



The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Eating Attitude and Mental health of Overweight People

Jahanbakhsh Madadi ¹, Mahboube Chinave ^{2,*}, Majid Barzegar ²

¹ PhD Student, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

² Assistant Professor, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran

* **Corresponding author:** Mahboube Chinave, Assistant Professor, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran. E-mail: Hivachinaveh@gmail.com

Received: 17 Apr 2020

Accepted: 18 Jun 2020

Abstract

Introduction: Being overweight endangers not only physical health but also poses a significant threat to the mental health of people with the disorder. On the other hand, one of the concepts related to obesity and overweight is eating attitude. The present study aims to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the eating mood and mental health of overweight people in the Dehdasht nutrition clinic and health centers at 20-2019.

Methods: In this quasi-experimental study, 30 overweight people referred to the Nutrition Clinic and Health Centers in Dehdasht were selected by the purposeful method and then divided into intervention and control groups by simple random sampling. The intervention group received ten training sessions based on the cognitive-behavioral therapy group through the researcher for five weeks. The control group received only the routine training program of the clinic. Initially, immediately after the last intervention session and three months after the intervention, both groups completed the demographic Questionnaire form and the attitude of eating and mental health Questionnaire. Data analysis was performed using inferential statistical tests (independent t-test, chi-square test, and repeated measures (ANOVA) in SPSSV.16 statistical software.

Results: In this study, 30 samples in two groups of intervention (15 people) and control (15 people) entered the final analysis stage. Repeated measures test showed that eating attitudes in the cognitive-behavioral therapy group were significantly reduced ($P = 0.045$), but changes in the control group were not statistically significant ($P = 0.525$). Also, there was a considerable difference between the mean mental health of individuals in the CBT group at different times ($P = 0.001$). Still, the changes in the control group were not statistically significant ($P = 0.925$).

Conclusions: According to the results of the study, it can be said that the cognitive-behavioral approach can have a positive effect on improving eating attitude and mental health of overweight people; Therefore, due to the high prevalence of obesity and overweight in Iran and its side effects in these people, as well as the fact that group therapy is a useful, low-cost, convenient and safe method and has no side effects, it is recommended to use this method as a useful method used by psychologists to improve eating habits and mental health of overweight people.

Keywords: Overweight, Mental Health, Cognitive Behavioral Therapy, Eating Attitude



اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وزن

جهانبخش مددی^۱، محبوبه چین آوه^{۲*}، مجید برزگر^۲

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران

^۲ دکترای روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران

* نویسنده مسئول: محبوبه چین آوه، دکترای روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران. ایمیل:

Hivachinaveh@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۰۳/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۱/۲۹

چکیده

مقدمه: اضافه وزن صرفاً حیطه ی سلامت جسمی را به خطر نمی اندازد بلکه تهدیدی قابل توجه برای سلامت روان شناختی افراد مبتلا نیز به شمار می آید. همچنین نگرش خوردن از مفاهیم مرتبط با چاقی و اضافه وزن محسوب می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وزن در کلینیک تغذیه و مراکز بهداشتی درمانی شهر دهدشت در سال ۹۹-۱۳۹۸ انجام شد.

روش کار: در این مطالعه نیمه تجربی ۳۰ فرد دارای اضافه وزن مراجعه کننده به کلینیک تغذیه و مراکز بهداشتی درمانی شهر دهدشت با روش هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. گروه مداخله، ۱۰ جلسه آموزشی بر اساس گروه درمانی شناختی رفتاری توسط پژوهشگر بمدت ۵ هفته دریافت کردند. گروه کنترل صرفاً برنامه روتین آموزشی کلینیک را دریافت نمود. در ابتدا پیش آزمون و بعد از جلسات مداخله و ۳ ماه بعد از آن، پس آزمون از هر دو گروه طی فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه نگرش خوردن و سلامت روان بعمل آمد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماراستنباطی (آزمون t مستقل، آزمون کای اسکور و آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر) در نرم افزار آماری SPSSV ۱۶ انجام گرفت.

یافته ها: در این مطالعه ۳۰ نفر نمونه در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) وارد مرحله آنالیز نهایی شدند. آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر نشان داد که میزان نگرش خوردن در گروه مداخله به طور معناداری کاهش پیدا کرده است ($P = ۰/۰۴۵$) ولی تغییرات گروه کنترل از لحاظ آماری معنادار نبوده است ($P = ۰/۵۲۵$). همچنین، بین میانگین سلامت روان افراد در گروه مورد مداخله رفتار درمانی شناختی، در زمان های مختلف اختلاف معناداری وجود داشت ($P = ۰/۰۰۱$) ولی تغییرات گروه کنترل از لحاظ آماری معنادار نبوده است ($P = ۰/۹۲۵$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت رفتار درمانی شناختی به شیوه گروهی می تواند در بهبود نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وزن تاثیر مثبت داشته باشد؛ بنابراین، با توجه به شیوع بالای چاقی و اضافه وزن در ایران و عوارض آن در این افراد، رفتاردرمانی شناختی روشی مؤثر برای کاهش وزن و درمان چاقی می باشد و پیشنهاد می شود در بهبود نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وزن توسط روان شناسان بکار گرفته شود.

