

مؤلفه‌های کاربردی درمان شناختی- رفتاری برای کاهش وزن در زنان: تحلیل محتوای کیفی جهت‌دار

شیدا دبئیانی^۱، ماریا آگیلار وفایی^۲، مسعود جان‌بزرگی^۳، سید کاظم رسول‌زاده طباطبائی^۴، عماد اشرفی^۵،
مژگان آگاه هریس^۶، آناهیتا حسین‌پور^۷

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در دهه‌های اخیر، برنامه‌های شناختی- رفتاری موفقیت چشمگیری را در کاهش وزن نشان داده‌اند. مؤلفه‌های بسیار زیادی در این برنامه‌ها گنجانده شده است که هم طول مدت درمان را افزایش می‌دهد و هم به خوبی مشخص نیست کدام مؤلفه‌های درمانی کاربرد بیشتری برای افراد دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی مؤلفه‌های درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) در زندگی روزمره، برای افراد در جهت حفظ وزن کاسته شده یا کاهش وزن کاربردی انجام شد.

روش: این مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قیاسی بود. نمونه‌گیری به روش هدفمند صورت گرفت و زنانی که پس از گذراندن دوره درمان شناختی- رفتاری برای کاهش وزن، حداقل ۶ ماه موفق به حفظ وزن یا کاهش بیشتر وزن خود شده بودند، انتخاب شدند. مصاحبه نیمه ساختار یافته توسط متخصصان روش درمان شناختی- رفتاری کاهش وزن با ۱۸ نفر از این افراد انجام گرفت. کدگذاری اولیه به صورت قیاسی و بر اساس برنامه Cooper و همکاران برای درمان شناختی- رفتاری کاهش وزن انجام شد. در نهایت، مؤلفه‌های نهایی توسط گروه همتایان خارج از گروه نمونه و متخصصان درمان شناختی- رفتاری برای کاهش وزن مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها: از بین ۳۵ مؤلفه اولیه از بسته درمان شناختی- رفتاری که به روش قیاسی استخراج شده بود، تنها ۱۷ مؤلفه توسط افراد درمان شده تأیید گردید؛ به طوری که اغلب افراد این ۱۷ مؤلفه را به طور روزمره در زندگی خود استفاده می‌کردند یا آن را در طول درمان برای کاهش وزن خود بسیار مهم و کاربردی ارزیابی نمودند.

نتیجه‌گیری: از بین مؤلفه‌های زیادی که در درمان گنجانده می‌شود، تنها بخشی از آن‌ها برای افراد قابل اجرا و کاربردی می‌باشد و بقیه روش‌ها یا مؤلفه‌ها فراموش می‌شود و یا مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. از این‌رو، می‌توان درمان شناختی- رفتاری در جهت کاهش وزن را بر مؤلفه‌های کاربردی‌تر متمرکز نمود.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، کاهش وزن، پژوهش کیفی، زنان

ارجاع: دبئیانی شیدا، آگیلار وفایی ماریا، جان‌بزرگی مسعود، رسول‌زاده طباطبائی سید کاظم، اشرفی عماد، آگاه هریس مژگان، حسین‌پور آناهیتا. مؤلفه‌های کاربردی درمان شناختی- رفتاری برای کاهش وزن در زنان: تحلیل محتوای کیفی جهت‌دار. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۴): ۴۷۶-۴۶۱.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۱۶

Email: vafaiesmm@modares.ac.ir

نویسنده مسئول: ماریا آگیلار وفایی

مقدمه

چاقی عامل خطر سازی برای بسیاری از بیماری‌های جسمانی از جمله بیماری‌های قلبی-عروقی و دیابت نوع دوم به شمار می‌رود (۱، ۲). به همین جهت، درمان چاقی و اضافه وزن در دهه‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی کرده است (۳-۵). یکی از رویکردهای پژوهش محور، درمان‌های مبتنی بر تغییر رفتار می‌باشد که طیفی از رژیم درمانی، ورزش و مداخلات روان‌شناختی (مانند درمان رفتاری، درمان شناختی، درمان فراشناخت و...) را در برمی‌گیرد (۶-۵). هرچند به طور معمول افراد دارای اضافه وزن و چاقی تنها تحت درمان‌های تغذیه‌ای قرار می‌گیرند، اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد که رژیم درمانی به تنهایی اثربخش نیست و در طولانی مدت افراد به وزن قبلی خود برمی‌گردند (۸، ۹). از این‌رو، درمان‌های شناختی-رفتاری (Cognitive behavioral therapy یا CBT) در کاهش وزن نسبت به دیگر برنامه‌ها موفقیت چشمگیری به دست آورده‌اند (۱۰-۱۲). در این راستا، Cooper و همکاران بر اساس تجارب بالینی و پژوهشی در زمینه درمان چاقی، یک بسته درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری برای کاهش وزن طراحی کردند که کارامدی و اثربخشی خود را در زمینه درمان چاقی نشان داده است (۱۳، ۱۴)، اما مؤلفه‌های بسیار مختلفی در این برنامه درمانی و برنامه‌های مشابهی در زمینه کاهش وزن وجود دارد که هنوز به درستی مشخص نیست کدام یک برای ایجاد تغییرات بالینی لازم و کافی هستند (۱۵). این در حالی است که متخصصان و پژوهشگران اعتقاد دارند که شناسایی و کشف مؤلفه‌های فعال یا مؤثر در درمان، می‌تواند به درمان کارآمدتر و بالقوه مؤثرتر بینجامد (۱۶، ۱۵).

در جهت شناسایی عوامل مؤثر در نگهداری وزن، تحقیقات کیفی و مروری یافته‌های جالب و ارزشمندی ارائه نموده‌اند (۲۰-۱۷). نتایج مطالعه کیفی Byrne و همکاران که بر روی زنان شرکت‌کننده در برنامه‌های عمومی سلامت در زمینه کاهش وزن در انگلستان انجام شد، نشان داد که «ناتوانی در کسب اهداف وزن، نارضایتی از وزن جدید، گرایش به ارزیابی خود بر اساس وزن و اندام، فقدان مراقبت و هوشیاری با توجه به کنترل وزن، سبک تفکر سیاه و سفید و

گرایش به خوردن برای تنظیم خلق» از جمله عوامل برگشتن به وزن قبلی می‌باشد (۱۷). Reyes و همکاران در یک پژوهش کیفی، تفاوت‌های رفتاری و شناختی افراد نگهدارنده وزن (Maintainer) نسبت به افراد بازگشت‌کننده (Regainer) را بررسی نمودن و به این نتیجه رسیدند که افراد نگهدارنده وزن دارای ویژگی‌هایی از جمله «ادامه دادن گاه به گاه راهبردهای درمانی در طول زمان، وزن‌کشی طبق برنامه، استفاده از مهارت‌های حل مسأله مفید و استفاده از گفتگوی درونی مثبت» هستند (۱۸). علاوه بر این، Elfhag و Rossner در تحقیق مروری خود دریافتند که نگهداری موفق وزن با «کاهش وزن اولیه بیشتر، رسیدن به اهداف وزن، داشتن سبک زندگی فعال، داشتن یک ریتم غذایی شامل صبحانه و غذای سالم، کنترل پرخوری و خودپایی رفتارها» ارتباط دارد (۱۹). در همین راستا، Williams و Ohsiek مطالعه مروری خود، ویژگی افراد موفق در نگهداری وزن را بیان کردند که شامل «اجتناب از تفکر دوقطبی، اجتناب از خوردن برای تنظیم خلق، اجتناب از خوردن بدون بازداری، افزایش محدودیت غذایی، درک بهای مهم‌تر سودمندی‌ها، سطوح پایین/ ثابت افسردگی و داشتن تصویر بدنی مثبت» بود (۲۰). هرچند هر یک از پژوهش‌های ذکر شده افق وسیع‌تری درباره عوامل مؤثر در کاهش وزن و تفاوت‌های افراد نگهدارنده وزن با افراد بازگشت‌کننده را پیش رو قرار می‌دهند، اما هیچ کدام به بررسی و شناسایی مؤلفه‌های کاربردی در برنامه‌های شناختی-رفتاری برای کاهش وزن نپرداختند.

در ایران و در دهه‌های اخیر، شیوع چاقی به خصوص در میان زنان رو به افزایش است. آمارها نشان می‌دهد که در فاصله سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۱، شیوع چاقی بین زنان بزرگسال از ۳۲/۷ به ۴۰/۳ درصد افزایش یافته است (۲۱) و شاید همین امر باعث شده است تا روان‌شناسان و متخصصان سلامت در ایران به درمان چاقی توجه ویژه‌ای داشته باشند. علاوه بر این، گزارش‌ها حاکی از مراجعه بیش از پیش این زنان به مراکز تغذیه و رژیم درمانی و نیز متخصصان جراحی زیبایی است. به همین جهت، در ایران تحقیقات به نسبت خوبی در زمینه بررسی کارامدی روش‌های

روش تحلیل محتوای جهت‌دار، قیاسی یا هدایت‌شده، آزمون نظریه‌های پیشین و یا بسط نظریه‌های موجود است (۳۱). ویژگی برجسته پژوهش جهت‌دار، کدگذاری اولیه بر اساس یافته‌های قبلی یا نظریه پیشین می‌باشد، اما در فرایند تحلیل داده‌ها، پژوهشگران خود را در داده‌ها غوطه‌ور می‌کنند و اجازه می‌دهند مقوله‌ها یا زمینه‌ها از دل داده‌ها به دست آید (۳۰).

