MEJDS. 2020; 10:121.

Published online 2020 Aug. **Research Article**

The Effects of Family-Based Weight Loss Training on Weight-Affective Lifestyle and Irrational Food Beliefs in Overweight Women

Moghadampasha A[1], *Naderi F[2], Moradimanesh F[3], Zargar Shirazi F[4]

Author Address
1. PhD Student, Department of Health Psychology, Khorramshahr-Persian Gulf International Unit, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Ahwaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Dezful Unit, Islamic Azad University, Dezful, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Abadan Branch, Islamic Azad University, Abadan, Iran.
***Corresponding author's email:** nmafrah@yahoo.com

Received: 2019 August 17; **Accepted:** 2019 November 7

Abstract

Background & Objectives: In recent decades, obesity and overweight have been recognized as serious threats worldwide. Evidence suggests that individuals' lifestyle patterns affect their health and life expectancy. Irrational food beliefs, as a cognitive mechanism, could also contribute to weight changes. Studies indicated that the family–centered weight loss training model improves the quality of life and its related components, such as mental health, happiness, and social interaction in obese individuals. The current study aimed to explore the effects of family–centered weight loss education on weight–affective lifestyle and irrational food beliefs in overweight women.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of the study included all overweight women with 25< Body Mass Index (BMI)<30 kg/m^2 who referred to a nutrition clinic in Mashhad City, Iran, in 2018. Of them, 30 subjects were randomly selected using a random sampling approach. They were randomly assigned to the experimental and control groups. Then, the Irrational Food Beliefs Scale (Osberg et al., 2008) and the Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire (Clark et al., 1991) were distributed among the study groups. Next, the training program was adapted from the Vos et al. (2011) and Cooper et al. (2003) models and provided to the experimental group; however, the control group received no intervention program. After the end of the education program, both study questionnaires were re–tested in the study groups. Descriptive statistics indices were employed to describe the collected demographic data. The inferential variables were measured using Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA). Besides, to examine the study assumptions, the Kolmogorov–Smirnov test and Levene's test were implemented in SPSS. The significance level was set at 0.05.

Results: The present study findings revealed that the family–based weight loss education significantly impacted the studied dependent variables (weight–affective lifestyle & irrational food beliefs) and their subscales (except for physical discomfort & positive activity) (p<0.001).

Conclusion: The obtained data suggested that family–centered weight loss education influenced weight–affective lifestyle and irrational food beliefs in the explored overweight women.

Keywords: Family–Centered weight loss education, Weight–Affective lifestyle, Irrational food beliefs, Overweight women.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.139.8]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۲۱.

انتشار برخط مرداد ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور بر سبک زندگی اثرگذار بر وزن و باورهای غیرمنطقی غذاخوردن در زنان دارای اضافه‌وزن

اعظم مقدم پاشا[۱]، *فرح نادری[۲]، فردین مرادی‌منش[۳]، فریبا زرگر شیرازی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی خرمشهر-خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران؛

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد آبادان، دانشگاه آزاد اسلامی، آبادان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** nmafrah@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۶ مرداد ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۶ آبان ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: چاقی عارضهٔ فراگیری است که با افزایش بافت چربی مشخص می‌شود و به بیماری‌های متعدد و مرگ‌ومیر زودهنگام کمک می‌کند. هدف این پژوهش اثربخشی آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور بر سبک زندگی مؤثر بر وزن و باورهای غیرمنطقی غذاخوردن در زنان دارای اضافه‌وزن بود.

روش‌بررسی: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر تمامی زنان دارای اضافه‌وزن با ۳۰>BMI>۲۵ مراجعه‌کننده به یک‌کلینیک تغذیه در شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بودند که تحت هیچ مداخلهٔ کاهش وزنی قرار نداشتند. از بین آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شده و به‌تصادف و به‌طور مساوی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های سبک زندگی مؤثر بر وزن (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱) و باورهای غیرمنطقی غذایی (اوسبرگ و همکاران، ۲۰۰۸) توسط هر دو گروه تکمیل شد. پس از آن برنامهٔ آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور با اقتباس از الگوی واس و همکاران (۲۰۱۱) و کوپر و همکاران (۲۰۰۳) برای گروه آزمایش انجام پذیرفت. سپس پرسشنامه‌های مذکور مجدداً توسط هر دو گروه تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد، تأثیر آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور بر سبک زندگی مؤثر بر وزن و باورهای غیرمنطقی غذاخوردن و زیرمقیاس‌های آن‌ها (به‌جز ناراحتی جسمانی و فعالیت مثبت) معنادار است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج می‌توان گفت آموزش روش‌های کاهش وزن اگر با مشارکت و درگیرکردن خانواده همراه باشد، می‌تواند در کاهش وزن تأثیر بهتری داشته باشد و نیز بر نوع رفتار غذاخوردن و سبک زندگی مؤثر واقع شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور، سبک زندگی مؤثر بر وزن، باورهای غیرمنطقی غذاخوردن، زنان دارای اضافه‌وزن.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.139.8]