کلیدواژه ها: اضافه وزن، سلامت روان، گروه درمانی، رفتار درمانی شناختی، نگرش خوردن

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

جهانی در سال ۲۰۲۰ بیش از ۱/۱۹ میلیارد نفر از بزرگسالان دنیا دارای اضافه وزن می باشند و حدود یک سوم از آنها چاق هستند [۲]. در ایران ۲۸/۶ درصد افراد دارای اضافه وزن و ۱۰/۸ درصد افراد چاق و ۳/۴ درصد دارای چاقی مرضی هستند [۳] اضافه وزن دومین علت

چاقی به عنوان تجمع بیش از اندازه چربی در بدن که سلامتی فرد را مختل می کند شناخته می شود. معیار اصلی در ارزیابی اضافه وزن و چاقی شاخص توده بدنی (Body Mass Index (BMI می باشد؛ به طوری که میزان آن در مورد اضافه وزن ($۲۵-۲۹ \text{ kg/m}^2$) و در چاقی بالاتر از (۳۰ kg/M^2) است [۱]. براساس برآورد سازمان بهداشت

(۲۰۰۹) نیز در مطالعه ای مداخله ای گزارش کردند رفتاردرمانی شناختی موجب بهبود قابل توجه ملاحظه در خوردن و تغییر نگرش های خوردن در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن شده است [۲۱]. با این وجود، یافته های مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۹۵) بر روی زنان مبتلا به چاقی نشان داد، آموزش گروهی با روش باکروید که مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است تأثیر معنی داری بر بهبود نگرش خوردن این افراد نداشت. باکروید معتقد است غذا خوردن در افراد چاق بیشتر از آن که ناشی از گرسنگی باشد تحت تأثیر احساسات و هیجانات فرد است [۲۲].

از آنجایی که سلامت جسمی و روانی افراد جامعه نقش بی بدیلی در پیشبرد اهداف فردی و اجتماعی یک کشور ایفا می نماید و با توجه به گزارش یافته های ضد و نقیض در رابطه با تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر میزان نگرش افراد دارای اضافه وزن، و عدم وجود تحقیق مشابه در ایران که تأثیر درمان شناختی رفتاری بر نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وزن را بررسی کرده باشد و نظر به آمار قابل توجه افراد دارای اضافه وزن و چاقی در ایران نیاز به انجام مطالعاتی در این زمینه احساس می شود. این مطالعه با هدف پاسخگویی به این سوال است که آیا گروه درمانی شناختی - رفتاری بر نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وزن اثربخش است؟

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی با گروه کنترل در کلینیک تغذیه و رژیم درمانی و مرکز بهداشتی و درمانی شهر دهدشت، استان کهگیلویه و بویر احمد ایران از آبان ماه تا بهمن ماه ۱۳۹۸ انجام شد. جهت برآورد حجم نمونه، با توجه به مطالعات قبلی، با در نظر گرفتن $\alpha=0.05$ و $\beta=0.2$ ، تعداد نمونه برای هر گروه، ۱۲ نفر از افراد دارای اضافه وزن برآورد گردید که با احتساب ریزش احتمالی ۲۰ درصد برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد است. معیار ورود به مطالعه تمایل به شرکت در پژوهش، شاخص توده بدنی ($BMI = kg/m^2$) برابر یا بزرگتر از $25 kg/m^2$ ، عدم دریافت داروهای روان گردان یا اثر گذار بر وزن، عدم حضور در دوره های روان درمانی کاهش وزن یا رژیم درمانی در طول مدت انجام مطالعه و و سه ماه قبل از مطالعه بود. افرادی که در حداقل ۳ جلسه از برنامه های گروه درمانی شرکت نکرده باشند از مطالعه خارج شدند. نمونه های مطالعه به روش هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه کشی) به دو گروه مساوی مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. این مطالعه بر اساس دستورالعمل منتشر شده در بیانیه هلسینکی انجام شد [۲۳] جهت انجام این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان مجوز لازم اخذ شد. قبل از نمونه گیری از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد. افراد گروه مداخله توسط پژوهشگر که قبلاً در دوره های گروه درمانی شناختی - رفتاری شرکت کرده بود، به مدت ۵ هفته، هر هفته دو جلسه ی ۶۰ دقیقه ای (در روز های زوج) تحت آموزش گروه درمانی شناختی رفتاری در کلاس واقع در کلینیک تغذیه قرار گرفتند. این جلسات به صورت رو در رو و چهره به چهره همراه با بحث و تبادل نظر گروهی و پرسش و پاسخ میان پژوهشگر و افراد دارای اضافه وزن همراه، انجام شد. (جدول ۱).

مرگ و میر در دنیاست و منجر به مرگ حدود ۳۰۰ هزار نفر در سال می شود [۴].

اضافه وزن و چاقی احتمال خطر بیماری های متابولیک، افزایش فشار خون، اختلالات چربی خون، ابتلا به انواع سرطان، دیابت قندی، بیماری عروق کرونر و سکتی مغزی را افزایش می دهد [۵]. از سوی دیگر چاقی عامل مهمی در افزایش مشکلات روان شناختی از جمله اختلالات اضطرابی، خلقی، شخصیتی که از مولفه های سلامت روان هستند و نیز بروز رفتارهای پر خطر است [۶].

