

بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر شاخص توده بدنی، اندازه دور کمر و باسن و میزان عزت نفس در زنان چاق متقاضی جراحی زیبایی شکم

علیرضا بابادی*، دکتر محمدباقر کجباف**، دکتر ابوالقاسم نوری**، دکتر محمدرضا عابدی***
دکتر کیوان دارندگان****

چکیده:

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر با توجه به شیوع روزافزون اختلال چاقی و پیامدهای ناشی از آن، بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری کوتاه مدت بر کاهش اندازه شاخص توده بدنی، اندازه کمر و باسن و افزایش عزت نفس در زنان مبتلا به چاقی و متقاضی جراحی زیبایی شکم برای جایگزینی درمان شناختی - رفتاری به جای استفاده از جراحی‌های زیبایی غیر ضروری است.

مواد و روش‌ها: روش آماری پژوهش حاضر طرح تحلیل اندازه‌های مکرر با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه مراجعه‌کنندگان دارای شاخص توده بدنی بالاتر از 30 به متخصص جراحی عمومی و زیبایی برای جراحی زیبایی شکم شهر اصفهان بودند که برای شرکت در پژوهش از آن‌ها دعوت به عمل آمد. از بین این افراد 30 نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به منظور اندازه‌گیری متغیرهای مورد نظر این پژوهش شامل شاخص توده بدنی، دور کمر، دور باسن و عزت نفس، به ترتیب از ابزارهای ترازو، متر و مقیاس عزت نفس روزنبرگ (1965) استفاده شد. داده‌ها از طریق تحلیل اندازه‌های مکرر و آزمون‌های تعقیبی با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری بر شاخص توده بدنی و عزت نفس تأثیر معنادار داشت، اما این اثر بر اندازه کمر و باسن معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این تحقیق درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به عنوان یک درمان مناسب و مقرون به صرفه برای افراد مبتلا به اختلال چاقی محسوب شده و باعث کاهش شاخص توده بدنی و افزایش عزت نفس این افراد می‌گردد و در نتیجه می‌تواند مانع از جراحی‌های غیر ضروری در برخی از این بیماران باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، عزت نفس، شاخص‌های تن‌سنجی

نویسنده پاسخگو: دکتر محمد باقر کجباف
تلفن: 03137935465

E-mail: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

* دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان
** استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان

*** استاد گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی ایران، دانشگاه اصفهان

**** جراح عمومی، دستیار گروه جراحی ترمیمی و پلاستیک، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان حضرت فاطمه (س)

تاریخ وصول: 1398/01/22

تاریخ پذیرش: 1398/03/07

زمینه و هدف

سازمان جهانی بهداشت در گزارش خود بیان می‌کند که از سال 2008 تا 2014 حدود 1/4 میلیارد نفر بزرگسال بالای 20 سال اضافه وزن دارند و هر ساله مرگ حدود 3/4 میلیون نفر بزرگسال در دنیا به علت چاقی یا اضافه‌وزن می‌باشد.¹ چاقی عامل خطر ساز برای بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی و دیابت نوع دوم به شمار می‌رود.²

از این رو پژوهش‌های زیادی در این حوزه بر شناخت عوامل ایجادکننده چاقی،³ پیامدهای چاقی،⁴ و اثربخشی درمان‌ها⁵ و میزان جلوگیری از عود آنها⁶ و مکانیسم‌های مؤثر در درمان چاقی⁷ متمرکز شده‌اند.

برخی از مطالعات نشان می‌دهند که اختلالات خوردن و چاقی با کاهش عزت‌نفس ارتباط دارد.⁸ بیماران مبتلا به چاقی بعد از جراحی هم با این مسئله روبرو هستند به این دلیل که این افراد بدون تلاش خود و با کمک جراحی وزن کم کرده‌اند، بنابراین امکان دارد که ناامید شوند و یا احساس کنند که نمی‌توانند میزان وزن بیشتری کم کنند و یا دچار مشکلاتی در مصرف مواد غذایی شوند.⁹

