



## Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Diet Therapy on Weight Reduction and Promotion of Lifestyle Self-Efficacy in Obese People

Parisa Golkarian<sup>1</sup>, Abdollah Shafiabady<sup>2</sup>, Ali Delavar<sup>3</sup>

1. PhD Student Counseling, Dept. of Counseling, College of Humanities Science, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Professor, Dept. of Counseling, College of Educational Science and Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran
3. Professor, Dept. of Statistic, College of Educational Science and Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran

### Article Information

#### Article History:

Received: 2018/06/4  
Accepted: 2018/07/17  
Available Online 2018/12/17

IJHEHP 2019; 6(4):340-348

#### DOI:

10.30699/acadpub.ijhehp.6.4.340

#### Corresponding Author:

##### Abdollah Shafiabady

Dept. of Counseling, College of Educational Science and Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran

Tel: 09121142204

Email: ashafiabady@yahoo.com

### Abstract

**Background and Objective:** Obesity is a one of the major problems of developing societies and its prevalence is steadily increasing. This research aimed to compare the effectiveness of cognitive behavior therapy and diet therapy on weight reduction and promotion of lifestyle self-efficacy in obese people.

**Methods:** This was a semi-experimental research with a pre-test and post-test design. From the obese people referring to psychological counseling centers and nutrition clinics of Tehran city, 30 people 20 to 40 years old were selected by available sampling method and randomly assigned to two groups. The groups were trained in 10 sessions (one session per week) and body mass index and Clark et al's lifestyle self-efficacy were measured in pre-test and post-test phases. The data were analyzed by T-Test and MANCOVA methods.

**Results:** The findings showed that both two methods of cognitive behavior therapy and diet therapy were effective on weight reduction and promotion of lifestyle self-efficacy in obese people. Also cognitive behavior therapy in comparison diet therapy significantly led to weight reduction and promotion of lifestyle self-efficacy of obese people ( $P < 0/001$ ).

**Conclusion:** The results indicated the importance of both two methods especially cognitive behavior therapy method in weight reduction and promotion of lifestyle self-efficacy of obese people. Therefore, both two methods can be used by counselors and therapists in order for weight reduction and promotion of lifestyle self-efficacy of obese people.

**Keywords:** Cognitive behavior therapy, Diet therapy, Weight, Self-Efficacy, Lifestyle, Obesity

Use your device to scan and read the article online



Copyright © 2019 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved

### How to cite this article:

Golkarian P, Shafiabady A, Delavar A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Diet Therapy on Weight Reduction and Promotion of Lifestyle Self-Efficacy in Obese People. Iran J Health Educ Health Promot. 2019; 6 (4): 340-348

Golkarian, P., Shafiabady, A., Delavar, A. (2019). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Diet Therapy on Weight Reduction and Promotion of Lifestyle Self-Efficacy in Obese People. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*; 6 (4) :340-348



## مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و رژیم درمانی بر کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی در افراد مبتلا به چاقی

پریسا گل کاریان<sup>۱</sup>، عبدالله شفیع آبادی<sup>۲</sup>، علی دلاور<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳. استاد، گروه آمار، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

## چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از عمده ترین مشکلات جامعه های در حال توسعه چاقی است و شیوع آن پیوسته در حال افزایش است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و رژیم درمانی بر کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی در افراد مبتلا به چاقی انجام شد.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود. از میان افراد مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روان شناختی و کلینیک های تغذیه شهر تهران، ۳۰ فرد ۲۰-۴۰ ساله با روش در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. گروه ها ۱۰ جلسه (هفته ای یک جلسه) آموزش دیدند و شاخص توده بدنی و خودکارآمدی سبک زندگی Clark و همکاران در مراحل پیش آزمون و پس آزمون اندازه گیری شد. داده ها با روش های تی-تست و تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد که هر دو روش درمان شناختی - رفتاری و رژیم درمانی در کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی مؤثر هستند. همچنین روش درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با رژیم درمانی باعث کاهش معنادار وزن و ارتقای معنادار خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی می شود ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج حاکی از اهمیت هر دو روش به ویژه روش درمان شناختی - رفتاری در کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی است. بنابراین مشاوران و درمانگران می توانند هر دو روش را برای کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی استفاده کنند.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی - رفتاری، رژیم درمانی، وزن، خودکارآمدی، سبک زندگی، چاقی

کپی رایت © حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

## اطلاعات مقاله

## تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۷/۳/۱۴  
پذیرش: ۱۳۹۷/۴/۲۶  
انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۹/۲۶

IJHEHP 2019; 6(4):340-348

## نویسنده مسئول:

عبدالله شفیع آبادی

گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تلفن: ۰۹۱۲۱۱۴۲۲۰۴

پست الکترونیک:

ashafiabady@yahoo.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



## مقدمه

یکی از عمده ترین مشکلات جامعه های در حال توسعه چاقی (Obesity) است و اپیدمیولوژیست ها روند افزایشی آن را در اروپا، آمریکا، آسیا و خاورمیانه گزارش کرده اند (۱). چاقی ناشی از عوامل محیطی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، متابولیکی و ژنتیکی است (۲). در ایران چاقی از مشکلات اپیدمی و در حال رشد است و برآوردهای ملی نشان می دهد که میزان اضافه وزن و چاقی در گروه سنی ۱۵ و ۲۵ سال به ترتیب ۱۶ و ۲۲ درصد است (۳). یکی از مشکلات افراد مبتلا به چاقی، اضافه وزن (Overweight) است. اگر شاخص توده بدنی (تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر) مساوی یا بزرگ تر از ۲۵ باشد، فرد دچار اضافه وزن است و

