

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of the Girls Afflicted with Obesity

Maryam Fouladvand, Hojatollah Farahani, Friborz Bagheri, Mahsa Fouladvand

اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری در درمان دختران مبتلا به چاقی

مریم فولادوند^۱، حجت الله فراهانی^۲، فریبرز باقری^۳، مهسا فولادوند^۴

پذیرش نهایی: ۹۱/۳/۲۸

پذیرش اولیه: ۹۰/۱۲/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۲/۲۰

Abstract

The main purpose of the article is to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of high school girls afflicted with obesity. This study, as a type of multiple baseline design, was carried out in two phases (losing weight and keeping weight) on four female high school students afflicted with obesity. Before the treatment sessions started, special tools such as evolutionary checking list and eating disorder questionnaire were used. At the beginning of each treatment session, sick people were weighed and their data were shown through data visual analysis, charting and calculation of the recovery rate. The results showed that cognitive-behavioral therapy of obesity was effective in losing and keeping the weight of the obese adolescents.

Keywords: Obesity, Body mass index, Cognitive-behavioral treatment.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان رفتاری - شناختی در درمان نوجوانان مبتلا به چاقی است. این مطالعه در یک کار آزمایشی تک آزمودنی از نوع طرح خط پایه‌ی چند گانه فرایند درمان، در دو فاز کاهش و ابقای وزن، بر روی چهار بیمار دختر دبیرستانی چاق انجام شد. در ابتدای شروع جلسات درمانی از ابزاری چون چک لیست ارزیابی و پرسشنامه اختلالات خوردن استفاده شد. در این مطالعه در ابتدای هر جلسه درمان، وزن کثی بیماران انجام می‌شد. داده‌ها به کمک تحلیل دیداری، رسم نمودار و محاسبه میزان بهبودی و اثر ارایه گردید. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری چاقی در کاهش و ابقای وزن بیماران نوجوان مبتلا به چاقی مؤثر بوده است.

کلید واژه‌ها: چاقی، شاخص توده بدن، درمان شناختی رفتاری.

۱. (نویسنده مسئول) کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - واحد علوم تحقیقات تهران. (maryam.fouladvand@yahoo.com)

۲. استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.

۳. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - واحد علوم تحقیقات تهران.



مقدمه

رایج‌ترین انحراف از تعادل حیاتی در غذا خوردن - حداقل در انسان‌ها - چاقی است. چاقی، یک بیماری مزمن است که زمینه را برای بسیاری از بیماری‌ها به ویژه اختلالات قلب و عروق و دیابت فراهم می‌سازد و خیلی زود ظرفیت کار و توانایی افراد را کاهش داده، آنها را در مقابل بیشتر بیماری‌ها آسیب پذیر می‌سازد. عوارضی که چاقی ایجاد می‌کند باعث کاهش طول عمر افراد می‌گردد. اضافه وزن و چاقی، اکنون یکی از مهمترین مشکلات بهداشت عمومی در جهان می‌باشد (خدایانه، ۱۳۸۹).

شیوع چاقی از نیمه‌ی اول قرن بیستم رو به افزایش نهاد. گسترش شهرنشینی و شیوه‌ی زندگی صنعتی، سبب افزایش شیوع چاقی شده است و اکنون نیم بلیون از جمعیت جهان چاق محسوب می‌شوند. مشکل چاقی نه تنها در کشورهای توسعه یافته بلکه در کشورهای در حال توسعه نیز افزایش یافته است (نصیری رینه و سالارکیا، ۱۳۸۶).

چاقی یک بیماری چند عاملی است که علاوه بر عوامل ژنتیکی، با رژیم پرکالری و چرب و فقدان فعالیت بدنی همراه است. در صورتی که عوامل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی نیز رژیم غذایی و فعالیت بدنی و در نتیجه وضعیت وزن را تحت تأثیر قرار می‌دهند (هوت، پارادیس و لیدوکس، ۲۰۰۴).

چاقی یک اختلال روانی نیست و در اغلب موارد پیامد فرایندهای روانشناختی نابهنجار نیز محسوب نمی‌شود، اما این مسأله در بسیاری از افراد مبتلا به آن اضطراب گسترده‌ای ایجاد می‌کند. واکنش جوامع کنونی نسبت به چاقی یکی از دلایل اصلی این اضطراب به شمار می‌آید. شیوع فزاینده‌ی چاقی، هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه، ما را به تمرکز بر تأثیر متقابل روان، شناخت و اضافه وزن رهنمون می‌کند. بنابراین چاقی یک مسأله عمده سلامتی است. چاقی کودکی و بزرگسالی در جوامع غربی شایع و در حال افزایش می‌باشد (کوپرو فیبرورن، ۲۰۰۱) همه‌گیر شناسان، در بیش از ۳۰ سال گذشته یک روند پایایی را به سمت شیوع فزاینده چاقی در

اروپا، ایالات متحده آمریکا، آسیا و خاورمیانه شناسایی کردند (فیلد، بارنویا و گلدتیز، ۲۰۰۲). چاقی حالتی است که در آن مقدار بافت چربی (که از یک وضعیت تعادل بین انرژی دریافتی و انرژی مصرفی ناشی می‌شود) خیلی زیاد است. چاقی می‌تواند به وسیله روش‌های گوناگون سنجیده شود، اما روشی که به صورت گسترده تری مورد استفاده قرار می‌گردد و به آسانی قابل دسترس است شاخص توده بدن (BMI) می‌باشد. BMI در افراد بالغ به شدت با میزان چربی بدن ارتباط دارد. به ندرت افرادی که توده ماهیچه‌ای زیادی دارند، ممکن است BMI بالایی را بدون بیماری‌های وابسته به چاقی داشته باشند (براونل، وادن و فلان، ۲۰۰۵). بررسی‌های جدید به پیوند چاقی با کارکردهای شناختی ضعیف اشاره دارد (الایس و همکارانش، ۲۰۰۳، جی انگ، نم، سان، چو، ۲۰۰۵ و آهارت، ۲۰۰۶). مسأله کنترل چاقی موضوع پیچیده‌ای است و در آن اختلاف نظر زیاد است. از آنجا که چاقی یک پدیده پیچیده و چند عاملی است و در علل و پیامدهای آن عامل‌های زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی دخالت دارد، در نتیجه کنترل و درمان آن از حیطة یک رشته واحد خارج است. شناسایی درمان‌های به لحاظ تجربی حمایت شده می‌تواند به تثبیت بیشتر نقش مداخله‌های روانشناختی، به عنوان قسمتی از رویکردهای میان رشته‌ای برای کنترل و درمان چاقی کمک نماید. حجم زیادی از پژوهش‌های درمانی وجود دارد، منتهی اکثر آنها دارای نارسایی‌های روش‌شناختی مهمی هستند (گلنی، ام آرا، ملویل، شلدون و ویلسون، ۱۹۹۷).

در کل سه رویکرد عمده مبتنی بر شواهد برای درمان وجود دارد:

۱- درمان جراحی: این روش برای بیمارانی که به شدت دچار اضافه وزن هستند، برای مثال افراد با شاخص توده بدن ۴۰ یا بیشتر ($BMI \geq 40$) توصیه شده است (همایش انستیتوهای ملی برای ایجاد میثاق بهداشتی^۱، ۱۹۹۲؛ به نقل از کوپر و فیبرورن، ۲۰۰۱).

^۱ National institutes of health consensus development Conference



انتظار داشته باشد به دنبال ۱۰ کیلوگرم کاهش وزن احساسی از اعتماد به نفس بیشتر را تجربه کند، اما در عمل یا فقط ۵ کیلوگرم از وزنش می‌کاهد و یا هیچ‌گونه احساس متفاوتی درباره اعتماد به نفس در خودش احساس نمی‌کند. در نتیجه، اقدام‌های کاهش وزن رها می‌شوند. دومین دلیل مرتبط با دلیل نخست، برای کوتاهی در ابقای کاهش وزن، این است که وقتی بیمار به اهداف یا مزیت‌های مورد انتظارش دست نمی‌یابد، نیاز به فراگیری مهارت‌های لازم در خصوص ابقای وزن پایین‌تر جدید را نادیده می‌انگارد و به جای آن عادت‌های خوردن و رفتارهای قبلی از سر گرفته می‌شود و به این ترتیب وزن کاسته شده دوباره بر می‌گردد (کوپرو فیربورن، ۲۰۰۱).

