

بررسی اثربخشی رویکرد شناخت‌درمانی بر کاهش وزن دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه وزن افسرده

دکتر غلامرضا گل محمدنژاد بهرامی^۱، دکتر اکبر سلیمان نژاد^{۲*}، سارا علی زاده^۳

تاریخ دریافت: 1391/04/29 تاریخ پذیرش: 1391/06/30

چکیده

پیش زمینه و هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رویکرد شناخت‌درمانی بر کاهش وزن دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه وزن افسرده صورت گرفته است.

مواد و روش کار: روش تحقیق از نوع آزمایشی (تجربی) و طرح پژوهشی از نوع طرح نیمه آزمایشی (نیمه تجربی) دو گروهی -انتساب غیرتصادفی با پیش-آزمون و پس-آزمون بود. ۳۰ دختر دانشجوی چاق یا دارای اضافه وزن افسرده، به پرسشنامه‌های چند جنبه‌ای شخصیتی مینه‌سوتا، افسردگی بک، شاخص توده بدنی برای اندازه‌گیری و تعیین چاقی و اضافه وزن پاسخ دادند.

یافته‌ها: داده‌ها به وسیله آزمون‌های آماری تی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند که شناختی درمانی بر کاهش وزن دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه وزن افسرده اثربخش می‌باشد. شناختی درمانی منجر به کاهش افسردگی در دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه وزن افسرده شده است.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به اثر بخشی دوره‌ی شناختی‌درمانی بر کاهش وزن، دوره‌ی آموزشی مذکور، جهت کاهش افسردگی و در راستای آن کاهش چاقی مراجعان توسط روان‌شناسان عمومی و بالینی بکار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: کاهش وزن، چاقی، افسردگی، اضافه وزن، شناخت درمانی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و سوم، شماره پنجم، ص ۵۳۰-۵۲۱، آذر و دی ۱۳۹۱

آدرس مکاتبه: دانشگاه پیام نور، گروه علمی روانشناسی، تهران ۴۶۹۷-۱۹۳۹۵-ج.ا. ایران تماس ۰۹۱۴۴۶۱۱۶۳۱

Email: Dr. A.solan@gmail.com

مقدمه

چاقی به زیادی چربی بدن یا توده بدنی بیش از حد با توجه به قد اشاره دارد. روشی که به طور گسترده برای تعریف چاقی پذیرفته شده، شاخص توده بدن می‌باشد که عبارت است از تقسیم وزن، برحسب کیلوگرم بر مجذور قد، برحسب متر (۱). سازمان بهداشت جهانی چاقی را به عنوان شاخص توده‌ی بدنی مساوی یا بیشتر از ۳۰ تعریف کرده است (۲).

چند دهه پیش، استونکارد و مک لارن-هیوم (۳) خاطرنشان نمود که، «بسیاری از افراد چاق نمی‌توانند دوره درمان را کامل کنند، آن دسته از افرادی که این دوره را به پایان می‌رسانند، اکثراً کاهش وزن تجربه نمی‌کنند، و افرادی که وزن خود را کاهش می‌دهند، به احتمال زیاد دوباره آن را بدست خواهد آورد. تحقیقات

ثابت کرده است که کاهش وزن از بقای وزن کاهش یافته آسان تر است؛ به عبارت دیگر مشکل این نیست که چربی‌های بدن را آب کرد؛ بلکه سؤال اساسی در اینجاست که چرا نگاه‌داشتن وزن کاهش یافته و چربی سوخته این قدر مشکل است (۴). جوامع مختلف میلیون‌ها دلار صرف ورزش، رژیم غذایی و رویکردهای درمانی مرتبط با کاهش وزن می‌کنند تا بتوانند به وضعیت ایده آل بدنی، هم از نظر بهداشتی و هم از نظر کاهش چربی بدن دست یابند، با وجود این باز هم میزان چاقی روز بروز افزون می‌گردد (۵). از دیدگاه بهداشت عمومی، گسترش مداخله‌های مؤثر بر درمان چاقی یک مسئله مهم به شمار می‌رود و گزینه‌های درمان جراحی، دارو درمانی و تغییر سبک زندگی برای درمان چاقی در سطحی گسترده استفاده می‌شود.

^۱ استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

^۲ استادیار دانشگاه پیام نور، گروه علمی روانشناسی، تهران ۴۶۹۷-۱۹۳۹۵-ج.ا. ایران (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی

چاقی رابطه‌ای قوی‌تر وجود دارد (۱۲، ۱۳، ۱۴). گرچه، در مورد رابطه بین این دو اختلال اطلاعات متناقضی وجود دارند، پژوهش‌های کمتری نیز در این مورد انجام شده است. به طور عمده این دو اختلال به صورت جداگانه و مجزای از همدیگر مورد بررسی و پژوهش قرار گرفته‌اند و محققان این دو زمینه با همدیگر تماس‌های کمتری داشته‌اند. بخشی از مشکل ارتباط بین افسردگی و چاقی به تمایل و عدم تمایل افراد چاق در پیدا کردن یک روش درمان مناسب بر می‌گردد (۱۳). بعضی از متغیرهای تعدیل‌کننده^۴ رابطه بین چاقی و افسردگی عبارتند از: شدت افسردگی (۱۵)، شدت چاقی، (۱۳)، جنسیت (۱۶)، وضعیت اقتصادی- اجتماعی (۱۷)، تراکشن‌های ژن- محیط (۱۳).

