

مقایسه اثربخشی آموزش گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری در کاهش وسوسه خوردن در افراد مبتلا به پرخوری هیجانی و دارای اضافه وزن

مارال طوافی^۱، محمد حاتمی^{۲*}، حسن احدی^۳، سارا صرافی‌زاده^۴

۱-دانشجوی دکتری سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران. ۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. نویسنده مسئول. ۳- استاد، گروه روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران. ۴- استادیار، عضو هیئت علمی گروه علوم تغذیه، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله پژوهشی</p>	<p>مقدمه: اختلال پرخوری یکی از رایج‌ترین اختلال‌های روانی در افراد چاق و دارای اضافه وزن است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری در کاهش وسوسه خوردن در افراد مبتلا به پرخوری هیجانی و دارای اضافه وزن است.</p> <p>روش کار: پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌تجربی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل در انتظار درمان بود. جامعه آماری شامل ۶۰ نفر از افراد مبتلا به اضافه وزن بود که به صورت نمونه در دسترس از میان بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منطقه ۱ شهر تهران انتخاب و در سه گروه ۲۰ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل در انتظار درمان) قرار گرفتند. در این پژوهش از فهرست واری اختلال‌های خوردن و مقیاس وسوسه خوردن گولماری و همکاران (BES) استفاده شد. هر دو گروه آزمایش تحت درمان ۸ جلسه‌ای هفته‌ای یک بار قرار گرفتند ولی گروه کنترل در انتظار درمان، درمان خاصی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.</p> <p>یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد که روش تنظیم هیجانی و درمان شناختی - رفتاری در وسوسه خوردن ($P < 0/001$) موثرند ولی بین دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد.</p> <p>نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد آموزش گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری می‌تواند در کاهش وسوسه خوردن در افراد مبتلا به پرخوری هیجانی و دارای اضافه وزن مؤثر باشند. بنابراین آموزش گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری به عنوان درمان‌های مکمل در کنار درمان‌های دارویی در این بیماران، جهت بهبود علائم روان‌شناختی، پیشنهاد می‌گردد.</p>
<p>تاریخچه مقاله دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۱۰ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۱۲</p>	
<p>کلید واژگان آموزش گروهی نظم‌جویی، اضافه وزن، پرخوری، درمان شناختی - رفتاری، وسوسه خوردن</p>	
<p>نویسنده مسئول Email: hatami513@gmail.com</p>	

سایر جنبه‌های اجتماعی و سلامتی، روی تغذیه افراد تاثیر بگذارد. بسیاری از افراد در مواجهه با مشکلات عصبی در شرایط استرس‌زا دچار کم‌خوری و پرخوری شده و شاهد افزایش و کاهش چشمگیر وزن در مدت کوتاهی خواهند بود. هم‌چنین بیماری‌هایی چون پرخوری و کم‌خوری عصبی نیز ریشه در اختلالات رفتاری و روان‌شناختی دارند. افراد چاق دچار آسیب‌شناسی روانی وسیع و آن‌هایی که در جریان یک بحران زندگی قرار دارند، اگر هم اقدام به کاهش وزن می‌کنند باید با مراقبت و سرپرستی دقیق باشد (۲).

اختلال پرخوری عصبی^۳ به میل غیرطبیعی افراد برای غذا خوردن در مدت زمان کوتاه گفته می‌شود. این افراد دست کم

مقدمه

طبق جدیدترین آمارها، یک سوم جمعیت کشور معادل ۲۵ میلیون نفر دارای اضافه وزن و یا چاقی^۱ هستند که از این تعداد ۴۳ درصد را مردان و ۵۷ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. ۸ میلیون نفر از ۲۵ میلیون نفر مبتلا به چاقی یا اضافه وزن مبتلا به اضافه وزن هستند. آمار مبتلایان به چاقی یا اضافه وزن در شهرهای مختلف کشور با یکدیگر متفاوت است به گونه‌ای که در تهران این آمار در جمعیت مردان به ۶۰ درصد و در جمعیت زنان به ۷۰ درصد می‌رسد و بهترین شیوه درمانی در اضافه وزن و چاقی، درمانی است که به طور هم‌زمان شامل اصلاح در رژیم غذایی، تغییر در فعالیت بدنی و رفتار درمانی باشد (۱). همچنین افسردگی^۲، بیماری‌های روان‌شناختی و حتی تغییرات کوچک در خلق و خوی روزانه می‌تواند علاوه بر

