

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر روش باکروید بر بهبود نگرش خوردن و افزایش عزت نفس زنان مبتلا به چاقی رده سنی ۲۰-۳۰ ساله شهر اصفهان

فریبا حسینی^{۱*}، یوسف گرجی^۲، افسانه جوادزاده^۲

^۱ کارشناس ارشد، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر، خمینی شهر، ایران

^۲ دکتری تخصصی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر، خمینی شهر، ایران

* نویسنده مسئول: فریبا حسینی، کارشناس ارشد، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر، خمینی شهر، ایران. ایمیل: faribahosseini688@yahoo.com

DOI: 10.21859/jech-03016

چکیده

سابقه و هدف: رشد روزافزون چاقی در جهان سبب پدیدایش مشکلات گوناگون جسمی و روان شناختی برای افراد شده است. لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر روش باکروید بر نگرش خوردن و افزایش عزت نفس زنان مبتلا به چاقی رده سنی ۲۰-۳۰ ساله شهر اصفهان انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که جامعه آماری آن شامل کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به کلینیک سلامت سپاهان شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ بود. در این مطالعه بر اساس روش نمونه گیری هدفمند، ۲۸ نفر از زنان چاق دارای نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۵، رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و تحصیلات دیپلم به بالا انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۴ نفری (آزمون و کنترل) جایگزین شدند. مداخلات درمانی مبتنی بر روش باکروید در طی ۱۶ جلسه دوساعته و هفته‌ای دوبار بر روی گروه آزمون انجام گرفت. ابزار اندازه گیری این پژوهش شامل مقیاس نمایه توده بدنی، فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه نگرش خوردن و پرسشنامه عزت نفس بود. در این پژوهش جهت آزمودن فرضیه‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با بهره گیری از بسته نرم افزاری SPSS-۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر روش باکروید تأثیر معنی داری در بهبود عزت نفس زنان مبتلا به چاقی داشته است ($P < 0/001$)، در حالی که تأثیر معنی داری بر بهبود نگرش خوردن مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: بنابراین یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند از روش باکروید در جهت افزایش عزت نفس زنان مبتلا به چاقی بهره برد.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۳/۲۹

واژگان کلیدی:

نگرش خوردن

روش باکروید

چاقی

عزت نفس

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

اضافه وزن، چاقی و مشکلات سلامتی مربوط به آن امروزه به قدری شایع است که این مشکلات به تدریج جایگزین مشکلاتی از قبیل فقر غذایی و بیماری‌های عفونی که قبلاً در دنیا شایع بود، شده است [۱]. اضافه وزن دومین علت بروز مرگ و میر در دنیاست و سالانه حدود ۳۰۰ هزار نفر را به کام مرگ می‌کشاند. علاوه بر این چاقی به عنوان یک عامل زمینه‌ساز بروز بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده است [۲]. Turner و همکاران اعلام کردند، چاقی شامل تعامل پیچیده عوامل محیطی، فرهنگی، روانی، اجتماعی- متابولیکی و ژنتیکی است. چاقی به رژیم غذایی و فعالیت‌های فیزیکی مربوط بوده و این دو به همراه وراثت به این مشکل عمده سلامت عمومی دامن می‌زنند. این پژوهشگران معتقدند که دریافت

کالری زیاد و کاهش فعالیت‌های فیزیکی از عوامل افزایش وزن هستند [۳]. سبکته قلبی، سبکته مغزی، انواع بدخیمی‌ها، دیابت، پرفشاری خون، سنگ‌های صفراوی و ناباروری در زنان از جمله بیماری‌هایی هستند که چاقی مستقیماً در پدیدایش آن‌ها نقش دارد [۴]. در سطح فیزیولوژیکی می‌توان چاقی را به تجمع بیش از حد و غیرمعمول چربی در بافت چربی، تا حدی که سلامت شخص به خطر بیفتد تعریف کرد. با این وجود، اندازه‌گیری چربی بدن به صورت مستقیم کار سختی است و بنابراین غالباً از روش‌های اندازه‌گیری جایگزین همچون روش نمایه توده بدن (Body Mass Index) برای نشان دادن اضافه وزن و چاقی در افراد استفاده می‌شود [۵]. چاقی یک مسأله جدی است و پیامدهای قابل ملاحظه‌ای