یکی از مفاهیم مرتبط با چاقی و اضافه وزن مبحث نگرش خوردن است. نگرش خوردن شامل باورها، افکار، احساسات و رفتار مرتبط با غذاست که می تواند بر انتخاب نوع غذای افراد و وضعیت سلامتی آنها تأثیرگذار باشد [۷]. پژوهشگران معتقدند که دریافت کالری زیاد و کاهش فعالیت های فیزیکی از عوامل افزایش وزن هستند و نوع نگرش افراد به خوردن خوراک و رفتارهای خوردن آن ها می تواند منجر به تجمع بیش از حد و غیر معمول چربی و چاقی شود یا برعکس با اجتناب از غذا منجر به لاغری افراطی شود [۸].

نگرش به خوردن طیف وسیعی را در بر می گیرد که از یک سو به نگرش سالم و از سوی دیگر به اختلالات خوردن و خوراک ختم می شود [۹]. در سال های اخیر اختلال در نگرش خوردن به طور فزاینده ای در میان افراد تعدادی از کشورها شایع شده است که خود از عواملی هستند که ارتباط تنگاتنگی با چاقی دارند [۱۰]. چاقی بر فرآیندهای شناختی افراد مبتلا تأثیر منفی دارد و موجب برداشت های منفی در مورد توانایی های خود می شود [۱۱]. یافته های یک مطالعه بر روی دانشجویان دانشگاه های کویت نشان داد بیش از ۳۰ درصد از دانشجویان نگرش های غذایی مختل داشته اند [۱۲].

همچنین، اثرات مخرب اضافه وزن صرفاً حیطه ی سلامت جسمی را به خطر نمی اندازد بلکه می تواند به عنوان تهدیدی قابل توجه برای سلامت روان شناختی افراد مبتلا نیز به شمار آید [۱۳]. افراد دارای اضافه وزن و چاق نسبت به افراد دارای وزن طبیعی به احتمال بیشتری از خود ناراضی هستند به ظاهر خود اشتغال ذهنی داشته و از تعاملات اجتماعی اجتناب می کنند که همه ی این عوامل به احتمال کاهش سطح سلامت روان در این افراد دامن می زند [۱۴]. رومان معتقد است چاقی سبب ایجاد نگرش منفی و فشار روانی و همچنین تهدیدی برای سلامت روان فرد است [۱۵].

هر چند به طور معمول افراد دارای اضافه وزن و چاقی تحت درمان های تغذیه ای قرار می گیرند اما پژوهش ها نشان می دهد که رژیم درمانی به تنهایی اثربخش نیست و در طولانی مدت افراد به وزن قبلی خود برمی گردند [۱۶]. روش های مختلفی جهت تغییر در نگرش و افزایش مولفه های سلامت روان افراد دارای اضافه وزن و چاقی پیشنهاد شده است [۱۷]. یکی از این روش ها که به نظر می رسد برای کاهش وزن این افراد موثر باشد، Behavioral Therapy (CBT) یا Cognitive یا درمان های شناختی - رفتاری است [۱۸].

در این رابطه، برنان و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند، CBT در بیماران با طیف وسیعی از اختلالات خوردن یا BMI غیر طبیعی اثربخش بوده و موجب بهبود قابل ملاحظه در اختلالات و کاهش BMI شده است [۱۹]. آشتن و همکاران (۲۰۰۹) نیز اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر کاهش رفتارهای پرخوری را گزارش کرده اند [۲۰]. فربرن و همکاران

جلسات	محتوا
جلسه اول	در این جلسه انگیزه شرکت کنندگان بررسی شد و درمانگر انگیزه ویژه‌ای برای ایشان ایجاد نموده است.
جلسه دوم	آشنا ساختن شرکت کنندگان با مدل شناختی، پرداختن به موانع کاهش وزن و عوامل مرتبط با نگرانی‌ها
جلسه سوم	کنترل وزن، مروری کوتاه از تکالیف جلسه قبل، آموزش کنترل ولع و پرخوری
جلسه چهارم	آشنا ساختن شرکت کنندگان با رفتار درمانی شناختی و تأثیری که می‌تواند بر کاهش وزن داشته باشد.
جلسه پنجم	کنترل وزن، تشویق و پذیرش ورزش رسمی در صورت مناسب بودن، ارائه بازخورد.
جلسه ششم	کنترل وزن (شرکت کنندگان باید در ابتدا جلسه وزن کشی شوند)، بررسی تکالیف و میزان رضایت شرکت کنندگان تا جلسات امروز و آموزش مجدد، بررسی موقعیت‌ها و احساس شرکت کنندگان نسبت به چاقی
جلسه هفتم و هشتم	کنترل وزن (در این ۲ جلسه کنترل وزن انجام شده است)، بررسی و خلاصه‌ای از جلسه قبل، مروری بر یادداشت‌های مربوط به پایش، شناسایی باورهای بنیادی شرکت کنندگان مربوط به چاقی و ظاهر خود
جلسه نهم و دهم	کنترل وزن (در این ۲ جلسه کنترل وزن انجام شده است)، بررسی و پل زدن از جلسه قبل، تعیین دستور جلسه (اصلاح باورهای قدیمی و ناکارآمد و جایگزینی با باورهای جدید)

که DASS-۲۱ فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از این خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود [۲۶].

