

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی

پریسا گل‌کاریان^۱
عبدالله شفیق‌آبادی^۲
علی دلاور^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی انجام شد. این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش افراد مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی و کلینیک‌های تغذیه شهر تهران در فصل‌های پاییز و زمستان سال ۱۳۹۶ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ فرد مبتلا به چاقی بودند که با روش در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. گروه‌ها ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) آموزش دیدند، به طوری که گروه درمان شناختی رفتاری توسط یک متخصص روانشناسی بالینی و گروه رژیم درمانی توسط یک متخصص تغذیه آموزش دید. عزت نفس و فشارهای اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندازه‌گیری شد. داده‌ها با روش‌های تی-تست و تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۱ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی در افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی موثر بودند. همچنین روش درمان شناختی رفتاری در مقایسه با رژیم درمانی باعث افزایش معنادار عزت نفس و کاهش معنادار فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی شد ($P > 0/01$). بنابراین هر دو روش می‌توانند توسط مشاوران و درمانگران برای افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی مورد استفاده قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، رژیم درمانی، عزت نفس، فشارهای اجتماعی، چاقی

۱. گروه مشاوره، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
ashafiabady@yahoo.com

۳. گروه آمار، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

چاقی^۱ یک اختلال متابولیکی است که با افزایش چربی بدن که عامل خطر مهمی برای بیماری است، مشخص می‌شود (پیچ و جانسون^۲، ۲۰۱۸). امروزه چاقی یکی از مهم‌ترین نگرانی‌ها در حیطه بهداشت عمومی است و در جهان حداقل ۴۰۰ میلیون نفر از افراد بالغ چاق و ۱/۶ میلیارد نفر دارای اضافه وزن هستند. در ایران ۶۷ درصد زنان و ۳۳ درصد مردانی که بیش از ۲۰ سال سن دارند، دارای چاقی شکمی هستند (آزادبخت، زریباف، حقیقت دوست و اسماعیل‌زاده، ۱۳۸۹). یکی از مشکلات افراد مبتلا به چاقی کاهش عزت نفس^۳ است (ایناکونی، دالیمپیو، سیلا و کاتروفو^۴، ۲۰۱۶). عزت نفس برخاسته از حس ارزشمندی و اطمینانی است که فرد به خود و توانایی‌های خود دارد، لذا عزت نفس نوعی ارزشیابی فردی است که باعث توجه فرد به خویشترن می‌شود (راواری و بالدوین^۵، ۲۰۱۸). عزت نفس یعنی اینکه افراد نسبت به خود چگونه فکر می‌کنند، چقدر خود را دوست دارند و از عملکرد خود چقدر راضی هستند به‌ویژه از لحاظ اجتماعی و تحصیلی خود را چگونه احساس کرده و میزان هماهنگی و نزدیکی خوددیده‌آل و خود واقعی آنها چقدر است (مک‌کلور، تانسکی، کینگسبوری، جرارد و سرجنت^۶، ۲۰۱۰). یکی دیگر از مشکلات افراد مبتلا به چاقی افزایش فشارهای اجتماعی^۷ است (دراگون و ساوریلی^۸، ۲۰۱۲). این افراد تحت فشارهای اجتماعی برای لاغری هستند. به‌طور کلی فشار اجتماعی یا فشار فرهنگی به‌عنوان عامل بیرونی برای لاغری نقش مهمی در گسترش اختلالات خوردن ایفا می‌کند (محمودی، حسینی و محرم‌زاده، ۱۳۸۹). همچنین فشار دریافت‌شده برای لاغر بودن یا لاغر شدن از طرف خانواده، دوستان، همسر و رسانه‌ها با رژیم غذایی و افزایش نارضایتی از تصویر بدنی ارتباط دارد (گودمن، پترسون-بادالی و هندرسون^۹، ۲۰۱۱).

برای بهبود ویژگی‌های افراد مبتلا به چاقی مداخلات روانشناختی متفاوتی وجود دارد (پائول، ون رانجن، ون هوکن، دین و وندر هیدن^{۱۰}، ۲۰۱۵). یکی از روش‌های درمانی موثر بر ویژگی‌های افراد مبتلا به چاقی روش درمان شناختی رفتاری^{۱۱} است (برنان^{۱۲}، ۲۰۱۶). اصطلاح درمان شناختی رفتاری بر این نکته تأکید می‌کند که فرایندهای شناختی هم به اندازه تأثیرات محیطی یا رفتار اهمیت دارند (اپشتاین، مک‌کرادی، هالگرین، گابا و لیت^{۱۳}، ۲۰۱۸). درمان شناختی رفتاری نوعی رفتار درمانی است که در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی بوجود آمدند و منعکس‌کننده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به‌عنوان عامل موثر بر هیجان‌ها و رفتارها می‌باشند (عاشوری، ۱۳۹۵). هدف درمان شناختی رفتاری اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های مثبت و سازنده و

