

اثربخشی رفتار درمانی شناختی در درمان مبتلایان به چاقی

دکتر خیراله صادقی^۱، دکتر بنفشه غرابی^۲، دکتر لادن فتی^۳، دکتر سیدضیاءالدین مظهری^۴

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Treating Patients with Obesity

Kheirollah Sadeghi*, Banafsheh Gharraee^a, Ladan Fata^b, Seyyed Ziaedin Mazhari^c

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. **Method:** A single-case experimental trial of multiple-baseline type was carried out in two stages of losing and maintaining weight on four female patients with obesity. Patients with obesity in accord with Body Mass Index (BMI) responded to the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ), Appearance Schemas Inventory (ASI), and Weight Efficacy Life-Style Questionnaire (WEL) at five stages of: baseline (pre-treatment), as well as sixth, twelfth, eighteenth, and twenty fourth sessions of treatment. Patients weighing was carried out at the beginning of each session. Data were presented using graphs and improvement rates. **Results:** Cognitive-behavioral treatment of obesity was effective in reducing weight and maintaining loss of weight and changes in body image satisfaction, personal beliefs about appearance and weight self-efficacy. **Conclusions:** Cognitive-behavioral therapy is effective in treating patients with obesity.

Key words: obesity; cognitive-behavioral therapy; weight loss

[Received: 28 July 2008; Accepted: 7 October 2009]

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی شناختی در درمان مبتلایان به چاقی است. **روش:** یک کار آزمایی آزمایشی تک موردی از نوع طرح خط پایه چند گانه فرآیند درمان، در دو مرحله کاهش و ابقای وزن، بر روی چهار بیمار زن چاق انجام شد. بیماران مبتلا به چاقی بر پایه شاخص توده بدن، در پنج مرحله خط پایه و جلسه های ششم، دوازدهم، هیجدهم و بیست و چهارم، پرسش نامه روابط چند بعدی بدن - خود، پرسش نامه طرحواره های ظاهر و پرسش نامه سبک زندگی کارآمدی وزن را تکمیل نمودند. وزن کشی بیماران در آغاز هر جلسه درمان انجام می شد. داده ها به کمک رسم نمودار و محاسبه درصد بهبودی ارایه گردیدند. **یافته ها:** درمان شناختی رفتاری چاقی در کاهش وزن و ابقای آن مؤثر بود و به تغییراتی در رضایت از تصویر بدن، باورهای شخصی درباره ظاهر و خود کارآمدی وزن انجامید. **نتیجه گیری:** رفتار درمانی شناختی در درمان مبتلایان به چاقی مؤثر است.

کلیدواژه: چاقی؛ رفتار درمانی شناختی؛ کاهش وزن؛ ابقای وزن

[دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۵/۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۷/۱۵]

^۱ دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی کرمانشاه. کرمانشاه، خیابان عشایر، مرکز آموزشی- درمانی فارابی، گروه روانپزشکی. دورنگار: ۸۲۶۴۱۶۳-۰۸۳۱ (نویسنده مسئول). E-mail: khirollahsadeghi@yahoo.com. ^۲ دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان و انسیتو روانپزشکی تهران؛ ^۳ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی؛ ^۴ متخصص تغذیه و رژیم درمانی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران.

* Corresponding author: PhD. in Clinical Psychology, Kermanshah University of Medical Sciences. The Department of Psychiatry, Farabi training-therapeutic Center, Ashayer St., Kermanshah, Iran, IR. Fax: +98831-8264163. E-mail: khirollahsadeghi@yahoo.com; ^a PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences, Mental Health Research Center, Tehran Psychiatric Institute; ^b PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences, Medical Education & Development Center; ^c Nutritionist, Associate Prof. of Iran University of Medical Sciences.

مقدمه

چاقی به زیادی چربی بدن یا توده بدنی بیش از حد با توجه به قد اشاره دارد که خطر ابتلا به بیماری‌های پزشکی را نزد فرد افزایش می‌دهد (مارکوس^۱، لوین^۲ و کلاچین^۳، ۲۰۰۳). روشی که به‌طور گسترده برای تعریف چاقی پذیرفته شده، شاخص توده بدن (BMI)^۴ می‌باشد که عبارت است از تقسیم وزن، برحسب کیلوگرم بر مجذور قد، برحسب متر (ویلیامسون^۵، نیوتون^۶ و والدن^۷، ۲۰۰۶). سازمان جهانی بهداشت^۸ (۱۹۹۸) چاقی را به‌عنوان $BMI \geq 30$ تعریف کرده است.

چاقی یک مسأله مهم تندرستی است (کوپر^۹ و فیورن^{۱۰}، ۲۰۰۱). در ایالات متحده، ۳۴٪ جمعیت دچار اضافه‌وزن و ۳۰٪ آن‌ها مبتلا به چاقی هستند (براونل^{۱۱}، وادن^{۱۲} و فلان^{۱۳}، ۲۰۰۵). برآوردهای اضافه‌وزن، چاقی و چاقی مرضی ($BMI \geq 40$) در ایران به ترتیب میزان‌های شیوع را ۲۸/۶٪، ۱۰/۸٪ و ۳/۴٪ نشان داده‌اند (بقایی، ۱۳۸۷). BMI بزرگ‌تر از ۲۵ در مردان، زنان و ساکنان شهر و روستا به ترتیب به میزان ۳۷٪، ۴۸٪، ۴۶/۷٪ و ۳۵/۵٪ بود. این بررسی چاقی شکمی^{۱۴} را در ۴۳/۴٪ زنان، ۹/۷٪ مردان، ۲۸/۵٪ ساکنان شهر و ۲۳٪ ساکنان روستا نشان داد. این یافته‌ها شواهد هشداردهنده‌ای را در زمینه شیوع بسیار بالای چاقی عمومی و شکمی در ایران ارائه می‌دهند. عادات ناسالم مربوط به سبک زندگی، نقش بزرگی در پیدایش این مسأله بهداشت عمومی در جامعه‌ما دارند (دلوری، کلیشادی، عالیخانی و علاءالدینی، ۱۳۸۶). از این رو می‌توان گفت که راه‌حل همه‌گیر چاقی نیازمند رویکردهای رفتاری و محیطی برای اصلاح رفتار خوردن و فعالیت جسمی است.