به دلیل اهمیت کاهش وزن بین زنان و چشمگیر بودن تعداد آن‌ها در کلینیک‌های لاغری به خصوص در شهرهای بزرگ و تهران، مطالعه حاضر تمرکز خود را بر زنان شهر تهران که برای کاهش وزن به کلینیک روان‌شناختی مراجعه کرده بودند، قرار داد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام گرفت. هدف در تحقیق حاضر، زانی بود که پس از گذراندن دوره CBT در کلینیک روان‌شناختی توسط متخصص روان‌شناس، دارای ملاک موفقیت در درمان بودند. منظور از موفقیت، ابقای (حفظ/نگهداری) وزن کاسته شده یا کاهش وزن بیشتر حداقل به مدت ۶ ماه پس از اتمام دوره درمان بود. پس از مشخص شدن زنان دارای ملاک مذکور، از کلینیک با آنان تماس گرفته شد و هدف پژوهش برای آن‌ها تشریح گردید و اصل رازداری و حفظ اطلاعات شخصی برای آنان اجرا شد (کد اخلاقی این پژوهش IR.TMU.REC.1395.374 بود). پس از موافقت اولیه، قرار ملاقاتی برای مصاحبه حضوری و در غیر این صورت قرار برای مصاحبه تلفنی با مشارکت‌کنندگان مشخص گردید. سپس مصاحبه نیمه ساختار یافته با هدف جستجو و کشف مقوله‌ها و زیرمقوله‌های مشخص شده صورت گرفت. حداقل مدت زمان مصاحبه، ۴۵ دقیقه در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری تا زمانی ادامه پیدا کرد که اطلاعات جدیدی در اختیار پژوهشگران قرار نگیرد (اصل اشباع). از این‌رو، مصاحبه با ۱۸ نفر خاتمه یافت.

مصاحبه توسط متخصص روان‌شناس و آشنا به روش CBT انجام شد که شامل سه قسمت بود. قسمت اول شامل داده‌های دموگرافیک و جمعیت‌شناختی و اطلاعات کلی درباره سلامت فعلی فرد، وزن قبل از دوره و وزن فعلی فرد بود. قسمت دوم پرسش درباره رفتار خوردن و تغییراتی که فرد در این دوره برایش ایجاد شده است و رفتارهایی که هنوز در

درمانی مختلف برای کاهش وزن و بررسی همبسته‌های کاهش وزن صورت گرفته است (۲۴-۲۲، ۷)، اما متخصصان معتقد هستند که مؤلفه‌های درمان و به ویژه روش CBT وابسته به فرهنگ است (۲۵). علاوه بر این، دیر زمانی است که نگرش و رفتارهای مربوط به اندازه و شکل بدن به صورت فرهنگی تعریف شده است (۲۷، ۲۶). همچنین، نشان داده شده است که انتخاب غذا، بافت و طعم غذا و نیز معنی غذا در جوامع مختلف، تفاوت دارد (۲۸). بنابراین، به نظر می‌رسد که بررسی و شناسایی مؤلفه‌های رویکرد CBT برای کاهش وزن در فرهنگ ایرانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد.

با وجود انجام مطالعاتی در زمینه شناسایی ویژگی‌های افراد نگهدارنده وزن و برگشت‌کننده، پژوهشی در زمینه بررسی مؤلفه‌های مهم‌تر درمان چاقی، چه در ایران و چه در منابع غیر ایرانی وجود ندارد. با توجه به اهداف و تعاریف اولیه از پژوهش کیفی و امکان کسب برداشت‌های عمیق‌تر و در برخی موارد متفاوت از کلام افراد، تحقیق در این زمینه به صورت کیفی انجام شد.

روش

این پژوهش از نوع تحلیل محتوای جهت‌دار (Directed content analysis) یا قیاسی (Deductive) بود. همه روش‌های پژوهش کیفی بر نزدیک شدن به داده‌ها تأکید فراوان دارند و بر این اصل استوار هستند که تجربه، بهترین روش درک رفتار فرد است. این تجربه می‌تواند به کمک مصاحبه عمیق، مشاهده یا دیگر روش‌ها باشد که همگی بر تعامل بین پژوهشگر و داده‌ها استوار است. در این راستا، تحلیل محتوای کیفی با تحلیل داده‌های کیفی و طبقه‌بندی آن‌ها، می‌کوشد تا به معنای درونی داده‌ها پی ببرد (۲۹). تحلیل محتوای کیفی که ابتدا در مردم‌شناسی، جامعه‌شناسی کیفی و روان‌شناسی گسترش یافت، به دنبال کشف معانی زیربنایی و نهفته در پیام‌های جسمانی می‌باشد (۳۰). به عبارت دیگر، تحلیل محتوای کیفی با تعبیر و تفسیر محتوای داده‌ها از طریق فرایند طبقه‌بندی نظام‌مند کدها، به شناسایی الگو یا زمینه می‌پردازد (۳۱). هدف از پژوهش در

مشخص شود تا کدگذاری از اعتبار (Credibility) مناسبی برخوردار باشد (۳۳). با توجه به مقوله‌های اصلی و فرعی استخراج شده از بسته درمانی، همه مصاحبه‌ها بررسی شد تا مشخص گردد کدام مقوله‌ها برای افراد کاربرد دارد، اما هدف پژوهشگران تنها تأیید و به دست آوردن مقولات مشخص شده نبود. از این جهت در بازخوانی بعدی کوشش شد تا نکات مهم و در بعضی موارد ناآشکار مشخص، کشف و نوشته شود. هدف پژوهشگران در این فرایند، غوطه‌ور شدن در داده‌ها بود تا مقوله‌های اصلی و فرعی از دل داده‌ها به دست آید. در انتها نکات و مضامین به دست آمده دسته‌بندی گردید و با مقوله‌های مشخص شده مورد مقایسه قرار گرفت که مقوله جدیدی به مقوله‌های قبلی اضافه نشد، بلکه تنها تعدادی از مقوله‌های اولیه حذف شد. سپس برای اطمینان از پایداری کدگذاری (Coding consistency)، پژوهشگران بار دیگر تمامی متون مصاحبه‌ها را مرور و کدگذاری نمودند. با مقایسه دو کدگذاری مشخص شد کدگذاری دارای ثبات است. لازم به ذکر است که در فرایند بازخوانی متون مصاحبه‌ها، کدگذاری و مقایسه، مقوله‌ها کامل‌تر شد و مقوله‌بندی مناسب‌تری ارائه شد. در نهایت، ۱۷ مقوله به عنوان مؤلفه‌های کاربردی معرفی گردید.

برای به دست آوردن تأییدپذیری داده‌های به دست‌آمده، از دو روش استفاده گردید. در روش اول، مؤلفه‌های نهایی به سه نفر از متخصصان روان‌شناسی در زمینه روش CBT برای کاهش وزن ارائه شد و از آن‌ها درستی و صحت مؤلفه‌های به دست آمده پرسیده شد. در روش دوم، با گروهی ۱۰ نفره از افرادی خارج از گروه نمونه که دوره درمانی را پشت سر گذاشته بودند (گروه مشابه)، مؤلفه‌های کاربردی مطرح گردید و نظر آن‌ها درباره مؤلفه‌ها پرسیده شد. مقوله‌ها و زیرمقوله‌های تأیید شده هم توسط درمانگران متخصص و هم گروه همتایان مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

کمترین و بیشترین سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۲۶ و ۵۹ سال با میانگین ۳۶ سال بود. حداقل کاهش وزن افراد در

راستای نگهداری وزن یا کاهش وزن انجام می‌دهد، بود و قسمت سوم به بررسی تغییرات فکری و شناختی و مقابله‌های شناختی فرد در راستای کاهش یا حفظ وزن و به طور کلی تغییراتی که نسبت به قبل از درمان در او رخ داده است، پرداخت. در طول مصاحبه در صورت لزوم، سؤالات عمیق‌تری پرسیده می‌شد و یا از فرد درخواست گردید تا برای نشان دادن تغییرات رفتاری یا شناختی خود مثال بزند و یا در یک مثال موقعیتی (مانند مهمانی، رستوران یا مسافرت) رفتار و فکر خود را بازگو کند. همه مصاحبه‌ها با حفظ رازداری ضبط گردید. برای پیاده‌سازی و از قلم نیفتادن موضوعات مصاحبه، هر مصاحبه چندین بار مورد بررسی قرار گرفت.

از آن‌جا که برنامه‌های کاهش وزن با رویکرد CBT موجود است (۳۲، ۱۳)، مطالعه حاضر از روش تحلیل محتوای قیاسی یا هدایت شده یا جهت‌دار برای کدگذاری اولیه مؤلفه‌های کاربردی CBT چاقی استفاده نمود. از میان بسته‌های درمانی موجود، بسته درمانی کوپر Cooper و همکاران به دلیل پژوهش بنیان بودن و ارجاع قرار گرفتن در بیش از ۲۰۰ مقاله علمی - پژوهشی در سراسر دنیا، انتخاب گردید (۱۳). هم‌زمان با انجام مصاحبه‌ها، از این بسته مؤلفه‌های درمانی در قالب مقوله و زیرمقوله استخراج شد. این کار در چندین مرحله و با بازخوانی فراوان توسط نویسندگان انجام گرفت. برای اطمینان از درستی و صحت این کار، مؤلفه‌ها یا مقوله‌های استخراج شده مورد بازبینی چند درمانگر آشنا به این بسته درمانی و به طور کلی CBT برای کاهش وزن قرار گرفت و پس از تأیید آنان، تقسیم‌بندی مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌ها نهایی شد.