جهت بررسی روایی سازه مقیاس DASS، آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد تبیین می‌شود. همچنین پایایی ابزار مذکور از طریق همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود [۲۷]. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و همکاران (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار آزمون-بازآزمون را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده اند. لازم به ذکر است که پایایی این ابزار در مطالعه حاضر نیز از طریق محاسبه همسانی درونی بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. در بررسی روایی این مقیاس شیوه‌ی آماری تحلیل عاملی از نوع تاییدی و به روش مولفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. بر اساس تحلیل عاملی انجام شده بر روی گویه‌های پرسشنامه سه مقیاس فرعی استخراج شد که عبارتند از: افسردگی، اضطراب و تنیدگی که در راستای عامل‌های آزمون اصلی DASS می‌باشد [۲۸].

یافته‌ها

به منظور مقایسه وضعیت متغیرهای کمی نرمال بین گروهی از قبیل سن افراد از آزمون t مستقل متغیرهای کیفی بین گروهی از آزمون کای دو جهت بررسی مقایسه تأثیر CBT بر سلامت روان و نگرش خوردن افراد دارای اضافه وزن ابتدا با استفاده از آزمون موخلی به بررسی کروییت داده‌ها پرداخته شد. نتایج نشان داد که آماره موخلی برای این گروه از داده‌ها برابر با ۰/۷۵ در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۲ بود. بنابر نتایج می‌توان مدعی شد که فرض کروییت داده‌ها برقرار نبوده و برای سنجش میزان تأثیر مداخله صورت گرفته از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از اپسیلون گرین هاوس گایز استفاده شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. در کلیه موارد سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. میانگین سن شرکت کنندگان در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $33/12 \pm 6/35$ و $26/36 \pm 5/11$ و

قبل از شروع مطالعه، بلافاصله پس از برگزاری آخرین جلسه آموزش و ۳ ماه پس از آخرین جلسه مداخله، میزان سلامت روان و نگرش خوردن شرکت کنندگان در مطالعه به روش خودگزارش دهی سنجش شد. در صورتی که شرکت کنندگان در مطالعه قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند، محقق از طریق مصاحبه با شرکت کنندگان اقدام به تکمیل پرسش نامه برای آن‌ها نمود. فرم اطلاعات جمعیت شناختی شامل اطلاعاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل و سابقه مصرف دارو جهت کاهش وزن بود. روایی محتوایی این فرم توسط ۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان مورد بررسی و تایید قرار گرفت. جهت اندازه‌گیری سلامت روان از پرسشنامه DASS-۲۱ (Depression- Anxiety – Stress Scale) و جهت بررسی نگرش خوردن از پرسشنامه اختصاصی EAT-۲۶ (Eating Attitudes Test) استفاده شد. پرسشنامه ۲۶ سوالی EAT-26 توسط گارنر و همکارانش (۱۹۸۲) طراحی و روان سنجی شد. هر یک از سوال‌های پرسشنامه EAT بر اساس مقیاس لیکرت ۳ قسمتی درجه بندی می‌شود. برای هر عبارت پاسخ «همیشه» ۳ نمره، «بیشتر اوقات» ۲ نمره، «خیلی اوقات» ۱ نمره و سه گزینه باقی مانده شامل «گاهی اوقات»، «بندرت» و «هرگز» صفر نمره می‌گیرند. بنابر این طیف نمرات از صفر تا ۷۸ می‌باشد. در صورتی که نمره کل فرد بالاتر از نقطه برش EAT-26 باشد مشکوک به اختلال محسوب می‌شود، نمره ۲۰ و بالاتر نمره برش ابزار برای احتمال وجود اختلالات تغذیه‌ای است [۲۴]. این پرسشنامه توسط نوبخت و همکاران (۱۳۷۹) در ایران ترجمه و اعتباریابی شده است. ضریب پایایی با استفاده از روش همبستگی پیرسون محاسبه شد. براساس نتایج بدست آمده همبستگی بین نمره های ناشی از اجرای دو مرحله پرسشنامه EAT در گروه مطالعه ۹۱/۰ بدست آمده که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد [۲۵].

مقیاس DASS، مجموعه‌ای از سه خرده مقیاس جهت ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. جهت تکمیل این پرسشنامه فرد باید وضعیت یک نشانه را در طول هفته گذشته مشخص کند. هر یک از خرده مقیاس‌های DASS شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره گذاری می‌شود. از آنجا

سال بود. بین دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی و زمینه ای تفاوت آماری معنی دار وجود نداشت (جدول ۲).
آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر نشان داد که میزان نگرش در گروه CBT به طور معناداری کاهش پیدا کرده است ($P = ۰/۰۴۵$)؛ بطوری که در گروه CBT قبل از مداخله ($۱۸/۷ \pm ۴۰/۶۲$)، بلافاصله بعد از مداخله ($۱۴/۶ \pm ۵۳/۹۵$) و یک ماه بعد از مداخله ($۱۳/۷ \pm ۱۳/۰۲$) تغییر یافت در حالی که در گروه کنترل قبل از مداخله ($۱۴/۷ \pm ۹۳/۳۶$)، بلافاصله بعد از مداخله ($۱۵/۷ \pm ۲۶/۳۹$) و یک ماه بعد از مداخله ($۱۵/۷ \pm ۴۰/۸۳$) بود ($P = ۰/۵۲۵$). همچنین،

آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر نشان داد که بین میانگین سلامت روان افراد در گروه مورد CBT قرار گرفته در زمان های مختلف اختلاف معناداری وجود دارد ($P = ۰/۰۰۱$)؛ بطوری که در گروه CBT قبل از مداخله ($۱۹/۹ \pm ۰/۱۱$)، بلافاصله بعد از مداخله ($۱۵/۷ \pm ۶۰/۲۷$) و یک ماه بعد از مداخله ($۱۵/۷ \pm ۷۳/۰۲$) تغییر یافت در حالی که در گروه کنترل قبل از مداخله ($۱۹/۶ \pm ۴۰/۱۹$)، بلافاصله بعد از مداخله ($۱۹/۶ \pm ۵۳/۳۲$) و یک ماه بعد از مداخله ($۱۹/۶ \pm ۳۳/۲۹$) بود ($P = ۰/۹۲۵$).

جدول ۲. وضعیت مشخصات جمعیت شناختی و زمینه ای

متغیر	کل (%) n	گروه مداخله (%) n	گروه کنترل (%) n	P(Value)
جنسیت				۰/۵۰۷
زن	۱۹ (۶۶/۳۳)	۱۰ (۶۶/۳۶)	۱۱ (۷۳/۳۳)	
مرد	۱۱ (۳۶/۶۷)	۵ (۳۳/۶۴)	۴ (۲۶/۶۷)	
تأهل				۰/۹۱۴
مجرد	۲۰ (۶۶/۶۷)	۸ (۵۳/۳۳)	۸ (۵۳/۳۳)	
متاهل	۱۰ (۳۳/۳۳)	۷ (۴۲/۷۷)	۷ (۴۲/۷۷)	
تحصیلات				۰/۹۳۷
دیپلم	۱۰ (۳۳/۳۳)	۶ (۴۰/۰۰)	۸ (۵۳/۳۳)	
فوق دیپلم	۵ (۶/۶۷)	۵ (۳۳/۶۴)	۳ (۲۰/۰۰)	
کارشناسی	۳ (۱۰)	۳ (۲۰/۰۰)	۳ (۲۰/۰۰)	
کارشناسی ارشد	۱ (۳/۳۳)	۱ (۶/۶۶)	۰ (۰)	
دکتری	۱ (۳/۳۳)	۰ (۰)	۱ (۶/۶۶)	
شغل				۰/۹۱۵
استخدام	۱۶ (۵۳/۳۳)	۸ (۵۳/۳۳)	۸ (۵۳/۳۳)	
بیکار	۱۴ (۴۶/۶۷)	۷ (۴۲/۷۷)	۷ (۴۲/۷۷)	
انحراف معیار				۰/۹۸۲
سن	(۳۵/۸۰ ± ۱۱/۶۵)	(۳۵/۶۶ ± ۱۲/۳۳)	(۳۶/۲۶ ± ۱۱/۵۳)	

Chi – square Independent T-test

جدول ۳. مقایسه نمرات دو گروه مداخله و کنترل در دو متغیر نگرش به خوردن و سلامت روان

متغیر	Mean ± (SD)			F	P(Value)
	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله		
نگرش خوردن					
گروه CBT	۱۸/۷ ± (۴۰/۶۲)	۱۴/۶ ± (۵۳/۹۵)	۱۳/۷ ± (۱۳/۲۰)	۴/۳۸	۰/۰۴۵
گروه کنترل	۱۴/۷ ± (۹۳/۳۶)	۱۵/۷ ± (۲۶/۳۹)	۱۵/۷ ± (۴۰/۸۳)	۱/۰۵۴	۰/۵۲۵
سلامت روان					
گروه CBT	۱۹/۹ ± (۰/۱۱)	۱۵/۷ ± (۶۰/۲۷)	۱۵/۷ ± (۷۳/۲۰)	۱۵/۰۹	۰/۰۰۱
گروه کنترل	۱۹/۶ ± (۴۰/۱۹)	۱۹/۶ ± (۵۳/۳۲)	۱۹/۶ ± (۳۳/۲۹)	۰/۶۵۱	۰/۹۲۵

*Repeated measures test

بحث

این مطالعه به منظور تبیین تاثیر گروه درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی – رفتاری بر نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وزن انجام شد. نتایج این مطالعه بیانگر آن است که میزان نگرش در گروه CBT در زمان های مختلف به طور معناداری کاهش پیدا کرده است ولی تغییرات گروه کنترل از لحاظ آماری معنادار نبود است. به عبارت دیگر نگرش افراد در گروه CBT به طور معناداری بهبود یافته است. مطالعات محدودی به بررسی تاثیر CBT بر نگرش خوردن بطور مستقیم پرداخته اند. بر خلاف این یافته، یافته های مطالعه حسینی و همکاران (۱۳۹۵) بروی زنان مبتلا به چاقی نشان داد، آموزش گروهی

مبتنی بر روش باکروید که مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است تاثیر معنی داری بر بهبود نگرش خوردن این افراد نداشت [۲۲]. از جمله دلایل این اختلاف می تواند ناشی از تعداد جلسات متفاوت، نوع رویکرد متفاوت و گروه هدف متفاوت باشد.