1. Obesity
2. Page & Johnson
3. Self-esteem
4. Iannaccone, D'Olimpio, Cella & Cotrufo
5. Ravary & Baldwin
6. McClure, Tanski, Kingsbury, Gerrard & Sargent
7. Social Pressure
8. Dragone & Savorelli
9. Goodman, Peterson-Badali & Henderson
10. Paul, Van Rongen, Van Hoeken, Deen & Vander Heiden
11. Cognitive behavior therapy
12. Brennan
13. Epstein, McCrady, Hallgren, Gaba & Litt

تقویت مهارت‌های مقابله می‌باشد (ونزل^۱، ۲۰۱۷). یکی دیگر از روش‌های درمانی موثر بر ویژگی‌های افراد مبتلا به چاقی روش رژیم درمانی است (بروس، دیولین، ایر و کوک^۲، ۲۰۱۷). رژیم غذایی به آنچه فرد در طول روز می‌خورد یا می‌آشامد، اطلاق می‌شود (وو و لیانگ^۳، ۲۰۱۸). رژیم غذایی به دو طبقه سالم و ناسالم تقسیم می‌شود. رژیم غذایی سالم به برنامه‌های غذایی گفته می‌شود که بدون توجه به منابع تغذیه‌ای مورد نیاز بدن تنها با هدف کاهش وزن سریع و زود هنگام انجام می‌شود و در طول زمان آسیب‌هایی به فرد می‌زند. در مقابل رژیم غذایی سالم یا متعادل به برنامه‌های غذایی گفته می‌شود که به منابع تغذیه‌ای مورد نیاز بدن توجه می‌شود و حاوی خوراکی‌های گوناگون از گروه‌های مختلف بر اساس هرم غذایی است (هیرانو، اگونی، شیوتا، شیکاوا و اساوا^۴، ۲۰۱۵). رژیم غذایی سالم مواد مغذی لازم، مایعات کافی، آمینواسید و اسیدهای چرب لازم، ویتامین‌ها، مواد معدنی کافی و کالری لازم برای بدن را فراهم می‌کند و نقش مهمی در حفظ و بهبود سلامت عمومی دارد (ریدنوت، هاردینگ، مارینانجیلی و جونز^۵، ۲۰۱۰). رژیم درمانی برنامه غذایی است که توسط متخصص تغذیه به افراد داده می‌شود و افراد در زمان‌های تعیین شده به متخصص مراجعه و پس از وزن‌کشی، برنامه غذایی جدید دریافت می‌کنند (بابی، وینایان، پویشران و روی^۶، ۲۰۱۸). در رژیم درمانی فرد برای کاهش وزن باید به برنامه غذایی که متخصص تغذیه با توجه به قد و وزن برای او تعیین می‌کند، متعهد باشد. بنابراین عامل موفقیت رژیم درمانی پایبندی به برنامه غذایی مشخص شده و میزان کالری دریافتی است (وندر لیو، ویلیامز، هنری-بارون، الیمان و سرونکا^۷، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی انجام شده است. برای مثال محمد^۸ (۲۰۱۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که برنامه درمان شناختی رفتاری بر افزایش عزت نفس دانش‌آموزان دبیرستانی موثر بود. زارع، دهقانی و گلستانه (۱۳۹۴) ضمن پژوهش به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش عزت نفس و ترس از ارزیابی منفی شد. در پژوهشی دیگر جوانبخت (۱۳۹۱) گزارش کرد که هر دو روش آموزش گروهی شناختی رفتاری و واقعیت‌درمانی باعث بهبود عزت نفس دانش‌آموزان شد. علاوه بر آن گلدین، زیو، جزایری، هاهن، هیمبرگ و گراس^۹ (۲۰۱۳) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی تاثیر داشت. بهزادمنش، جوادیان و زارعی محمودآبادی (۱۳۹۵) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث بهبود رفتارهای اجتماعی مطلوب شد. در پژوهشی دیگر رحمانیان، میرزاییان و حسن‌زاده (۱۳۹۰) گزارش کردند که درمان شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش اضطراب اجتماعی شد. همچنین برد، مکینتیر و تیم^{۱۰} (۲۰۰۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رژیم داشتن بر بهبود عزت نفس موثر می‌باشد. صاحب‌الزمانی، فشارکی و عبداللهی مفرد (۱۳۸۹) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین سبک زندگی (بخش مهمی از

1. Wenzel
2. Bruce, Devlin, Air & Cook
3. Wu & Liang
4. Hirano, Oguni, Shiota, Shikawa & Osawa
5. Rideout, Harding, Marinangeli & Jones
6. Baby, Vinayan, Pavithran & Roy
7. Vander Louw, Williams, Henry-Barron, Olieman & Cervenka
8. Mohamed
9. Goldin, Ziv, Jazaieri, Hahn, Heimberg & Gross
10. Baird, McIntyre & Theim