اگر مساوی یا بزرگ تر از ۳۰ باشد، فرد چاق است (۴). چاقی با نشاط کمتر، اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی، خستگی و آشفتگی خلقی رابطه دارد و بر سلامت و کیفیت زندگی تأثیر منفی می گذارد (۵).

یکی دیگر از مشکلات افراد مبتلا به چاقی، کاهش خودکارآمدی سبک زندگی (Lifestyle self-efficacy) است (۶). خودکارآمدی ادراک توانایی ها برای انجام یک عمل در موقعیت خاص است و خودکارآمدی مهم ترین عامل تعیین کننده رفتار است (۷). افرادی که وزن آنها نوسان زیادی دارد، معمولاً خودکارآمدی پایین تری دارند (۸). خودکارآمدی سبک زندگی به باور فرد درباره خوردن در موقعیت های هیجانی مثبت و منفی، ناراحتی های جسمانی،

فشارهای اجتماعی و دسترسی آسان به مواد غذایی اشاره دارد (۹). با توجه به تأثیر خودکارآمدی سبک زندگی بر وزن و سلامتی افراد، باید در مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای وزن و تغذیه مورد توجه قرار گیرد (۱۰).

چاقی متأثر از رژیم غذایی، فعالیت‌های فیزیکی و وراثت است و با سبک زندگی و مداخلات روان‌شناختی می‌توان آن را کاهش داد (۱۱). یکی از روش‌های درمانی مؤثر بر ویژگی‌های افراد چاق درمان شناختی - رفتاری (Cognitive behavior therapy) است (۱۲). در این شیوه درمان فرایندهای شناختی به اندازه تأثیرات محیطی یا رفتار اهمیت دارند (۱۳). درمان شناختی - رفتاری نوعی رفتاردرمانی به‌وجودآمده در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی و منعکس‌کننده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به‌عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارهاست (۱۴). هدف درمان شناختی - رفتاری اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، افزایش خودگویی‌های مثبت و سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (۱۵).

یکی دیگر از روش‌های درمانی مؤثر بر ویژگی‌های افراد چاق رژیم‌درمانی (Diet therapy) است (۱۶). رژیم غذایی به آنچه فرد در طول روز می‌خورد یا می‌آشامد اطلاق می‌شود (۱۷). رژیم غذایی به دوطبقه مناسب و نامناسب تقسیم می‌شود. در رژیم غذایی نامناسب هدف کاهش وزن سریع و زودهنگام است، بدون توجه به منابع تغذیه‌ای موردنیاز بدن، که در طول زمان آسیب‌زا است. در رژیم غذایی مناسب به منابع تغذیه‌ای لازم برای بدن حاوی خوراکی‌های گوناگون از گروه‌های مختلف براساس هرم غذایی توجه می‌شود (۱۸). رژیم غذایی سالم مواد مغذی لازم، مایعات کافی، آمینواسید و اسیدهای چرب لازم، ویتامین‌ها، مواد معدنی کافی و کالری لازم برای بدن را فراهم می‌کند و نقش مهمی در حفظ و ارتقای سلامت دارد (۱۹). رژیم‌درمانی مبتنی بر نوعی برنامه غذایی است که متخصص تغذیه آن را تنظیم می‌کند و افراد هنگام مراجعه به متخصص و پس از توزین، آن را دریافت می‌کنند (۲۰). در رژیم‌درمانی فرد برای کاهش وزن باید به برنامه غذایی که متخصص تغذیه با توجه به قد و وزن برای او تعیین می‌کند، متعهد باشد. بنابراین عامل موفقیت رژیم‌درمانی پایبندی به برنامه غذایی مشخص‌شده است (۲۱).

پژوهش‌هایی درباره تأثیر درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی انجام شده است؛ برای مثال Brennan (۱۲) و Castelnovo و همکاران (۲۲) گزارش کردند که درمان شناختی - رفتاری در کاهش وزن مؤثر است. در پژوهشی دیگر Hollon و Driessen به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - رفتاری بر ارتقای خودکارآمدی تأثیر دارد (۲۳). همچنین Bruce و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که رژیم‌درمانی باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش وزن می‌شود (۱۶). در پژوهشی دیگر Pondenejadan و Malihi به این نتیجه رسیدند که هر دو روش و ترکیب رژیم‌درمانی با درمان شناختی - رفتاری بر کاهش وزن مؤثر است (۲۴).

