ORIGINAL ARTICLE

Effect of Family-based Cognitive Behavioral Therapy in Modification of Self-image Associated with Obesity among Children

Esmat Bayat[1],
Isaac Rahimian Boogar[2],
Seyavash Talepasand[3],
Parsa Yousefichaijan[4],
Zahra Hamidi[5]

[1] MSc Student in General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
[2] Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
[3] Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran
[4] Associate Professor, Department of Pediatric Nephrology, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
[5] MSc Student in Nutrition in Public Science, School of Public Health, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

(Received August 15, 2015 Accepted February 2, 2015)

Abstract

Background and purpose: The purpose of this study was to investigate the effect of family-based cognitive behavioral therapy in modification of self-image associated with obesity in children.

Materials and methods: A randomized controlled trial was performed in children with obesity (BMI $\geq 95^{th}$ percentile) aged 8-15 years old. Using convenience sampling, the participants were recruited from Children Hospital and Morsali clinic in Arak, Iran. They were randomly assigned to either the experimental group (n= 15) or control group (n= 15). The children in experimental group received family-based cognitive behavioral therapy (6 group sessions) and their parents attended 5 group sessions. All participants completed Body Parts Satisfaction Scale-Revised (BPSS-R) and Standard Figural Stimuli Scale (SFSS) in pretest, posttest and follow-up. BMI was calculated in all three stages.

Results: Family-based cognitive-behavioral therapy was found effective in improving the body parts satisfaction (P=0.023) and body image satisfaction (P=0.0001). The improvement maintained only in body image at follow-up (P=0.0001).

Conclusion: According to these results, family-based cognitive behavioral therapy is effective in modification of self-image in children.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT2014010116029N1)

Keywords: cognitive behavior therapy, body image, obesity, children

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(137): 115-127 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۳۷ خرداد سال ۱۳۹۵ (۱۲۷-۱۱۵)

تأثیر درمان شناختی- رفتاری خانواده مدار بر اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان

عصمت بیات[۱]
اسحق رحیمیان بوگر[۲]
سیاوش طالع پسند[۳]
پارسا یوسفی چایجان[۴]
زهرا حمیدی[۵]

چکیده

سابقه و هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری خانواده‌مدار بر اصلاح تصویر خود مرتبط باچاقی در کودکان بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی بود. ۳۰ کودک مبتلا به عارضه چاقی در بازه سنی ۸ تا ۱۵ سال و با شاخص توده بدنی بیش از صدک ۹۵ به صورت دردسترس از میان کودکان مراجعه کننده به بیمارستان اطفال و درمانگاه مرسلی در شهرستان اراک انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه مداخله (تحت درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار شامل ۶ جلسه گروهی برای کودکان و ۵ جلسه برای والدین، ۱۵ کودک) و گروه کنترل (۱۵ کودک) تقسیم شدند. کلیه شرکت‌کنندگان پرسشنامه رضایت از اعضای بدن و مقیاس محرک‌های تصویری استاندارد را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری (۲ ماه پس از اتمام مداخله) تکمیل کردند و شاخص توده بدنی آن‌ها در هر سه مرحله اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار به تغییراتی در رضایت از اعضای بدن (p=۰/۰۲۳) و تصویر بدن (p= ۰/۰۰۰۱) منجر شد. که این اثربخشی در مرحله پیگیری فقط در مولفه تصویر بدن ماندگار بود (p= ۰/۰۰۰۱).

استنتاج: برنامه درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار روش مؤثری برای اصلاح تصویر خود کودکان مبتلا به چاقی است.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۱۴۰۱۰۱۱۶۰۲۹N۱

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری خانواده مدار، تصویر خود، کودکان مبتلا به چاقی

مقدمه

تصویر خود به عنوان ادراک کلی هر شخص از خودش تعریف می‌شود و نقش مهمی در عملکردهای روانشناختی فرد دارد(۱) خودانگاره بدنی در پیامدهای روانشناختی و اجتماعی چاقی اهمیت دارد که به نوبه خود مشکلاتی را برای فرد ایجاد می‌کند(۲). اغلب چاقی و اضافه وزن با احساس زشتی، کند ذهنی و خودکنترلی پایین همراه است که موجب خودانگاره منفی و انزوای اجتماعی کودک چاق می‌شود. این انزوای اجتماعی از

مولف مسئول: اسحق رحیمیان بوگر- سمنان: دانشگاه سمنان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی E-mail: i_rahiman@semnan.ac.ir
۱. دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۳. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۴. دانشیار، گروه نفرولوژی اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۵. دانشجوی کارشناسی ارشد علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۵/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :۱۳۹۴/۹/۱۱ تاریخ تصویب : ۱۳۹۴/۱۱/۱۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

