



بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش وزن و افسردگی افراد مبتلا به چاقی

مهزاد استاد عبدالحمید

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

چکیده

چاقی از عواقب نامطلوب تغییر در رفتار و شیوه زندگی در سال های اخیر می باشد. تحقیقات نشان میدهد که علاوه بر افزایش بیمارهای مزمن در افراد چاق، این افراد با درصد بیشتری به اختلالات روان پزشکی از جمله اضطراب و افسردگی دچار می باشند. این پژوهش با هدف بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش وزن و افسردگی افراد مبتلا به چاقی انجام شد. روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش ازمون - پس ازمون و پیگیری با گروه شاهد بود. از بین داوطلبان زن و مرد واجد شرایط (داشتن وزن بالا بر اساس نمایه توده بدنی، نداشتن بیماری جسمانی و روانی حاد، عدم بارداری، نداشتن برنامه کاهش وزن دیگر) تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و با روش تصادفی ساده به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه شاهد (۱۵ نفر) اختصاص یافتند. اطلاعات با استفاده از محاسبه نمایه توده بدنی و آزمون DASS جمع آوری گردید. گروه آزمایش با استفاده از پروتکل درمانی کوپر و فیربورن در طی ۳ ماه (۱۲ جلسه) در دو فاز کاهش وزن و ابقای وزن در هر جلسه ۴۵-۵۰ دقیقه ای مورد مداخله قرار گرفت. گروه شاهد مداخله ای دریافت نکردند. پس از بیان جلسات پس ازمون به عمل آمد و تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری علاوه بر کاهش وزن و ابقای آن، به بهبود و کاهش افسردگی منجر می شود.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، چاقی، کاهش وزن، ابقای وزن، افسردگی



مقدمه

پیشرفت های شگرف در عصر مدرن، افزون بر دستاوردهای مهمی که برای انسان به همراه داشته، بدون شک تبعات جبران ناپذیری نیز بر سبک زندگی و شیوه تعاملات انسان ها بر جای گذاشته است. همزمان با این تحولات بنیادین، بیماری های جسمانی و روانی به شدت گسترش یافته و گرفتاری های بی شماری را به بار آورده اند. یکی از بیماری های مزمن که از پیامدهای محسوس این تحولات شکل گرفته، چاقی است که امروزه به عنوان یک مشکل تهدید کننده سلامت عمومی در سرتاسر جهان محسوب می شود (EL Ashmawi et al, 2018). مطابق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ حدود ۱/۹ میلیارد نفر از افراد بالای ۱۸ سال در دنیا دچار اضافه وزن و بیش از ۶۵۰ میلیون نفر از آن ها به چاقی مبتلا بوده اند بنا بر این اطلاعات ۳۹ درصد از مردان و ۴۰ درصد از زنان دچار اضافه وزن هستند و در کل ۱۳ درصد از جمعیت جهان دچار چاقی بوده اند. همچنین از سال ۱۹۷۵ تا ۲۰۱۶ شیوع چاقی در دنیا سه برابر شده است (World Health Organization, 2018). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در کشور ایران از کل آمار مرگ های گزارش شده سال ۲۰۰۲، هفتاد درصد آن مربوط به بیماری های مزمن بوده است که اضافه وزن و چاقی از اصلی ترین علل آن محسوب می شوند (Moradhasely et al, 2016).

شواهد پژوهشی حاکی از آن است که چاقی اثرات منفی فراوانی بر کیفیت زندگی، سلامت روان و تعاملات اجتماعی افراد مبتلا می گذارد و همچنین باعث می شود که فرد در زمینه زندگی اجتماعی و شغلی با مشکلات فراوانی روبرو گردد. این اختلال ها در اکثر فرهنگ ها با مشکلات رفتاری درونی شده، پیش داوری و تبعیض، استرس، احساس شرم و گناه، افسردگی، اضطراب شدید، کناره گیری از اجتماع، عزت نفس پایین، خشم و پرخاشگری و از دست دادن شغل همراه است (لانزا و همکاران، ۲۰۱۵). در واقع چاقی را می توان به عنوان یک سندرم چند عاملی و ناشی از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی دانست. در بین عوامل روانی موثر بر این بیماری، می توان از اختلال افسردگی نام بر که به طور معمول هم می توانند موجب افزایش بروز چاقی در افراد شوند و هم به عنوان پیامد این اختلال بروز کرده و درمان چاقی را با مشکل مواجه نمایند (کسانی و همکاران، ۱۳۹۳).