۱ مقدمه

در دهه‌های اخیر چاقی و اضافه‌وزن، تهدیدی جدی در سراسر جهان معرفی شده است. چاقی به‌ویژه چاقی بالاتنه با شیوع بیماری‌های مزمن مانند دیابت نوع دو و پرفشارخونی و بیماری‌های قلبی‌ـ عروقی همراه است (۱). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی[1]، اضافه‌وزن و چاقی، تجمع غیرطبیعی یا بیش‌ازاندازهٔ چربی در بدن شناخته می‌شود که سلامتی فرد را مختل می‌کند (۲). چاقی به‌سبب پیامدهای فراوان و ایجاد مشکلات مختلف در بین مردم به‌عنوان عاملی مستعدکنندهٔ بیماری نظیر فشارخون زیاد، بیماری‌های قلبی و عروقی، دیابت نوع دو و همچنین یکی از علل مرگ‌ومیر در جوامع امروزی شناخته شده است (۳). اضافه‌وزن و چاقی[2] بیماری است که رابطهٔ مستقیم و مؤثری با سبک زندگی دارد. سبک زندگی به الگوهای روزانهٔ زندگی فرد مربوط می‌شود که به‌طور معمول انجام می‌دهد؛ بنابراین، مؤلفه‌های روانی و شناختی نقش مستقیم و شاخصی در این بیماری ایفا می‌کنند (۴). بسیاری معتقد هستند که افزایش شیوع چاقی نتیجهٔ مستقیم تغییرات به‌وجودآمده در سبک زندگی[3] جوامع ازقبیل کم‌تحرکی، برهم‌خوردن توازن انرژی، استفادهٔ بیشتر از پروتئین‌های حیوانی و افزایش استفاده از فناوری است (۵)؛ بنابراین سبک زندگی به‌عنوان تمام رفتارهایی که تحت کنترل شخص هستند و بر بهداشت فرد تأثیر می‌گذارند، به‌منزلهٔ پدیده‌ای چندبعدی می‌تواند تضمین‌کنندهٔ سلامت فرد باشد (۶). شواهد علمی نشان می‌دهد که انتخاب‌ها و الگوی سبک زندگی افراد بر سلامت و طول عمر آن‌ها تأثیرگذار است و در جوامع امروزی، علت عمدهٔ مرگ‌ومیر و ابتلا به چاقی به اعمال نادرست سبک زندگی مثل سیگارکشیدن و بی‌تحرکی و عادات تغذیه‌ای ناکافی مربوط می‌شود؛ همچنین فعالیت جسمانی و مصرف میوه و سبزی ناکافی عامل خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی و چاقی و انواع سرطان‌ها است (۷). پژوهش کروملی و همکاران نشان داد، نوجوانان چاقی که از بدن خود رضایت داشته، بیشتر احتمال دارد رفتارهایی انجام دهند که وزن خود را کنترل کنند (۸)؛ درحالی‌که نوجوانان چاق ناراضی از بدن خود رفتارهای ناسالم مربوط به مدیریت وزن را انجام می‌دهند و درمعرض خطر افزایش وزن قرار می‌گیرند. چنین رفتارهایی می‌تواند پیامد باورهای غیرمنطقی فرد باشد. داشتن باورهای غیرمنطقی به‌عنوان شناخت عمل‌کرده و رفتارهای خوردن، پیامد چنین شناختی است (۹). درواقع، باورهای افراد دربارهٔ وضعیت سلامتی‌شان و احتمال بروز بیماری، اثر مهمی بر انجام فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری از بیماری‌ها دارد و وجود باورهای غلط دربارهٔ سلامت، عامل خطر مهمی برای پیدایش بیماری‌ها است (۱۰). باورهای غذایی غیرمنطقی[4] به‌عنوان مکانیزمی شناختی می‌تواند در تغییرات وزن نقش داشته باشد؛ زیرا این باورها، باورهای تحریف‌شده و ناسالم مربوط به مواد غذایی بوده که موفقیت در کاهش و نگهداری وزن را تضعیف می‌کند. افراد چاق دارای باورهای غیرمنطقی به‌دلیل داشتن انتظارات غیرواقع‌بینانه از خود و عدم پذیرش خود هنگام مواجهه با عامل استرس‌زای محیطی به‌جای حل موقعیت مشکل‌زا، بیشتر از هیجان‌های ناکارآمد مانند خوردن غذا و تنقلات استفاده می‌کنند که همین مسئله موجب افزایش وزن می‌شود (۱۱).