آن تغذیه است) با عزت نفس رابطه مستقیم وجود دارد. در پژوهشی دیگر محمودآباد (۱۳۸۵) گزارش کرد که بین رفتارهای بهداشتی از جمله تغذیه مناسب و اعتماد به نفس رابطه مثبت و معنادار وجود داشت. علاوه بر آن استرانگ، هوپر، اهل، کولتزکو، مانتی^۱ و همکاران (۲۰۱۷) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که تغذیه بر تصمیم‌گیری اجتماعی موثر است. اسمعیلی، احمدی، جنتی، خلیلان و اسپهبدی (۱۳۹۲) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی (عکس فشار اجتماعی) با تبعیت از رژیم غذایی رابطه معنادار وجود داشت. در پژوهشی دیگر فائزی، فرهادی و نیک کردار (۱۳۹۱) گزارش کردند که بین رژیم غذایی و عوامل اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد. پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی روش‌های درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی انجام شده و هیچ پژوهشی به بررسی تاثیر و مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی نپرداخته است. همچنین امروزه چاقی یکی از مهم‌ترین نگرانی‌ها در حیطه بهداشت عمومی است و در ایران ۶۷ درصد زنان و ۳۳ درصد مردان مبتلا چاقی شکمی هستند (آزادبخت و همکاران، ۱۳۸۹). علاوه بر آن چاقی یک مساله جدی است که تاثیر نامطلوبی بر سلامت و طول عمر دارد و یکی از عوامل زمینه‌ساز خطر ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های عروق کرونر، فشار خون، هیپرلیپیدمی و انواع مختلف سرطان می‌باشد (لی، چنگ، کین، ژائو و سان^۲، ۲۰۱۸). در نتیجه با توجه به مشکلات بسیار زیاد چاقی و کاهش عزت نفس و افزایش فشارهای اجتماعی بر آنها و پیشینه پژوهشی اندک درباره تاثیر روش‌های درمانی بر آنها، هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی بود.

روش پژوهش

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش افراد مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی و کلینیک‌های تغذیه شهر تهران در فصل‌های پاییز و زمستان سال ۱۳۹۶ بودند. نمونه پژوهش ۳۰ فرد مبتلا به چاقی بودند که با روش در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر گروه درمان شناختی رفتاری و ۱۵ نفر گروه رژیم درمانی) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن ۴۰-۲۰ سال، شاخص توده بدنی ۳۰ و بیشتر از آن، حداقل تحصیلات دیپلم و حداقل یک سال ثبات وزن و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل بارداری یا داشتن برنامه برای آن، استفاده از داروهای روان‌گردان، داشتن اختلال روانی و مصرف داروهای روان‌پزشکی، استفاده همزمان از سایر روش‌های درمانی و غیبت دو جلسه و یا بیشتر از آن بود. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه و انتخاب آزمودنی‌ها، نمونه‌ها به دو گروه تقسیم و ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) تحت آموزش قرار گرفتند.

در گروه رژیم درمانی مداخله توسط یک متخصص تغذیه و در گروه درمان شناختی رفتاری مداخله توسط یک متخصص روانشناسی بالینی صورت گرفت. در گروه رژیم درمانی افراد پس از مراجعه به متخصص تغذیه و وزن‌کشی، برنامه غذایی جدید دریافت می‌کردند. متخصص تغذیه به هر یک از افراد متناسب با شرایط آنها برنامه رژیم غذایی کم کالری جهت کاهش وزن می‌داد و با کمک آزمودنی زمان جلسه بعد را مشخص می‌کردند. همچنین محتوی مداخله درمان شناختی رفتاری توسط پژوهشگران

1. Strang, Hoerber, Uhl, Koletzko & Munte

2. Li, Chen, Qin, Zhao & Sun

بر اساس پکیج درمان شناختی رفتاری رایت، بسکو و تیز^۱ ترجمه فاسم‌زاده و حمیدپور (۱۳۹۳) و آموزش‌های رفتاری برای تغییر نگرش فرد به غذا و سبک خوردن ساخته شد. جلسه اول به آشنایی افراد با یکدیگر، قوانین جلسات، میزان کالری مواد غذایی، زمان غذا خوردن، اضافه وزن و چاقی و باورهای تحریف‌شده درباره غذا اختصاص یافت. جلسه دوم درباره زمان، مکان و ویژگی‌های افراد پرخور بحث و بهانه‌ها و دلیل تراشی‌های پرخوری تحلیل شدند. جلسه سوم به آموزش معنای لغزش و مدیریت و راهکارهای مقابله با پرخوری اختصاص یافت. جلسه چهارم نقش کلیدواژه‌ها، جملات تاکیدی، سیستم حمایتی و چگونگی استفاده از آنها در کاهش وزن آموزش داده شد. جلسه پنجم شناخت باورهای منفی و پیامدهای رفتاری و شناختی آنها و جایگزینی آنها با باورهای مثبت و کارآمد آموزش داده شد. جلسه ششم به شناخت غذاهای اغواکننده و میزان کالری آنها و آموزش حل مساله اختصاص یافت. جلسه هفتم ماهیت انواع لذت آنی و غائی متمرکز بر مواد غذایی آموزش داده شد. جلسه هشتم تکنیک انزجار درمانی و تکنیک‌های شناختی جلب توجه با هدف افزایش هوشمندی آموزش داده شد. جلسه نهم به شناسایی و اصلاح باورهای مخرب و منحرف‌کننده مانند کمال‌گرایی منفی، گوشه‌گیری، تکبر و غرور، دلیل تراشی و غیره اختصاص یافت. جلسه دهم آگاهی از زنجیر عود و بازگشت، تعیین قانون‌های جدید برای داشتن سبک‌زندگی سالم مربوط به خوردن آموزش داده شد. در پایان هر جلسه متناسب با محتوای آموزش داده شده به آزمودنی‌ها تکلیفی ارائه و در آغاز جلسه بعد ضمن بررسی تکالیف به آنها بازخورد داده شد. همچنین پایان هر جلسه وزن افراد اندازه‌گیری و به آنها اطلاع داده شد. گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر عزت نفس و فشارهای اجتماعی ارزیابی شدند.