مبتنی بر روش باکروید (Buckroyd) است. Buckroyd معتقد است که غذا خوردن در افراد چاق بیشتر از آنچه که ناشی از گرسنگی باشد تحت تأثیر احساسات و هیجانات است. استراتژی درمانی او براساس پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهد سابقه دل‌بستگی ناایمن (Attachment history)، ناتوانی در توصیف یا آگاهی از هیجانات و خلق خویش (Alexithymia)، عزت نفس پایین (Self-esteem)، عزت نفس جسمانی (Body-esteem) ضعیف و وجود مشکلاتی در خودتنظیمی هیجانی (Emotional regulation) و شکل‌گیری نقش‌های حمایتی دوجانبه (Mutually supportive roles)، همگی مشکلات بزرگ پی در پی را برای این گروه بخصوص به وجود آورده‌اند [۱۱]. Buckroyd در مطالعاتش از نظریات مختلفی از قبیل نظریه مراحل تغییر Prochaska و Diclemente، نظریه خودکارآمدی Bandura و نظریه ارزش گروه‌ها استفاده می‌کند. رویکرد وی مبتنی بر آموزش روانی است و از مبانی نظری رویکرد شناختی-رفتاری برگرفته شده است. برنامه کاهش وزن گروهی این روش شامل ۹ گام است که عبارتند از: (۱) غذاخوردن هیجانی، (۲) هیجانات، (۳) انگیزه و توانمندی برای تغییر، (۴) نظارت بر مواد غذایی و انتخاب، (۵) فعالیت، (۶) پرورش خویشتن، (۷) روابط، (۸) عزت نفس، (۹) عزت نفس جسمانی. روش باکروید بر روی جنبه‌های مختلف مسائل روانشناختی مرتبط با چاقی توجه نموده و از رویکرد آموزش روانی استفاده می‌نماید که در ابتدا به بیمار در مورد بیماری‌اش آگاهی داده و سپس برای درمان به وی آموزش می‌دهد [۱۱]. بنابراین با توجه به شیوع چاقی در بین زنان جوان ایرانی به خصوص رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال که زمان ازدواج و باروری است، نیاز به سلامتی و تناسب اندام، اعتماد به نفس و عزت نفس برای کاهش مشکلات جسمی و روانی در این رده سنی بیشتر است و با توجه به اینکه مطالعات روانشناختی اندک در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش گروهی به روش باکروید بر افزایش عزت نفس و بهبود نگرش خوردن زنان مبتلا به چاقی انجام گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان چاق بین ۲۰ تا ۳۰ سال مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی شهر اصفهان در بهار و تابستان سال ۹۳ بودند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که در ابتدا از بین ۴ مرکز تغذیه شهر اصفهان که حاضر به همکاری بودند، به صورت در دسترس یک مرکز انتخاب شد. سپس با گرفتن تماس تلفنی و برگزاری یک جلسه توجیهی

برای سلامت جسمانی و روانی دارد. در این بین، پیامدهای روانشناختی چاقی برای زنان بسیار شدیدتر است. نتایج یک مطالعه همه‌گیرشناسی با استفاده از یک مقیاس گسترده نشان داد که بر خلاف مردان چاقی با اختلال افسردگی اساسی، افکار و اقدام‌های خودکشی در زنان همبستگی دارد. با این توصیف می‌توان گفت، کاهش سلامتی و پیامدهای روانی-اجتماعی چاقی و نیز هزینه‌های اقتصادی آن قابل توجه می‌باشد. احتمال استخدام و یا ارتقاء شغلی زنان چاق کمتر بوده و در عملکرد شغلی به صورت منفی‌تر ارزیابی گردیده‌اند. مسائل مربوط به بحران‌های اجتماعی و تصویر بدنی و همچنین کیفیت زندگی پایین‌تر که در اثر کاهش عملکرد فیزیکی و سرزندگی ایجاد می‌گردد، غالباً افراد چاق را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۶]. در نتیجه این فرایندها، عزت نفس (Self-esteem) زنان مبتلا به چاقی کاهش می‌یابد. عزت نفس بر همه سطوح زندگی اثر می‌گذارد، در حقیقت بررسی‌های گوناگون روانشناسی حاکی از آن است که چنانچه نیاز به عزت نفس ارضاء نشود، نیازهای گسترده‌تر نظیر نیاز به آفریدن، پیشرفت و یا درک استعداد بالقوه محدود می‌ماند. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز به زندگی دارند. آن‌ها می‌توانند با اطمینان با مشکلات و مسئولیت‌های زندگی مواجه شده و از عهده آن‌ها برآیند [۷]. مطالعه Crocker و Power نشان داد وجهه ظاهر، پذیرش از سوی جامعه و مقبولیت از سوی دیگرانی که برای فرد مهم می‌باشند، نقش تأثیرگذاری بر اعتماد به نفس افراد دارند. بر همین اساس چاقی و وجهه ناخوشایند آن می‌تواند عزت نفس را کاهش دهد [۸]. هنگامی که نمود ظاهری افراد با ایده‌آل‌های فرهنگی جامعه هم سو نباشد منجر به احساس شرم و گناه می‌شود، بنابراین تصور مثبت یا منفی از وزن می‌تواند بر میزان عزت نفس افراد تأثیرگذار باشد [۹].

تغییر در عزت نفس افراد مبتلا به چاقی ممکن است مؤلفه‌های مرتبط با خوردن همچون نگرش به خوردن (Eating Attitude) را نزد آنان دچار تغییر کند. نگرش خوردن شامل باورها، افکار، احساسات و رفتار مرتبط با غذا است که می‌تواند بر انتخاب‌های غذایی افراد و همچنین وضعیت سلامتی آن‌ها تأثیرگذار باشد. محققین معتقدند که عبارت «رفتار خوردن»، درک صحیحی از رابطه با غذا را در اختیار قرار نمی‌دهد، زیرا این عبارت باورها، افکار و احساسات نسبت به غذا را شامل نمی‌شود، در حالی که عبارت «نگرش خوردن» دربرگیرنده چنین مواردی نیز می‌باشد [۱۰]. روش‌های مختلفی برای افزایش مؤلفه‌های روان شناختی و ارتباطی افراد دارای چاقی پیشنهاد شده است. یکی از انواع این روش‌ها آموزش گروهی