برنامه‌های درمانی مختلفی به‌منظور درمان چاقی و اضافه‌وزن و پیشگیری از مشکلات سلامتی مرتبط با آن طراحی شده که در اغلب این برنامه‌ها مشخصاً روی کاهش دریافت انرژی و افزایش فعالیت بدنی تأکید شده است؛ درحالی‌که بسیاری از پژوهشگران ازجمله وریژ و همکاران معتقد هستند که این مداخله‌ها در طولانی‌مدت نسبتاً ناکارآمد واقع می‌شوند؛ چراکه مطالعات پیگیری بیانگر میزان زیاد برگشت وزن و چاقی است (۱۲). تلاش برای کاهش وزن تقریباً در اکثر این افراد مانند تلاش‌های قبلی برای رژیم‌گرفتن بدون موفقیت باقی می‌ماند و درنتیجه به ایجاد چرخهٔ نامطلوب کاهش و افزایش وزن منتهی می‌شود. شاید یکی از دلایل شکست برنامه‌های رژیمی و بازگشت وزن آن است که در این برنامه‌ها به مسائل روان‌شناختی افراد توجه نمی‌شود. توجه به مسائل روان‌شناختی همآیند با چاقی در طولانی‌مدت باعث تسهیل کاهش وزن نیز می‌گردد (۱۳)؛ اما الگوی نادرست غذاخوردن نه‌فقط به‌طور فردی، بلکه در خانواده و محیط اجتماعی نیز نفوذ می‌کند. شواهد نشان می‌دهد الگوی خانواده‌محور سبب بهبود سطح کیفیت زندگی و مؤلفه‌های مرتبط با آن همچون سلامت روانی و شادکامی و برقراری تعاملات مناسب اجتماعی در افراد چاق می‌شود (۱۴). الگوهای رفتاری خانواده ممکن است منجربه انتخاب غذا و سلامتی شود. در رویکرد خانواده‌محور بر نحوهٔ برخورد اعضای خانواده، برقراری ارتباط و حمایت از یکدیگر، دربارهٔ رفتار غذاخوردن و تغییر سبک زندگی تأکید می‌شود (۱۵). به استثنای تأثیرات ژنتیکی، عامل مهم در علل چاقی افراد، محیط زندگی آن‌ها به‌ویژه در منزل بوده که عادات خانوادگی شناخته‌شده‌ای است و به سلامت تغذیهٔ افراد کمک می‌کند (۱۵). این پیوند خانوادگی با رفتار نشان می‌دهد، نیاز به مداخلات متمرکز بر خانواده به دلیل وجود الگوهای رفتاری خانواده بوده که ممکن است منجربه انتخاب غذای مناسب و سلامت شود. در همین راستا، کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور، اشاره به مداخلات طراحی‌شده برای شناسایی و تغییر نحوهٔ برخورد اعضای خانواده، برقراری ارتباط و حمایت از یکدیگر در زمینهٔ رفتار تغذیه و تغییر شیوهٔ زندگی دارد (۱۶). بررسی‌های پراکنده از نقاط مختلف دنیا و ایران نشان می‌دهد، میزان شیوع چاقی در همهٔ گروه‌های سنی در حال افزایش است. این افزایش در زنان بیشتر از مردان و در کشورهای در حال توسعه سریع‌تر از کشورهای توسعه‌یافته است (۱۷)؛ بنابراین مطالعه روی نمونه‌های ایرانی دارای اضافه‌وزن و چاق و در پی آن بررسی و اثبات اثرات سودمند مداخلات روان‌شناختی در تغییر کیفیت زندگی و راندمان کاری، بیش از پیش اهمیت می‌یابد؛ ازاین‌رو باتوجه به مطالب گفته‌شده این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور بر سبک زندگی مؤثر بر وزن و باورهای غیرمنطقی غذاخوردن در زنان دارای اضافه‌وزن انجام شد.

