

The Role of Predictive Factors in Weight Loss Maintenance in Obese People

Arva Bakhtiari¹ , Hamid Poorsharifi^{2*} , Hasan Ashaieri³ ,
Hasan Ahadi⁴ , Shokoohsadaat Banijamali⁵ 

¹Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

²Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

³Department of Basic Sciences, University of Rehabilitation, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

⁵Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author:
Hamid Poorsharifi;
Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Email:
neropsychology2011@gmail.com

Received: 9 Dec 2019
Accepted: 25 Jan 2020

Abstract

Background and Objectives: In obese people, 5-10% reduction in initial weight can decrease the obesity induced risks. Therefore, it is important to identify the predictive factors effective in weight loss maintenance. The present research was conducted to determine the role of important predictive factors in weight loss maintenance.

Methods: For this purpose, a total of 200 women with obesity, were selected using convenience sampling. After explaining the study aims and obtaining the permission to enter the study, they were asked to complete the research tools, including Multidimensional Self-Body Relationship Questionnaire, Three-Factor Eating Behavior Questionnaire, Treatment Outcome Expectations, Weight Lifestyle Self-Efficacy Questionnaire, Caring Environment Questionnaire, Rosenberg Self-Esteem Scale, Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21), Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS), and Dichotomous Thinking in Eating Disorders Scale (DTEDS). Data were analyzed using SPSS software and Pearson correlation and step by step regression statistical methods. Significance level was considered to be $p < 0.05$.

Results: The results of the research showed that variables of weight lifestyle self-efficacy, body image, self-esteem, dichotomous thinking, and perceived social support predict 39.8% of variance of successful long-term weight loss maintenance in the participants.

Conclusion: The psychological and behavioral factors play an important role in successful long-term weight loss maintenance in obese subjects. Consideration of these factors seems necessary in weight loss programs.

Keywords: Obesity; Weight reduction; Maintaining weight loss.

DOI: 10.29252/qums.13.11.34

نقش عوامل پیش‌بین در حفظ کاهش وزن در افراد مبتلا به چاقی

اروی بختیاری^۱، حمید پورشریفی^{۲*}، حسن عشایری^۳، حسن احدی^۴، شکوه السادات بنی‌جمالی^۵

چکیده

زمینه و هدف: در افراد چاق، کاهش ۵ تا ۱۰ درصد از وزن اولیه می‌تواند موجب کاهش خطرات ناشی از چاقی گردد؛ از این رو شناخت عوامل پیش‌بین اثرگذار بر حفظ کاهش وزن اثرگذار دارای اهمیت می‌باشد. در این ارتباط، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش عوامل مهم در پیش‌بینی موفقیت در حفظ کاهش وزن انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه ۲۰۰ نفر از زنان مبتلا به چاقی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از توضیح و تبیین اهداف پژوهش و کسب اجازه برای ورود به آن از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه روابط چند بعدی خود-بدن، پرسشنامه سه عاملی رفتار خوردن و انتظارات پیامد درمان، پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، پرسشنامه فضای مراقبتی، پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ (Rosenberg)، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21: Depression Anxiety Stress Scales)، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده

(MSPSS: Multidimensional Perceived Social Support Scale) و مقیاس تفکر دوقطبی در اختلالات خوردن (DTEDS) را تکمیل کنند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش‌های آماری همبستگی Pearson و رگرسیون گام به گام مورد بررسی و آزمون قرار گرفتند. سطح معناداری معادل ($P < 0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که متغیرهای خودکارآمدی سبک زندگی مرتبط با خوردن، تصویر بدنی، عزت نفس، تفکر دوقطبی در خوردن و حمایت اجتماعی ادراک شده در مجموع $39/8$ درصد از واریانس موفقیت در حفظ کاهش وزن افراد شرکت‌کننده در بلندمدت را پیش‌بینی می‌کند.

نتیجه‌گیری: عوامل روان‌شناختی و رفتاری نقش مهمی را در موفقیت افراد مبتلا به چاقی برای نگهداری کاهش وزن در بلندمدت ایفا می‌کنند. در نظر گرفتن این عوامل در برنامه‌های کاهش وزن ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: چاقی، کاهش وزن، موفقیت در حفظ کاهش وزن.

^۱گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

^۲گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ایران.

^۳گروه علوم پایه، دانشگاه توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران.

^۴گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.

^۵گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

حمید پورشریفی؛ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

ha.poursharifi@uswr.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۸/۹/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۵

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Bakhtiari A , Poorsharifi H , Ashaieri H , Ahadi H , Banijamali Sh. The Role of Predictive Factors in Weight Loss Maintenance in Obese People. Qom Univ Med Sci J 2020;13(11):34-46. [Full Text in Persian]

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۲۵۰ میلیون نفر در کل جهان مبتلا به چاقی هستند. در سال ۲۰۱۵ (۱۳۹۴) شیوع چاقی در میان ایرانیان بالاتر از ۱۸ سال (۲۱ درصد) گزارش گردید. همچنین میزان شیوع چاقی در میان زنان ایرانی ۲۷/۳ درصد و برای مردان ایرانی ۱۳/۷ درصد گزارش شده است (۱).

چاقی به شیوه‌های مختلفی از نظر جسمانی، روانی و اجتماعی بر کیفیت زندگی تأثیرگذار بوده و عامل تهدیدکننده سلامت افراد می‌باشد (۲). در ارتباط با بیماری‌های جسمانی که با چاقی مرتبط هستند می‌توان به بیماری‌های قلبی-عروقی، فشار خون بالا، دیابت نوع دو و انواع سرطان اشاره کرد. چاقی و اضافه‌وزن به‌عنوان شایع‌ترین اختلالات متابولیسم، از مهم‌ترین بیماری‌های دهه‌های اخیر به شمار می‌روند (۳،۴).

چاقی پیامدهای مالی را نیز برای فرد و جامعه به همراه دارد. در کشور آمریکا ۰/۹ درصد از هزینه‌های پزشکی صرف درمان چاقی می‌شود (۵)؛ بنابراین می‌توان گفت که بار مستقیم و غیر مستقیم ناشی از چاقی و اضافه‌وزن بسیار بالا می‌باشد.