به مفهوم وسیع، شناخت درمانی مجموعه روش‌هایی است که با اصلاح اندیشه و تصورات باطل، پریشانی بیمار را تخفیف می‌دهد. اما تاکید بر اندیشه نباید اهمیت واکنش‌های عاطفی را که منبع فوری پریشانی هستند، نادیده بگیرد. برای فراهم آوردن زمینه‌هایی که بیمار بتواند ارزیابی واقع‌بینانه‌تری از خود و از دنیایش بدست آورد، روش‌های متعددی ابداع شده است. روش «ذهنی» شامل شناسایی سوء برداشت‌ها، آزمودن اعتبار آن‌ها، و جایگزین کردن مفاهیم واقع‌بینانه‌تر به جای آن‌ها است. اغلب اوقات نیاز به تغییر برداشت به میزان وسیعی ناشی از شناخت بیمار از این حقیقت است که قانون‌مندی‌های اندیشه و رفتار او، در نهایت اسباب اغفال و ناکامی او را فراهم ساخته‌اند (۱۸).

از آنجا که هدف تنها کاهش وزن نیست و بیشتر بررسی‌ها به ضعیف بودن دستاوردهای درمانی در درازمدت اشاره نموده‌اند لذا امید می‌رود که بتوان از طریق برنامه درمانی شناختی، و کاهش یا از بین بردن افسردگی، اطلاعات و ابزارهایی در اختیار بیماران قرار داده شود تا افراد چاق، رفتارهای بد کارکردی^۵ خود را که در وضعیت‌های روزمره نیاز دارند تغییر داده و به این هدف مهم نایل آیند (۱۹).

اهداف پژوهش

اهداف کلی

تعیین میزان اثربخشی رویکرد شناختی‌درمانی بر کاهش وزن دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور مرکز ارومیه.

اهداف جزئی

۱. بررسی میزان اثربخشی رویکرد درمانی شناختی بر کاهش وزن دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور.
۲. تعیین میزان اثربخشی رویکرد درمانی شناختی بر ابقای میزان وزن کاهش‌یافته و کمک به تداوم این کاهش حتی بعد از اتمام دوره درمان.
۳. تعیین میزان اثربخشی رویکرد درمان شناختی در کاهش افسردگی دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور.

فرضیه‌های پژوهشی

بررسی پیگیری‌های بعدی نشان داد که این نوع مداخله‌ها عموماً در کوتاه مدت موفق، اما در ابقای پایای کاهش‌های وزن ناموفق بودند (۲، ۱).

در چند دهه گذشته تحقیقات زیادی با استفاده از رویکردهای درمانی مختلف با هدف کاهش وزن در افرادی مبتلا به اضافه وزن و چاق ارائه شده است. تحقیقات مرتبط با بررسی نتایج این دسته از رویکردهای درمانی ثابت کرده است که آن دسته از رایج‌ترین روش‌های درمانی که از رژیم‌های خاص غذایی و آموزش‌هایی خاص تبعیت می‌کنند روش‌هایی نامناسب هستند. از این رو، محققان برای اینکه بتوانند تأثیرات درمانی را افزایش دهند به رویکردهای درمانی رفتاری روی آورده‌اند که این رویکرد در سطحی وسیع مورد استفاده و آزمایش قرار گرفته است. این برنامه‌های درمانی غالباً در مدت زمان طولانی انجام شده و از یک تا چند سال طول می‌کشند. هر چند بیمارانی که در این برنامه‌های درمانی طولانی مدت شرکت داشته‌اند کاهش وزن خود را تجربه نموده‌اند ولی لازم بود که مدام در برنامه درمانی شرکت داشته باشند، در غیر این صورت یک سال یا مدتی بعد از ترک برنامه درمانی اکثر بیماران ۶۰ الی ۷۰ درصد وزنی را که کاهش داده بودند دوباره بدست آوردند (۶، ۷). بدین منظور به رویکردهای جدید درمانی برای درمان چاقی روی آوردند و لذا رویکرد رفتار-درمانی شناختی^۱ به طور روزافزون مورد استفاده قرار می‌گیرد. با وجود این، در این روش نتایج پیگیری‌های بعد از درمان، ضعف آن را نشان می‌دهد. طوری که در عرض ۳-۵ سال بعد از درمان چاقی با رفتاردرمانی شناختی وزن فرد دوباره به حالت اولیه قبل از اقدام به درمان می‌رسد (۸).

شواهد موجود حاکی از آن است بیمارانی که به دنبال یافتن روش درمان بالینی برای چاقی خود هستند به نوعی مبتلا به اختلالات در خوردن هستند. و این اختلالات با بروز افسردگی و اختلالات شخصیتی مرتبط هستند (۹). نتایج بعضی از تحقیقات مرتبط نشان می‌دهد که در گروهی که از رویکردهای درمانی شناختی برای کاهش وزن استفاده شده بود در مقایسه با رویکردهای درمانی غیر شناختی، شناخت‌های انطباقی مرتبط با وزن بیشتری در دسترس بیماران قرار داده شد و لذا کاهش وزن نسبتاً بهتری از خود نشان دادند (۱۰).