[1]. The World Health Organization
[2]. Overweight and obesity
[3]. Lifestyle
[4]. Irrational food beliefs

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.139.8]

۲ روش‌بررسی

روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر تمامی زنان دارای اضافه‌وزن با ۳۰>BMI>۲۵ و فاصلهٔ سنی بین ۲۵ تا ۳۵ سال مراجعه‌کننده به یک‌کلینیک تغذیه در شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بودند که تحت هیچ مداخلهٔ کاهش وزنی قرار نداشتند. از بین آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس و باتوجه به پژوهش‌های پیشین، از بین افراد دارای شرایط ورود به مطالعه، ۳۰ نفر انتخاب شده و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند (۱۸). سپس در ابتدا قبل از شروع برنامهٔ درمانی پرسشنامه‌های سبک زندگی مؤثر بر وزن[1] کلارک و همکاران (۱۹) و باورهای غیرمنطقی غذایی[2] اوسبرگ و همکاران (۲۰) توسط هر دو گروه تکمیل شد. پس از آن برنامهٔ آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور با اقتباس از الگوی واس و همکاران (۱۴) و کوپر و همکاران (۲۱) برای گروه آزمایش انجام پذیرفت. گروه کنترل تحت هیچ برنامهٔ درمانی قرار نگرفت. سپس پرسشنامه‌های مذکور مجدداً توسط هر دو گروه تکمیل شد. پس از پایان پژوهش جهت حفظ موازین اخلاقی در پژوهش، برنامهٔ درمانی اجراشده در این پژوهش برای گروه گواه نیز اجرا شد. در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامهٔ سبک زندگی مؤثر بر وزن: جهت بررسی سبک زندگی مؤثر بر وزن، پرسشنامهٔ سبک زندگی مؤثر بر وزن کلارک و همکاران (۱۹۹۱) به‌کار رفت (۱۹). این پرسشنامه برای اندازه‌گیری توانایی خودمهارگری بین افراد چاق در جست‌وجوی درمان ساخته شد. ابزاری خودگزارش‌دهی ۲۰ سؤالی است که اطمینان فرد را دربارهٔ خودداری از خوردن در شرایط گوناگون می‌سنجد. این ابزار نمرهٔ کلی و نیز نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها را به‌طور جداگانه محاسبه می‌کند. سؤال‌ها در مقیاس ده‌نقطه‌ای لیکرت از صفر (نامطمئن) تا نُه (بسیار مطمئن) پاسخ داده می‌شود و شامل خرده‌مقیاس‌های هیجان‌های منفی، فشار اجتماعی، دردسترس‌بودن، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت است. میزان آلفای کرونباخ آن در پژوهش بابایی و همکاران بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ به‌دست آمد (۲۱).

پرسشنامهٔ باورهای غذایی غیرمنطقی: جهت بررسی باورهای غذایی غیرمنطقی از پرسشنامهٔ باورهای غذایی غیرمنطقی که اوسبرگ و همکاران در سال ۲۰۰۸ طراحی کردند، استفاده شد (۲۰). یکی از مفاهیم مدنظر در برنامه‌های کاهش و مدیریت وزن، باورهای غیرمنطقی و خطاهای شناختی است که تصحیح این باورها به سوی سالم‌اندیشی و ایجاد نگرش بهتر، می‌تواند در مدیریت وزن مؤثر باشد. این مقیاس ۵۷ ماده دارد و از دو زیرمقیاس باورهای غیرمنطقی (۴۱ ماده) و باورهای منطقی (۱۶ ماده) تشکیل شده است. زیرمقیاس باورهای غیرمنطقی برای استفاده در پژوهش حاضر ترجمه شد و شاخص‌های روان‌سنجی آن تحت بررسی قرار گرفت. سؤالات این مقیاس در معیاری چهاردرجه‌ای لیکرت از شدیداً مخالفم تا شدیداً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. روایی صوری و محتوایی آن در پژوهش ادهمیان و هاشمی تأیید شد (۲۲). به‌منظور بررسی ثبات درونی سؤالات مقیاس ضریب آلفای کرونباخ توسط سازندگان اصلی مقیاس ۰/۸۹ به‌دست آمد و در پژوهش ادهمیان و هاشمی ۰/۷۴ محاسبه شد.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی و در سطح استنباطی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نیز برای بررسی پیش‌فرض‌ها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف و آزمون لون به‌کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۴ استفاده گردید. سطح معناداری آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ساختار جلسات درمان کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور، ترجمه و اقتباس از الگوی واس و همکاران (۱۴) و کوپر و همکاران (۱۷)، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. درمان کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور

جلسات	محتوای جلسات
اول	بیان انتظارات از درمان، اهمیت انجام تکالیف روزانه، آموزش شیوهٔ پایش غذای روزانه، شرح سیستم چراغ راهنمای غذایی، معرفی اعضای گروه به یکدیگر، اصول تنظیم وزن و توازن انرژی و مشخص‌کردن اهداف درمانی، بیان ضرورت پایش وزن.
دوم	گفت‌وگو راجع به تغذیهٔ سالم، آموزش نحوهٔ بازخورد صحیح، حمایت و تقویت مثبت از سوی اعضای خانواده، تشویق به ورزش و فعالیت برای همهٔ اعضای خانواده.
سوم	آموزش سبک زندگی سالم و ایجاد رفتارهای سالم، تغییر سبک زندگی با مشارکت تمام اعضای خانواده.
چهارم	گفت‌وگو راجع به نقش تک‌تک اعضای خانواده در درمان، توضیح راجع به علت‌های چاقی و خطرات جسمی و روانی ناشی‌از چاقی.
پنجم	توضیح دور معیوب بروز هیجانات و بروز پرخوری و آموزش سبک‌های مقابله‌ای مناسب هنگام بروز هیجانات (به‌جای رفتارهای خوردن ناسالم).
ششم	پاسخ به سؤالات، مشارکت تمامی اعضای خانواده در جلسهٔ درمان و برگزاری جشن پایان درمان به‌همراه خانواده‌ها، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

[1]. Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire

[2]. The Irrational Food Beliefs Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.139.8]

جهت رعایت اصول اخلاقی، این مطالعه با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه‌نگاه‌داشتن اطلاعات شرکت‌کنندگان صورت گرفت.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش درمجموع ۳۰ آزمودنی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) با میانگین سنی ۳۹/۳۴ سال و انحراف استاندارد سنی ۴/۳ سال برای گروه آزمایش و میانگین ۴۱/۶۷ سال و انحراف استاندارد ۴/۷ سال برای گروه گواه شرکت کردند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات زیرمقیاس‌های متغیرهای پژوهش به‌تفکیک گروه‌ها منعکس شده است.

جهت بررسی اثربخشی آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده بر اصلاح زیرمقیاس‌های سبک زندگی (شامل هیجان منفی، فشار اجتماعی، دردسترس‌بودن، ناراحتی جسمانی، فعالیت‌های مثبت) و باورهای غیرمنطقی غذاخوردن در دو گروه مطالعه‌شده، قبل و بعد از آموزش، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره[1] استفاده شد. همچنین جهت انجام تحلیل کوواریانس ابتدا به بررسی مفروضات این آزمون اقدام گردید. برای ارزیابی نرمال‌بودن نمرات، آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف به‌کار رفت. نتایج نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است. همچنین یافته‌های آزمون لوین مشخص کرد که مفروضهٔ همگنی کوواریانس داده‌ها و شیب رگرسیون برقرار است ($p>۰/۰۵$).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
هیجان منفی	آزمایش	۲۳/۴	۵/۴	۱۹/۲	۳/۱	۶۷/۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۸
	گواه	۲۱/۷	۴/۶۱	۲۰/۳	۳/۱۱			
فشار اجتماعی	آزمایش	۲۶/۵	۶/۴	۲۱/۴	۳/۷	۶۵/۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۸
	گواه	۲۳/۳	۶/۷	۲۲/۲	۳/۳			
دردسترس‌بودن	آزمایش	۲۰/۶	۲/۰۱	۲۱/۴	۳/۷	۳۷/۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
	گواه	۲۱/۸	۳/۶	۲۲/۲	۳/۳			
ناراحتی جسمانی	آزمایش	۲۰/۹	۴/۵۶	۲۱/۴	۲/۸	۰/۸۳	۰/۳۸۱	۰/۰۴۴
	گواه	۲۱/۶	۳/۷	۲۰/۹	۲/۶			
فعالیت مثبت	آزمایش	۱۳/۳	۲/۴۵	۱۱۲/۵	۷/۹۲	۰/۷۹	۰/۳۴۲	۰/۰۴۲
	گواه	۱۴/۲	۲/۵۳	۱۰۷/۷	۶/۴۵			
باورهای غذایی غیرمنطقی	آزمایش	۱۱۲/۵	۷/۹۲	۸۱/۳	۶/۳	۱۲۱/۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۲
	گواه	۱۰۷/۷	۶/۴۵	۱۰۱/۵	۷/۰۹			