از دیدگاه بهداشت عمومی، گسترش مداخله‌های مؤثر بر درمان چاقی یک مسأله مهم به‌شمار می‌رود و سه گزینه بالینی مبتنی بر شواهد برای درمان وجود دارد:

۱- **درمان جراحی:** در دو کارآزمایی از این نوع (آندرسن^{۱۵} و همکاران، ۱۹۸۴، ۱۹۸۸؛ پروژه چاقی دانیش^{۱۶}، ۱۹۷۹، به‌نقل از پاول^{۱۷} و کالوین^{۱۸}، ۲۰۰۷)، کاهش‌های زیاد وزن، ۲۲/۷ یا ۳۶/۴ کیلوگرم، در دو سال پس از جراحی گزارش گردید، اما ابقای آن برای مدت زمان پنج سال، سؤال برانگیز بود، ۲- **دارو درمانی:** یافته‌های به‌دست آمده از بررسی پایایی پنج کارآزمایی تصادفی‌شده (تورگرسون^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۴؛ هاپتمن^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۰؛ ۱۹۹۹؛ پای-سانیر^{۲۱} و همکاران، ۲۰۰۶، به‌نقل از همان جا) مبنی بر این که درمان بیماران چاق به کمک داروها می‌تواند کاهش معنی‌دار بالینی در وزن، تقریباً ۳/۲ کیلوگرم، را در پی داشته باشد،

نشان داده‌اند. لیکن قطع دارو تقریباً به‌طور پایا افزایش دوباره وزن را در پی دارد. ۳- **تغییر سبک زندگی:** بازبینی یافته‌های چند کارآزمایی تصادفی‌شده (گروه پژوهش DPP^{۲۲}، ۲۰۰۲؛ تومیله‌تو^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۱؛ ولتون^{۲۴} و همکاران، ۱۹۹۸؛ پن^{۲۵} و همکاران، ۱۹۹۷؛ گروه پژوهش MRFIT^{۲۶}، ۱۹۹۰، به‌نقل از همان جا) که مداخله سبک زندگی را برای چاقی فراهم آوردند توانستند کاهش‌های کم اما به لحاظ بالینی معنی‌دار در وزن (۹/۱-۳/۲ کیلوگرم) پدید آورند. این مداخله‌ها عموماً در کوتاه مدت موفق، اما در ابقای پایای کاهش‌های وزن ناموفق بودند (به‌نقل از همان جا).

از آن‌جا که هدف تنها کاهش وزن نیست و بیشتر بررسی‌ها به ضعف بودن دستاوردهای درمانی در درازمدت اشاره نموده‌اند، به تازگی رویکرد جدیدی برای تحلیل شناختی- رفتاری چاقی پدید آمده است (شافران^{۲۷} و دی‌سیلوا^{۲۸}، ۲۰۰۵). بر پایه این رویکرد، بیماران چاقی که وزن کم می‌کنند به دو دلیل در ابقای موفقیت‌آمیز آن شکست می‌خورند: نخست آن‌که، آنان نه به هدف کاهش وزن دست می‌یابند و نه به مزیت‌های مورد انتظار ناشی از دستیابی به آن (هدف اولیه). دوم آن‌که، هنگامی که بیمار به هدف یا مزیت‌های مورد انتظارش دست نمی‌یابد، نیاز به فراگیری مهارت‌های لازم در زمینه ابقای وزن پایین‌تر جدید را نادیده می‌انگارد و به جای آن عادت‌های خوردن و رفتار پیشین را از سر می‌گیرد و بدین ترتیب وزن کاسته‌شده دوباره برمی‌گردد (کوپر و فیورن، ۲۰۰۱).

بر پایه این تحلیل، سه موضوع اصلی در این درمان مورد توجه قرار گرفت (کوپر و فیورن، ۲۰۰۲). نخست، کمک به بیمار در پذیرفتن کاهش وزنی که به آن دست یافته است؛ دوم، تشویق به پذیرش ثبات وزن و نه کاهش آن به‌عنوان هدف تشویق؛ سوم، کمک به بیمار برای فراگیری مهارت‌های رفتاری و پاسخ‌های شناختی مورد نیاز برای کنترل

1- Marcus	2- Levin
3- Kalarchian	4- body mass index
5- Williamson	6- Newton
7- Walden	
8- Word Health Organization	
9- Cooper	10- Fairburn
11- Brownel	12- Wadden
13- Phelan	14- abdominal obesity
15- Andersen	16- Danish obesity project
17- Powell	18- Calvin
19- Torgerson	20- Hauptman
21- Pi-sunyer	
22- Diabetes Prevention Program	
23- Tuomilehto	24- Whelton
25- Pan	
26- Multiple Risk Factor Intervention Trial	
27- Shafraan	28- de Silva

پژوهش از این جمعیت به روش در دسترس و از میان افرادی که مبتلا به چاقی بودند انتخاب شدند و سرند اولیه برای گزینش نمونه‌ای دارای معیارهای ورود انجام شد. معیارهای ورود عبارت بودند از: داشتن دست کم ۱۸ سال سن؛ حداقل تحصیلاتی در سطح دیپلم؛ BMI برابر یا بزرگ‌تر از ۳۰؛ باردار نبودن یا عدم برنامه‌ریزی برای بارداری؛ دریافت نکردن داروهای روان‌گردان یا متأثرکننده وزن؛ نبود اختلال‌های روانی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری؛ نبود اختلال‌های شخصیت؛ مبتلا نبودن به اختلال‌های خوردن، نداشتن استرس‌های شدید؛ دریافت نکردن هم‌زمان روان‌درمانی یا یک برنامه دیگر کاهش وزن. حجم نمونه پژوهش چهار نفر بود که پس از موافقت بیماران برای شرکت در پژوهش، درمان‌شناختی- رفتاری چاقی به گونه انفرادی بر روی آنها اجرا شد.

برای سرند اختلال‌های روانی همبود با چاقی و گردآوردی داده‌های پژوهش، ابزارهای زیر به کار گرفته شدند:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در

DSM-IV^{۱۲} (SCID-I): یک مصاحبه نیمه ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های محور I است که توسط فرست^{۱۳}، اسپیتزر^{۱۴}، گیون^{۱۵} و ویلیامز^{۱۶} (۱۹۹۷) ساخته شده است. این مصاحبه برای ارزیابی اختلال‌های روانی همبود با چاقی، مانند نشانه‌های روان‌پریشی، اختلال بدشکلی بدن، افسردگی اساسی، گرایش به خودکشی و هم‌چنین اختلال‌های خوردن و کنار گذاشتن آن‌ها به کار گرفته شد. مصاحبه حاضر دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلال‌های روانی است (گراث-مارنات^{۱۷}، ۱۹۹۷).

شریفی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی را متوسط تا خوب گزارش نمودند (کاپای بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی (کاپای مجموع) برای تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود.

موفقیت‌آمیز وزن. برای دستیابی به این هدف‌ها در راهنمای درمان، کوپر، فیورون و هاوکر (۲۰۰۳) راهبردها و روش‌هایی مشخص نمودند و در چارچوب مجموعه‌ای از «مدول»ها، درمان را سامان دادند. این مدول‌ها عبارت بودند از: مدول I: آغاز درمان؛ مدول: تثبیت و ابقای وزن؛ مدول III: پرداختن به موانع کاهش وزن؛^۱ مدول IV: افزایش فعالیت؛^۲ مدول V: پرداختن به نگرانی‌های تصویر بدن؛^۳ مدول VI: پرداختن به هدف‌های وزن؛^۴ مدول VII: پرداختن به هدف‌های اولیه؛^۵ مدول VIII: خوردن سالم؛^۶ مدول IX: ابقای وزن.^۷

اگرچه ساخت نظری رفتاردرمانی شناختی برای چاقی پذیرفتنی به نظر می‌رسد، در بازمینی انجام‌شده، پژوهشگر به هیچ یافته‌ای درباره اثربخشی درازمدت این روش درمانی دست نیافت. هم‌چنین در جستجو بر روی پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه در ایران، پژوهشی که درباره درمان شناختی- رفتاری چاقی انجام شده باشد، دیده نشد. از سوی دیگر، از آن‌جا که در ادبیات مربوط به درمان‌های روان‌شناختی برای چاقی بیشتر به رفتاردرمانی پرداخته شده، مطرح ساختن اثربخشی رفتاردرمانی شناختی برای چاقی سرآغاز مناسبی برای سایر بررسی‌ها در این زمینه خواهد بود.