این جهت که کودک از خوردن به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای استفاده می‌کند، موجب تشدید چاقی می‌شود و ممکن است منجر به استمرار سبک زندگی ناسالم شود(۳). اختلاف بین وزن واقعی و وزن مطلوب بدن و عدم رضایت از این اختلاف منجر به اقدام برای تنظیم وزن می‌گردد(۴). والدین و همسالان، دو منبع مهم نفوذ اجتماعی کودکان هستند و نقش مهمی در رشد تصویر خود کودکان دارند(۵). اما تحقیقات اندکی درمورد ارزیابی واکنش والدین نسبت به وضعیت وزن کودکان (به‌عنوان مثال، پذیرش، نگرانی یا انتقاد) و تاثیر این واکنش‌ها در تصویر خود کودکان انجام شده است (۶،۵). با این حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهد واکنش والدین میانجی مهمی در رابطه بین وزن و تصویر خود کودک است و در طی سال‌های پیش‌دبستانی، حمایت آن‌ها در رشد خودانگاره بسیار مؤثر است(۵). با توجه به افزایش شیوع چاقی در دوران کودکی و تاثیر آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد و هم‌چنین بر جامعه، پیشگیری و درمان چاقی و مولفه‌های مرتبط با آن در کودکان از اهمیت زیادی برخوردار است(۳) پیشینه پژوهشی نشانگر محدودیت‌هایی در زمینه بررسی اثربخشی درمان‌های روانشناختی در اصلاح خودانگاره کودکان مبتلا به چاقی است. در پژوهش ابوالقاسمی و جعفری(۷) اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر تصویر بدنی و خودکارآمدی دختران مبتلا به پرخوری عصبی بررسی نمودند، نتایج حاکی از بهبود تصویر بدنی افراد بود. در پژوهشی که تاثیر درمان شناختی رفتای را روی تصویر بدنی کودکان ایرانی مبتلا به سرطان بررسی نمودند نتایج حاکی از عدم اثربخشی این مداخله بود. یکی از علل احتمالی آن در نظر نگرفتن نقش و حمایت خانواده‌ها در این امر مطرح شد(۸). در شواهد پژوهشی دیگر از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود نارضایتی از تصویر بدن در افراد چاق حمایت می‌کنند(۹). سبک و الگوی زندگی فرد در ایجاد سلامت فکر و بروز اختلال‌های روانپزشکی تاثیر دارد. تغذیه، فعالیت‌ها، افکار و باورهای افراد عناصر موثر بر سبک زندگی هستند(۱۱،۱۰). شواهد نشان می‌دهند درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده باعث بهبود سطح کیفیت زندگی و مولفه‌های مرتبط با آن هم‌چون سلامت روانی، شادکامی و برقراری تعاملات مناسب اجتماعی در کودکان چاق می‌شود(۱۲) و هم‌چنین این درمان سبب بهبود وضعیت رژیم غذایی و کاهش شکایات جسمانی در نوجوانان مبتلا به اضافه وزن و چاقی می‌شود(۱۳). مشارکت و همکاری تمام اعضای خانواده صرف نظر از نحوه درمان به کار رفته، بسیار مهم است(۱۴). برای درمان چاقی کودکان، مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر تغییر سبک زندگی، به همراه درگیر کردن و مشارکت والدین، بر مراقبت‌های استاندارد و خودیاری ارجح است(۳). در این راستا شواهد نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده در بهبود وضعیت کودکان مبتلا به اختلال وسواس جبری موثر می‌باشد(۱۵). به طور خلاصه برای درمان مشکلات کودکان چاق بیش‌تر مداخلات چند رشته‌ای توصیه می‌شود که بایستی شامل هر سه عنصر تغییر رژیم غذایی، ورزش و آموزش شناختی رفتاری باشد(۱۶). از آن‌جا که چاقی با ایجاد مشکلاتی همچون اختلال تصویر بدن، می‌تواند اثرات وخیمی را روی روان فرد به جای بگذارد، شناخت عوامل مؤثر بر چاقی کودکان و حذف و یا کاهش آن‌ها و هم‌چنین تقویت الگوهای صحیح زندگی می‌تواند راهی موثر برای مقابله با این مشکل باشد. از این رو، با توجه به موارد فوق و جایگاه ویژه کودکان به عنوان یکی از مهم‌ترین گروه‌ها برای برنامه‌ریزی مداخله‌ای باید به دنبال یک درمان کارآمد برای این افراد بود. اهمیت نقش والدین در شکل‌گیری تصویر خود کودکان (۱۸،۱۷،۶) و هم‌چنین عدم توجه به عوامل خانوادگی در درمان کودکان (۲۰،۱۹)، بیانگر وجود یک خلاء پژوهشی در این زمینه است علاوه بر این، اگرچه از نظر تئوری درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار در اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان موثر به نظر می‌رسد(۲۲،۲۱)، اما طبق بررسی‌ها نتایج پژوهشی مستحکمی در این زمینه در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

ایران یافت نشد.از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری خانواده‌مدار در اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان بود.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر برگرفته از بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد است که پس از تصویب کمیته تحصیلات تکمیلی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان با کد IRCT2014010116029N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت گردید. طرح پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی با گروه کنترل و پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش کودکان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به بیمارستان اطفال و درمانگاه مرسلی در شهرستان اراک بودند. حجم نمونه پژوهش ۳۰ کودک مبتلا به چاقی بود که به روش در دسترس انتخاب و با انتساب تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (۱۵نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به این مطالعه بازه سنی ۸ تا ۱۷ سال و شاخص توده بدنی بالاتر از صدک ۹۵ بود. بیماری‌های پزشکی و اختلالات روانشناختی زمینه‌ساز چاقی، دریافت مداخلات دیگر با تمرکز بر کاهش وزن و اصلاح خودانگاره معیوب از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. شرکت‌کنندگان از نظر سن و وضعیت اقتصادی همگن و از نظر جنس نیز همتا شده بودند. درمان برگرفته از مداخله شناختی رفتاری خانواده مدار Vos و همکاران(۳) بود. پس از ملاقات کودکان و خانواده‌های آن‌ها با کارشناس تغذیه، متخصص اطفال و روانشناس در جلسه گزینش، شیوه زندگی، میزان تحرک و ورزش، سابقه وزن و رژیم غذایی آن‌ها بررسی و مصاحبه بالینی ساختاریافته با کودکان (KID-SCID) انجام گردید. بعد از کسب رضایت از والدین، ۴۰ نفر از افراد واجد ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل (۲۰ نفر) گماشته شدند. اما قبل از شروع جلسه اول درمان به دلیل تعطیلی مدارس و فاصله زمانی بین جلسه گزینش و جلسه اول نمونه دچار افت شد و تعداد شرکت‌کنندگان به ۱۵ نفر در هر گروه کاهش یافت. درمان در یک فاز فشرده دو ماهه در بیمارستان امیرکبیر اراک توسط پژوهشگر طی ۶ جلسه گروهی ۲/۵ ساعته برای دو گروه کودکان ۸ تا ۱۰ سال و ۱۱ تا ۱۵ سال و در پنج جلسه برای والدین (مادران) و یک جلسه مشترک برای والدین و کودکان برگزار شد. پیگیری نیز بعد از اتمام مداخله و به مدت دو ماه بود. معیارهای اخلاقی پژوهش نظیر حفظ اسرار شرکت‌کنندگان و امکان ترک پژوهش در هر مرحله‌ای از درمان برای تمامی شرکت‌کنندگان برقرار بود. به گروه کنترل جهت دریافت مداخله پس از اتمام مرحله پیگیری اطمینان داده شد.

ساختار جلسات کودکان به شرح زیر بود:

جلسه اول: بیان انتظارات از درمان، اهمیت انجام تکالیف روزانه، آموزش شیوه پایش غذایی روزانه، شرح سیستم چراغ راهنمایی غذایی معرفی اعضای گروه به یکدیگر، اصول تنظیم وزن و توازن انرژی و مشخص نمودن اهداف درمانی قابل دست یابی.