1-Obesity
2-Depression
3-Anorexia nervosa

دو بار در هفته وعده‌های غذایی سنگین و پر کالری مصرف می‌کنند و برای رفع تنش ناشی از احساس گناه چاقی و ابتلا به اضافه وزن به روش‌های پاک‌سازی مانند استفراغ مواد غذایی یا انجام ورزش‌های سنگین متوسل می‌شوند. افراد مبتلا به پرخوری عصبی قادر به کنترل امیال و تکانه‌های وسوسه‌آمیز خود در مقابل صرف غذا نیستند. یک فرد پرخور می‌تواند در کمتر از نیم ساعت، وعده غذای حاوی ۳۴۰۰ کالری را تمام کند و کالری مصرفی بسیاری از آن‌ها در طول ۸ ساعت از شبانه‌روز به ۲۰ هزار کالری هم می‌رسد (۲). یکی از مشکلاتی که باعث مصرف بی‌رویه مواد غذایی و در نتیجه ایجاد چاقی در بیماران می‌شود، وسوسه مصرف مواد غذایی می‌باشد. وسوسه مصرف مواد غذایی به تمایل شدید برای خوردن غذا اشاره دارد که برای بیمار قابل کنترل و مهار کردن نمی‌باشد. پژوهش‌های مختلفی رابطه بین وسوسه مصرف مواد غذایی و سلامت روان با چاقی و اضافه وزن را نشان داده‌اند (۳).

رویکرد شناختی - رفتاری^۱ یکی از مداخلاتی است که بیشترین پژوهش در مورد اختلالات خوردن را به خود اختصاص داده است (۴). مدل‌های شناختی پیشنهاد می‌کنند که دو الگوی مورد قابل توجه در بیماران دارای اختلال خوردن (اجتناب و فرایندهای جبرانی) ممکن است به حفظ رفتارهای مربوط به پرخوری روانی کمک کند. در این مدل نقش تجارب زود هنگام منفی و آسیب‌زا گنجانده شده است، که شامل تجارب منفی زود هنگام در خانواده است که فرض شده گسترش باورهای درونی ناسالم را تقویت می‌کند (۵). ویلسون و همکاران (۶) پیشنهاد می‌کنند درمان شناختی - رفتاری برای بیماران پراشتهای روانی امیدوارکننده است. این رویکرد تغییرات قابل توجه در رفتار خوردن، پاک‌سازی و نگرش‌های غیرطبیعی در مورد شکل بدن و وزن نشان داده است و نسبت به سایر درمان‌ها موثرتر است. اما در درازمدت نیاز به پیگیری دارد. در مدل اولیه شناختی - رفتاری، بر نقش نگرش فرد در مورد اندام و وزنش تاکید می‌شد و نگرش فرد در آسیب‌شناسی او نقش مهمی ایفا می‌کرد. بر اساس این دیدگاه، تمرکز درمان بر اصلاح افکار مربوط به اندام، وزن و کنترل آنها استوار می‌باشد. بنابراین برای درمان اختلالات خوردن بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر رفتار تمرکز می‌شود. در این درمان، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا تحریفات شناختی^۲ خود را شناسایی نموده و شیوه‌های تفکری مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تری را جایگزین آنها نماید (۴). در مدل درمان شناختی - رفتاری اختلال پرخوری، پرخوری بخشی از یک سیکل معیوب مؤلفه‌های رفتاری و روان‌شناختی مرتبط به هم می‌باشد و مهم‌ترین هدف شکستن سیکل معیوب پرخوری است. همچنین در این شیوه درمانی الگوهای آشفته خوردن تغییر یافته و اصلاح می‌شود (۵). شناسایی و تغییر اهداف غیرواقع‌بینانه مرتبط با وزن و خوردن،

آموزش راهبردهای پیشگیری از عود، از دیگر اهداف درمانی محسوب می‌شود. این برنامه درمانی جنبه روان - آموزشی^۳ دارد که به بیمار کمک می‌کند دلایل و معانی پشت برخی از رفتارهایش را متوجه شود (۷). قبادزاده و همکاران (۴) در پژوهش خود به اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال خوردن اشاره داشته‌اند. همچنین شیب اصل و علینقی‌لو (۸) در پژوهشی، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر علائم روان‌شناختی اختلال‌های خوردن را نشان دادند.