به‌طور کلی مطالعات نشان داده‌اند که وزن افراد، کارکرد پیچیده‌ای از متغیرهای ژنتیکی، رفتاری، روان‌شناختی و محیطی است (۶). شواهد حاکی از آن هستند که ترکیبی از عوامل ژنتیکی، سوخت و سازی، زیستی-شیمیایی، فرهنگی و روانی-اجتماعی در چاقی سهم می‌باشند (۷). بطور کلی ترکیبی از متغیرها در چاقی تأثیرگذارند؛ متغیرهای ژنتیکی بخش قابل توجهی از چاقی را تبیین می‌کنند و بخشی دیگر نیز توسط متغیرهای رفتاری از قبیل خوردن، ورزش کردن و تعیین‌کننده‌های روان‌شناختی و محیطی توضیح داده می‌شود (۸)؛ بنابراین پیچیدگی چاقی و اضافه‌وزن در این است که باید در بررسی آن به عوامل مختلفی توجه داشت. در برنامه‌های مدیریت وزن باید به آن دسته از متغیرها توجه کرد که اهمیت بالقوه‌ای در کاهش وزن و حفظ آن دارند.

در مطالعات مختلف صورت‌گرفته در حوزه چاقی، برخی از متغیرهای روانی بیشتر مورد توجه و تأکید قرار گرفته‌اند. بسیاری از مطالعات به رابطه میان افسردگی افراد و موفقیت آن‌ها در کاهش موفق وزن اشاره کرده‌اند.

علاوه‌براین، افسردگی با پیروی افراد از سبک زندگی متناسب با وزن مطلوب در ارتباط است (۹). رابطه میان خلق و کاهش یا افزایش وزن می‌تواند پویا باشد. این نتایج نشان می‌دهند که متغیر تصویر بدنی افراد از خود، رابطه‌ای پویا با موفقیت بلندمدت آن‌ها در کاهش وزن دارد (۹). تصویر بدنی یکی از متغیرهایی است که در مطالعات مختلف مورد توجه بوده و با چاقی و اضافه‌وزن در ارتباط می‌باشد. متغیر دیگری که در ارتباط با چاقی افراد مطرح است، رفتار خوردن و بازداری یا عدم بازداری شناختی و رفتاری افراد می‌باشد (۱۰). بر مبنای گزارشات اضافه‌وزن، چاقی و پرخوری، ارتباطی قوی و معنادار با عزت نفس افراد دارند. مطالعات مختلف در ارتباط با گروه‌های سنی گوناگون نشان داده‌اند که عزت نفس افراد یک متغیر مرتبط با سایر متغیرها از جمله افسردگی و میزان رضایت از تصویر بدنی است که با چاقی و موفقیت در کاهش وزن در ارتباط می‌باشد (۱۰). متغیر دیگری که در بافت ارتباطی فرد با چاقی در ارتباط است، حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌باشد. مطالعات انجام‌شده نشان داده‌اند که بالابودن میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده، رابطه منفی و معناداری با چاقی و اضافه‌وزن دارد (۹). متغیرهای دیگری نیز همچون ادراک افراد از خودمختاری در فرایند کاهش وزن، تفکر دوقطبی در خصوص خوردن و نیز انتظاراتی که افراد از پیامدهای اقدامات خود برای کاهش وزن دارند، همگی در زمینه چاقی و موفقیت در کاهش وزن معرفی شده‌اند (۱۱). متغیرهای روانی و رفتاری متعددی در رابطه با چاقی و اضافه‌وزن مطرح شده‌اند که گسترده و متنوع می‌باشند و در مورد عوامل تعیین‌کننده اصلی اختلاف نظر وجود دارد.

به نظر می‌رسد که بزرگترین مشکل در مورد چاقی، عود و بازگشت‌پذیری آن است. عوامل و متغیرهایی که بر موفقیت بلندمدت در نگهداری وزن اثرگذار بوده و بیشترین رابطه را با آن داشته باشند، از اهمیت بالایی برخوردار هستند و کمک شایانی به حل مشکل چاقی و اضافه‌وزن می‌کنند. اخیراً برخی از مطالعات بر این موضوع متمرکز شده و در پی بررسی‌هایی که صورت گرفته است، متغیرهایی چون وضعیت خلقی و تصویر بدنی مطرح گردیده است (۱۲). مطالعات تکمیلی در زمینه متغیرهای اثرگذار بر کاهش و حفظ وزن، ضمن افزایش احتمال جلوگیری از

روش بررسی

پژوهش حاضر طی یک مطالعه طولی به روش همبستگی انجام شد. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به چاقی در شهرستان قم بودند. نمونه مورد مطالعه نیز شامل ۲۰۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس معیارهای ورود و خروج از مطالعه انتخاب شدند. نمونه‌گیری در مرکز کاهش وزن الوند قم انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن شاخص توده بدنی بین ۳۰ تا ۴۰، مؤنث‌بودن، قراردادن در دامنه سنی ۲۰ تا ۶۵ سال، عدم ابتلا به بیماری اثرگذار بر چاقی (کم‌کاری تیروئید، آرتروز، روماتوئید یا بیماری‌هایی که موجب کاهش تحرک بشوند و اختلالات هورمونی) و داشتن سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسشنامه‌ها. داشتن شاخص توده بدنی ۴۰ و بالاتر، ابتلا به چاقی مرضی در اثر دلایل فیزیولوژیک (هورمونی و متابولیک)، تحت درمان روان‌پزشکی قراردادن و ابتلا به بیماری‌های اثرگذار بر متغیرهای پژوهش (بیماری‌های مزمن مانند دیابت و بدخیمی‌ها) به غیر از چاقی و یسوادبودن نیز به‌عنوان معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند. در ابتدا پرسشنامه‌هایی که به شرکت‌کنندگان داده شد در مورد هریک از بیماری‌های ذکر شده از شرکت‌کنندگان سؤال شده بود و ملاک ابتلا و عدم ابتلا به هر بیماری، خودگزارشی افراد بود.

شرکت‌کنندگان طی سه ماه براساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب گردیدند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه روابط چند بعدی خود-بدن، پرسشنامه سه عاملی رفتار خوردن و انتظارات پیامد درمان، پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، پرسشنامه فضای مراقبتی، پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ (Rosenberg)، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS 21)، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS) و مقیاس تفکر دوقطبی در اختلالات خوردن (DTEDS) را تکمیل نمایند. توضیحات لازم در ارتباط با نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به شرکت‌کنندگان ارائه گردید و جهت افزایش اعتبار پاسخ‌دهی و کاهش اثر کم‌دقتی و یا خستگی افراد از آن‌ها خواسته شد با دقت و با داشتن زمان کافی، پرسشنامه‌ها را تکمیل نموده و تحویل دهند.