هم‌زمان با انجام مصاحبه‌های جدید و پیاده‌سازی مصاحبه‌های قبلی، فرایند دسته‌بندی داده‌ها و به دست آوردن مقوله‌ها آغاز شد. در ابتدا واحد تحلیل (Unit of analysis) توسط پژوهشگران تعریف شد. در تحقیق حاضر واحد تحلیل مضامینی بود که ممکن است از یک جمله، یک پاراگراف یا کل مصاحبه فرد برداشت شود. سپس برای فرایند کدگذاری، کدهای استخراج شده از بسته رویکرد CBT برای کاهش وزن تعریف و از یکدیگر متمایز شدند. همچنین، تلاش گردید تا روش مشخص و گام به گامی برای فرایند کدگذاری

مبتلا به کم‌کاری تیروئید، لزوماً مبتلا به چاقی نمی‌شوند و بیشتر دسته‌ای از چاقی رنج می‌برند که رفتارها، سبک زندگی و نیز افکار آن‌ها در جهت خوردن بیشتر و افزایش وزن است.]]

جدول ۱ مقوله‌ها و زیرمقوله‌های تأیید شده یا همان مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های کاربردی و مثال‌های آن را نشان می‌دهد. بر این اساس، از بین ۳۵ مقوله اصلی استخراج شده از بسته درمانی، تنها ۱۷ مقوله یا مؤلفه مورد تأیید بیشتر افراد درمان شده قرار گرفت.

این دوره درمانی ۴ کیلوگرم و حداکثر ۲۷ کیلوگرم با میانگین کاهش وزن ۱۰/۲۲۵ کیلوگرم به دست آمد. ۱۲ نفر از این زنان متأهل و ۶ نفر مجرد بودند و حداقل تحصیلات آن‌ها دیپلم و حداکثر تحصیلات کارشناسی ارشد بود. تنها در ۲ مورد، افراد به بیماری‌های جسمانی قبل از دوره درمانی مبتلا بودند [کم‌کاری تیروئید (هرچند کم‌کاری تیروئید منجر به کند شدن فرایند کاهش وزن می‌شود اما خود به تنهایی منجر به افزایش وزن در افراد نمی‌شود؛ چرا که تمام افراد

جدول ۱. مقوله‌ها و زیرمقوله‌های تأیید شده (مؤلفه‌های کاربردی) و نقل قول‌ها

مقوله‌های تأیید شده (کاربردی)	برچسب	زیرمقوله‌ها و تعاریف	نقل قول‌ها
پایش وزن	رفتاری	وزن‌کشی هفتگی خانگی وزن‌کشی هفتگی جلسات ترسیم نمودار وزن	«هفته‌ای یک‌بار وزنم را می‌کشم و خیلی مؤثره. نمودار وزن هم خیلی بهم کمک می‌کنه».
پایش رفتار خوردن	رفتاری	نوع غذا میزان غذا تعیین میزان کالری هر غذا ساعت خوردن	«وقتی میزان و نوع غذام رو می‌نویسم، متوجه می‌شم که کجای کارم مشکل داره؛ در حالی که قبلاً متوجه نمی‌شدم».
پایش افکار خوردن	شناختی	موقعیت خوردن افکار قبل از خوردن افکار بعد از خوردن	«به محض این که شروع کردم به نوشتن افکار خوردن، یکباره متوجه مشکلات فکری و تکراری خودم شدم که باعث بیشتر خوردن می‌شد».
راهبرد سه‌گانه	رفتاری	چه چیزی و چه زمانی بخورد. جمع‌بندی لحظه‌ای کالری پیش‌بینی وعده‌های غذایی آینده و برنامه‌ریزی از قبل یا روزهای بعد	«ما خودمون تعیین می‌کنیم که چه چیزی و چه ساعتی بخوریم و این خیلی حس خوبی داره».
سبک غذایی سالم	رفتاری	الگوی زمانی مشخص (تعریف زمان خوردن و تعداد وعده‌ها و میان وعده‌ها) انتخاب غذا (عدم ممنوعیت غذایی/ غذای کم‌چرب/ افزایش کربوهیدرات) سبک خوردن (نشسته خوردن/ مزه کردن/ محل خاص/ بدون تداخل با کاری)	«وقتی جلوی تلویزیون بخورم، هیچی نمی‌فهمم از غذا، اما حالا موقع خوردن هیچ کار دیگه‌ای نمی‌کنم».
آگاهی از علل خوردن	شناختی	محیطی (غذاهای پرچرب/ غذاهای جذاب و لذت‌بخش (فست فود)/ مهمانی‌ها) تشویق در کودکی (تمام کردن غذا، خوردن بیشتر) تنظیم خلق	«ممنوعیت داشتن غذایی خیلی وحشتناکه. آدم مدام فکرش توی همون ممنوعاته، اما الان ممنوعیتی ندارم و همه چیز در کنترلمه».
خوردن اجتماعی	شناختی	آگاهی فرد نسبت به دلایل بیشتر خوردن در مهمانی، بیرون، رستوران و... (لذت مساوی خوردن/ ناتوانی در نه گفتن/ خشنودی دیگران/ احساس محرومیت/ تعارف)	«آرام خوردن و مزه مزه کردن خیلی خیلی عالی‌ه و من قبلاً اصلاً این طور نبودم».
	رفتاری	رفتارهای مدیریتی (تعادل کالری/ پایش غذا و وزن/ حدس غذاها/ پیش‌بینی خوراکی)	«من می‌خوردم چون همیشه تشویق شده بودم به خوردن و حالا که کسی نبود انگار خودم، خودم رو تشویق می‌کردم».
			«من فهمیدم در برابر تعارف و اصرار دیگران شل هستم».
			«من هر وقت مضطرب می‌شدم یا عصبی بودم، وحشتناک می‌خوردم».
			«قبلاً فکر می‌کردم اگر در مهمانی نخورم، دیگه غذا به این خوشمزه‌ای گیرم نمی‌یاد. حالا فکرم متفاوتمه...».
			«من مهمانی زیاد می‌روم و خب قبلاً مشکل داشتم، اما الان از یک روز قبل برنامه‌ریزی می‌کنم، حتی ممکنه به صاحبخونه زنگ بزنم ببینم چه چیزی دارند یا حدس می‌زنم».

جدول ۱. مقوله‌ها و زیرمقوله‌های تأیید شده (مؤلفه‌های کاربردی) و نقل قول‌ها (ادامه)

مقوله‌های تأیید شده (کاربردی)	برچسب	زیرمقوله‌ها و تعاریف	نقل قول‌ها
خوردن در مسافرت	رفتاری	رفتارهای مدیریتی (پایش غذا و وزن / حدس موقعیت‌ها / حدس غذاهای قابل دسترسی)	«تو مسافرت سعی می‌کنم حواسم به غذاهایی که می‌خورم باشه».
	شناختی	آگاهی از هدف مسافرت (آرامش و لذت)	«قبلاً فکر می‌کردم باید تو مسافرت مدام بخورم، اما الان این طور نیست و به دنبال کسب آرامشم».
شناسایی موانع کاهش وزن	رفتاری	زمان‌بندی: بدون زمان‌بندی / زمان‌های متغیر مقدار: پرس زیاد / پرس دوم عدم پرهیز از غذا یا نوشیدنی / عدم دانش درباره تراکم انرژی غذاها / جنبه‌های افراطی خوردن مکان خوردن: آشپزخانه / هر جایی / حین نگاه کردن به تلویزیون / حین رانندگی یا دیگر فعالیت‌ها دوره‌های پرخوری روش: خوردن سریع / ناخنک زدن / تمیز کردن بشقاب / ظروف اصلی عدم پایش دقیق کالری و وزن عدم شرکت به موقع در جلسات عدم انجام تکالیف خانگی خوردن برای تنظیم خلق خوردن برای پاداش / درمان / تسلی خوردن در شرایط استرس	«لان می‌دونم اگر برنامه غذایی روزم رو ننویسم، پیاده‌روی نرم، بدون برنامه بخورم و ناخنک بزنم و حواسم به برنامه غذایی نباشه، حتماً چاق خواهم شد».
	شناختی	از دست دادن انگیزه تفکر سیاه و سفید: قواعد خشک برای مراعات اهداف کاهش وزن خاص	«من هر وقت انگیزه‌ام رو از دست می‌دادم، برنامه‌ام رو رها می‌کردم. فکر می‌کردم باید ۲۰ کیلو لاغر بشم و گرنه ارزش نداره».
مقابله با موانع شناختی کاهش وزن	شناختی	بررسی انگیزه‌ها بررسی منطقی بودن اهداف کاهش وزن و جایگزینی اهداف واقع‌بینانه هدایت شناختی افکار منفی و صفر و یک (شواهد موافق و مخالف)	«من یاد گرفتم که افکار سیاه و سفید از هر چیزی بدتره و باید اون‌ها رو کنار بذارم. مثل این فکر که باید همیشه گرسنگی بکشم و گرنه بی‌اراده‌ام. حالا می‌دونم که فکر صحیح و منطقی‌ش چیه».
مقابله با گرسنگی و خوردن	رفتاری	تحمل گرسنگی ساعات منظم خوردن روش‌های پرت کردن حواس حذف محرک‌های محیطی: دور کردن غذاهای پرخطر عدم کم‌خوری (کمتر از ۱۲۰۰ کالری) کاهش مصرف غذاهایی با چگالی بالای انرژی درنگ کردن در زمان قله اشتیاق	«من از گرسنگی وحشت داشتم و فکر می‌کردم هر وقت گرسنه شدم باید بخورم، اما حالا تحمل می‌کنم و حواسم رو پرت می‌کنم و می‌رم سراغ کارهایی که دوست دارم یا عقب افتاده».
	شناختی	تحمل کم‌خوری (کمتر از ۱۲۰۰ کالری) کاهش مصرف غذاهایی با چگالی بالای انرژی درنگ کردن در زمان قله اشتیاق	«سعی می‌کنم سر ساعت غذا بخورم که یکدفعه گرسنه نشم و کم بیارم».
	رفتاری	شناسایی حالت‌های خلقی: مشاهده و پایش حواس‌پرتی بدون خوردن: تلفن به یک دوست پهسازی خلق: رفتارهای لذت‌بخش و آرامش‌بخش حل مسأله تحمل حالات خلقی: موج‌سواری	«لان وقتی عصبی می‌شم، حواسم به خودم هست و سعی می‌کنم با روش‌های دیگه غیر از خوردن خودم رو آرام کنم. دوش بگیرم، پیاده‌روی کنم، موسیقی مورد علاقه‌ام رو گوش بدم یا درباره مشکلم با یکی مشورت کنم».
	شناختی	شناسایی افکار همراه خلق نامطلوب کنترل خودگویی‌ها	«وقتی به هم می‌ریزم، سعی می‌کنم ببینم چی تو فکرم می‌گذره. بعد به خودم می‌گم با خوردن که چیزی حل نمی‌شه و اگه بخورم حالم بدتر هم می‌شه».