از طرف دیگر نظم‌جویی هیجان^۴ شامل همه راهبردهای هشیارانه و ناهشیارانه ای است که افراد برای افزایش، حفظ یا کاهش مؤلفه‌های تجربی (احساس ذهنی مرتبط با هیجان)، رفتاری (پاسخ‌های رفتاری) و فیزیولوژیکی (پاسخ‌های از قبیل ضربان قلب و تنفس) یک پاسخ هیجانی استفاده می‌کنند (۹). فرض بر این است که افراد مبتلا به اختلال پرخوری، به منظور مدیریت حالت‌های هیجانی نامطلوب پرخوری می‌کنند، حالت‌های هیجانی که به خاطر مشکلاتی در فهم و برخورد با آن هیجان‌ها، به طور غیرقابل کنترل تجربه می‌شوند (۱۰). آموزش نظم‌جویی هیجان ضمن آگاهی در مورد هیجان و نحوه استفاده صحیح از راهبردهای نظم‌جویی هیجان سازش یافته به افراد کمک می‌کند که چگونه هیجان‌های سازش‌نا یافته خود را مدیریت کنند. در واقع آموزش نظم‌جویی هیجانی با تاکید بر اصلاح راهبردهای ناسازگارانه و هیجان‌های منفی که از موقعیت‌های مختلف ایجاد می‌شود، زمینه را برای کاهش مستقیم و غیرمستقیم وسوسه مصرف غذا را از طریق مدیریت کارآمد هیجان‌ها فراهم می‌کند (۱۱). بیدلوسکی و همکاران (۱۲) در پژوهشی تاثیر آموزش نظم‌جویی هیجانی در کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال خوردن اشاره داشتند. همچنین ورمقانی و پورشریفی (۱۳) در پژوهشی تاثیر آموزش مهارت نظم‌بخشی هیجانی بر کاهش وسوسه خوردن افراد مبتلا به پرخوری هیجانی را نشان دادند.

چاقی و اضافه وزن هزینه‌های زیادی برای افراد و جامعه دارد. هزینه مستقیم شامل هزینه مشاوره، پذیرش بیمارستان و درمان‌های دارویی ناشی از چاقی می‌شود و هزینه غیرمستقیم که توسط شخص و جامعه پرداخت می‌شود شامل کاهش بهره‌وری شغلی و کاهش بهره‌مندی از زندگی کردن است که به چاقی مربوط می‌شود. همچنین تخمین زده شده که چاقی ۱۷ درصد از هزینه سلامت را به خود اختصاص می‌دهد (۱۴). با توجه به شیوع فراوان، خطرات ذکر شده و هزینه‌های روزافزون چاقی، درمان آن باید مورد توجه متخصصین قرار بگیرد. بنابراین این پژوهش به دنبال بررسی این سوال است که آیا بین اثربخشی

1-Cognitive – Behavior Therapy-CBT
2-Cognitive Distortions
3-Psychoeducation
4-Emotion regulation

آموزش گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری در کاهش وسوسه خوردن در افراد مبتلا به پرخوری هیجانی و دارای اضافه وزن تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌تجربی همراه با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل در انتظار درمان است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد مبتلا به اضافه وزن که در سال ۱۳۹۶ به مراکز بهداشتی منطقه ۱ شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. حجم نمونه در این پژوهش با استفاده از جدول کوهن بر اساس اندازه اثر ۰/۰۵/۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۹ به روش هدفمند ۶۰ نفر برآورد شد که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (گروه اول آزمایش دریافت‌کننده درمان شناختی - رفتاری و گروه دوم آزمایش دریافت‌کننده آموزش گروهی نظم‌جویی هیجان) و کنترل در انتظار درمان گمارش شدند. ارزیابی چاقی و اضافه وزن بر اساس معیار استاندارد سازمان جهانی بهداشت، شاخص توده بدنی (BMI) بود. این شاخص از نسبت وزن (کیلوگرم) به مجذور قد (متر مربع) به دست می‌آید. در این پژوهش نمره بالای ۲۵ در شاخص توده بدنی به عنوان اضافه وزن در نظر گرفته شد. گروه‌های آزمایش تحت درمان ۸ جلسه‌ای هفته‌ای یک بار آموزش گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری قرار گرفتند، ولی گروه کنترل در انتظار درمان، درمان خاصی دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۵، داشتن معیارهای پرخوری هیجانی طبق نظر متخصص و غربال‌گری، داشتن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۵ سال سن، عدم مصرف داروی‌های روان‌پزشکی و پزشکی در طول دوره درمان و ملاک‌های خروج، داشتن ملاک‌های دیگر اختلالات خوردن مثل کم‌اشتهایی، داشتن اختلالات روانی و مصرف دارو و بیش از دو جلسه غیبت.