در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای هریک از زیرمقیاس‌های سبک زندگی مؤثر بر وزن و باورهای غیرمنطقی غذاخوردن آمده است؛ همان‌طورکه مشاهده می‌شود در زیرمقیاس‌های هیجان منفی و فشار اجتماعی و دردسترس‌بودن بین دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما بین زیرمقیاس‌های ناراحتی جسمانی و فعالیت مثبت تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. همچنین آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده باعث کاهش معنادار نمرات باورهای غیرمنطقی غذاخوردن آزمودنی‌های گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شده است ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

نتایج این مطالعه نشان‌دهندهٔ بهبود درخورتوجه آزمودنی‌ها در نمرات سبک زندگی درمقایسه با ابتدای مطالعه بود. نتایج این پژوهش با تحقیقات مور و بایلی مبنی‌بر اینکه دیدگاه والدین بر سبک غذاخوردن کودکان و چاقی آن‌ها اثربخش است (۲۴) و دنیلسن و همکاران مبنی‌بر اینکه خانواده نقش مهمی در میزان چاقی اعضا دارد (۱۳)، همسوست. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت رسیدن به استراتژی‌های لازم جهت پیشگیری از اضافه‌وزن و چاقی در طول زندگی، حیاتی است. نتایج مطالعهٔ آگوستونی و همکاران پیشنهاد می‌کند، اصلاح رفتارهای غذایی، علاوه‌بر اصلاح دریافت غذایی که قبلاً نشان داده شده، ممکن است به عموم مردم در پیشگیری از چاقی کمک کند (۲۵). هم‌راستا با یافته‌های مطالعهٔ حاضر، تحقیقات قبلی نشان می‌دهد که الگوی غذایی نامنظم باعث افزایش ریسک ابتلا به چاقی می‌شود (۲۶). در تبیین علت بهبود نمرات سبک زندگی در اثر آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور می‌توان گفت، در جلسات آموزشی از افراد درخواست شد که مطالب آموزش‌داده‌شده را با اعضای خانواده بحث کنند و از این طریق خانوادهٔ خود را در روند

[1]. MANCOVA

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.139.8]

بهبود رژیم غذایی شرکت دهند. تحقیقات نشان داده است که الگوی وعدهٔ غذایی نامنظم در خانواده از علت‌های چاقی اعضـــای خانواده محسوب می شود؛ بنابراین باتوجه به نقش حمایتی خانواده و توجه به این نکته که تغییر عادات مربوط به غذاخوردن و فعالیت بدنی فرایند فعالی است و تمام اعضای خانواده را درگیر می‌کند، افراد شرکت‌کننده در پژوهش با نظارت و اصلاح رفتار خود به‌عنوان الگویی برای سایر اعضای خانواده نیز عمل کرده‌اند (۲۷).