در این راستا مداخلات بسیاری از جمله، عمل جراحی، دارو درمانی و تغییر سبک زندگی برای درمان این اختلال پیشنهاد شده اند، ولی مشکل اینجاست که بیشتر وزن کاهش یافته طی مدت کوتاهی برگشت می نماید. یکی از درمان های روان شناختی که از کارآمدی بالایی در حوزه درمان بیماری های مزمن و از جمله چاقی برخوردار است، درمان شناختی - رفتاری می باشد. این شیوه درمانی هم بر نقش فرایندهای رفتاری و شناختی در شکل گیری اختلال های روانی تأکید می نماید و هم بر تدابیر تجربی رفتاری و شناختی برای تغییر الگوهای پاسخ ناکارآمد. مداخله های درمانی برای کاهش فراوانی پاسخ های سازش نیافته درمانجویان و آموزش مهارت های جدید شناختی و رفتاری به گونه ای طراحی می شوند که هم رفتارهای ناخواسته را کاهش داده و هم به رفتارهای سازگارانه بیفزایند و از آنجا که چاقی می تواند از



شناخت ها و رفتارهای ناکارآمد سرچشمه بگیرد، در نتیجه تغییر و اصلاح این عوامل اساس درمان را تشکیل می دهند. بنابراین رویکرد شناختی - رفتاری با به چالش کشیدن این مولفه ها و اصلاح آن ها، درمانی حائز اهمیت در این زمینه محسوب شده و به عنوان یکی از روش های اولیه درمان اختلال های تغذیه ای شناخته می شود (رایت و همکاران، ۲۰۰۹؛ ترجمه قاسم زاده و حسن پور، ۱۳۹۲). ماهیت جامع برنامه مدیریت وزن شناختی - رفتاری این است که بدون فشار زیاد برای کاهش وزن، رفتارهایی را که با اثرات نامطلوب بر سلامت جسمی و روانی افراد چاق مرتبط است، تعدیل و اصلاح کند. همچنین اعتماد به نفس افراد را افزایش دهد تا بتوانند بدون در نظر گرفتن کاهش وزنشان، میزان ناراضی از تصویر بدنی خود را کاهش دهند (wisotsky & Swencionis, 2003).