در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شد:

۱- فهرست و ارسی اختلال‌های خوردن: این فهرست شامل یک مصاحبه بالینی است که اختلال‌های مربوط به خوردن را ارزیابی می‌کند. این فهرست طبق معیارهای تشخیصی و پژوهشی چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (DSM-IV-TR) برای تشخیص اختلال پراشتهایی عصبی و اختلال پرخوری افراطی و معیارهای موقتی ارائه شده توسط توسط بی‌رهت و همکاران برای اختلال خوردن شبانه^۳ تنظیم شده و برای ردیابی نشانه‌های این اختلالات در بیماران چاق و جداسازی آنها مورد استفاده قرار گرفت. مضمون سوالات این فهرست براساس چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و براساس نظر تعدادی از متخصصان و

کارشناسان در این زمینه تدوین شده که نشان دهنده روائی محتوایی این فهرست می باشد (۱۳).

۲- مقیاس وسوسه خوردن (BES): این پرسشنامه توسط گولماری و همکاران (۱۵) برای سنجش پرخوری طراحی شده است. این مقیاس از ۱۴ آیتم چهار گزینه‌ای و دو آیتم سه گزینه‌ای تشکیل شده است. از مشارکت‌کننده خواسته می‌شود جمله‌ای را انتخاب کند که او را به بهترین وجه توصیف می‌کند. ماده‌ها از صفر تا سه درجه‌بندی می‌شوند و نمره کلی از صفر تا ۴۶ متغیر است. در این مقیاس نمرات ۱۷ و پایین تر از ۱۷ عدم پرخوری، نمرات ۱۸ تا ۲۶ پرخوری متوسط و نمرات ۲۷ به بالا پرخوری شدید را نشان می‌دهد. در مطالعه دژاکام و همکاران (۱۶) اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۷۲، روش دونیمه‌سازی ۰/۶۷ و روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شد. همچنین ضریب حساسیت و ویژگی، با استفاده از نقطه برش ۱۷ به ترتیب ۸۴/۶ صدم و ۸۰/۸ صدم بود. فرم ایرانی این مقیاس توسط مولودی و همکاران (۱۷) روی ۶۰ مشارکت‌کننده اجرا شد که حساسیت آن ۸۵ صدم و اعتبار آزمون- بازآزمون ۷۲ صدم محاسبه شد.

۳- پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی محقق ساخته: این پرسشنامه توسط محقق برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل؛ سن، وضعیت تاهل، تحصیلات و وزن تهیه شده است.

روش اجرای این پژوهش به این صورت بود که ابتدا یک فراخوان از افرادی که تمایل به شرکت در کلاس‌های رایگان و آموزشی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری به منظور کاهش پرخوری در مرکز کاهش وزن و کلینیک‌های تغذیه منطقه ۱ شهر تهران داشتند، دعوت به عمل آمد. سپس جلسه توجیهی برای کلیه داوطلبان برگزار شد. برای انتخاب مشارکت‌کنندگان، همه افراد دواطلب پرسش‌نامه وسواس خوردن را تکمیل کردند. سپس از بین افرادی که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و دارای بیشترین نمره در پرسشنامه وسواس خوردن بودند، به صورت تصادفی ۶۰ نفر انتخاب و به سه گروه (دو گروه آزمایش) و یک گروه کنترل در انتظار درمان تقسیم شدند. سپس جلسات آموزشی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری به مدت ۸ جلسه‌ی دو ساعته برای اعضاء گروه‌های آزمایش به شرح جداول یک و دو برگزار شد، ولی گروه کنترل در انتظار درمان هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

1-Checklist of eating disorders

2-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR

3-Night eating disorder

4-Bing eating scale-BES

جدول ۱- پروتکل اجرایی جلسات گروهی درمان شناختی - رفتاری (CBT) (کوپر، فیربورن و هاوکر، ۲۰۰۳)