عدم گرفتن نتایج مطلوب از روش‌های درمان چاقی شاید به این خاطر باشد که به طور عمده روی رفتار خوردن و عوامل روان‌شناختی بروز چنین رفتارهایی تمرکز می‌نمایند. فوریت^۲ و همکاران (۱۱)، استرس را به عنوان یکی از رایج‌ترین عوامل پرخوری دانستند و پیشنهاد دادند که لازم است به این بیماران در مورد مدیریت استرس و آرمیدگی^۳ اطلاعاتی داده شود.

چاقی و افسردگی اختلالات شایع هستند و نتایج تحقیقات نشان داده است که در افرادی که چاقی آن‌ها مفرط است بین افسردگی با

1 Cognitive-behavioral therapy (CBT)

2 Foreyt

3 relaxation

4 moderating variable

5 dysfunctional

فرم فارسی ۷۱ سؤالی پرسشنامه جند جنبه‌ای شخصیتی مینه‌سوتا استفاده شد (۲۰).

پرسشنامه‌ی افسردگی بک

پرسش‌نامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. به این ترتیب که ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی ای. تی. بک^۴، وارد مندلسون^۵، موک^۶ و ارباف^۷ معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این پرسش‌نامه که شامل ۲۱ سؤال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تاکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در ۵ تا ۱۰ دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمون‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند (۲۱).

شاخص توده بدنی^۸ برای اندازه‌گیری و تعیین چاقی و اضافه وزن برای اندازه‌گیری و تعیین میزان چاقی و اضافه وزن از نمایه توده بدنی استفاده می‌شود. نمایه توده بدنی، عددی است که نسبت وزن به قد افراد را نشان می‌دهد و برای تخمین زدن، وزن متناسب با قد فرد به کار می‌رود. وزن به کمک ترازوی پرتابل دیجیتالی با حساسیت ۱۰۰ گرم سنجیده شده و قد نیز به کمک یک متر نواری غیر قابل اتساع به دقت ۰/۵ اندازه‌گیری می‌شود. روش اندازه‌گیری این اندکس به صورت زیر می‌باشد (۲۲).

یافته‌ها

در این بخش آماره‌های توصیفی شامل فراوانی‌ها، درصدها، میانگین‌ها و انحراف استاندارد مربوط به ویژگی جمعیت شناختی، ارائه می‌گردد.

جدول (۴-۱): آماره‌های توصیفی سن در گروه کنترل و آزمایش

تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
15	26/1333	2/99682	22/00	30/00
15	24/6000	3/58170	20/00	30/00
30	25/3667	3/33718	20/00	30/00

نتایج جدول ۴-۱ نشان می‌دهد که میانگین سن، ۳۰ دختر دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور، که در این تحقیق مورد آزمون قرار گرفتند، $M = 25/3$ سال می‌باشد، که از

فرضیه یکم: رویکرد شناختی‌درمانی به کاهش وزن بدن در دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور منجر می‌شود.

فرضیه دوم: رویکرد شناختی‌درمانی به ابقای وزن کاهش یافته بدن در دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور بعد از اتمام دوره درمان می‌انجامد.

فرضیه سوم: رویکرد شناختی‌درمانی باعث کاهش افسردگی در دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور می‌شود.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق از نوع آزمایشی (تجربی) و طرح پژوهشی تحقیق از نوع طرح نیمه آزمایشی (نیمه تجربی) دو گروهی-انتساب غیرتصادفی با پیش-آزمون و پس-آزمون بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور مرکز ارومیه بودند که در نیمسال دوم ۹۰-۸۹ در مرکز مذکور ثبت نام کرده و مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب افراد نمونه از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی-در دسترس یا اتفاقی استفاده شد. از آنجا که مشخصه حضور در این پژوهش شاخص توده بدنی بود بدین معنی که شاخص توده بدنی مابین ۲۵ و ۳۰ به عنوان اضافه وزن و شاخص توده بدنی مساوی و بیشتر از ۳۰ چاق تلقی می‌شد. بنابراین ابتدا از افراد در صورت توافق و رضایت، تست شاخص توده بدنی گرفته شد و از بین این افراد کسانی که در محدوده‌ی چاق یا اضافه وزن تشخیص داده شدند، پرسشنامه‌ی چند جنبه‌ای مینه‌سوتا^۱ به عمل آمد؛ که از بین این افراد تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند، که سپس برای تعیین میزان شدت افسردگی بر آن‌ها تست افسردگی بک اجرا شد و این افراد منتخب در دو گروه آزمایش و گروه کنترل به صورت تصادفی تقسیم‌بندی شدند که به دنبال آن گروه آزمایشی، در یک دوره‌ی ۱۰ جلسه‌ای درمانی شناختی که هر جلسه به مدت یک و نیم ساعت برای کاهش افسردگی با هدف کاهش وزن بود، شرکت کردند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینه‌سوتا یک ابزار استاندارد برای فراخوانی دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌های خود توصیفی و نمره گذاری آن‌ها است که یک شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد و نگرش وی نسبت به شرکت در آزمون را بدست می‌دهد. این آزمون در سال ۱۹۴۳ توسط هائوی^۲ و مک‌کینلی^۳ در دانشگاه مینوسوتا آمریکا ساخته شد و یکی از ویژگی‌های آن داشتن چهار مقیاس روانی شامل K, F, L است (۲۰). این پرسشنامه مقیاسی به نام مقیاس افسردگی دارد که افسرده‌ها را از غیر افسرده‌ها جدا می‌سازد. در این پژوهش از