پژوهش های مختلفی در مورد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری انجام شده است. از جمله، برنادت و همکارانش^۱ (۲۰۱۹)، نشان دادند که درمان شناختی رفتاری می تواند بر سبک زندگی، خودکارآمدی و ارتقا سلامت روانشناختی زنان مبتلا به چاقی اثرگذار باشد. مالکینا^۲ (۲۰۲۰) در پژوهشی تحت عنوان الگوی تلفیقی ارزیابی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری چاقی دریافتند که این الگوی چاقی مبتنی بر روش عملکرد پاسخ^۳، همان نتایج درمان شناختی-رفتاری را به طور رضایتبخش ایجاد کرده و بررسی های مشابه نشان دادند که این روش می تواند به عنوان یک ابزار پیش بینی کننده به منظور ارزیابی نتایج برنامه کاهش وزن درمان شناختی-رفتاری به کار برده شود. اسکندری و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که، دبا زتاب درمانی و درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش وزن می شوند و این کاهش در مورد بازتاب درمانی با سرعت بیشتری در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری رخ می دهد. با این حال در مرحله پیگیری کاهش وزن در درمان شناختی - رفتاری بیشتر از بازتاب درمانی مشاهده شد. همچنین یافته ها نشان داد که هر دو روش درمانی منجر به کاهش اضطراب می شوند، هر چند این کاهش فقط در درمان شناختی - رفتاری معنادار بود. آزاد یکتا (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در کاهش و ابقای وزن موثر بوده است. سهرابی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری علاوه بر کاهش وزن و ابقای آن، به بهبود خودپنداره و تغییراتی در باورهای شخصی درباره ظاهر و خودکارآمدی وزن انجامید. تحقیقاتی در خصوص درمان های شناختی - رفتاری در انواعی از مشکلات به انجام رسیده است و این درمان ها به عنوان مکمل و در ترکیب با ورزش و رژیم درمانی در درمان چاقی به کار گرفته می شود. در نتیجه با توجه به مشکلات بسیار زیاد چاقی و افزایش افسردگی و افزایش فشارهای اجتماعی بر آنها و پیشینه پژوهشی اندک درباره تأثیر روش های درمانی بر آنها، هدف این پژوهش بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش وزن و افسردگی افراد مبتلا به چاقی بود. تا بدین وسیله قدمی در جهت تسهیل تصمیم گیری درمانگران در انتخاب روش های مکمل برای کاهش وزن بردارد.

¹ Bernadet et al.

² Irina & Malkina

³ Method of Response Function



روش تحقیق

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون بود. جامعه آماری پژوهش افراد مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روان شناختی و کلینیک های تغذیه شهر تهران بودند. نمونه پژوهش ۳۰ فرد مبتلا به چاقی بودند که با روش در دسترس انتخاب و با روش تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفری (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن سن ۲۰ تا ۴۰ سال، شاخص بدنی یا BMI برابر یا بزرگتر از ۳۰ و کوچکتر از ۴۰ کیلوگرم بر متر مربع، عدم وجود اختلال های خوردن، عدم وجود یک علت بیولوژیکی برای چاقی از جمله اختلالات هورمونی، تیروئید، دیابت و...، عدم وجود اختلالات روانی محور I و II، عدم مصرف هر گونه دارو که مانعی در مقابل کاهش وزن باشد، عدم حضور در سایر برنامه های کاهش وزن، عدم بارداری، حداقل تحصیلاتی در سطح دیپلم. لازم به ذکر است که جهت ارزیابی اختلال های خوردن همزمان با چاقی همانند پراشتهایی عصبی^۴ BN و اختلال خوردن با ولع^۵ BED، از متخصص تغذیه خواسته شد، تا با استفاده از توانایی تشخیص بالینی شان، بیماران چاقی را که همزمان از یکی دیگر از اختلالات خوردن نیز رنج می برند، وارد طرح پژوهشی نکنند. برای ارزیابی همبودی اختلال های روانی همانند اختلال افسردگی اساسی^۶ MDD، اختلال بد شکلی بدن^۷ BDD یا اختلال شخصیت مرزی^۸ BPD و سرند آنها، پیش از درمان از مصاحبه ی بالینی "بررسی وضعیت روانی" "MSE"^۹ توسط مجری طرح، استفاده شد. MSE یا معاینه وضعیت روانی بخشی از ارزیابی بالینی است که مجموع مشاهدات و برداشت های معاینه کننده را در مورد یک بیماری روانی به هنگام مصاحبه توصیف می کند. با اینکه شرح حال بیمار ثابت باقی می ماند، وضعیت روانی او ممکن است روز به روز یا ساعت به ساعت تغییر یابد. معاینه ی وضعیت روانی شامل وصف ظاهر، تکلم، اعمال و افکار بیمار در جریان مصاحبه است. ۱۵ نفری که در گروه کنترل قرار گرفتند، هریک بسته به تشخیص متخصص تغذیه، یک رژیم غذایی مناسب با شرایطشان دریافت کردند. که براساس رژیم غذایی آزمودنی ها، انتظار می رفت که آنها به صورت هفتگی ۱- ۰/۵ کیلوگرم وزن کم کنند. آنگاه آزمون DASS برای سنجش میزان افسردگی و اضطراب در خط پایه ی درمان، از آنها به عمل آمد. وزن آزمودنی ها نیز به عنوان وزن پایه ی آنها، با استفاده از یک ترازوی ثابت (برای تمام آزمودنی ها)، اندازه گیری شده و در پرونده ی آنها ثبت گردید. ۱۵ نفر دومی که برای شرکت در برنامه ی درمانی انتخاب شدند (گروه آزمایشی) نیز هریک بسته به تشخیص متخصص تغذیه، یک رژیم متناسب با شرایط خاصشان با انتظار کاهش وزن ۱- ۰/۵ کیلوگرم در هفته، دریافت کردند. آنگاه از اعضای این گروه نیز آزمون DASS جهت سنجش اضطراب و افسردگی مراجعان در خط پایه به عمل آمد. وزن پایه ی مراجعان نیز با استفاده از ترازوی ثابت، اندازه گیری شده و در

