعث افزایش میزان آمادگی فرد برای مقابله و اجتناب از رفتارها و افکار تکراری و تکانشی در زمینه خوردن می‌گردد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره ظاهر زنان چاق فاقد رژیم غذایی اثربخش است. این یافته با برخی از نتایج مارکو[1] و همکاران (٤٩)، کاسانو[2] و همکاران (٥٠)، سهرابی و همکاران (۳۲)، سرتیپی یاراحمدی و همکاران (۳۷) و پاک‌اندیش و همکاران (٥١) همسو است. در تبیین این یافته باید به مفروضه‌های درمان شناختی توجه کرد که بر پایه تغییر شناخت، هیجان و رفتار استوار است، این بدان معنا است که مداخله درمان شناختی رفتاری سبب می‌شود که آزمودنی‌ها از نظر تفکر و هیجان به اصلاح ادراکات نادرست خود بپردازند و با بهره‌گیری از آن در ارتباط با دیگران بتوانند دیدگاه مثبتی نسبت به ظاهر خود داشته باشند (۳۲). می‌توان عنوان کرد که در جلسات درمان شناختی رفتاری گروهی با آموزش صحیح و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد در مورد ظاهر و جایگزینی آنها با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک از خود بیماران اصلاح می‌شود و به افراد کمک می‌شود تا باورهای غلط خود را درباره ظاهر جسمانی تغییر دهند، به احساس مثبتی درباره خود دست یابند و یاد بگیرند که می‌توانند نشخوارهای ذهنی خود را در حیطه تصویر منفی کنار بزنند (۳۷). از طرفی در درمان شناختی رفتاری، بیشتر بر نقش فعال فرد و توانایی حل مسأله و مدیریت استرس وی در زمان اکنون تأکید می‌شود و با آموزش مهارت حل مسأله و تفکر منطقی همراه با استفاده درست از حواس پنجگانه به زنان مبتلا به چاقی این توانایی را می‌بخشد که به جای اجتناب شناختی و رفتاری به شکلی کارآمد با چاقی روبه رو شده و با انتخاب سبک زندگی فعال و مدیریت هیجانات ناشی از چاقی بتوانند پردازش شناختی دقیق‌تری از اندام و وزن خود داشته و خودپنداره جسمانی و اجتماعی خود را بهبود بخشیده و به این ترتیب فرد طرحواره ظاهر خود را بیشتر از قبل پذیرا شده و از افکار نشخواری و تعمیم‌های بیش از حد و فاجعه‌سازی چاقی دست می‌کشد (٥١).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نظیر استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها وکوتاه‌مدت بودن زمان پیگیری روبرو بود. بنابراین انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی، پیگیری‌های بلندمدت طولانی‌تر، استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی و مشاهده به عنوان یک روش مکمل پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی برای گردآوری داده‌ها را مدنظر قرار دهند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافعی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

[1] Marco
[2] Cassone

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]
[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.256 می‌باشد. بدین‌وسیله از تمامی کسانی که در این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

References

1- Paulo HA, Mosha D, Mwanyika-Sando M, Mboya IB, Madzorera I, Killewo J, et al. Role of dietary quality and diversity on overweight and obesity among women of reproductive age in Tanzania. PLoS One. 2022;17(4):1-13.

2- Abaj F, Mirzababaei A, Hosseininasab D, Bahrampour N, Clark CC, Mirzaei K. Interactions between Caveolin-1 polymorphism and Plant-based dietary index on metabolic and inflammatory markers among women with obesity. Scientific Reports. 2022;12(1):1-4.

3- Ali N, Mohanto NC, Nurunnabi SM, Haque T, Islam F. Prevalence and risk factors of general and abdominal obesity and hypertension in rural and urban residents in Bangladesh: a cross-sectional study. BioMed Central Public Health. 2022;22(1):1-4.

4- Ali S, Na R, Waterhouse M, Jordan SJ, Olsen CM, Whiteman DC, et al. Predicting obesity and smoking using medication data: a machine-learning approach. Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 2022;31(1):91-99.

5- Hymel E, Vlock E, Fisher KW, Farazi PA. Differential progression of unhealthy diet-induced hepatocellular carcinoma in obese and non-obese mice. Public Library of Science. 2022;17(8):1-18.

6- Legro RS, Hansen KR, Diamond MP, Steiner AZ, Coutifaris C, Cedars MI, et al. Effects of preconception lifestyle intervention in infertile women with obesity: the FIT-PLESE randomized controlled trial. PLoS Medicine. 2022;19(1):1-13.

7- Lin L, Bai S, Qin K, Wong CK, Wu T, Chen D, et al. Comorbid depression and obesity, and its transition on the risk of functional disability among middle-aged and older Chinese: a cohort study. BioMed Central Geriatrics. 2022;22(1):1-10.

