

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و سلامت روانی در زنان مبتلا به چاقی

علی عیسی‌زادگان^۱، سیامک شیخی^۲، محمد حافظ‌نیا^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۵/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۷/۳۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: چاقی یکی از مشکلات سلامت عمومی در دنیاست که از عوامل خطر ساز مهم برای ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی است، از طرف دیگر خودکارآمدی یکی از مؤلفه‌های روانی است که نقش مهمی در کاهش وزن زنان با اضافه‌وزن و چاقی ایفا می‌کند، لذا پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود سلامت روانی و افزایش میزان خودکارآمدی در زنان با اضافه‌وزن و چاقی پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد انجام شده است. ۳۰ زن با چاقی به شیوه‌ی نمونه در دسترس انتخاب شدند و تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. متغیر مستقل درمان شناختی رفتاری بود که گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه درمان شناختی - رفتاری را دریافت کرد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) و خودکارآمدی شی رر و مادوکس استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوربانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنی که درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود سلامت روانی و افزایش میزان خودکارآمدی بیماران در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر مشخص می‌کند که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند در بهبود سلامت روانی و افزایش میزان خودکارآمدی زنان با چاقی اثرگذار باشد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، سلامت روانی، خودکارآمدی، زنان، چاقی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره نهم، ص ۷۹۲-۷۸۵، آذر ۱۳۹۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده پردیس نازلو، دانشکده پزشکی ارومیه تلفن: ۰۴۴۳۲۷۷۰۹۸۸

Email: s.sheikhi@umsu.ac.ir

مقدمه

چاقی، گزارش شده است (۳). براساس نتایج حاصل از مطالعات، دارودرمانی نقش موثری در درمان چاقی دارد اما با قطع دارو تقریباً به‌طور پایا وزن دوباره افزایش پیدا می‌کند (۴). هرچند که بیشتر محققین در زمینه‌ی عوارض ناشی از چاقی بر سلامت انسان هم عقیده هستند اما توافق کمی در بین محققین در زمینه چگونگی مدیریت و درمان چاقی وجود دارد. دبوراً معتقد است که زنانی که دچار چاقی و اضافه‌وزن هستند، از افسردگی و اضطراب شدید به خاطر چاقی و بدشکلی بدنشان رنج می‌برند. زنانی که دچار چاقی و اضافه‌وزن هستند، اضطراب، افسردگی و اختلال جسمانی شکل را گزارش کرده‌اند. پژوهش همچنین نشان می‌دهد که زنان دارای اضافه‌وزن و چاقی از سلامت روان کم‌تری برخوردارند (۷-۵). در همین راستا نتایج مطالعات دیگر بر کیفیت زندگی

چاقی و اضافه‌وزن که تجمع غیر طبیعی و بیش از حد چربی در بدن است، در حال حاضر به یک مشکل بهداشت عمومی در نقاط مختلف دنیا تبدیل شده است. بررسی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ مبین آن است که حدود ۱/۶ میلیارد نفر از بالغین با سن بالاتر از ۱۵ سال در جهان مبتلا به اضافه‌وزن بوده و حداقل ۴۰۰ میلیون نفر از چاقی رنج می‌برند. با وصف آن که در بیست سال گذشته شیوع چاقی در کشورهای در حال توسعه سه برابر شده و بر اساس پیش بینی این سازمان در سال ۲۰۱۵ تعداد مبتلایان به اضافه‌وزن و چاقی به ترتیب بالغ بر ۲/۳ میلیارد و ۷۰۰ میلیون نفر خواهد بود (۲۰۱). هم‌چنین بر اساس گزارش این سازمان، ایران به‌عنوان یکی از هفت کشور دارای بالاترین میزان شیوع

^۱ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ روانشناسی بالینی، مرکز مشاوره و راهنمایی ناجا، ارومیه، ایران