⁴ Bulimia Nervosa

⁵ Bing Eating Disorder

⁶ Major Depressive Disorder

⁷ Body Dismorphic Disorder

⁸ Borderline Personality Disorder

⁹ Mental Status Examination



پرونده ی آنها ثبت گردید. سپس مراجعان برای دریافت درمان شناختی - رفتاری چاقی که به صورت فردی توسط مجری طرح در قالب ۱۲ جلسه تهیه شده بود آماده شدند. پس از پایان دوره ی درمانی ۳ ماهه یا ۱۲ جلسه ای، مجدداً آزمودنی های هر دو گروه آزمایشی و گواه با استفاده از آزمون DASS مورد سنجش قرار گرفتند، تا میزان تغییر این دو مؤلفه یعنی افسردگی و اضطراب پس از ۳ ماه، در اعضای هر دو گروه، بررسی گردد. لازم به ذکر است که در این مرحله از درمان مجدداً وزن افراد گروه گواه، اندازه گیری شده و در پرونده ی آنها ثبت می شود. وزن افراد گروه آزمایشی نیز هفته به هفته پس از شروع درمان شناختی - رفتاری اندازه گیری می شد. پس از اتمام دوره ی ۳ ماهه، هر دو گروه مورد مطالعه وارد مرحله ی پیگیری ۳ ماهه می شوند و در طول این ۳ ماه پیگیری، گروه گواه، همانند سه ماهه ی اول هیچ ارتباطی با درمانگر ندارند، اما اعضای گروه آزمایشی هر دو هفته یکبار با یک تماس تلفنی از سوی درمانگر مورد پایش قرار می گیرند. در پایان دوره ی ۳ ماهه ی پیگیری، مجدداً از تمام اعضای نمونه، خواسته می شود تا در مرکز حضور یافته و برای آخرین بار با آزمون DASS مورد سنجش قرار بگیرند. ضمناً در این جلسه وزن تمام آزمودنی ها نیز، اندازه گیری شده و در پرونده هایشان ثبت می گردد.

ابزار گردآوری اطلاعات عبارتند از:

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS): [پرسشنامه](#) افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) توسط لویباند (۱۹۹۵) با هدف سنجش هم زمان شدت افسردگی، اضطراب و استرس افراد آزمون DASS را ساختند (لویباند، ۱۹۹۹). که از ۲۱ سوال در ۳ مولفه تشکیل شده است که بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه ای (اصلاً کم؛ زیاد؛ خیلی زیاد) نمره گذاری شده است. سوالات 3,5,10,13,16,17,21 مربوط به مولفه افسردگی این مقیاس می باشد. هنری و کرافورد^{۱۰} (۲۰۰۵) نیز اعتبار سازه ی فرم کوتاه این مقیاس را در یک نمونه ی غیربالینی مورد مطالعه قرار داده اند. این محققان در پژوهش خود به وجود یک عامل عمومی آشفتگی روانشناختی و سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس اشاره دارند. آنها ضریب پایایی سه عامل را به ترتیب برابر ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ و برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش می کنند. سامانی و جوکار (۱۳۸۶) نیز فرم کوتاه این مقیاس را بر روی ۶۳۸ نفر (۳۳۰ دختر و ۳۰۸ پسر) از دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا کردند. ضریب باز آزمایی برای عامل استرس ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۲ بود. همسانی درونی مقیاس برای عوامل استرس، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ بود.