با توجه به آن‌چه بیان گردید، این پژوهش برای تعیین اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در درمان مبتلایان به چاقی انجام شده است. فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بودند:
فرضیه یکم: رفتاردرمانی شناختی در مرحله کاهش وزن به کاهش وزن بدن در بیماران مبتلا به چاقی منجر می‌شود.
فرضیه دوم: رفتاردرمانی شناختی در مرحله ابقای وزن به ثبات وزن بدن در بیماران مبتلا به چاقی می‌انجامد. فرضیه سوم: رفتاردرمانی شناختی در فرآیند درمان، افزایش رضایت از تصویر بدن در بیماران مبتلا به چاقی را در پی دارد. فرضیه چهارم: رفتاردرمانی شناختی در طی فرآیند درمان، کاهش باور (طرح‌واره)های مشخص بیماران چاق درباره ظاهر را به‌دنبال دارد. فرضیه پنجم: رفتاردرمانی شناختی به افزایش خودکارآمدی وزن در بیماران مبتلا به چاقی می‌انجامد.

روش

فرضیه‌های این پژوهش به کمک کارآزمایی آزمایشی تک آزمودنی^۸ از نوع طرح خط پایه چندگانه در میان چندین آزمودنی^۹ بررسی گردید (بارلو^{۱۱} و هرسن^{۱۱}، ۱۹۸۴). جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مراجعه‌کننده به کلینیک تغذیه و رژیم‌درمانی در شهر تهران تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌های

- 1- addressing barriers to weight loss
- 2- increasing activity
- 3- addressing body image concerns
- 4- addressing weight goals
- 5- addressing primary goals
- 6- healthy eating
- 7- weight maintenance
- 8- single-subject experimental trial
- 9- multiple-baseline design across subjects
- 10- Barlow
- 11- Hersen
- 12- Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
- 13- First
- 14- Spitzer
- 15- Gibbon
- 16- Williams
- 17- Groth-Marnat

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت DSM-IV¹ (SCID-II): یک مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت است که برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور دو DSM-IV، و همچنین اختلال شخصیت افسرده و اختلال شخصیت منفعل-پرخاشگر در ضمیمه DSM-IV در سال ۱۹۹۷ تدوین شد. SCID-II برای تشخیص محور II می‌تواند به صورت مقوله‌ای (وجود یا عدم وجود) یا ابعادی (با مورد توجه قرار دادن شمار ملاک‌های اختلال شخصیت) به کار گرفته شود (فرست و همکاران، ۱۹۹۷). برای تعیین پایایی به روش بازآزمایی، SCID توسط دو مصاحبه‌گر با فاصله زمانی دوهفته بر روی ۲۸۴ آزمودنی اجرا شد و ضرایب کاپا از ۰/۲۴ برای اختلال شخصیت وسواسی-جبری تا ۰/۷۴ برای اختلال شخصیت نمایشی در نوسان بود (با کاپای کلی ۰/۵۳) (فرست و همکاران، ۱۹۹۷). در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹) روایی محتوایی نسخه ترجمه شده مصاحبه به وسیله سه تن از استادان روانشناسی تأیید شد و ضریب پایایی این ابزار نیز به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۸۷ به دست آمد.

در پژوهش حاضر، این مصاحبه برای ارزیابی اختلال‌های شخصیت همبود با چاقی، به‌ویژه اختلال‌های شخصیت مرزی و وسواسی-جبری و کنار گذاشتن آنها به کار گرفته شد.

شاخص توده بدن (BMI): این شاخص از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) به دست می‌آید. وزن به کمک ترازوی پرتابل دیجیتال آرزوم^۲ با حساسیت ۱۰۰ گرم سنجیده و قد نیز به کمک یک متر نواری غیرقابل اتساع به دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد.

پرسش‌نامه روابط چندبعدی بدن-خود^۳ (MBSRQ): یکی از روش‌های سنجش بدگویی از تصویر بدن^۴، کاربرد پرسش‌نامه MBSRQ (کش^۵، ۱۹۹۷) است. این پرسش‌نامه یک آزمون ۴۶ پرسشی است و برای سنجش روابط چندبعدی بدن-خود ساخته شده است. پرسش‌های آزمون، شش بعد روابط بدن-خود شامل ارزشیابی قیافه، جهت‌گیری قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌گیری تناسب اندام، وزن ذهنی و رضایت بدنی (اجزای بدن) را بر حسب مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره یک=کاملاً مخالف تا نمره پنج=کاملاً موافق می‌سنجند. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه MBSRQ در برخی پژوهش‌ها مورد تأیید قرار گرفته است (همان‌جا).

در فرم فارسی این مقیاس (لوئیس، ۱۳۸۴)، ضرایب آلفای کرونباخ ماده‌های هریک از خرده‌مقیاس‌ها در مورد یک نمونه ۲۱۷ نفری از دانش‌آموزان به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ گزارش گردید که نشانه همسانی درونی خوب پرسش‌نامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۶۷ نفر از

نمونه پیش‌گفته در دو نوبت با فاصله دو هفته به ترتیب ۰/۷۸ برای ارزشیابی قیافه، ۰/۷۵ برای جهت‌گیری قیافه، ۰/۷۱ برای ارزشیابی تناسب اندام، ۰/۶۹ برای جهت‌گیری تناسب اندام، ۰/۸۴ برای وزن ذهنی و ۰/۸۹ برای رضایت بدنی به دست آمد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است.

پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ظاهر^۶ (ASI): کش (۱۹۹۰) این پرسش‌نامه را برای سنجش مفروضه‌های شناختی بنیادین مربوط به ظاهر پدید آورد. پرسش‌نامه ASI به ماده‌هایی توجه دارد که باورهای فرد را درباره اهمیت، معنا و اثرات ادراکی ظاهر بر زندگی‌اش نشان می‌دهند. کش (۱۹۹۰) بر پایه موضوع‌های اصلی مطرح در ادبیات مربوط به تصویر بدن، ماده‌ها و حوزه‌های زیر را درباره ظاهر نمونه‌برداری کردند: (الف) تمرکز توجه؛ (ب) سرمایه‌گذاری هیجانی/هویتی؛ (پ) باورهای فرد با توجه به اثرات تاریخچه و رشد؛ (ت) باورهای فرد درباره اثرات میان‌فردی کنونی و آینده؛ (ث) درون‌سازی باورهای کلیشه‌ای جامعه (همان‌جا). کش (همان‌جا) نشان داد که همسانی درونی ASI بر روی ۱۷۱ دانشجوی زن و مرد به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۹ می‌باشد. پایایی به روش بازآزمایی یک ماهه برای دانشجویان زن ۰/۷۱ بود.