جلسه دوم: آموزش عادت‌های صحیح غذا خوردن، انتخاب برنامه غذایی برای کودکان.

جلسه سوم: آموزش تکنیک‌های خودکنترلی، خودتنظیمی، کنترل محرک، خودپاداش‌دهی، مهارت‌های حل مساله و اهمیت ورزش کردن.

جلسه چهارم: آموزش سبک‌های مقابله‌ای در برخورد با دیگران و شیوه شناسایی و تصحیح خطاهای فکری.

جلسه پنجم: پرداختن به تصویر تن به عنوان یک مانع مهم در کاهش وزن، توضیح دور معیوب نارضایتی از تصویر تن و افزایش پرخوری و آموزش کنار آمدن با هیجان‌ها بدون استفاده از غذا به عنوان راه‌کار مقابله‌ای.

جلسه ششم: توضیح در رابطه با افزایش فعالیت و تغییرات بیشتر در عین پذیرش خویشتن، ایجاد سبک زندگی فعال و آموزش تکنیک های پیشگیری از عود

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

ساختار جلسات والدین به شرح زیر بود

جلسه اول: گفت‌و گو در مورد برنامه درمانی کودکان و انتظارات آن‌ها از درمان، ارائه اطلاعات راجع به تغذیه سالم، مقدار، زمان و مکان خوردن، آموزش نحوه پایش غذایی روزانه کودکان

جلسه دوم: آموزش نحوه بازخورد صحیح، حمایت و تقویت مثبت از سوی والدین، تشویق به ورزش و فعالیت برای همه اعضای خانواده و نظارت بر ورزش کودکان

جلسه سوم: آموزش سبک فرزندپروری سالم و ایجاد سبک زندگی سالم از طریق ایجاد رفتارهای سالم

جلسه چهارم: توضیح علت‌های روانی چاقی، گفتگو راجع به تصویر بدنی کودکان و بازخورد والدین در رابطه با این موضوع

جلسه پنجم: گفتگو در رابطه با نقش تک تک اعضای خانواده در درمان، تکرار مباحث جلسات گذشته و پاسخ به سوالات والدین.

کودکان و والدین در جلسه مشترک پایان دوره درمان را جشن گرفتند. غذاهای سالم برای کودکان در نظر گرفته شد و به کودکان آموزش داده شد چگونه با موقعیت‌های مشکل‌ساز (مناسبت‌ها و مهمانی‌ها) مقابله کنند. گروه کنترل نیز در اولین جلسه مشاوره تغذیه و توصیه‌هایی راجع به فعالیت بدنی دریافت نمودند، اما مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده را دریافت نکردند. هر دو گروه مقیاس رضایت از اعضای بدن و محرک‌های تصویری استاندارد را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون (پس از دو ماه) و پیگیری (پس از دو ماه از اتمام مداخله) تکمیل کردند و شاخص توده بدنی برای آن‌ها در هر سه مرحله اندازه‌گیری شد.

برای گردآوری داده‌های پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شد:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات کودکان در DSM-IV (KID-SCID): این ابزار یک مصاحبه نیمه‌ساختار یافته است که براساس SCID طراحی شده است و توسط متخصصین مجرب اجرا می‌گردد(۲۴،۲۳). در حمایت از روایی و پایایی Matzner KID-SCID و همکاران میزان کاپا را برای پایایی آزمون و بازآزمون در اختلالات رفتاری مخرب از ۰/۶۳ تا ۰/۸۴ و در اختلالات اضطرابی از ۰/۴۴ تا ۱/۰ گزارش کردند(۲۵). Trimbremont و همکاران نیز در پژوهش خود پایایی بین‌آزماینده را سنجیدند که نشان‌گر توافق مطلوب بین ایشان بود(۲۵).

شاخص توده بدنی (Body Mass Index: BMI): وزن کودکان با لباس سبک و بدون کفش با استفاده از ترازوی پزشکیseca و قد آن‌ها با متر نواری و برحسب سانتی‌متر اندازه‌گیری شد. سپس شاخص توده بدن از تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر محاسبه گردید و از منحنی صدک BMI استفاده شد.

مقیاس تجدید نظر شده رضایت از اعضای بدن: مقیاس تجدید نظر شده رضایت از اعضای بدن (Body Parts Satisfaction Scale-Revised (BPSS-R)؛ Petrie و Austin، ۱۹۹۷) نسخه اصلاح شده BPSS است که توسط برسچید، والستر و بورنستدت(۲۶) طراحی شده است و میزان نگرانی در مورد شکل بدن را اندازه می‌گیرد. نسخه اصلی BPSS شامل ۲۴ قسمت از بدن بود. پتری و اوستین تعداد آن‌ها را به ۱۴ گویه کاهش داده و فقط گویه‌هایی که بیش‌ترین رابطه را با نارضایتی از بدن داشتند، حفظ شدند(۲۶). مقیاس BPSS-R شامل ۱۵ گویه در مورد ده نقطه از بدن می‌باشد که شرکت‌کنندگان میزان رضایت خود را از بدن‌شان مشخص می‌کنند. شرکت‌کنندگان با استفاده از فرمت لیکرت، اعضای بدن مانند شانه‌ها، باسن، ران‌ها، پاها، و شکم را از ۱ (بسیار ناراضی) تا ۶ (بسیار راضی) ارزیابی می‌کنند. از جمع اندازه گویه‌ها برای هر یک از عامل‌ها و تقسیم بر ۷، عامل ۱ (رضایت از بدن) و تقسیم بر ۳، عامل ۲ (رضایت از چهره) و از حاصل جمع نمره‌های این دو عامل نمره کل رضایت از بدن به دست می‌آید. روایی همگرای گویه "رضایت‌کلی از اندازه و شکل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