4 A. T. Beck

5 Ward Mendelson

6 Mock

7 Erbaugh

8 BMI

1 MMPI

2 Hathaway

3 Mac kinley

حداقل ۲۰ سال تا حداکثر ۳۰ سال متغیر می‌باشد. همچنین نتایج حاکی از آن است که، میانگین سن دانشجویانی که در گروه آزمایش قرار گرفتند ۲۴/۶ سال و دانشجویانی که در گروه کنترل قرار گرفته‌اند ۲۶/۱ سال می‌باشد.

آزمون فرضیات
فرضیه یکم: رویکرد شناختی‌درمانی به کاهش وزن در دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور منجر می‌شود.

جدول شماره (۲-۴): نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در مقادیر شاخص توده بدنی (BMI)

مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	ضریب F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
20/212	1	20/212	4/286	0/048	0/537	0/715
96/312	1	96/312	20/421	0/000	0/431	0/992
127/339	27	4/716				

جدول شماره (۳-۴): میانگین و خطای استاندارد مقادیر شاخص توده بدنی (BMI) در دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمره‌های پیش آزمون

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	سطح اطمینان ۹۵٪
کنترل	28/548	۰/570	حد پایین 27/379 حد بالا 29/717
آزمایش	26/854	۰/570	25/685 28/023

نتایج تحلیل کوواریانس انجام شده بر روی مقادیر شاخص توده بدنی (BMI)، در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۲-۴ ارائه شده است. در این تحلیل نمره‌های پیش‌آزمون، تحت کنترل آماری قرار گرفته است. یعنی اثر نمره‌های پیش‌آزمون از روی مقادیر شاخص توده بدنی برداشته شده و سپس دو گروه بر اساس واریانس باقیمانده مقایسه می‌شوند. همان‌طور که نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد، بین مقادیر شاخص توده بدنی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دیده می‌شود (F=4/28, p<0/01). مجذور اتا ۰/۵۳۷ است، یعنی حدود ۵۴ درصد از واریانس مقادیر BMI مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری برابر ۰/۷۱۵ است، یعنی دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار ۷۱ درصد می‌باشد.

مطابق با جدول ۳-۴ میانگین و خطای استاندارد مقادیر BMI در دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، برای گروه آزمایش ۲۶/۸۵ و برای گروه کنترل ۲۸/۵۴ می‌باشد، که تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند (F=4/28, p<0/01). به عبارتی رویکرد درمانی شناختی بر کاهش BMI دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده موثر بوده است.

فرضیه دوم: رویکرد شناختی‌درمانی به ابقای وزن کاهش یافته در دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور، بعد از اتمام دوره درمان می‌انجامد.

جدول شماره (۴-۴): میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی (BMI) در پس آزمون و ۴ ماه بعد از پس آزمون

گروه	زمان	میانگین	تعداد	انحراف معیار
آزمایش	پس آزمون	26/40	15	3/541
	۴ ماه بعد از پس آزمون	26/20	15	3/447

جدول شماره (۴-۵): آزمون t وابسته جهت بررسی ابقای وزن کاهش یافته بدن در اثر رویکرد شناختی-درمانی در گروه آزمایش

سطح معنی داری	درجه آزادی	مقدار t	انحراف معیار	میانگین اختلاف	پس آزمون - ۴ ماه بعد از پس آزمون
۰/۰۸۲	۱۴	۱/۸۷۱	۰/۴۱۴۰۴	۰/۲۰۰	

باعث ابقای وزن کاهش یافته بدن در دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده گردیده است.

فرضیه سوم: رویکرد شناختی-درمانی باعث کاهش افسردگی در دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور می‌شود.

در گروه آزمایش میانگین شاخص توده بدنی در پس آزمون ۲۶/۴ و در ۴ ماه بعد از پس آزمون ۲۶/۲ می‌باشد. که آزمون t وابسته اختلاف معنی داری را در میانگین شاخص توده بدنی در این دو زمان در گروه آزمایش نشان نمی‌دهد، به عبارتی رویکرد شناختی-درمانی

جدول شماره (۴-۶): نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل در شدت افسردگی (یک)

توان آماری	مجذور اتا	سطح معنی داری	ضریب F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	گروه‌ها
۱/۰۰۰	۰/۸۹۵	۰/۰۰۰	۲۳۰/۳۲۵	۵۸۲/۲۶۳	۱	۵۸۲/۲۶۳	گروه‌ها
۱/۰۰۰	۰/۷۴۵	۰/۰۰۰	۷۸/۹۰۷	۱۹۹/۴۷۷	۱	۱۹۹/۴۷۷	پیش آزمون
				۲/۵۲۸	۲۷	۶۸/۲۵۶	خطا