در فرم فارسی ASI، که توسط پژوهشگران حاضر به فارسی برگردانده شد، ضرایب آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دونیم‌سازی بر روی ۵۴ نفر از دانشجویان به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۸ به دست آمد. روایی این پرسش‌نامه نیز با بهره‌گیری از پرسش‌نامه MBSRQ محاسبه شد و همبستگی ۰/۸۸- به دست آمد. میانه ضرایب روایی پرسش‌نامه ASI با خرده‌مقیاس‌های MBSRQ ۰/۲۱- بود. وجود ضرایب منفی به این علت است که در نمره‌گذاری ASI به عقاید منفی شخص درباره ظاهرش، که همانند طرح‌واره عمل می‌کند، نمره داده می‌شود و نمره‌های بالاتر بیانگر باورهای منفی‌تر شخص درباره قیافه‌اش می‌باشند؛ در حالی که نمرات بالاتر در MBSRQ نشان‌دهنده رضایت بیشتر از تصویر بدن می‌باشند.

پرسش‌نامه سبک زندگی کارآمدی وزن^۷ (WEL): این پرسش‌نامه توسط کلارک^۸، آبرامز^۹، نیایورا^{۱۰}، ایتون^{۱۱} و روسی^{۱۲} (۱۹۹۱) ساخته شد. در WEL از پاسخ‌گویان خواسته

- 1- structured clinical interview for DSM- IV Personality Disorders
- 2- Arzum
- 3- Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire
- 4- body image disparagement
- 5- Cash
- 6- Appearance Schemas Inventory
- 7- Weight Efficacy Life-Style Questionnaire
- 8- Clark
- 9- Abrams
- 10- Niaura
- 11- Eaton
- 12- Rossi

ششم، دوازدهم، هیجدهم و بیست و چهارم همه پرسش‌نامه‌هایی که در مرحله خط پایه به بیماران داده شده بود، دوباره توسط آنها تکمیل گردید. بیماران در هر جلسه، پیش از شروع درمان، وزن کشتی می‌شدند و عدد روی ترازو جلوی دیدگان آنها در نمودار وزن یادداشت می‌گردید.

درمان حاضر برای بیماران انتخابی با ارزیابی شناختی- رفتاری، صورت‌بندی شخصی مشکل و توضیح منطق، ساختار و پیامد احتمالی درمان آغاز شد. چارچوب استاندارد جلسه‌های بعدی شامل وزن کشتی بیمار، بازبینی یادداشت‌ها و تکالیف خانگی، تعیین دستور کار برای باقی‌مانده جلسه، فرآوری مطالب دستور کار، واگذاری تکالیف خانگی، خلاصه‌سازی و دریافت بازخورد از بیمار بود. اجرای درمان ۱۱ ماه (۴۴ هفته) به درازا کشید و به صورت فردی اجرا شد. این درمان دارای دو مرحله بود: کاهش وزن و ابقای آن. هدف مرحله نخست هم کاهش وزن بود (مدول‌های I-IV) و هم پرداختن به موانع بالقوه برای پذیرش ابقای وزن (مدل‌های V-VIII). مرحله یکم تا ۳۰ هفته نخست درمان (جلسه هیجدهم) ادامه یافت. هدف مرحله دوم (مدول IX) ثبات وزن و فراگیری مهارت‌های ابقای آن بود و نزدیک به ۱۴ هفته طول کشید.

همان‌گونه که پیشتر گفته شد، این درمان دربرگیرنده نُه مدول بود که به صورت پیاپی یا به موازات هم ارایه و به شیوه‌ای انعطاف‌پذیر، متناسب با نیازهای یک بیمار خاص، به کار گرفته شدند. درمان در ۲۴ جلسه (به‌اضافه یک جلسه ارزیابی اولیه) با قرار دیدار قبلی انجام شد. جلسات هر هفته یک بار برای ۶ هفته اول، پس از آن هر دو هفته یک‌بار تا هفته ۳۸، و بالاخره دو جلسه پایانی هر سه هفته یک‌بار تا هفته ۴۴ تشکیل شد. مدت زمان جلسات بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود و در درمانگاه انستیتوروانپزشکی تهران برگزار شد. برای عینی‌سازی داده‌ها از تحلیل ترسیم (دیداری) و محاسبه درصد بهبودی (اوگلز^۷، لونر^۸ و بونستیل^۹، ۲۰۰۱) بهره گرفته شد: $\frac{A_0 - A_1}{A_0}$

A_0 نمره پرسش‌نامه مورد نظر در خط پایه، A_1 نمره همان پرسش‌نامه در جلسه آخر و $\Delta A\%$ میزان بهبودی است.

یافته‌ها

در جدول ۱ برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و درمانی بیماران آورده شده است.

می‌شود تا اعتمادشان را در خودداری از خوردن در بیست موقعیت اغواکننده درجه‌بندی کنند. ماده‌ها به کمک یک مقیاس ۱۰ گزینه‌ای درجه‌بندی شده‌اند؛ نمره‌های بالاتر، اعتماد بیشتر به خود را نشان می‌دهند. WEL بیست‌ماده‌ای پنج عامل موقعیتی را دربرمی‌گیرد: هیجان‌های منفی، قابلیت دسترسی، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمی و فعالیت‌های مثبت. یافته‌های به‌دست آمده از دو بررسی درمانی- بالینی جداگانه ($N=382$) نشان داد که WEL نسبت به تغییرات در نمره کل و به همین ترتیب نسبت به زیرمجموعه‌ای از نمره‌های پنج عامل موقعیتی حساس است. همسانی درونی WEL نیز خوب گزارش شده است (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱).

در فرم فارسی WEL، که توسط پژوهشگران حاضر به فارسی برگردانده شد، ضرایب آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دومین سازی بر روی ۵۸ نفر از دانشجویان به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۶۸ و ۰/۹۱ به‌دست آمد. روایی همزمان WEL به کمک پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی^۱ (GSE) (شرر^۲ و آدامز^۳، ۱۹۸۳) ۰/۲۱ بود. علت پایین بودن این ضریب همبستگی این است که GSE بیشتر جنبه‌های عمومی‌تر خودکارآمدی را می‌سنجد و نه اختصاصاً خودکارآمدی مربوط به وزن را. هم‌چنین، به‌عنوان ملاک رواسازی اجتماعی^۴ از یکی از هم‌اتاقی‌ها و دوستان نزدیک آزمودنی خواسته شد تا میزان خودداری وی از خوردن در موقعیت‌های وسوسه‌انگیز را بر پایه یک مقیاس ده‌نقطه‌ای درجه‌بندی نماید. ضریب همبستگی بین درجه‌بندی اشخاص نزدیک و نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه WEL ۰/۴۲ بود.