پروتکل درمانی: درمان شناختی - رفتاری چاقی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، براساس درمانی بود که توسط کوپر، فیبرورن و هاوکر در سال ۲۰۰۳ تدوین شد. مجری طرح، این درمان را در قالب دوازده جلسه ی درمان

¹⁰ Henry & Crawford



فردی تنظیم کرده و شرح مختصری از جلسات در ادامه مطرح خواهند شد. لازم به ذکر است که هر جلسه ی درمانی، به غیر از جلسه اول ۴۵ دقیقه تا یکساعت به طول می انجامد. جلسه ی اول به علت انجام مصاحبه ی انگیزشی و جمع آوری تاریخچه ی مراجع در زمینه ی وزنش تقریباً یکساعت و نیم الی دو ساعت طول می کشد. هر جلسه، با توزین مراجع آغاز شده و وزن وی در گزارش کاری هر جلسه درمانی، یادداشت خواهد شد. جلسات به صورت هفتگی برگزار می گردند و کل مداخله ۱۲ هفته به طور می انجامد.

جلسه اول: این جلسه شامل ارزیابی اولیه می باشد که اهداف آن برقراری یک ارتباط درمانی موثر، جهت دادن بیمار به سمت درمان، بالا بردن انگیزه ی بیمار، سنجش ماهیت و شدت مشکل وزن، توضیح فایده ی توزین هفتگی، پرداختن به قطع زود رس درمان و تشویق بیمار به برقراری یک شیوه همکارانه مبتنی بر تشریک ساعی، میباشد. **جلسه دوم:** در این جلسه تمرکز اصلی روی آموزش روانیاست. یعنی آموزش ارتباط بین موقعیت ها، افکار، هیجانات و رفتارها و تأثیراتی که این مولفه ها روی هم دارند و آموزش چگونگی پر کردن جدول خود پایی) روزانه. **جلسه سوم:** هدف از این جلسه تثبیت پایبندی به اصول تغذیه ی سالم است که شامل: الگوی زمانی خوردن، انتخاب غذا، سبک خوردن، جنبه های شناختی خوردن. **جلسه چهارم:** هدف از جلسه پرداختن به موضوع خوردن در موقعیت های خاص که به عنوان یک چالش ویژه برای بیماران مطرح هستند، می باشد. **جلسه پنجم:** در این جلسه، هدف، آموزش مهارت حل مسئله براساس مراحل ۶ گانه ی گلدفرید، به مراجع است. **جلسه ششم:** هدف از این جلسه افزایش فعالیت است. **جلسه هفتم:** هدف این جلسه شناسایی موانع رفتاری و شناختی کاهش وزن و کمک به بیماران برای پرداختن به این موانع. **جلسه هشتم:** سه نمونه از فرآیندهای شناختی که در بین افراد چاق عمومیت داشته و به عنوان موانع قابل توجهی در مقابل کاهش وزن محسوب می شوند در این جلسه مورد بررسی قرار می گیرند: تبدیل رهنمودهای غذایی به قواعد انعطاف ناپذیر است، داشتن اهداف غیر واقع بینانه، کاربرد غذا به عنوان درمان یا پاداش. **جلسه نهم:** هدف از این جلسه پرداختن به اهداف اولیه است. این اهداف شامل: تغییرات در ظاهر (قیافه). افزایش تناسب اندام، سلامت بیشتر، افزایش اعتماد به نفس و ... می باشند. **جلسه ی دهم:** آموزش نقش تصویر بدن در کنترل وزن، شناسایی نگرانی های مربوط به تصویر بدن پرداختن به این نگرانی ها، تشویق بیمار به ایجاد یک تصویر بدنی مثبت. **جلسه یازدهم:** پرداختن به موضوع خوردن میان وعده ها هدف این جلسه می باشد. **جلسه دوازدهم:** در این جلسه به ابقای وزن پرداخته می شود.