علاوه بر آن Moradhaseli و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند رفتار شناختی - درمانی باعث ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی مرتبط با کاهش وزن دانشجویان دختر می‌شود (۲۵). همچنین Sasanfar و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ترکیب شناخت درمانی گروهی و رژیم‌درمانی بر کاهش وزن مؤثر است (۲۶). در پژوهشی دیگر HosseiniKia و همکاران گزارش کردند برنامه آموزش تغذیه سالم بر ارتقای خودکارآمدی در رفتار تغذیه‌ای دانش‌آموزان دختر مؤثر است (۲۷).

سازمان بهداشت جهانی چاقی را تهدیدی جهانی برای سلامتی اعلام کرده است. بیشتر کشورهای آسیایی از جمله ایران در حال گذر از سبک زندگی سنتی به سبک زندگی غربی و از صنعت سنتی به صنعت ماشینی هستند. همراه با صنعتی شدن، عادات‌های غذایی نیز تغییر می‌کنند و رژیم‌های سنتی گیاهی و کربوهیدراتی به رژیم‌های پرچربی تبدیل می‌شوند و این تغییرات اضافه‌وزن و چاقی را افزایش می‌دهد (۲۸). چاقی مسئله‌ای جدی است که تأثیر نامطلوبی بر سلامت و طول عمر دارد و زمینه‌ساز ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های عروق کرونر، فشارخون، هپرلیپیدمی و انواع سرطان است (۵). با توجه به شیوع بالای چاقی و مشکلات فراوانی که افراد چاق با آن مواجه هستند، باید به دنبال روش‌هایی برای کاهش چاقی و پیامدهای روان‌شناختی آن بود که احتمالاً روش‌های درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمان در این زمینه مؤثر هستند. در نتیجه این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی بر کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی در افراد مبتلا به چاقی انجام شد.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه پژوهش افراد مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روان‌شناختی و کلینیک‌های تغذیه منطقه سه شهر تهران در فصل‌های پاییز و زمستان سال ۱۳۹۶ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ فرد مبتلا به چاقی بودند که با روش در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه مساوی (۱۵ نفر گروه درمان شناختی - رفتاری و ۱۵ نفر گروه رژیم‌درمانی) جایگزین شدند. گروه‌ها به صورت تصادفی و با عنوان گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه از معادله برآورد حجم نمونه Fleiss استفاده شد.

$$n = \frac{2\sigma^2 \left( z_{1-\frac{\alpha}{2}} z_{1-\beta} \right)^2}{d^2} = \frac{2(1/72)^2 (1/96 + 1/28)^2}{4/507} = 13/78$$

در این معادله براساس پژوهش Mackean و همکاران (۲۹)  $\sigma = 1/72$ ،  $d^2 = 4/507$ ،  $\text{Power} = 0/90$  و  $\alpha = 0/05$  در نظر گرفته شد.  $\sigma$  انحراف معیار است که میزان پراکندگی را نشان می‌دهد و  $d$  بازه اطمینان است که میزان قابل‌اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را

نشان می‌دهد. براساس معادله، حجم نمونه ۱۳/۷۸ نفر برآورد شد که برای اطمینان از حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن ۲۰-۴۰ سال، شاخص توده بدنی ۳۰ و بیشتر از آن، حداقل تحصیلات دیپلم و حداقل یک سال ثبات وزن بود و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل بارداری یا داشتن برنامه برای آن، استفاده از داروهای روان‌گردان، داشتن اختلال روانی و مصرف داروهای روان‌پزشکی، استفاده همزمان از سایر روش‌های درمانی و غیبت دو جلسه یا بیشتر از آن بود. گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر شاخص توده بدنی و خودکارآمدی سبک زندگی ارزیابی شدند.

شاخص توده بدنی: شاخص توده بدنی با تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر محاسبه شد. وزن افراد با لباس معمول به وسیله ترازوی عقربه‌ای Seca با دقت ۰/۵ کیلوگرم و قد افراد در حالت ایستاده با قدسنج متصل به ترازو با دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد.

خودکارآمدی سبک زندگی: برای اندازه‌گیری خودکارآمدی سبک زندگی از پرسش‌نامه Clark و همکاران استفاده شد. این ابزار دارای ۲۰ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۰ = عدم اطمینان تا ۴ = بسیار مطمئن) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با توجه به مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید؛ لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۸۰ است و نمره بالاتر به معنای خودکارآمدی سبک زندگی بیشتر است. Clark و همکاران روایی همزمان را با پرسش‌نامه خودکارآمدی تغذیه تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش کردند (۲۵). همچنین Navidian و همکاران روایی همگرای ابزار را با پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی و روایی واگرایی آن را با چک‌لیست علائم روان‌پزشکی تأیید و پایایی آن را با روش بازآزمایی دوهفته‌ای ۰/۹۱ گزارش کردند (۳۰). در پژوهش حاضر پایایی ابزار در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از دریافت مجوز لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران و انتخاب آزمودنی‌ها، نمونه‌ها به دو گروه تقسیم شدند و ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) تحت آموزش قرار گرفتند؛ به این ترتیب که گروه رژیم‌درمانی زیرنظر متخصص تغذیه و گروه درمان شناختی - رفتاری زیرنظر متخصص روان‌شناسی بالینی آموزش دید.