جدول شماره (۴-۷): میانگین و خطای استاندارد شدت افسردگی (یک) در دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل نمره‌های پیش آزمون

سطح اطمینان ۹۵٪		انحراف استاندارد	میانگین	گروه
حد بالا	حد پایین			
۲۷/۰۱۵	۲۵/۳۳۰	۰/۴۱۱	۲۶/۱۷۲	کنترل
۱۸/۲۰۳	۱۶/۵۱۹	۰/۴۱۱	۱۷/۳۶۱	آزمایش

مطابق با جدول ۴-۷ میانگین و خطای استاندارد مقادیر افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، برای گروه آزمایش ۱۷/۶۴ و برای گروه کنترل ۲۵/۸۸ می‌باشد که تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند ($F=230/32, p<0/01$). به عبارتی، رویکرد شناختی-درمانی بر کاهش افسردگی دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده موثر بوده است.

یافته‌های جانبی تحقیق میزان کاهش وزن بدن در دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده‌ی دانشگاه پیام نور، در اثر رویکرد شناختی-درمانی بر اساس سن متفاوت است.

نتایج تحلیل کوواریانس انجام شده بر روی شدت افسردگی در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۴-۶ ارائه شده است. در این تحلیل نمره‌های پیش‌آزمون تحت کنترل آماری قرار گرفته است. یعنی اثر نمره‌های پیش‌آزمون از روی مقادیر افسردگی برداشته شده و سپس دو گروه بر اساس واریانس باقیمانده مقایسه می‌شوند. همان‌طور که نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد بین مقادیر افسردگی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دیده می‌شود ($F=230/32, p<0/01$). مجذور اتا ۰/۸۹ است، یعنی ۸۹ درصد از واریانس مقادیر افسردگی مربوط به عضویت گروهی است. توان آماری برابر یک است، یعنی دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار ۱۰۰ درصد می‌باشد.

جدول شماره (۴-۸): میانگین کاهش وزن بدن در اثر رویکرد شناختی‌درمانی بر اساس سن دانشجویان

انحراف استاندارد	میانگین کاهش وزن بدن	تعداد	گروه سنی
1/01392	3/4200	8	<25
•/51445	2/8043	7	>25

BMI₁-BMI₂**جدول شماره (۴-۹): آزمون تست جهت مقایسه میزان کاهش وزن بدن بر اساس سن دانشجویان**

مقدار	درجه آزادی	سطح معنی داری	تفاوت میانگین
کاهش وزن بدن	13	0/042	-0/61571
-2/447			

افکار اتوماتیک خود را نشان می‌دهد، بر هیجان، رفتار و پاسخ فیزیولوژیکی متعاقب آن تأثیر می‌گذارد، در نتیجه افراد می‌توانند از هیجان‌های منفی‌شان به عنوان سرخشی برای جست‌وجو و شناسایی ارزیابی افکارش استفاده کنند و با بررسی انتقادی این افکار و تصحیح اشتباهات فکری خود، غالباً احساس بهتری پیدا کند. در راستای نظریات فوق می‌توان نتیجه گرفت که شناختی‌درمانی از طریق کنترل هیجان‌های ناخوشایند، مانع از پرخوری هیجانی و چاقی می‌شود، که با نتایج پژوهش حاضر نیز هم‌خوانی دارد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که شناختی‌درمانی منجر به کاهش افسردگی در دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده شده است. بنا به نظر بک (۱۸)، نخستین اصل شناختی‌درمانی، در این است که حال انسان، نتیجه‌ی شناخت‌ها و تفکر اوست. همه چیز بستگی به این دارد که فرد حوادث را چگونه تفسیر کند و از سایرین و از اشیاء چه توجیهی دارد. برداشته‌ها و طرز تلقی‌های روانی و باورها تعیین‌کننده هستند. توجه به اندیشه‌های اتوماتیک، اندیشه‌های منفی و نسنجیده و خطاهای شناختی در شناختی‌درمانی از اهمیت خاصی برخوردار است. بر اساس نظر ساراسون و ساراسون (۳۳)، درمان شناختی بک در مورد رفتارهای غیرانطباقی گوناگون به کار رفته است، اما به کار با افراد افسرده اختصاص یافته است. در این کار بر عقاید و افکار غیرمنطقی تأکید می‌شود که به احساسات منفی و افکار خودکشی مربوط بوده و از طرفی نقش و واکنش‌های عاطفی مستمر را پایه می‌گذارند. بنابر نظر سادوک و سادوک (۱)، شناختی‌درمانی بر دگرگونی‌های شناختی که فرض می‌شود در شکل‌گیری اختلال افسردگی نقش داشته باشد، متمرکز است. هدف شناختی‌درمانی رفع دوره‌های افسردگی و پیشگیری از عود آن‌ها از طریق شناسایی شناخت‌های منفی، ایجاد روش‌های اندیشیدن متفاوت، انعطاف‌پذیر و مثبت و تمرین پاسخ‌های شناختی و رفتاری است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افکار غیرمنطقی، رفتارهای غیرمنطقی را به وجود می‌آورند و این‌گونه افکار، معمولاً از