عوامل مختلفی در شکل‌گیری چاقی نقش دارند و نمی‌توان فقط به نمایش از قبیل جراحی، دارویی و یا رفتار درمانی اکتفا کرد. هادیق و همکارانش¹⁰ معتقدند که همه متغیرهای تن‌سنجی (شاخص توده بدنی، نسبت کمر به قد و نسبت کمر به باسن) به خصوص در مردان مبتلا به ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی (CVD) رابطه دارد. در حالی که در زنان نسبت دور کمر به باسن و نسبت کمر به قد پیش‌بینی‌کننده مناسب‌تری برای بیماری‌های قلبی - عروقی است. نتایج این پژوهش حاصل پیگیری 2006 زن و 1614 مرد بالای 40 ساله به مدت 7/6 سال است. روش‌های مختلفی برای بررسی و سنجش چاقی از جمله نمایه توده بدنی (شاخص توده بدنی)، دور کمر، نسبت دور کمر به دور باسن و درصد توده چربی بدن وجود دارند.¹

در سال‌های اخیر، تحولات صورت گرفته در زمینه درمان اختلالات روان‌شناختی و کاهش چاقی موجب گردید تا روش‌های نوین و کارایی توسط روانشناسان بالینی مطرح و ارائه گردد.^{11،12}

عزت‌نفس از نظر روزنبرگ¹³ نگرش فرد به خودش و ارزیابی فرد از توانمندی‌اش برای رسیدن به اهداف مشخصی بر اساس خودکارآمدی تعریف می‌شود. عزت‌نفس پایین منعکس‌کننده یک ارزیابی منفی از خود و مرتبط با عامل خطر برای نخوردن‌های افراطی و اختلالات خوردن به‌عنوان روشی برای افزایش عزت‌نفس محسوب می‌شود.¹⁴ عزت‌نفس اشخاصی که در دسته افراد با اضافه وزن و یا چاق دسته‌بندی می‌شوند، تا حدی دچار آسیب می‌شود و با داغ اجتماعی و باورهای کلیشه‌ای مرتبط با چاقی روبرو می‌شوند.¹⁴ تعداد زیادی از تحقیقات نشان می‌دهد که خود انتقادگری و عزت‌نفس به عنوان فاکتورهای مهمی در شروع و تداوم اختلالات خوردن مطرح می‌شوند و به نظر می‌رسد درمانی در چاقی مؤثرتر است که بر روی افزایش عزت‌نفس نیز تأثیرگذار باشد.^{14،15}

برخی از پژوهش‌های ایرانی نشان می‌دهند که تصویر بدنی منفی و کاهش عزت‌نفس به‌خصوص در میان زنان دارای اضافه‌وزن و چاقی یا افراد مبتلا به اختلال پرخوری عصبی و حتی افراد خواستار جراحی‌ها زیبایی رو به افزایش است.¹⁶

یکی از روش‌های درمان برای چاقی، جراحی باریاتریک می‌باشد. یک جراحی که برای چاقی شدید، کاهش وزن بلند مدت و کاهش احتمال مرگ‌ومیر را در پی دارد. یک سری تحقیقات نشان داد که کاهش وزن 14 تا 25 درصدی (با توجه به فرایند انجام شده) در طی 10 سال، در صورتی که همگام با پیشگیری‌های استاندارد کاهش وزن همراه باشد، منجر به کاهش 29 درصدی در تمام عوامل مرگ‌ومیر خواهد شد. این در حالی است که با توجه به هزینه و خطر عوارض موجود، محققان به دنبال راه‌های مؤثر دیگری می‌باشند تا به درمان‌های کم‌خطرتری دست یابند.^{17،18}

در مطالعات اخیر، تحولات صورت گرفته در زمینه درمان اختلالات روان‌شناختی و کاهش چاقی موجب گردید تا روش‌های نوینی توسط روانشناسان بالینی مطرح و ارائه گردد.^{19،20} درمان‌های مختلفی برای چاقی پیشنهاد شده‌اند اما درمان شناختی - رفتاری در بیشتر اختلالات روانی به عنوان درمان مؤثر محسوب می‌شود.²¹

گرم و قد با استفاده از یک متر نواری غیرقابل اتساع به دقت 0/5 سانتی متر اندازه گیری شد.