بازگشت وزن و کمک به طراحی مداخلات اثرگذارتر، در کاهش هزینه‌ها و شناسایی عوامل تعیین‌کننده اهمیت دارد. مطالعات مختلفی در راستای تعیین عوامل پیش‌بین یا اثرگذار بر کاهش وزن و نگهداری آن صورت گرفته است. با این وجود، تشخیص اینکه کدام عوامل بیشترین تأثیر را در این ارتباط دارند، یکی از موضوعاتی است که در مورد آن اختلاف نظر وجود داشته و نیاز به مطالعات بیشتر دارد. همچنین بررسی طیف گسترده‌ای از عوامل، توجه به فاکتورهای فردی، محیطی، زیستی و مقایسه این عوامل همچنان به‌عنوان یک نیاز پژوهشی و عملی مطرح می‌باشد (۱۰).

با توجه به اهمیت و شیوع چاقی و اضافه‌وزن و تأثیرگذاری تهدیدکننده آن بر سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی و پیامدهای مالی فراوان مستقیم و غیر مستقیم ناشی از آن که با عود بالا و بازگشت وزن مکرر همراه بوده و با رفتارهای اعتیادی قابل مقایسه می‌باشد و نیز با درنظر گرفتن تأثیرپذیری آن از متغیرهای ژنتیکی، رفتاری، روان‌شناختی و محیطی (به‌ویژه طیف گسترده و متنوع متغیرهای روانی و رفتاری) به نظر می‌رسد که شناسایی متغیرهای اثرگذار و عوامل تعیین‌کننده کاهش و حفظ وزن از اهمیت بالایی برخوردار هستند. با این وجود، نتایج متناقضی در ارتباط با متغیرهای اثرگذار بر چاقی و اضافه‌وزن موجود بوده و متغیرهای اصلی و ایجادکننده بیشترین اثرات، مورد اختلاف نظر می‌باشند؛ از این رو مشخص کردن مهم‌ترین عواملی که انجام مداخله و بهبودیافتن آن‌ها بیشترین تأثیر را بر کاهش و نگهداری وزن داشته باشند، از نیازهای ضروری حال حاضر هستند. در پژوهش حاضر شاخص توده بدنی به‌عنوان یک متغیر زیستی مورد ارزیابی قرار گرفت. با توجه به موارد بیان‌شده، این سؤال مطرح می‌شود که عوامل زیستی - رفتاری - روانی - اجتماعی چه تأثیری بر کاهش و حفظ وزن افراد مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن داشته و سهم هریک چقدر می‌باشد؟ در این مطالعه متغیرهای مورد بررسی مربوط به تمامی ابعاد بودند و بیشترین تمرکز پژوهش بر متغیرهای روانی و رفتاری بود.

پرسشنامه سه عاملی رفتار خوردن - نسخه**تجدید نظر شده ۲۱ سؤالی**

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش‌دهی است که نسخه تجدید نظر شده آن ۲۱ سؤال دارد و از سه زیرمقیاس "خویشترداری شناختی، خوردن هیجانی و خوردن کنترل نشده" تشکیل شده است. همسانی درونی هر زیرمقیاس در دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه "رفتارهای غذایی هلندی" و مقیاس خویشترداری معادل ۰/۸۹ و ۰/۷۴ می‌باشد (۱۵). در ایران میزان همسانی درونی زیرمقیاس‌های خویشترداری شناختی، خوردن هیجانی و خوردن کنترل نشده به ترتیب معادل ۰/۴۹، ۰/۹۲ و ۰/۷۹ محاسبه گردیده است (۱۶).

انتظارات پیامد درمان

ارزیابی انتظارات پیامد درمان توسط یک پرسشنامه سه سؤالی صورت می‌گیرد که این سؤالات در ابتدای پژوهش و در خط پایه از شرکت کنندگان پرسیده می‌شوند. این سؤالات بر مبنای مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت طراحی شده‌اند. از ترکیب این سه سؤال یک نمره واحد به دست می‌آید که به عنوان نمره کلی انتظارات پیامد درمان در نظر گرفته می‌شود. همسانی درونی پرسش‌ها معادل ۰/۷۳ گزارش شده است. در پژوهش بیدادیان و همکاران نیز میزان همسازي درونی این سه سؤال معادل ۰/۸۶ محاسبه شده است (۱۶).

پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن**WEL-SF: Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire (Short-Form)**

این پرسشنامه توسط کلارک (۱۹۹۱) طراحی و ساخته شده و دارای ۲۰ گویه در مورد خودکارآمدی رفتار خوردن می‌باشد. نتایج بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن گویای آن بودند که تمامی گویه‌ها همبستگی معناداری با نمره کل داشته و دامنه این همبستگی‌ها از ۰/۴۰ تا ۰/۶۹ متغیر می‌باشد. همبستگی بین نمرات پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن با نمرات پرسشنامه خودکارآمدی شرر معادل ۰/۶۲ گزارش شده است که این همبستگی از نظر آماری معنادار می‌باشد ($P < 0/001$).

نمونه‌گیری براساس کدهای اخلاقی پژوهش از جمله کسب رضایت آگاهانه کتبی، آگاهی از فرایند پژوهش و نتایج آن، محرمانه بودن اطلاعات شخصی شرکت کنندگان و عدم آسیب جسمی-روحي- روانی آن‌ها، آگاهی در خصوص پژوهش و مراحل آن، محرمانه بودن مشخصات و اطلاعات نمونه‌ها و عدم منافات هیچکدام از مراحل پژوهش با حقوق شرعی و حقوقی شرکت کنندگان انجام شد و آن‌ها پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی را در اولین جلسه مراجعه قبل از شروع درمان تکمیل نمودند. افراد براساس شاخص توده بدنی تحت مداخله مشاوره تغذیه و رژیم غذایی توسط متخصص تغذیه قرار گرفتند. شرکت کنندگان در پژوهش نه ماه پس از اقدام به کاهش وزن مورد بررسی قرار گرفتند و وزن آن‌ها و تغییرات آن ثبت گردید. در بخش تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای پژوهش و از تحلیل رگرسیون ساده و چند متغیری گام به گام برای بررسی سؤال مطرح شده در پژوهش استفاده گردید.