برپایه این تحلیل شناختی-رفتاری از افزایش دوباره وزن، رویکرد جدیدی برای درمان چاقی به وجود آمد. این رویکرد برای به حداقل رساندن افزایش دوباره وزن، که عموماً به دنبال کاهش وزن پیش می‌آید و به منظور غلبه بر موانع روانشناختی جهت فراگیری و پای بندی دراز مدت به رفتار مؤثر کنترل وزن، طرح ریزی شد. در این درمان سه موضوع اصلی مورد توجه قرار گرفت: اول آنکه، درمان به بیماران کمک کند تا کاهش وزنی را که به آن دست نیافته‌اند بپذیرند و ارزشیابی کنند، دوم آنکه پذیرش ثبات وزن و نه کاهش آن را به عنوان هدف تشویق کنند؛ و سوم آنکه به بیماران کمک کند تا مهارت‌های رفتاری و پاسخ‌های شناختی مورد نیاز برای کنترل موفقیت آمیز وزن را فرا گیرند و پس از آن به کار بندند (کوپر، فیربورن و هاوکر، ۲۰۰۳).

چون کاهش وزن ۱۰-۵٪ می‌تواند توسط بسیاری از بیماران حاصل شود و همچنین، این مقدار کاهش با ارزش است، چالش برای کسانی که در حال ایجاد درمان‌های جدیدی برای چاقی هستند این است که چگونه از افزایش دوباره وزن، که هم بر اثر دارو درمانی و هم رفتار درمانی رخ می‌دهد، به بهترین وجه پیشگیری به عمل آورند و یا آن را به حداقل برسانند. یک گزینه، درمان دراز مدت یا حتی نامحدود می‌باشد (پری و کورسیکا ۲۰۰۲). ترکیب پیامد و خیم چاقی و شروع به سرعت فزاینده آن به این معنی است که چاقی

۲- دارو درمانی^۱: درمان دارویی، در بیمارانی که به درمان تمکین می‌کنند، به ۱۰-۵٪ کاهش وزن منجر می‌شود (گروه ضربت ملی^۲ در زمینه پیشگیری و درمان چاقی، ۱۹۹۶؛ برای، بوچارد و جیمز، ۱۹۹۸). بنابراین داشتن یک اثر دیرپا برای دارو درمانی مستلزم آن است که درمان به طور نامحدود ادامه یابد که این مسأله موجب نگرانی است، چون چندین مطالعه درازمدت درباره ایمنی و اثربخشی این داروها انجام شده است.

۳- درمان رفتاری: این شکل از درمان در دهه ۱۹۶۰ به وجود آمد و در طی زمان پالایش یافت (فوستر، نورنبرگ، لوبت، ۱۹۹۲؛ استورات، ۱۹۶۷). معمولاً یک برنامه رفتاری نوعی که رژیم غذایی ۱۲۰۰ کالری در روز را در بر می‌گیرد، در آن گروه از بیمارانی که درمان را کامل می‌کنند (حدود ۸۰٪) به کاهش وزنی در حدود ۱۰٪ وزن اولیه بدن منجر می‌شود (ونینگ، ۲۰۰۲). براساس شواهد و مستندات دو درمان غیر جراحی در خصوص چاقی، در میان کامل‌کنندگان درمان، حدود ۱۰٪ کاهش وزن به وجود آورد ولی وقتی که درمان متوقف می‌شود با افزایش دوباره وزن کاسته شده، همراه است (کوپر و فیربورن، ۲۰۰۱). با توجه به این مسأله تنها کاهش وزن مسأله نیست، بلکه بیشتر، نتایج دراز مدت ضعیف درمان رفتارهای چاقیست، که مسأله ساز است. به تازگی رویکرد جدیدی برای توجیه شناختی-رفتاری چاقی به وجود آمده است (شافران و دی سیلوا ۲۰۰۵). رویکرد جدید بر عامل‌هایی که در افزایش دوباره وزن، پس از کم کردن موفقیت آمیز آن، دخالت دارد متمرکز می‌شود. مطابق رویکرد شناختی-رفتاری، بیماران دچار چاقی که وزن کم کرده‌اند در حفظ حالت بهبودی‌شان به دو دلیل شکست می‌خورند: اول آنکه به اهداف کاهش وزن‌شان به طور کامل (یا به عبارتی به میزان دلخواه وزن کم نکرده‌اند) و نیز هویت مورد انتظار ناشی از دست‌یابی به کاهش وزن‌شان دست نیافته‌اند (هدف‌های اولیه^۳). برای مثال، بیمار ممکن است

1. Pharmacotherapy

2. National task force

3. Primery goals



مطالعات انجام شده در خصوص درمان شناختی رفتاری: رفتار درمانی شناختی پیشگیری از عود به عنوان یکی از شایع ترین و موفق ترین درمان های الحاقی^۱ برای اختلالات اعتیادی و غیر اعتیادی مطرح است (میشل و همکاران، ۲۰۰۰؛ رافمن و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از مارلات و والکر، ۲۰۰۵). بنابراین با توجه به روند رو به گسترش استفاده از شیوه های جدید درمان های روانشناختی در کنترل اختلالات روانشناختی از یک سو و توجه درمانگران به بهره گیری از روش های کم هزینه که بتواند در کمترین زمان به پاسخ لازم برسد از سوی دیگر، استفاده از درمان شناخت درمانی می تواند زمینه جدیدی را در کنترل چاقی در ایران فراهم کند. علاوه بر این، مطالعه در زمینه ی میزان اثر گذاری این روش درمانی، در کاهش پیامدها و عوارض هیجانی، شناختی و عصب روانشناختی در مقایسه با سایر روش های درمانی بیشتر است، که می تواند در پژوهش های آتی مد نظر قرار گیرد، از این رو پژوهش حاضر موضوعی نسبتاً جدید است که می تواند هم در زمینه درمان و هم در زمینه شناخت دقیق تر اختلال، مؤثر باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری در درمان نوجوانان مبتلا به چاقی است.

فرضیه های پژوهش:

- ۱- درمان شناختی - رفتاری در طی فرایند درمان به کاهش وزن در دختران مبتلا به چاقی منجر می شود.
- ۲- درمان شناختی - رفتاری چاقی در طی فاز ابقای وزن درمان، به ثبات وزن بدن در دختران مبتلا به چاقی منجر می شود.

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی - از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل و مرحله ی پیگیری است. جمعیت هدف^۲ پژوهش حاضر شامل دختران چاق دبیرستانی است که در دبیرستان های منطقه ۲ آموزش و پرورش شهر تهران که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ تحصیل می کرده اند. نمونه

با پیشی گرفتن از سیگار کشیدن و نوشیدن الکل همراه با اثرات پزشکی و مالی مربوط به آن، به طور انحصاری تبدیل به پرهزینه ترین مشکل سلامتی در ایالات متحده شده است (هندرسون و براونل، ۲۰۰۴).

طبق تحقیق انجام شده توسط رجوعی در سال ۱۳۷۷ اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر مشکلات روانی ۴۰ زن نا بارور مورد بررسی قرار گرفت. مداخله شناختی رفتاری برای بهبود ویژگی های روانی، سلامت عمومی، شیوه های مقابله و حالت های اضطرابی مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل واریانس نتایج نشان داد که در همه مقیاس های مورد نظر در نتیجه مداخله درمانی بین دو گروه آزمایشی و گروه کنترل اختلاف معناداری وجود داشت که نشان دهنده اثربخشی درمان شناختی رفتاری بود.

طبق تحقیق انجام شده توسط خدایانه در سال ۱۳۸۹ مبتنی بر عملکرد افراد مبتلا به چاقی در کارکردهای اجرایی نتیجه بدست آمده نشان داده است که این نتایج با یافته های قبلی همخوانی دارد و افراد مبتلا به چاقی، از مشکلات شناختی آشکاری رنج می برند، به عبارتی گروه چاق و گروه درمان شده نسبت به گروه بهنجار در آزمون دسته بندی کارت های ویسیکانسین دارای عملکرد ضعیف تری بودند.