بدن" که بر اساس تحقیقات قبلی اضافه شده است، با نمره کل رضایت از بدن برابر با ۰/۷ بود(۲۶). همسانی درونی برای BPSS-R با آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ برای رضایت از بدن و ۰/۷۲ برای رضایت از چهره مناسب‌تر است. در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۸۷ (قبل از سنجش) و ۰/۹۱ (بعد از سنجش) برای رضایت از بدن و ۰/۶۸ (قبل از سنجش) و ۰/۷۵ (بعد از سنجش) برای رضایت از چهره بود(۲۶). روایی سازه از طریق همبستگی‌های معنی‌دار بین میانگین نمره‌های رضایت از بدن برای عامل‌های رضایت از بدن و رضایت از چهره با آ) پرسشنامه روابط چند بعدی بدن- خود (به ترتیب r=۰/۷۵ و r=۰/۴۳؛ Brown، Cash و Mikulka، ۱۹۹۰) ب) پرسشنامه شکل بدن (به ترتیب r=-۰/۷۵ و r=-۰/۳۴؛ Cooper، Taylor، Cooper و Fairburn، ۱۹۸۷؛ Evans و Dolan، ۱۹۹۳) پرسشنامه نگرانی تصویر بدن (به ترتیب r=-۰/۷۵ و r=-۰/۳۴ ؛ Cash، ۱۹۹۴) مقیاس تجدیدنظر شده نگرانی رژیم غذایی (به ترتیب r=-۰/۶۰ و r=۰/۲۷؛ Herman و Polivy ۱۹۸۰) و مقیاس پرخوری (به ترتیب r=-۰/۳۷ و r=-۰/۲۶ ؛ Hawkins و Clement، ۱۹۸۰) نشان داده شد. نمرات پایین‌تر در رضایت از بدن نیز به طور معناداری با BMI (r=-۰/۳۲) و مقیاس تجدیدنظر شده نوسان وزن (r=-۰/۴۸؛ Herman و Polivy، ۱۹۸۰) همبستگی داشت(۲۶). اعتبار محتوایی و صوری مقیاس فوق با نظر دو متخصص تایید شد و پایایی مقیاس با بررسی ضرایب همسانی به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب مقیاس است.

مقیاس محرک های تصویری استاندارد

این مقیاس شامل ۹ تصویر از دختران و پسرانی می‌شود که از نظر اندامی در اندازه‌های مختلفی، از اندازه بسیارکم وزن تا بسیار سنگین وزن هستند. و به وسیله استنکارد برای مطالعه چاقی و لاغری ساخته شد(۲۷). این تصاویر به شرکت‌کنندگان ارائه می‌گردد و از آن‌ها خواسته می‌شود تا تعیین کنند کدام تصویر به وضعیت اندامی او شبیه‌تر است و در سوال دیگری از او پرسیده می‌شود که دوست دارد چگونه دیده شود و تفاوت بین پاسخ به این دو سوال، میزان رضایت فرد را نسبت به بدنش نشان می‌دهد(۲۷). به منظور بررسی روایی سازه و نیز ساختار عاملی این آزمون، از شیوه آماری تحلیل عاملی و روش تحلیل مولفه‌های اصلی استفاده شد. براساس این تحلیل مقدار عددی ضریب KMO، برابر با ۰/۶۳ و شاخص k^2 در آزمون بارتلت ۷۳۹/۲۵ به دست آمد که در سطح (p< ۰/۰۰۰۱) معنی‌دار بود و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی داشت. برای بررسی پایایی ۵۰ نفر از آزمودنی‌ها بعد از سه هفته مورد بازآزمایی قرار گرفتند. ضریب همبستگی به دست آمده میان دو بار آزمون برابر با ۰/۷۹ بود. هم‌چنین از روش ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب حاصل برای این مقیاس ۰/۷۵ بود(۲۷). تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS و به کمک روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌های مکرر انجام گرفت.

یافته ها

در این مطالعه ۳۰ کودک مبتلا به چاقی (۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه مداخله) در دامنه سنی ۸ تا ۱۵سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی گروه کنترل ۱/۹۲±۱۰ سال و میانگین سنی گروه مداخله ۲/۵۰±۱۱/۴۰ سال بود. هم‌چنین در هر دو گروه ۱۱ دختر (۷۳/۴ درصد) و ۴ پسر(۲۶/۶ درصد) شرکت داشتند. جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد رضایت از اعضای بدن و تصویر تن آزمودنی‌ها را در سه مرحله ارزیابی به تفکیک گروه کنترل و مداخله نشان می‌دهد.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری، ابتدا پیش فرض‌های آن از جمله آزمون ام باکس بررسی شد. جدول ام باکس این فرض را مورد آزمون

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد رضایت از بدن و تصویر تن به تفکیک گروه کنترل و آزمون

مؤلفه ها	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت از بدن	کنترل	پیش آزمون	۳/۷۴	۰/۶۵
		پس آزمون	۳/۴۰	۰/۵۳
		پیگیری	۳/۵۵	۰/۴۷
	مداخله	پیش آزمون	۳/۳۶	۰/۷۴
		پس آزمون	۳/۹۱	۰/۶۲
		پیگیری	۳/۷۴	۰/۵۶
تصویر تن	کنترل	پیش آزمون	۳	۱/۱۳
		پس آزمون	۳/۶۶	۰/۷۲
		پیگیری	۳/۵۳	۰/۹۱
	مداخله	پیش آزمون	۲/۹۳	۱/۰۳
		پس آزمون	۲/۰۶	۱/۱۶
		پیگیری	۲/۱۳	۰/۷۴