شاخص های تن سنجی

یکی از معیارهای تن سنجی، شاخص توده بدنی است و به عنوان متداول ترین روش اندازه گیری چاقی از تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) به مجذور قد (برحسب متر) به دست می آید. اگر شاخص توده بدن فرد بیش از 29 باشد آن فرد را چاق می گویند و اگر نمایه توده بدن فرد بین 25 تا 29 باشد آن را اضافه وزن می گویند. همچنین به افرادی دارای وزن طبیعی گفته می شود که شاخص بدنی آن ها بین 18/5 تا 25 باشد.²¹ در این پژوهش به منظور ارزیابی دقیق تر از اندازه های دور کمر و دور باسن به عنوان شاخص های تن سنجی استفاده شد.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ [Self-Esteem Scale (SES)]

این مقیاس در سال 1965 توسط روزنبرگ طراحی شده و دارای 10 سؤال می باشد که به منظور سنجش احساسات فرد در مورد ارزش و پذیرش خویش طراحی شده است.²³ ضریب همابستگی درونی آن بین 0/77 تا 0/88 گزارش شده است. ضریب باز آزمائی آن پس از یک هفته 0/82 و پس از دو هفته 0/85 بوده است. این مقیاس همبستگی بالائی با سایر مقیاس های عزت نفس نظیر پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت (0/55) داشته است.²²

این پرسشنامه یک پرسشنامه خود - گزارش دهی است و عزت نفس کلی یا بعد شناختی عزت نفس را مورد سنجش قرار می دهد. هر گزاره این مقیاس دارای چهار گزینه است که دامنه آن از خیلی موافق (نمره 4) تا کاملاً مخالف (نمره 1) گسترده است. نمره گذاری این مقیاس برحسب جهت مثبت و منفی سؤال، به صورت مستقیم و معکوس انجام می گیرد. در پژوهش محمدی²² بر روی 185 نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز، پایائی پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ از طریق سه روش آلفای کرونباخ، باز آزمائی و دونیم سازی مورد تحلیل قرار گرفت و ضرایب 0/69، 0/78 و 0/68 بودند. روائی هم زمان این مقیاس نیز با به کارگیری پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت و خرده مقیاس افسردگی و اضطراب، از چک لیست

درمان های شناختی - رفتاری بر مهارت های شناسایی الگوهای رفتاری و فکری متمرکز است که برخوردن اثر می گذارد. به همین جهت در درمان چاقی، شناسایی، اصلاح افکار و ادراک های فردی و بهبود عزت نفس افراد از اهمیت ویژه ای برخوردار است.¹²

هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان - شناختی رفتاری برای درمان چاقی به منظور افزایش عزت نفس و کاهش وزن زنان مبتلا به چاقی به منظور جلوگیری از استفاده از روش های جراحی زیبایی غیر لازم برای این افراد است.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی، با طرح پیش آزمون - پس آزمون گروه درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به چاقی در بهار سال 1397 در شهر اصفهان بودند که برای جراحی زیبایی شکم به متخصص جراحی عمومی مراجعه کرده بودند. از میان آن ها 30 زن بر اساس شاخص توده بدنی بالاتر از 30 دارای تشخیص چاقی و با نمونه گیری در دسترس و با توجه به ملاک های ورود جنسیت مؤنث، حیطة سنی 18 تا 55 سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات روانی و مبتلا نبودن به اختلالات خوردن، نداشتن بیماری های زمینه ای ایجادکننده چاقی، دریافت نکردن هیچ گونه رژیم غذایی خاص و داشتن رضایت از شرکت در پژوهش انتخاب، و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش 15 نفر و کنترل 15 نفر گمارده شدند.

ملاک های خروج شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، غیبت بیش از یک جلسه از هشت جلسه درمانی، ابتلا به اختلال روان پزشکی همراه که نیاز به درمان فوری داشت، شرکت در برنامه روان درمانی و یا برنامه کاهش وزن دیگر، مصرف دارو برای کاهش وزن بود. آزمودنی ها از لحاظ سن و وزن همتا شدند. متغیر کنترل جنسیت آزمودنی ها بود. برای اندازه گیری شاخص توده بدنی و گردآوری داده های پژوهش، ابزارهای زیر به کار گرفته شدند:

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل سؤالات مربوط به سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل بود. شاخص توده بدنی تقسیم وزن (بر حسب کیلوگرم) بر مجذور قد (بر حسب متر) محاسبه می شود. وزن با استفاده از ترازوی دیجیتال با حساسیت 100

ساختار و محتوای جلسات از کتاب می‌چل، دلوین، زوان، کرو و پترسون²³ با ساختار 8 جلسه‌ای استخراج شد.