میانگین کاهش وزن بدن در دانشجویان کمتر از ۲۵ سال سن برابر با ۳/۴ و در دانشجویان بیشتر از ۲۵ سال سن ۲/۸ است که مطابق با آزمون‌تی تست اختلاف معنی داری در این دو گروه سنی دیده می‌شود. به عبارتی اثر رویکرد شناختی‌درمانی بر کاهش وزن بدن در دختران دانشجوی کمتر از ۲۵ سال تأثیر بیشتری از دانشجویان بالای ۲۵ سال سن داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، که شناختی‌درمانی بر کاهش وزن دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه وزن افسرده اثربخش می‌باشد و حتی چهار ماه پس از اتمام دوره‌ی شناختی‌درمانی نیز، به ابقای وزن کاهش یافته منجر می‌شود. این یافته‌ها مؤید نظریاتی هستند که معتقدند شناختی‌درمانی بر کاهش وزن و ابقای آن مؤثر بوده است. برای مثال کالدونر و دولوسیا (۲۸) و آاتا و همکاران (۲۹)، ستاره و هولسترم (۱۹)، وریج و همکاران (۳۱)، صادقی و همکاران (۲)، موسویان و همکاران (۳۲) اثربخشی شناختی‌درمانی بر کاهش وزن را مورد تأیید قرار دادند و نتایج تحقیق نشان داد که فنون شناختی‌درمانی در کاهش نگرانی درباره‌ی اندام، وزن و هم‌چنین در مورد خودپرهیزی (خودداری) و پرخوری به طور مؤثری عمل کرده است و نتایج حاصل از این مداخله حتی در شش ماه متعاقب نیز ادامه پیدا کرده‌اند. از سوی دیگر، در مطالعه‌ی همسو با پژوهش حاضر، بایر و همکاران (۳۰) در تبیین روان‌شناختی چاقی از خوردن هیجانی یاد کردند، این که گاهی افراد برای اجتناب از هیجانات ناخوشایند خود و یا در صورت شکست در دستیابی به کمال طلبی‌های بلندپروازانه به پرخوری روی می‌آورند. سادوک و سادوک (۱)، نیز معتقدند افراد چاق یا دارای اضافه‌وزن وقتی تحت تأثیر استرس یا حالت‌های هیجانی نظیر افسردگی یا اضطراب قرار می‌گیرند، با پرخوری کردن به این روال واکنش نشان می‌دهند. بنا بر نظر جودیت بک (۲۴)، بر اساس الگوی شناختی، تعبیر از یک موقعیت (و نه خود موقعیت) غالباً به وسیله‌ی

جمشیدی (۴۲)، زحمتکش و زمانی (۴۳)، نوایی فر و همکاران (۴۴) و فورنبرو همکاران (۴۵) اشاره داشت که در طی پژوهش‌هایشان اثربخشی شناختی درمانی بر کاهش افسردگی را مورد تأیید قرار دادند و در نتایج تحقیقات خویش گزارش کردند که مهارت‌های غلبه‌ای شناختی درمانی (به عنوان مثال تصحیح افکار ناکارآمد) و کاربرد مختارانه از اصول شناختی، نقش مهمی را در کاهش افسردگی بیماران داشته و از بازگشت یا عود افسردگی جلوگیری می‌کند که نتایج تحقیقات فوق جملگی مؤیدی بر اثربخشی شناختی درمانی بر کاهش افسردگی می‌باشند.

از طرفی در تأیید یافته‌های پژوهشی، می‌توان گفت که شناختی درمانی بر کاهش افسردگی و به تبع و در راستای آن بر کاهش وزن دختران دانشجوی چاق یا دارای اضافه‌وزن افسرده مؤثر بوده است. با نظر بر این امر که رابطه‌ی متقابل و دو سویه‌ی بین چاقی، اضافه‌وزن و افسردگی طی نتایج تحقیقات متعدد از جمله، جفری و وینگ (۴۶)، نیدهم و کروسنو (۱۵)، ریچاردسون و همکاران (۴۷)، گل‌پرور و همکاران (۴۸)، کامرون و همکاران (۴۹)، سادوک و سادوک (۱)، دی‌وایت و همکاران (۱۶) و گوین و همکاران (۵۰) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. هر چند در پژوهش‌های قبلی مانند دیکسون و همکاران (۱۳)، ابتدا با کنترل وزن به تبع آن نیز میزان افسردگی کاهش یافته بود ولی در پژوهش حاضر با کاهش افسردگی که مطابق با رویکرد شناختی درمانی می‌باشد، وزن گروه آزمایشی مورد مطالعه کاهش یافته است. یافته‌های پژوهش حاضر، نتایج مطالعات کالودنر و همکاران (۲۸)، ستاره و هولسترم (۱۹)، وریج و همکاران (۳۱) و سیمون و همکاران (۵۱) را تأیید می‌کند.