جدول ۱. مقوله‌ها و زیرمقوله‌های تأیید شده (مؤلفه‌های کاربردی) و نقل قول‌ها (ادامه)

مقوله‌های تأیید شده (کاربردی)	برچسب	زیرمقوله‌ها و تعاریف	نقل قول‌ها
مقابله با پرخوری	رفتاری	به راه اندازه‌نده‌های عاطفی خوردن: موقعیت‌های آشکار ساز تشخیص و پذیرش خلق نامطلوب مقابله‌های رفتاری با خلق منفی تحمل حالات خلقی: موج سواری تثبیت الگوی منظم خوردن عدم وجود محرومیت غذایی	«من چند روز اصلاً نمی‌خوردم یا مهمانی می‌رفتم نمی‌خوردم و بعد یک‌دفعه شروع می‌کردم به خوردن... خب این رفتار مشکل داشت و حالا سعی می‌کنم بیشتر احساساتم رو ببینم و سر ساعت هم می‌خورم».
مقابله با خوردن برای پاداش/تسلی	شناختی	تغییر قواعد سیاه- سفید مثلاً درباره غذای بد و خوردن و نخوردن	«یکی از فکریهایی که باعث پرخوری من می‌شد، این بود که فکر می‌کردم تو عروسی نباید بخورم و گرنه فکر می‌کنن من چاقم! بعد باعث می‌شد وقتی می‌ومدم خونه دیگه کسی جلودارم نبود! اما حالا این طور نیستم».
افزایش فعالیت روزانه	رفتاری	بررسی احساس واقعی فرد قبل و بعد خوردن جایگزینی روشی دیگر برای پاداش یا تسلی دادن خود به تعویق انداختن خوردن	«هر وقت خوب درس می‌خوندم، با خوردن به خودم جایزه می‌دادم و جالب این که بعدش حس خوبی نداشتم، اما الان برای جایزه برای خودم گل می‌خرم».
پذیرش تصویر بدنی	رفتاری	ایستادن بیشتر راه رفتن در خانه به جای نشستن پیاده‌روی روزانه استفاده کمتر از ماشین پیاده شدن از ماشین، اتوبوس یا مترو، چند ایستگاه جلوتر دورتر پارک کردن استفاده کمتر از بالابر و آسانسور	«یکی از چیزهایی که روی من خیلی تأثیر داشت، فعالیت منظم بود. نه اینکه دو روز برم ورزش و به یک هفته نرم. الان هر روز حداقل نیم ساعت پیاده‌روی می‌کنم. پله بالا و پایین می‌رم. ماشینم رو دورتر پارک می‌کنم».
انتخاب غذا	رفتاری	مشاهده تغییرات مثبت بدنی انجام رفتارهای تأیید کننده تصویر بدنی مثبت	«قبلاً اندامم رو اصلاً دوست نداشتم و حتی جلوی آینه نمی‌رفتم و لباس تنگ هم نمی‌خریدم، اما الان بهتر شدم و سعی می‌کنم لباس سایزم رو بخرم».
	شناختی	بررسی افکار منطقی برای پذیرش اندام و وزن جدید آگاهی به اصلاح افکار، باور و تفسیرهای غلط از تصویر بدنی	«همیشه از اندامم ناراضی بودم؛ چون دلم نمی‌خواست شکم داشته باشم، اما حالا می‌دونم این فکر منطقی نیست. اندامم رو بیشتر دوست دارم؛ حتی فکر می‌کنم شکمم آنقدر هم بزرگ نیست».
	رفتاری	تشویق به خوردن سالم = رژیم غذایی کم‌چرب (کاهش مصرف چربی، افزایش مصرف گروه غلات و نان، افزایش مصرف گروه سبزیجات و میوه‌ها) تعیین اهداف تغییر غذایی قابل حصول دادن اطلاعات کافی درباره هرم غذایی، میزان چگالی کالری غذاهای چرب و اصول تغذیه سالم اهمیت به پایداری به خوردن سالم	«خیلی مهمه که آدم بتونه روی برنامه غذایی سالم بمونه. سبزیجات زیاد مصرف کنه و روغن و شیرینی رو تا جای ممکن حذف کنه. مقداری از این کار به خاطر گرفتن اطلاعات درست و کامل درباره مواد غذایی».

افکار، نگرش‌ها و باورها می‌باشد. علاوه بر این، منظور از «رفتار» مؤلفه‌ها یا بخشی از آن‌ها است که بر مهارت‌های تغییر رفتار، تغییر سبک زندگی و ایجاد تغییرات لازم در محیط زندگی یا حرفه‌ای فرد استوار است.

پایش وزن: یک مؤلفه رفتاری شامل رفتارهای

یافته‌های پژوهش در زمینه مؤلفه‌های کاربردی، همگی در دو بعد شناختی و یا رفتاری قرار گرفت. منظور از «شناختی» آن دسته از مؤلفه‌ها یا زیرمؤلفه‌هایی است که در برگیرنده مهارت‌های فکری و شناختی، ایجاد تغییرات در نگرش، افکار و باورهای فرد و نیز آموزش در زمینه تغییر

سالم خوردن شامل تغییر رفتارهای خوردن است مانند در حالت نشسته خوردن، مزه مزه کرده غذا، داشتن یک محل خاص برای خوردن (مثلاً پشت میز آشپزخانه) و همراه نکردن کارهای دیگر با خوردن (مانند تماشای تلویزیون). خانم ه درباره تجربه خود چنین می‌گوید: «قبلاً جلوی تلویزیون می‌نشستم و تند تند می‌خوردم... هیچی از غذا نمی‌فهمیدم و حجم زیادی باید می‌خوردم، اما حالا یاد گرفتم که موقع خوردن فقط بخورم و هیچ کار دیگه‌ای انجام ندم. خیلی آرام غذا می‌خورم و غذا رو توی دهنم مزه مزه می‌کنم. این جور خیلی از غذا خوردن لذت بیشتری می‌برم».

آگاهی از علل خوردن: این مؤلفه از نوع شناختی می‌باشد و منظور از آن، یافتن علل زیربنایی رفتار خوردن توسط فرد در خودش است که شامل علل محیطی (مانند غذاهای خوشمزه و تنوع زیاد، رستوران‌ها و مهمانی‌ها)، تشویق در کودکی (مثلاً تمام کردن بشقاب غذا و یا تشویق شدن به خوردن بیشتر) و یا خوردن برای تنظیم خلق (مانند وقتی که فرد می‌خورد تا اضطرابش را کاهش دهد). خانم ز تجربه خود چنین توصیف کرد: «من کودکی خیلی لاغری داشتم. برای همین همیشه پدر و مادرم من را کلی تشویق می‌کردند که بخورم. همیشه برابم جایزه خوراکی می‌خریدند و من بواش بواش علاقمند شدم. حالا آن‌ها نیستند، اما فکر می‌کنم یکی از دلایل مهم خوردن من، تشویق‌های زیاد کودکی باشه». خانم د در این باره بیان نمود: «می‌دونم چطور، اما یاد گرفته بودم هر مشکلی را با خوردن حل کنم. ناراحت می‌شدم، شکلات و شیرینی می‌خوردم. مضطرب می‌شدم، به خودم می‌گفتم حالا به چیزی بخورم خالم خوب می‌شه و خب به مرور زمان با خوردن همه چیز به طور سطحی تسکین داده می‌شد، ولی واقعاً حل نمی‌شد».

خوردن اجتماعی: این مؤلفه هم دارای بعد رفتاری و هم شناختی است. بعد شناختی خوردن اجتماعی، آگاه شدن نسبت به افکار خوردن و دلایل خوردن بیشتر در مهمانی‌ها، رستوران و جشن‌ها است. به عبارت دیگر، فرد آگاه می‌شود که آیا از خوردن زیاد در این موقعیت‌ها لذت می‌برد یا نمی‌تواند به دیگران «نه» بگوید و دست آن‌ها را رد کند و یا

وزن‌کشی هفتگی خانگی، وزن‌کشی هفتگی در جلسات درمانی و ترسیم نمودار وزن می‌باشد. خانم الف در این مورد می‌گوید: «در میزان کاهش وزنم، این رفتارها خیلی مؤثر بوده و هنوز هم به طور مرتب از آن استفاده می‌کنم. به خصوص خاطر هست ترسیم نمودار وزن در آن دوره خیلی خوب بود، چون وقتی می‌دیدم وزنم با یک شیب ملایم به سمت پایین است، خیلی برابم لذت بخش بود و به من کمک می‌کرد».

پایش رفتار خوردن: این مؤلفه رفتاری شامل ثبت میزان و نوع غذای دریافتی، تعیین میزان کالری هر غذا و ساعت خوردن است. خانم ب معتقد است: «همین که میزان و نوع غذا و ساعتی که خوردم را می‌نویسم، متوجه می‌شم کجای کار مشکل دارم؛ در حالی که قبلاً متوجه نمی‌شدم».