از زنان مراجعه‌کننده به آن مرکز که دارای معیارهای ورود به گروه بودند، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. در حین آموزش یک نفر از گروه آزمون انصراف داد که به طور تصادفی یک نفر هم از گروه کنترل حذف گردید. معیارهای ورود به گروه شامل زنان رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، افراد داری BMI بین ۲۵ تا ۳۵، تحصیلات دیپلم به بالا، عدم بارداری، دارا بودن سلامت جسمانی و ساکن بودن در شهر اصفهان بود که سلامت جسمانی افراد از اطلاعات موجود در پرونده پزشکی آنها مورد تأیید قرار گرفت. ملاک‌های خروج نیز عدم تمایل به شرکت در پژوهش، حضور نامنظم در جلسات آموزشی و بروز مشکل جسمی یا روان شناختی در حین جلسات آموزشی بود. قبل از آموزش هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. سپس مداخلات درمانی با رویکرد مبتنی بر روش باکرید روی گروه آزمون، طی ۱۶ جلسه ۲ ساعته (جدول ۱)، هفته‌ای دو روز برگزار شد و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. در پایان آموزش، پس آزمون روی هر دو گروه اجرا و بعد از گذشت یک ماه نیز پیگیری صورت گرفت.

جدول ۱: خلاصه مداخلات درمانی با رویکرد مبتنی بر روش باکرید در بین گروه آزمون

جلسه	موضوع	خلاصه جلسه
صفر	جلسه توجیهی	معرفی برنامه و مروری کلی بر آن، توضیح در مورد مزایای مشاوره گروهی، پرکردن پرسش‌نامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان
اول	انگیزش و تقویت میل به تغییر	خوشامدگویی، معرفی اعضا، طرح قواعد گروه، گرفتن رضایت‌نامه از اعضاء و متعهد شدن آن‌ها برای شرکت در جلسات گروهی، بیان ترس‌ها و امیدها، بحث در مورد چاقی و تأثیر آن بر زندگی فرد، بحث در مورد اعتماد به نفس و ذکر راه‌های افزایش آن. تکلیف خانگی: نوشتن راهکارهای دیگر برای بالابردن اعتماد به نفس
دوم	انگیزش و تقویت میل به تغییر	مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی، معرفی نظریه تغییر پروچسکا و مدل مراحل تغییر و بحث در مورد آن، بیان دلایل تغییر و عدم تغییر وزن و در میان گذاشتن آن‌ها با گروه، بیان مثال‌هایی از دیگر موارد زندگی و تعیین نقطه‌ای که در آن قرار دارند. تکلیف خانگی: فکر می‌کنید برای تغییر به چه چیزی نیاز داریم؟
سوم	انگیزش و تقویت میل به تغییر	مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی، بحث در مورد انگیزه، ارائه راهکارهایی برای تقویت انگیزه، تاکید بر تعیین هدف، معرفی ایده خود نظارتی، کار برگ غذا و خلق و خو، تمرین خط وزن /خط زندگی. تکلیف خانگی: پرکردن روزانه کار برگ غذا و خلق و خو
چهارم	تمرکز بر هیجانات	مرور جلسه قبل، بررسی تکلیف خانگی: ذکر دلایل پر کردن و پر نکردن کاربرگ‌ها، بحث در مورد خوردن هیجانی، تفاوت خوردن هیجانی با خوردن عادی، نامگذاری هیجانات، آگاهی اعضا از هیجانات خود. تکلیف خانگی: کار برگ غذا و خلق و خوشناسایی هیجانات خود
پنجم	تمرکز بر هیجانات	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف، بررسی هیجانات اعضا خانواده، بحث در مورد مدیریت هیجانات، ریشه هیجانات منفی، ارائه راهکارهای شناختی-رفتاری برای مدیریت هیجانات و پر خوری ناشی از آن‌ها، تکنیک محفظه یا تانکر هیجانات. تکلیف خانگی: کار برگ غذا و خلق و خو، ارائه راهکارهای جدید برای مدیریت هیجانات
ششم	تمرکز بر هیجانات	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف، بحث در مورد دلایل سوء استفاده افراد از غذا، ارائه تکنیک‌های مدیریت استرس و کنترل پر خوری هیجانی، آموزش ریلکسیشن، تکنیک تصور یک چهره ایمن، تکنیک گونی هیجانات. تکلیف خانگی: تمرین روش‌های ارائه شده در جلسه
هفتم	عادات غذایی و نگرش خوردن	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف، ارائه کار برگ برنامه‌ریزی غذایی و توضیح در مورد آن، بررسی باورهای غذایی و بحث در مورد عادات غذایی غلط، جایگزینی غذا: تغییر تدریجی منوی غذایی. تکلیف خانگی: بررسی سبد خرید روزانه، پرکردن کار برگ‌های روزانه
هشتم	عادات غذایی و نگرش خوردن	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف، راه‌های غذا خوردن سالم، شناخت خوراکی‌های شادی‌آور، خوراکی‌های عصبی‌کننده، خوراکی‌های پیرکننده و رژیم غذایی برای داشتن اخلاق خوب. تکلیف خانگی: یادداشت تجربه‌های غذایی در مورد بحث این جلسه، پرکردن کار برگ‌های روزانه
نهم	مرور جلسات	مرور بحث انگیزش، مرور بحث خوردن هیجانی، مرور بحث عادات غذایی و نگرش خوردن
دهم	ارتباطات	گفتگوی اعضا گروه با یکدیگر در مورد تجربه حضور در گروه، جفت‌یابی، استفاده از افراد به جای غذا، اعتماد به یکدیگر، توضیح نظریه دلبستگی به زبان ساده، روش چرخه حمایت. تکلیف خانگی: تلفن زدن و در جریان گذاشتن یکدیگر در ارتباط با مباحث مطرح شده در گروه، پرکردن کاربرگ‌ها
یازدهم	ارتباطات	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف، بحث در مورد ارتباط مدیریت هیجانات با تعاملات انسانی، دلبستگی از دیدگاه باکرید، تکلیف خانگی: تعیین نوع دلبستگی توسط فرد و توضیحی کوتاه در مورد آن
دوازدهم	فعالیت	مرور جلسه قبل، بررسی تکالیف، بحث در مورد سابقه فعالیت‌های ورزشی اعضاء گروه، توضیحی کوتاه در مورد نظریه خودکارآمدی باندورا، مزیت‌های ورزش، ویژگی‌های یک برنامه ورزشی و طراحی یک برنامه ورزشی مناسب، معایب دستگاه‌ها و روش‌های لاغری نامناسب. تکلیف خانگی: برنامه‌ریزی برای یک پیاده‌روی گروهی
سیزدهم	عزت نفس	مرور جلسه قبل، عزت نفس چیست؟ تفاوت عزت‌نفس با اعتماد به نفس، رابطه عزت نفس با چاقی، راهکارهای افزایش عزت نفس، معرفی کتاب صوتی عزت‌نفس. تکلیف خانگی: گوش دادن به کتاب صوتی و ارائه راهکارهای بیشتر برای بالا بردن عزت نفس
چهاردهم	تصویر بدنی و عزت نفس جسمانی	مرور جلسه قبل، پرسش درباره نظر اعضا در مورد بدنشان، تجسم رفتن به یک مهمانی، تعریف تصویر بدنی، عوامل مداخله‌گر در تصویر بدنی. تکلیف خانگی: گوش دادن به کتاب صوتی
پانزدهم	تصویر بدنی و عزت نفس جسمانی	مرور جلسه قبل، بحث در مورد تأثیر تصویر بدنی مثبت، تأثیر تصویر بدنی منفی، ارتباط تصویر بدنی و رفتار خوردن، ارائه راهکارهایی برای بهبود تصویر بدنی. تکلیف خانگی: نوشتن نامه به دیگر اعضاء گروه
شانزدهم	ارزیابی و اختتام	درخواست از اعضا برای ارائه گزارش در مورد پیشرفت در زمینه مباحث مطرح شده در جلسات گروهی، بررسی نامه‌های نوشته شده، بررسی پیشنهادات، پرکردن پرسش‌نامه‌های پس آزمون، اختتام جلسات گروهی