همچنین نتایج این پژوهش نشان‌دهندهٔ بهبود درخورتوجه آزمودنی‌ها در نمرات باورهای غیرمنطقی غذاخوردن درمقایسه با ابتدای مطالعه بود. نتایج این پژوهش با مطالعات زیلستر و همکاران که نقش شناخت‌های خودتنظیمی را در بیماران چاق برجسته کرد (۲۸) و کازیوسکا و گراهام که بیان کردند بین نگرش‌های ضمنی و آشکار به سه نوع غذا (غذاهای پرکالری غیرشیرین، غذاهای پرکالری شیرین، غذاهای کم‌کالری) و شاخص تودهٔ بدنی در زنان رابطه وجود دارد (۲۹)، همسوست. یافته‌های پژوهش اسبرگ و ایگرت نشان داد که مکانیزمی شناختی یعنی باورهای غذایی غیرمنطقی ممکن است گرایش افراد را به خوردن غذاهای چرب هنگامی‌که استرس دارند، افزایش دهد (۱۱). همچنین اسبرگ و ایگرت دریافتند، افراد دارای باورهای غذایی غیرمنطقی وقتی تحت شرایط استرس‌زا قرار می‌گیرند این باور را دارند که مواد غذایی می‌تواند احساسات و هیجانات منفی را تسکین دهد و آرامش و راحتی را فراهم کند و جایگزینی برای چیزهای ازدست‌داده در زندگی باشد (۱۱)؛ بنابراین با درنظرگرفتن این مطالب و با عنایت به ویژگی باورهای غیرمنطقی که به‌صورت توقعات خشک و انعطاف‌ناپذیری هستند و معمولاً با کلمات «باید» و «حتماً» بیان می‌شوند، می‌توان گفت افراد چاق دارای باورهای غذایی غیرمنطقی وقتی در شرایط استرس‌زا قرار می‌گیرند، به این باور که «چون استرس دارم، باید غذای بیشتری مصرف کنم» متوسل می‌شوند؛ درنتیجه برای کاهش استرس دست به پرخوری می‌زنند (۹)؛ بنابراین در جریان آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور با تأکید بر شناخت هیجانات منفی و توضیح دور معیوب بروز هیجانات و بروز پرخوری و نیز آموزش سبک‌های مقابله‌ای مناسب هنگام بروز هیجانات (به‌جای رفتارهای خوردن ناسالم) به زنان آموزش داده شد که به‌جای پاسخ‌های هیجانی نظیر پرخوری هنگام تجربهٔ هیجانات منفی، از پاسخ‌های جایگزین مانند تنفس عمیق و آرام‌سازی و... استفاده کنند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از نمونه‌گیری دردسترس و همچنین تک‌جنسیتی‌بودن نمونهٔ مدنظر اشاره کرد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه دیگری روی مردان دارای اضافه‌وزن و چاقی نیز انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های این پژوهش آموزش کاهش وزن مبتنی‌بر الگوی خانواده‌محور بر سبک زندگی مؤثر بر وزن و باورهای غیرمنطقی غذاخوردن در زنان دارای اضافه‌وزن مؤثر بود؛ لذا مشاوران و روان‌درمانگران می‌توانند از یافته‌های این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی و آموزشی استفاده کنند و از این رویکرد درجهت بهبود سبک زندگی افراد دارای اضافه‌وزن بهره برند.

۶ تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری عزیزان شرکت‌کننده در طرح پژوهشی و همهٔ افرادی که در انجام این مطالعه به ما یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه

در این پژوهش اعظم مقدم‌پاشا به‌عنوان مجری و فرح نادری و فردین مرادی‌منش و فریبا زرگر شیرازی به‌عنوان اساتید راهنما و مشاور همکاری کردند. همچنین تمامی نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

References

1. Nora M, Guimarães M, Almeida R, Martins P, Gonçalves G, Santos M, et al. Excess body mass index loss predicts metabolic syndrome remission after gastric bypass. Diabetol Metab Syndr. 2014;6:1. doi: 10.1186/1758-5996-6-1
2. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. 2017; Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
3. Pakdel E, Omidvari M. Investigating the effects of human personality on human reliability and accident frequency using DISC and HEART technique in automotive industries. Iranian Journal of Ergonomics. 2017;5(1):26–35. [Persian] doi: 10.21859/joe-05014
4. Zhang Y, Mei S, Yang R, Chen L, Gao H, Li L. Effects of lifestyle intervention using patient-centered cognitive behavioral therapy among patients with cardio-metabolic syndrome: a randomized, controlled trial. BMC Cardiovasc Disord. 2016;16(1):227. doi: 10.1186/s12872-016-0398-9
5. Malik VS, Willett WC, Hu FB. Global obesity: trends, risk factors and policy implications. Nat Rev Endocrinol. 2013;9(1):13–27. doi: 10.1038/nrendo.2012.199
6. Neymotin F, Nemzer LR. Locus of control and obesity. Front Endocrinol. 2014;5:159. doi: 10.3389/fendo.2014.00159
7. Bouchard C, Blair SN, Haskell WL. Physical activity and health. 2nd ed. Champaign, IL: Human Kinetics; 2012.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.139.8]