در تایید این یافته، هانا ترنر و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای با هدف تبیین تاثیر درمان شناختی – رفتاری در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن نشان دادند، CBT موجب تغییر نگرش خوردن در گروه مداخله درمقایسه با گروه کنترل شده است [۲۹]. پژوهش ها نشان می دهند مداخلات روان شناختی در بهبود سلامت روان و ارتقاء خود کارآمدی افراد با مشکل چاقی، نقش مؤثری دارند (۲۱). فاریکاتور و

همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه ای CBT را برای بیماران با طیف وسیعی از اختلالات خوردن از جمله با شاخص توده ی بدنی (BMI) اثربخشی دانسته که منجر به بهبود قابل ملاحظه در اختلالات خوردن و آسیب شناسی عمومی شده است [۳۰]. فنای و همکاران (۱۳۹۴) اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه ی گروهی بر سلامت روان و انعطاف پذیری روان شناختی افراد دارای اضافه وزن را مورد بررسی قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که رفتاری درمانی شناختی می تواند به عنوان یک مداخله اثربخش در افزایش سلامت روان افراد دارای اضافه وزن محسوب شود [۳۱]. آموزش شناختی رفتاری از اساس نظری قوی برخوردار است. هدف این نوع مداخله اصلاح برداشت های غلط، تقویت مهارت های مقابله، احساس کنترل بر زندگی و تسهیل خودگویی های سازنده یا همان چیزهایی است که انسان ها معمولاً وقتی با موقعیت های مختلف مواجه می شوند، ممکن است به خودشان بگویند [۳۲]. یافته های این مطالعه توسط هومن و همکاران (۱۳۹۰) [۳۳] نیز تایید شد. در تبیین این یافته می توان چنین استنباط نمود که گفت و گوی فرد چاق با درمانگر در مورد افکار خودآیند منفی بمنظور شناسایی این افکار، یادداشت آن ها روی کاغذ و خروج آن ها از ذهنش و اجرای تصویرسازی ذهنی در مورد خاطرات اوایل زندگی موجب تغییر نگرش افراد گروه مداخله می شود.

سهرابی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای مداخله ای نشان دادند، CBT موجب بهبود خودپنداره افراد دارای اضافه وزن شده است [۳۴]. آشتن و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه ای دیگر اثربخشی CBT بر روی پرخوری را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج کاهش معناداری را هم در شناخت ها و هم در رفتارهای پرخوری به همراه داشته است [۲۰]. سیمور و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند، CBT موجب تغییر در رفتارهای خوردن و کاهش علائم پرخوری گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شد [۳۵]. در تایید این یافته، مورفی و همکاران (۲۰۱۰) اثربخشی CBT به همراه پیگیری را جهت کاهش علائم پرخوری تایید کردند [۳۶] در تبیین این یافته می توان چنین اظهار داشت که بدنبال گروه درمانی شناختی رفتاری، آموزش اجرا شده توسط درمانگر در خصوص ارزیابی اولیه افکار و نگرش افراد مربوط به افزایش وزن و رژیم غذایی، پیدا کردن موقعیت های برانگیزاننده نسبت به پرخوری، توافق و تبعیت از تکالیف خانگی محول شده به افراد چاق از جمله محدودسازی افراد از دریافت کالری بیش از حد، توزین دوره ای و منظم افراد، استفاده کمتر از ماشین و پیاده روی بیشتر می تواند در رفتار فرد عادی سازی شده و در نهایت موجب تغییر در نگرش فرد می شود. همچنین، یافته های این مطالعه نشان داد، بین میانگین سلامت روان افراد در گروه CBT بلافاصله بعد از مداخله بهبود یافت و به مرور زمان ثابت بود در زمان های مختلف اختلاف معناداری وجود دارد ولی تغییرات گروه کنترل از لحاظ آماری معنادار نبوده است. به عبارت دیگر سلامت روان افراد در گروه CBT به طور معناداری بهبود یافته است. همسو با این یافته، مومنی و همکاران (۱۳۹۷) دریافتند، CBT موجب بهبود معنی دار سلامت عمومی و کاهش اضطراب مرگ زنان سالمند سوگوار شد [۳۷]. یافته های مطالعه هوشیار و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان داد، درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش افسردگی و اضطراب مرگ سالمندان که از مولفه های سلامت روان است شده است [۳۸]. در تایید این این یافته کریستا و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ای فراتحلیل گزارش کردند، CBT موجب کاهش معنادار افسردگی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شد [۳۹]. در تبیین این یافته می توان چنین