روش درمان مبتنی بر الگوی رفتاردرمانی شناختی برای چاقی (کوپر، فیرون و هاوکر، ۲۰۰۳) بود. پس از ارجاع بیماران از سوی متخصص تغذیه و رژیم‌درمانی، با محاسبه BMI، و سرند اختلال‌های روانی همبود با بهره‌گیری از SCID I/II (فرست، اسپیتز، گیون و ویلیامز، ۱۹۹۷)، چهار بیمار زن دچار چاقی انتخاب شدند. آن‌گاه برای گرفتن تاریخچه وزن، چک‌لیست ارزیابی^۵ اجرا، و در صورت تمایل بیماران برای شرکت در طرح درمان، رضایت‌نامه آگاهانه گرفته می‌شد. برای اجرای انفرادی درمان، برای بیمار اول یک هفته خط پایه تشکیل شد و در مرحله خط پایه پرسش‌نامه‌های ASI، MBSRQ و WEL تکمیل گردید. طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، در جلسه دوم بیمار اول، بیمار دوم وارد طرح درمان شد؛ به همین ترتیب، در جلسه سوم بیمار اول و جلسه دوم بیمار دوم، طرح درمان برای بیمار سوم آغاز گردید. تا این که چهار بیمار یکی پس از دیگری وارد طرح درمان شدند. هم‌چنین، به‌هنگام اجرای درمان در جلسه‌های

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| 1- General Self-Efficacy | 2- Sherer |
| 3- Adams | |
| 4- Social Validation Criterion | |
| 5- Assessment checklist | |
| 6- graphic (visual) analysis | 7- Ogles |
| 8- Lunner | 9- Bonesteel |

نمودارها (شکل ۱) فرضیه اول و دوم پژوهش را تأیید می کنند. نمره های بیماران در پرسش نامه روابط چندبعدی بدن- خود، پرسش نامه طرح واره های ظاهر و پرسش نامه سبک زندگی کارآمدی وزن در جدول ۳ ارائه شده است. نمره های پرسش نامه های روابط چندبعدی بدن- خود و طرح واره های ظاهر نشان داد که روش درمانی مورد نظر در افزایش رضایت از تصویر بدن و هم چنین کاهش باورهای منفی بیماران درباره ظاهر تا حدی مؤثر بوده است (به ترتیب با بهبودی ۲۹٪ و ۳۴٪). این یافته ها هر چند گویای تأیید نشدن فرضیه های سوم و چهارم پژوهش بود، همین نتایج هم از نظر بالینی مهم شمرده می شوند. و بالاخره، نمره های پرسش نامه سبک زندگی کارآمدی وزن نشان داد که مداخله مورد نظر در ارتقای خودکارآمدی وزن بیماران چاق تا اندازه ای مؤثر بود (۴۶٪ بهبودی) که گویای تأیید فرضیه پنجم پژوهش است.

جدول ۲ وزن هر یک از بیماران را پیش از آغاز مداخله و در مرحله های کاهش و ابقای وزن نشان می دهد. میزان کاهش وزن در سه بیمار اول (۱۰٪)، دوم (۸٪) و سوم (۱۰٪) از نظر بالینی معنی دار بود، اما در وزن بیمار چهارم کاهش بالینی چشم گیری پدید نیامد (۴٪). در کل، رفتاردرمانی شناختی برای چاقی، کاهش ۸٪ از وزن اولیه بدن را به دنبال داشت. هم چنان که **جدول ۲** نشان می دهد در جلسه های هیجدهم تا بیست و چهارم، غیر از بیمار سوم، تغییرات وزن سایر بیماران خارج از نوسان های طبیعی هفتگی نیست و در محدوده چهار کیلوگرم از مقدار میانگین (خطوط ریل^۱) قرار دارد. تماس های تلفنی به مدت سه ماه پس از درمان، با فاصله زمانی یک ماه، نشان دهنده ابقای وزن کاسته شده بود. **شکل ۱**، اثربخشی نسبی مداخله رفتاردرمانی شناختی برای چاقی را در مرحله های کاهش و ابقای وزن نشان می دهد. در مجموع داده های کمی و

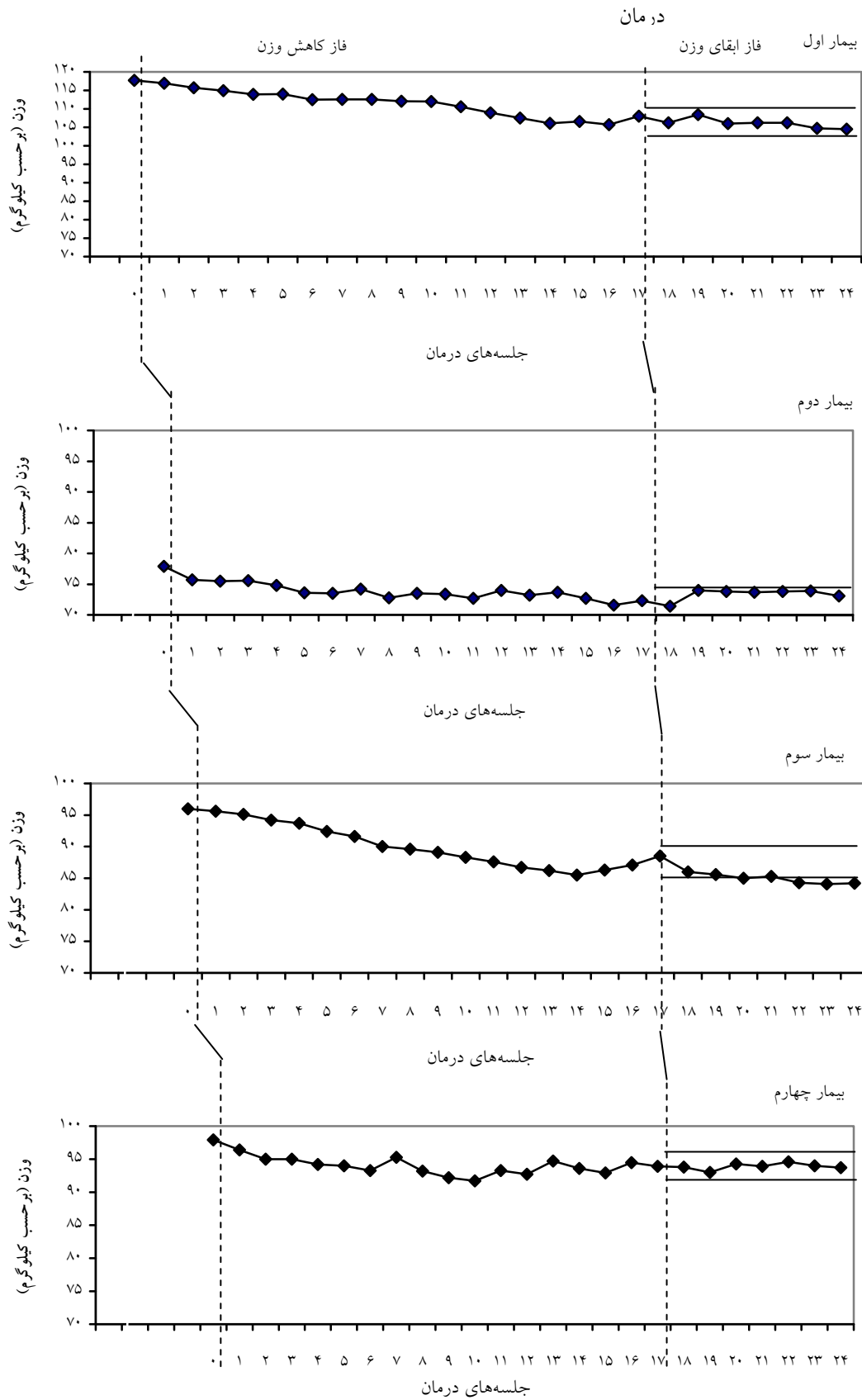
جدول ۱- ویژگی های جمعیت شناختی و درمانی بیماران*