الف). پرسشنامه عزت نفس^۲: این ابزار توسط روزنبرگ^۳ (۱۹۷۹) طراحی شد. این ابزار دارای ۱۰ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم تا ۴=کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۴۰ است و نمره پایین‌تر به معنای عزت نفس بیشتر می‌باشد. روزنبرگ (۱۹۷۹) روایی و اگر ابزار را با پرسشنامه افسردگی ۰/۵۹- و روایی صوری و محتوایی آن را تایید و پایایی آن را با روش بازآزمایی دو هفته و پنج ماه به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۴ گزارش کرد. همچنین صفاریان و عاشوری (۱۳۹۳) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد. ب). پرسشنامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن^۴: این ابزار توسط کلارک، آبرامز، نیورا، ایتون و روسی^۵ (۱۹۹۱) طراحی شد. این ابزار دارای ۲۰ گویه و پنج بعد هیجان‌های منفی، دسترس به خوراکی‌ها، فشارهای اجتماعی، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت (هر بعد ۴ گویه) است که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۰=عدم اطمینان تا ۴=بسیار مطمئن) نمره‌گذاری می‌شود. در این پژوهش از بعد فشارهای اجتماعی استفاده شد. نمره بعد فشارهای اجتماعی از طریق مجموع نمره گویه‌های سازنده آن بعد به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات بعد فشارهای اجتماعی بین ۰ تا ۱۶ است و نمره بالاتر به معنای فشارهای اجتماعی بیشتر می‌باشد. کلارک و همکاران (۱۹۹۱) روایی همزمان ابزار را با پرسشنامه خودکارآمدی تغذیه تایید و پایایی بعد فشارهای اجتماعی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند. همچنین نویدیان، عابدی، باغبان، فاتحی‌زاده و پورشریفی (۱۳۸۸) روایی همگرا و

1. Wright, Basco & Thase
2. Self-esteem Questionnaire
3. Rosenberg
4. Self-efficacy Lifestyle Related to Weight Questionnaire
5. Clark, Abrams, Niaura, Eaton & Rossi

واگرا بعد فشارهای اجتماعی را تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۵ گزارش کردند. در این پژوهش پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-۲۳ با خطای ۰/۰۵ تحلیل شدند. برای این منظور از شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار برای توصیف متغیرها و از روش‌های تی-تست و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

آزمودنی‌ها ۳۰ فرد مبتلا به چاقی بودند؛ به طوری که در گروه درمان شناختی رفتاری ۶ نفر مرد (۴۰٪) و ۹ نفر زن (۶۰٪) و در گروه رژیم درمانی ۷ نفر مرد (۴۶/۶۷٪) و ۸ نفر زن (۵۳/۳۳٪) حضور داشت. همچنین در گروه درمان شناختی رفتاری تحصیلات ۳ نفر دیپلم (۲۰٪)، ۴ نفر کاردانی (۲۶/۶۷٪)، ۶ نفر کارشناسی (۴۰٪) و ۲ نفر کارشناسی ارشد (۱۳/۳۳٪) و در گروه رژیم درمانی ۳ نفر دیپلم (۲۰٪)، ۳ نفر کاردانی (۲۰٪)، ۸ نفر کارشناسی (۵۳/۳۳٪) و ۱ نفر کارشناسی ارشد (۶/۶۷٪) بود. علاوه بر آن در گروه درمان شناختی رفتاری دامنه سنی ۴ نفر ۲۵-۲۱ سال (۲۶/۶۷٪)، ۸ نفر ۳۰-۲۶ سال (۵۳/۳۳٪)، ۱ نفر ۳۵-۳۱ سال (۶/۶۷٪) و ۲ نفر ۴۰-۳۶ سال (۱۳/۳۳٪) و در گروه رژیم درمانی دامنه سنی ۳ نفر ۲۵-۲۱ سال (۲۰٪)، ۹ نفر ۳۰-۲۶ سال (۶۰٪)، ۲ نفر ۳۵-۳۱ سال (۱۳/۳۳٪) و ۱ نفر ۴۰-۳۶ سال (۶/۶۷٪) بود. شاخص‌های میانگین و انحراف معیار متغیرهای عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی به تفکیک گروه‌های درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی به تفکیک گروه‌ها در مراحل ارزیابی

متغیرها/گروه‌ها	درمان شناختی رفتاری		رژیم درمانی	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	SD	M	SD	M
عزت نفس	۳/۳۳	۱/۶۶	۳/۵۳	۱/۴۷
فشارهای اجتماعی	۲/۹۲	۰/۴۶	۳/۰۵	۲/۳۷