محتوایی استفاده و مورد تأیید قرار گرفت [۱۵]. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۹۵ برآورد گردید. پرسشنامه نگرش خوردن: آزمون نگرش خوردن توسط Garner و Garfinkel در سال ۱۹۷۹ ارائه گردید و به عنوان یک ابزار خودسنجی برای بازخوردها و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می‌رود. فرم ۴۰ ماده‌ای (EAT-۴۰) یا ۲۶ ماده‌ای (۲۶-EAT) آن قابل استفاده می‌باشد [۱۶]. اما در این پژوهش از فرم ۲۰ ماده‌ای آن که توسط بابایی و همکاران و اعتبارسنجی شده است، استفاده شد [۱۷]. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس می‌باشد که سؤالات مربوط به اولین خرده مقیاس یعنی رژیم لاغری، به اجتناب از غذاهای چاق کننده و اشتغال ذهنی به لاغر بودن مربوط است. خرده مقیاس دوم، پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا است و شامل سؤالاتی است که افکار مربوط به غذا و به همان نسبت پرخوری را می‌سنجد. سومین خرده مقیاس تحت عنوان مهار دهانی، مهار خود و فشاری که فرد از سوی دیگران برای افزایش وزن ادراک می‌کند را شامل می‌شود. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (از همیشه تا هرگز) می‌باشد که برای عبارت «همیشه» نمره ۳، «بیشتر اوقات» نمره ۲، «خیلی اوقات» نمره ۱ و سه گزینه باقی‌مانده شامل «گاهی اوقات»، «به ندرت» و «هرگز» نمره صفر تعلق می‌گیرد. امتیاز هر بعد، از مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد و امتیاز کلی پرسشنامه از مجموع امتیازات همه سؤالات حاصل می‌شود که از صفر تا ۶۰ متغیر است. داده‌های جمع آوری شده توسط بسته نرم افزاری SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون‌های بکار رفته کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که از تعداد ۲۸ نفر افراد شرکت کننده در پژوهش، ۹ نفر (۳۱ درصد) مجرد و ۱۹ نفر (۶۸ درصد) متأهل بودند. همچنین ۷ نفر (۲۵ درصد) دیپلمه، ۳ نفر (۱۰/۷ درصد) دارای فوق دیپلم، ۱۱ نفر (۳۹/۳ درصد) دارای لیسانس و ۷ نفر (۲۵ درصد) نیز دارای مدرک فوق لیسانس بودند. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون کولموگروف-اسمیرنوف اجرا گردید که نتایج حاکی از توزیع نرمال داده‌های عزت نفس و نگرش به خوردن در همه مراحل در دو گروه بود ($P > 0/05$). همچنین به منظور