قرار می‌دهد که آیا ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. نتایج آزمون ام باکس با توجه به میزان (p=۰/۶۰۵ و F=۰/۹۳۰) نشان داد، که ماتریس کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف با یکدیگر برابرهستند. در گام بعدی برای استفاده از نتایج مربوط به تحلیل واریانس چند متغیری پیش فرض دیگری از آن یعنی مفروضه کرویت بررسی شد. نتایج آزمون موچلی برای هر دو مؤلفه مورد بررسی معنی‌دار بود (p<۰/۰۵). این بدان معنی است که مفروضه کرویت برای این مؤلفه‌ها صادق نیست. بنابراین برای رعایت این پیش فرض از اصلاح درجه آزادی استفاده شد. نتایج آزمون گرین هاوس گیسر در بررسی اثر درون آزمودنی‌ها درمؤلفه رضایت از اعضای بدن(p<۰/۰۰۰۱ و F=۲۴/۸۸۹) و برای مؤلفه تصویر تن (p<۰/۰۰۰۱ و F=۱۳/۲۹۱) به دست آمد. همچنین از آزمون لون جهت آزمون برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف آزمایش استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که واریانس خطا در مراحل مختف مداخله یکسان است. (پیش‌آزمون رضایت از بدن (p=۰/۸۶۰ و F= ۰/۰۳۲)، پس‌آزمون (p=۰/۹۱۰ و F= ۰/۰۱۳) و پیگیری (p=۰/۵۵۱ و F= ۰/۳۶۴)؛ پیش‌آزمون تصویر تن (p=۰/۴۳۲ و F= ۰/۶۳۶)، پس‌آزمون (p=۰/۴۵۰ و F= ۰/۵۸۶) و پیگیری (p=۰/۱۳۷ و F= ۲/۳۴۵). بنابراین با توجه به رعایت مفروضه‌ها، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های تکراری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. طبق جدول شماره ۲، یافته‌ها نشان می‌دهد که اثر زمان اندازه‌گیری بر ترکیب خطی مؤلفه‌های مورد بررسی معنی‌دار بود (λ=۰/۳۳۵، p<۰/۰۰۰۱، F=۷/۶۰۸، η^2= ۰/۶۶۵). نتایج این تحلیل با توجه به میزان F و سطح معنی‌داری نشان داد که این مدل‌ها در بررسی بین گروهی (گروه) و درون گروهی (زمان و اثر تعاملی زمان و گروه) بر مؤلفه‌های مورد بررسی اثر معنی‌داری دارد. براساس این نتایج به بررسی معنی‌داری و عدم معنی‌داری کل مدل و نیز تأثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیر وابسته خواهیم پرداخت. براساس نتایج جدول شماره ۳ مشخص شد که درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار تنها بر بهبود تصویر تن اثر داشته است و بر رضایت از اعضای بدن اثر معنی‌داری نداشته است. مقایسه زوجی اثر تعاملی زمان و گروه در مؤلفه رضایت از اعضای بدن نشان داد در مرحله پیش از مداخله بین دو گروه تفاوت اولیه معنی‌داری وجود نداشته است (p = ۰/۱۵۶) اما در مرحله پس آزمون تفاوت بین دو گروه معنی‌دار به دست آمد (p= ۰/۰۲۳). این یافته حاکی از آن است که مداخله آزمایشی بر رضایت از اعضای بدن اثر داشته است. به هر حال مقایسه دو گروه در مرحله پیگیری (۲ ماه پس از اتمام مداخله) نشان دهنده عدم تفاوت معنی‌دار بین هر دو آن‌ها است (p =۰/۳۲۸). به این ترتیب، شواهدی درمورد ماندگاری اثر مداخله در دسترس نیست. نمودار شماره ۱ میانگین مؤلفه رضایت از اعضای بدن را در سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

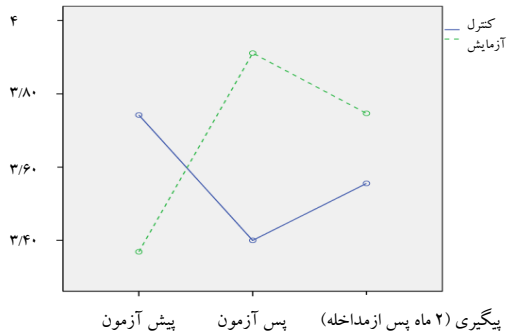
جدول شماره ۲: نتایج آزمون‌های چندمتغیره جهت بررسی معنی‌داری اثر بین گروهی و درون گروهی

اثر		ارزش	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
بین گروهی	گروه	لامبدای ویلکز	۰/۵۶۲	۶/۷۵۴	۰/۰۰۲	۰/۴۳۸
درون گروهی	زمان	لامبدای ویلکز	۰/۳۳۵	۷/۶۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۵
	زمان و گروه	لامبدای ویلکز	۰/۰۹۷	۳۵/۵۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۳

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

جدول شماره۳: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در مؤلفه‌های رضایت از اعضای بدن و تصویر تن در سه مرحله ارزیابی

	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
رضایت از اعضای بدن	۰/۲۷۰	۱	۰/۲۷۰	۰/۲۷۵	۰/۶۰۴	-
تصویر تن	۲۳/۵۱۱	۱	۲۳/۵۱۱	۱۱/۶۰۸	۰/۰۰۲	۰/۲۹۳



نمودار شماره ۱: میانگین مؤلفه رضایت از اعضای بدن درسه مرحله ارزیابی

در مؤلفه تصویر تن نیز نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت اولیه بین دو گروه در مرحله پیش آزمون معنی‌دار نیست (p=۰/۸۶۸)، اما در مرحله پس آزمون و پیگیری (۲ ماه پس از اتمام مداخله) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p=۰/۰۰۰۱) براین اساس مشخص می‌شود که اثر مداخله شناختی رفتاری خانواده‌مدار بر بهبود تصویر تن منجر به تفاوت معنی‌دار پس از ارائه مداخله بین دو گروه شده است و همچنین این اثربخشی در مرحله پیگیری (۲ ماه پس از اتمام مداخله) نیز ماندگار بوده است (p=۰/۰۰۰۱). نمودار شماره ۲ میانگین مؤلفه رضایت از تصویر تن را در سه مرحله ارزیابی ارائه می‌دهد.



نمودار شماره ۲: میانگین مؤلفه تصویر تن در سه مرحله ارزیابی

بحث

پیرو هدف مطالعه حاضر مبنی بر تاثیر درمان‌شناختی رفتاری خانواده‌مدار در اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله حاضر بر بهبود رضایت از اعضای بدن اثربخش بوده اما اثر آن تداوم نداشته است. نتایج پژوهش با پژوهش‌های Butters و Cash (۲۸)،almeira و همکاران(۲۹)، Marco و همکاران(۳۰) همسو است. این پژوهش‌ها اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در تغییر جنبه‌های شناختی و عاطفی ناکارآمد تصویر بدنی منفی را تایید کردند. پژوهش Diamond و Josephson (۳۱)، نشان داد برای بسیاری از اختلالات، درمان‌های خانواده‌مدار یک مداخله موثر می‌باشد. درگیر کردن والدین در روند درمان و کاهش الگوهای رفتاری ناسالم در محیط خانواده منجر به تعامل بهتر در درمان، اثربخشی و حفظ دستاوردهای درمان می‌شود)(۳،۳۱). خودانگاره مفهومی چندبعدی است و رضایت از اعضای بدن یکی از مولفه‌های آن به شمار می‌آید(۵). نارضایتی از بدن به عنوان یک عامل خطر مهم در اختلال خوردن به شمار می‌رود و در درک رفتارهای کاهش وزن اهمیت دارد(۳۲-۳۴). در میان افراد بسیار چاقی که به دنبال جراحی برای رفع مشکل خود هستند، بهبود ظاهر بدنی و نه سلامتی، محرک اصلی برای کاهش وزن است(۳۵). درمان نارضایتی از تصویر بدن از روی مدل درمان شناختی رفتاری ترسیم شده است. بیشتر مطالعات از اثربخشی این درمان حمایت می‌کنند(۲۹،۱۳،۹،۳).