داده ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ با خطای ۰/۰۵ تحلیل شدند. برای این منظور از شاخص های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار برای توصیف متغیرها و از روش های تی همبسته و تحلیل کواریانس برای آزمون فرضیه های آماری استفاده شد.



یافته ها

آزمودنی ها ۳۰ فرد مبتلا به چاقی بودند. میانگین گروه سنی آزمودنی های گروه کنترل برابر ۳۱/۱۳ و در گروه آزمایش برابر ۳۲/۴۶ بود. از نظر قد، میانگین قد افراد گروه کنترل برابر ۱۶۳/۱۴ و میانگین قد افراد گروه آزمایش برابر ۱۶۶/۸۵، میانگین وزن افراد گروه کنترل و آزمایش در قبل از درمان به ترتیب برابر ۹۳/۲۷ و ۹۷/۷۷ بود. شاخص های میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی و وزن افراد مبتلا به چاقی گروه های پژوهش در مراحل پیش از مومن و پس از مومن در جدول ۱ ارائه شد.

جدول ۲: مشخصه های آماری وزن، شاخص جرم بدن (BMI)، افسردگی گروه آزمایش و گواه در مراحل قبل و بعد از درمان و مرحله پیگیری

شاخص مولفه	گروه گواه		گروه آزمایش	
	قبل از درمان	بعد از درمان	قبل از درمان	بعد از درمان
وزن (به کیلوگرم)	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
شاخص جرم بدن (BMI)	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
افسردگی	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار

قبل از ارائه نتایج تحلیل کواریانس، پیش فرض های آزمون های پارمتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه ای داده ها برقرار است ($p > 0/05$).



همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لون ارزیابی شد که بیانگر عدم معنی داری آن بود و نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس ها رعایت شده است ($p > 0/05$). در انتها به دلیل استفاده از تحلیل کواریانس، پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از عدم معنی داری شیب خط رگرسیون بود ($p > 0/05$). جهت مقایسه میانگین افسردگی و وزن در گروه های مورد مطالعه از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره (۲) آورده شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس بین گروهی اثرات درمان شناختی-رفتاری در کاهش وزن، شاخص جرم بدن (BMI) افراد مبتلا به چاقی

منبع تغییر	مجموع	درجه	میانگین	F	معنی	مجذور	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات	ضریب	داری	اتا	آماري
وزن	۳۶/۵۴۸	۱	۳۶/۵۴۸	۲/۹۹۱	۰/۰۰۶	۰/۶۰۷	۰/۳۸۳
شاخص جرم بدن (BMI)	۶/۴۴۳	۱	۶/۴۴۳	۴/۱۳۰	۰/۰۰۳	۰/۷۱۲	۰/۴۹۸
افسردگی	۰/۹۶۰	۱	۰/۹۶۰	۲/۹۳۷	۰/۰۰۲	۰/۴۲۱	۰/۱۵۴