در ادامه به شرح ابزارهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند، پرداخته شده است.

پرسشنامه روابط چند بعدی خود- بدن**(MBSRQ: Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire)****Kash (Questionnaire) و همکاران (۱۹۸۷) (۱۳)**

این پرسشنامه به منظور سنجش تصویر بدنی شرکت کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس خودسنجی ۴۶ ماده‌ای، توسط کش برای ارزیابی تصویر بدنی ساخته شده است. آلفای کرونباخ گزارش شده برای این پرسشنامه در زیرمقیاس‌های مختلف آن بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. ضرایب همبستگی بازآزمایی با فاصله دو هفته این ابزار نیز بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۹ محاسبه گردیده است (۱۴). در بررسی فرم فارسی این پرسشنامه، آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ گزارش شده و ضریب همبستگی آن در بازآزمایی با فاصله دو هفته در محدوده ۰/۷۱ تا ۰/۸۹ محاسبه گردیده است. روایی همزمان پرسشنامه همبستگی با پرسشنامه سلامت عمومی بین ۰/۶۵- تا ۰/۷۲- گزارش شده است (۱۴).

Archive of SID

نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل سه‌گانه پرسشنامه نشان‌دهنده ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی بودند. نتایج بررسی این پرسشنامه در ایران حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بوده‌اند. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان دادند که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در به‌ترتیب برابر با ۹/۰۷، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ بوده و ضریب آلفای این سه عامل به‌ترتیب معادل ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ محاسبه گردیده است (۲۱).

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده (MSPSS) multidimensional scale of perceived social support

این پرسشنامه را زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ به‌منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده‌اند. این مقیاس ۱۲ گویه دارد. برور و همکاران (۲۰۰۸) پایایی درونی این ابزار را ۸۶ تا ۹۰ درصد برای خرده‌مقیاس‌های این ابزار و ۸۶ درصد برای کل ابزار گزارش کرده‌اند (۲۲). سلیمی و همکاران نیز ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به‌ترتیب معادل ۸۹، ۸۶ و ۸۲ درصد ذکر نموده‌اند.

مقیاس تفکر دوقطبی در اختلالات خوردن (DTEDS) Dichotomous Thinking in Eating Disorders Scale

تفکر دوقطبی نوعی خطای شناختی است که منجر به گروه‌بندی تجربه‌های فرد در یکی از دو مقوله متضاد یکدیگر می‌شود که این دو وضعیت قابل جمع با یکدیگر نیستند. این موضوع سبب نوعی برداشت از واقعیت‌های موجود در وضعیت‌های قطبی شده مثبت و منفی می‌شود زیرا این خطای شناختی مقوله‌ها و موقعیت‌ها را قطبی می‌کند و موجب کاهش انعطاف‌پذیری روانی می‌شود. تفکر دوقطبی در اختلالات خوردن و افراد مبتلا به چاقی به‌عنوان یک عامل مهم در آسیب‌شناسی بیماری مطرح بوده و در ادامه یافتن بیماری نقش دارد. تفکر دوقطبی منجر به باورها و تفکرات سخت‌گیرانه‌ای می‌شود که با سرکوب شدید تکانه‌های خوردن در نهایت منجر به افزایش احتمال پرخوری می‌شود.

در بررسی پایایی، ضریب کلی پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های پنج‌گانه آن در دامنه‌ای بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۱ بدست آمد. بطور کلی ضرایب گزارش‌شده فرم اصلی در مطالعات مختلف همبستگی بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۷، ۱۸).

۱- پرسشنامه فضای مراقبتی

Perceived Quality of Medical Care (PQMC)

این پرسشنامه به‌منظور بررسی ادراک افراد درباره جهت‌گیری حمایت‌کننده از خودمختاری در برابر کنترل‌کننده ساخته شده است. این ابزار دارای یک فرم بلند ۱۵ سؤالی و یک فرم کوتاه شش سؤالی می‌باشد. این پرسشنامه به‌صورت گسترده در موقعیت‌های درمانی مختلف از قبیل برنامه کاهش وزن، ترک سیگار و دیابت به کار گرفته می‌شود. میزان همسانی درونی این پرسشنامه در مطالعات مختلف بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۶ گزارش شده است (۱۹). در پژوهش حاضر میزان همسانی درونی این پرسشنامه معادل ۰/۷۸ محاسبه گردید.

پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ

Roenberg Self-Steem Scale (RSES)

این پرسشنامه شامل ۱۰ ماده خودگزارشی می‌باشد که پنج عبارت آن به شکل مثبت و پنج عبارت دیگر به‌صورت منفی ارائه شده‌اند. در بررسی فرم اصلی این مقیاس، ضریب همبستگی بازآزمایی ۰/۹ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمده است. در این راستا، رجبی (۱۳۸۶) پژوهشی را با هدف بررسی پایایی و روایی این پرسشنامه در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران انجام داد. نتایج ضرایب همسانی درونی ماده‌ها در کل نمونه دانشجویی ۰/۸۴، در دانشجویان پسر ۰/۷۸ و در دانشجویان دختر ۰/۸۰ به‌دست آمد. ضرایب همبستگی بین هریک از ماده‌های پرسشنامه با نمره کل ماده‌ها از ۰/۵۶ تا ۰/۷۲ متغیر بود و تمامی آن‌ها در سطح ($P < 0.001$) معنادار بودند. در پژوهشی دیگر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای عزت نفس معادل ۰/۸۵ محاسبه گردید (۲۰).

پرسشنامه افسردگی و اضطراب

Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس شامل ۲۱ گویه است.

میزان همسازی درونی این مقیاس در پژوهش بیدادیان و همکاران (۱۳۹۲) معادل ۰/۸۵ گزارش شده است (۱۶).

در انتها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری همبستگی Pearson و رگرسیون گام به گام تحلیل گردیدند.

در این مطالعه سطح معناداری معادل ($P < 0/05$) در نظر گرفته شد.

قد، وزن و شاخص توده بدنی

وزن افراد در اولین جلسه مراجعه توسط ترازوی دیجیتال با دقت حداقل ۰/۱ و با خطای ۱۰۰ گرم با کمترین مقدار پوشش و بدون کفش اندازه‌گیری و ثبت شد. قد نیز با استفاده از قدسنج دیواری در وضعیت ایستاده کنار دیوار با دقت حداقل ۱/۰ سانتی‌متر اندازه‌گیری گردید. همچنین شاخص توده بدنی از طریق تقسیم وزن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر مربع) محاسبه شد.