جلسات به صورت هفتگی 90 دقیقه‌ای در طول 8 هفته در کلینیک مشاوره آبان اصفهان برگزار شد. گروه کنترل در این پژوهش روش معمول کاهش وزن را دریافت کردند. همه شرکت‌کنندگان سه ماه بعد از اتمام جلسات مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نشانه‌های بیماری 90 تجدید نظر شده (SCL90-R) برآورد شد و بین عزت‌نفس روزنبرگ و عزت‌نفس کوپر اسمیت همبستگی مثبت معنادار (0/61) و بین عزت‌نفس با اضطراب (-0/43) و افسردگی (-0/54) همبستگی منفی معنادار به دست آمد. نتیجه اینکه پائینی و روائی نسخه فارسی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ نسبتاً مناسب است، سادگی و کوتاه بودن آن نیز امکان استفاده از این مقیاس را در پژوهش‌های میدانی، آزمایشگاهی و موقعیت‌های بالینی فراهم می‌سازد.

جدول 1- محتوای جلسات درمان شناختی - رفتاری برای چاقی

جلسه اول	آموزش درباره اختلال پرخوری، علل و پیامدهای آن شروع جلسه و معارفه، توضیح برنامه درمانی، تعیین قوانین گروه، آشنایی با اختلال پرخوری، توضیح درباره راه‌اندازها و نشانه‌ها، مشخص کردن تکالیف
جلسه دوم	آموزش توالی راه‌انداز، پاسخ - پیامد، عادت‌های غذایی سالم مرور جلسه قبل و تکالیف، بحث درباره راه‌اندازهای احتمالی مراجعین، آموزش عادت‌های غذایی سالم
جلسه سوم	آموزش ارتباط افکار، احساسات، رفتار و خطاهای شناختی مرور وضعیت شرکت‌کنندگان و تکالیف، آموزش مدل شناختی - رفتاری و طبقه‌بندی افکار خودآیند منفی
جلسه چهارم	آموزش چالش افکار ناکارآمد مرور تکالیف بحث درباره چرخه افکار شرکت‌کنندگان و آموزش خطاهای شناختی
جلسه پنجم	پنجم افزایش فعالیت‌های بهبود خلق، مهارت‌های خودکنترلی مرور تکالیف، توزیع برگه‌های آموزشی کنترل تکانه، بحث درباره فعالیت‌های لذت‌بخش و توزیع برگه‌های فعالیت‌های لذت‌بخش
جلسه ششم	آموزش راهکارهای افزایش عزت‌نفس و حل مسئله مرور تکالیف، توضیح مفهوم عزت‌نفس و توصیه‌هایی برای افزایش عزت‌نفس و کاهش خود سرزنش‌گری آموزش مهارت حل مسئله به شکل فرمول وار
جلسه هفتم	آموزش مهارت مدیریت استرس مرور تکالیف توضیح مفهوم استرس، انواع راهکارهای مقابله‌ای و آموزش آرام‌سازی
جلسه هشتم	جلوگیری از بازگشت برنامه‌ریزی برای جلوگیری از بازگشت، آموزش مواجهه با موقعیت‌ها و غذاهای پرخطر، آموزش نکاتی برای مواجهه موفق، بررسی پیشرفت شرکت‌کنندگان، تداوم استفاده از مهارت‌های آموزش داده‌شده

جدول 2- مقایسه میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و کنترل رد سه سطح اندازه‌گیری پیش آزمون، پس آزمون و کنترل

درمان شناختی - رفتاری		گروه کنترل		مرحله	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
0/61	31/87	0/47	20/32	پیش آزمون	شاخص توده بدنی
0/73	30/92	0/70	31/61	پس آزمون	
0/50	30/60	0/50	32/77	پیگیری	
10/05	95/28	12/55	94/83	پیش آزمون	دور کمر
7/57	91/15	11/26	95/13	پس آزمون	
8/12	91/55	10/83	96/47	پیگیری	
6/98	115/16	8/75	116/44	پیش آزمون	دور باسن
5/88	111/29	10/68	117/07	پس آزمون	
10/30	112/53	9/19	117/75	پیگیری	

جدول 3- آزمون‌های تحلیل واریانس جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری

توان آماری	تا	سطح معناداری	درجه آزادی	F	مقدار	نوع آزمون	منبع	مؤلفه
1/00	0/52	0/01	2/00	14/720	0/48	لامبدای ویلکز	عامل	شاخص توده بدنی
1/00	0/68	0/01	2/00	28/439	0/32	لامبدای ویلکز	تعامل گروه و عامل	
09/0	02/0	0/74	2/00	/306	0/98	لامبدای ویلکز	عامل	دور کمر
14/0	04/0	0/54	2/00	/633	0/96	لامبدای ویلکز	تعامل گروه و عامل	
0/10	0/02	0/73	2/00	/316	0/98	لامبدای ویلکز	عامل	دور باسن
0/18	0/06	0/45	2/00	/831	0/94	لامبدای ویلکز	تعامل گروه و عامل	

جدول 4- تحلیل واریانس اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای تن‌سنجی با سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	تا	توان آماری
شاخص توده بدنی	درون‌گروهی	8/99	2	4/49	13/62	0/01	0/32	0/99
	اثر تعاملی	14/26	2	7/13	21/61	0/01	0/44	1/0
	بین‌گروهی	25/28	1	25/28	62/24	0/01	0/69	1/0

جدول 5- آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای پژوهش در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	خطای معیار	مقدار احتمال
شاخص توده بدنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	0/77	0/15	0/001
	پس‌آزمون	پیگیری	0/35	0/12	0/006
	پس‌آزمون	پیگیری	-0/42	0/17	0/021

در گروه آزمایش شناختی رفتاری نیز 33/3 درصد (5 نفر) دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، 46/7 درصد (7 نفر) دارای تحصیلات کارشناسی و 30 درصد باقی‌مانده (3 نفر) دارای تحصیلات تکمیلی بودند.

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر با گروه کنترل مفروضات اصلی این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در مفروضه نرمال بودن داده‌های آزمون شاپیرو وایک در نمرات شاخص‌های تن‌سنجی و عزت‌نفس معنی‌دار نبود ($P > 0/05$) و توزیع متغیرهای حاضر طبیعی بودند. مقدار F محاسبه‌شده در آزمون لوین در متغیر شاخص‌های تن‌سنجی و عزت‌نفس در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نبود و تفاوت معنی‌داری بین واریانس‌های خطای دو گروه پژوهش وجود نداشت. همچنان آزمون ماکنلی (ماجلی) نیز نشان داد پیش‌فرض کرویت رعایت شده است. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده در جدول 2 نشان داده شده است.

داده‌ها از طریق تحلیل اندازه‌های تکراری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های پژوهش در گروه کنترل به ترتیب $32/73 \pm 5/82$ به دست آمد. همچنین میانگین و انحراف معیار سن افراد شرکت‌کننده در گروه درمان شناختی رفتاری به ترتیب برابر $34/93 \pm 5/98$ بود.

همچنین از 30 نفر حجم نمونه در گروه‌های آزمایشی و گواه، از لحاظ متغیر جمعیت شناختی "تحصیلات" 20/0 درصد (3 نفر) افراد گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، 40 درصد (6 نفر) دارای تحصیلات کارشناسی و 40 درصد (6 نفر) باقی‌مانده دارای تحصیلات تکمیلی بودند.

می‌کند. بر اساس نظریه شناختی چاقی به نظر می‌رسد درمان از طریق اصلاح الگوهای خوردن، آموزش عادات‌های صحیح به بهبود پرخوری منجر گردیده است.