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ تکالیف: نوشتن ده مورد از بدترین حوادث زندگی خود با استفاده از توالی A-B-C
جلسه دوم: آشنایی با افکار خودآیند؛ آشنایی با تحریف‌های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود؛ تکالیف: شناسایی افکار خودآیند و ثبت آنها در برگه‌ی A-B-C
جلسه سوم: آشنا با بنیادهای پیامدهای رفتاری، تکالیف: نوشتن پیامدهای رفتاری A-B-C های تکمیل شده و رسم پیکان عمودی برای دو مورد از آنها
جلسه چهارم: کار روی پیکان عمودی و حل مشکلات. تکالیف: مرور تکالیف جلسه ی قبل، آموزش دسته بندی باورها
جلسه پنجم: دستیابی شرکت‌کنندگان به تصویر واضح‌تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تکالیف: تهیه ی فهرست اصلی باورها و علت دوام باورهای منفی
جلسه ششم: پذیرش این نکته که باورها تغییرپذیرند تکالیف: تحلیل عینی باورها
جلسه هفتم: درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوتند تکالیف: شناخت باورها و تصمیم‌گیری در مورد نگهداری یا کنار گذاشتن آنها
جلسه هشتم: دستیابی شرکت‌کنندگان به مفهوم باور مخالف. اجرای پس‌آزمون

جدول ۲- راهنمای آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان براساس الگوی جیمز گروس (قائذنیای جهرمی، حسنی و حاتمی، ۱۳۹۴)

جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون و معرفی کلی آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان، دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها، مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه
جلسه دوم	ارائه آموزش هیجانی، شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، تکالیف: ثبت تجربه‌های هیجانی افراد با توجه به ابعاد چندگانه هیجان
جلسه سوم	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری، کاوش هیجان و افزایش آگاهی از هیجان‌ها و کنترل هیجان‌ها افراطی و مهارت‌های هیجانی، تکالیف: تکمیل فرم آسیب‌پذیری هیجانی و گزارش‌های روزانه هیجان‌ها.
جلسه چهارم	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، تکالیف: انجام یک فعالیت مثبت در هر روز بر طبق فهرست اهداف
جلسه پنجم	تغییر توجه، متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی، آموزش توجه، تکالیف: توقف نشخوار فکری و انجام مهارت‌های تغییر توجه در خارج از جلسه.
جلسه ششم	تغییر ارزیابی‌های شناختی، تکالیف: شناسایی ارزیابی‌های غلط و پیامدهای هیجانی آن و استفاده از راهبرد بازارزیابی در زندگی واقعی
جلسه هفتم	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، تکالیف: انجام مهارت‌های ابراز هیجان و تعدیل پاسخ در هنگام درگیر شدن در تجربه های هیجانی
جلسه هشتم	ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد، تکالیف: برنامه‌ریزی و اجرای مراحل اقدام که توسط خود مراجع تعیین می‌شود.

گروه درمان رفتاری - شناختی، وسوسه خوردن $۳۳/۲۵ \pm ۶/۲۲$ و در گروه کنترل در انتظار درمان $۲۹/۰۵ \pm ۴/۴۴$ بود؛ همچنین میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون در گروه نظم‌جویی هیجان، وسوسه خوردن $۲۹/۱۵ \pm ۴/۱۶$ و در گروه کنترل در انتظار درمان $۳/۷۶ \pm ۲۸/۴۳$ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد پس‌آزمون در گروه شدردمان شناختی - رفتاری، وسوسه خوردن $۲۶/۷۵ \pm ۶/۱۵$ و در گروه در انتظار درمان $۳/۸۱ \pm ۲۸/۵۶$ بود و میانگین و انحراف استاندارد در پس-آزمون گروه نظم‌جویی هیجان، وسوسه خوردن $۲۳/۴۵ \pm ۳/۶۳$ و در گروه در انتظار درمان $۲۹/۰۱ \pm ۳/۹۶$ بود. برای استفاده از

نتایج حاصل از پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فروانی، میانگین و درصد، تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نسخه ۲۴ نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

تمام مشارکت‌کنندگان در این پژوهش خانم‌ها بودند. نتیجه تحلیل یافته‌های توصیفی نشان داد که و دامنه سن افراد نمونه پژوهش، ۲۵ تا ۴۱ سال بود. ۴۵ نفر آنها متأهل و ۱۵ نفر مجرد بودند. میزان تحصیلات بیشتر بیماران نیز دیپلم و لیسانس بود. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون در