مقیاس تفکر دوقطبی در اختلالات خوردن - نسخه ۱۱ سؤالی از دو زیرمقیاس تشکیل شده است: جنبه عمومی تفکر دوقطبی و جنبه اختصاصی مرتبط با خوردن در تفکر دوقطبی. زیرمقیاس عمومی دارای هفت سؤال بوده و به بررسی تفکر دوقطبی عمومی و غیر اختصاصی می‌پردازد. زیرمقیاس اختصاصی نیز شامل چهار سؤال است که تفکر دوقطبی را در ارتباط با خوردن، رژیم گرفتن و یا وزن بررسی می‌کند. زیرمقیاس اختصاصی خوردن با علائم اختلال خوردن (نگرانی‌های ظاهر، وزن و خوردن) همبسته است. زیرمقیاس تفکر دوقطبی عمومی نیز همبستگی بالایی با افسردگی و کمال‌گرایی دارد. همسانی درونی این مقیاس رضایت‌بخش بوده و برای زیرمقیاس خوردن معادل ۰/۷۹ و برای زیرمقیاس عمومی برابر با ۰/۸۶ می‌باشد.

جدول شماره ۱: توصیف سن شرکت‌کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت تأهل	متأهل	۷۵
	مجرد	۴۹
	استان قم	۶۱
محل تولد	سایر استان‌ها	۳۹
	استان قم	۹۵
محل زندگی	سایر استان‌ها	۵
	ابتدایی	۸
میزان تحصیلات	زیردیپلم	۴۲
	دیپلم	۳۷
	فوق دیپلم و بالاتر	۱۳
	شاغل	۳۲
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۵۲
	بازنشسته	۸
	بیکار	۴
گروه سنی	شاغل پاره‌وقت	۴
	زیر ۳۰ سال	۱۱/۵
	۳۱ تا ۴۰ سال	۳۰
	۴۱ تا ۵۰ سال	۳۰/۵
	۵۱ تا ۶۰ سال	۲۲
۶۱ سال و بالاتر	۱۲	۶

جوان‌ترین فرد ۲۰ سال و مسن‌ترین فرد ۶۵ سال سن داشت. بررسی داده‌های پژوهش نشان‌دهنده رابطه میان عوامل مختلف با موفقیت در حفظ کاهش وزن بود (جدول ۲).

نتایج نشان دادند که بیشتر افراد متأهل بوده و در دامنه سنی ۳۱ تا ۵۰ سال قرار دارند. مطابق با نتایج به‌دست آمده، میانگین سن نمونه پژوهش حدوداً برابر با ۴۳ سال با انحراف استاندارد هشت سال بوده است.

جدول شماره ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

حفظ کاهش وزن	شاخص توده بدنی	تفکر دوقطبی	سبک زندگی	رفتار خوردن	عزت نفس	انتظار پیامد	حمایت اجتماعی	تصویر بدنی	خودمخاطر تاری	اضطراب	افسردگی
۱											
	۱										
		۱									
			۱								
				۱							
					۱						
						۱					
							۱				
								۱			
									۱		
										۱	
											۱

و افسردگی با حفظ کاهش وزن یک‌ساله افراد منفی و معنادار می‌باشد.

به‌منظور بررسی پرسش مطرح‌شده در این مطالعه از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد (جدول ۳).

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، همبستگی مثبت و معناداری بین متغیرهای خودکارآمدی سبک زندگی مرتبط با خوردن، تصویر بدنی، عزت نفس، رفتار خوردن، خودمختاری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده وجود دارد؛ اما همبستگی بین متغیرهای شاخص توده بدنی، تفکر دوقطبی در خوردن، اضطراب

جدول شماره ۳: خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای پژوهش برای تبیین موفقیت در حفظ وزن

مدل	R ² adjusted	R ²	R	Δ R ²	Sig	Std. Error	df ₁	df ₂
۱	۰/۱۷۶	۰/۱۸۶	۰/۴۱۹	۰/۱۷۶	۰/۰۰۰	۸/۶۷۵	۱	۱۶۸
۲	۰/۲۲۳	۰/۲۳۴	۰/۴۷۲	۰/۰۴۷	۰/۰۱۶	۸/۴۹۸	۱	۱۶۷
۳	۰/۳۱۴	۰/۳۲۵	۰/۵۸۴	۰/۰۸۹	۰/۰۰۱	۹/۳۲۱	۱	۱۶۶
۴	۰/۳۴۶	۰/۳۵۵	۰/۵۸۸	۰/۰۳۲	۰/۰۱۱	۸/۵۴۴	۱	۱۶۶
۵	۰/۳۹۸	۰/۴۰۹	۰/۴۷۲	۰/۰۵۲	۰/۰۳۲	۸/۸۱۲	۱	۱۶۵

سپس متغیر تصویر بدنی وارد شد که به میزان ۴/۷ درصد تبیین واریانس را افزایش داد و در مجموع، ۲۲/۳ درصد از واریانس موفقیت در حفظ کاهش وزن را پیش‌بینی نمود ($P < ۰/۰۵$)، در گام سوم متغیر عزت نفس وارد شد که به میزان ۸/۹ درصد تبیین واریانس را افزایش داد و در مجموع ۳۱/۴ درصد از موفقیت در حفظ کاهش وزن را پیش‌بینی نمود ($P < ۰/۰۵$)، در ادامه، در گام چهارم متغیر تفکر دوقطبی مرتبط با خوردن وارد شد که به میزان ۳/۲ درصد تبیین واریانس را افزایش داد و در مجموع ۳۴/۶ درصد از موفقیت در حفظ کاهش وزن را پیش‌بینی نمود ($P < ۰/۰۵$)، $(F=۷/۲۹۵)$.

همان‌طور که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد، از بین تمامی متغیرهای مطرح‌شده، پنج عامل خودکارآمدی سبک زندگی مرتبط با خوردن، تصویر بدنی، عزت نفس، تفکر دوقطبی و حمایت اجتماعی در مجموع ۴۰ درصد از واریانس حفظ کاهش وزن یک‌ساله در شرکت‌کنندگان در پژوهش را پیش‌بینی نمودند. در تحلیل رگرسیون گام به گام موفقیت در حفظ کاهش وزن، ابتدا متغیر خودکارآمدی سبک زندگی خوردن وارد شد و ۱۷/۶ درصد از واریانس موفقیت در حفظ کاهش وزن را پیش‌بینی نمود ($P < ۰/۰۰۱$)، $(F=۵/۳۵۴)$.