در گروه رژیم‌درمانی افراد پس از مراجعه به متخصص تغذیه و وزن‌کشی، برنامه غذایی جدید دریافت می‌کردند. متخصص تغذیه به هریک از افراد متناسب با شرایط آنها برای کاهش وزن برنامه رژیم غذایی کم‌کالری می‌داد و با کمک آزمودنی زمان جلسه بعد را مشخص می‌کرد. پژوهشگران محتوی مداخله درمان شناختی - رفتاری را براساس پکیج درمان شناختی - رفتاری Wright و همکاران، ترجمه قاسم‌زاده و حمیدپور (۳۱)، و آموزش‌های رفتاری برای تغییر نگرش فرد

به غذا و سبک خوردن تنظیم کردند. جلسه اول به آشنایی افراد با یکدیگر، قوانین جلسات، میزان کالری موادغذایی، زمان غذا خوردن، اضافه‌وزن و چاقی و باورهای تحریف‌شده درباره غذا اختصاص یافت. در جلسه دوم درباره زمان، مکان و ویژگی‌های افراد پرخور بحث شد و بهانه‌ها و دلیل تراشی‌های پرخوری تحلیل شدند. جلسه سوم به آموزش معنای لغزش و مدیریت و راهکارهای مقابله با پرخوری اختصاص یافت. جلسه چهارم نقش کلیدواژه‌ها، جملات تأکیدی، سیستم حمایتی و چگونگی استفاده از آنها در کاهش وزن آموزش داده شد. جلسه پنجم به شناخت باورهای منفی و پیامدهای رفتاری و شناختی آنها و جایگزینی آنها با باورهای مثبت و کارآمد اختصاص داده شد. در جلسه ششم غذاهای اغواکننده و میزان کالری آنها معرفی شدند و نحوه برخورد با آنها آموزش داده شد. جلسه هفتم ماهیت انواع لذت آنی و غائی متمرکز بر موادغذایی توضیح داده شد. جلسه هشتم تکنیک انزجاردرمانی و تکنیک‌های شناختی جلب‌توجه با هدف افزایش هوشمندی آموزش داده شد. جلسه نهم به شناسایی و اصلاح باورهای مخرب و منحرف‌کننده مانند کمال‌گرایی منفی، گوشه‌گیری، تکبر و غرور، دلیل‌تراشی و غیره اختصاص یافت. جلسه دهم زنجیر عود و بازگشت معرفی شد و نحوه تعیین قانون‌های جدید برای داشتن سبک زندگی مناسب مربوط به خوردن آموزش داده شد. همچنین در پایان هر جلسه وزن افراد اندازه‌گیری و به آنها اطلاع داده شد. کلاس‌ها در یکی از مراکز مشاوره روان‌شناختی منطقه ۳ شهر تهران برگزار شد.

داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ با خطای ۰/۰۵ تحلیل شدند. برای توصیف و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، و انحراف معیار و از روش‌های تی-تست و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد. لازم به ذکر است که کد اخلاق اخذشده از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران ۲۱۷۵۶۹۶۸۳۷ است و در پژوهش حاضر برای آزمودنی‌ها اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و تحلیل داده‌ها به‌صورت کلی بیان و از آنان رضایت‌نامه کتبی شرکت آگاهانه در پژوهش گرفته شد.

#### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۳۰ فرد مبتلا به چاقی در دو گروه مساوی (هر گروه ۱۵ نفر) بودند که ویژگی‌های دموگرافیک آنها شامل تاهل، جنسیت، تحصیلات و دامنه سنی به تفکیک گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

در جدول ۱، ویژگی‌های دموگرافیک تاهل، جنسیت، تحصیلات و دامنه سنی افراد مبتلا به چاقی به تفکیک گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی گزارش شد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی در مرحله پیش‌آزمون از نظر شاخص توده بدنی ( $T=-0/384, P<0/516$ ) و خودکارآمدی

سبک زندگی ( $T=0/۸۱۲, P<0/۰۹۷$ ) تفاوت معناداری ندارند. همچنین بررسی پیش فرضها نشان داد که فرض نرمال بودن و همگنی واریانسها برقرار است، چون نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای هیچیک از متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و نتایج آزمون لوین معنادار نبودند. برای بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش شاخص توده بدنی و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی از آزمون تی وابسته استفاده

شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

براساس نتایج جدول ۲، درمان شناختی - رفتاری بر کاهش شاخص توده بدنی ( $T=۱۱/۶۷, P<0/۰۰۱$ ) و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی ( $T=-۱۹/۲۷, P<0/۰۰۱$ ) افراد مبتلا به چاقی مؤثر است. برای بررسی اثربخشی رژیم درمانی بر کاهش شاخص توده بدنی و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی از آزمون تی وابسته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک افراد مبتلا به چاقی به تفکیک گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و رژیم درمانی

