

## باورهای غذایی غیرمنطقی در سه گروه از افراد دارای چاقی، دارای اضافه وزن و دارای وزن طبیعی

الهام ادهمیان<sup>۱\*</sup>، تورج هاشمی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه تبریز eadhamian@yahoo.com

<sup>۲</sup> عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

### چکیده

چاقی و اضافه وزن از مسائل بسیار مهم مرتبط با سلامت به شمار آمده و در پدیدایی آن‌ها عوامل زیادی نقش دارند. هدف این پژوهش مقایسه باورهای غذایی غیرمنطقی افراد چاق، دارای اضافه وزن و افراد دارای وزن طبیعی می‌باشد. بدین منظور ۳۰ فرد چاق، ۲۳ فرد دارای اضافه وزن و ۳۵ فرد دارای وزن طبیعی به صورت در دسترس انتخاب و با استفاده از محاسبه توده بدنی (BMI) و مقیاس باورهای غذایی غیرمنطقی (IFBS) و همچنین پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی اطلاعات مورد نیاز جمع آوری شد. یافته‌ها نشان داد افراد چاق در مقایسه با افراد دارای اضافه وزن و افراد با وزن طبیعی نگرش‌ها و باورهای ناسالم و تحریف‌شده مربوط به غذا در این گروه می‌باشد. شناخت‌ها در رفتارهای مرتبط با سلامتی تأثیرگذار بوده و باورهای غذایی غیرمنطقی از عوامل تداوم بخش و تأثیرگذار در چاقی‌اند. مداخله‌های بالینی که چاقی را نشانه گرفته‌اند نیازمند توجه به کنش‌وری این‌گونه باورها در مسأله چاقی هستند.

**کلید واژه‌ها:** باورهای غیرمنطقی؛ غذا؛ چاقی؛ اضافه وزن

### مقدمه

چاقی یک مسئله مرتبط با سلامتی بوده و با برخی از وضعیت‌های پزشکی نظیر بیماری‌های قلبی، افزایش فشار خون، سکتته، دیابت نوع ۲، آرتریت استخوانی، تنگی نفس در موقع خواب، و برخی از انواع سرطان مرتبط است و موجب وارد آمدن هزینه‌های زیادی به نظام سلامت کشورها می‌شود (اوگدن، ۲۰۰۷). از دیگر سو، چاقی با افسردگی، حرمت خود پائین و نارضایتی از بدن همراه است (اسبرگ و دیگران، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد که الگوهای تفکر غیرمنطقی (نظیر تفکر همه یا هیچ، تعمیم افراطی، فاجعه‌سازی) در چاقی نقش داشته و به شکل‌گیری عادت‌های غذایی نامناسب و بی‌اشتهایی و پر اشتهایی روانی یاری می‌رسانند. محققان نشان داده‌اند که عوامل شناختی نظیر تفکر دوگانه می‌تواند پیش‌بینی کننده افزایش وزن و مسأله چاقی باشد (بیرن، کوپر، فیورن، ۲۰۰۴). از سویی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شناخت‌ها در مسأله چاقی و اضافه وزن تأثیرگذار و دخیل هستند. در این راستا وامستیکر و همکاران (۲۰۰۵) دریافتند که باورهای شخصی در تغییرات وزن نقش داشته باشند و آن را پیش‌بینی می‌کنند. در این زمینه، مطالعات بر نقش شناخت‌های مربوط به خود-تنظیمی در بیماران چاق تأکید نموده و نشان داده‌اند که این نوع شناخت‌ها و باورها درباره توانایی فرد برای کنترل رفتار تغذیه، در این بیماران نقش مهمی در زمینه کاهش وزن بر عهده دارند (زیلستر و همکاران، ۲۰۰۶). در این راستا مطالعه کازبوسکا و گراهام (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که بین نگرش‌های ضمنی و آشکار نسبت به سه نوع غذا (غذاهای پرکالری غیرشیرین، غذاهای پرکالری شیرین، و غذاهای کم-کالری) و شاخص توده بدنی در زنان رابطه وجود دارد به نحوی که نگرش‌های ضمنی نسبت به غذاهای شیرین در افراد با وزن سالم و طبیعی و همچنین افراد دارای اضافه وزن مثبت بوده ولی در بیماران چاق این نگرش منفی است.