سن	میزان تحصیلات	وضعیت تأهل	قد (متر)	وزن (کیلوگرم)	شاخص توده بدن (کیلوگرم بر مترمربع)	طبقه چاقی
اول ۳۵	دانشجوی دکترا	متأهل	۱/۶۹	۱۱۷/۷	۴۱/۱۵	طبقه III
دوم ۲۷	دانشجوی کارشناسی ارشد	مجرد	۱/۵۴	۷۷/۹	۳۲/۸۵	طبقه I
سوم ۲۷	دیپلم	متأهل	۱/۷۰	۹۵/۴	۳۲/۰۱	طبقه I
چهارم ۳۶	کارشناسی	متأهل	۱/۶۲	۹۷/۹	۳۷/۴	طبقه II

* هر چهار بیمار زن بوده اند

جدول ۲- مقایسه وزن بیماران (برحسب کیلوگرم) و درصد کاهش آنها

جلسه های درمان	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	جلسه های درمان	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم
۰	۱۱۷/۷	۷۷/۹	۹۶/۰	۹۷/۹	۱۴	۱۰۶/۱	۷۳/۷	۸۵/۵	۹۳/۶
۱	۱۱۶/۹	۷۵/۷	۹۵/۶	۹۶/۴	۱۵	۱۰۶/۶	۷۲/۷	۸۶/۲	۹۲/۹
۲	۱۱۵/۷	۷۵/۵	۹۵/۱	۹۵/۰	۱۶	۱۰۵/۷	۷۱/۶	۸۷/۱	۹۴/۵
۳	۱۱۴/۹	۷۵/۶	۹۴/۲	۹۵/۰	۱۷	۱۰۸/۰	۷۲/۳	۸۸/۸	۹۳/۹
۴	۱۱۳/۹	۷۴/۸	۹۳/۷	۹۴/۲	۱۸	۱۰۶/۲	۷۱/۴	۸۶/۰	۹۳/۸
۵	۱۱۴/۰	۷۳/۶	۹۲/۴	۹۴/۰	۱۹	۱۰۸/۴	۷۴/۰	۸۵/۶	۹۳/۰
۶	۱۱۲/۵	۷۳/۵	۹۱/۶	۹۳/۳	۲۰	۱۰۶/۰	۷۳/۸	۸۵/۰	۹۴/۳
۷	۱۱۲/۶	۷۴/۲	۹۰/۰	۹۵/۳	۲۱	۱۰۶/۲	۷۳/۷	۸۵/۳	۹۳/۹
۸	۱۱۲/۶	۷۲/۸	۸۹/۶	۹۳/۲	۲۲	۱۰۶/۱	۷۳/۸	۸۴/۳	۹۴/۶
۹	۱۱۲/۱	۷۳/۵	۸۹/۱	۹۲/۲	۲۳	۱۰۴/۷	۷۳/۹	۸۴/۱	۹۴/۰
۱۰	۱۱۲/۰	۷۳/۴	۸۸/۳	۹۱/۷	۲۴	۱۰۴/۵	۷۳/۱	۸۴/۲	۹۳/۲
۱۱	۱۱۰/۶	۷۲/۷	۸۷/۶	۹۳/۳	میزان بهبودی	۱۱٪	۶٪	۱۲٪	۵٪
۱۲	۱۰۸/۹	۷۴/۰	۸۶/۷	۹۲/۷	بهبودی کلی	۸/۵٪			
۱۳	۱۰۷/۵	۷۳/۲	۸۶/۲	۹۴/۷					



شکل ۱- اثربخشی مداخله رفتاردرمانی شناختی برای چاقی در کاهش و ابقای وزن بیماران اول تا چهارم

جدول ۳- مقایسه نمره‌های بیماران در پرسش‌نامه روابط چند بعدی بدن - خود، پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ظاهر و پرسش‌نامه سبک زندگی کارآمدی وزن

بیماران	ابزارها	جلسه‌های درمان					بهبود کلی
		خط پایه	ششم	دوازدهم	هیجدهم	بیست و چهارم	
اول	MBSRQ	۱۵۰	۱۵۵	۱۶۲	۱۶۶	۱۹۳	%۲۹
		۱۱۴	۱۴۶	۱۵۳	۱۸۱	۲۰۴	%۴۴
		۱۴۷	۱۵۹	۱۶۵	۱۷۷	۲۰۲	%۲۷
		۱۱۸	۱۲۶	۱۳۶	۱۳۰	۱۴۹	%۲۱
دوم	ASI	۵۷	۵۵	۴۹	۴۹	۴۵	%۳۴
		۴۶	۳۶	۲۹	۲۹	۲۶	%۴۳
		۴۹	۴۶	۴۱	۳۱	۳۱	%۳۷
		۵۴	۵۴	۵۲	۴۵	۳۶	%۳۳
اول	WEL	۵۴	۱۰۷	۱۴۶	۱۵۲	۱۶۰	%۴۶
		۱۰۷	۱۰۹	۱۴۷	۱۴۹	۱۵۶	%۳۱
		۵۵	۶۱	۱۴۰	۱۶۳	۱۶۸	%۶۷
		۸۳	۹۱	۱۰۰	۱۰۱	۱۰۵	%۲۱

بحث

موضوع مورد توجه این است که اگرچه مفهوم وزن‌های هدف، معقول، محسوس و انسانی است، لیکن چنین هدف‌هایی با چشم‌داشت‌های بیماران همسان نیستند و نشان‌دهنده ضرورت کمک به بیماران برای پذیرش پیامدهای کاهش وزن ناچیز است.

بررسی فرضیه دوم پژوهش در زمینه اثر رفتاردرمانی شناختی بر ابقای وزن کاسته‌شده، نشان داد که تغییرات وزن بیماران (به جز بیمار سوم) در داخل خطوط ریل (محدوده چهار کیلوگرم از مقدار میانگین) است و نشان از تایید فرضیه دوم و روش درمانی پیشنهادی از سوی کوپر، فیربورن و هاوکر (۲۰۰۳) دارد که در آن درمانگر پیش از ورود به مرحله ابقای وزن (مدول IX)، تلاش نمود تا به موانع شناختی پذیرش ابقای وزن (مدول‌های V-VIII) به عنوان هدفی در مرحله دو پردازد.

با توجه به این که مرحله ابقا، بر پایه راهنمای درمان (کوپر و همکاران، ۲۰۰۳)، تنها چهارماه به درازا کشید این پرسش مطرح است که به دنبال قطع درمان چه رخ می‌دهد؟ یک یافته پایا این است که در بیشتر بیماران چاق (حدود ۸۵٪)، تقریباً نیمی از وزن کاسته‌شده در ضمن نخستین سال