یافته‌های پژوهش Pallan و همکاران(۳۶) از این ایده حمایت کرد که حتی در سنین پایین، کودکان از اندازه بدن خود و برخی هنجارهای اجتماعی آگاهی دارند و کودکان دارای اضافه وزن درجات بالایی از نارضایتی از بدن را تجربه می‌کنند. به‌طوری‌که بین چاقی، نارضایتی از شکل بدن، مشکلات بهداشت روان و رفتارهای ناسالم ارتباط وجود دارد(۳۷). یافته‌های مطالعهOzmen و همکاران(۳۸) نشان داد بهزیستی روانی نوجوانان بیشتر به

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

رضایت از بدن آن‌ها مرتبط است تا به وضعیت واقعی وزن آن‌ها. در رابطه با اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی برخانواده در بهبود تصویر بدنی نتایج نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده تفاوت معنی‌داری را در پس آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و کنترل ایجاد کرده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسو است(۴۰،۳۹،۳۲،۳۰،۲۹،۹،۳). یافته‌های پژوهش‌ها از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود تصویر بدن حمایت کردند و نشان دادند درمان شناختی رفتاری برای افراد با درجات متفاوت از اختلال تصویر بدنی مناسب است.

اگرچه مطالعه‌ای متناقض با نتایج این مطالعه وجود نداشت، اما این مطالعات همسو از لحاظ روش شناختی، ابزار استفاده شده و نیز نحوه نمونه یابی با مطالعه حاضر متفاوت بوده اند و نیز در جوامع دیگری انجام گرفته‌اند و از طرفی مسائل فرهنگی نقش مهمی در مسأله مورد بررسی در این مطالعه دارند.

در تبین یافته‌های مطالعه در دو ابزار که هر دو در ارتباط با خودانگاره بدنی هستند، می‌توان گفت تصویر بدنی به عنوان یکی از اجزای اصلی خودانگاره دارای ابعاد روانی- اجتماعی مهمی است و تحت تأثیر مداخلات روانشناختی قرار می‌گیرد(۴۱). هم‌چنان که Lee و همکاران(۴۲) نشان دادند، چاقی و عوامل مرتبط با آن همچون اضافه وزن، پرخوری و تلاش برای کاهش وزن همه نشانه‌هایی از نقص در تصویر بدنی در افراد چاق می‌باشد. بر اساس نظریه شناختی- رفتاری، درجه‌ی ارزیابی افراد از ظاهر خود بستگی به طرحواره‌هایشان در رابطه با ظاهر بدنی دارد(۴۳) و از آن‌جا که تصویر بدنی معیوب بیش‌تر بازتاب شناخت‌های مرتبط با ظاهر است تا واقعیت بدنی، به نظر می‌رسد این مساله موضوع مناسبی برای برنامه‌های درمان شناختی رفتاری باشد برنامه درمان شناختی رفتاری با شناسایی خطاهای منطقی و تحریفات شناختی مربوط به ظاهر بدنی و اصلاح آن‌ها از طریق تکنیک‌های شناختی به‌طور معنی‌داری سطوح بالای اشتغال ذهنی مراجعین را در رابطه با ظاهرشان کاهش می‌دهد(۲۸). در این زمینه، Cooper و همکاران(۴۴) استدلال می نمایند که مداخلات متمرکز بر افکار و رفتارهای مربوط به تصویر بدن، سودمندی بالایی در بهبود رضایت از تصویر بدن دارند.

از سوی دیگر BMI نقش علی مهمی در تجربه خودانگاره منفی در کودکان دارای اضافه وزن دارد(۴۵). نتیجه این پژوهش همسو با شواهد قبلی است که در نتایج آن‌ها بهبود رضایت از تصویر بدن از پیامدهای مهم مداخلات کاهش وزن بوده است(۴۶-۴۹) در واقع کاهش وزن به تنهایی یکی عامل مهم در بهبود وضعیت رضایت از تصویر تن در افراد می باشد. هم‌چنین، برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند واکنش پدر و مادر نسبت به وضعیت وزن کودکان (به عنوان مثال، پذیرش، نگرانی، یا انتقاد) میانجی مهمی در رابطه بین وضعیت وزن و تصویر خود است(۵). در بسیاری از مطالعات بر نقش عوامل روانی درون خانواده در سبب‌شناسی و پیامدهای روانی اجتماعی چاقی توجه محدودی شده است. در این راستا چندین مطالعه ارتباط معنی‌داری را بین غفلت والدین و چاقی کودکان نشان داده‌اند(۵۰). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده از طریق کمک به خانواده‌ها در جهت تغییر سبک زندگی با استفاده از تکنیک‌های مختلف شناختی و رفتاری، موجب کاهش اضافه وزن و بهبود وضعیت جسمی و بهداشت روانی کودکان چاق می‌گردد(۵۳،۳-۵۱).

مداخلات مبتنی بر خانواده به عنوان استاندارد طلایی در درمان چاقی کودکان در نظر گرفته می‌شود. با توجه به نقش والدین به عنوان اشخاص با نفوذ و الگوهای عینی برای رفتارهای مرتبط با وزن کودکان، مشارکت آن‌ها در این درمان‌ها ضروری است. پزشکان در این موقعیت‌ها، تغذیه و فعالیت کودکان را به طور غیر مستقیم از طریق والدین تحت تاثیر قرار می‌دهند. با بزرگتر شدن و کسب استقلال بیش‌تر کودکان تعامل مستقیم با آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. نظربه این‌که محیط