علاوه بر این وریجا و همکاران (۲۰۰۹) بیان می‌کنند که دست گذاشتن روی شناخت‌های درگیر در چاقی و مشکلات پیش-روی کاهش وزن و هدف قرار دادن این شناخت‌ها به کاهش معنادار شاخص توده بدنی، مسائل آسیب‌شناختی مرتبط با تغذیه و همچنین مشکلات مربوط به اضافه وزن و شکل ظاهر منجر می‌شود.

در این راستا اسبرگ و دیگران (۲۰۰۸) تاکید می‌کنند که باورهای غذایی غیرمنطقی در کنترل وزن و چاقی جایگاه مهمی دارند. این باورها به عنوان به عنوان پیوستاری از باورهای ناسازگارانه بوده و نشانگر تفکرات غیرمنطقی مرتبط با غذا و تغذیه هستند بیماران مبتلا به چاقی، بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی، باورهای غذایی غیرمنطقی از خود نشان می‌دهند و این باورها در تداوم نشانه‌ها و شکست مداخله‌های درمانی دخیل‌اند. از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای غذایی غیرمنطقی در سه گروه از افراد با وزن طبیعی، دارای اضافه وزن و افراد مبتلا به چاقی بود.

## روش

### شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش

در این پژوهش تعداد ۳۰ فرد چاق، ۳۳ فرد دارای اضافه وزن و ۳۵ فرد دارای وزن طبیعی با استفاده از ضریب شاخص توده بدنی به صورت در دسترس انتخاب شدند.

### ابزار

ابزار اصلی پژوهش حاضر مقیاس باورهای غذایی غیرمنطقی (اوسبرگ، پولند، آگویا، مک‌دوگال، ۲۰۰۸) بود که دارای ۵۷ ماده است و از دو زیرمقیاس (باورهای غیرمنطقی (۴۱ ماده)، باورهای منطقی (۱۶ ماده)) تشکیل شده است. زیرمقیاس باورهای غیرمنطقی برای استفاده در پژوهش حاضر توسط مؤلفین ترجمه شد و شاخص‌های روان‌سنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. سوالات این مقیاس در یک معیار ۴ درجه ای لیکرت از شدیداً مخالفم تا شدیداً موافقم نمره گذاری می‌شود. پس از ترجمه، روایی صوری و محتوایی آن توسط دو متخصص مورد تایید قرار گرفت. به منظور بررسی ثبات درونی سوالات مقیاس ضریب آلفای کرونباخ که توسط سازندگان اصلی مقیاس ۰/۸۹ بدست آمده بود، در پژوهش حاضر ۰/۷۴ بدست آمد.

## نتایج

میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های سه گروه در جدول شماره یک ارائه شده است.

### جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های گروه نمونه

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
چاق	۷۹/۳۶	۳/۴۲
دارای اضافه وزن	۵۲/۰۴	۳/۰۹
دارای وزن طبیعی	۴۹/۱۸	۴/۱۱

همان‌گونه که جدول فوق نشان می‌دهد میانگین نمره‌های بیماران دارای تشخیص چاقی از دو گروه دیگر بالاتر است. جهت تحلیل داده‌های مربوط به سوال پژوهشی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که تفاوت بین گروه‌ها در باورهای غذایی غیرمنطقی پس از کنترل متغیرهای سن و تحصیلات معنادار است ( $F=۴۸۵/۷۶۸$ ،  $P<۰/۰۰۱$ ).

به منظور بررسی بیشتر و مقایسه زوجی این سه گروه از آزمون تعقیبی شفه استفاده شده است.