یافته‌های این پژوهش فرضیه یکم پژوهش مبنی بر تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر کاهش وزن را تأیید نمود. اگرچه این کاهش ناچیز وزن (۸٪ وزن اولیه بدن) تا دسترسی به وزن ایده‌آل، آن‌گونه که به وسیله بیماران اظهار شده (۳۳٪ کاهش وزن) فاصله بسیاری دارد؛ اما همین تغییرات ناچیز نیز ارزشمند دانسته شده است (بلک‌بورن، ۱۹۹۵). برخی بر این باورند که بسیاری از بیماری‌های مرتبط با چاقی، همچون دیابت، پرفشاری خون و هیپرلیپیدمی با کاهش‌های ناچیز ۱۰-۵٪ وزن بدن به طور معنی‌داری بهبود یافته‌اند (بلک‌بورن، ۱۹۹۵). سایر عامل‌های حمایت‌گر برای کنار گذاشتن وزن‌های ایده‌آل، شناسایی نقش عامل‌های زیستی و ارثی در تنظیم وزن بدن (بوچارد، ۱۹۹۴)؛ این باور که تغییرات جزئی در وزن و رفتار بهتر از تغییرات چشم‌گیر در درازمدت حفظ می‌شوند (وادن، فوستر و لتیزیا، ۱۹۹۲) و به حساب آوردن فشارهای بیش از حد فرهنگی برای دستیابی به لاغری ایده‌آل، به ویژه برای زنان، می‌باشند (براونل و وادن، ۱۹۹۱) هم‌چنین این یافته با معیاری که از سوی انستیتو پزشکی فرهنگستان ملی علوم^۴ (۱۹۹۵) برای ارزیابی برنامه‌های کنترل وزن تعیین شده و موفقیت درمان را به‌عنوان «کاهش پنج تا ۱۰ درصدی وزن که دست کم به مدت یک سال حفظ شده باشد» دانسته است.

1- Blackburn
2- Bouchard
3- Letizia
4- Institute of Medicine of the National Academy of Sciences

بر تغییرات تصویر بدن تأثیر داشته باشند (سارور و تامپسون^{۱۱}، ۲۰۰۲).

سن شروع چاقی نیز ممکن است یک تعیین کننده حساس تغییرات در رضایت از تصویر بدن به شمار آید. هنگامی که افراد با شروع چاقی در بزرگسالی، به وزنی که از نظر اجتماعی پذیرفتنی است دست یابند، گرایش به خشنودی از ظاهرشان در آنها پدید می آید. این موضوع در افراد با شروع زودرس چاقی مصداق ندارد. این یافته شاید گویای آن باشد که سازه تصویر بدن در دوران پیش از نوجوانی پدید می آید (آدمی^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۸). از این رو کوپر و همکاران (۲۰۰۳) درمان تصویر بدن در طی مرحله ابقای وزن را حساس ترین سازوکار^{۱۳} برای ابقای موفقیت آمیز و درازمدت وزن می دانند.

یافته های این پژوهش نشان داد که اثر درمان بر کاهش باور (طرح واره) های شخصی بیماران چاق درباره ظاهر به تغییرات کمی (۳۴٪) در چهار بیمار انجامیده است (فرضیه چهارم پژوهش). یکی از ویژگی های طرح واره های ظاهر، به عنوان بازنمای شناختی تصویر بدن، خودپایدارسازی^{۱۴} و مقاومت در برابر تغییر است (کش، ۱۹۹۶). از این رو، چون روند بهبود طرح واره ها دشوار و طولانی است، مقدار ناچیز تغییر می تواند از نظر بالینی معنی دار به شمار رود. این مقدار تغییر می تواند دست کم از میزان و مدت زمان فعال شدن طرح واره ها در ذهن و شدت عاطفه همبسته با آن ها بکاهد (یانگ، کلو سکو^{۱۵} و ویشار^{۱۶}، ۲۰۰۳).

فرضیه پنجم به بررسی اثر درمان در افزایش خودکارآمدی وزن بیماران پرداخت. نتایج نشان داد که مداخله مورد نظر در ارتقای خودکارآمدی تا حد متوسطی (۴۶٪) مؤثر بوده است. خودکارآمدی (بندورا^{۱۷}، ۱۹۹۷) در انواع گوناگونی از بافت های درمانی از جمله سوء مصرف مواد تأیید شده است. آبرامز و نیابورا، ۱۹۸۷، به نقل از کلارک و همکاران، ۱۹۹۱). برنیر^{۱۷} و آوارد^{۱۸} (۱۹۸۶)، به نقل از همان جا) خودکارآمدی

پس از درمان و بقیه آن با گذشت سه تا پنج سال پس از درمان، بازگشته یا حتی فراتر رفته اند (جفری^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). در زمینه پیش بین های روان شناختی افزایش دوباره وزن در چاقی، دو عامل بالقوه و احتمالی شناسایی شدند: ۱- عامل شناختی (تفکر دو مقوله ای^۲) - ۲- متغیر تاریخچه ای (حد اکثر وزن در طول زندگی^۳) (بیرن^۴، کوپر و فیربورن، ۲۰۰۴). تفکر دو مقوله ای کلی قوی ترین پیش بین افزایش دوباره وزن بود. اشخاص دارای سبک تفکر دو مقوله ای ممکن است بیش از افراد دارای سبک تفکر انعطاف پذیر، شکست جزئی در وزن هدف را به عنوان شاهی از شکست کلی به شمار آورند و کاهش وزنی را که به آن دست یافته اند ناکافی و غیر رضایت بخش بدانند (همان جا). این یافته که تفکر دو مقوله ای، پیش بین معنی داری برای افزایش دوباره وزن است، بیانگر آن است که اصلاح این سبک تفکر می تواند روند افزایش دوباره وزن را کاهش دهد و ابقای وزن را بهبود بخشد.

بررسی فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اثر درمان در افزایش میزان رضایت از تصویر بدن نشان داد که روش مورد نظر در بهبود رضایت از تصویر بدن تا اندازه ای (۲۹٪) مؤثر است. به نظر می رسد که زنان چاق بیش از زنان غیر چاق از تصویر بدن خود ناخشنودند، و از این رو آنها بیشتر در جستجوی کاهش وزن برمی آیند (روسن^۵، ۲۰۰۲). کاهش وزن ممکن است مشهورترین روش درمان تصویر بدن باشد (سارور^۶، گراس یارت^۷ و دی دی^۸، ۲۰۰۱)، اما این روش تأثیر اندکی در زمینه بهبودی در تصویر بدن افراد چاق دارد (کوپر و همکاران، ۲۰۰۳). این موضوع که بهبودی تصویر بدن ارتباط ناچیزی با مقدار کاهش وزن دارد، با نظریه «تصویر بدن بازمانده»^۹ (کش، ۱۹۹۰)، که باور دارد برخی افراد که وزن کم کرده اند هنوز نارضایتی شدید از تصویر بدن را، همانند افراد دچار اضافه وزن، تجربه می کنند، هم سویی دارد.

هم چنین، این یافته که کاهش بیشتر وزن با بهبودی بیشتر در تصویر بدن همراه نیست، وجود یک «آستانه کاهش وزن»^{۱۰} را مطرح می سازد. گاهی کاهش کم وزن ممکن است بهبودی معنی داری را در تصویر بدن پدید آورد، اما بهبودی های بیشتر ممکن است با کاهش زیاد وزن همراه نباشند. این یافته گویای آن است که عامل هایی غیر از وزن (یا کاهش وزن)، همچون عزت نفس و سبک اسناد، ممکن است

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| 1- Jeffery | 2- dichotomous thinking |
| 3- maximum lifetime weight | 4- Byrne |
| 5- Rosen | 6- Sarver |
| 7- Grossbart | 8- Didie |
| 9- vestigial body image | 10- weight loss threshold |
| 11- Thompson | 12- Adami |
| 13- mechanism | 14- self-perpetuating |
| 15- Klosko | 16- Weishaar |
| 17- Bandura | 18- Bernier |
| 19- Avard | |

پیش از درمان را به طور معنی داری با کاهش وزن همبسته دانسته‌اند. در این پژوهش نیز بیماران که بیشترین کاهش وزن را داشتند، از بیشترین تغییرات خودکارآمدی نیز برخوردار بودند. این یافته با نظریه بندورا (۱۹۹۷) که «خودکارآمدی پدید آمده در اثر تغییرات کوچک اما پایدار وزن می‌تواند دلبستگی مداوم به ابقای تغییرات در مدت زمان طولانی‌تر را افزایش دهد» هماهنگ است.