پایش افکار خوردن: نوعی مؤلفه شناختی است؛ چرا که هدف آن، آگاه شدن به افکار در موقعیت‌ها می‌باشد. این مؤلفه شامل یادداشت موقعیت خوردن و افکار قبل و بعد از خوردن است. خانم ج در این باره بیان کرد: «به محض این که در دوره شروع کردیم به نوشتن افکار، یکدفعه متوجه مشکلات فکری و تکراری خودم شدم. قبل از غذا مدام به خودم می‌گفتم گرسنه‌ام و این باعث می‌شد خیلی بخورم».

راهبرد سه‌گانه: این مؤلفه که بعد رفتاری دارد، شامل تعیین نوع ماده غذایی و ساعت خوردن آن، جمع‌بندی لحظه‌ای کالری دریافتی روزانه و پیش‌بینی وعده‌های غذایی آینده و برنامه‌ریزی از قبل یا برای روزهای آینده است. خانم د عنوان کرد: «خیلی خوبه که خودمون تعیین کنیم چه ساعتی و چه چیزی بخوریم. این بهتر از رژیم‌های همیشگیه. اونجا محدودیت داشتم و اصلاً راضی نبودم، اما الان خیلی احساس خوبی دارم». خانم الف اظهار نمود: «من هر روز کالری روزانه‌ام را وارد می‌کنم و هر لحظه می‌دونم تا اون موقع چقدر کالری خوردم. این کار باعث می‌شه بتونم خوردنم رو مدیریت کنم».

سبک غذایی سالم: این مؤلفه رفتاری شامل تعیین الگوهای زمانی ثابت و مشخص برای خوردن توسط خود فرد، انتخاب درست غذا و تعیین یک سبک سالم خوردن است. انتخاب درست غذا یعنی نداشتن ممنوعیت غذایی و مصرف غذاهایی با چربی کمتر و افزایش مصرف کربوهیدرات. سبک

مسافرت است؛ یعنی فرد قبل از مسافرت آگاه شود که چه هدفی در مسافرت دارد؟ آیا هدفش کسب آرامش و لذت است یا هدفش خوردن زیاد است. خانم پ در ادامه تجربه مسافرت‌های خود گفت: «جالب این که قبلاً در مسافرت فکر می‌کردم باید بخورم و همش می‌خوردم و اصلاً برای من و همسرم مسافرت با خوردن هله هوله و غذاهای پرچرب در نهار و شام معنا داشت، اما الان اصلاً اینطور نیست. من فکر می‌کنم هدف ما از مسافرت الان منطقی شده و ما به دنبال خوش‌گذرونی و کسب آرامش هستیم، ولی نه فقط با خوردن... این طوری خیلی بیشتر بهمون خوش می‌گذره و وقتی بر می‌گردم هم وزنم بالا نرفته و هم انرژی می‌گیرم برای کار».

موانع کاهش وزن: این مؤلفه نیز دارای دو بعد شناختی و رفتاری است. بعد رفتاری شامل آگاهی و شناسایی موانع رفتاری برای کاهش وزن است؛ یعنی رفتارهایی که انجام آن‌ها باعث می‌شود فرد نتواند به کاهش وزن دست یابد که از آن جمله می‌توان به خوردن بدون زمان‌بندی، خوردن و کشیدن پرس دوم غذا، مصرف غذاهای با تراکم بالای انرژی، نداشتن مکان خاص برای خوردن، همراه شدن خوردن با دیگر فعالیت‌ها، داشتن دوره‌های پرخوری، ناخنک زدن، عدم پایش دقیق غذا، عدم شرکت در جلسات درمانی، عدم انجام تکالیف خانگی، خوردن برای تنظیم خلق و کاهش استرس اشاره نمود. خانم ک در این زمینه عنوان نمود: «من قبلاً نمی‌دونستم که چه رفتارهایی در من باعث می‌شه تا من موفق نشم، اما الان می‌دونم اگر برنامه غذایی روزم رو ننویسم، پیاده‌روی نرم، بدون برنامه بخورم و ناخنک بزدم و حواسم به برنامه غذایی نباشه و به خصوص استرس و اضطرابم رو کنترل نکنم، چاق خواهم شد دوباره... همونطور که قبلاً می‌شدم».

بعد شناختی موانع کاهش وزن شامل آگاهی و شناسایی افکاری است که با داشتن آن‌ها فرد کاهش وزن را رها می‌کند. به طور عمده این بعد از مؤلفه موانع کاهش وزن شامل از دست دادن انگیزه، داشتن تفکر سیاه-سفید و خشک برای برنامه غذایی و انتخاب اهداف کاهش وزن خاص می‌باشد. خانم ف در این باره ابراز کرد: «من هر وقت انگیزه‌ام

می‌خواهد با خوردن بیشتر دیگران را خشنود کند و یا پس از یک دوره محرومیت غذایی، در این موقعیت‌ها بیشتر می‌خورد. مثلاً خانم جوان ش چنین توصیف کرد: «قبلاً در مهمانی‌ها بسیار می‌خوردم. فکر می‌کردم که اگر نخورم از دستم می‌رود و دیگه گیرم نمی‌یاد، اما خب این فکر اشتباه بود و الان می‌دانم چه چیزی می‌خواهم بخورم و ولع گذشته را در مهمانی‌ها ندارم».

بعد رفتاری خوردن اجتماعی به رفتارهای خودمدیریتی در مهمانی‌ها، رستوران و جشن‌ها می‌پردازد. فرد کالری دریافتی خود را از قبل برنامه‌ریزی می‌کند، غذای خود را اندازه‌گیری می‌کند و یا غذای موجود در رستوران یا مهمانی را حدس می‌زند و با توجه به آن برای روز خود برنامه‌ریزی می‌کند. خانم میانسال س در این باره این طور صحبت کرد: «من مهمانی زیاد می‌روم و همیشه مشکل داشتم. می‌خواستم کم بخورم، اما همین که میز غذا را می‌دیدم همه چیز یادم می‌رفت، اما حالا یاد گرفتم که از قبل برنامه‌ریزی کنم و پیش‌بینی کنم و وقتی با این نقشه می‌رم پای میز غذا، دیگر هول نمی‌شم و مقدار زیادی سالاد می‌کشم و در کنارش از هر غذایی دوست دارم کمی می‌کشم و فقط یک‌بار غذا می‌کشم. اگر خارج از پیش‌بینی بخوام چیزی بخورم یا با خودم به خونه می‌یارم و بعداً می‌خورم یا همونجا حدودی اندازه می‌گیرم و بعد کالریشو تو خونه حساب می‌کنم».

خوردن در مسافرت: این مؤلفه دارای بعد رفتاری و شناختی است. منظور از بعد رفتاری خوردن در مسافرت، پایش و اندازه‌گیری غذا و وزن کردن آن‌ها، حدس موقعیت‌ها و حدس غذاهای قابل دسترس است. خانم پ در این باره چنین گفت: «همیشه وقتی مسافرت می‌رفتم، رژیمم خراب می‌شد و نمی‌تونستم رعایت کنم و وقتی هم برمی‌گشتم از مسافرت، دیگه ناامید می‌شدم و رژیمم رو رها می‌کردم، اما حالا اینطور نیست. یاد گرفتم از قبل حدوداً غذاهایی که می‌خورم رو پیش‌بینی کنم و در مسافرت هم خیلی کنترل‌م بالا رفته و اصلاً نمی‌تونم مقدار زیادی بخورم و هر چیزی می‌خورم رو یادداشت می‌کنم و کالری مصرفیم رو حساب می‌کنم».

بعد شناختی خوردن در مسافرت شامل آگاه شدن از هدف

گرسنگی، استفاده از تکنیک‌های پرت کردن حواس و درنگ در زمان قله اشتیاق از موارد دسته دوم مقابله‌های رفتاری می‌باشد. خانم ژ در این باره می‌گوید: «هن مدام گرسنه بودم و مدام باید می‌خوردم. اصلاً فکر می‌کردم هر وقت گرسنه می‌شوم باید بخورم و از گرسنگی وحشت داشتم، اما بعد یاد گرفتم باید گرسنگی را تحمل کنم و تازه فهمیدم اصلاً گرسنگی حس بدی نیست. اوایل بیشتر حواس خودم رو پرت می‌کردم. یک لیستی داشتم از کارهای مورد علاقه‌ام و کارهای عقب افتاده که همیشه وقتی براش نداشتم. هر وقت گرسنه می‌شدم، می‌رفتم سراغ این کارها... خیلی حس خوبی به من می‌داد. الان عادت کردم و خیلی نیازی به پرت کردن حواس نیست، اما باید سر ساعات مشخص بخورم». خانم ف تجربه خود را چنین بیان نمود: «هن هم طاقت گرسنگی نداشتم و هم دلم نمی‌خواست بخورم. بی‌برنامه بودم. هر وقت گرسنه می‌شدم، می‌خوردم و خیلی روزها اصلاً چیزی نمی‌خوردم و بعد روزهای بعدی چند برابر می‌خوردم! چیزی که خیلی به من کمک کرد، داشتن برنامه منظم برای خوردن بود. به علاوه، یاد گرفتم غذاها و خوراکی‌های وسوسه‌کننده را هم دور کنم از خودم و دیگه روی میز کارم نمی‌چیدم».