در جدول ۱ نتایج شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی به تفکیک گروه‌های درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی قابل مشاهده می‌باشد. بررسی پیش‌فرض‌ها نشان داد که فرض نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها برقرار بود. چون نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نتایج آزمون لوین معنادار نبودند. نتایج آزمون تی وابسته برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲. نتایج آزمون تی وابسته برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی

متغیرها	مراحل ارزیابی	میانگین	اختلاف میانگین‌ها	آماره T	df	معناداری
عزت نفس	پیش‌آزمون	۳/۳۳	۱/۶۶	۸/۹۴	۱۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۶۷				
فشارهای اجتماعی	پیش‌آزمون	۲/۹۲	۰/۳۰	۳/۷۶	۱۴	۰/۰۰۵
	پس‌آزمون	۲/۶۲				

طبق نتایج جدول ۲، درمان شناختی رفتاری در کاهش معنادار نمره عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی موثر بود. با توجه به اینکه در پرسشنامه عزت نفس نمره پایین‌تر به معنای عزت نفس بیشتر می‌باشد، لذا درمان شناختی رفتاری باعث افزایش عزت نفس افراد مبتلا به چاقی شد. بنابراین در پاسخ فرضیه اول پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش معنادار عزت نفس و کاهش معنادار فشارهای اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی شد. نتایج آزمون تی وابسته برای بررسی اثربخشی رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی در جدول ۳ ارائه شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تی وابسته برای بررسی اثربخشی رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی

متغیرها	مراحل ارزیابی	میانگین	اختلاف میانگین‌ها	آماره T	df	معناداری
عزت نفس	پیش‌آزمون	۳/۵۳	۱/۸۶	۹/۲۳	۱۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۶۷				
فشارهای اجتماعی	پیش‌آزمون	۳/۰۵	۰/۶۸	۷/۶۱	۱۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۲/۳۷				

طبق نتایج جدول ۳، رژیم درمانی در کاهش معنادار نمره عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی موثر بود. با توجه به اینکه در پرسشنامه عزت نفس نمره پایین‌تر به معنای عزت نفس بیشتر می‌باشد، لذا رژیم درمانی باعث افزایش عزت نفس افراد مبتلا به چاقی شد. بنابراین در پاسخ فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی می‌توان گفت که رژیم درمانی باعث افزایش معنادار عزت نفس و کاهش معنادار فشارهای اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی در جدول ۴ ارائه شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	مجزور اتا
عزت نفس	گروه	۳۷/۹۰	۱	۳۷/۹۰	۲۳/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸
	خطا	۴۱/۳۴	۲۶	۱/۵۹			
فشارهای اجتماعی	گروه	۲۱/۳۶	۱	۲۱/۳۶	۲۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷۴
	خطا	۲۱/۳۲	۲۶	۰/۸۲			

بر اساس نتایج جدول ۵، بین روش‌های درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی در هر دو متغیر عزت نفس و فشارهای اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر رژیم درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار نمره عزت نفس و فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی شد. با توجه به اینکه در پرسشنامه عزت نفس نمره پایین‌تر به معنای عزت نفس بیشتر می‌باشد، لذا رژیم درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری باعث افزایش عزت نفس افراد مبتلا به چاقی شد. بنابراین در پاسخ فرضیه سوم پژوهش مبنی بر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی می‌توان گفت که رژیم درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری باعث افزایش معنادار عزت نفس و کاهش معنادار فشارهای اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی شد.

بحث و نتیجه‌گیری

چاقی یکی از مهم‌ترین نگرانی‌ها در حیطه بهداشت عمومی است و تاثیر نامطلوبی بر سلامت دارد. در نتیجه این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی بر عزت نفس و فشارهای اجتماعی در افراد مبتلا به چاقی انجام شد.

یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی شد. این نتیجه در زمینه تاثیر بر افزایش عزت نفس با نتایج پژوهش‌های (محمد، ۲۰۱۷؛ زارع و همکاران، ۱۳۹۴؛ جوانبخت، ۱۳۹۱) و در زمینه کاهش فشارهای اجتماعی از جهاتی با نتایج پژوهش‌های (گلدین و همکاران، ۲۰۱۳؛ بهزادمنش و همکاران، ۱۳۹۵؛ زارع و همکاران، ۱۳۹۴؛ رحمانیان و همکاران، ۱۳۹۰) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظر روسینی، موسکاتیلو، تارینی، دی‌دومیزیو، ساورینی^۱ و همکاران (۲۰۱۱) می‌توان گفت که رویکرد شناختی رفتاری برای درمان رفتارهای نامناسب بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر عواطف و رفتارهایی است که توسط افکار و شناخت ما شکل گرفته‌اند. درمانگر به افراد کمک می‌کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی نموده و شیوه‌های تفکر مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تری را جایگزین آنها نمایند. همچنین موفقیت درمان شناختی رفتاری به دو مولفه اصلی آن یعنی مولفه‌های شناختی و رفتاری وابسته است. مولفه‌های شناختی روی تدارک اطلاعات کافی و ضروری در خصوص پیامدهای سلامتی تمرکز دارند و مولفه‌های رفتاری نیز روی فرایندهای تنظیم هدف، ایجاد مهارت و ارائه مشوق‌ها و کسب آگاهی تاکید دارند و مولفه‌های شناختی و رفتاری باعث تاثیر چشمگیر بر رفتارهای ناکارآمد مربوط به خوردن و تقویت قدرت افراد برای قبول مسئولیت در همه رفتارها می‌شوند. در نتیجه این عوامل باعث می‌شوند که درمان شناختی رفتاری بر افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی تاثیر معنادار داشته باشند.