اضافه‌وزنی بودند که بر اساس پرونده‌های موجود در مرکز بهداشت شهرستان سلماس و با تشخیص پزشک، دارای اضافه‌وزن و چاقی بودند. نمونه مورد بررسی به علت محدودیت در نمونه‌گیری از بیماران، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۳۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن اضافه‌وزن و چاقی بر اساس تشخیص پزشک، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۵۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالاتر و نداشتن بیماری‌های مزمن و اختلالات روانی. جهت اجرای پژوهش با حضور در مرکز درمانی بهداشت شهرستان سلماس، ضمن توضیح ماهیت و اهداف پژوهش و جلب موافقت بیماران، به صورت انفرادی از هر مورد معرفی شده، ابتدا ارزیابی اولیه از لحاظ وضعیت سلامت روانی و خودکارآمدی پیش‌آزمون انجام گرفت و سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت ۲ جلسه در هفته تحت کاربندی درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند در حالی که گروه شاهد تحت کاربندی قرار نگرفت ولی قرار بر این شد که بعد از اتمام مداخله روی گروه آزمایش، این افراد نیز از درمان شناختی رفتاری بهره‌مند شوند. پس از اتمام جلسه‌ها هر دو گروه مجدداً به مقیاس‌های سلامت روان و خودکارآمدی پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ): این آزمون که توسط گلدبرگ و همکاران (۱۹) ساخته شده است، متشکل از ۲۸ سؤال است که سلامت روانی را در چهار مقیاس افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی و اختلال عملکرد اجتماعی می‌سنجد و یک نمره کلی را به‌عنوان شاخصی از سلامت روانی به دست می‌دهد. همبستگی آن با آزمون SCL 90 محاسبه گردیده و روایی آن ۰/۷۸ گزارش شده است. در مورد اعتبار آن نیز پالانگ از طریق بازآزمایی ۰/۹۱ و یعقوبی نیز با همین روش ۰/۸۸ را گزارش کرده‌اند (۲۰). در تحقیق احمدیان ضریب آلفای کرانباخ به ترتیب برای مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی، اختلال در عملکرد اجتماعی و مقیاس کلی سلامت روانی عبارتند از: ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۴۸، ۰/۸۵ و ۰/۹۰ بوده است (۲۱).

پرسشنامه خودکارآمدی شی رر و مادوکس: این پرسشنامه توسط شی رر و همکارانش (۱۹۸۲) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۷ ماده و دارای ۵ سؤال با امتیازات ۱ تا ۵ برای گزینه‌های کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق به دست می‌آید. نمرات بالاتر بیانگر خودکارآمدی قوی‌تر و نمرات پایین بیانگر خودکارآمدی ضعیف‌تر می‌باشد. اعتبار این مقیاس توسط بختیاری با استفاده از محاسبه همبستگی بین مقیاس خودکارآمدی و کنترل درونی - بیرونی $r=0.79$ به دست آمد. ضریب پایایی آزمون به روش اسپیرمن براون $r=0.76$ و آلفای

نامطلوب این افراد تأکید دارند (۸). طبق مطالعات انجام شده زنان دارای اضافه‌وزن و چاقی از خودکارآمدی پایین نیز برخوردارند (۹). پژوهش‌گران معتقدند که خودکارآمدی نقش مهمی در کاهش وزن زنان ایفا می‌کند (۱۰). چاقی دارای ارتباطی دوسویه با فشارهای هیجانی و آشفتگی‌های روان‌شناختی و وضعیت روانپزشکی شخص است. اختلالات روانپزشکی، استرس‌های حاد درونی و مسائل مزمن‌تر روان‌شناختی و شخصیتی همگی می‌توانند موجب چاقی و اضافه‌وزن شوند. بسیاری از مسائل روان‌شناختی به صورت عامل اولیه و ثابت می‌تواند سبب پدیدآیی چاقی شود. در ضمن خود چاقی به بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی نامساعد و ناراضی‌تری از زندگی منجر می‌شود (۱۱). افراد دارای اضافه‌وزن بخصوص زنان جوان فاقد اعتماد به نفس هستند، احساس می‌کنند که مورد قضاوت بیشتری از سوی دیگران قرار می‌گیرند (۱۲). چاقی تهدیدی برای بهزیستی هیجانی بوده با برخی اختلال‌های روانی از جمله افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت دارد (۱۳).