ابزار مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل شاخص توده بدنی، اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه عزت نفس و نگرش خوردن بود که به روش خودگزارش دهی توسط شرکت کنندگان در پژوهش تکمیل گردید.

شاخص توده بدنی: این شاخص از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) به دست می‌آید. قد با استفاده از متر نواری در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تعیین گردید. برای این اندازه‌گیری، شخص بدون کفش و در حالت کاملاً ایستاده و مستقیم به دیوار تکیه داده بود، به نحوی که پاشنه پا، باسن، شانه‌ها و سر در تماس با دیوار بودند. جهت تعیین وزن از ترازوی دیجیتالی با حساسیت بالا استفاده شد. همچنین بعد از اجرای روش آموزشی و یک ماه بعد از آن نیز مجدداً قد و وزن دو گروه اندازه‌گیری شد. در این مطالعه، کسانی که دارای BMI بالای ۲۵ بودند به عنوان افراد چاق در نظر گرفته شدند. اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل مشخصات فردی همچون سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل بود. مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (Rosenberg Self-esteem Scale): این پرسشنامه شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد و یک تصویر کلی از نگرش‌های مثبت و منفی درباره خود ارائه می‌دهد. این مقیاس ضرایب همبستگی قوی‌تری نسبت به پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (SEI) است و در سنجش سطوح عزت‌نفس دارای روایی بالاتری می‌باشد [۱۲]. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به این ترتیب است که پاسخ موافق به هر یک از عبارتهای ۱ تا ۵، (+۱)؛ پاسخ مخالف به هر یک از عبارتهای ۱ تا ۵، (-۱)؛ پاسخ موافق به هر یک از عبارتهای ۶ تا ۱۰، (-۱) و پاسخ مخالف به هر یک از عبارتهای ۶ تا ۱۰، (+۱) دریافت می‌کند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین (-۱۰) و (+۱۰) می‌باشد که نمره (+۱۰) نشان‌دهنده عزت‌نفس خیلی بالا و نمره (-۱۰) نشان‌دهنده عزت نفس خیلی پایین است [۱۳]. روزنبرگ باز پدیدآوری مقیاس را ۰/۹ و مقیاس‌پذیری آن را ۰/۷ گزارش کرده است [۱۲]. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در نوبت اول ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۶ برای زنان و در نوبت دوم، ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان محاسبه شده است [۱۴]. همبستگی آزمون مجدد در دامنه ۰/۸۸ - ۰/۸۲ و ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸ - ۰/۷۷ قرار دارد. این مقیاس از روایی داخلی رضایت‌بخشی (۰/۷۷) برخوردار است. همچنین همبستگی بالایی با پرسشنامه ملی نیویورک و گاتمن در سنجش عزت نفس دارد، لذا روایی محتوایی آن نیز مورد تأیید است. برای تعیین اعتبار علمی ابزار از روش روایی

گروه آزمون و کنترل در اثر آموزش متغیر مستقل در متغیر عزت نفس معنی‌دار بوده است ($P = 0/001$). اما این آموزش در متغیر نگرش به خوردن بین دو گروه منجر به تفاوت معنی‌داری نشده بود ($P = 0/817$). همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بیانگر آن بود که علاوه بر تفاوت معنی‌دار بین دو گروه آزمون و کنترل در متغیر عزت نفس، تفاوت نمرات این متغیر در سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نیز معنی‌دار بوده است ($P = 0/001$). این در حالی بود که تفاوت معنی‌داری بین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر نگرش به خوردن مشاهده نشد ($P = 0/061$) (جدول ۴).

بررسی همگنی واریانس‌ها آزمون لوین انجام گردید که نتایج بیانگر شرط برابری واریانس‌ها بود ($P > 0/05$). از طرفی جهت بررسی یکنواختی واریانس آزمون کرویت موخلی اجرا شد که طبق یافته‌ها آزمون موخلی برای مؤلفه‌های عزت نفس ($P = 0/447$) و نگرش به خوردن ($P = 0/354$) معنی‌دار نبود و شرط یکنواختی واریانس تأیید گردید. نتایج جدول ۲ توصیف نمرات عزت نفس و نگرش به خوردن در گروه آزمون و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. نتایج جدول ۳ با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز حاکی از آن بود که تفاوت بین دو