همچنین یافته‌ها نشان داد که رژیم درمانی باعث افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی شد.

1. Rossini, Moscatiello, Tarrini, DiDomizio & Soverini

این نتیجه در زمینه تاثیر بر افزایش عزت نفس از جهاتی با نتایج پژوهش‌های (مکیان‌تیر و تیم، ۲۰۰۷؛ صاحب‌الزمانی و همکاران، ۱۳۸۹؛ مظلومی محمودآباد، ۱۳۸۵) و در زمینه کاهش فشارهای اجتماعی از جهاتی با نتایج پژوهش‌های (استرانگ و همکاران، ۲۰۱۷؛ سمعیلی و همکاران، ۱۳۹۲؛ فاضلی و همکاران، ۱۳۹۱) همسو بود. در تبیین این یافته‌ها بر مبنای نظر حسینی‌کیا، قهرمانی، صالحی، عوبری، حسینی‌کیا و کاوه (۱۳۹۵) می‌توان گفت که در سال‌های اخیر سلیقه غذایی افراد جامعه ما به جای غذاهای سنتی و میان‌وعده‌ها غذایی سالم به سوی مواد غذایی پرکالری و فاقد ارزش غذایی واقعی گرایش پیدا کرده است و عادات ضعیف غذایی مستقیماً با بروز برخی مشکلات متعاقب و جدی سلامتی در آینده نظیر چاقی بیش از حد، افزایش چربی خون و دیابت در ارتباط می‌باشد. بنابراین برنامه رژیم غذایی یا آموزش تغذیه باعث ایجاد تغییرات مثبت در عادات‌های غذایی می‌شود. همچنین رژیم درمانی در برنامه‌ریزی جهت آموزش بهداشت تغذیه برای شناسایی نیازها و ارتقای سلامت به‌ویژه سلامت تغذیه‌ای کمک شایانی می‌کند. در نتیجه رژیم درمانی باعث افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی می‌شود.

یافته‌های دیگر نشان داد که رژیم درمانی در مقایسه درمان شناختی رفتاری باعث افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی شد. این نتیجه با نتیجه پژوهش کشاورز (۱۳۹۱) ناهمسو بود. کشاورز (۱۳۹۱) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که در مرحله پس‌آزمون روش‌های رژیم درمانی، درمان شناختی رفتاری و ترکیبی در مقایسه با گروه کنترل در کاهش شاخص توده بدن و افزایش عادات غذایی، خودکارآمدی وزن، بهزیستی ذهنی و عزت نفس موثرتر بودند. همچنین در مرحله پیگیری روش رژیم درمانی در مقایسه با روش‌های درمان شناختی رفتاری و ترکیبی در کاهش شاخص توده بدن و افزایش عادات غذایی موثرتر بود، اما در مرحله پیگیری روش‌های درمان شناختی رفتاری و ترکیبی در مقایسه با روش رژیم درمانی در افزایش خودکارآمدی وزن (یکی از ابعاد آن فشارهای اجتماعی است)، بهزیستی ذهنی و عزت نفس موثرتر بود. در تبیین ناهمسوئی پژوهش حاضر با پژوهش کشاورز و تبیین موثرتر بودن رژیم درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی می‌توان گفت رژیم درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در کوتاه‌مدت تاثیر بیشتری دارد، اما درمان شناختی رفتاری از آنجا که با شناخت و تفکر سروکار دارد در بلندمدت تاثیر می‌گذارد، لذا هنگامی مرحله پس‌آزمون ارزیابی شود روش رژیم درمانی و هنگامی که مرحله پیگیری ارزیابی شود روش درمان شناختی رفتاری موثرتر خواهد بود.

به‌طور کلی نتایج نشان داد که هر دو روش درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی به‌طور معناداری باعث افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی شدند و روش رژیم درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری به‌طور معناداری باعث کاهش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی شد. بنابراین نتایج حاکی از اهمیت هر دو روش به‌ویژه روش رژیم درمانی در افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی می‌باشد. در نتیجه طراحی و تدوین برنامه‌هایی برای بهبود ویژگی‌های افراد مبتلا به چاقی بر اساس رژیم درمانی و درمان شناختی رفتاری توسط مراکز خدمات مشاوره روانشناختی و کلینیک‌های تغذیه می‌تواند اثربخش واقع شود. همچنین با توجه به موثرتر بودن روش رژیم درمانی در مقایسه درمان شناختی رفتاری، مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از روش رژیم درمانی به‌عنوان یک روش در دسترس، کم‌هزینه، کاربردی و اثربخش برای افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی استفاده کنند. زیرا بر اساس نتایج این پژوهش روش‌های مذکور به‌ویژه روش رژیم درمانی قابلیت کاربرد در مراکز آموزشی و درمانی را دارند.