پژوهش نشان می‌دهد در بهبود سلامت روان و ارتقاء خودکارآمدی افراد با مشکل چاقی، مداخلات روان‌شناختی نقش موثری دارند (۱۴). یکی از رویکردهای درمانی مناسب درمان شناختی - رفتاری است. طبق مفروضه‌های بنیادی مدل‌های شناختی - رفتاری، تفکر و ادراک بیماران، هیجان‌ها و رفتارهای آنها را شکل می‌دهند. مدل‌های شناختی - رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و نیز رفع عوامل خطر ساز نتایج جالب توجهی را نشان داده‌اند (۱۵). بررسی‌های انجام شده حاکی از آن است که رویکرد شناختی - رفتاری می‌تواند در افزایش خودکارآمدی و بهبود سلامت روانی در افراد مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی مؤثر واقع شود (۱۶). در پژوهشی درمان شناختی رفتاری نشان می‌دهد که سبک زندگی، خودکارآمدی و ارتقاء سلامت روان‌شناختی زنان می‌تواند از این روش متأثر شود (۱۸، ۱۷). اغلب مطالعات مربوط به این اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در خصوص چاقی در سایر کشورها انجام شده است و در داخل در این زمینه گزارش کم‌تری به چشم می‌خورد. شاید یکی از دلایل آن این است که اغلب افراد چاق و با اضافه‌وزن دنبال درمان‌های دارویی، گیاهی، سنتی و گاهی روش‌های غیرمعمول می‌روند و کم‌تر تحت مداخلات روان‌شناختی قرار می‌گیرند. با توجه به این که ادبیات پژوهشی اغلب روی خودکارآمدی و سلامت روان تأکید دارند پژوهش حاضر نیز بر این شد این موضوع را مورد بررسی قرار دهد که آیا درمان شناختی - رفتاری بر اساس نتایج موجود می‌تواند بر بهبود سلامت روانی و افزایش خودکارآمدی زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی اثر بخش باشد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از طرح‌های نیمه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان چاق و دارای

کروناخ با پایایی کلی سؤالات برابر ۰/۷۹ به دست آمده است (۲۲). در پژوهش حاضر آلفای کروناخ ۰/۷۴ به دست آمد.

شیوه اجرای درمان شناختی رفتاری در گروه آزمایش

جلسه اول: شامل معارفه و بحث راجع به اضافه وزن و چاقی و شناساندن عوارض آن در بروز اختلالات روانی و کاهش توانمندی خودکارآمدی و آموزش تن آرامی بود.

جلسه دوم و سوم: ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیر منطقی و توضیح درباره خطاهای پردازش، آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش آنها به عنوان راهکارهایی جهت تغییر افکار غیر منطقی افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی بحث شد.

جلسه چهارم: نقش چاقی و اضافه وزن در کاهش سلامت روانی و به تبع آن نا مطلوب بودن کیفیت زندگی.

جلسه پنجم و ششم: آموزش شیوه حل مسئله، روابط اجتماعی و میان فردی و نقش فعالیت‌های جسمانی در افزایش احساس خود کنترلی، خودکارآمدی و سلامت روانی.

جلسه هفتم: راه کارهایی برای ایجاد باورهای خودکارآمدی در موقعیت‌های استرس زا و ایجاد سلامت روانی مطلوب.

جلسه هشتم: مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده در جلسات برای بیماران. درمانگر در هر جلسه ابتدا موارد بحث را به بیماران آموزش می داد و تکالیفی را برای اجرا در فاصله بین جلسات برای آنها معین می کرد.

یافته‌ها

کوارینانس استفاده شد که نتایج هر یک به طور جداگانه در جداول زیر از آنجا که طرح پژوهش در این مطالعه طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون آمده است.