خطاهای انتسابی اساسی سرچشمه می‌گیرند که افراد در مورد خودشان وضع می‌کنند و می‌توان با فراهم ساختن یک چهارچوب تربیتی در مقابل افسردگی مقاومت کرد. در این دوره‌ی آموزشی، افراد گروه آزمایشی یاد می‌گیرند که افکار خودآیند، عادت‌ها، نشخوارهای ذهنی، افکار و احساسات منفی خود را چگونه تغییر جهت دهند، نسبت به آن‌ها آگاه شوند و در چشم‌انداز وسیع‌تری افکار و احساسات خود را ببینند و راه‌های تغییر در آن را تجربه نمایند. این یافته مؤید نظری‌اتی است که معتقدند شناختی درمانی موجب کاهش افسردگی مؤثر است. برای مثال مهریار (۳۴) معتقد است که در این روش بیمار تشویق می‌شود که رابطه‌ی بین افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌ای که به آزمایش گذاشته می‌شود، تلقی کند و از رفتارهایی که حاصل افکار خودآیند منفی است به عنوان محکی جهت ارزیابی اعتبار یا درستی افکار استفاده کند. از طرفی نتایج تحقیقات تقوایی و حمیدی (۳۶)، بوکتینگ و همکاران (۳۷) و هالون و همکاران (۳۸) نشان داد که شناختی درمانی ضمن این که بر کاهش افسردگی مؤثر بوده، مانع از عود تمام عیار افسردگی نیز شده است که تحقیقات فوق با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد. مداخلات شناختی به تنهایی، منجر به دور نگه داشتن افکار معیوب شده و مانع از فعال‌سازی الگوهای تفکر افسرده‌کننده توسط خلق‌وخوی غمگین می‌شود. در تأیید یافته‌های حاضر، آقای و همکاران (۳۹)، در طی یک مطالعه شبه تجربی نشان دادند که شناختی درمانی در کاهش افسردگی در مقایسه با دارودرمانی و رفتار درمانی مؤثرتر بوده است. از سایر پژوهش‌های همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به تحقیقات ستورنک و همکاران (۴۰)، سلگی و همکاران (۴۱)، طاهری و

References:

- Sadok B, Sadok V. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. New York, NY: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- Sadeghi Kh, Gharraee B, Fata L, Mazhari SZ. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2010; 16(2): 107-17.
- Stunkard A, McLaren-Hume M. The results of treatment for obesity. Ama Arch Intern Med 1959; 103(1): 79- 85.
- Cooper Z, Fairburn CG. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up. Behav Res Ther 2010; 48: 706-13.
- Koenen-Woods PJ. Obesity, depression and eating disorder symptomatology: a complex relationship. (Dissertation). University of Argosy; 2008.
- Liao KL. Cognitive-behavioral approaches and weight management: an overview. J R Soc Promot Health 2000; 120: 27-30.
- Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity. Behav Res Ther 2001;39: 499-511.
- Perri MG, Fuller PR. Success and failure in the treatment of obesity: where do we go from here? , Med Exerc Nutr Health 1995;4: 255-72.
- Vendetti EM, Wing RR, Jakicic JJ, Butler BA, Marcus MD. Weight cycling, psychological health, and binge eating in obese women. J Consult Clin Psychol 1996; 64: 400-5.

10. Cynthia RK, Janice L D. The individual combined of cognitive therapy and nutrition education as additions to behavior modification program foe weight loss. *Addict Behav* 1991; 16(5): 255-63.
11. Foreyt JP, Goodrick GK. Attributes of successful approaches to weight loss and control. *Appl Prev Psychol* 1994; 3: 209-15.
12. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? *Am J Epidemiol* 2003; 158(12): :1139-47.
13. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Depression in association with severe obesity: changes with weight loss. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2058-65.
14. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and Obesity. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 330-7.
15. Needham B, Crosnoe R. Overweight status and depressive symptoms during adolescence. *J Adoles Health* 2005; 36: 315-24.
16. De Wit L, Luppino F, Straten AV, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: a meta analysis of community- based studies. *Psychiatry Res* 2010; 178(2): 230-5.
17. Abtahi M, Jazayeri A, Oshraghian M, Dorosti Motlagh A, Sadrzadeh Yeganeh H, et al. Comparison of overweight and obesity in adolescent girls in the north and south of Tehran. *Payesh J* 2009 ;(8): 113-22. (Persian)
18. Beck A. *Cognitive therapy*. Tehran: Dorsa; 2009. (Persian)
19. Stahre L, Hallstrom T. A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment: a randomized controlled trial. *Eat Weight Disord* 2005; 10: 51-8.
20. Anastazy A. *Mental examination*. Tehran: Tehran University Press; 2008. (Persian)
21. Azkhosh M. *The use of psychological tests and clinical diagnosis*. Tehran: Ravan; 2008.
22. Kimiyagar M. Obesity. *Res Clin J* 2005; 29(2): 109-10. . (Persian)
23. Burns D, *The feeling good*. Tehran: Asim; 2004. . (Persian)
24. Beck J, *Cognitive Therapy: basic and beyond*. Esfahan: Gholhaye Mohammadi; 2001. (Persian)
25. Ellis A, Abrames M, Dengelegi L. *Rational eating*. Tehran: Rasa; 2006. (Persian)
26. Cooper Z, Fairburn GC, Hawker D, *Cognitive-behavioral treatment of obesity*. Tehran: Pygan; 2010. (Persian)
27. Leahy R, *Cognitive therapy techniques*. Tehran: Arjomand; 2009. (Persian)
28. Kalodner C R, Delucia JL. The individual combined of cognitive therapy and nutrition education as additions to behavior modification program foe weight loss. *Addict Behav* 1991; 16: 255-63.
29. Nauta H, Hospers HJ, Jonsen A. Cognitions in obese binge eaters and obese non-binge eaters, *Cogn Ther Res* 2000,24(5): 521-31.
30. Baer RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cogn Behav Pract* 2005; 12, 351-8.
31. Werrij MQ, Jansen A, Mulkens S, Elgersma HJ, Ament JHA, Hospers HJ. Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *J Psychosomat Res* 2009;67: 315-24.
32. Mosavian N, Moradi A, Mirzayi J, Shidfar F, Mahmodi Kahriz B, Taheri F. Cognitive therapy is based on the effectiveness of mind awareness on reducing obesity. *Andishe va Rafta* 2010;(4)16: 49-58. (Persian)
33. Sarason A, Sarason B, *Morbid Psychology*. Tehran: Roshd; 2004. (Persian)
34. Mehryar A. *Depression: perceptions and cognitive therapy*. Tehran: Roshd; 1994. (Persian)
35. Narimani M. Comparative efficacy of cognitive behavioral therapy and behavioral treatment methods based on Levinson's model and its interaction with controls in place to reduce depression. *J Psychol* 2000;(4)2: 142-8. (Persian)