کارتر و فیروبون (۱۹۹۸) در پژوهشی آزمایشی به بررسی نقش خودیاری شناختی رفتاری در درمان اختلالات خوردن پرداختند. راهنمای آماری تشخیصی DSM-TV و مقیاس سنجش اختلال خوردن ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش بودند. تحلیل واریانس انجام شده نشان داد که زنان در دو گروه خودیاری پس از درمان نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری در اختلال خوردن نشان دادند. پیگیری ها نشان داد که زنان هر دو گروه خودیاری، نسبت به گروه کنترل بهبودی معناداری را نشان دادند. همچنین زنان گروه خودیاری هدایت شده نسبت به گروه خودیاری صرف بهبودی بیشتری نشان دادند. به طور کلی نتایج حاکی از آن بود که خودیاری هدایت شده نسبت به خودیاری صرف نتایج بهتری را به همراه داشت.

^۱ Adjuncts

^۲ target population



می‌باشد. سؤالات این فهرست به منزله خطوط راهنما در کار قضاوت بالینی است، و باید به وسیله افرادی که آموزش بالینی مناسب و تجربه در کار تشخیص و درمان شناختی- رفتاری دارند، اجرا گردد. مدت زمان لازم برای اجرا حدود ۴۰ الی ۶۰ دقیقه بوده است. چک لیست ارزیابی، پرسشنامه نبوده و تنها برای جمع‌آوری اطلاعات از شرکت‌کنندگان در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. این چک لیست توسط دکتر خیرا... صادقی ترجمه و سپس توسط دو روانشناس بالینی مسلط به زبان انگلیسی تأیید شده است.

پرسشنامه اختلالات خوردن؛ پرسشنامه EAT-26 (گارنر، اولمستد، بوهر و کارفینکل، ۱۹۸۲)؛ دارای ۲۶ ماده است که هر ماده دارای پاسخ ۶ گزینه‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، خیلی اوقات، بندرت و هرگز) بر اساس مقیاس لیکرت^۷ می‌باشد. این پرسشنامه در سطح وسیعی به عنوان یک ابزار غربال‌گری خودسنجی برای نگرش‌ها و رفتارهای بیمارگون خوردن بکار می‌رود. این پرسشنامه رفتارهای کم‌خوری^۸، اشتغال ذهنی با غذا، بی‌اشتهایی، پر‌اشتهایی و نگرانی در مورد چاق بودن را اندازه‌گیری می‌کند (ملونی، مک‌گایر و دانلیز، ۱۹۹۸). بررسی اعتبار محتوایی^۹ فرم فارسی EAT، حاکی از اعتبار محتوای مطلوب این آزمون می‌باشد. روایی EAT با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است (نوبخت، ۱۳۷۷).

به دنبال پیدا کردن تعدادی دانش‌آموز چاق بر اساس گفته‌های والدین و همچنین تشخیص ظاهری چاقی ملاقاتی با آنها صورت گرفت و طی آن قرار ملاقات بعدی (جلسه صفر) تعیین گردید. در جلسه بعدی محاسبه شاخص توده بدن (BMI) و همچنین دادن چک لیست اختلال‌های خوردن (ED) و انجام مصاحبه بالینی نیمه ساخت یافته برای ارزیابی و سرند اختلال‌های روانی هم بود، نمونه موردنظر (۴ دختر مبتلا به چاقی که از معیارهای ورود به پژوهش برخوردار بودند) انتخاب شدند. سپس برای گرفتن تاریخچه وزن، اقدام‌های

پژوهش با بهره‌گیری از روش نمونه‌برداری آسان^۱، از بین این جمعیت در دسترس افرادی که مبتلا به چاقی بودند ($BMI \geq 30$) انتخاب شدند و سرند اولیه برای گزینش نمونه‌های دارای معیارهای ورود^۲، انجام گرفت. در صورت تأیید معیارهای پژوهش، برای مداخله شناختی- رفتاری، تاریخچه‌ای از مشکل وزن بر اساس چک لیست ارزیابی^۳ (کوپروفیربورن و هاوکر، ۲۰۰۳) از بیمار گرفته و وی را در جریان پژوهش (منطق، ساختار و سبک درمان) قرار داده و فرم رضایت^۴ آگاهانه و کتبی در اختیارش قرار داده شد. در صورت اعلام موافقت و امضای فرم مذکور، بیمار به عنوان نمونه پژوهش وارد درمان گردیده و در نهایت بر اساس معیارها و روش‌های پیش گفته، ۴ بیمار دختر که دچار چاقی بودند، انتخاب گردیدند. فرضیه‌های این پژوهش با استفاده از کارآزمایی آزمایشی تک آزمودنی^۵ متشکل از طرح خط پایه چندگانه در میان چندین آزمودنی^۶ مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار

در این پژوهش از ابزارهای زیر برای انتخاب بیماران، گردآوری داده‌ها و فرضیه‌های پژوهش استفاده شده است:

شاخص توده بدن (BMI)؛ شاخص توده بدن از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه شده است. وزن با استفاده از ترازوی دیجیتالی با حساسیت ۱۰۰ گرم سنجیده و قد نیز با استفاده از یک متر نواری غیر قابل اتساع به دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شده است.

چک لیست ارزیابی؛ این چک لیست (فهرست وارسی)؛ به وسیله کوپر، فیبر بودن و هاوکر (۲۰۰۴) ساخته شده، و موضوع‌هایی را که برای پوشش دادن مفید هستند فهرست می‌کند. تمرکز اصلی سؤال‌ها بر تاریخچه وزن بیمار، اقدام‌های کاهش وزن، اهداف وزن، نگرش‌های مربوط به شکل و وزن بدن

1. convenient sampling

2. inclusion criteria

3. Assessment checklist

4. consent

5. single – subject experimental trail

6. multiple- baseline design across subjects

7. likert scale

8. Dieting

9. content validity



تکالیف خانگی، تعیین دستور کار برای بقیه جلسه فرآوری مطالب دستور کار، واگذاری تکالیف خانگی، خلاصه سازی نکات عمده تحت پوشش در جلسه و دریافت بازخورد از بیمار بود. اجرای درمان ۱۱ ماه وقت گرفت و به صورت فردی اجرا شد. این درمان دارای ۲ فاز بود: یک فاز کاهش وزن و یک فاز ابقای وزن. هدف فاز نخست هم کاهش وزن بود (مدول های I-IV) و هم پرداختن به موانع بالقوه برای پذیرش ابقای وزن (مدول های V-VIII) فاز یک تا ۳۰ هفته نخست درمان (جلسه هیجدهم) امتداد یافت. هدف فاز دوم (مدول IX) ثبات وزن و فراگیری مهارت های ابقای آن بود، و حدود ۱۴ هفته به طول انجامید. این درمان شامل راهبردها و روش هایی بود که در قالب مجموعه ایی از «مدول» های درمان سامان یافته بود (نه مدول). این مدول ها به طور پیاپی (یا به موازات هم) معرفی شدند و به شیوه ایی انعطاف پذیر، متناسب با نیازهای یک بیمار خاص، مورد بهره برداری قرار گرفتند. درمان مرکب از ۲۴ جلسه (به اضافه یک جلسه ارزیابی اولیه)، با گستردگی بیش از ۴۴ هفته و با الگوی زمانی قرار ملاقات های متغیر بود. جلسه ها هر هفته یک بار برای ۶ هفته اول، پس از آن هر دو هفته یک بار تا هفته ۳۸، و بالاخره دو جلسه پایانی هر سه هفته یک بار تا هفته ۴۴ تشکیل شد، تا این که بیماران فرصتی برای اداره خودشان تا قبل از پایان درمان پیدا کنند. به استثنای جلسه ارزیابی که بیش از ۲ ساعت وقت گرفت، بقیه جلسه ها بین ۴۵ الی ۶۰ دقیقه بود. گفتنی است که بیماران در همین فواصل زمانی و با تعیین وقت قبلی برای برگزاری جلسات به مدرسه (به یکی از اتاق هایی که مدیر در اختیار ما قرار داده بود) مراجعه می کردند، حتی در بعضی مواقع با مادرشان در جلسه درمان حاضر می شدند و

کاهش وزن، اهداف وزن و نگرش این چهار دختر مبتلا به چاقی در خصوص شکل و وزن بدنشان، چک لیست ارزیابی شناختی- رفتاری اجرا گردید. پس از انجام سرند اولیه و اجرای چک لیست ارزیابی، در صورت تمایل بیماران برای شرکت در طرح درمان با روش CBT رضایت نامه آگاهانه از آنان اخذ شد. گفتنی است که بیماران قبل از اعلام رضایت توصیف درمانی کوتاهی را از درمان شناختی- رفتاری چاقی، که در بر دارنده مطالبی همچون هدف از پژوهش، روش اجرای طرح، فایده مطالعه برای بیمار و درمان های جایگزین موجود بود، می خواندند و آنگاه تصمیم به شرکت می گرفتند.