از سویی مقایسه های زوجی نشان داد که تفاوت میان افراد چاق و دارای اضافه وزن ( $p < 0/001$ ) و همچنین تفاوت میان افراد چاق و افراد دارای وزن طبیعی ( $p < 0/001$ ) معنادار است، به عبارت دیگر بین افراد چاق و دوگروه دیگر از لحاظ تجربه باورهای غذایی غیرمنطقی تفاوت وجود دارد و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار است.

## بحث

همان‌طور که در بخش یافته‌ها ارائه و گزارش شد، بین سه گروه از افراد چاق، دارای اضافه وزن و همچنین افراد دارای وزن طبیعی از نظر تجربه باورهای غذایی غیرمنطقی تفاوت وجود دارد و این تفاوت به لحاظ آماری معنادار است. گروه چاق در این بین دارای بالاترین نمره در مقیاس باورهای غذایی غیرمنطقی بودند. تفاوت بین افراد چاق با دو گروه دیگر معنادار بود، اما بین دو گروه از افراد دارای اضافه وزن و افراد دارای وزن طبیعی تفاوت معناداری وجود نداشت. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های وامستیکر و همکاران (۲۰۰۵) که مطرح کرده بودند شناخت‌ها در مسأله چاقی و اضافه وزن تاثیرگذار و دخیل هستند، همسو و هماهنگ است؛ همچنین به گونه‌ای مرتبط با یافته‌های زیلستر و همکاران (۲۰۰۶) است که نقش شناخت‌های خود-تنظیمی را در بیماران چاق برجسته کرده بودند. همچنین می‌توان با یافته‌های کازبوسکا، گراهام (۲۰۰۸) که بیان کردند بین نگرش‌های ضمنی و آشکار نسبت به سه نوع غذا (غذاهای پرکالری غیرشیرین، غذاهای پرکالری شیرین و غذاهای کم‌کالری) و شاخص توده بدنی در زنان رابطه وجود دارد، رابطه و همسویی پیدا کرد.

اگرچه به نظر می‌رسد در مورد عوامل بیولوژیکی و محیطی تأثیرگذار در چاقی بررسی‌های زیادی شده، اما به نقش عوامل روان‌شناختی همراه با پدیده چاقی توجه ناچیزی شده است. امروزه عوامل شناختی مربوط به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی در تلاش‌های معاصر در زمینه درک علل، سازوکارها و درمان‌های اثربخش برای مشکلات دارای پس‌زمینه‌های روان‌شناختی برجسته شده‌اند. در این مدل‌ها عواملی نظیر ارزیابی‌ها، اسنادها، باورها و سبک‌های شناختی مهم هستند (آلوی و ریسکاینند، ۲۰۰۶). چاقی به عنوان یک وضعیت پزشکی مرتبط با سلامتی، به نظر می‌رسد که باید فراتر از مرزهای عوامل بیولوژیکی و محیطی مورد بحث قرار گیرد. باورهای غیرمنطقی به زعم الیس (۱۹۹۳) سرآغاز و ریشه مشکلات و اختلال‌های انسان هستند، چرا که آن‌ها به احساسات و رفتارهای ما جهت داده و آن‌ها را هدایت می‌کنند. در این بین چاقی به عنوان یک مسأله فیزیولوژیکی اما دارای ابعاد روانی از این قاعده مستثنی نیست. باورهای غذایی غیرمنطقی به عنوان پیوستاری از باورهای ناکارآمد مطرح هستند که نشان‌دهنده تفکرات غیرمنطقی مرتبط با غذا هستند (اسبرگ و دیگران، ۲۰۰۸).