جدول ۲: توصیف نمرات عزت نفس و نگرش به خوردن در گروه آزمون و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مراحل	عزت نفس		نگرش به خوردن	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمون				
پیش آزمون	-۶/۵۷	۲/۲۷	۱۵/۹۳	۴/۳۸
پس آزمون	۸/۷۱	۲/۱۶	۱۵/۶۴	۵/۳۶
پیگیری	۹/۴۳	۰/۹۳	۱۶/۲۹	۴/۴۸
گروه کنترل				
پیش آزمون	-۸/۰۱	۱/۵۶	۱۷/۵۴	۵/۰۴
پس آزمون	-۶/۷۱	۲/۰۱	۱۶/۳۳	۴/۷۷
پیگیری	-۸/۱۴	۱/۴۶	۱۷/۰۴	۶/۵۴

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه نمرات دو گروه آزمون و کنترل در دو متغیر عزت نفس و نگرش به خوردن

گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
عزت نفس					
اثر اصلی	۲۹۷/۱۹	۱	۲۹۷/۱۹	۴۵/۳۵	۰/۰۰۱
گروه	۲۷۶۵/۷۶	۱	۲۷۶۵/۷۶	۴۲۲/۰۵	۰/۰۰۱
نگرش به خوردن					
اثر اصلی	۳۰۲۸۶/۰۱	۱	۳۰۲۸۶/۰۱	۱۴۵/۴۳	۰/۰۰۱
گروه	۱۱/۴۴	۱	۱۱/۴۴	۰/۰۵۵	۰/۸۱۷

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت مقایسه نمرات دو گروه آزمایشی و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو متغیر عزت نفس و نگرش به خوردن

گروه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
عزت نفس					
متغیر	۱۲۲۸/۶۶	۲	۶۱۴/۳۳	۳۹۰/۰۳	۰/۰۰۱
متغیر*گروه	۱۰۷۶/۰۹	۲	۵۳۸/۰۴	۳۴۱/۵۹	۰/۰۰۱
نگرش به خوردن					
متغیر	۷۵۰/۳۱	۱/۰۵	۷۱/۸۱	۱۴/۰۱	۰/۰۰۱
متغیر*گروه	۱۸۵/۳۱	۱/۰۵	۱۷۶/۵۴	۲/۹۶	۰/۰۶۱

بحث

افراد با عزت نفس پایین معیارهای عملکرد و پیشرفت خود را برآورده نشده ارزیابی می‌کنند. حرکت در مسیر موفقیت به افراد کمک می‌کند که از طریق کسب شایستگی در جنبه‌های مهم زندگی و برنامه‌ریزی برای موفقیت در این حیطه از طریق تکالیف خانگی مرتبط با زندگی واقعی، بر احساس شکست و روحیه ضعیف خود فائق آیند. مداخله مبتنی بر انگیزش پیشرفت با کاهش ناهماهنگی میان ادراک‌های مبتنی بر عدم صلاحیت در یک حیطه و اهمیت موفقیت در آن حیطه، ترغیب ادراک‌های نسبتاً واقع‌گرایانه در مورد میزان شایستگی در آن حیطه، تحکیم نظام باور فرد با توجه به توانایی‌های بالقوه در آن حیطه و تقویت دریافتهای نسبتاً واقع‌گرایانه از موفقیت و شکست، انگیزش را تحت تأثیر قرار داده و سبب افزایش عزت نفس افراد می‌گردد [۱۸].

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر روش باکروید بر نگرش به خوردن اشاره کرد که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی ندارد. از آن جمله، در مطالعه پیمان و جلمبادانی تأثیر مدل آموزشی فریر بر تغییر نگرش و اختلالات خوردن دانش‌آموزان مورد مطالعه قرار گرفته و در نهایت تفاوت معنی‌داری در اختلالات خوردن گروه آزمون بعد از مداخله گزارش شده بود [۱۹]. مطالعه پورشریفی و همکاران نیز با هدف بررسی نقش تعدیل‌کنندگی فشار اجتماعی-فرهنگی برای کاهش وزن و نگرش‌های خوردن در نوجوانان چاق و دارای وزن طبیعی انجام شده بود. یافته‌ها مطالعه مذکور حاکی از آن بود که بین نوجوانان چاق و دارای وزن طبیعی از نظر نگرش‌های خوردن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، بنابراین تعدیل‌کنندگی در میزان اضطراب اجتماعی-جسمانی و خطر مختل شدن نگرش‌های خوردن نقشی ندارد [۲۰]. نتایج مطالعه Buckroyd و Rother در زمینه ارائه خدمات به گروهی از نوجوانان مبتلا به اختلالات خوردن، حاکی از آن بود که فقدان اساسی در زمینه مراقبت‌های اولیه وجود دارد و مدارس باید نقش گسترده‌تری در آموزش نوجوانان برای دستیابی به یک باور مثبت در خود نسبت به آثار مخرب اختلال در غذا خوردن ایفا کنند [۲۱]. لازم به ذکر است روانشناسان اجتماعی معتقدند که فرآیند تغییر نگرش در افراد بسیار طولانی و زمان‌بر است و به نظر می‌رسد مدت زمان مورد استفاده در این پژوهش برای ایجاد تغییر در نگرش آزمودنی‌ها نسبت به خوردن کافی نبوده است. پژوهش حاضر با محدودیت نیز مواجه بود که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. با توجه به اینکه نمونه آماری این پژوهش، زنان چاق دارای نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۵ و رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال بودند، لذا تعمیم نتایج