برای اجرای انفرادی درمان شناختی- رفتاری چاقی در مورد دختران چاق، برای بیمار اول یک هفته خط پایه تشکیل شد و در مرحله خط پایه وزن بیمار اندازه گرفته شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله گر احتمالی طبق اصولی طرح های خط پایه چندگانه، در جلسه دوم بیمار اول، بیمار دوم وارد طرح درمان شد؛ و به همین ترتیب در جلسه سوم بیمار اول و جلسه دوم بیمار دوم، طرح درمان در مورد بیمار سوم آغاز گردید، تا این که چهار بیمار یکی پس از دیگری وارد طرح درمان شدند. همچنین بیمار در هر جلسه، پیش از شروع درمان، وزن می شد و عدد روی ترازو جلوی بیمار در نمودار وزن وی یادداشت می گردید.

فرآیند درمان

درمان شناختی- رفتاری چاقی برای هر فرد بیمار با ارزیابی شناختی- رفتاری، صورت بندی شخصی مشکل، توضیح منطق، ساختار و پیامد احتمالی درمان آغاز می شد. چارچوب استاندارد جلسه های بعدی، شامل وزن کشی بیمار، مرور یادداشت ها و

جدول ۱. مقایسه ی وزن بیماران (برحسب کیلوگرم) و درصد بهبودی آنها

میزان بهبودی بهبودی کلی	جلسه های درمان																											
	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴			
اول	۹۸	۹۷/۵	۹۷/۲	۹۷/۱	۹۶/۶	۹۶/۳	۹۶/۲	۹۵/۹	۹۵/۵	۹۵/۲	۹۵	۹۴/۶	۹۴/۹	۹۴/۵	۹۴/۳	۹۳/۱	۹۳/۵	۹۲/۸	۹۲/۸	۹۲/۸	۹۱/۶	۹۱	۹۰/۹	۹۰/۸	۹۰/۵	۹۰/۵	۹۰/۵	
دوم	۹۶/۹	۹۶/۵	۹۵/۷	۹۵/۱	۹۴/۴	۹۴/۱	۹۳/۱	۹۳/۵	۹۳/۵	۹۲/۷	۹۲/۱	۹۱/۶	۹۱/۱	۹۰/۷	۹۰/۵	۸۹/۸	۸۹/۲	۸۸/۳	۸۸/۳	۸۸/۵	۸۷/۷	۸۷/۱	۸۶/۳	۸۶/۳	۸۶/۱	۸۵/۷	۸۵/۷	۸۵/۷
سوم	۸۶/۲	۸۵/۲	۸۵/۲	۸۵/۲	۸۴/۵	۸۴/۳	۸۴/۳	۸۴/۵	۸۴/۲	۸۴/۱	۸۳/۹	۸۳/۱	۸۳/۶	۸۳/۴	۸۳/۴	۸۳/۱	۸۲/۹	۸۲/۹	۸۲/۷	۸۲/۶	۸۲/۸	۸۲/۵	۸۲/۴	۸۲/۴	۸۲/۴	۸۲/۳	۸۲/۳	۸۲/۳
چهارم	۷۹/۲	۷۸/۸	۷۸/۵	۷۸/۴	۷۸/۵	۷۸/۳	۷۷/۵	۷۷/۲	۷۷/۲	۷۷/۳	۷۷/۴	۷۷/۳	۷۷/۲	۷۷/۱	۷۷/۸	۷۷	۷۶/۸	۷۶/۷	۷۶/۶	۷۶/۵	۷۶/۵	۷۶/۳	۷۶/۳	۷۶/۲	۷۶/۲	۷۶/۱	۷۶/۱	۷۶/۱



جدول ۲. موقعیت A بیماران

بیمار	موقعیت A	مقدار نقاط
	جلسه	۰
بیمار ۱	مقدار نقاط داده‌ها	۹۸
بیمار ۲	مقدار نقاط داده‌ها	۷۶/۹
بیمار ۳	مقدار نقاط داده‌ها	۷۹/۲
بیمار ۴	مقدار نقاط داده‌ها	۷۹/۲

وزن بیماران متفاوت است.

فرضیه دوم؛ در فرضیه دوم این فرض مطرح شده بود که درمان شناختی - رفتاری چاقی در طی فاز ابقای وزن درمان به ثبات وزن دختران بیمار مبتلا به چاقی منجر می شود.

از داده‌های جلسه هیجدهم تا بیست و چهارم، چنین برمی آید که تغییرات وزن بیماران خارج از نوسان‌های طبیعی هفتگی وزن نیست. همین طور نتایج نشان می دهد فاز ابقای وزن، نشان می دهند که دامنه ی تغییرات وزن بیماران در محدوده ی چهار کیلوگرم از مقدار میانگین قرار دارد؛ یعنی، در داخل محدوده ی خطوط ریل^۱.

در کل داده‌های حاصله فرضیه ی دوم پژوهش را تأیید می کنند، یعنی درمان شناختی - رفتاری چاقی به ثبات وزن بیماران مبتلا به چاقی منجر شده است. نمودار ۲ این ثبات نسبی را نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش دست یابی به شواهد تجربی در زمینه ی کاربرد درمان شناختی - رفتاری چاقی، و تعیین اثربخشی آن در درمان دختران مبتلا به چاقی است. بدین منظور، اثر درمان شناختی - رفتاری چاقی بر روی دختران چاق را با استفاده از یک طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه ی چندگانه بر روی چهار بیمار دختر دبیرستانی (نوجوان) چاق بررسی کردیم. در ابتدا، فرضیه ی یکم پژوهش، مبنی بر تأثیر درمان شناختی - رفتاری چاقی بر کاهش وزن مورد آزمون قرار گرفت. در این طرح‌ها، در فاز کاهش وزن درمان، شیب منحنی‌های مربوط درصدهای بهبودی نشانگر آن است که با ارایه ی درمان از وزن بیماران کاسته شده است. میزان کاهش وزن در دو بیمار، بیمار اول و دوم از نظر بالینی معنی دار بود (به ترتیب ۷٪، ۱۴٪)، اما در وزن بیمار سوم و چهارم کاهش بالینی معنی داری پدید نیامد، به ترتیب (۴٪ و ۳٪). به هر حال، درمان شناختی - رفتاری چاقی به کاهش کلی ۷٪ از وزن اولیه ی بدن منجر

در پیشبرد درمان مشارکت فعال داشتند. پروتکل درمان، مدول‌ها و فعالیت‌های مربوط به آنها سبک و ساختار درمان و چارچوب جلسات از کتاب «درمان شناختی - رفتاری چاقی: راهنمای عملی برای متخصصان بالینی ترجمه دکتر خیرالله صادقی» (کوپر و فیربودن و هاوکر، ۲۰۰۳) اقتباس شده است.

یافته‌ها

جدول ۱ وزن هر یک از بیماران را قبل از شروع مداخله (خط پایه)، فاز کاهش وزن (ناحیه ی تیره) و در فاز ابقای وزن درمان نشان می دهد.

نتایج جدول ۱ وزن بیماران (برحسب کیلوگرم) و درصد بهبودی آنها را طی ۲۴ جلسه نشان می دهد.

نتایج جدول ۲ نشان می دهد موقعیت A بیمار ۱ به میزان ۹۸ بیشتر از سایر بیماران بوده است.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد موقعیت B بیمار ۱ به میزان ۹۵/۰۷ بیشتر از سایر بیماران بوده است.

نتایج نشان می دهد موقعیت C بیمار ۱ به میزان ۹۰/۸۸ بیشتر از سایر بیماران بوده است.