موفقیت در حفظ کاهش وزن را پیش‌بینی نمود ($P < 0/05$)،
($F = 5/354$).

در گام پنجم نیز متغیر حمایت اجتماعی وارد شد که به میزان ۵/۲ درصد تبیین واریانس را افزایش داد و در مجموع ۳۹/۸ درصد از

جدول شماره ۴: ضرایب تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام متغیرهای پژوهش برای تبیین موفقیت در حفظ وزن

مدل	متغیر	B	$\beta\beta$	T	Sig
۶	خودکارآمدی سبک زندگی خوردن	۰/۰۶۱	۰/۱۸۴	۵/۱۱۰	۰/۰۰۰
	تصویر از بدن	۰/۱۳۴	-۰/۴۴۱	-۲/۸۷۴	۰/۰۱۵
	عزت نفس	-۰/۹۸	۰/۳۱۵	۳/۸۹۷	۰/۰۰۹
	تفکر دوقطبی	۰/۰۸۱	-۰/۱۸۹	۴/۱۴۸	۰/۰۰۶
	حمایت اجتماعی	۰/۱۰۶	۰/۲۱۸	۳/۳۱۱	۰/۰۳۲

نموندند. نتایج حاکی از آن بودند که حفظ کاهش وزن ارتباط معناداری با متغیرهای مختلف پژوهش داشته است و تنها متغیری که رابطه معناداری با حفظ کاهش وزن نداشت، انتظار پیامد بود. در این مطالعه متغیرهای سبک زندگی خوردن، رفتار خوردن، عزت نفس، حمایت اجتماعی، تصویر بدنی و خودمختاری رابطه مثبت و معناداری با حفظ کاهش وزن داشتند؛ اما رابطه متغیرهای تفکر دوقطبی، افسردگی و اضطراب با حفظ کاهش وزن منفی و معنادار بود.

در میان متغیرهای مورد بررسی، سبک زندگی مرتبط با خوردن دارای بیشترین رابطه با حفظ کاهش وزن یک ساله در شرکت کنندگان بود. این متغیر که بعد رفتاری افراد شرکت کننده را نشان می‌دهد، به تنهایی رگرسیونی در حدود ۲۷ درصد در حفظ کاهش وزن دارد. متغیر رفتار خوردن نیز که شباهت زیادی به سبک زندگی مرتبط با خوردن دارد، همبستگی بالایی با حفظ کاهش وزن داشت. رفتارهای خوردن از جمله بازداری شناختی، عدم بازداری پرخوری و پرخوری‌های تکانشی در برخی از مطالعات مروری پیش‌بینی کننده عدم موفقیت در حفظ کاهش وزن بوده‌اند (۲۳). مداخله در سبک زندگی افراد مبتلا به چاقی با کاهش دادن رفتارهای خوردن هیجانی، پرخوری افراطی و تکانشی و افزایش بازداری شناختی برای خوردن با موفقیت بیشتر در حفظ کاهش وزن بلند مدت افراد ارتباط دارد (۲۴). در پژوهش طولی آینده‌نگری که استیس و پرسنلوشا و (۲۰۰۵) به مدت چهار سال انجام دادند، اضافه‌وزن با رفتار خوردن بدون بازداری در ارتباط بود (۲۵).

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، به ازای یک واحد افزایش در متغیر خودکارآمدی سبک زندگی مرتبط با خوردن، افزایش ایجاد شده در متغیر حفظ کاهش وزن به میزان ۰/۰۶۱ خواهد بود. ضریب رگرسیون استاندارد برای این افزایش ۰/۱۸۴ می‌باشد. از سوی دیگر به ازای یک واحد افزایش در متغیر تصویر بدن، افزایش ایجاد شده در متغیر حفظ کاهش وزن ۰/۱۳۴ خواهد بود. ضریب رگرسیون استاندارد برای این افزایش -۰/۴۴۱ می‌باشد. در مورد متغیر عزت نفس نیز به ازای افزایش یک واحدی این متغیر، -۰/۹۸ افزایش در متغیر حفظ کاهش وزن ایجاد خواهد شد. ضریب رگرسیون استاندارد برای این افزایش ۰/۳۱۵ می‌باشد. همچنین به ازای یک واحد افزایش در متغیر تفکر دوقطبی، افزایش ایجاد شده در متغیر حفظ کاهش وزن به میزان ۰/۰۸۱ خواهد بود. ضریب رگرسیون استاندارد برای این افزایش -۰/۱۸۹ می‌باشد. از سوی دیگر به ازای یک واحد افزایش در متغیر حمایت اجتماعی، افزایش ایجاد شده در متغیر حفظ کاهش وزن به میزان ۰/۱۰۶ خواهد بود. ضریب رگرسیون استاندارد برای این افزایش ۰/۲۱۸ می‌باشد.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی نقش عوامل روان‌شناختی در پیش‌بینی موفقیت در حفظ کاهش وزن بود. یافته‌های به‌دست آمده از رگرسیون چند متغیری گام به گام نشان‌دهنده یک مدل رگرسیون معنادار بودند که در آن از میان متغیرهای مورد بررسی، تفکر دوقطبی در رفتار خوردن، سبک زندگی مرتبط با خوردن، حمایت اجتماعی، تصویر بدنی و اضطراب و افسردگی در مجموع ۴۰ درصد از واریانس حفظ کاهش وزن را پیش‌بینی

وزن در بلند مدت در پژوهش‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است (۱۰)؛ بنابراین بخشی از توان قابل توجه متغیرهای شناختی در پیش‌بینی تغییرات حفظ کاهش وزن با در نظر گرفتن رابطه با متغیرهای رفتاری قابل تبیین می‌باشد. باید خاطر نشان ساخت که متغیرهای شناختی رابطه معناداری با وضعیت هیجانی بیماران و افزایش عواطف منفی در آن‌ها دارند و از طریق این مکانیزم به رفتارهای خوردن ناسالم و پایین آمدن موفقیت در حفظ کاهش وزن منجر می‌شوند (۲۷).