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

خانه و روابط خانوادگی نقش کلیدی در تغییر رفتاردارد، دیگر اعضای خانواده نیز به مشارکت در درمان تشویق می‌شوند(۵۲) در واقع والدین از طریق تغییر شیوه فرزندپروری و هم‌چنین مدیریت عملکرد خانواده تاثیر مهمی در ساخت سبک زندگی سالم برای کودکان خود دارند(۵۴) از این‌رو به منظور تنظیم یک شیوه زندگی سالم، باید الگوهای فکر کردن، میزان فعالیت بدنی و رفتار خوردن کودکان چاق و خانواده آن‌ها باید تغییر یابد. برای اثربخشی درازمدت درمان لازم است تا راهبردهای مقابله‌ای و مهارت‌های اجتماعی به کودکان چاق با اعتماد به نفس ضعیف و خودکنترلی پایین آموزش داده شود(۳). مشارکت والدین و حمایت آن‌ها نیزدر موفقیت درمان سهم بسزایی دارد(۳) از آن‌جا که طرحواره‌های مربوط به اعضای بدن نسبتا دیرپا و مستحکم هستند لذا مداخله‌های طولانی‌تر قابلیت ایجاد تغییر پایدار را دارند. در مجموع، نتایج حاصل از مقیاس درجه‌بندی شکل بدن و پرسشنامه رضایت از بدن بیانگر اثربخشی درازمدت درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار در بهبود تصویر تن کودکان مبتلا به چاقی و اثربخشی کوتاه مدت در رضایت از اعضای بدن بود و در نهایت می‌توان این چنین استنباط کرد که درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار در اصلاح تصویر خود کودکان مبتلا به چاقی مؤثر بوده است اما تقویت این مداخله به منظور تداوم اثرات این درمان در طولانی مدت ضروری است. این پژوهش واجد محدودیت‌هایی نیز می باشد. دوره پیگیری به دلیل نداشتن زمان کافی کوتاه بود. به علت آغاز درمان بعد از تعطیلی مدارس و فاصله بین جلسه گزینش و جلسه اول درمان در ابتدای درمان ریزش نمونه رخ داد. لذا حجم کوچک نمونه باعث محدودیت در تعمیم یافته‌ها می‌شود. عدم حضور پدران در جلسات والدین به دلیل شرایط شغلی تاثیر جلسات را تا حدی کاهش داد و با توجه به حضور دو گروه سنی متفاوت ناگزیر به تشکیل دو گروه مجزا شدیم.

به منظور رفع محدودیت‌هایی که ذکر شد پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی دقیق‌تر و وارسی میزان تعمیم پذیری یافته‌ها، پژوهش‌هایی با تعداد آزمودنی‌های بیشتر انجام گیرد و پیگیری‌های طولانی مدت نیز به منظور تعیین اثربخشی درمان و پایداری نتایج در درازمدت صورت گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های تکمیلی با مورد توجه قرار دادن نقش جنسیت و سن و همتاسازی بر اساس BMI انجام گیرد. در مطالعات مربوط به کودکان جهت پاسخ‌دهی دقیق تر از ابزارهای غیرخودگزارشی نظیر مصاحبه‌های مربوط به تصویرتن استفاده شود. اجرای پژوهش‌های مشابه روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر و انجام درمان روی یک گروه واحد ازپیشنهادات کاربردی دیگر دراین پژوهش می‌باشد.

References

1. Simons J, Capio CM, Adriaenssens P, Delbroek H, Vandenbussche I. Self-concept and physical self-concept in psychiatric children and adolescents. Res Dev Disabil 2012; 33(3): 874-881.
2. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. Body Image 2004; 1(1): 43-56.
3. Vos RC, Wit JM, Pijl H, Kruyff CC, Houdigk EC. The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment in children with obesity: study protocol for a randomized controlled trial. Trials 2011; 12: 110.
4. Ip K, Jarry JL. Investment in body image for self-definition results in greater vulnerability to the thin media than does investment in appearance management. Body Image 2008; 5(1): 59-69.
5. Davison KK, Birch LL. Processes Linking weight status and self- concept among girls

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

from ages 5 to 7 years. Dev Psychol 2002; 38(5): 735-748.

6. Davison KK, Birch LL. Weight Status, Parent Reaction, and Self-Concept in Five-Year-Old Girls. Pediatrics 2001; 107(1): 46-53.
7. Abolghasemi A, Jafari E. The Effectiveness of Dialectical Behavi or Therapy on Body Image and Self-Efficacy in Girls with Bulimia Nervosa. J Clin Psychol 2012; 4(2)(14): 29-37.
8. Rajabi S, Hashemi J, Pezeshk S. Developing and Assessing the Effectiveness of Cognitive -Behavioral Programs on Body Image in Children with Cancer. MEJDS 2013; 4(9): 28-35.
9. Sarwer DB, Thompson JK, Cash TF. Body image and obesity in adulthood. Psychiatr Clin North Am 2005; 28(1): 69-87.
10. Finelli G, Gallipoli P, Celentano E, Cacace G, Saldalamacchia G, De Caprio C, et al. Assessment of physical activity in an outpatient obesity clinic in southern Italy. Nutr Metab Cardiovasc Dis 2005; 16(3): 168-173.
11. Bibiloni Mdel M, Pich J, Pons A, TUR JA. Tur A. Body image and eating patterns among adolescents. BMC Public Health 2013; 13: 1104.
12. Vos RC, Huisman SD, Houdijk EC, Pijl H, Wit JM. The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment on health-related quality of life in childhood obesity. Qual Life Res 2012; 21(9): 1587-1594.
13. Tsiros MD, Sinn N, Brennan L, Coates AM, Walkley JW, Petkov J, et al. Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. Am J Clin Nutr 2008; 87(5): 1134-1140.
14. Crocker MK, Yanovski JA. Pediatric Obesity: Etiology and treatment. Endocrinol Metab Clin North Am 2009; 38(3): 525-548.
15. Marien WE, Storch EA, Geffken GR, Murphy TK. Intensive family-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: applications for treatment of medication partial-or nonresponders. Cogn Behav Pract 2009; 16(3): 304-316.
16. Christensen JR, Faber A, Ekner D, Overgaard K, Holtermann A, Søgaard K. Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers-a randomized controlled trial. BMC Public Health 2011; 11: 671.
17. Smolak L, Levine MP, Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. Int J Eat Disord 1999; 25(3): 263-271.
18. Pierce JW, Wardle J. Self esteem, parent appraisal and body size in children. J Child Psychol Psychiatry 1993; 34(7): 1125-1136.
19. Wilfley DE, Kolko RP, Kass AE. Cognitive Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorders in Children and Adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2011; 20(2): 271-285.
20. Ward DS, Vaughn AE, Bangdiwala KI, Campbell M, Jones DJ, Panter AT, et al. Integrating a family-focused approach into child obesity prevention: Rationale and design for the My Parenting SOS study randomized control trial. BMC Public Health 2011; 11: 431.
21. Tsiros MD, Sinn N, Coates AM, Howe PR, Buckley JD. Treatment of adolescent overweight and obesity. Eur J Pediatr 2008; 167(1): 9-16.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