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات متغیرهای وزن، شاخص جرم بدن (BMI) پس از تعدیل پیش آزمون نشان می دهد که با حذف اثر نمره های پیش آزمون، اثر مداخله بر نمره ی پس آزمون متغیرها معنادار است. با توجه به نتایج ($F=۲/۹۹۱$ و $Sig=۰/۰۰۶$) و ($F=۴/۱۳۰$ و $Sig=۰/۰۰۳$) و ($F=۲/۹۳۷$ و $Sig=۰/۰۰۲$) در نظر گرفتن مجذور اتا، می توان گفت تقریباً ۶۰ درصد تغییرات در نمرات وزن و ۷۱ درصد از تغییرات در نمرات شاخص جرم بدن و ۴۲ درصد بهبود در نمرات افسردگی افراد گروه آزمایش ناشی از درمان شناختی-رفتاری است. و این بدان معناست که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش وزن و افسردگی افراد مبتلا به چاقی موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش وزن و افسردگی افراد مبتلا به چاقی مورد بررسی قرار گرفت. از جمله یافته های مهم مطالعه حاضر، کاهش وزن و کاهش افسردگی در افراد مبتلا به چاقی بود. نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش های برنادت و همکارانش (۲۰۱۹)، مالکینا (۲۰۲۰)، اسکندری و همکاران (۱۳۹۹)، آزاد یکتا (۱۳۹۴)، سهرابی و همکاران (۱۳۹۶) همسو بود. در تبیین این یافته ها باید به مفروضه های درمان شناختی توجه کرد که بر پایه



تغییر شناخت، هیجان و رفتار استوار است، این بدان معنا است که مداخله درمان شناختی - رفتاری در پژوهش حاضر سبب شده که آزمودنی ها تا زمان نظر تفکر و هیجان به اصلاح ادراکات نادرست خود بپردازند و با بهره گیری از آن در ارتباط با دیگران بتوانند دیدگاه مثبتی نسبت به شاخص توده بدنی خود داشته باشند. هم چنین با اصلاح باورها و ادراکات از تصویر بدنی خود زمینه های کاهش آن در طی مداخله را عملی نمایند. زیرا دیدگاه شناختی - رفتاری در مورد تصویر ذهنی بدن و تأثیر منفی آن در زندگی مردم (به عنوان مثال اختلالات خوردن)، تمرکز مداخلات خود را بر تجزیه و تحلیل درستی ارزیابی منفی از بدن و اعتقادات غیرمنطقی در مورد اهمیت و معنای ظاهر فیزیکی، تغییر دادن آنها به افکار و احساسات مثبت تر یا دقیق تر و ترویج رفتارهای انطباقی قرار داده است. این امر سبب شده است که درمان شناختی رفتاری بر کاهش وزن و نمایه توده بدنی اثرگذار باشد. در درمان شناختی - رفتاری آموزش مهارت های نظارت بر خود و تبیین رابطه بین تفکر خلق و رفتار نیز محور کار درمانگر می باشند. در این درمان می توان با سازماندهی مجدد ادراک و تفکر، به نحوی که افکار غیرمنطقی و غیرعقلانه جایگزین افکار منطقی شوند، با هیجانات منفی و تضعیف کننده مقابله کرد. بنابراین امکان تحقق اینکه بیمار بداند گفتگوی او با خود، منبع و منشا اختلال روانی اوست و این گفتگوهای غیرمنطقی بوده و باید نحوه تفکری را در پیش بگیرد که هر چه بیشتر کارایی داشته و یا آن هیجانات و رفتارهایی که تضعیف کننده هستند تداعی نگردد، فراهم می شود. در صورتی که مراجع یاد بگیرد که بهبود عملکرد عاطفی از طریق اصلاح افکار امکان پذیر است، بینش احساس عدم کنترل و یاس در او کاهش یافته و در نهایت در فهم ارتباط بین ارزش ها، نگرش ها و اجباری های زندگی به وی کمک خواهد کرد. این درمان این باور را در مراجعین ایجاد می کند که می توان با افکار منفی مقابله کرد و آنها را اصلاح نمود. بیماران بازنگری و تغییر در افکار خود را با کمک درمانگر یاد می گیرند و درمانگر از نیروی تفکر بیماران جهت کنترل و جهت دهی مجدد عواطف و هیجانات آنها استفاده می نماید، چرا که افکار بر عواطف و هیجانات تأثیر می گذارند. از تکنیک های رفتاری مهم این درمان در افسردگی، می توان به برنامه ریزی فعالیت اشاره کرد. از آنجا که بیماران افسرده نسبت به کوچکترین شکست ها حساس بوده و ادراک منفی نسبت به خود در آنها تقویت می شود، تکنیک مذکور به آنها کمک می نماید تا احتمال شکست را در رسیدن به برنامه های روزانه به حداقل برسانند. بیماران تشویق می شوند تا هر گونه افزایش فعالیت روزانه را، هر چند کوچک و ناچیز در خود تقویت نموده و با تفکر مثبت تقویت نمایند. از محدودیت های این مطالعه می توان به طولانی بودن پروتکل درمانی و وقت گیر بودن تکالیف خانگی این روش درمانی اشاره کرد. از نقاط قوت این مطالعه می توان به اجرای دقیق برنامه تمرینی تحت نظر محقق و پزشک متخصص، و همچنین اجرای این طرح در داخل کلینیک تحت نظر محققان اشاره نمود. پیشنهاد می شود در بررسی های آینده، طرح حاضر با دیگر بیماران دارای اضافه وزن با حجم نمونه بیشتر و در مناطق و فرهنگ های دیگری به اجرا درآید. همچنین ارزش ترکیب رویکردهای سبک زندگی، دارویی و یا جراحی برای درمان چاقی سنجیده شود.