با گروه کنترل است جهت تجزیه و تحلیل آماری یافته‌ها از تحلیل

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار نمره‌های سلامت روانی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

مراحل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میانگین	انحراف معیار	گروه/شاخص
آزمایش	۲۰/۳۲	۱۱/۲۰	۱۹/۶۰	۱۲/۱۶	
کنترل	۱۸/۴۱	۱۰/۱۴	۳۸/۵۶	۱۴/۸۱	

طبق جدول، میانگین سلامت روانی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۲۰/۳۲ و ۱۹/۶۰ بود. در صورتی که این مقادیر برای گروه کنترل به ترتیب ۱۸/۴۱ و ۳۸/۵۶ بود. بر اساس

نتایج آزمون لون ($F=12/85$) و $P=0/27$ مبنی بر برقراری پیش فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود داشت.

جدول (۲): نتایج تحلیل کوواریانس سلامت روان در گروه آزمایشی و کنترل

متغیرها	درجه آزادی DF	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱	۳۰۲۱۲/۲۱۶	۲۸۵/۱۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴
عضویت گروهی	۱	۱۵۳۰/۱۱۴	۱۷/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۲۶

این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همان طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین باقی مانده نمرات سلامت روان آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنادار است میزان این تأثیر گروهی ۲۶ درصد است. به عبارت دیگر ۲۶ درصد تفاوت نمرات سلامت روانی دو گروه مربوط به درمان شناختی رفتاری است.

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری بر سلامت روانی در جدول ۲ ارائه شده است. آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.01$) و $F = 285/115$ به طوری که درمان شناختی رفتاری توانست باعث کاهش میانگین سلامت روان در گروه آزمایشی شود. نمرات بالاتر نشان دهنده سلامت روان کم‌تر است. توان آماری برابر با ۱ است، یعنی دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار از درصد بالایی برخوردار است. در

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

مرحله	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	گروه/شاخص
	میانگین	انحراف معیار	میانگین
آزمایش	۱۴/۲۸	۹/۶۱	۲۴/۱۲
کنترل	۱۳/۸۵	۸/۲۱	۱۵/۲۱

نتایج آزمون لون ($F = 14/80$) و $P = 0/31$ مبنی بر برقراری پیش فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود داشت.

طبق جدول میانگین خودکارآمدی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۱۴/۲۸ و ۲۴/۱۲ بود. در صورتی که این مقادیر برای گروه کنترل به ترتیب ۱۳/۸۵ و ۱۵/۲۱ بود. بر اساس

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس خودکارآمدی در گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	درجه آزادی DF	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱	۲۹۸۱۶/۳۱۶	۱۶۴/۱۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰
عضویت گروهی	۱	۱۴۲۰/۱۲۲	۱۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹

است. به عبارت دیگر ۲۹ درصد تفاوت نمرات خودکارآمدی دو گروه مربوط به درمان شناختی رفتاری است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در افزایش خودکارآمدی و ارتقاء سلامت روان در زنان با اضافه‌وزن و چاق بود. نتایج نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد در نمره‌های خودکارآمدی افزایش و در ارتقاء سلامت روانی افزایش معنی داری داشتند. نتایج این پژوهش به صورت مستقیم و غیر مستقیم با یافته‌های نتایج پژوهش، هریستین (۷)، برمن (۹)، استانلی و همکاران (۱۶)، برنات و همکاران (۱۷)، مارگارت (۱۲) و کریسوفر (۱۸) همسو

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی در جدول ۴ ارائه شده است. آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.01$) و $F = 164/113$ به طوری که درمان شناختی رفتاری توانست باعث افزایش میانگین خودکارآمدی در گروه آزمایشی شود. توان آماری برابر با ۱ است، یعنی دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار از درصد بالایی برخوردار است. در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همان طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین باقی مانده نمرات خودکارآمدی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنادار است میزان این تأثیر گروهی ۲۹ درصد

است. اغلب آنها نیز در پژوهش‌های خود نشان دادند که بیشتر زنان چاق و دارای اضافه‌وزن، از خود کارآمدی پایین برخوردار بوده و این نیز در سلامت عمومی آنان تأثیر دارد و روش درمان شناختی رفتاری توانسته در این دو حوزه کمک اثر بخشی قابل توجهی داشته باشد.