تحلیل کواریانس چند متغیره پیش فرض های همگنی واریانس، نرمال بودن داده ها و شیب رگرسیون بررسی گردید. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول شماره ۳ و ۴ گزارش شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره تفاوت میانگین های نمره وسوسه خوردن در گروه درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل در انتظار درمان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضرایب اتا
پیش آزمون	۲۳۵/۷۵	۱	۲۳۵/۷۵	۴۵/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸
پس آزمون گروه	۴۳۳/۶۷۶	۱	۴۳۳/۶۷۶	۷۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶
خطا	۵۲۶/۳۶	۳۷	۵۲/۶۸			
کل	۱۲۸۹/۴۴۲	۴۰				

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می دهد که در وسوسه خوردن بین گروه درمان رفتاری - شناختی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($F=76/03$ و $P<0/001$). بنابراین می توان گفت که

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره تفاوت میانگین های نمره وسوسه خوردن در گروه نظم جویی هیجانی و کنترل در انتظار درمان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضرایب اتا
پیش آزمون	۲۲۴/۶۸	۱	۲۲۴/۶۸	۴۱/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳
پس آزمون گروه	۳۹۸/۶۵	۱	۳۹۸/۶۵	۷۱/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱
خطا	۴۸۶/۶۵	۳۷	۳۹/۴۵			
کل	۱۱۵۶/۲۲	۴۰				

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می دهد که در وسوسه خوردن بین گروه نظم جویی هیجانی و کنترل در انتظار درمان تفاوت معناداری وجود دارد ($F=71/05$ و $P<0/001$). بنابراین می توان گفت که نظم جویی هیجانی توانسته است به صورت معناداری موجب کاهش وسوسه خوردن در مشارکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در انتظار درمان گردد. همچنین نتایج نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه درمان شناختی - رفتاری در وسوسه خوردن (۶/۵) با تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه نظم جویی هیجانی در وسوسه خوردن (۵/۷) تفاوت معناداری ندارد. بنابراین می توان گفت که گروه درمان شناختی - رفتاری و آموزش نظم جویی هیجانی به یک اندازه در کاهش وسوسه خوردن افراد دارای اضافه وزن تاثیر دارند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش گروهی نظم جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری در کاهش وسوسه خوردن در افراد مبتلا به پرخوری هیجانی و دارای اضافه وزن بود. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد هر دو روش درمانی (آموزش گروهی نظم جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری)

در کاهش وسوسه خوردن در افراد مبتلا به پرخوری هیجانی و دارای اضافه وزن به صورت یکسان تاثیر دارند. این یافته با یافته پژوهش های ورمقانی و پورشریفی (۱۳)؛ قبادزاده و همکاران (۴)؛ شیب اصل و علینقی لو (۸)؛ ورمقانی (۱۰)؛ بیدلوسکی و همکاران (۱۲) همسو می باشد.

در تبیین تاثیر درمان شناختی - رفتاری در کاهش وسوسه خوردن می توان گفت درمان شناختی - رفتاری یک روش روان درمانی است که مبتنی بر دو دیدگاه شناختی و رفتاری است، یعنی رفتار نامطلوب انسان و مشکلات روانی وی ناشی از یادگیری های ناکافی و غلط است. روش درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر هدف است و روی تغییر الگوهای فکری ناسالم تمرکز دارد (۱۸). انسان دارای فکر و اندیشه بوده و در قبال محرکات مختلف که دریافت می کند، قبل از ارائه واکنش آن ها را تحلیل می کند، اطلاعات را پردازش می کند، آن ها را ارزیابی می کند و سپس به ارائه رفتار می پردازد. اگر ارزیابی فرد از این حوادث منطقی باشد احساس متعاقب آن نیز احساس خوبی خواهد بود، اما اگر ارزیابی اولیه و ثانویه انسان منطقی نباشد و نگرشی منفی را اتخاذ نماید، پیامد آن نیز احساس غمگینی، اضطراب یا دیگر مسائل هیجانی خواهد بود. در واقع باورهای غلط و شناخت غیرواقعی بینانه افراد مبتلا به اضافه وزن نسبت به وسوسه