مقابله با خلق نامطلوب: این مؤلفه شامل هر دو بعد رفتاری و شناختی می‌باشد. بعد رفتاری شامل شناختن حالت‌های خلقی (مشاهده و پایش) ایجاد حواس‌پرتی نسبت به حالت خلقی بدون خوردن، بهسازی خلقی (رفتارهای آرامش‌بخش و لذت‌بخش برای بهبود سطح خلقی)، حل مسأله و تحمل حالات خلقی است. بعد شناختی نیز بر شناسایی افکار همراه خلق نامطلوب و هدایت و جایگزینی آن‌ها تأکید دارد. از آن‌جا که خوردن و ایجاد حواس‌پرتی به کمک خوردن، یکی از اصلی‌ترین روش افراد دارای اضافه وزن در مواقع خلق نامطلوب است، بیشتر افراد درباره چگونگی تغییر دادن این مؤلفه صحبت کردند. خانم الف در این باره گفت: «هر وقت ناراحت می‌شدم یا عصبی می‌شدم یا هر حالتی، اولین کارم این بود که بخورم... به خصوص شیرینی یا هر چیزی که جلوی رویم یا دم دستم بود. جالب این که بعد پشیمان می‌شدم، اما باعث نمی‌شد این کار را

رو از دست می‌دم، برنامه‌ام رو رها می‌کنم. ابتدای دوره هم یادم هست که فکر می‌کردم باید ۳۰ کیلو وزن کم کنم و این منو بی‌انگیزه می‌کرد، اما حالا یاد گرفتم این افکار رو مدیریت کنم و به فرایند کاهش وزنم فکر کنم». خانم ب تجربه خود را چنین بیان نمود: «هن اوایل فکر می‌کردم باید شیرینی نخورم، باید برنج نخورم، باید شکلات نخورم و خب هر بار که اینو به خودم می‌گفتم، می‌دیدم دم یخچال هستم و دارم همونا رو می‌خورم! خب به مرور یاد گرفتم این باید و نبایدها خشک هستند و آدم را به سمت رها کردن کاهش وزن سوق می‌دن».

مقابله با موانع شناختی: این مؤلفه از نوع شناختی و شامل بررسی انگیزه‌ها و سطح منطقی بودن اهداف کاهش وزن و نیز هدایت افکار منفی و سیاه-سفید است. خانم د چنین گفت: «وقتی یاد گرفتم که افکار خشک و سیاه-سفیدم درباره وزنم یا رژیمم رو اصلاح کنم، تغییر بزرگی کردم! یک‌باره بار سنگین این افکار از دوشم برداشته شد و خیلی راحت‌تر از قبل تونستم روند کاهش وزن رو ادامه بدم». وی در جای دیگری از مصاحبه اینگونه افکار خود را بیان کرد: «قبلاً فکر می‌کردم باید وزنم خیلی سریع کم بشه و حداقل ۴ یا ۵ کیلو در هفته باید وزن کم کنم وگرنه ارزشمند نیست اینکار، اما بعد متوجه شدم این فکر یک جور تفکر سیاه-سفید که باعث می‌شه برنامه کاهش وزنم رو رها کنم. بعد تغییرش دادم؛ چون دیدم منطقی نیست. با خودم می‌گفتم من دوست دارم سریع لاغر بشم، اما هرچی سریع‌تر لاغر بشم، سریع‌تر هم وزنم برمی‌گرده... پس عجله بی‌فایده است».

مقابله رفتاری با گرسنگی و خوردن خارج از برنامه: این مؤلفه همان‌گونه که از نامش پیداست، یک بعد رفتاری و شامل طیفی از مقابله‌های رفتاری در برابر وسوسه خوردن خارج از برنامه و احساس گرسنگی کاذب است که به طور عمده شامل دو دسته «رفتارهایی برای پیشگیری از احساس گرسنگی» و «رفتارهایی برای نخوردن و برطرف کردن گرسنگی» می‌باشد. دسته اول شامل ایجاد برنامه زمانی مشخص برای خوردن، عدم کم‌خوری کمتر از ۱۲۰۰ کالری، حذف محرک‌های محیطی (غذاهای وسوسه‌انگیز) و کاهش مصرف غذاهایی با چگالی بالای انرژی است. تحمل

بعد رفتاری دارد و شامل بررسی احساس واقعی فرد قبل و بعد از خوردن، جایگزینی روش دیگری برای پاداش یا تسلی دادن و به تعویق انداختن خوردن است. این مؤلفه نیز در بین افراد فراگیری بسیاری داشت. خانم ب در این مورد چنین عنوان کرد: «خب هر وقت خوب درس می‌خوندم یا خوب کار می‌کردم، به خودم با خوردن جایزه می‌دادم. گاهی شیرینی می‌خریدم، گاهی شام با دوست‌هام می‌رفتم بیرون و خلاصه همه جایزه‌ها خوردنی بود. خب فهمیدم این رفتار مشکل داره؛ چون بعدش واقعاً احساس خوبی نداشتم. یک لیست نوشتم از کارهایی که دوست دارم به عنوان جایزه انجام بدم، جاهایی که دوست داشتم برم و چیزهایی که دوست داشتم بخرم. خلاصه الان در نود درصد مواقع با خوردن به خورم پاداش نمی‌دم». خانم ر در این باره گفت: «هن هر روز که می‌خواستم خودمو آرام کنم یا خستگیم دربیاد، یک خوراکی پرکالری و خوشمزه از سر راه می‌خریدم و می‌بردم خونه و تا تهشو باید می‌خوردم. خب توی این دوره فهمیدم که این رفتار اشتباهه و حالا برای تشویق خودم یا آرام شدن، برای خودم گل می‌خرم. حالا کلی گلدون‌های قشنگ دارم و زندگیم تغییر کرد».

افزایش فعالیت روزانه: این مؤلفه دارای بعد رفتاری می‌باشد و شامل رفتارهایی برای داشتن سبک زندگی فعال‌تر مانند ایستادن بیشتر، راه رفتن در خانه به جای نشستن، پیاده‌روی روزانه، استفاده کمتر از ماشین، پیاده شدن از ماشین، مترو یا اتوبوس چند ایستگاه جلوتر، دورتر پارک کردن ماشین، استفاده کمتر از بالابر و آسانسور، خیابان گردی، خرید بدون ماشین و... است. خانم ز چنین بیان نمود: «یکی از کارهایی که می‌کنم و فکر می‌کنم برای کاهش وزنم خیلی مهمه، پیاده‌روی روزانه است. حتماً حداقل نیم ساعت پیاده‌روی می‌کنم. حالا دیگه مثل قبل منتظر آسانسور نمی‌شم، به خصوص در اداره. از پله می‌رم و می‌یام. از هر فرصتی برای پیاده رفتن استفاده می‌کنم و دیگه مثل قبل به ماشینم وابسته نیستم».

بندیش تصویر بدنی: این مؤلفه دارای دو بعد رفتاری و شناختی است. در بعد رفتاری فرد به مشاهده تغییرات مثبت بدنی خود می‌پردازد و در نیز رفتارهایی در جهت تأیید تصویر

تکرار نکنم. خب حالا خیلی زیاد فرق کردم. شاید وقتی ناراحت باشم یک چایی برای خودم درست کنم، اما حواسم هست به خوردنم. سعی می‌کنم افکارم رو بررسی کنم و نگاه منطقی‌تری داشته باشم. گاهی هم از پس فکرهام بر نمی‌یام و می‌رم پیاده‌روی یا موسیقی گوش می‌کنم». خانم س اینطور ابراز کرد: «خب خیلی سخته که عصبی و ناراحت و کلافه باشی و نخوری؛ یعنی اصلاً قبلاً فکرش رو هم نمی‌تونستم بکنم، اما با تمرین زیاد دیدم امکان‌پذیره. متأسفانه من توانایی‌های کمی برای حل مشکلات زندگیم داشتم. خب یاد گرفتم با خوردن هیچی حل نمی‌شه و بدتر هم می‌شه... پس باید بری سراغ مشکل و حلش کنی. اگر هم نمی‌تونی حداقل حالت رو تحمل کنی تا بهتر بشی. من خیلی عصبانی می‌شم و همیشه می‌خوردم، اما حالا وقتی عصبانی می‌شم، می‌دونم نباید بخورم. صبر می‌کنم. می‌دونم خودش فروکش می‌کنه. بعد که احساسم آرام می‌شه، خیلی زیاد خوشحال می‌شم که می‌بینم تونستم نخورم».

مقابله با پرخوری: این مؤلفه دارای بعد شناختی و رفتاری است که بعد رفتاری شامل تعیین به‌راه اندازه‌های خوردن (موقعیت‌های آشکارساز)، تشخیص و پذیرش خلق نامطلوب، مقابله‌های رفتاری با خلق منفی و نامطلوب، تثبیت الگوی منظم خوردن و عدم محرومیت غذایی می‌باشد. بعد شناختی نیز بیشتر به تغییر قواعد سیاه-سفید درباره غذاهای بد و خوب می‌پردازد. خانم ش در این باره گفت: «من دوره‌ای پرخوری می‌کردم! چند روز نمی‌خوردم و بعد یک‌باره انگار دچار حمله می‌شدم. مثلاً عروسی می‌رفتم و به خاطر قضاوت دیگران هیچی نمی‌خوردم، اما وقتی می‌رسیدم خونه، یک‌باره شروع می‌کردم. خب متوجه شدم موقعیت‌هایی مثل مهمانی و جشن، پرخوری من رو به راه می‌ندازه. به علاوه فکرهای من مشکل داره و من بیش از اندازه با افکار قضاوتی دیگران درگیر می‌شم و ساعات طولانی خودمو محروم می‌کنم که بهم فشار می‌یاد. حالا سعی می‌کنم اینطور رفتار نکنم و تو مهمانی و عروسی هم به اندازه‌ای که باید می‌خورم و مدیریت افکارم هم بهتر شده».

مقابله با خوردن برای پاداش و تسلی: این مؤلفه

که از بین مؤلفه‌های بسیاری که این درمان برای کاهش وزن معرفی می‌کند، تنها حدود نیمی از آن‌ها (۱۷ مؤلفه) مورد تأیید بیشتر افراد قرار گرفته است که می‌توان این مؤلفه‌ها را به عنوان مؤلفه‌های کاربردی در رویکرد CBT برای زنان ایرانی نام برد.