ویژگی‌ها	طبقات	گروه درمان شناختی - رفتاری		گروه رژیم درمانی	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
متاهل	مجرد	۲	۱۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷
	متاهل	۱۳	۸۶/۶۷	۱۱	۷۳/۳۳
جنسیت	مرد	۶	۴۰	۷	۴۶/۶۷
	زن	۹	۶۰	۸	۵۳/۳۳
تحصیلات	دیپلم	۳	۲۰	۳	۲۰
	کاردانی	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
	کارشناسی	۶	۴۰	۸	۵۳/۳۳
	کارشناسی ارشد	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۷
دامنه سنی	۲۱-۲۵	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
	۲۶-۳۰	۸	۵۳/۳۳	۹	۶۰
	۳۱-۳۵	۱	۶/۶۷	۲	۱۳/۳۳
	۳۶-۴۰	۲	۱۳/۳۳	۱	۶/۶۷

جدول ۲. نتایج آزمون تی وابسته برای بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش شاخص توده بدنی و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی

متغیرها	مراحل ارزیابی	میانگین	اختلاف میانگین‌ها	آماره T	df	معناداری
شاخص توده بدنی	پیش آزمون	۳۳/۶۳	۸/۲۰	۱۱/۶۷	۱۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۵/۴۳				
خودکارآمدی سبک زندگی	پیش آزمون	۲۳/۸۰	-۱۹/۲۷	-۹/۵۳	۱۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۴۳/۰۷				

جدول ۳. نتایج آزمون تی وابسته برای بررسی اثربخشی رژیم درمانی بر کاهش شاخص توده بدنی و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی

متغیرها	مراحل ارزیابی	میانگین	اختلاف میانگین‌ها	آماره T	df	معناداری
شاخص توده بدنی	پیش آزمون	۳۳/۹۷	۳/۶۰	۴/۳۵	۱۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۰/۳۷				
خودکارآمدی سبک زندگی	پیش آزمون	۲۱/۴۰	-۱۶/۰۰	-۸/۱۶	۱۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۷/۴۰				



آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

براساس نتایج جدول ۴، بین روش‌های درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی در هر دو متغیر شاخص توده بدنی و خودکارآمدی سبک زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر روش درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با رژیم‌درمانی باعث کاهش معنادار شاخص توده بدنی ( $F=15/12, P<0/001$ ) و افزایش معنادار خودکارآمدی سبک زندگی ( $F=20/69, P<0/001$ ) افراد مبتلا به چاقی می‌شود.

براساس نتایج جدول ۳، رژیم‌درمانی بر کاهش شاخص توده بدنی ( $T=4/35, P<0/001$ ) و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی ( $T=-8/16, P<0/001$ ) افراد مبتلا به چاقی مؤثر است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد گروه‌های درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی در مرحله پیش‌آزمون از نظر شاخص توده بدنی ( $T\text{-Test}=0/217, P<0/845$ ) و خودکارآمدی سبک زندگی ( $T\text{-Test}=-1/542, P<0/222$ ) تفاوت معناداری ندارند. برای مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی بر کاهش شاخص توده بدنی و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی از

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی بر کاهش شاخص توده بدنی و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
شاخص توده بدنی	گروه	۸۹/۰۶	۱	۸۹/۰۶	۱۵/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۴
	خطا	۱۵۳/۱۴	۲۶	۵/۸۹			
خودکارآمدی سبک	گروه	۲۶۰/۱۰	۱	۲۶۰/۱۰	۲۰/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲
زندگی	خطا	۳۲۸/۸۲	۲۶	۱۲/۵۷			

## بحث

چاقی مسئله‌ای جدی است که تأثیر نامطلوبی بر سلامت و طول عمر دارد؛ لذا انجام مداخلات در این زمینه مهم و ضروری است. در نتیجه هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و رژیم‌درمانی بر کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی در افراد مبتلا به چاقی است.

یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی مؤثر است. این نتایج در زمینه کاهش وزن با نتایج پژوهش‌های Brennan (۱۲)، Castelnovo و همکاران (۲۲) و Malihi و Pondenejadan (۲۴) و در زمینه ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی با نتایج پژوهش‌های Driessen و Hollon (۲۳) و Moradhaseli و همکاران (۲۵) همسو است. برای مثال Pondenejadan و Malihi ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - رفتاری در کاهش وزن مؤثر است (۲۴). در پژوهشی دیگر Driessen و Hollon گزارش کردند که درمان شناختی - رفتاری باعث ارتقای خودکارآمدی می‌شود (۲۳). علاوه بر این، Rezvani و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش خودمراقبتی باعث بهبود تغذیه و فعالیت بدنی می‌شود (۳۲). در پژوهشی دیگر Ramezani و همکاران گزارش کردند که مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی باعث بهبود پایبندی به رژیم غذایی و محدودیت مصرف مایعات می‌شود (۳۳). همچنین Moradhaseli و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رفتار شناختی - درمانی بر ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی مرتبط با کاهش وزن دانشجویان دختر مؤثر است (۲۵). در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظر Rossini