8. Cromley T, Neumark-Sztainer D, Story M, Boutelle KN. Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents. J Adolesc Health. 2010;47(3):263–9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.009
9. Kalantari F, Davoudi I, Bassak Nejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Karandish M. The effectiveness of rational- emotive behavioral therapy on body mass index, irrational food beliefs and self- acceptance among overweight teenage girls. Achievements of Clinical Psychology. 2015;1(3):81–98. [Persian] doi: 10.22055/jacp.2015.12406
10. Wang C, Coups EJ. Causal beliefs about obesity and associated health behaviors: results from a population-based survey. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010;7:19. doi: 10.1186/1479-5868-7-19
11. Osberg TM, Eggert M. Direct and indirect effects of stress on bulimic symptoms and BMI: the mediating role of irrational food beliefs. Eat Behav. 2012;13(1):54–7. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.09.008
12. Werrij MQ, Jansen A, Mulkens S, Elgersma HJ, Ament AJHA, Hospers HJ. Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. J Psychosom Res. 2009;67(4):315–24. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.12.011
13. Danielsen YS, Nordhus IH, Júlíusson PB, Mæhle M, Pallesen S. Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7-13): a randomised waiting list controlled trial. Obes Res Clin Pract. 2013;7(2):e116–28. doi: 10.1016/j.orcp.2012.06.003
14. Vos RC, Wit JM, Pijl H, Kruyff CC, Houdijk ECAM. The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment in children with obesity: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2011;12:110. doi: 10.1186/1745-6215-12-110
15. Hendrie G, Sohonpal G, Lange K, Golley R. Change in the family food environment is associated with positive dietary change in children. Int J Behav Nutr Phys Act. 2013;10:4. doi: 10.1186/1479-5868-10-4
16. Kaplan SG, Arnold EM, Irby MB, Boles KA, Skelton JA. Family systems theory and obesity treatment: applications for clinicians. Infant Child Adolesc Nutr. 2014;6(1):24–9. doi: 10.1177/1941406413516001
17. Amiri Parsa T, Khademosharie M, Hamedinia MR, Azarnive MS. Evaluation of the factors associated with overweight and obesity in 30- to 50-year-old Women of Sabzevar. Iranian Journal of Epidemiology. 2014;9(4):75–83. [Persian] https://irje.tums.ac.ir/article-1-5159-en.pdf
18. Bayat E, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Yousefi Chaigan P. The effectiveness of family-based cognitive behavioral therapy in weight reduction among children with obesity. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2014;16(4):254–61. [Persian] http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-1699-en.pdf
19. Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS. Self-efficacy in weight management. J Consult Clin Psychol. 1991;59(5):739–44. doi: 10.1037//0022-006x.59.5.739
20. Osberg TM, Poland D, Aguayo G, MacDougall S. The Irrational Food Beliefs Scale: development and validation. Eat Behav. 2008;9(1):25–40. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.02.001
21. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity: a clinician's guide. New York: Guilford Press; 2003.
22. Babai S, Khodapanahi MK, Saleh Sadegh Poor B. Babai S. Validating and investigating reliability of the weight efficacy life style questionnaire. International Journal of Behavioral Sciences. 2008;2(1):75–81. [Persian] http://www.behavsci.ir/article_67581_265c629e1531af9e0319e7033b6711b6.pdf
23. Adhamian E. Hashemi T. Bavarhaye ghazaie gheyrmanteghi dar 3 grouh az afrad daraye chaghi ezafe vazn va daraye vazn tabie'i [Irrational food believes in three groups of obese, overweight, and normal weight]. In: 4th Congress of Iranian Psychological Association. Tabriz, Iran: Iranian Psychological Association; 2012. [Persian]
24. Moore K, Bailey J. Parental perspectives of a childhood obesity intervention in Mississippi: a phenomenological study. The Qualitative Report. 2013;18(48):1–22.
25. Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Mihatsch, W, et al. Role of dietary factors and food habits in the development of childhood obesity: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2011;52(6):662–9. doi: 10.1097/MPG.0b013e3182169253
26. Berg C, Lappas G, Wolk A, Strandhagen E, Torén K, Rosengren A, et al. Eating patterns and portion size associated with obesity in a Swedish population. Appetite. 2009;52(1):21–6. doi: 10.1016/j.appet.2008.07.008
27. Mahmmodirad G, Mohali F, Alhani F. Effect of family-centered empowerment model on the lifestyle of patients with hypertension. Medical–Surgical Nursing Journal. 2013;2(34):128–36. [Persian]
28. Zijlstra H, Larsen JK, van Ramshorst B, Geenen R. The association between weight loss and self-regulation cognitions before and after laparoscopic adjustable gastric banding for obesity: A longitudinal study. Surgery. 2006;139(3):334–9. doi: 10.1016/j.surg.2005.08.007
29. Czyzewska M, Graham R. Implicit and explicit attitudes to high- and low-calorie food in females with different BMI status. Eating Behaviors. 2008;9(3):303–12. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.10.008

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.139.8]