فرضیه ی یک؛ در این فرضیه پیش بینی شده بود که درمان شناختی - رفتاری چاقی در طی فاز کاهش وزن به کاهش وزن دختران بیمار مبتلا به چاقی منجر می شود.

اطلاعات جداول ۱، ۲، ۳ و ۴ اثر بخشی نسبی مداخله ی درمان شناختی - رفتاری چاقی را در کاهش وزن بیماران نشان می دهند. مجموع این داده‌های کمی و نمودارها فرضیه ی یک پژوهش را تأیید می کند، یعنی درمان شناختی - رفتاری چاقی به کاهش وزن بیماران مبتلا به چاقی منجر شده است. با این حال، مقایسه ی درصدهای بهبودی هر یک از بیماران حاکی از آن است که اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری چاقی در کاهش

^۱. Treamlines



جدول ۳. موقعیت B بیماران

جلسه	میانگین موقعیت B	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸
مقدار نقاط داده‌های بیمار ۱	۹۵/۰۷	۹۷/۵	۹۷/۲	۹۷/۱	۹۶/۶	۹۶/۳	۹۶/۲	۹۵/۹	۹۵/۵	۹۵/۲	۹۵	۹۴/۶	۹۴/۹	۹۴/۵	۹۳/۵	۹۳/۱	۹۲/۵	۹۲/۸	۹۲/۹
مقدار نقاط داده‌های بیمار ۲	۷۲/۲۱	۷۶/۵	۷۵/۷	۷۵/۱	۷۴/۷	۷۴/۱	۷۳/۵	۷۳/۱	۷۳/۵	۷۳/۲	۷۲/۷	۷۲/۱	۷۱/۶	۷۱/۱	۷۰/۷	۷۰/۵	۶۹/۸	۶۹/۲	۶۸/۳
مقدار نقاط داده‌های بیمار ۳	۷۷/۶۳	۷۸/۹	۷۸/۸	۷۸/۵	۷۸/۴	۷۸/۵	۷۸/۳	۷۸/۲	۷۷/۵	۷۷/۷	۷۷/۴	۷۷/۳	۷۷/۲	۷۷/۱	۷۶/۸	۷۶/۷	۷۶/۷	۷۶/۶	۷۶/۵
مقدار نقاط داده‌های بیمار ۴	۷۷/۶۳	۷۸/۹	۷۸/۸	۷۸/۵	۷۸/۴	۷۸/۵	۷۸/۳	۷۸/۲	۷۷/۵	۷۷/۷	۷۷/۴	۷۷/۳	۷۷/۲	۷۷/۱	۷۶/۸	۷۶/۷	۷۶/۷	۷۶/۶	۷۶/۵

جدول ۴. موقعیت C بیماران

جلسه	میانگین موقعیت C	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴
مقدار نقاط داده‌های بیمار ۱	۹۰/۸۸	۹۱/۶	۹۱	۹۰/۹	۹۰/۸	۹۰/۵	۹۰/۵
مقدار نقاط داده‌های بیمار ۲	۶۶/۹	۶۸/۵	۶۷/۷	۶۷/۱	۶۶/۳	۶۶/۱	۶۵/۷
مقدار نقاط داده‌های بیمار ۳	۷۶/۳۱	۷۶/۶	۷۶/۵	۷۶/۳	۷۶/۲	۷۶/۱	۷۶/۱
مقدار نقاط داده‌های بیمار ۴	۷۶/۳۱	۷۶/۶	۷۶/۵	۷۶/۳	۷۶/۲	۷۶/۱	۷۶/۱

جدول ۵. میزان اندازه اثر برای بیماران بر اساس جلسات

بیمار	جلسات	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	
اول	مقدار اندازه اثر	۰/۵۱	۰/۸۱	۰/۹۱	۱/۴	۱/۷	۱/۸	۲/۱	۲/۵	۲/۸	۳/۰۶	۳/۴	۳/۱	۳/۵	۴/۵	۵	۵/۶	۵/۳	۵/۳	۵/۳	۶/۵	۷/۱	۷/۲	۷/۳	۷/۶	۷/۶
دوم	مقدار اندازه اثر	-/۵	۱/۵	۲/۳	۲/۸	۳/۶	۴/۴	۴/۹	۵/۷	۵/۴	۶/۲	۶/۸	۷/۵	۸/۰۶	۸/۳	۹/۲	۱۰/۱	۱۰/۷	۱۱/۱	۱۱/۱	۱۰/۹	۱۱/۹	۱۲/۷	۱۳/۷	۱۴/۴	۱۴/۵
سوم	مقدار اندازه اثر	۰/۲	۰/۵	۱/۱	۱/۶	۱/۹	۲/۲	۱/۹	۲/۳	۲/۴	۲/۶	۳/۰۱	۳/۷	۳/۲	۳/۴	۳/۵	۳/۸	۳/۵	۳/۲	۳/۲	۳/۹	۴/۱	۴/۲	۴/۱	۴/۴	۴/۵
چهارم	مقدار اندازه اثر	-/۳	-/۵	-/۸	۱/۰۱	۱/۰۸	۱/۱	۱/۲	۱/۸	۲/۱	۲/۲	۲/۳	۲/۵	۲/۶	۲/۳	۲/۳	۲/۴	۲/۲	۲/۲	۲/۲	۳/۲	۳/۴	۳/۴	۳/۶	۳/۷	۳/۹

آمیز بودند، لیکن ابقای دراز مدت وزن کاسته شده ناپایدار بود (وادن، ۱۹۹۳). به همین جهت در طول دهه‌ی ۱۹۹۰ پژوهشگران تغییرات کوچک در وزن و رفتار را به عنوان پیامدهای درمانی معقول^۳ پیشنهاد کردند (فوستر و کندال، ۱۹۹۴).

برقراری اهداف عقلایی به جای وزن‌های آرمانی (ایده آل) یک تغییر پارادایمی بنیادی^۴ برای نحوه‌ی انتخاب درمان، رایج و ارزیابی آن به شمار می‌آید (فوستر، ۱۹۹۵). شواهد زیادی وجود دارد که از چنین تغییری حمایت به عمل می‌آورد. شاید محکم‌ترین آنها این است که بسیاری از بیماری‌های مرتبط با چاقی، همچون انواع دیابت فشار خون بالا و هیپرلیپیدمی با کاهش‌های ناچیز ۵ تا ۱۰ درصدی وزن بدن - حتی وقتی بسیاری از بیماران به طور قابل ملاحظه‌ای دچار اضافه وزن هستند - به طور معنی‌داری بهبود یافته‌اند (بلک بورن، ۱۹۹۵). سایر عامل‌های حمایت‌گر برای کنار گذاشتن وزن‌های ایده آل شامل شناسایی نقش عامل‌های زیستی و تکوینی (ژنتیک) در تنظیم وزن بدن (بوچارد، ۱۹۹۴؛ استانکارد و وادن،

شد. این یافته با ضوابطی که از سوی انستیتو پزشکی ایالات متحده آمریکا (IOM، ۱۹۹۵) برای ارزیابی برنامه‌های کنترل وزن تعیین شده و موفقیت درمان را به عنوان «کاهش ۵ تا ۱۰ درصدی وزن که حداقل به مدت یک سال حفظ شده باشد» می‌داند؛ و همین طور، با گزارشی که از سوی کالج سلطنتی پزشکی انگلستان^۲ (۱۹۹۸) انتشار یافته و «کاهش وزن موفقیت‌آمیز را به عنوان یک کاهش بیش از ۵٪ وزن اولیه تعریف می‌کند» همسان می‌باشد. به طور سنتی، هدف درمان چاقی ساده و روشن بوده است: کاهش وزن بدن تا دسترسی به ایده آل، آن گونه که به وسیله‌ی نمودارهای قد و وزن مشخص شده است. همین منطق درمانی بود که در دهه‌ی ۱۹۸۰ پژوهشگران را برانگیخت تا انواع گوناگونی از مداخله‌ها، همچون دارو درمانی و برنامه‌های غذایی خیلی کم‌کالری (یعنی، کالری مصرفی زیر ۸۰۰ کیلو کالری در روز) را با مداخله‌ی رفتاری، به منظور ایجاد کاهش‌های بیشتر وزن ترکیب نمایند (براونل و جفری، ۱۹۸۷). اقدام‌ها برای ایجاد چنین کاهش‌هایی موفقیت