امروزه ارتباط چاقی با بسیاری از بیماری‌های مهم غیر واگیردار به اثبات رسیده است. ۷۵ درصد بیماران دیابت نوع ۲، مبتلا به اضافه‌وزن یا چاقی هستند. بیش از یک‌سوم افراد چاق به پرفشاری خون مبتلا می‌باشند. اختلالات تنفسی مانند آپنه، سنگ کیسه صفرا، بروز برخی سرطان پستان، کولون و پروستات و برخی اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب و حتی مرگ زودرس در افراد چاق بیشتر بروز می‌نماید (۲۳). در واقع یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در دنیاست که تغییرات شیوه‌ی زندگی و عادات غذایی مردم در جهت مصرف زیاد غذاهای پرچرب و انرژی‌زا و کاهش فعالیت فیزیکی موجب رشد روزافزون چاقی و اضافه‌وزن در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه شده است (۲۴). یکی از عوامل خطر ساز مهم برای ابتلا به اختلالات روانی است. به نظر می‌رسد که طبق مطالعات انجام‌شده می‌توان با رویکردهای روان‌شناختی از جمله درمان شناختی - رفتاری در جهت ارتقا سلامت روان و خودکارآمدی این افراد گام برداشت. چون درمان‌های شناختی- رفتاری باعث افزایش احساس کنترل درد، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کاهش افسردگی و حالات هیجانی منفی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن می‌گردد (۲۵). اگرچه دارودرمانی در خط مقدم درمان است اما اجرای مداخله‌های روان‌شناختی با تمرکز بر اصلاح سبک‌های اسنادی، چالش با باورهای غیرمنطقی، آرام‌سازی، آموزش مهارت‌های حل مسئله، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای از جمله راهبردهای درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری که نه تنها پیامدهای عاطفی منفی بیماری‌های مزمن را تخفیف می‌بخشد بلکه به افزایش سطح پای بندی به توصیه‌های درمانی نیز کمک می‌کند، بنابراین رویکردهای روان‌شناختی در کنار دارودرمانی می‌تواند از بروز عوارض چاقی و ابتلا به بیماری‌های مزمن و اختلالات روانی جلوگیری به عمل آورد. چون به دلیل بروز عوارض چاقی، سالانه هزینه‌های فراوانی بر نظام سلامت کشورها تحمیل می‌شود، به طوری که در آمریکا سالانه ۵/۵ تا ۷ و در سایر کشورها بین ۲ تا ۳/۵ درصد کل هزینه‌های ملی بخش سلامت در این زمینه صرف می‌شود (۲۱). از طرف دیگر مؤسسه ملی کمیسیون سلامت ذهنی در تحقیق پیشگیری سال ۱۹۹۵ عامل خودکارآمدی را مهم گزارش کرده‌اند که پزشکان می‌توانند از آن در پیشگیری از چاقی و اختلالات تغذیه‌ای سودجویند (۲۵). به

اعتقاد پژوهشگران بیماران با استفاده از روش‌های مورد استفاده در این درمان همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی می‌توانند به شناخت بهتر از افکار خود و رویارویی مناسب‌تر با احساسات خود ناآل شوند. علاوه بر آن رویکرد شناختی معتقد است که اختلالات روانی به وسیله‌ی تفکرات سوگیرانه افراطی تداوم می‌یابد و از راه تحریف در پردازش اطلاعات شدت می‌یابد و درمان‌های شناختی این مسیر نادرست فکری را اصلاح می‌نماید. ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات جسمانی و روانی به دلیل اضافه‌وزن، فرد را آسیب پذیر تر کرده و کیفیت زندگی و همین طور امید به زندگی را در او کاهش می‌دهد. کاهش کیفیت و امید به زندگی درک شده نیز منجر به کاهش میزان بهزیستی هیجانی می‌شود (۲۶). سیمون و همکاران ارتباط معنی داری بین چاقی و افسردگی اساسی، اختلال وحشت زدگی پیدا کرده‌اند (۲۷). رفتارهای خوردن با پاسخ به استرس روانی ناشی از خستگی، اضطراب، تنش و افسردگی که همه تهدیدی بر بهزیستی هیجانی فرد محسوب می‌شوند، همراهند (۲۸). بنابراین بیماران چاق ممکن است از نظر هیجانی افرادی آشفته تلقی شوند که به دلیل فراهم کردن پرخوری در محیط خود، این کار را به عنوان سبک مقابله با مسائل هیجانی بدانند (۲۹). لذا به نظر می‌رسد مداخلات روان شناختی در این زمینه بتواند با رفع زیر بناهای فکری مؤثر در ادامه رفتار پرخطر اثرات مثبتی داشته باشد. دیدگاه شناختی حاصل افکار خود آیند، طرح وارها و برداشتهای منفی فرد از خود، دنیا و آینده است. لذا برای کاهش نشانه‌ها ابتدا بر شناسایی و سپس به چالش طلبیدن و تغییر افکار خود آیند طرح وارها و برداشتهای منفی فرد و هم چنین ارائه تکالیف خاص در هر مرحله از درمان تاکید می‌گردد. کشور ایران در فرآیند توسعه برنامه‌های بهداشتی ملی بر بیماری‌هایی چون چاقی، دیابت، قلب و عروق و سرطان متمرکز است. بنابراین مفهوم درست عوامل روانی تأثیر گذار بر بهبود بیماری‌ها به همراه دارودرمانی می‌تواند برای طراحی برنامه‌های بهداشتی حیاتی باشد