در این بررسی میزان قطع درمان ۳۳٪ بود و هیچ‌یک از بیماران در جستجوی درمانی دیگر برنیامدند. این میزان افت با میزان‌های افت گزارش شده در بررسی‌های درمانی افراد چاق، که در دامنه ۲۲٪ تا ۵۰٪ نوسان داشته‌اند (کلارک و همکاران، ۱۹۹۱)، مقایسه پذیر است. قطع زودرس درمان می‌تواند شکلی از مقاومت به شمار رود (فیربورن و همکاران، ۲۰۰۳).

نبودن دوره پی‌گیری، گروه کنترل، نمونه‌های مرد مبتلا به چاقی و مبتلایان به اختلال پرخوری افراطی از محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌آیند. برای افزایش اعتبار یافته‌های پژوهش و تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده، طرح حاضر با دیگر بیماران چاق با حجم نمونه بیشتر و گروه کنترل به اجرا درآید. همچنین، ارزش ترکیب رویکردهای سبک زندگی، دارویی و یا جراحی برای درمان چاقی سنجیده شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از آقایان دکتر بهروز بیرشک، دکتر علی منتظری، دکتر حسن حمیدپور و آقای امین اسداله‌پور و خانم‌ها دکتر پروانه محمدخانی، عزیزه افخم ابراهیمی، هاجر پهلوانی و سایر کارکنان درمانگاه انستیتو روانپزشکی تهران که نویسنده را در اجرای پژوهش یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

- بقایی، مازیار (۱۳۸۷). تحلیلی آماری درباره بحران چاقی در ایران. *ماهنامه علمی-اجتماعی دارودرمان*، سال پنجم، شماره ۵۹، ۳۶-۳۷.
- بختیاری، مریم (۱۳۷۹). *بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.
- دلآوری، علی؛ کلیشادی، رویا؛ عالیخانی، سیامک؛ علاالدینی، فرشید (۱۳۸۶). *شیوع چاقی و سبک زندگی ملی در ایران: یافته‌های اولین پژوهش ملی*
- عوامل خطر بیماری‌های غیرمسمری. کتابچه مقالات ارائه شده در اولین کنگره پیش‌گیری و درمان چاقی در ایران. انستیتو غدد و متابولیسم دانشگاه شهید بهشتی، ۶-۴ اسفند ماه ۱۳۸۶، انجمن علمی پیشگیری و درمان چاقی ایران.
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزینا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا؛ جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیص برای DSM-IV (SCID).
- فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، سال ششم، شماره ۱ و ۲، ۱۰-۲۲.
- کوپر، زفرآ؛ فیربورن، کریستوفر، جی؛ هاوکر، دبورا، ام. (۱۳۸۸). *درمان شناختی-رفتاری چاقی: راهنمای عملی برای متخصصان بالینی*. ترجمه دکتر خیرا... صادقی، ویراستاری دکتر بنفشه غرایبی. تهران: انتشارات پایگان، چاپ اول.
- لویس، ژاندا (۱۳۸۴). *آزمون‌های شخصیت*. ترجمه: محمدعلی بشارت و محمد حبیب‌نژاد. تهران: نشر آیتز. چاپ اول.
- Adami, G. F., Gandolfo, P., Campostano, A., Meneghelli, A., Revera, G., & Scopinaro, N. (1998). Body image and body weight in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 299-300.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (1st. ed.). New York: W. H. Freeman & Company.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Blackburn, G. L. (1995). Effect of degree of weight loss on health benefits. *Obesity Research*, 3, 211s-216s.
- Bouchard, C. (Ed.) (1994). *The genetic of obesity*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (1991). The heterogeneity of obesity: Fitting treatments to individuals. *Behavior Therapy*, 22, 155-177.
- 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). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Byrne, S. M., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2004). Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behavior Research and Therapy*, 2, 1341-1356.
- Cash, T. F. (1990). The psychology of physical appearance: Aesthetics, attributes, and images. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). *Body images: Development, deviance, and change* (pp. 51-79). New York: Guilford Press.

- Cash, T. F. (1996). The treatment of body image disturbances. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity* (pp. 83-107). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cash, T. F. (1997). *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks*. New Harbinger: Oaklans.
- Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 239-744.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity. *Behavior Research and Therapy, 39*, 499-511.
- 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., & Hawker, D. M. (2003). *Cognitive behavioral treatment of obesity: A clinician's guide*. New York: Guilford Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). *Washington, DC: American Psychiatric Association*.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version. *Washington, DC: American Psychiatric Association*.
- Groth-Marnat, G. (1997). *Handbook of psychological assessment* (9th. ed). New York: John Wiley & Sons.
- Institute of Medicine of the National Academy of Sciences (1995). *Weighing the options: Criteria for evaluating weight management programs*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jeffery, R. W., Drenowski, A., Epstein, L. H., Stunkard, A. J., Wilson, G. T., & Wing, R. R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: Current Status. *Health Psychology, 19*, 5-16.
- Marcus, M. D., Levine, M. D., & Kalarchian, M. A. (2003). Cognitive-behavioral interventions in the management of severe pediatric obesity. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 147-156.
- Metropolitan Life Foundation (1983). 1983 Metropolitan Height and Weight Tables. *Statistical Bulletin, 64*910, 2-9.
- Ogles, B. M., Lunner, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Review, 21*, 421-446.
- Powell, L. H., & Calvin, J. E. (2007). Effective obesity treatment. *American Psychologist, 62*, 234-246.
- Rosen, J. C. (2002). Obesity and body image. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd. ed., pp. 399-402). New York: Guilford Press.
- Sarwer, D. B., & Thompson, J. K. (2002). Obesity and body image disturbance. In T. A. Wadden, & A. J. Stunkard (Eds.). *Handbook of obesity treatment* (pp. 447-464). New York: Guilford Press.
- Sarwer, D. B., Grossbart, T. A., & Didie, E. R. (2001). Beauty and society. In M. S. Kaminer, J. S. Dover, & K. A. Arndt (Eds.), *Atlas of cutaneous aesthetic surgery* (pp. 48-59). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Hemisphere Publishing Cooperation (HPC).
- Shafran, 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.
- Sherer, M., & Adams, C. R. (1983). Construct Validity the Self-efficacy Scale. *Psychological Report, 55*, 899-902.
- Wadden, T. A., Foster, G., & Letizia, K. A. (1992). Response of obese binge eaters to treatment by behavior therapy combined with very low calorie diet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 808-811.
- Williamson, D. A., Newton, R. L., & Walden, H. M. (2006). Obesity. In A. V. Nikcevic, A. R. Kuczmierczyk, & M. Bruch (Eds.), *Formulation and treatment in clinical health psychology* (pp. 42-60). New York: Rutledge.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schemata therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.