محدودیت‌های پژوهش شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم وجود مرحله پیگیری برای اطمینان از نتایج بلندمدت تاثیر و مقایسه درمان شناختی رفتاری و رژیم درمانی بر افزایش عزت نفس و کاهش فشارهای اجتماعی افراد مبتلا به چاقی بود. با توجه به محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای کاهش خطای نمونه‌گیری استفاده کنند. پیشنهاد دیگر استفاده از پیگیری برای بررسی تداوم تاثیر نتایج می‌باشد. همچنین انجام پژوهش بر روی افراد مبتلا به چاقی سایر شهرها و یا انجام پژوهش بر روی افراد مبتلا به چاقی به تفکیک جنسیت و مقایسه نتایج آنها می‌تواند پیشنهادهای مناسبی برای پژوهشگران باشد.

منابع

- آزادبخت، لیلا؛ زریباف، فاطمه؛ حقیقت دوست، فهیمه و اسماعیل‌زاده، احمد. (۱۳۸۹). ارتباط تنوع غذایی با چاقی و چاقی شکمی در میان دانشجویان دختر اصفهانی. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران*، ۲(۵): ۲۷-۳۴.
- اسمعیلی، روانبخش؛ احمدی، حمیدرضا؛ جنتی، یدا...؛ خلیلان، علیرضا و اسپهبدی، فاطمه. (۱۳۹۲). ارتباط حمایت اجتماعی درک‌شده و خودکارآمدی با تبعیت از رژیم غذایی در بیماران همودیالیزی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۱(۳)، ۶۷-۵۹.
- بهزادمنش، سیده‌مریم؛ جوادیان، سیدرضا و زارعی محمودآبادی، حسن. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر بهبود رفتارهای اجتماعی مطلوب دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر یزد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۵(۳)، ۴۰-۳۱.
- جوانبخت، مریم. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری و واقعیت درمانی بر عزت نفس دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۵۴)، ۱۸۰-۱۷۲.
- حسینی‌کیا، رقیه؛ قهرمانی، لیلا؛ صالحی، موسی؛ عوبری، فرهاد؛ حسینی‌کیا، محبوبه و کاوه، محمدحسین. (۱۳۹۵). بررسی تاثیر یک برنامه آموزش تغذیه سالم بر خودکارآمدی در رفتار تغذیه‌ای دانش‌آموزان دختر در مدارس راهنمایی شهر شیراز، ایران، کاربردی از مدل پرسید. *مجله سلامت و جامعه*، ۷(۵)، ۴۹۹-۵۰۹.
- رایت، جسی؛ بسکو، مونیکا و تیز، مایکل. (۱۳۹۳). آموزش درمان شناختی رفتاری (ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده و حسن حمیدپور). چاپ دوم، تهران: انتشارات ارجمند.
- رحمانیان، زاهده؛ میرزاییان، بهرام و حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۹۰). اثر درمان شناختی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز. *مجله دانشور پزشکی*، ۱۹(۹۶)، ۵۶-۴۷.
- زارع، ناصر؛ دهقانی، یوسف و گلستانه، سیدموسی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر عزت نفس حالت و ترس از ارزیابی منفی دانش‌آموزان دبیرستان‌های نمونه استان بوشهر. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۲(۴)، ۶۲-۴۹.
- صاحب‌الزمانی، محمد؛ فشارکی، محمد و عبداللهی مفرد، زهره. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط سبک زندگی با عزت نفس دختران نوجوان دبیرستان‌های دولتی روزانه شهر تهران. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۰(۱)، ۵۱-۴۵.
- صفاریان، محمدرضا و عاشوری، جمال. (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی منبع کنترل، صفات شخصیت، عزت نفس و جهت‌گیری مذهبی با رفتار مطلوب انضباطی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۶(۳)، ۴۸۳-۴۷۶.
- عاشوری، جمال. (۱۳۹۵). تاثیر درمان شناختی رفتاری بر شادکامی و سلامت روانی بیماران مبتلا به

- دیابت نوع دو. مجله روان پرستاری، ۳(۴)، ۷۹-۷۱.
- فائزی، مژگان؛ فرهادی، ساره و نیک کردار، حسین. (۱۳۹۴). بررسی رابطه dmft با رژیم غذایی و عوامل اجتماعی در کودکان دبستانی شهر تهران در سال‌های ۸۹-۱۳۸۸. مجله دانشکده دندانپزشکی مشهد، ۳۶(۲)، ۱۴۸-۱۴۱.
- محمودی، سمیه؛ حسینی، فاطمه سادات و محرم‌زاده، مهرداد. (۱۳۸۹). رابطه فشار اجتماعی و تصویر بدنی با اختلالات خوردن در دانشجویان دختر ورزشکار و غیرورزشکار. مجله پژوهش در علوم ورزشی، ۶(۲)، ۹۷-۱۱۲.
- مظلومی محمودآباد، سیدسعید. (۱۳۸۵). ارتباط بین اعتماد به نفس و خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی در دانشجویان علوم پزشکی شهید صدوقی یزد (۱۳۸۴). مجله گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، ۳(۲)، ۱۱۷-۱۱۱.
- نویدیان، علی، عابدی، محمدرضا؛ باغبان، ایران؛ فاتحی‌زاده، مریم و پورشریفی، حمید. (۱۳۸۸). اعتبار و روایی پرسشنامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن در افراد دارای وزن و چاق. مجله علوم رفتاری، ۳(۳)، ۲۲۲-۲۱۷.