در پاسخ به پرسش مطرح شده در پژوهش حاضر، نتایج نشان‌دهنده نقش متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی حفظ کاهش وزن بودند. حمایت اجتماعی ۵/۲ درصد به پیش‌بینی تغییرات متغیر حفظ کاهش وزن اضافه کرد و همبستگی قوی، مثبت و معناداری بین دو متغیر مشاهده گردید. حمایت اجتماعی یکی از متغیرهای مرتبط با چاقی و موفقیت در کاهش وزن است که با متغیرهای دیگر نیز در ارتباط می‌باشد (۲۸). با توجه به رابطه قوی میان حمایت اجتماعی و متغیرهای شناختی و رفتاری مانند سبک زندگی مرتبط با خوردن و عزت نفس می‌توان بخشی از تأثیرگذاری حمایت اجتماعی را با ایجاد تغییر در متغیرهای شناخت و رفتاری مرتبط دانست. بر مبنای نتایج، حمایت اجتماعی رابطه منفی و معناداری با متغیرهای هیجانی دارد. در برخی از مطالعات پیشنهاد شده است که برای کمک به تغییر رفتار و سازگاری افراد در بیماری‌های مزمن، مداخله در جهت کسب حمایت اجتماعی اثربخشی بالا و سریعی دارد (۲۹). به نظر می‌رسد حمایتی که افراد مبتلا به چاقی در روابط اجتماعی خود ادراک می‌کنند، با اثرگذاری مستقیم و غیر مستقیم بر پیش‌بینی موفقیت در حفظ کاهش وزن آن‌ها نقش دارد.

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که متغیرهای مختلف شناختی، رفتاری و اجتماعی در پیش‌بینی حفظ کاهش وزن سهم هستند. با در نظر گرفتن این نکته که بازگشت وزن در بین اقدام‌کنندگان برای کاهش وزن شیوع بالایی دارد، شناخت بهتر متغیرهایی که نقش عمده‌ای در حفظ کاهش وزن دارند، حیاتی و تعیین‌کننده می‌باشد (۲۳). چنین دانشی می‌تواند از ابتدای اقدام به کاهش وزن آغاز شده و به صورت یک فرایند مورد پایش و مداخله قرار بگیرد و شانس کاهش وزن موفق را افزایش بخشد (۱۰).

عوامل دیگری که ارتباط مهمی با حفظ کاهش وزن داشتند، متغیرهای هیجانی بودند. دو متغیر اضطراب و افسردگی هر یک همبستگی قابل توجهی با عدم موفقیت در حفظ کاهش وزن داشتند. به نظر می‌رسد که عواطف منفی از طریق عوامل مختلفی با چاقی در ارتباط می‌باشند. افرادی که مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن هستند و در برنامه‌های کاهش وزن شرکت می‌کنند ممکن است رژیم‌های سخت‌گیرانه‌ای بگیرند که با تجربه عواطف منفی همراه باشد. همچنین این افراد نارضایتی بالایی از تصویر بدنی خود دارند که این عامل به تنهایی می‌تواند با خلق منفی آن‌ها در ارتباط باشد (۲۶). نتایج پژوهش حاضر نیز نشان‌دهنده وجود این رابطه بودند؛ به طوری که نارضایتی از تصویر بدنی، رابطه قوی و معناداری با اضطراب و افسردگی در شرکت‌کنندگان داشت. اضطراب یکی از متغیرهایی است که در برخی از مطالعات با موفقیت در حفظ کاهش وزن در ارتباط بوده است (۱۶).

بر مبنای نتایج پژوهش حاضر، متغیرهای شناختی با حفظ کاهش وزن در ارتباط بودند. همچنین تصویر بدنی، داشتن تفکر دوقطبی در خوردن و عزت نفس، همبستگی معنادار و قابل توجهی با حفظ کاهش وزن داشتند. در رگرسیون گام به گام عوامل، متغیر تصویر بدنی ۴/۷ درصد و متغیر عزت نفس ۸/۹ درصد بر پیش‌بینی واریانس حفظ کاهش وزن افزودند. با توجه به همبستگی قوی میان تصویر بدنی و حفظ کاهش وزن می‌توان گفت که این متغیر به تنهایی توان پیش‌بینی ۲۲/۵ درصد از واریانس حفظ کاهش وزن را دارد. تصویر بدنی سازه‌ای چند وجهی است که رضایت از ظاهر، درک افراد از وزن خود و نامگذاری آن، رضایت کلی از بدن و حالت ظاهری نواحی مختلف آن و نیز ارزیابی قیافه و جذاب یا غیر جذاب بودن را مورد بررسی قرار می‌دهد. مطالعات نشان‌دهنده رابطه میان تصویر بدنی و متغیرهای رفتاری مرتبط با مدیریت بدن، نظارت و مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند؛ به گونه‌ای که افزایش رضایت از تصویر بدنی با افزایش مدیریت بدن در ارتباط است (۱۶). در پژوهش حاضر نیز رابطه معناداری میان تصویر بدنی و سبک زندگی مرتبط با خوردن و رفتارهای آن به دست آمد. چنین رابطه‌ای در مورد متغیرهای شناختی دیگر یعنی تفکر دوقطبی در خوردن و عزت نفس نیز قابل مشاهده است. تغییرات در این متغیرهای شناختی و ارتباط آن با حفظ کاهش

Archive of SID

سبک زندگی مرتبط با خوردن متغیر رفتاری مهمی است که موفقیت بلند مدت در حفظ کاهش وزن را به شکلی اثرگذار پیش‌بینی می‌کند. بر مبنای نتایج، از میان متغیرهای روان‌شناختی، عزت نفس، تصویر بدنی و تفکر دوقطبی پیش‌بینی‌کننده‌های قوی حفظ کاهش وزن در بلند مدت هستند که پیشنهاد می‌شود در مداخلات کاهش وزن مورد توجه قرار بگیرند. حمایت اجتماعی نیز متغیر اجتماعی تأثیرگذاری است که در پژوهش حاضر رابطه مهم و معناداری با حفظ کاهش وزن داشت. در نظر گرفتن این عوامل در برنامه‌های کاهش وزن ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بوده و با همکاری صمیمانه کارکنان و مراجعه‌کنندگان به کلینیک الوند قم انجام شده است. بدین‌وسیله نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را نسبت به این بزرگواران ابراز می‌نمایند.