همکاران (۳۴) می‌توان گفت که رویکرد شناختی - رفتاری برای درمان رفتارهای پر خوری و تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر عواطف و رفتارهایی است که از طریق افکار و شناخت ما شکل گرفته‌اند. همچنین براساس نظر Wright و همکاران (۳۱) در درمان شناختی - رفتاری، درمانگر به افراد کمک می‌کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی کنند و شیوه‌های تفکر مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تری را جایگزین آنها سازند. موفقیت درمان شناختی - رفتاری به دو مؤلفه اصلی آن یعنی مؤلفه‌های شناختی و رفتاری وابسته است. مؤلفه‌های شناختی بر تدارک اطلاعات کافی و ضروری در خصوص پیامدهای سلامتی تمرکز دارند و مؤلفه‌های رفتاری بر فرایندهای تنظیم هدف، ایجاد مهارت و ارائه مشوق‌ها و کسب آگاهی تأکید دارند و مؤلفه‌های شناختی و رفتاری باعث تأثیر چشمگیر بر رفتارهای ناکارآمد مربوط به خوردن و تقویت قدرت افراد برای قبول مسئولیت در همه رفتارها به‌ویژه رفتارهای مرتبط با خوردن می‌شوند. در نتیجه این عوامل باعث می‌شوند درمان شناختی - رفتاری بر کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی تأثیر معنادار داشته باشد.

همچنین یافته‌ها نشان داد که رژیم‌درمانی بر کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی مؤثر است. این نتایج در زمینه کاهش وزن با نتایج پژوهش‌های Bruce و همکاران (۱۶)، Pondenejadan و Malihi (۲۴)، Sasanfar و همکاران (۲۶) و در زمینه ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی با نتایج پژوهش HosseiniKia و همکاران (۲۷) همسو است. برای مثال Bruce و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رژیم‌درمانی باعث کاهش وزن می‌شود (۱۶). در پژوهشی دیگر Sasanfar و همکاران گزارش کردند که ترکیب شناخت

درمانی گروهی و رژیم درمانی بر کاهش وزن مؤثر است (۲۶). همچنین HosseiniKia و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزش تغذیه سالم بر ارتقای خودکارآمدی در رفتار تغذیه‌ای دانش‌آموزان دختر مؤثر است (۲۷). در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظر HosseiniKia و همکاران (۲۷) می‌توان گفت در سال‌های اخیر سلیقه غذایی افراد جامعه ما به‌جای غذاهای سنتی و میان‌وعده‌های سالم به سوی مواد غذایی پرکالری و فاقد ارزش غذایی واقعی گرایش پیدا کرده و عادات ضعیف غذایی به‌طور مستقیم با بروز برخی مشکلات جدی سلامتی در آینده نظیر چاقی بیش‌ازحد، افزایش چربی خون و دیابت در ارتباط است. بنابراین برنامه رژیم غذایی یا آموزش تغذیه باعث ایجاد تغییرات مثبت در عادت‌های غذایی می‌شود. همچنین رژیم درمانی در شناسایی نیازها و ارتقای سلامت تغذیه‌ای به برنامه‌ریزی برای آموزش بهداشت تغذیه کمک شایانی می‌کند. در نتیجه رژیم درمانی باعث کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی می‌شود.

یافته‌های دیگر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با رژیم درمانی باعث کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی می‌شود. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های Malihi و Pondenejadan (۲۴) و Sasanfar و همکاران (۲۶) همسو است. برای مثال Malihi و Pondenejadan ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تأثیر ترکیب رژیم درمانی با درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با تأثیر رژیم درمانی بر کاهش وزن بیشتر است (۲۴). در پژوهشی دیگر Sasanfar و همکاران گزارش کردند که اثربخشی ترکیب گروه درمانی شناختی با رژیم درمانی در مقایسه با رژیم درمانی به‌تنهایی بیشتر است (۲۶). در تبیین این یافته در یک‌چرخ درمان شناختی - رفتاری محقق ساخته از راهبردها و تکنیک‌های شناختی و رفتاری برای تغییر شناخت و رفتار افراد مبتلا به چاقی استفاده می‌شد. همچنین در این روش وزن افراد هر جلسه کشیده و به آنان بازخوردهایی در زمینه تغییرات وزن ارائه می‌شد و علاوه بر آن به آنها راهبردهایی در زمینه تغذیه سالم یا متعادل آموزش داده می‌شد. در مقابل در روش رژیم درمانی ابتدا افراد توزین می‌شدند و سپس متخصص تغذیه به آنان بازخوردهای لازم را می‌داد و برای آنها برنامه غذایی جدید طراحی می‌کرد. از آنجایی که درمان شناختی - رفتاری علاوه بر راهبردها و تکنیک‌های شناختی و رفتاری از راهبردهایی در زمینه تغذیه سالم استفاده می‌کرد و رژیم درمانی فقط از راهبردهایی در زمینه تغذیه سالم بهره می‌برد، لذا درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با رژیم درمانی توانست به‌طور معناداری باعث کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی شود.

مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس و نبود مرحله پیگیری برای اطمینان از نتایج بلندمدت تأثیر و مقایسه درمان شناختی - رفتاری و رژیم درمانی بر کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک

زندگی افراد مبتلا به چاقی بود. محدودیت دیگر پژوهش نداشتن گروه کنترل بود. استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها محدودیت دیگر بود؛ زیرا ممکن است افراد هنگام تکمیل کردن ابزارها خویش‌نگری کافی را نداشته باشند و صادقانه پاسخ ندهند. لازم به ذکر است که در این پژوهش تلاش شد با بیان اینکه پاسخ صحیح و غلط وجود ندارد و بهترین پاسخ، پاسخی است که گویای وضعیت واقعی آنها باشد و اینکه داده‌ها محرمانه می‌مانند و به‌صورت کلی تحلیل می‌شوند، از سوگیری‌های احتمالی کاسته شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از پیگیری برای بررسی ثبات یا بی‌ثباتی نتایج استفاده شود. پیشنهاد دیگر اینکه برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های ساختاریافته یا نیمه‌ساختاریافته استفاده شود. آخرین پیشنهاد اینکه می‌توان به مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و رژیم درمانی بر سایر ویژگی‌های افراد مبتلا به چاقی مثل کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، فشارخون، چربی خون و غیره پرداخت.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که هر دو روش درمان شناختی - رفتاری و رژیم درمانی به‌طور معناداری باعث کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی می‌شوند و روش درمانی شناختی - رفتاری در مقایسه با روش رژیم درمانی به‌طور معناداری باعث کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی می‌شود. بنابراین نتایج حاکی از اهمیت هر دو روش به‌ویژه روش درمان شناختی - رفتاری در کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی است. در نتیجه طراحی و تدوین برنامه‌هایی برای بهبود ویژگی‌های افراد مبتلا به چاقی براساس درمان شناختی - رفتاری و رژیم درمانی، از سوی مراکز خدمات مشاوره روان‌شناختی و کلینیک‌های تغذیه می‌تواند اثربخش واقع شود. همچنین با توجه به مؤثرتر بودن درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با رژیم درمانی، مشاوران و درمانگران می‌توانند از روش درمان شناختی - رفتاری که یک روش درمانی دردسترس، کم‌هزینه، کاربردی و اثربخش است برای کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی استفاده کنند.

### تقدیر و تشکر

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است که با کد ۲۱۷۵۶۹۶۸۳۷ تصویب شد. نویسندگان مقاله از مدیران مراکز مشاوره روان‌شناختی و کلینیک‌های تغذیه شهر تهران و شرکت‌کنندگان در پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

### تضاد منافع

سهم تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

## References

1. Aslam M, Siddiqui AA, Sandeep G, Madhu SV. High prevalence of obesity among nursing personnel working in tertiary care hospital. *Diabetes Metab Syndr*. 2018;12(3):313-316. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.12.014> PMID:29287842
2. Kowaleski-Jones L, Brown BB, Fan JX, Hanson HA, Zick CD. The joint effects of family risk of obesity and neighborhood environment on obesity among women. *Soc Sci Med*. 2017;195:17-24. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.29112880> PMID:29112880
3. Abdi J, Eftekhari H, Mahmoodi M, Shojayezadeh D, Sadeghi R, et al. The effect of theory and new communication technologies-based lifestyle intervention on the weight control of the employees with overweight and obesity. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2015;3(3):188-197.
4. Teaching students about maternal obesity without creating obesity stigma. *Nurse Educ Today*. 2016;42:59-61. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.04.009> PMID:27237355
5. Li J, Chen J, Qin Q, Zhao D, Sun Y. Chronic pain and its association with obesity among older adults in China. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;76:12-18. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.01.009> PMID:29427812
6. Rejeski WJ, Mihalko SL, Ambrosius WT, Bearon LB, McClelland JW. Weight loss and self-regulatory eating efficacy in older adults: The cooperative lifestyle intervention program. *J Gerontol*. 2011;66(3):279-286. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq104> PMID:21292809
7. Uccelli MM, Traversa S, Ponzio M. A survey study comparing young adults with MS and healthy controls on self-esteem, self-efficacy, mood and quality of life. *J Neurol Sci*. 2016;368:369-373. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2016.07.039> PMID:27538666
8. Hays LM, Finch EA, Saha C, Marrero DG, Ackermann RT. Effect of self-efficacy on weight loss: A psychosocial analysis of a community-based adaptation of the diabetes prevention program lifestyle intervention. *Diabetes Spect*. 2014;27(4):270-275. <https://doi.org/10.2337/di-aspect.27.4.270> PMID:25647049
9. Gholamalizadeh M, Entezari MH, Paknahad Z, Hassanzadeh A, Doaei S. The study of association between mother weight efficacy life-style with feeding practices, food groups intake and body mass index in children aged 3-6 years. *Int J Prev Med*. 2014;5(1):21-28.
10. Delahanty LM, Peyrot M, Shrader PJ, Williamson DA, Meigs JB, Nathan DM. Pretreatment psychological, and behavioral predictors of weight outcomes among lifestyle intervention participants in the diabetes prevention program (DPP). *Diabetes Care*. 2013;36:34-40. <https://doi.org/10.2337/dc12-0733> PMID:23129133
11. Paul L, Van Rongen S, Van Hoeken D, Deen M, Vander Heiden C. Does cognitive behavioral therapy strengthen the effect of bariatric surgery for obesity? Design and methods of a randomized and controlled study. *Contemp Clin Trials*. 2015;42:252-256. PMID:25866384
12. Brennan L. Does motivational interviewing improve retention or outcome in cognitive behaviour therapy for overweight and obese adolescents? *Obes Res Clin Pract*. 2016;10(4):481-486. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2015.08.019> PMID:26598449
13. Epstein EE, McCrady BS, Hallgren KA, Gaba A, Litt MD. Individual versus group female-specific cognitive behavior therapy for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2018;88:27-43. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.02.003> PMID:29606224
14. Ashoori J. The effect of cognitive behavioral therapy on happiness and mental health in patients with type II diabetes. *Iran J Psychiatr Nurs*. 2016;3(4):71-79.
15. Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(4):597-609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
16. Bruce S, Devlin A, Air L, Cook L. Changes in quality of life as a result of ketogenic diet therapy: A new approach to assessment with the potential for positive therapeutic effects. *Epilepsy Behav*. 2017;66:100-104. PMID:28038385
17. Wu Q, Liang X. Food therapy and medical diet therapy of traditional Chinese medicine. *Clin Nutr Exp*. 2018;18:1-5. <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2018.01.001>
18. Hirano Y, Oguni H, Shiota M, Shikawa A, Osa-wa M. Ketogenic diet therapy can improve ACTH-resistant West syndrome in Japan. *Brain Dev*. 2015;37(1):18-22. PMID:24559837
19. Rideout TC, Harding SV, Marinangeli CPF, Jones PJH. Combination drug-diet therapies for dyslipidemia. *Transl Res*. 2010;155(5):220-227. PMID:20403577.
20. Baby N, Vinayan KP, Pavithran N, Roy AG. A pragmatic study on efficacy, tolerability and long term acceptance of ketogenic diet therapy in 74 South Indian children with pharmacoresistant epilepsy. *Seizure*. 2018;58:41-46. PMID:29653328
21. Vander Louw EJTM, Williams TJ, Henry-Barron BJ, Olieman JF, Cervenka MC. Ketogenic diet