^۳ Reasonable

^۴ A dramatic paradigm shift

^۱ US Institute of Medicine

^۲ UK Royal College of physicians

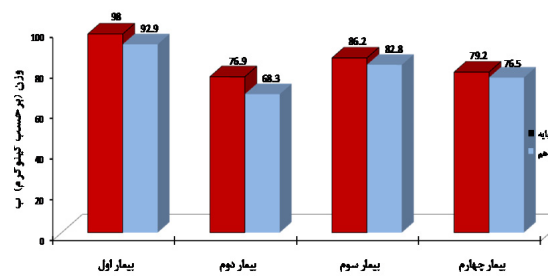


(خدمات پژوهشی کشاورزی^۲، ۱۹۹۵). موضوع مورد توجه این است که بیماران چاق به جای تلاش برای دست یابی به وزن های «ایده آل»، در جستجوی کاهش اندک (معقول) در وزن هدف شان باشند، و اگر چه مفهوم هدف وزن های معقول «هم محسوس و هم انسانی» است، لیکن چنین هدف هایی با انتظارات بیماران همسان نیستند. انتظارات بیمار و میزانی که آنها برآورده می شوند احتمالاً خودکارآمد و عود را تحت تأثیر قرار می دهد. با فرض نتایج یکسان مطالعات ارزیابی کننده ی پیامد درمان های چاقی (پری و فولر، ۱۹۹۵) به نظر می رسد به جای تلاش برای ابداع درمان هایی به منظور افزایش کاهش وزن، کمک به بیماران جهت پذیرش پیامدهای کاهش وزن ناچیز مناسب تر باشد (به نقل از فوستر، وادن، وگت و بریور، ۱۹۹۷).

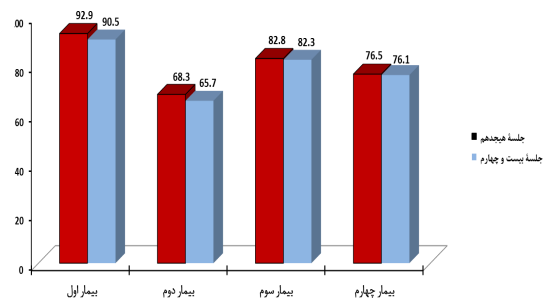
به دنبال تأیید فرضیه ی اول، به بررسی فرضیه ی دوم پژوهش در مورد تأثیر درمان شناختی- رفتاری چاقی برای ابقای وزن کاسته شده پرداخته شد. در این طرح ها سیر منحنی ها در فاز ابقای وزن درمان نشان می دهند که تغییرات وزن بیماران خارج از نوسان های طبیعی هفتگی نیست و در داخل خطوط ریل (محدوده ی چهار کیلوگرم از مقدار میانگین) قرار دارد.

در مجموع، سیر منحنی ها به گونه ای که نشانگر ثبات وزن باشد تغییر کرده و چنین به نظر می رسد که مداخله ی درمانی و هدایت بیمار در طی فرایند درمان اثر بخش بوده است. این نتیجه گیری تأییدی است بر روش درمانی مطرح شده از سوی کوپر، فیربورن و هاوکر (۲۰۰۳) که در آن درمانگر موانع شناختی پذیرش ابقای وزن از سوی بیمار، مثل نگرانی های تصویر بدن (مدول V)، هدف های وزن (مدول VI) و هدف های اولیه (مدول VII)، به عنوان اهدافی در فاز دو پیردازد.

با توجه به این که فاز ابقا، طبق راهنمای درمان، فقط چهارماه به طول انجامید و به علت محدودیت زمانی فاقد اقدام های پیگیری^۳ بود، حال سؤال این



نمودار ۱. مقایسه ی نمودار اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در کاهش وزن بیماران



نمودار ۲. مقایسه ی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری چاقی در ابقای وزن بیماران

(۱۹۹۳)، فرض این که تغییرات جزئی در وزن و رفتار بهتر از تغییرات مشهود در دراز مدت حفظ شده اند (وادن، فوستر و لیتیزیا، ۱۹۹۴)، اذعان کردن به عدم تناسب نمودارهای قد - وزن (هریسون، ۱۹۹۱)، و به حساب آوردن فشارهای بیش از حد فرهنگی برای دست یابی به لاغری ایده آل، به ویژه برای بانوان، است (براونل و وادن، ۱۹۹۱).

تأکید فروکاسته بر وزن های ایده آل به وسیله ی انستیتو پزشکی فرهنگستان ملی علوم (۱۹۹۵)، که کاهش وزن موفقیت آمیز و دراز مدت را به عنوان کاهش ۵ درصدی وزن بدن تعریف نموده که دست کم به مدت یک سال حفظ شده باشد، دیگر جای تردیدی باقی نگذاشت. همین طور، رهنمودهای غذایی دپارتمان کشاورزی ایالات متحده نیز کاهش های ۵ تا ۱۰ درصدی در وزن بدن را برای اشخاصی که دچار اضافه وزن هستند پیشنهاد نمود

². Agricultural Research service

³. Follow-up

¹. Institute of Medicine of the National Academy of Sciences



کمی بدست آمده است. همچنین مشخص نیست چگونه و چرا نسبت کوچکی از افراد، در شرایطی که بیشتر افراد قادر نیستند، می توانند به این رفتارها ادامه دهند؟

مطابق مدل باور بهداشتی^۳ (روزن استاک، ۱۹۷۴؛ بکر و مایمان، ۱۹۷۵)، کسانی که برنامه ی درمان خود را تکمیل می کنند، به طور منظم یک رژیم غذایی کم کالری (کمتر از ۱۴۰۰ کالری در روز) را مصرف می نمایند که پایین ترین حد چربی (کمتر از ۲۵٪) و بالاترین حد کربوهیدرات ها (بیشتر از ۵۵٪) را داراست، به طور منظم در سطوح بالای فعالیت بدنی (همچون پیاده روی تند و سریع^۴ حدود یک ساعت در روز) درگیر می شوند و به طور مرتب وزن بدنشان را (دست کم هفته ای یک بار) پایش می کنند، در مقایسه با کسانی که این کارها را انجام نمی دهند، خود را بیشتر در معرض مشکل چاقی می پندارند (آسیب پذیری ادراک شده^۵)، تأثیرات مشکل چاقی را جدی می بینند (وخامت ادراک شده^۶) و دیگر آنکه منافع اقدامات پیشگیرانه را بیش از هزینه های آن برآورد می کنند (هزینه ها و منفعت های یک رفتار خاص^۷) (سارافینو، ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۲؛ پری و کورسیکا، ۲۰۰۳).

در پژوهشی که توسط بیدن، کوپر و فیربورن (۲۰۰۴) در زمینه ای پیش بین های روانشناختی افزایش دوباره ی وزن در چاقی انجام شد دو عامل بالقوه و احتمالی شناسایی شدند: یک عامل شناختی (تفکر دو مقوله ای^۸) و یک متغیر تاریخیچه ای (حداکثر وزن در طول زندگی^۹). تفکر

است، وقتی که درمان قطع می شود چه رخ می دهد؟ یک یافته ی هماهنگ این است که در بیماران چاق وزن کاسته شده، به عنوان نتیجه ای از بیشتر درمان هایی که به طور گسترده برای چاقی قابل دسترس است، تقریباً همیشه دوباره افزایش یافته است. حدود نیمی از وزن کاسته شده در ضمن اولین سال پس از درمان بازگشتند و افزایش دوباره ی وزن پس از آن ادامه داشته است (وادن، استرنبرگ، لیتیزیا، استانکار و فوستر، ۱۹۸۹). به گونه ایی که، با گذشت ۵ - ۳ سال پس از درمان، اکثریت بیماران (حدود ۸۵٪) به وزن پیش از درمان بازگشته و یا حتی فراتر رفته اند (جفری، اپشتاین، ویلسون، درنووسکی، استانکار، ویلسون و وینگ، ۲۰۰۰). تجربه ی بالینی پیشنهاد می کند که عود در چاقی اغلب به توانایی فرد برای ادامه ی رفتارهای کنترل وزن، که آنان برای نیل به کاهش وزن پذیرفتند (کوپر، فیربورن، ۲۰۰۲؛ پری و کورسیکا، ۲۰۰۳؛ ویلسون و براونل، ۲۰۰۲)، همچون خوردن غذای کم چرب، انجام ورزش منظم و پایش هرگونه تغییر در وزنشان قابل اسناد است^۱ (وینگ و هیل، ۲۰۰۱). با آن که بررسی بیماران که در کار آزمایشی های بالینی درمان چاقی شرکت داشتند، و داده های استخراج شده به وسیله ی ثبت ملی کنترل وزن (NWCR)^۲ آمریکا (وینگ و هیل، ۲۰۰۱) در شناسایی رفتارهای خاصی که با ابقای موفقیت آمیز وزن مربوط هستند همسان بودند، لیکن در ارتباط با عامل های روانشناختی اصلی که معین می سازند آیا بیماران به انجام این رفتارها ادامه می دهند یا نه، اطلاعات