محدودیت‌های موجود در پژوهش حاضر، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌نماید. در این راستا باید بیان نمود که با توجه به محدودیت‌های زمانی و اجرایی در جمع‌آوری داده‌های پژوهش صرفاً از ابزارهای خودگزارشی استفاده گردید که این امر موجب محدودیت در بررسی بالینی شرکت‌کنندگان در پژوهش شد. از سوی دیگر، افراد شرکت‌کننده در این پژوهش زنان چاقی بودند که به‌صورت در دسترس انتخاب شدند؛ از این رو در تعمیم نتایج به جوامع آماری دیگر لازم است به این نکته توجه شود. باید خاطر نشان ساخت که این مطالعه در ارتباط با افراد دارای شاخص توده بدنی ۳۰ تا ۴۰ انجام شد و افراد خارج از این محدوده را دربر نمی‌گرفت.

نتیجه‌گیری

عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و رفتاری نقش مهمی را در موفقیت افراد مبتلا به چاقی برای حفظ کاهش وزن در بلند مدت ایفا می‌کنند.

References:

1. Naghashpour M, Shakerinejad G, Lourizadeh MR, Hajinajaf S, Jarvandi F. Nutrition education based on health belief model improves dietary calcium intake among female students of junior high schools. *J Health Popul Nutr* 2014;32(3):420-9. PMID: 25395905
2. Rydén A, Sullivan M, Torgerson JS, Karlsson J, Lindroos AK, Taft C. Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(12):1534-40. PMID: 14634686
3. Holt RI. Obesity - an epidemic of the twenty-first century: an update for psychiatrists. *J Psychopharmacol* 2005;19(6 Suppl):6-15. PMID: 16280333
4. Jelalian E, Steele R. *Handbook of childhood and adolescent obesity*. 3th ed. New York: Springer Science+ Business Media; 2015. Link
5. Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA* 2005;293(15):1861-7. PMID: 15840860
6. Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss & weight loss maintenance. *J Pers Soc Psychol* 1996;70(1):115-26. PMID: 8558405
7. Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006;5(2):102-14. PMID: 16406709
8. Grilo CM, Pogue-Geile MF. The nature of environmental influences on weight and obesity: a behavior genetic analysis. *Psychol Bull* 1991;110(3):520-37. PMID: 1758921

9. Navidian A, Abide MR, Baghban I, Fatehyzadeh M, Pursharifi H. Reliability and validity of the weight efficacy lifestyle questionnaire in overweight and obese individuals. *J Behav Sic* 2009;3(3):217-22. (In Persian) [Link](#)
10. Komulainen T, Keränen AM, Rasinaho E, Hakko H, Savolainen MJ, Kujari ML, et al. Quitting a weight loss program is associated with anhedonia: preliminary findings of the Lifestyle Intervention Treatment Evaluation Study in northern Finland. *Int J Circumpolar Health* 2011;70(1):72-8. PMID: 21329577
11. Palmeira AL, Branco TL, Martins SC, Minderico CS, Silva MN, Vieira PN, et al. Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: associations with weight loss and maintenance. *Body Image* 2010;7(3):187-93. PMID: 20409769
12. Teixeira PJ, Silva MN, Coutinho SR, Palmeira AL, Mata J, Vieira PN, et al. Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity (Silver Spring)* 2010;18(4):725-35. PMID: 19696752
13. Silva MN, Markland D, Carraça EV, Vieira PN, Coutinho SR, Minderico CS, et al. Exercise autonomous motivation predicts 3-yr weight loss in women. *Med Sci Sports Exerc* 2011;43(4):728-37. PMID: 20689448
14. Brown TA, Cash TF, Lewis RJ. Body-image disturbances in adolescent female binge-purgers: A brief report of the results of a national survey in the U.S.A. *J Child Psychol Psychiatry* 1989;30(4):605-13. PMID: 2768361
15. Cappelleri JC, Bushmakin AG, Gerber RA, Leidy NK, Sexton CC, Lowe MR, et al. Psychometric analysis of the Three-Factor Eating Questionnaire-R21: results from a large diverse sample of obese and non-obese participants. *Int J Obes (Lond)* 2009;33(6):611-20. PMID: 19399021
16. Poursharifi H, Bidadian M, Bahramizadeh H, Salehinezhad MA. The relationship between early maladaptive schemas and aspects of identity in obesity. *Proc Soc Behav Sci* 2011;30:517-23. [Link](#)
17. Clark MM, King TK. Eating self-efficacy and weight cycling: a prospective clinical study. *Eat Behav* 2000;1(1):47-52. PMID: 15001066
18. Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS. Self-efficacy in weight management. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(5):739-44. PMID: 1955608
19. Avalos L, Tylka TL, Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale: Development of psychometric evaluation. *Body image* 2005; 2(3):285-97 · PMID: 18089195
20. Rajabi GR. Reliability and validity of the General Self-Efficacy Scale (GSE-10): comparing the psychology students of Shahid Chamran University and Azad University of Marvdasht. *New Thoughts Educ* 2006;2(1-2):111-22. (In Persian) [Link](#)
21. Daza P, Novy DM, Stanley MA, Averill P. The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *J Psychopathol Behav Assess* 2002;24(3):195-205. [Link](#)
22. Cecil H, Stanley MA, Carrion PG, Swann A. Psychometric properties of the MSPSS and NOS in psychiatric outpatients. *J Clin Psychol* 1995;51(5):593-602. PMID: 8801234
23. 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. PMID: 15655039
24. Keränen AM, Savolainen MJ, Reponen AH, Kujari ML, Lindeman SM, Bloigu RS, et al. The effect of eating behavior on weight loss and maintenance during a lifestyle intervention. *Prev Med* 2009;49(1):32-8. PMID: 19406146
25. Stice E, Presnell K, Shaw H, Rohde P. Psychological and behavioral risk factors for obesity onset in adolescent girls: a prospective study. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(2):195-202. PMID: 15796626
26. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, Perry C. Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics* 2003;111(1):67-74. PMID: 12509556

27. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc* 2006;106(4):559-68. PMID: 16567152
28. Salehi S, Poursharifi H, Bidadian M. Investigation of the psychological predictive factors for successful weight loss of obese women. *J Urmia Univ Med Sci* 2014;25(5):373-81. (In Persian) [Link](#)
29. Martire LM, Lustig AP, Schulz R, Miller GE, Helgeson VS. Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychol* 2004;23(6):599-611. PMID: 15546228