8- Triunfo S, Lanzone A. Impact of overweight and obesity on obstetric outcomes. Journal of Endocrinological Investigation. 2014;37(4):323-29.

9- Maskarinec G, Jacobs S, Park SY, Haiman CA, Setiawan VW, Wilkens LR, et al. Type II diabetes, obesity, and breast cancer risk: the multiethnic cohort diabetes, obesity, and breast cancer. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 2017;26(6):854-61.

10- Habanova M, Holovicova M, Scepankova H, Lorkova M, Gazo J, Gazarova M, et al. Modulation of lipid profile and lipoprotein subfractions in overweight/obese women at risk of cardiovascular diseases through the consumption of apple/berry juice. Antioxidants. 2022;11(11):1-15.

11- Shiraseb F, Asbaghi O, Bagheri R, Wong A, Figueroa A, Mirzaei K. Effect of l-Arginine supplementation on blood pressure in adults: a systematic review and dose–response meta-analysis of randomized clinical trials. Advances in Nutrition. 2022;13(4):1226-42.

12- Palmer MK, Toth PP. Trends in lipids, obesity, metabolic syndrome, and diabetes mellitus in the United States: an NHANES analysis (2003-2004 to 2013-2014). Obesity. 2019;27(2):309-14.

13- Cincione IR, Graziadio C, Marino F, Vetrani C, Losavio F, Savastano S, et al. Short-time effects of ketogenic diet or modestly hypocaloric Mediterranean diet on overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. Journal of Endocrinological Investigation. 2022;19:1-9.

14- Brook JS, Zhang C, Brook DW, Finch SJ. Voluntary smoking bans at home and in the car and smoking cessation, obesity, and self-control. Psychological Reports. 2014;114(1):20-31.

15- Duckworth AL, Taxer JL, Eskreis-Winkler L, Galla BM, Gross JJ. Self-control and academic achievement. Annual Review of Psychology. 2019;70(1):373-99.

16- Troll ES, Venz L, Weitzenegger F, Loschelder DD. Working from home during the COVID-19 crisis: how self-control strategies elucidate employees' job performance. Applied Psychology. 2022;71(3):853-80.

17- Englert C. The self-regulation of human performance: a critical discussion and future directions for self-control research. Performance Enhancement & Health. 2019;6(3-4):156-57.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

18- Vermeiren E, Naets T, Van Eyck A, Vervoort L, Ysebaert M, Baeck N, et al. Improving treatment outcome in children with obesity by an online self-control training: a randomized controlled trial. Frontiers in Pediatrics. 2021;9:1-14
19- Eichen DM, Barch DM, Wilfley DE. Executive function in childhood obesity: promising intervention strategies to optimize treatment outcomes. Appetite. 2018;124:10-23.
20- Eichen DM, Matheson BE, Liang J, Strong DR, Rhee K, Boutelle KN. The relationship between executive functioning and weight loss and maintenance in children and parents participating in family-based treatment for childhood obesity. Behaviour Research and Therapy. 2018;105:10-16.
21- Stutzer A, Meier AN. Limited self-control, obesity, and the loss of happiness. Health Economics. 2016;25(11):1409-24.
22- Privitera GJ, McGrath HK, Windus BA, Doraiswamy PM. Eat now or later: self-control as an overlapping cognitive mechanism of depression and obesity. PLoS One. 2015;10(3):1-11.
23- McNabney SM. Obesity, body image dissatisfaction, and sexual dysfunction: a narrative review. Sexes. 2022;3(1):20-39.
24- Lacroix E, Atkinson MJ, Garbett KM, Diedrichs PC. One size does not fit all: trajectories of body image development and their predictors in early adolescence. Development and Psychopathology. 2022;34(1):285-94.
25- Doosalivand H, Tahmasbi N, Ghanbarijolfaei A, Ghahremani S, Pishgahroudsari M. A comparison of maladaptive early schemas and appearance schemas in obese and normal weight control subjects. Koomesh. 2014;16(3):329-37 [Persian].
26- Alaedini Z, Hasannejad S. The effects of self-esteem, self-objectification, and appearance schemas on clothing choice style: examining the structural model. Journal of Applied Psychological Research. 2020;11(3):169-78 [Persian].
27- Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In Cash, T.F. & Smolak, L. (Eds.), Body Image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention. New York: Guilford Press, 2011.
28- Javed J, Khan M. Appearance schemas, self-esteem and academic achievement among university students. Journal of Research & Reviews in Social Sciences Pakistan. 2018;1:117-26.
29- Young TR. The relationship between appearance schemas, self-esteem, and indirect aggression among college women. Oklahoma State University, 2007.
30- Williams-Kerver GA, Crowther JH. Emotion differentiation and disordered eating behaviors: the role of appearance schemas. Eating Behaviors. 2020;37:1-21.
31- Morgan AZ, Keiley MK, Ryan AE, Radomski JG, Gropper SS, Connell LJ, et al. Eating regulation styles, appearance schemas, and body satisfaction predict changes in body fat for emerging adults. Journal of Youth and Adolescence. 2012;41(9):1127-41.
32- Sohrabi F, Pasha R, Naderi F, Askary P, Ehteshamzadeh P. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on body mass index and self-concept perceptions of overweight individuals. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2018;12(4):43-51 [Persian].
33- Mortezaei Shemirani S, Sanaei Zaker B, Tajeri B, Sodagar S, Meschi F. Comparing the effects of acceptance and commitment group therapy and cognitive-behavioral group therapy on life habits, disordered eating behavior, and health-promoting lifestyle in obese women. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2020;23(6):944-57 [Persian].
34- Ogata K, Koyama KI, Amitani M, Amitani H, Asakawa A, Inui A. The effectiveness of cognitive behavioral therapy with mindfulness and an internet intervention for obesity: a case series. Frontiers in Nutrition. 2018;5(56):1-5.
35- Cooper Z, Doll HA, Hawker DM, Byrne S, Bonner G, Eeley E, et al. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up. Behaviour Research and Therapy. 2010;48(8):706-13.
36- Beltman MW, Voshaar RC, Speckens AE. Cognitive–behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomized controlled trials. The British Journal of Psychiatry. 2010;197(1):11-19.
37- Sartipi Yarahmadi M, Kordestani D, Goodarzi K, Rozbahani M. Comparing the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based stress reduction therapy on body image,