36. Taghvai Z, Hamidi M. The effect of group cognitive therapy on depression in elderly women. *J New Res Consult* 2004;(3)12: 10. (Persian)
37. Bockting CLh, Claudi LH, Schene AH, Spinhoven P, Koeter M W J, Wouters LF et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(4): 647-57.
38. Hollon SD, Reivich K, Gillham JE, Chaplin TM, Seligman M EP. Does cognitive therapy have an enduring effect?, *Behav Sci Cogn Ther Res* 2005; 27: 71-5.
39. Aghayi A, Rafieeyan Esfahani M, Nikyar H, Mehdizadegan I. Comparison of three methods of medication, cognitive therapy and behavioral therapy in reducing depression, *J Knowledge Res Psychol* 2006; (29):10. (Persian)
40. Strunk DR, Derubeis R J, Chiu AW, Alvarez J. Patient's competence in and performance of cognitive therapy skills: relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75: 523-30.
41. Salgi Z, Hashrmian K, Saedipor B. The effect of group cognitive therapy in reducing depression In male patients with HIV. *J Psychol Stud Fac Educ Psychol Alzahra Univ* 2007;(3):4. (Persian)
42. Taheri A, Jamshidifar Z. Effectiveness of group cognitive therapy on reducing depression symptoms, *J Appl Psychol* 2007;(1):3. (Persian)
43. Zahmatkesh V, Zamani R. Positive and negative automatic thoughts associated with depression. *J Psychol Educ Sci* 2007;(37):3. (Persian)
44. Navabifar F, Aghayi A, Omranifard V, Afshar Zanjani H, Moeeni P. Comparative efficacy of cognitive therapy, rational manner, emotional, behavioral, and homeopathy on depression in women. *J Thought Behav* 2008; (37)10:41-64. (Persian)
45. Fournier JC, Derubeis RJ, Shelton RC, Hollon SD, Amsterdam JD, Robert G. Prediction for response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77: 775-87.
46. Jeffery RW, Wing RR. Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *J Consult Clin Psychol* 1999; (1)67: 132-8.
47. Richardson LP, Garrison MM, Drangsholt M, Mancl L, Leresch L. Association between depressive symptoms and obesity during puberty. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 313-20.
48. Golparvar M, Kamkar M, Riamanchian S. The relationship of overweight with self-confidence, depression, lifestyle and body image in women representing their weight loss centers. *J Knowledge Res Psychol* 2007;(32): 121-44. (Persian)
49. Cameron TA. The Relationship between obesity, depression, and age in a university sample. (Dissertation). University of Argosy; 2009.
50. Gavin AR, Simon GE, Ludmanthe EJ. Association between obesity, depression, and educational attainment in women: the mediating role of body image dissatisfaction. *J Psychosomat Res* 2010; 69(6): 573-81.
51. Simone GE, Rohde P, Ludman EG, Jeffery RW, Linde J, Operskalski BH, et al. Association between change in depression and change in weight among women enrolled in weight loss treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32: 583-9.
52. Azizi F, Saadat N, Salehi P, Emami H. Relationship between glucose intolerance with blood pressure, body mass index and waist to hip ratio indicators in population of Tehran city (Tehran Lipid Glucose Study). *Iran J Endocrinol Met* 2001;3 (4): 247-56. (Persian)
53. Seyyed Amini B, Moradi A, Malek A, Ebrahimi Mamaghani M. Correlation of obesity and overweight in girls' primary schools with less attention. *J Gorgan Univ Med Sci* 2009;(11)1: 39-42. (Persian)

54. Keshavarz M, Shareati M, Babaee Gh. Pregnancy complications associated with obesity in Shahrood. . J

Gorgan Univ Med Sci 2008;(15):33. (Persian)