عدم امکان پیگیری طولانی‌تر و عدم امکان نمونه گیری جامع از کلیه مناطق شهری و محدود شدن آن فقط به یک شهرستان از جمله محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رود. لذا پیشنهاد می‌شود که این طرح پژوهشی در حجمی با نمونه بزرگ‌تر انجام گیرد تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه بزرگ‌تر تعمیم داده شود. هم چنین توصیه می‌شود کارگاه‌های آموزشی از سوی دست اندرکاران سلامت در ارتباط با چاقی در مراکز بهداشتی درمانی برای این دسته از افراد برگزار شود تا بتوانند از درمان محوری به سمت رویکرد سلامت محور گام برداشته و از هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی جلوگیری به عمل آید.

References:

1. World Health Organization. Factsheet No. 311 - Obesity and Overweight. September 2006. Geneva. Last accessed at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>, 18 January 2011
2. Hossain P, Kaur B, Elnahas M. Obesity and diabetes in the developing world A growing challenge. *N Eng J med* 2007; 356(3):213-5.
3. Mazaheri M, Hosseini M. Prevalence of underweight, overweight and obesity among high school girls in Isfahan. *Med Science University of Isfahan* 2010; (3):117-27. (Persian)
4. William D, Newton R, Walden H. Obesity and treatment in women. *J health psychol* 2009; (4):42-60.
5. Debora M, Bown M. Effect of dietary fat intervention on mental health in women. *Nur Edu* 2010; (124):167-75.
6. Bowen D. Obesity and mental health in women. *J of cancer* 2011; (21):22-31.
7. Rivenes AC, Harvey SB, Mykletun A. The Relationship between Abdominal fat, obesity, and common mental disorders: results from the HUNT study. *J Psychosomatic Res* 2009; 66(4): 269-75.
8. Jayanthi M, Margaret M. Long term postpartum anxiety and depression like behavior in mother rats subjected to maternal separation are ameliorated by palatable high fat diet. *J health psychol* 2008; (4):13-8.
9. Berman E. The relationship between self-efficacy and obesity in woman. *J Clin Psychol* 2009; (7):79-85.
10. Stephania A, Anthony J. Weight perception, body image dissatisfaction and self-efficacy in female undergraduates. *J Psychol* 2012; (3):27-30.
11. Brownell KD. The Learn Program for weight management. Dallas: American Health Publishing Company; 2004.
12. Cash TF, Winstead BA, Janda LH. The great American shape-up: Body image survey report. *Psychology today* 1986;20(4):30-7.
13. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Aust N Z J Public Health* 2003; 27(4):434-40.
14. Salutis S, Goraczy A. Relationship among coping, weight preoccupation and body image in college undergraduates. *Jf Behav Eat* 2011; (7):79-90.
15. Clark M, Hampson SE. Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *Patient Educ Couns* 2001;42(3):247-56.
16. Estanely H, Beto JA, Deyo RA. Cognitive-behavioral therapy in self-efficacy and mental health on weighting of women's. *J Contemporary Res Business* 2012; (3):267-73.
17. Bernadet M, Leigh S, Lisa S. Psychosocial intervention on life style, self-efficacy and mental health in obesity of women. *J Am Dietetic Association* 2010; (1):92-9.
18. Cristopher G, Cooper Z. Cognitive-behavior therapy on obesity. *J Behav Res Therapy* 2012; (5):509-28.
19. Mohamadi R. The relationship between management role job satisfaction and stress factors with mental health of nursing in Tehran public and private hospital. (Dissertation). Tehran: Islamic Azad University; 1997. (Persian)
20. Hajilo N, Babapour J. Psychological correlate of body weight do the impotence and obesity can be predicted from psychological characteristics; *J Health Sci Res* 2013; (12):177-82. (Persian)
21. Ahmadian F. The relationship between mental health, self-efficacy and happiness in student. (Dissertation). Tabriz: University of Tabriz; 2006. (Persian)