- therapy for epilepsy during pregnancy: A case series. *Seizure*. 2017;45:198-201. PMID:[28110175](#)
22. Castelnovo G, Pietrabissa G, Manzoni GM, Cattivelli R, Rossi A, et al. Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*. 2017;10:165-173. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278> PMID:[28652832](#) PMCID:PMC5476722
23. Driessen E, Hollon SD. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):537-555. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.005> PMID:[20599132](#)
24. Pondenejadan AA, Malihi R. Comparing efficacy of diet therapy, diet therapy combined with cognitive behavioral therapy or exercise in life satisfaction and weight loss: A randomized clinical trial. *Eur J Sci Res*. 2013;112(1):152-160.
25. Moradhaseli M, Shams Esfandabad H, Kakavand A. A comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on the self-efficacy and lifestyle related to weight loss. *J Res Psychol Health*. 2016;9(4):50-61.
26. Sasanfar H, Shabahari R, Pazouki A, Pishgahroudsari M, Ghanbari-Jolfaie A. The effectiveness of combined cognitive group therapy and diet therapy on obese women's weight-loss and self-efficacy. *Razi J Med Sci*. 2016;23(148):11-19.
27. HosseiniKia R, Ghahramani L, Salehi M, Oubari F, Hosseinikia M, Kaveh M. Effect of a healthy nutrition education program on self-efficacy in dietary behavior among female students of guidance school in Shiraz, Iran: Application of PRE-CEDE model. *J Health*. 2017;7(5):499-509.
28. Navidian A, Kermansaravi F, Imani M. The relationship between weight-efficacy of life style and overweight and obesity. *Iran J Endocrinol Metabol*. 2013;14(6):556-563.
29. Mackean S, Eskandari H, Borjali A, Ghodsi D. Comparison of the effects of narrative therapy and diet therapy on the body mass index in overweight and obese women. *Iran J Nutri Sci Food Technol*. 2011;5(4):53-63.
30. Navidian A, Abedi MR, Bagheban I, Fatehizade M, Porsharifi H. Reliability and validity of questionnairebased lifestyle weight efficacy. *Baghiyatallah Behav Sci J*. 2009;3:217-222.
31. Wright J, Basco M, Thase M. Learning cognitive behavior therapy. Translate by GhasemZadeh H & Hamidpour H. Tehran: Arjmand Publisher; 2011.
32. Rezvani E, Akbari Kamrani M, Esmaelzadeh Saiech S, Farid M. Effect of self-care consulting on nutrition and physical activity among women planning for pregnancy in Karaj, 2016. *Health Education and Health Promotion*. 2017;5(1):57-65.
33. Ramezani T, Sharifirad Gh, Gharlipour Z, Mohebi S. Effect of educational intervention based on self-efficacy theory on adherence to dietary and fluids-intake restriction in hemodialysis patients. *Health Education and Health Promotion*. 2018;6(1):31-38.
34. Rossini R, Moscatiello S, Tarrini G, DiDomizio S, Soverini V, et al. Effects of cognitive-behavioral therapy for weight loss in family members. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(11):1712-1719. PMID:[22027054](#)