3. Health belief model (HBM)

4. Brisk walking

5. Perceived susceptibility

6. Perceived seriousness

7. Costs and benefits of the particular behavior

8. Dichotomus thinking

9. Maximum life weight

این یافته ها با نتایج چندین مطالعه ی ابتدایی تر، که مشخص ساخته اند حداکثر وزن بالاتر در طول زندگی با افزایش دوباره ی وزن همبسته است (فوستر، وادن، وگت، بریور، ۱۹۹۷؛ مک گویر، وینگ، کلم، لانگ و هیل، ۱۹۹۹؛ یاسمن، ساریس و وسترتپ - پلان تنکا، ۱۹۹۹). تاریخچه ی حداکثر وزن بالاتر ممکن است پیامد انواع گوناگون فرایندهای فیزیولوژیایی و روانشناختی باشد. برای مثال، تاریخچه ی حداکثر وزن بالا می تواند آسیب پذیری زیستی نسبت به افزایش وزن را منعکس

۱. پری و کورسیکا (۲۰۰۳) معتقدند که چاقی باید به عنوان بیماری مزمنی که مستلزم مراقبت دراز مدت، اگر نه در تمام طول عمر است، نگریسته شود. چالش بالینی متقاعد ساختن افراد چاق مبنی بر این که آنها نیازمند درمان همیشگی هستند نیست، بلکه چالش ترغیب افراد دچار اضافه وزن است مبنی بر اینکه اداره ی موفقیت آمیز وزنشان مستلزم گوش به زنگی مداوم و اقدام های در جریان برای خودداری از خوردن و رفتارهای ورزشی است. اگر چه کنترل وزن ممکن است با گذشت زمان تا حدی آسان تر شود، لیکن همواره مستلزم اقدام های آگاهانه از سوی فرد برای نگاه داشتن کنترل رفتاری بر توازن انرژی اش می باشد (وینگ و هیل، ۲۰۰۱).

2. National weight control Registry



مقوله‌ای یک پیش بین معنادار برای افزایش دوباره‌ی وزن است این تلویح را به همراه دارد که اصلاح این سبک تفکر ممکن است ابقای وزن را بهبود ببخشد. بنابراین رویکرد شناختی - رفتاری برای پیشگیری از عود در چاقی - رویکردی که بر یک مفهوم سازی شناختی از مکانیسم های عامل^۱ در عود استوار است (کوپر و فیربورن، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۲) - ممکن است در مقایسه با بیشتر درمان‌های رفتاری یک روش مؤثرتری را برای کمینه ساختن افزایش دوباره‌ی وزن فراهم آورد.

محدودیت‌های پژوهش

- ۱- پژوهش حاضر فقط دختران دبیرستانی (نوجوان) چاق را مورد درمان قرار داده است.
- ۲- به علت زمان ناکافی، دوره‌ی پیگیری وجود نداشته است.
- ۳- به علت «تک موردی» بودن طرح پژوهش، نتایج پژوهش از قابلیت تعمیم کمتری برخوردار است.
- ۴- در این پژوهش افراد چاق دچار اختلال پرخوری افراطی (BED) تحت درمان قرار نگرفتند. پژوهش حاضر را می توان یک مطالعه‌ی مقدماتی در نظر گرفت که برای ارزیابی میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر چاقی صورت گرفته است. بنابراین توصیه می شود:
- ۱- پژوهشی مشابه بر روی بیماران پسر نوجوان مبتلا به چاقی نیز انجام شود.
- ۲- این پژوهش بر روی حجم نمونه‌ی بیشتر به همراه گروه کنترل انجام گیرد تا این گونه به تعیین روایی یافته‌های پژوهش و تشخیص قابلیت تعیین آنها پرداخته شود.
- ۳- با پایان یافتن درمان، پیشنهاد چندین قرار ملاقات پیگیری^۲ به دنبال پایان درمان کار خوبی است.
- ۴- برنامه ریزی مدون از سیاست گذاران و برنامه ریزان امر بهداشت روانی جهت تشکیل کلاس های

دو مقوله‌ای قوی ترین پیش بین افزایش دوباره وزن بود؛ آن هم نه شناخت های دو مقوله ای اختصاصاً مرتبط با غذا، وزن و خوردن، بلکه یک سبک تفکر دو مقوله ای کلی؛ نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می دهد که عوامل روانشناختی، به ویژه تفکر دو مقوله‌ای، ممکن است دست کم تا حدی برخی از علل عدم تداوم رفتار های ابقای وزن به دنبال کاهش وزن موفقیت آمیز را توضیح دهد. چطور ممکن است تفکر دو مقوله ای در افزایش دوباره‌ی وزن در چاقی سهیم باشد؟ یک احتمال ممکن است به این موضوع مربوط باشد که آیا انتظارات شخص درباره‌ی کاهش وزن، از جمله دست یابی به هدف‌های وزن و میزان رضایت نسبت به وزن حاصله، برآورده شده است یا نه. اشخاص دارای سبک تفکر دو مقوله‌ای ممکن است بیش از افراد دارای سبک تفکر منعطفتر (انعطاف پذیرتر) شکست جزیی در وزن هدف شان را به عنوان شواهدی از شکست کلی تفسیر نمایند، و کاهش وزنی را که به آن دست یافته اند به عنوان این که ناکافی و غیر رضایت بخش است در نظر گیرند. همان طور که کوپر و فیربورن (۲۰۰۱ و ۲۰۰۲) خاطر نشان ساخته اند، تحت چنین شرایطی بعید است این افراد برای ابقای وزنی که ارزشمند تلقی نمی کنند، برانگیخته شوند. این ممکن است به نوبه‌ی خود به رها کردن هرگونه تلاش برای ابقای وزن یا کاهش بیشتر وزن، به ویژه در افرادی که گرایش دارند اعمال شان را به صورت دو مقوله‌ای قضاوت نمایند، منجر شود. در نتیجه، موضوع تنها شکست در دست یابی به هدف های وزن نیست، بلکه احتمالاً تفسیر یا ارزیابی این شکست است که ممکن است حاد و بحرانی شود. بنابراین، ممکن است افرادی که بیشتر نسبت به افزایش دوباره‌ی وزن آسیب پذیرند همانا کسانی باشند که ناراضی هستند؛ چون در برآورد هدف ها وزن شان شکست خورده‌اند و دارای یک سبک تفکر دو مقوله‌ای می باشند. خلاصه آن که، این یافته که تفکر دو

سازد که بعضی افراد را برای افزایش دوباره‌ی وزن به دنبال کاهش آن مستعد و آماده می سازد، یا ممکن است الگوی تثبیت شده ایی از پرخوری را در واکنش نسبت به محرک های محیطی نشان دهد (بیرن و همکاران، ۲۰۰۴).

¹. Operating

². Follow-up appointment



زینب (۱۳۸۹): روش شناسی در طرح های مورد- منفرد انتشارات واژه (زیر چاپ).

فری، ام (۱۹۹۵)، شناخت درمانی گروهی. علی صاحبی، حسن حمیدپور و زهرا اندوز. (۱۳۸۲)، مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.

فلاحی، ابراهیم؛ عباس زاده، مریم؛ طراچی، محمد جواد؛ نظری، افشین (۱۳۸۵)، اثر رژیم غذایی بر کاهش وزن به تنهایی و همراه با ساتورکس بر کنترل وزن در زنان دچار اضافه وزن و چاقی، مجله پزشکی دانشگاه تبریز، دوره ۲۸، شماره ۳، ص ۸۵-۸۸.