22. Finer N. Medical consequences of obesity. *Medicine* 2006; 34(12):149-55.
23. Mazlomzadeh S, Mosavi A, Dinmohammadi. Epidemiology of obesity in zanzan city. *J Med Sci Univ Zanjan* 2005; (14):57-64. (Persian)
24. Sela RA. Chronic low back pain and cognitive-behavior therapy. (Dissertation). Dmonton:Canada University of Alberta; 1990.
25. Phelps L. Prevention of eating disorder: Identification of predictor variables. *Eating disorder* 1999; (7): 99-108.
26. Van der Heijden MMP, van Dooren FEP, Pop VJM, Pouwer F. Effects of exercise training on quality of life, symptoms of depression, symptoms of anxiety and emotional well-being in type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetologia* 2013;56(6):1210–25.
27. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, Van Belle G, et al. Association Between Obesity And Psychiatric Disorders In The US Adult Population. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1– 7.
28. Nishitani N, Sakakibara H, Akiyama I. Eating behavior related to obesity and job stress in male Japanese workers. *Nutrit* 2009; 25:45– 50.
29. Sadok B. Kaplan & Sadok S. *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry*. Second Press. Translated by Pour Afkari. Tehran: Shahr Ab Publication; 2003(Persian)

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY ON ENHANCING OF SELF-EFFICACY AND MENTAL HEALTH AMONG WOMEN WITH OBESITY

Ali Issazadegan¹, Siamak Shiekhy^{2}, Mohammad Hafeznia³*

Received: 19 Aug, 2015; Accepted: 22 Oct, 2015

Abstract

Background & Aims: Obesity is one of the mental health problems in the world that have important risk factors for mental and physical health. Self-efficacy is an important component that plays critical role in reduction of women weight. This research aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on enhancing self-efficacy and mental health among women with obesity.

Materials & Methods: The design of the study is quasi-experimental design with pre/post test with a control group. 30 women with obesity were selected by available sampling method and randomly allocated into two groups: experimental group and one control group. The independent variable was cognitive-behavioral therapy which was administrated in 8 sessions on the experimental group while the control group did not receive any treatment. The research instrument was General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) and self-efficacy Questionnaire. The data were analyzed using covariance analysis.

Results: The results of the study showed significant differences between the mean scores of the pre-test and post-test of the experimental and control groups, so cognitive behavioral therapy improved mental health and increased self-efficacy mean score in the experimental group ($p < 0.001$).

Conclusion: The findings of the study indicate that cognitive behavior therapy can improve mental health and increase self-efficacy. Therefore, it can be considered as an effective method for encountering and coping with obesity.

Keywords: Cognitive behavior therapy, Mental health, Self-efficacy, Women, Obesity

Address: Department of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +98 4432770988

Email: s.sheikhi@umsu.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(9): 792 ISSN: 1027-3727

¹ Associate Professor in Psychology, Education & Psychology Faculty, Urmia University, Urmia, Iran

² Associate Professor, Department of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Master in Clinical Psychology, NAJA Guidance and Counseling Center, Urmia, Iran