22. Epstein LH, Wing RR, Woodall K, Penner BD, Kress MJ, Koeske R. Effects of family-based behavioral treatment on obese 5- to 8-year-old children. Behavior Therapy 1985; 16(2): 205-212.
23. Roelofs J, Muris P, Braet C, Arntz A, Beelen I. The structured clinical interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Kid-SCID): First psychometric evaluation in a Dutch sample of clinically referred youths. Child Psychiatry Hum Dev 2015; 46(3): 367-375.
24. Chang G, Ratichek SJ, Recklitis C, Syrjala K, Patel S, Harris L, et al. Children's psychological distress during pediatric HSCT: Parent and child perspectives. Pediatr Blood Cancer 2012; 58(2): 289-296.
25. van Steensel FJ, Bogels SM, de Bruin EI. Psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorders: A Comparison with Children with ADHD. J Child Fam Stud 2013; 22(3): 368-376.
26. Varnado JL. The effects of media exposure on body satisfaction, beliefs about attractiveness, mood and bulimic symptomatology among college women. USA: University of North Texas; 2000.
27. Zanjani Z, Goudarzi MA. Validity and reliability of Standard Figural Stimuli Scale in group of students in Shiraz, southern Iran. Journal of Fundamentals of Mental Health 2008; 10(2)(38): 149-155 (Persian).
28. Butters JW, Cash TF. Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. J Consult Clin Psychol 1987; 55(6): 889-897.
29. 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): 187-193.
30. MarcoJ H, Perpina C, Botella C. Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: One year follow-up. Psychiatry Res 2013; 209(3): 619-625.
31. Diamond G, Josephson A. Family-based treatment research: A 10-Year Update. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005; 44(9): 872-887.
32. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-Behavioral Body Image Therapy for Body Dysmorphic Disorder. J Consult Clin Psychol 1995; 63(2): 263-269.
33. Tan S-Y, Yew W-P. The relationship between body dissatisfaction and eating disorder among exercisers. SEGi Review 2012; 5(1): 132-156.
34. Carter-Edwards L, Bastian LA, Revels J, Durham H, Lokhnygina Y, Amamoo MA, et al. Body image and body satisfaction differ by race in overweight postpartum mothers. J Womens Health (Larchmt) 2010; 19(2): 305-311.
35. Wadden TA, Sarwer DB, Arnold ME, Gruen D, Oneil PM. Psychosocial status of severely obesity patients before and after bariatric surgery. Problem in General Surgry 2000; 17(2): 13-22.
36. Pallan MJ, Hiam LC, Duda JL, Adab P. Body image, body dissatisfaction and weight status in south asian children: a cross-sectional study. BMC Public Health 2011; 11: 21.
37. Chen L-J, Fox KR, Haase AM. Body shape dissatisfaction and obesity among Taiwanese adolescents. Asia Pac J Clin Nutr 2008; 17(3): 457-460.
38. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cetinkaya AC, Sen N, Dundar PE, et al. The association of self-esteem, depression and body satisfaction

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]

with obesity among Turkish adolescents. BMC Public Health 2007; 7: 80.

39. Rosen JC, Saltzberg E, Srebnik D. Cognitive behavior therapy for negative body image. Behavior Therapy 1989; 20(3): 393-404.
40. Rosen JC, Cado S, Silberg NT, Srebnik D, Wendt S. Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. Behavior Therapy 1990; 21(4): 481-498.
41. Brown B. Body image and femininity. Br J Med Psychol 2001; 59: 279-287.
42. Lee W, Kim S, cho Y. Obesity-related quality of life and distorted self-body image in adults. Appl Res Qual Life 2013; 8(1): 87-100.
43. Hrabosky JI, Cash TF, Veale D, Neziroglu F, Soll EA, Garner DM. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. Body Image 2009; 6(3): 155-163.
44. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. Cognitive behavioral treatment of obesity: A clinician's guide. New York: Guilford Press; 2003.
45. Hesketh K, Wake. M, Waters E. Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. Int J Obes Relat Metab Disord 2004; 28(10): 1233-1237.
46. Sarwer DB, Grossbart TA, Didie ER. Beauty and society. In: Kaminer MS, Dover JS, Arndt KA, editors. 3rd ed. Atlas of cutaneous aesthetic surgery. Philadelphia: WB Saunders; 2001.
47. Heinberg LJ, Thompson JK, Matzon JL. Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: is some distress beneficia? Stiegel-Moore RH, Smolak L, (eds). Eating disorders: innovative directions in research and practice. Washington (DC): American Psychological Association, 2001.
48. Riley NM, Bild DE, Cooper L, Schreiner P, Smith DE, Sorlie P, et al. Relation of self-image to body size and weight loss attempts in black women. Am J Epidemiol 1998; 148(11): 1062-1068.
49. Levy AS, Heaton AW. Weight control practices of US adults trying to lose weight. Ann Intern Med 1993; 119(7 pt 2): 661-666.
50. Lissau I, Sorenson TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. Lancet 1994; 343(8893): 324-327.
51. Danielsena YS, Nordhusa IH, Júlíusson PB, Mæhled M, Pallesena S. Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7—13): A randomised waiting list controlled. Obes Res Clin Pract 2013; 7(2): e116—e128.
52. Skelton JA, Buehler C, Irby MB, Grzywacz JG. Where are family theories in family-based obesity treatment?: conceptualizing the study of families in pediatric weight management. Int J Obes 2012; 36(7): 891-900.
53. Kelishadi R, Azizi-Soleiman F. Controlling childhood obesity: A systematic review on strategies and challenges. J Res Med Sci 2014; 19(10): 993-1008.
54. Wen LM, Simpson JM, Baur LA, Rissel C, Flood VM. Family functioning and obesity risk behaviors: Implications for early obesity intervention. Obesity (Silver Spring) 2011; 19(6): 1252-1258.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-05]