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]

anxiety, and overeating in obese women. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2022;12:26 [Persian].
38- Ghafari Cherati R, Ghanadzadgan H, Fakhri M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on self-control, difficulty in regulating emotion, resilience and psychological flexibility in patients with obsessive-compulsive neurosis. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2022;65(1):71-85 [Persian].
39- Tangney JP, Boone AL, Baumeister RF. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. Journal of Personality. 2018;72(2):271-324.
40- Rafiei Honar H, Jan Zaguri M. The relationship between religious orientation and self-control. Journal of Psychology and Religion. 2010;4(42):31-39 [Persian].
41- Aghababaei H, Hossein Khanzadeh AA, Hemati Alamdarloo G, Moradi A, Rezayi Dehnavi S. Prediction of self-control capacity based on various religious orientations and its role in crime prevention. Criminal Law Research. 2011;2(2):19-36 [Persian].
42- Cash TF, Melnyk SE, Hrabosky JI. The assessment of body image investment: an extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. International Journal of Eating Disorders. 2004;35(3):305-309.
43- Asadi M, Salehi M, Sadooghi M, Afkham Ebrahimi A. Self-esteem and attitude toward body appearance before and after cosmetic rhinoplasty. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2013;19(1):28-33 [Persian].
44- Eldar S, Esser NM, Hoffman SG, Martz E. Promotion of self-management of chronic conditions. Oxford University Press, 2018.
45- Jacobs RH, Watkins ER, Peters AT, Feldhaus CG, Barba A, Carbray J, et al. Targeting ruminative thinking in adolescents at risk for depressive relapse: rumination-focused cognitive behavior therapy in a pilot randomized controlled trial with resting state fMRI. PLoS One. 2016;11(11):1-17.
46- Fallah Berejestanaki V, Saberi H, Shomali Oskoei A. Comparison of the effectiveness of group reality therapy with group cognitive behavioral therapy on marital satisfaction and self-control of women. Journal of Applied Psychology. 2022;16(3):201-24 [Persian].
47- Izanloo H, Shahhabizadeh F, Hojjat SK, Bahrainian SA. The effectiveness of "Rumination - Focused Cognitive Behavioral Therapy" and "Mindfulness-Based Cognitive Therapy" on impulsivity and hopelessness of depressed teenage girls attempting suicide. The Journal of Health Promotion Management. 2021;10(5):54-70 [Persian].
48- Nateghi M, Sohrabi F. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in suicidal thoughts and impulsivity among adolescents with addiction. Etiad Pajohi. 2017;11(42):213-28 [Persian].
49- Marco JH, Perpiñá C, Botella C. Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: one year follow-up. Psychiatry Research. 2013;209(3):619-25.
50- Cassone S, Lewis V, Crisp DA. Enhancing positive body image: an evaluation of a cognitive behavioral therapy intervention and an exploration of the role of body shame. Eating Disorders. 2016;24(5):469-74.
51- Pakandish S, Kraskyan A, Jomehri F. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy on quality of life and body image of obese women. Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy. 2020;9(34):20-32 [Persian].

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-12-15]

[DOI: 10.61186/jhc.25.1.28]