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر روش باکروید بر عزت نفس و نگرش به خوردن زنان دارای چاقی رده سنی ۳۰-۲۰ ساله شهر اصفهان انجام گردید. نتایج نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر روش باکروید در افزایش عزت نفس شرکت‌کنندگان در پژوهش مؤثر بوده است، در حالی که این آموزش منجر به تفاوت معنی‌داری در مؤلفه نگرش به خوردن نشده بود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعه مرادی و رضایی دهنوی در بخش تأثیر روش آموزشی باکروید بر عزت نفس همسو می‌باشد. این پژوهشگران اثربخشی آموزش‌های گروهی عزت‌نفس بر زنان با معلولیت جسمی-حرکتی را مطالعه و تأثیر این آموزش‌ها را بر بهبود عزت‌نفس افراد با معلولیت جسمی و در نتیجه توانبخشی آن‌ها گزارش نمودند [۱۸]. عزت نفس از دو بخش مرتبط با هم تشکیل می‌شود: (الف) احساس اطمینان در برخورد با چالش‌های زندگی (باور خودتوانمندی) و (ب) احساس صلاحیت برای خوشبخت شدن (احترام به خود یا حرمت نفس)، یا به عبارتی اطمینان به ارزش خود [۱۲]. داشتن یک احساس خوب در مورد خود می‌تواند به طور مؤثری بر سلامت روان و چگونگی رفتار فرد تأثیر بگذارد. در آموزش گروهی انجام شده در این پژوهش، برای آزمودنی‌ها شرح داده شد که افراد با عزت نفس بالا شناخت خوبی از خود دارند، با مسائل به طور واقع‌گرایانه‌تری برخورد می‌کنند و افرادی را می‌یابند که آن‌ها را به خاطر خودشان دوست داشته و ارج می‌نهند. یک شخص با اعتماد به نفس بالا قادر است از دیگران تعریف کند، قدرشناس و گشاده رو است، در دادن رأی و نظر مستقل است، احساس امنیت می‌کند، به کار خود اطمینان داشته و با دیگران همکاری می‌کند، اشتباهاتش را به راحتی می‌پذیرد و برای مثال دیگران را برای چاقی یا عادات غلط خود مقصر نمی‌داند. در پژوهش حاضر، رابطه عزت نفس و چاقی مورد توجه قرار گرفت و شرکت‌کنندگان دریافتند که عزت نفس می‌تواند بر شیوه زندگی آن‌ها از جمله دریافت مواد غذایی و فعالیت بدنی مؤثر باشد. همچنین جهت افزایش عزت نفس، با ارائه راهکارهای مرتبط افراد گروه آزمون برای احترام به خود عبارتهای تأکیدی را بطور مداوم تکرار کردند. از آنجایی که ماهیت آموزش گروهی و دیگر انواع روان‌درمانی‌ها بر شناسایی و بسیج کردن ارزش‌های اصلی مراجع با هدف تغییر رفتار استوار است. بنابراین نتیجه برقراری ارتباط عاطفی با شرکت‌کنندگان و ارتقاء توانمندی‌های آنان افزایش خودآگاهی، افزایش عزت‌نفس و افزایش خودکارآمدی است. بسیاری از

گیری از روش‌های مداخله‌ای روان شناختی مختلف نیز مورد توجه قرار گیرد. این مسئله علاوه بر ترمیم مؤلفه‌های آسیب پذیر این افراد، روند درمان فیزیولوژیکی آنان را نیز تسریع می‌نماید.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر می‌باشد که نهایت تشکر و قدردانی از مسئولین مربوطه بعمل می‌آید. همچنین نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از شرکت کنندگان در پژوهش اعلام می‌نمایند.

به سایر گروه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین به علت محدودیت زمانی، فاصله زمانی بین مراحل پس از آزمون و پیگیری حدود یک ماه بود که پیشنهاد می‌گردد این فاصله به ۶ ماه افزایش یابد. پیشنهاد می‌گردد جهت افزایش اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر روش باکروید، جلسات درمانی استمرار داشته باشند.

نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیر معنی‌دار روش آموزشی باکروید بر عزت نفس زنان دارای چاقی رده سنی ۲۰-۳۰ ساله، به نظر می‌رسد علاوه بر پیشنهادات و درمان‌های تغذیه‌ای، می‌بایست بهره