خوردن تاثیر گذاشته و آنها را تغییر داده است. درمان شناختی رفتاری همراه با آموزش مهارت‌های مقابله سالم با افزایش احساس خویشنداری منجر به تقویت مقاومت افراد در برابر وسوسه خوردن شده و تغییر معناداری را در کاهش این وسوسه ایجاد کرده است، زیرا وقتی فرد قادر به عملی کردن پاسخ مقابله‌ای موثر در یک موقعیت پرخطر مانند نشان دادن رفتار جراتمند در ارتباط با فشارهای اجتماعی شود، احتمال وسوسه نیز کاهش می‌یابد. فردی که در موقعیت پرخطر به طور موفقیت‌آمیزی عمل می‌کند، احتمال بیشتری برای تجربه احساس تسلط یا ادراک کنترل خواهد داشت و این امر خود تقویت‌کننده مقاومت در برابر وسوسه است (۱۹).

در تبیین تاثیر آموزش گروهی نظم‌جویی هیجانی در کاهش وسوسه خوردن می‌توان گفت در حوزه اختلال‌های خوردن این فرض مطرح است که افراد مبتلا به اختلال‌های خوردن کاستی‌هایی در تنظیم هیجان داشته و فاقد مهارت‌های مورد نیاز برای مقابله مؤثر و سازگارانه با حالات عاطفی هستند. یعنی بین دشواری‌های تنظیم هیجان و نشانه‌های اختلال خوردن رابطه مثبت معناداری وجود دارد. در واقع عدم توانایی تنظیم هیجانات، باعث می‌شود که احساسات فرد بر عقل و منطقش غلبه داشته باشد و فرد در موقعیت‌های مختلف تنها با تکیه بر جو احساسی محیط و بدون توجه به راه حل‌های منطقی ممکن تصمیم‌گیری کند. اگر شخصی از لحاظ هیجانی، ناهشیار باشد و در تنظیم و تعدیل عواطف و هیجان‌های خود به نحوی اشکال داشته باشد، در کنترل میزان خوردن غذا نیز دچار مشکل شده و عواملی از جمله تحریک‌پذیری شدید نسبت به غذا، تمایل به فربه بودن و فرار از

مشکلات، باعث پرخوری در او می‌شود (۲۰). آموزش نظم‌جویی هیجان با افزایش آگاهی در مورد هیجان و نحوه استفاده صحیح از راهبردهای نظم‌جویی هیجان سازش‌یافته به افراد کمک می‌کند که چگونه هیجان‌های سازش‌نیافته خود را مدیریت کنند. در واقع آموزش نظم‌جویی هیجانی با تاکید بر اصلاح راهبردهای ناسازگارانه و هیجان‌های منفی که از موقعیت‌های مختلف ایجاد می‌شود، زمینه را برای کاهش وسوسه مصرف غذا از طریق مدیریت کارآمد هیجان‌ها فراهم می‌کند. همچنین آموزش نظم‌جویی هیجانی از طریق افزایش توانایی فرد برای آگاهی از هیجان‌های خود، تمایز قائل شدن بین هیجان‌های مختلف، رسیدگی به هیجان‌ها در زمان مناسب و افزایش خودتنظیمی هیجانی امکان‌گرایش فرد به پرخوری در موقعیت‌های دشوار هیجانی را کاهش می‌دهد (۱۱).

این پژوهش مانند هر مطالعه دیگر با محدودیت‌های مواجه بود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که پژوهش فقط روی بیماران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی منطقه ۱ شهر تهران انجام شد که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. همچنین با توجه به محدودیت زمانی امکان پیگیری بلندمدت نتایج وجود نداشت. پیشنهاد می‌گردد پژوهش آتی روی نمونه وسیع‌تری انجام گیرد و دوره پیگیری چند ماهه برای بررسی ماندگاری درمان در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از همه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