- Baby, N., Vinayan, K. P., Pavithran, N., & Roy, A. G. (2018). A pragmatic study on efficacy, tolerability and long term acceptance of ketogenic diet therapy in 74 South Indian children with pharmacoresistant epilepsy. *Seizure*, 58, 41-46.
- Baird, J. P., McIntyre, R., & Theim, K. R. (2007). Effects of dieting history saliency on self-esteem and perceived body image in college women. *Appetite*, 49(1), 276-277.
- Brennan, L. (2016). Does motivational interviewing improve retention or outcome in cognitive behaviour therapy for overweight and obese adolescents? *Obesity Research and Clinical Practice*, 10(4), 481-486.
- Bruce, S., Devlin, A., Air, L., & Cook, L. (2017). Changes in quality of life as a result of ketogenic diet therapy: A new approach to assessment with the potential for positive therapeutic effects. *Epilepsy Behavior*, 66, 100-104.
- Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). self-efficacy in weight management. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 739-744.
- Dragone, D., & Savorelli, L. (2012). Thinness and obesity: A model of food consumption, health concerns, and social pressure. *Journal of Health Economics*, 31(1), 243-256.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Hallgren, K. A., Gaba, A., & Litt, M. D. (2018). Individual versus group female-specific cognitive behavior therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 88, 27-43.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Hahn, K., Heimberg, R., & Gross. (2013). Impact of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder on the neural dynamics of cognitive reappraisal of negative self-beliefs. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1048-1056.
- Goodman, I., Peterson-Badali, M., & Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*, 36(6), 660-668.
- Hirano, Y., Oguni, H., Shiota, M., Shikawa, A., & Osawa, M. (2015). Ketogenic diet therapy can improve ACTH-resistant West syndrome in Japan. *Brain Development*, 37(1), 18-22.
- Iannaccone, M., D'Olimpio, F., Cella, S., & Cotrufo, P. (2016). Self-esteem, body shame and eating disorder risk in obese and normal weight adolescents: A mediation model. *Eating Behaviors*, 21, 80-83.
- Li, J., Chen, J., Qin, Q., Zhao, D., & Sun, Y. (2018). Chronic pain and its association with obesity

- among older adults in China. *Archives of Gerontology Geriatric*, 76, 12-18.
- McClure, A. C., Tanski, S. E., Kingsbury, J., Gerrard, M., & Sargent, J. D. (2010). Characteristics Associated With Low Self-Esteem Among US Adolescents. *Academic Pediatrics*, 10(4), 244-246.
- Mohamed, S. M. (2017). Effect of cognitive behavioral treatment program on anxiety and self-esteem among secondary school students. *American Journal of Nursing Science*, 6(3), 193-201.
- Page, M. M., & Johnson, J. D. (2018). Mild suppression of hyperinsulinemia to treat obesity and insulin resistance. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 29(6), 389-399.
- Paul, L., Van Rongen, S., Van Hoeken, D., Deen, M., & Vander Heiden, C. (2015). Does cognitive behavioral therapy strengthen the effect of bariatric surgery for obesity? Design and methods of a randomized and controlled study. *Contemporary Clinical Trials*, 42, 252-256.
- Ravary, A., & Baldwin, M. W. (2018). Self-esteem vulnerabilities are associated with cued attentional biases toward rejection. *Personality and Individual Differences*, 126, 44-51.
- Rideout, T. C., Harding, S. V., Marinangeli, C. P. F., & Jones, P. J. H. (2010). Combination drug-diet therapies for dyslipidemia. *Translational Research*, 155(5), 220-227.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Book.
- Rossini, R., Moscatiello, S., Tarrini, G., DiDomizio, S., Soverini, V., & et al. (2011). Effects of cognitive-behavioral therapy for weight loss in family members. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(11), 1712-1719.
- Strang, S., Hoeber, C., Uhl, O., Koletzko, B., Munte, T. F., & et al. (2017). Impact of nutrition on social decision making. *PNAS Journal*, 114, 6510-6514.
- Vander Louw, E. J. T. M., Williams, T. J., Henry-Barron, B. J., Olieman, J. F., & Cervenka, M. C. (2017). Ketogenic diet therapy for epilepsy during pregnancy: A case series. *Seizure*, 45, 198-201.
- Wenzel, A. (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinical North American*, 40(4), 597-609.
- Wu, Q., & Liang, X. (2018). Food therapy and medical diet therapy of traditional Chinese medicine. *Clinical Nutrition Experimental*, 18, 1-5.