REFERENCES

1. Björntorp P. International Textbook of Obesity. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2001.
2. Moradi F, Shariat F, Mirzaeian K. [Identifying the effects of training of obesity prevention and weight management on the knowledge of clients to neighborhood health house in the city of Tehran]. *Iran J Health Educ Health Promot.* 2013;1(1):33-40.
3. Turner SL, Thomas AM, Wagner PJ, Moseley GC. A collaborative approach to wellness: diet, exercise, and education to impact behavior change. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20(6):339-44. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2008.00325.x PMID: 18588662
4. Davaran M, Kafie-Masule M, Maddah M, Ebrahimi Fard S, Davaran S, Soltanishal R. [Relationship of Body Mass Index with Psychological Characteristics (on MMPI-2) in Obese Patients]. *J Guilan Univ Med Sci.* 2012;21(82):15-23.
5. Shields M, Connor Gorber S, Tremblay MS. Estimates of obesity based on self-report versus direct measures. *Health Rep.* 2008;19(2):61-76. PMID: 18642520
6. Perri MG, Corsica JA. Treatment of Obesity. In: Kennedy P, editor. *Handbook of Clinical Health.* New York: John Wiley & Sons; 2003. p. 181-202.
7. Walsh A, Walsh PA. Love, self-esteem, and multiple sclerosis. *Social Sci Med.* 1989;29(7):793-8. DOI: 10.1016/0277-9536(89)90078-6
8. Crocker J, Wolfe CT. Contingencies of self-worth. *Psychol Rev.* 2001;108(3):593-623. PMID: 11488379
9. Power C, Crocker J. Ups and downs of self-esteem: Appearance contingencies and psychological well-being of male and female college students. 2004.
10. Alvarenga Mdos S, Scagliusi FB, Philippi ST. Comparison of eating attitudes among university students from the five Brazilian regions. *Cien Saude Colet.* 2012;17(2):435-44. PMID: 22267037
11. Buckroyd J. *Understanding Your Eating: How to Eat and Not Worry about It.* McGraw-Hill Education; 2011.
12. Salsali M, Silverstone PH. Low self-esteem and psychiatric patients: Part II - The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Ann Gen Hosp Psychiatry.* 2003;2(1):3. PMID: 12622872
13. Rosenberg M. *Conceiving the self.* New York: Basic Books; 1979.
14. Mäkikangas A, Kinnunen U, Feldt T. Self-esteem, dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employees. *J Res Pers.* 2004;38(6):556-75. DOI: 10.1016/j.jrjp.2004.02.001
15. Alizadeh T. [The relationship between self-esteem and locus of control (internal-external) with the stress of infertility in women and men in Tehran]. Tehran: University of Teacher Education; 2003.
16. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9(2):273-9. PMID: 472072
17. Babaei S, Khodapanahi M, Saleh Sadeqpour B. [Validating and investigating reliability of the eating attitude test]. *J Behav Sci.* 2007;1(1):61-8.
18. Moradi A, Rezaei-Dehnavi S. [Comparison of the effectiveness of group training, self-esteem, self-efficacy and achievement motivation and self-esteem of women 35-18 years old with motor disabilities Isfahan]. *Q Psychol Except Individ.* 2012;2(5):65-97.
19. Peyman N, Jolmbadani Z. [Effectiveness of Freire's educational model in changing students' attitudes and eating disorders]. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2011;18(4):280-7.
20. Poursharifi H, Hashemi Nosrat Abad T, Ahmadi M. [Comparison of social physique anxiety and eating attitudes between obese and normal-weight adolescent girls: the moderating role of sociocultural influence on weight loss and body change]. *Iranian J Nutr Sci Food Technol.* 2014;9(2):49-58.
21. Rother S, Buckroyd J. Experience of service provision for adolescents with eating disorders. *Prim Health Care Res Dev.* 2004;5(2):153-61. DOI: 10.1191/1463423604pc192oa

The Effectiveness of Buckroyd's Group-Based Therapeutic Approach on Increasing Self-Esteem and Improving Eating Attitude of Obese -20 to -30Year-Old Females in Esfahan

Fariba Hosseini (MSc)^{1,*}, Yousef Gorgi (PhD)¹, Afsaneh Javadzadeh (PhD)¹

¹ Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Khomeinishahr Branch, Khomeinishahr, Iran

* Corresponding author: Fariba Hosseini, MSc, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Khomeinishahr Branch, Khomeinishahr, Iran. E-mail: faribahosseini688@yahoo.com

DOI: 10.21859/jech-03016

Received: 13.04.2016

Accepted: 18.06.2016

Keywords:

Attitude

Buckroyd's Approach

Obesity

Self Concept

How to Cite this Article:

Hosseini F, Gorgi Y, Javadzadeh A. The Effectiveness of Buckroyd's Group-Based Therapeutic Approach on Increasing Self-Esteem and Improving Eating Attitude of Obese 20- to 30-Year-Old Females in Esfahan. *J Educ Community Health*. 2016;3(1):43-50. DOI: 10.21859/jech-03016

© 2016 Journal of Education and Community Health

Abstract

Background and Objectives: Obesity has been increasing around the world and this phenomenon is creating many physical and psychological problems. Hence, this study considered the effectiveness of Buckroyd's group-based therapeutic approach on increasing self-esteem and improving eating attitude of obese 20- to 30-year-old females in Esfahan.

Materials and Methods: This study was semi-experimental, statistical society of which involved all obese females referred to Sepahan Salamat Clinic in Esfahan, during year 2014. Overall, 30 over-weight females, who had a Body Mass Index (BMI) between 25 and 35, a minimum education of diploma, and age of 20 to 30 years old were selected purposefully and divided randomly to two equal groups. Buckroyd's therapy was performed in sixteen sessions and each session lasted two hours twice per week. Research measurements included body mass index, demographic form, self-esteem and eating attitude questionnaires. Variance analysis and frequency measurement were performed with the SPSS 20 software and were used for confirming the hypothesis.

Results: Results showed that Buckroyd's group therapy increased self-esteem ($P < 0.001$), but didn't improve eating attitude ($P > 0.05$).

Conclusions: The findings showed that Buckroyd's therapy approach can be used for increasing self-esteem but cannot be used for improving eating attitude of obese females.