یافته‌های یک پژوهش مروری نشان داد که نگهداری موفق وزن با عواملی همچون کاهش وزن اولیه بیشتر، رسیدن به اهداف وزن، داشتن سبک زندگی فعال، داشتن یک رژیم غذایی شامل صبحانه و غذای سالم، کنترل پرخوری و خودپایی رفتارها ارتباط دارد (۱۹). با نگاهی به مؤلفه‌های کاربردی تحقیق حاضر، می‌توان رد پای همبسته‌های نگهداری موفق وزن در پژوهش Elfhag و Rossner (۱۹) را در مؤلفه‌های کاربردی به دست آمده حاضر مشاهده نمود. به طور مثال، «داشتن سبک زندگی فعال» می‌تواند با مؤلفه «افزایش فعالیت روزانه» مرتبط باشد. «داشتن یک رژیم غذایی شامل صبحانه و غذای سالم» با مؤلفه‌های «راهبرد سه‌گانه، سبک غذایی سالم و انتخاب غذای سالم» در یک راستا قرار دارد. «کنترل پرخوری» با مؤلفه‌های «پایش افکار، آگاهی از علل خوردن، شناخت و شناسایی موانع کاهش وزن و مقابله با موانع کاهش وزن» مرتبط بود. «خودپایی رفتارها» نیز با مؤلفه‌های «پایش وزن و رفتار خوردن، خوردن اجتماعی، خوردن در مسافرت، مقابله رفتاری با گرسنگی و خوردن خارج از برنامه، مقابله با خلق نامطلوب، مقابله با پرخوری و مقابله با خوردن برای پاداش یا تسلی» همخوانی معنایی و نزدیکی رفتاری بسیاری داشت.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش Williams و Ohsiek حاکی از آن بود که هفت مؤلفه برای کاهش وزن ماندگار اهمیت بیشتری دارد (۲۰). با نگاهی به این مؤلفه‌ها می‌توان نزدیکی معنایی بین عده‌ای از آن‌ها و مؤلفه‌های به دست آمده در پژوهش حاضر را مشاهده نمود. به عنوان مثال، مؤلفه «اجتناب از خوردن برای تنظیم خلق» به طور مشخصی می‌تواند با مؤلفه‌های «مقابله با خلق نامطلوب و مقابله با پرخوری» تعریف شود. «داشتن تصویر بدنی مثبت» با «پذیرش تصویر بدنی» رابطه نزدیکی دارد. «اجتناب از

بدنی مثبت انجام می‌دهد. بعد شناختی به بررسی افکار منطقی برای پذیرش اندام و وزن جدید می‌پردازد و در این راه از اصلاح و جایگزینی افکار، باورها و تفسیرهای نادرست از تصویر بدنی سود می‌جوید. خانم ر چنین عنوان کرد: «قبلاً اصلاً خودم و اندامم رو دوست نداشتم. هر وقت جلوی آینه می‌رفتم، کلی غر می‌زدم، اما بعد تمرین کردیم که جلوی آینه بریم و نکات مثبت رو ببینیم. اوایل خیلی سخت بود، اما به مرور خیلی خوب شدم. حالا حداقل می‌تونم نکات مثبت و منفی بدنم رو با هم ببینم و بیشتر خودم رو دوست دارم». خانم ف نظر خود را اینگونه بیان نمود: «هر وقت بیرون می‌خواستم برم، ذهنم مدام درگیر اندام شکل بدنم می‌شد. تا جایی که لباس نمی‌خریدم و لباس‌های زشت می‌پوشیدم، اما حالا بیشتر روی افکار منفی درباره بدنم هشیار شدم و سعی می‌کنم منطقی‌تر باشم».

انتخاب غذای سالم: این مؤلفه از دو بعد رفتاری و شناختی تشکیل شد که بعد رفتاری شامل رفتارهایی برای خوردن سالم (داشتن برنامه غذایی کم‌چرب و افزایش مصرف کربوهیدرات و سبزیجات و میوه) و تعیین اهداف غذایی قابل حصول می‌باشد. بعد شناختی نیز بر داشتن اطلاعات کافی درباره هرم غذایی و اهمیت پایبندی به خوردن سالم استوار است. خانم ر در این باره گفت: «خیلی مهمه که آدم روی برنامه غذایی سالم بمونه. چربی کم مصرف بکنه و حجم سبزی و میوه رو زیاد کنه. به خصوص توی ایران که روغن غذاها زیاده. البته من تغییرات رو یکدفعه ایجاد نکردم و سعی کردم قدم به قدم جلو برم و اهداف غذایی رو گذاشتم که بتونم انجام بدم. فکر می‌کنم اطلاعات جزئی و کافی درباره هرم غذایی هم مهم باشه و کمکم می‌کنه انتخاب بهتری کنم».

بحث

پژوهش حاضر با هدف به دست آوردن مؤلفه‌های کاربردی CBT برای کاهش وزن، به صورت کیفی و تحلیل محتوای جهت‌دار یا قیاسی انجام شد. بدین منظور، دیدگاه و عملکرد روزانه درباره کاهش وزن یا حفظ وزن کاسته شده ۱۸ نفر از زنان درمان شده با روش CBT بررسی گردید. نتایج نشان داد

روزمره افراد کاربردی‌تر و عملی‌تر باشد و در حوزه‌های غیر از خوردن نیز به سازگاری و توانمندی فرد کمک کند. جالب این که نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد که تعدادی از این مؤلفه‌ها در بهزیستی روانی و جسمانی فرد تأثیر بسزایی دارد (۳۶، ۳۵). علاوه بر این، در مؤلفه‌های کاربردی، هم مؤلفه‌های شناختی و هم رفتاری وجود دارد که نشان می‌دهد برای به دست آوردن نتیجه مطلوب (کاهش وزن و کاهش وزن پایدار) نیاز به استفاده از مؤلفه‌های شناختی و رفتاری در کنار یکدیگر می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به هدف اصلی پژوهش حاضر، برای به دست آوردن مؤلفه‌های کاربردی CBT در کاهش وزن، برنامه‌ای وسیع با تعداد مؤلفه‌های زیادی نیاز است. هرچند درمان بر این اساس کامل به نظر می‌رسد، اما زنان دارای اضافه وزن و چاقی برای کاهش وزن و یا حفظ وزن کاسته شده خود، در زندگی روزمره تنها از چند مؤلفه محدود درمانی سود می‌جویند. هرچند این ایده وجود دارد که تأثیر هر درمان در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است (۲۶، ۲۵)، اما نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مؤلفه‌های کاربردی درمان با مؤلفه‌های مؤثر معرفی شده در دیگر تحقیقات همسو می‌باشد. هرچند اثربخشی CBT بر اساس مؤلفه‌های به دست آمده هنوز نشان داده نشده است، اما پیشنهاد می‌شود به جای پرداختن به مؤلفه‌های زیاد در طول درمان کاهش وزن، تنها به چند مؤلفه اصلی، مهم‌تر و کاربردی‌تر پرداخته شود تا نتیجه مطلوب‌تر، کاهش وزن بیشتر و یا ماندگارتر به دست آید. با وجود کارآمدی برنامه‌های شناختی- رفتاری برای کاهش وزن، بررسی حاضر به این نتیجه رسید که ممکن است همه مؤلفه‌ها ضروری و لازم نباشند و شاید ۱۷ مؤلفه ذکر شده برای کاهش وزن در زنان ایرانی لازم و ضروری است.

مطالعه حاضر مانند تمام پژوهش‌های علمی، با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به انتخاب یک جنسیت برای شرکت در مصاحبه‌ها، انتخاب شهر تهران و همکاری با یک کلینیک روان‌شناسی فعال در زمینه کاهش

خوردن بدون بازداری» می‌تواند شامل مؤلفه‌های «پایش رفتار خوردن، پایش افکار خوردن، مقابله‌های رفتاری با خوردن بدون برنامه، خوردن اجتماعی و خوردن در مسافرت» باشد.

رویکردهای شناختی- رفتاری به طور کلی و به طور خاص روش CBT برای کاهش وزن، دارای مؤلفه‌های بسیار زیادی است که از تلاش‌های پژوهشگران برای اضافه نمودن مؤلفه‌های جدید به درمان در جهت افزایش کارآمدی درمان به دست آمده است (۱۵). در نتیجه، طول درمان افزایش یافته و به دلیل کثرت مؤلفه‌ها، تمرکز بر هر یک از آن‌ها در طول دوره درمان کاهش یافته است. نتایج بررسی حاضر نشان می‌دهد که مؤلفه‌های زیاد و یا طول مدت درمان اثربخش نیست، بلکه شاید کاربردی بودن و قابل اجرا بودن مؤلفه‌های درمان در زندگی روزمره، اثربخشی درمان را افزایش خواهد داد. از این‌رو، افراد با وجود مؤلفه‌های زیاد در فرایند درمان، تنها بخشی از آن‌ها را در روند کاهش وزن خود قابل اجرا و تأثیرگذار می‌دانند.