استنباط نمود که CBT به سهولت این امکان را فراهم می سازد که تعدادی از این افراد دارای اضافه وزن و چاقی در یک مکان جمع شوند، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود یعنی چاقی به گفت و گو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار موجب آرامش و راحتی افراد چاق، کاهش اضطراب و افسردگی آن ها و در نتیجه بهبود سلامت روان آن ها می شود. همراستا با این یافته فریدلند و همکاران (۲۰۱۵) نیز در مطالعه ای کارآزمایی بالینی بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دریافتند، CBT موجب کاهش معنادار افسردگی و بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می شود [۳۲]. در تایید این یافته، شریفی و همکاران (۱۳۹۲) گزارش کردند، CBT موجب بهبود سلامت عمومی خانواده های داغیده شده است [۴۰]. هوفمن و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه ای فراتحلیل نشان دادند CBT موجب کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بویژه در ابعاد جسمی و روان شناختی می شود [۴۱]. خطیبیان و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه ای مداخله ای دریافتند، CBT موجب بهبود معنادار سلامت روان در زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شد [۴۲]. در تبیین این یافته می توان چنین اظهار داشت که بدنبال گروه درمانی شناختی رفتاری، اعضای گروه در جریان تعامل با درمانگر، به بررسی و شناسایی موانع و نگرانی های مرتبط با کاهش وزن پرداخته و اقدام به اصلاح الگوی غذایی خود می نمایند. در تبیین این یافته، با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری در تغییر و اصلاح افکار و رفتار افراد دارای اضافه وزن و چاق در مواجهه با پرخوری و با تاکید بر فعالیت های عینی و رفتاری، فرد را به انجام تکالیف مربوط به تبعیت از رژیم غذایی سالم تحریک می کند و با درگیری فرد در فعالیت های ورزشی می توان سلامت عمومی را ارتقاء داد. از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به عدم حضور برخی از شرکت کنندگان در جلسات آموزشی و تکمیل پرسشنامه پیگیری اشاره کرد که با تماس تلفنی و ارسال پیامک به آن ها تا حد امکان این محدودیت کنترل شد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت رفتار درمانی شناختی به شیوه گروهی می تواند در بهبود نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وزن تاثیر مثبت داشته باشد؛ بنابراین، با توجه به شیوع بالای چاقی و اضافه وزن در ایران و عوارض آن در این افراد، رفتاردرمانی شناختی روشی مؤثر برای کاهش وزن و درمان چاقی می باشد و پیشنهاد می شود در بهبود نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وزن توسط روان شناسان بکار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این طرح در کمیته اخلاق در پژوهش، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان با کد اخلاق IR.IAU.A.REC.1399.005 و کد طرح ۱۶۰۲۰۷۰۵۹۷۱۰۱۴ به تصویب رسیده است. بدین وسیله از همه کسانی که در اجرای این پژوهش با ما همکاری نمودند، به خصوص افراد شرکت کننده در گروه های مداخله تشکر و قدردانی می نمایم.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

- Pozza C, Isidori AM. What's behind the obesity epidemic. Imaging in bariatric surgery: Springer; 2018.
- Organization WH. Obesity and overweight 2020. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
- Rahmani A, Sayehmiri K, Asadollahi K, Sarokhani D, Islami F, Sarokhani M. Investigation of the prevalence of obesity in Iran: a systematic review and meta-analysis study. [Persian]. Acta Medica Iranica. 2015;596-607.
- Hall KD. Did the Food Environment Cause the Obesity Epidemic? Obesity (Silver Spring). 2018;26(1):11-3. doi: 10.1002/oby.22073 pmid: 29265772
- Kovesdy CP, Furth SL, Zoccali C. Obesity and kidney disease: hidden consequences of the epidemic. J Bras Nefrol. 2017;39(1):1-10. doi: 10.5935/0101-2800.20170001 pmid: 28355410
- D O'Brien P, Hinder LM, Callaghan BC, Feldman EL. Neurological consequences of obesity. Lancet Neurol. 2017;16(6):465-77. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30084-4
- Chang RC. The influence of attitudes towards healthy eating on food consumption when travelling. Current Issue Tourism. 2017;20(4):369-90. doi: 10.1080/13683500.2014.890579
- Perez-Villarreal HH, Martinez-Ruiz MP, Izquierdo-Yusta A. Testing model of purchase intention for fast food in Mexico: How do consumers react to food values, positive anticipated emotions, attitude toward the brand, and attitude toward eating hamburgers? Foods. 2019;8(9). doi: 10.3390/foods8090369 pmid: 31461849
- La Barbera F, Verneau F, Videbæk PN, Amato M, Grunert KG. A self-report measure of attitudes toward the eating of insects: construction and validation of the entomophagy attitude questionnaire. Food Quality Preference. 2020;79:103757. doi: 10.1016/j.foodqual.2019.103757
- Malek L, Umberger WJ, Makrides M, ShaoJia Z. Predicting healthy eating intention and adherence to dietary recommendations during pregnancy in Australia using the Theory of Planned Behaviour. Appetite. 2017;116:431-41. doi: 10.1016/j.appet.2017.05.028 pmid: 28536056
- ALBashtawy M. Obesity and body image perception among adolescents. EC Psychol Psychiatr. 2017;4(6):216-7.
- Musaiger AO, Al-Kandari FI, Al-Mannai M, Al-Faraj AM, Bouriki FA, Shehab FS, et al. Disordered eating attitudes among university students in Kuwait: The role of gender and obesity. Int J Prev Med. 2016;7:67. doi: 10.4103/2008-7802.180413 pmid: 27141286
- Contu L, Hawkes CA. A Review of the Impact of Maternal Obesity on the Cognitive Function and Mental Health of the Offspring. Int J Mol Sci. 2017;18(5). doi: 10.3390/ijms18051093 pmid: 28534818
- Dye L, Boyle NB, Champ C, Lawton C. The relationship between obesity and cognitive health and decline. Proc Nutr Soc. 2017;76(4):443-54. doi: 10.1017/S0029665117002014 pmid: 28889822
- Romain AJ, Marleau J, Baillot A. Impact of obesity and mood disorders on physical comorbidities, psychological well-being, health behaviours and use of health services. J Affect Disord. 2018;225:381-8. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.065 pmid: 28846960
- Wu T, Gao X, Chen M, van Dam RM. Long-term effectiveness of diet-plus-exercise interventions vs. diet-only interventions for weight loss: a meta-analysis. Obes Rev. 2009;10(3):313-23. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00547.x pmid: 19175510
- Jensterle M, Kravos NA, Gorcar K, Janez A. Short-term effectiveness of low dose liraglutide in combination with metformin versus high dose liraglutide alone in treatment of obese PCOS: randomized trial. BMC Endocr Disord. 2017;17(1):5. doi: 10.1186/s12902-017-0155-9 pmid: 28143456
- Cooper K, Gregory JD, Walker I, Lambe S, Salkovskis PM. Cognitive behaviour therapy for health anxiety: A systematic review and meta-analysis. Behav Cogn Psychother. 2017;45(2):110-23. doi: 10.1017/S1352465816000527 pmid: 28229805
- Brennan L. Does motivational interviewing improve retention or outcome in cognitive behaviour therapy for overweight and obese adolescents? Obes Res Clin Pract. 2016;10(4):481-6. doi: 10.1016/j.orcp.2015.08.019 pmid: 26598449
- Ashton K, Drerup M, Windover A, Heinberg L. Brief, four-session group CBT reduces binge eating behaviors among bariatric surgery candidates. Surg Obes Relat Dis. 2009;5(2):257-62. doi: 10.1016/j.soard.2009.01.005 pmid: 19250884
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. Am J Psychiatry. 2009;166(3):311-9. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08040608 pmid: 19074978
- Hosseini F, Gorgi Y, Javadzadeh A. The effectiveness of Buckroyd's group-based therapeutic approach on increasing self-esteem and improving eating attitude of obese-20 to 30-year-old females in Esfahan. [Persian]. J Educ Community Health. 2016;3(1):43-50. doi: 10.21859/jech-03016
- Organization WH. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. 2014.
- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982;12(4):871-8. doi: 10.1017/S0033291700049163 pmid: 6961471
- Nobakht M, Dezhkam M. An epidemiological study of eating disorders in Iran. [Persian]. Int J Eat Disorder. 2000;28(3):265-71. doi: 10.1002/1098-108X(200011)28:3<265::AID-EAT3>3.0.CO;2-L

26. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales: Psychology Foundation of Australia; 1996.
27. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychologic Assessment*. 1998;10(2):176. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176
28. Samani S. Investigating the validity and validity of the short form of the Depression and Anxiety Depression Scale. [Persian]. *Soc Sci Human Shiraz Univ*. 2007;26(3):65-75.
29. Turner H, Marshall E, Stopa L, Waller G. Cognitive-behavioural therapy for outpatients with eating disorders: effectiveness for a transdiagnostic group in a routine clinical setting. *Behav Res Ther*. 2015;68:70-5. doi: 10.1016/j.brat.2015.03.001 pmid: 25816766
30. Fabricatore AN. Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference? *J Am Diet Assoc*. 2007;107(1):92-9. doi: 10.1016/j.jada.2006.10.005 pmid: 17197276
31. Fanaie S. The effectiveness of group-based cognitive-behavioral therapy on mental health and psychological flexibility of overweight people. [Persian]. *Psychol Psychiatr*. 2015;2(1):28-40.
32. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175(11):1773-82. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.5220 pmid: 26414759
33. Homan F. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral treatment group on nervous overeating in women referring to Ahvaz Overeating Association. [Persian]. *J Jundishapur Sci Med J*. 2011;10(4):417-25.
34. Sohrabi F, Pasha R, Naderi F, Askary P, Ehteshamzadeh P. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on Body Mass Index and self-concept perceptions of overweight individuals. [Persian]. *Iran J Nutrition Sci Food Technol*. 2018;12(4):43-51.
35. Seamoore D, Buckroyd J, Stott D. Changes in eating behaviour following group therapy for women who binge eat: a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13(3):337-46. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00960.x pmid: 16737501
36. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):611-27. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.004 pmid: 20599136
37. Momeni K. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy group death anxiety and general health of grieving old women. [Persian]. *J Aging Psychol*. 2019;4(2):131-42.
38. Houshyar F. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and anxiety death of the elderly in Pasargadae. [Persian]. *National Conference of the Third Millennium and the Humanities*. 2016;1(1):1-10.
39. Cristea IA, Huibers MJ, David D, Hollon SD, Andersson G, Cuijpers P. The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015;42:62-71. doi: 10.1016/j.cpr.2015.08.003 pmid: 26319193
40. Sharifi M. The effect of cognitive-behavioral mourning therapy with an Islamic approach on the general health of bereaved families. [Persian]. *Stud Islam Psychol*. 2014;12(1):1-10.
41. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2014;82(3):375-91. doi: 10.1037/a0035491 pmid: 24447006
42. Khatibian M, Shakerian A. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on decreasing depression, anxiety and stress in breast cancer women admitted to Ahwaz Medical Sciences Hospitals. [Persian]. *Scientific J Kurdistan Univ Med Sci*. 2014;19(4):91-9.