کارول، کی. راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری سوء مصرف مواد. عباس بخشی پور رودرسی و شهرام محمدخانی (۱۳۸۱)، تهران: نشر اسپند هنر.

کویانی، حسین؛ جواهری، ف؛ بحیرایی، هادی (۱۳۸۴)، اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه، تازه های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۱، ص ۵۱-۵۰.

لطافتی بریس، رامین (۱۳۸۲)، تأثیر اصلاح شناختی رفتاری گروهی بر افزایش عزت نفس دانش آموزان دختر دارای منبع کنترل بیرونی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

موسوی نائینی، مهرورز (۱۳۸۶)، درمان چاقی مفرط به روش Bilio intestinal Bypass مجله پزشکی کوثر، دوره ۱۲، شماره ۳، ص ۲۴۱.

نصیری رینه، حمیرا و سالارکیا، ناهید (۱۳۸۶)، شیوع چاقی و افزایش وزن در زنان جوان شهر تنکابن، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۴۳-۵۷.

نوبخت، منیر (۱۳۷۷)، بررسی همه گیر شناسی اختلالات خوردن در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستانی شهر تهران (سال تحصیلی ۱۳۷۶-۷۷). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، استاد راهنما دژکام محمود.

نوبخت، منیر (۱۳۷۷). بررسی همه گیر شناسی اختلالات خوردن در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان شهر تهران (سال تحصیلی ۷۷-۱۳۷۶).

نوروزی، ن (۱۳۸۴)، بررسی عامل دو گانه مقاومت و انتقال در بیماران با و بدون اختلالات شخصیت. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.

روان درمانی در مدارس برای دانش آموزان مبتلا به چاقی و تشویق دانش آموزان چاق جهت شرکت در این کلاس ها.

۵ - تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر چاقی در دراز مدت (برای سال های متمادی) ارزیابی شود.

منابع

انجمن روانپزشکان آمریکا (۱۳۷۵). واژه نامه روانپزشکی: بر اساس DSM-IV (ترجمه مهرداد فیروز بخت و خشایار بیگی)، تهران انتشارات اجدد، چاپ اول.

بلاک برن، الف. م؛ دیویدسون، ک. م؛ (۱۳۷۴)، شناخت درمانی افسردگی و اضطراب، ترجمه تونزنده جانی، مشهد، آستان قدس رضوی.

بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۱)، تحلیلی بر فراشناخت و شناخت درمانی تازه های علوم شناختی، سال ۴ شماره ۴، ص ۱-۲. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

حمیدپور، حسن؛ صاحبی، علی؛ طباطبایی، سید محمود (۱۳۸۶)، مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بک و تیزدیل در درمان افسرده خوبی، پژوهش در سلامت روانشناختی، سال اول، شماره ۲، ۳۶-۲۵.

خجسته، مهرداد (۱۳۸۱)، درمان شناختی- رفتاری افسردگی. مجله چشم انداز پیشگیری، شماره ۱۲، ۲۳-۲۸.

خداپناه، مژده (۱۳۸۹)، مقایسه عملکرد کارکردهای اجرایی میان زنان مبتلا به چاقی و بیماران چاق درمان شده، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان شناسی بالینی. دادستان، پریخ (۱۳۸۳)، روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، جلد ۲، تهران، انتشارات سمت.

زارب، جی (۲۰۰۱)، روش های ارزیابی و درمان شناختی- رفتاری نوجوانان. غلامعلی افروز و کامران علوی (۱۳۷۴)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینا آلکوت (۲۰۰۷)، ترجمه: فریبرز رضایی، ۱۳۸۹، تهران، انتشارات ارجمند.

شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۷۵)، پویایی گروه و مشاوره گروهی، تهران: انتشارات رشد.

صاحبی، علی (۱۳۸۳)، شناخت درمانی: گذشته، حال و آینده. مجله علوم روانشناختی. ۹، ۷۹-۶۶.

فراهانی، حجت الله، عابدی، احمد، آقا محمدی، کاظمی،

cure. In J. K. Thompson (Ed). Handbook of eating disorders and obesity (pp. 339-348). New Jersey: John Wiley & Sons.

Henderson, K. E., & Brownell, K. D. (2004). The toxic environment and obesity: contribution and cure. In J. K. Thompson (Eds.), Handbook of eating disorders and obesity (pp.339-348) New Jersey: John Wiley & Sons.

Hout, I., Paradis, G., and Ledoux, M. (2004). Factor associated with over weight and obesity in Quebec adult. *International Journal of obesity*, 28, 766-774.

Jeffery, R. W., Drownowski, A., Epstein, L. H., Stunkard, A. J. Wilson, G. T., Wing, R. R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: Current Status. *Health Psychology*.

Perri, M. G., & Corsicam J. A. (2002). Improving the maintenance of weight lost in behavioral treatment of obesity. In T. A. Wadden, & A. J. Stunkard (Eds.), Handbook of obesity treatment (pp. 357-379). New York: Guilford Press.

Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Shafraan, R., & de Silva, P. (2005) cognitive-behavioral Models. In J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (Eds.), *the essential handbook of eating disorder* (pp. 35-52). England: John Wiley & Sons.

Wadden, T. A., & Foster, G. D. (2001). *Weight and lifestyle inventory*. Philadelphia: University of Pennsylvania.

Wadden, T. A., Foster, G. D., & Letizia, K. A. (1994). One – year behavioral treatment of obesity: comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 62, 165-171.

Wadden, T. A., Sternberg, J. A., Letizia, K. A., Stunkard, A. J., & Foster, G. D. (1989). Treatment of obesity by very low calorie diet, behaviour therapy, and their combination: A five year perspective. *International journal of Obesity*, 13 (Suppl. 2), 39-46.

Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful Weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 21, 323-341.

هاوتون، کی؛ پال، ام؛ سالکو و سکیس، کی؛ جوان و کلارک، دی (۱۹۸۹)، رفتار درمانی شناختی. حبیب الله قاسم زاده (۱۳۸۰)، تهران انتشارات ارجمند.

یوسفی اصل، ثوره (۱۳۸۶)، بررسی عملکرد افراد در تکلیف رایانه‌ای نقطه یابی و مقایسه سوگیری توجه افراد دارای علائم اختلالات خوردن با افراد سالم، تهران تربیت معلم.

یونسسی، سیدجلال (۱۳۸۲)، آسیب شناسی در روان درمانی گروهی (از یونگ تاشونمن). فصلنامه تازه‌های روان درمانی، ۲۸ و ۲۸.

References

Blackburn, G. L. (1995). Effect of degree of weight loss on health benefits. *Obesity Research*.

Bouchard, C. (Ed.) (1994). *The genetic of obesity*. Boca Raton, FL: CRC Press.

Brownell, K.D., Wadden, T. a., & Phelan, S. (2005). Obesity. In B. J. sadock, & V. A. Kaplan (Eds.), *Kaplan and sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. (8th ed.). pp. 2124-2136). Voll. III. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Brownell, K. D., & Jeffery, R. W. (1987) Improving long-term weight loss: pushing the limits of treatment. *Behavior therapy*, 18, 353-374.

Cooper, Z, & Fairburn, C. G. (2002). Cognitive-behavioral treatment of obesity. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook of Obesity Treatment* (pp. 465-479). New York: Guilford Press.

Cooper, Z, & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and therapy*. 39. 499-511.

Field, A. E., Barnoya, J., & Colditz, G. A. (2002). Epidemiology and health and economic consequences of obesity. In T. A. Wadden, & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 3-18). New York: Guilford Press.

Foster, G. D., Wadden, T. A., Vogt, R. A., & Brewer, G. (1997). what is a reasonable weight loss? Patient's expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 65, 789-85.

Glenny, A. M., O'Meara, S., Melville, A., Sheldon, E., & Wilson, C. (1997). The treatment and prevention of obesity: A systematic review of the literature. *International Journal of Obesity*, 21, 715-737.

Harrison, K., & Marske, A.L. (2005). Nutritional content of foods advertised during the television program children watch most. *American Journal of public Health*, 95, 1568-1574.

Henderson, K. E., & Brownell, K. D. (2004). The Toxic environment and obesity: contribution and