به نظر می‌رسد که نتایج مطالعه حاضر با تحقیق کیفی Byrne و همکاران در زمینه به دست آوردن مؤلفه‌های مؤثر در نگهداری وزن یا بازگشت وزن (۱۷) همخوانی داشت. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که ناتوانی در کسب اهداف وزن، نارضایتی از وزن جدید، گرایش به ارزیابی خود بر اساس وزن و اندام، فقدان مراقبت و هوشیاری با توجه به کنترل وزن، سبک تفکر سیاه- سفید و گرایش به خوردن برای تنظیم خلق، از جمله عوامل برگشتن به وزن قبلی می‌باشند (۱۷). تمام این مؤلفه‌ها در مؤلفه‌های کاربردی پژوهش حاضر حضور دارند. علاوه بر این، Byrne و همکاران در پژوهش دیگری، پیش‌بینی کننده روان‌شناختی مهم در کاهش و نگهداری وزن را «سبک تفکر سیاه و سفید» اعلام نمودند (۳۴) که به نظر می‌رسد در بسیاری از مؤلفه‌های کاربردی به دست آمده برآورده می‌شود. به عنوان نمونه، سبک تفکر سیاه و سفید در مؤلفه‌های «مقابله با موانع شناختی، مقابله با پرخوری و مقابله با خلق نامطلوب» به ویژه در بعد شناختی آن‌ها، مورد توجه قرار می‌گیرد.

مؤلفه‌های کاربردی مانند «مقابله با خلق نامطلوب، انتخاب غذای سالم و افزایش فعالیت روزانه» شاید در زندگی

اختیار پژوهشگران و درمانگران قرار خواهد داد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مدیریت کلینیک روان‌شناسی طبیعه سلامت به جهت همکاری در انجام پژوهش حاضر و همچنین، از تمامی افرادی که در اجرای این تحقیق همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

وزن اشاره نمود. به دلیل اهمیت برنامه‌های کاهش وزن در بهبود سلامت جسمانی و کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های مزمن، پیشنهاد می‌شود تحقیقات مشابه و وسیع‌تری در مراکز بهداشت و خانه‌های سلامت در شهر تهران و نیز در شهرهای بزرگ صورت گیرد تا نتایج جامع‌تری حاصل شود. علاوه بر این، در نظر گرفتن مردان در مطالعات آینده، بدون شک یافته‌های ارزشمندی را در زمینه کنترل و درمان چاقی در

References

1. Hevener AL, Febbraio MA. The 2009 stock conference report: Inflammation, obesity and metabolic disease. *Obes Rev* 2010; 11(9): 635-44.
2. Kopelman P. Health risks associated with overweight and obesity. *Obes Rev* 2007; 8(Suppl 1): 13-7.
3. Powell AG, Apovian CM, Aronne LJ. New drug targets for the treatment of obesity. *Clin Pharmacol Ther* 2011; 90(1): 40-51.
4. Benaiges D, Goday A, Ramon JM, Hernandez E, Pera M, Cano JF. Laparoscopic sleeve gastrectomy and laparoscopic gastric bypass are equally effective for reduction of cardiovascular risk in severely obese patients at one year of follow-up. *Surg Obes Relat Dis* 2011; 7(5): 575-80.
5. Butryn ML, Webb V, Wadden TA. Behavioral treatment of obesity. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34(4): 841-59.
6. Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther* 2001; 39(5): 499-511.
7. Agah Heris M, Alipour A, Janbozorgi M, Hajhosseini R, Shaghghi F, Golchin N, et al. Lipid profile improvement after four group psychological interventions in combination to nutritional and physical activity instructing among overweight and obese individuals. *Iran J Public Health* 2013; 42(1): 86-95.
8. Garner DM, Wooley SC. Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clin Psychol Rev* 1991; 11(6): 729-80.
9. Wu T, Gao X, Chen M, van Dam RM. Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: A meta-analysis. *Obes Rev* 2009; 10(3): 313-23.
10. Sbrocco T, Nedegaard RC, Stone JM, Lewis EL. Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: Preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67(2): 260-6.
11. Painot D, Jotterand S, Kammer A, Fossati M, Golay A. Simultaneous nutritional cognitive-behavioural therapy in obese patients. *Patient Educ Couns* 2001; 42(1): 47-52.
12. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD003818.
13. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinician's guide*. New York, NY: Guilford Publications; 2004.
14. Cooper Z, Doll HA, Hawker DM, Byrne S, Bonner G, Eeley E, et al. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav Res Ther* 2010; 48(8): 706-13.
15. Nock MK, Janis IB, Wedig MM. Research design. In: Nezu AM, Nezu CM, Editors. *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2007.
16. Ahn H, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol* 2001; 48(3): 251-7.
17. Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: A qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27(8): 955-62.
18. Reyes NR, Oliver TL, Klotz AA, Lagrotte CA, Vander Veur SS, Virus A, et al. Similarities and differences between weight loss maintainers and regainers: A qualitative analysis. *J Acad Nutr Diet* 2012; 112(4): 499-505.
19. Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with

- weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev* 2005; 6(1): 67-85.
20. Ohsiek S, Williams M. Psychological factors influencing weight loss maintenance: An integrative literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 2011; 23(11): 592-601.
 21. Azizi F, Azadbakht L, Mirmiran P. Trends in overweight, obesity, and central obesity among adults residing in district 13 of Tehran: Tehran lipid and glucose study. *Pajouhesh Dar Pezeshki* 2005; 29(2): 123-9. [In Persian].
 22. Agah Heris M, Alipour A, Janbozorgi M, Mousavi E, Nuhi S. A comparative study of effectiveness on life-style modification and cognitive group therapy to weight management and quality of life enhancement. *Journal of Health Psychology* 2012; 1(1): 68-80. [In Persian].
 23. Jan Bozorgi M, Agah Haris M, Mousavi E, Alipour A, Golchin N, Nouhi SH. Comparison of therapy based on problem-solving skills and confronting with weight management therapy cognition in body mass index (BMI) reduction and improvement of weight efficient lifestyle. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2014; 20(9): 1-12. [In Persian].
 24. Fouladvand M, Farahani H, Bagheri F, Fouladvand M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of the girls afflicted with obesity. *Research in Psychological Health* 2012; 6(2): 10-22. [In Persian].
 25. Hays PA, Iwamasa G. Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision. Worcester, MA: American Psychological Association; 2006.
 26. Ritenbaugh C. Obesity as a culture-bound syndrome. *Cult Med Psychiatry* 1982; 6(4): 347-64.
 27. Brown PJ, Konner M. An anthropological perspective on obesity. *Ann N Y Acad Sci* 1987; 499: 29-46.
 28. Mintz SW. Tasting food, tasting freedom: Excursions into eating, culture, and the past. Boston, MA: Beacon Press; 1996.
 29. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
 30. Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. In: Wildemuth BM, Editor. Applications of social research methods to questions in information and library science. Westport, CT: Libraries Unlimited; 2009.
 31. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
 32. Beck JS. *The Beck Diet Solution: Train your brain to think like a thin person*. Hachette UK: Little, Brown Book Group; 2012.
 33. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1985.
 34. Byrne SM, Cooper Z, Fairburn CG. Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behav Res Ther* 2004; 42(11): 1341-56.
 35. Morgan A, Parker AG, Alvarez-Jimenez M, Jorm A. Exercise and mental health: An exercise and sports science Australia commissioned review. *J Exerc Physiol Online* 2013; 16(4): 64-73.
 36. Rozin P, Fischler C, Imada S, Sarubin A, Wrzesniewski A. Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: Possible implications for the diet-health debate. *Appetite* 1999; 33(2): 163-80.

Practical Components of Cognitive-Behavioral Therapy for Weight Loss in Women: Directed Qualitative Content Analysis

Sheida Dibaei¹, Maria Agiular-Vafaei², Masoud Janbozorgi³, Kazem Rasolzadeh-Tabatabaei⁴, Emad Ashrafi⁵, Mojgan Agah-Heris⁶, Anahita Hosseinpour⁷

Original Article

Abstract

Introduction: In recent decades, cognitive-behavioral programs for reducing weight have had remarkable success. Generally, in these programs, many components are involved which lengthen the duration of therapy, and also it is not clear which one of the components is more practical for individuals. The present research attempted to answer the question regarding which components of cognitive-behavioral therapy were more practical in peoples' everyday life for keeping the lost weight or losing weight.

Method: This was a qualitative study based on directed content analysis. A purposeful sampling procedure was used which aimed at women who had undergone cognitive-behavioral therapy for weight loss, and who were able to keep their weight loss or had lost more weight at least 6 months after therapy. The semi-structured interviewing by cognitive-behavioral psychotherapist specialized in weight loss was ended with 18 people of these participants. Primary coding was done deductively based on Cooper and colleagues' program for cognitive-behavioral therapy for weight loss. In addition, final components were approved by a matched group of women not in the sample, and by cognitive-behavioral psychotherapist specialized in weight loss.

Results: From 35 primary components which were extracted deductively from the cognitive-behavioral protocol, only 17 components were approved by individual women who had undergone cognitive-behavioral therapy; such that the majority of these women reported using most of these 17 components in their everyday lives, or evaluated them as highly important and practical for losing weight during therapy.

Conclusion: The findings indicate that among many components involved in cognitive-behavioral therapy, only part of them are executed and practical, and that the rest of methods or components are forgotten or are not used. Therefore, it seems possible to focus cognitive-behavioral therapy on most practical components.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Weight loss, Qualitative research, Women

Citation: Dibaei S, Agiular-Vafaei M, Janbozorgi M, Rasolzadeh-Tabatabaei K, Ashrafi E, Agah-Heris M, et al. **Practical Components of Cognitive-Behavioral Therapy for Weight Loss in Women: Directed Qualitative Content Analysis.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(4): 461-76.

Received date: 05.06.2016

Accept date: 10.08.2016

1- Department of Psychology, School of Humanity, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Psychology, School of Humanity, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Psychology, Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran

4- Associate Professor, Department of Psychology, School of Humanity, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

5- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Human Sciences, University of Science and Culture, Tehran, Iran

6- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Humanity, Payame Noor University, Garmsar, Iran

7- MSc Student, Department of Family Therapy, School of Human Sciences, University of Science and Culture, Tehran, Iran

Corresponding Author: Maria Agiular-Vafaei, Email: vafaiesmm@modares.ac.ir