به‌طور کلی با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری روش درمانی مناسب و مقرون به‌صرفه برای درمان اختلال چاقی و افزایش عزت‌نفس این افراد محسوب می‌شود. در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که یکی از علل عدم موفقیت افراد در کنترل وزن عدم مدیریت هیجانات است. معمولاً افراد چاق در موقعیت‌های هیجانی کنترل کمتری در رفتار خوردن دارند و آموزش این افراد در مورد پایش بیشتر در شرایط هیجانی یکی از عوامل کنترل‌کننده می‌باشد. یکی دیگر از عواملی که افراد چاق را با چالش بیشتری مواجهه می‌کند تفکر دو مقوله‌ای است. بدین معنی که افراد چاق به محض اینکه از برنامه غذایی عدول می‌کنند مهار درونی خود را از دست داده و رفتار غذایی مخربانه را در پایش می‌گیرند، بنابراین یکی از مواردی که در درمان شناختی - رفتاری مورد تأکید قرار گرفت اصلاح سبک تفکر آزمودنی‌ها که منجر به خودسرزنی و کاهش عزت‌نفس این بیماران می‌گردد. یکی دیگر از عواملی که ممکن است در کنترل وزن خلل ایجاد کند داشتن انتظارات غیرواقع‌بینانه است. انتظارات باید مبتنی بر واقعیت‌ها و شرایط موجود باشد. از آنجا که انتظارات غیرواقع‌بینانه موجب ناکامی، سرخوردگی و کنار گذاشتن برنامه‌های درمانی می‌شود لذا داشتن انتظارات صحیح و واقع‌بینانه از جمله مواردی بود که آموزش داده شد. همچنین، یکی از بینش‌هایی که در طول جلسات درمانی به آزمودنی‌ها داده شد؛ این بود که آزمودنی متوجه شود که خود سرزنی روش مفیدی برای مقابله با مشکلات زندگی نیست. در همین رابطه کلینکه و همکارانش²⁷ نشان دادند که کسانی که هنگام مواجهه شدن با تهدیدها و مشکلات، خود را سرزنش می‌کنند در مقایسه با افرادی که از این سبک استفاده نمی‌کنند، در کنترل رفتارشان موفقیت کمتری کسب می‌کنند. بنابراین به آزمودنی‌ها آموزش داده شد که خود را به خاطر رویدادهای منفی سرزنش نکنند و در عوض احساس مسئولیت بیشتری بنمایند. مسئولیت‌پذیری به معنای آن نیست که خود را به خاطر رویدادهای منفی و ناخوشایند سرزنش و تحقیر کنند در مسئولیت‌پذیری به آزمودنی‌ها آموزش داده شد که احساس تسلط و کنترل درونی و تلاش برای یادگیری و به کار بستن مهارت‌های

همانطور که جدول 2 نشان می‌دهد، تفاوت محسوس در میانگین تنها در سطح اندازه‌گیری پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش دیده می‌شود.

همان‌طور که در جدول 3 دیده می‌شود درمان درمان شناختی - رفتاری تنها روی شاخص توده بدنی تأثیر داشته و باعث کاهش معنادار آن شده است ولی تأثیر معنی‌داری بر روی اندازه کمر و باسن نداشته است.

نتایج جدول 4 نشان دهنده‌ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش معنادار شاخص توده بدنی در سه اندازه‌گیری پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با شاخص توده بدنی در پیش‌آزمون می‌باشد. این نتایج همچنین، در آزمون تعقیبی LSD در اندازه‌گیری پیگیری در مقایسه با دو گروه پیش و پس‌آزمون مورد تأیید قرار گرفت (جدول 5).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اختلال چاقی را در مقایسه با گروه کنترل مورد مطالعه و بررسی قرار داد. یافته‌های به‌دست‌آمده اثربخشی این درمان را بر نشانه‌های پایه و اصلی اختلال چاقی و افزایش عزت‌نفس همراه با آن نشان داد. نتایج این مطالعه با پژوهش کوپر و همکارانش²⁴ که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را با پیگیری 36 ماهه نشان دادند، همسو بود که این موضوع می‌تواند تأیید برای اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در جامعه ایرانی باشد. با توجه به نظریه‌های شناختی افسردگی و عزت‌نفس به نظر می‌رسد درمان از طریق آموزش خطاهای شناختی، افزایش تقویت اجتماعی، آموزش ارتباط بین افکار، عواطف و رفتار و افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش به عزت‌نفس منجر گردیده است. بهبود عزت‌نفس و پذیرش خود می‌تواند احساس خود کارآمدی و قابلیت کنترل‌پذیری را افزایش دهد و این مطلب برای درمان در اختلالات خوردن بسیار مهم است.²⁵

درمان شناختی - رفتاری برای کاهش شاخص توده بدنی و افزایش عزت‌نفس روشی مناسب و مقرون به صرفه و بدون عوارض جانبی محسوب می‌شود. پرین و ون²⁶ نشان دادند که افزایش در عزت‌نفس به‌صورت بسیار نزدیکی با تغییرات وزنی در اختلالات خوردن مرتبط است. ایناکون و همکارانش¹⁴ پیشنهاد می‌کند که عزت‌نفس می‌تواند به‌عنوان فاکتوری محافظتی در مقابل رشد اختلالات خوردن عمل