باورهای غذایی غیرمنطقی به عنوان باورهای شناختی تحریف‌شده مرتبط با غذا تعریف می‌شوند که نقش مهمی را در پدیدآیی و تداوم مسأله چاقی بر عهده دارند. می‌توان این نگرش‌های غیرمنطقی مرتبط با غذا را به عنوان شناخت‌های سوگیرانه پیشابندی در نظر گرفت که عمل تغذیه افراد چاق را کنترل می‌کنند (اوگدن، ۲۰۰۳). اگر باورهای غیرمنطقی مرتبط با غذا در این بیماران اصلاح شوند می‌توان امیدوار بود که مسأله چاقی آسان‌تر درمان بشود و همچنین حفظ کاهش وزن و کنترل عود با موفقیت و پایداری همراه باشد.

پژوهش حاضر با دو محدودیت روش‌شناختی مواجه بود: اول اینکه مقیاس باورهای غذایی غیرمنطقی تنها ابزار و روش گردآوری داده‌ها و کنکاش در نظام باورهای غذایی گروه نمونه بوده است. دوم اینکه نمونه پژوهش حاضر به علت محدودیت موارد موجود به شیوه در دسترس انتخاب و مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است. با تکیه بر یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به پژوهشگران این رهنمودها را ارائه کرد که بررسی و مطالعه باورهای غذایی غیرمنطقی در طیفی وسیع و در سایر اختلال‌های تغذیه نظیر بی‌اشتهایی روانی و پراشتهایی روانی و یافتن همبسته‌های روان‌شناختی دیگر در این اختلال‌ها می‌تواند مطالعه‌ای سودمند و جالب باشد. همچنین در زمینه بالینی می‌توان به درمانگرانی که با حجم وسیعی از افراد دارای تشخیص چاقی و متقاضی کاهش وزن مواجه هستند، توصیه کرد که در کنار درمان‌های موجود به عوامل شناختی، پیشایندها و عوامل تداوم‌بخش پدیده چاقی توجه کنند؛ چرا که پیشینه پژوهشی نشان داده است که برنامه‌های درمانی که به چنین عواملی توجه نمی‌کنند اثربخشی و پایداری اندکی دارند. در موارد پیچیده‌تر در نظر گرفتن یک برنامه شناخت‌درمانی کوتاه مدت می‌تواند سودمند باشد.

## منابع

- Alloy, L. B., Riskind, J. H. (2006). *Cognitive Vulnerability to Emotional Disorders*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey London.
- Byrne, S. M., Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behavior Research and Therapy*, 42 (2004), 1341–1356.
- Czyzewska, M., Grahama, R. (2008). *Implicit and explicit attitudes to high- and low-calorie food in females with different BMI status*, *Eating Behaviors* 9,3:303-312.
- Ellis, A. (1993). Fundamentals of rational–emotive therapy for the 1990s. In: W. Dryden and L. K. Hill, Editors, *Innovations in rational–emotive therapy*, Sage., Newbury Park, CA.
- Jeffery, R.W., Epstein, L.H., Wilson, G.T., Drewnowski, A., Stunkard, A. J., & Wing, R. R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: Current status, *Health Psychology* 19 ,1, 5–16.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology: A Textbook*, Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Ogden, J. (2003). *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behaviour*. Oxford: Blackwell.
- Osberg, T. M., Poland, D., Aguayo, G., & MacDougall, S. (2008). The Irrational Food Beliefs Scale: Development and validation. *Eating Behaviors*, 9,1, 25-40.
- Wamsteker, F. W., Geenen, R., Iestra, J., Larsen, J. K., Zelissen, P. M. J., & vanStaveren, W. A. (2005). Obesity-related beliefs predict weight loss after an 8-week low-calorie diet. *Journal of the American Dietetic Association*. 105, 441-444.
- Werrija, M. Q., Jansena, A., Mulken, S., Elgersma, H. J., Amenta, A. J. H. A., Hospers, H. J. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity, *Journal of Psychosomatic Research* 67,4:315-324.
- Zijlstra, H., Larsen, J. K., Ramshorst, B. V., Geenen, R. (2006). The association between weight loss and self-regulation cognitions before and after laparoscopic adjustable gastric banding for obesity: A longitudinal study, *Surgery* 139,3:334-339.