References

- 1-Rostayi Z. The Effect of Acceptance & Commit Therapy on weight loss in people with obesity. Saveh: Azad University. 2014; 310p. (persian)
- 2-Kaplan & Sadock. pocket handbook of clinical psychiatry. (2010): 5th.
- 3-Allison D, Newcomer JW, Dunn AL, Blumenthal JA, Fabricatore AN, Daumit G, Alpert JE. "Obesity among Those with Mental Disorders: A National Institute of Mental Health Meeting Report". American Journal of Preventive Medicine. 2009; 36(4): 341-350.
- 4-Ghobadzadeh S, Mohammadkhani S, Hasani J. The classic and novel treatments for Being Eating Disorder . frooyesh. 2018; 7 (9) :229-248. (persian)
- 5-Dalle Grave R, Calugi S, Conti M, Doll H, Fairburn CG. Inpatient cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics. 2013; 82: 390-398.
- 6-Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. Journal of consulting and clinical psychology. (2002). 70 (2): 267.
- 7-Dalle GR. Eating disorders: progress and challenges. International Journal of Medicine. 2011; 22: 153-60.
- 8-Shabib ASL N, Alinaghi Lou SH. Eating Disorders and Their Cognitive-Behavioral Therapy. 5th International Conference on Research in Psychology, Counseling and Educational Sciences; 2019. (persian)
- 9-Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: timing is everything. Current Directions in Psychological Science. 2001; 10(6):214-9.
- 10-Varmaghani H. The effectiveness of emotional skills on reduction of temptation, over eating & psychological distress in people with eating disorder. Karaj :Kharazmi University ;2015. (Persian)
- 11-Ranjbar Noushari F, Basharpour S, Hajloo N, Narimani M. The Effect of Emotion Regulation Skills' Training on Self-Control, Eating Styles and Body Mass Index in Overweight Students. Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 6 (2) :125-133. (Persian)
- 12-Bydlowsky S, Corcos M, Jeammet P, Pater-niti S, Berthos S, Lauerier C. Emotion processing deficit in eating disorder. Int J Eat Dis-order. 2005; 37(4): 321-9.
- 13-Varmaghani H, Pour Sharifi H. Emotional regulation skills in reducing the temptation to eat people with an overeating disorder. 7th Congress of the Iranian Psychological Association; 2018. (Persian)
- 14-Powers KA, Rehrig ST, & Jones DB. Financial impact of obesity and bariatric surgery. Medical Clinics of North America. 2007; 91 (3):321-38.
- 15-Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge eating severity among obese persons. Addictive Behaviors)7 ;1982 . 55-47 :(1)
- 16-Dezhkam M, Moloodi R, Mootabi F, Omidvar N. Standardization of the binge eating scale among Iranian Obese population. Iranian Journal of Psychiatry 2009; 4(4): 143-6. (Persian)
- 17-Moloodi R, Dezhkam M, Mootabi F, Omidvar N. Comparison of early maladaptive schema in obese binge eaters and obese non-binge eaters. Journal of Behavioral Sciences 2009; 4(2): 9-10. (Persian)
- 18-Abdolghadery M, Kafae M, Saberi A, Aryapouran S. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) on Decreasing Pain, Depression and Anxiety of Patients with Chronic Low Back Pain. JSSU. 2014; 21 (6) :795-807. (Persian)
- 19-Tajeri B. The effectiveness of cognitive-behaviour therapy on Temptation, attitude, crystal addiction .journal of applied psychology. 2005; (64):52-54. (Persian)
- 20-Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity – A systematic review. Neurosci Biobehav Rev 2015; 49: 125-34.

Compare of the effectiveness of group training emotional regulation and cognitive –behavioral therapy on reducing the temptation to eat in people with binge eating disorder and overweight

Tavafi M (Ph.D Candidate), Hatami M (Ph.D) *, Ahadi H (Ph.D), Sarafizadeh S (Ph.D)

Abstract

Introduction: Binge eating is one of the most common mental disorders in obese and overweight people. The aim of this study was to determine compare effectiveness of group training emotional regulation and cognitive behavioral therapy on reducing the temptation to eat in people with binge eating and overweight.

Methods: The research is semi experimental, pre-test and post –test with the control group. The research population was included 60 with overweight individuals which was made available to patients visiting the health centers of district 1 of Tehran and they were divided into three groups, each group consisting of 20 individuals randomly (two experimental group and one control group).in this study, the checklist of eating disorders and the Golmari et al temptation eating questionnaire were used for assessment of all participated. Both experimental groups received 8 sessions of treatment, while the control group did not receive any specific treatment. Data were analyzed using by multivariate analysis of covariance method.

Result: The results of multivariate analysis of covariance showed that the method of emotional regulation and cognitive –behavior therapy are effective on temptation ($P<0.001$), but there is no significant difference between the two methods.

Conclusion: it seems that group training of emotional regulation and cognitive – behavioral therapy as complementary therapies along with drug therapies in these patients is recommended to improve psychological symptoms.

Keywords: group training, overweight, Binge eating, cognitive – behavioral therapy, eating temptation.

*Correspondent Address: Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
E-mail: hatami513@gmail.com