کاهش وزن افراد مبتلا به چاقی بر عوامل روان‌شناختی آن‌ها همچون عزت‌نفس اثر می‌گذارد. کاهش وزن اثر مثبت بر وجوه روان‌شناختی در آزمودنی‌های چاق دارد. بنابراین، لازم است که در مورد زوایای کارکردی و روان‌شناختی افراد چاق در طی کنترل درمان وزن توجه داشته باشیم.⁶ رودمن و نیومن²⁸ در یک مطالعه فرا تحلیل بر روی 117 درمان کاهش وزن نشان دادند که درمان کاهش وزن با کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس همراه است. مطالعه²⁹ نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی مانند داشتن اهداف غیرواقع‌بینانه برای کاهش وزن، عدم دارا بودن مهارت مدارا یا مهارت‌های حل مسئله و خودکارآمدی پایین ممکن است اثر مهمی بر رفتارهای درگیر در ابقاء وزن و عود آن در چاقی داشته باشد.

مقابله‌ای را افزایش دهند و در آخر می‌توان به روش‌های بسیار ساده و راحت که به خودکنترلی و خودمدیریتی آزمودنی‌ها کمک می‌کند؛ استناد کرد. به آزمودنی‌ها آموزش داده شد که سعی کنند حتی‌المقدور از خرید و نگهداری مواد پرکالری مانند انواع شیرینی‌جات و تنقلات بپرهیزند، زیرا در دسترس بودن آن‌ها ممکن است آزمودنی را وسوسه کند. همچنین یکی از مشکلاتی که افراد چاق دارند این است که آن‌ها هنگامی که شروع به خوردن می‌کنند به‌خصوص خوردن خوراکی‌هایی که دوست دارند کنترل را از کف می‌دهند و به مقدار متنابهی می‌خورند. لذا مقرر شد که این دست از خوراکی‌ها را به‌صورت زیاد در جلوی خود قرار ندهند، بلکه قبل از خوردن میزان کمی از آن را در ظرفی جداگانه بکشند؛ بقیه را کنار بگذارند و سپس خوراکی مورد نظر را اندازه‌های کوچک و در طول زمان بیشتر تناول کنند.

Abstract:**Exploring the Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Body Mass Index , Waist and Hip size and Self-Esteem on Obese Women Seeking the Abdominal Cosmetic Surgery**

Babadi A.R. ^{*} , *Kajbaf M.B. PhD* ^{**} , *Nouri N. PhD* ^{**} , *Abedi M. R. PhD* ^{***}
Darnadegan K. MD ^{****}

(Received: 11 April 2019 Accepted: 28 May 2019)

Introduction & Objective: The increasing prevalence of obesity may lead to the significant negative health consequences. The current study aims to explore the effect of short-term cognitive-behavioral therapy on obesity and its related consequences.

Materials & Methods: The present study used the pre-test-post-test experimental designed with a control group. The study population consisted of clients who have the BMI larger than 30 and referred to general and cosmetic surgeons for abdominal cosmetic surgery in Esfahan, Iran. Thirty clients who met the inclusion criteria were selected using the convenience sampling method and randomly assigned to intervention and control groups. The BMI, waist and hip circumferences, and self-esteem were measured using scales and meters and Rosenberg's self-esteem scale, respectively.

Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy had a significant effect on BMI and self-esteem. However, this effect was not significant in reducing sizes of waist and hip circumferences.

Conclusions: The short-term cognitive-behavioral therapy can be considered as an appropriate and cost-effective treatment for people with obesity leading to increase the clients' self-esteem.

Key Words: Cognitive-Behavioral Therapy, Self-esteem, BMI, Waist and Hip Circumferences

^{*} *PhD Student of Psychology, Faculty of Education and Psychology Isfahan University, Isfahan, Iran*

^{**} *Professor of Psychology, Department of Consultation and Guidance, Isfahan University, Isfahan, Iran*

^{***} *Professor of Consultation and Guidance, Isfahan University, Isfahan, Iran*

^{****} *Resident of Plastic Surgery, Iran University of Medical Science, Hazrat Fatemeh Hospital, Tehran, Iran*

References:

1. Organization, W.H., Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. 2017: World Health Organization.
2. Agha, M. and R. Agha, The rising prevalence of obesity: part A: impact on public health. *International journal of surgery. Oncology*, 2017. 2(7): p. e17.
3. Adriaanse, M.A., et al., 'I ate too much so I must have been sad': Emotions as a confabulated reason for overeating. *Appetite*, 2016: 103. p. 318-323.
4. Finlayson, G., Food addiction and obesity: unnecessary medicalization of hedonic overeating. *Nature Reviews Endocrinology*, 2017. 13(8): p. 493.
5. Miranda-Olivos¹, R., et al. Brain functional connectivity correlates of negative and positive urgency in obesity: fitting treatments to individuals. in *European Neuropsychopharmacology*. 2019. Elsevier Science BV PO Box 211, 1000 AE Amsterdam, Netherlands.
6. Carter, F.A. and A. Jansen, Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target? *Appetite*, 2012. 58(3): p. 1063-1069.
7. Rolls, E., Understanding the mechanisms of food intake and obesity. *Obesity reviews*, 2007. 8: p. 67-72.
8. Pasold, T.L., A. McCracken, and W.L. Ward-Begnoche, Binge eating in obese adolescents: Emotional and behavioral characteristics and impact on health-related quality of life. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2014. 19(2): p. 299-312.
9. Buddeberg-Fischer, B., et al., Physical and psychosocial outcome in morbidly obese patients with and without bariatric surgery: a 4½-year follow-up. *Obesity surgery*, 2006. 16(3): p. 321-330.
10. Hadaegh, F., et al., Appropriate cutoff values of anthropometric variables to predict cardiovascular outcomes: 7.6 years follow-up in an Iranian population. *International journal of obesity*, 2009. 33(12): p. 1437.
11. Braet, C., E. Moens, and J. Latomme, Psychological treatment of childhood obesity: main principles and pitfalls, in the ECOG's ebook on Child & Adolescent Obesity. 2016.
12. Brownell, K.D. and B.T. Walsh, *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. 2017: Guilford Publications.
13. Gray-Little, B., V.S. Williams, and T.D. Hancock, An item response theory analysis of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and social psychology bulletin*, 1997. 23(5): p. 443-451.
14. Iannaccone, M., et al., Self-esteem, body shame and eating disorder risk in obese and normal weight adolescents: A mediation model. *Eating behaviors*, 2016. 21: p. 80-83.
15. McGregor, S., et al., Self-esteem outcomes over a summer camp for obese youth. *Pediatric obesity*, 2016. 11(6): p. 500-505.
16. Zamani, B., et al., Association of plant-based dietary patterns with psychological profile and obesity in Iranian women. *Clinical Nutrition*, 2019.
17. Jauch-Chara, K. and K.M. Oltmanns, Obesity—a neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. *Progress in Neurobiology*, 2014. 114: p. 84-101.
18. Després, J.-P., I. Lemieux, and D. Prud'Homme, Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *Bmj*, 2001. 322(7288): p. 716-720.
19. Reilly, J., et al., Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. *Archives of disease in childhood*, 2002. 86(6): p. 392-394.
20. Olson, K., Behavioral approaches to the treatment of obesity. *Rhode Island Medical Journal*, 2017. 100(3): p. 21.
21. Rosen, J.C., Obesity and body image, in *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* F. C. G and K.D. Brownell, Editors. 2002, Guilford press.: New York. p. 399-402.
22. Organization, W.H., World Health Organization BMI Classification, 2018.
23. Rosenberg, M., Rosenberg self-esteem scale (SES). *Society and the adolescent self-image*, ed. M. Rosenberg. 1965, New Jersey: Princeton University Press.
24. Mohamadi, N., Preliminary investigation of the validity and reliability of Rosenberg self-esteem scale. *Iranian Psychologists Quarterly*, 2005. 1(4): p. 312-20. [In Persian].
25. Mitchell, J.E., et al., *Binge-eating Disorder: Clinical Foundations and Treatment*. . 2008, New York: Guilford Press.
26. Noordenbos, G., N. Aliakbari, and R. Campbell, The relationship among critical inner voices, low self-esteem, and self-criticism in eating disorders. *Eating disorders*, 2014. 22(4): p. 337-351.
27. Perrin, E.M., et al., Bolstering confidence in obesity prevention and treatment counseling for resident and community pediatricians. *Patient education and counseling*, 2008. 73(2): p. 179-185.

28. Kleinke, L., C., *Coping With Life Challenges*, ed. 2. 2001, The US: International Thomson Publishing Services.
29. Blaine, B.E., J. Rodman, and J.M. Newman, *Weight loss treatment and psychological well-being:*

- a review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 2007. 12(1): p. 66-82.
30. Linde, J.A., et al., Are unrealistic weight loss goals associated with outcomes for overweight women? *Obesity research*, 2004. 12(3): p. 569-576.