منابع

الف: منابع فارسی

آزاد یکتا، مهرناز. ۱۳۹۴. تأثیر آموزش رویکرد شناختی - رفتاری در افزایش وزن در افراد چاق. بررسی تک آزمودنی. فصلنامه مشاوره و روان درمانی. ستال ۴. شماره ۱۵. ۷۲-۸۵.

اسکندری، ثمینه. آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا. کارشکی، حسین. آقامحمدیان، شعریاف؛ عبدالحسین. ۱۳۹۹. مقایسه درمان شناختی - رفتاری و بازتاب درمانی در کاهش وزن و اضطراب در افراد مبتلا به چاقی. پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره. دوره ۱۰. شماره ۱. ۲۰-۳۸.

سهرابی، فاطمه. پاشا، رضا. نادری، فرح. عسگری، پرویز. احتشام زاده، پروین. ۱۳۹۶. بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نمایه توده بدنی و خودپنداره افراد با اضافه وزن. مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران. سال ۱۲. شماره ۴. ۴۳-۵۱.

کسانی، عزیز. نیازی، محسن. منتی، رستم. علی محمدی، یوسف و منتی، والیه. ۱۳۹۳. ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در پرستاران: کاربرد مدل تحلیل مسیری. فصلنامه مدیریت پرستاری. سال سوم. دوره ۳. شماره ۲. ۷۱-۸۵.

ب: منابع انگلیسی

Bernadet M, Leigh S, Lisa S. (2019) Psychosocial intervention on life style, self-efficacy and mental health in obesity of women. J Am Dietetic Association.;1:92-.

El Ashmawi, A. A., Hassan, N. E., Zarouk, W. A., Mira, M. F., Khalil, A., El-Masry, S. ADwidar, O. H. (2018). Mother-daughter genetic relationship in central obesity. Egyptian Pediatric Association Gazette, 66(3), 71-77.

Lanza, I., Grella, C & Chung, P (2015). "Adolescent obesity and future substance use: Incorporating the psychosocial context". Journal of Adolescence, Vol,45. pp: 20-30.

Moradhaseli M, Shams Esfandabad H, Kakavand A. (2016) A comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on the self-efficacy and lifestyle related to weight loss. J Res Psychol Health;9(4):50-61

Malkina-Pykh IG. (2020). An integrated model for evaluating the effectiveness of cognitive-behavioral treatment of obesity. Health Policy and Technology. Jun 1;2(2):110-8.



Wisotsky, W., & Swencionis, C. (2003). Cognitive-behavioral approaches in the management of obesity. *Adolescent Medicine Clinics*, 14(1), 37.

World Health Organization. (2018). Retrieved from <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/obesity-and-overweight>

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2009). *Learning cognitive-behavior therapy an illustrated guide* (H. Ghasemzadeh & H. Hamidpuor, Trans). Tehran: Arjmand.