

June-July 2021, Volume 16, Issue 2

Determining the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in Regulating Emotion and Mental Health of Obese Women

Pak Andish Sh¹, Kraskian A^{2*}, Jamhari F³

1-Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Kraskian A, Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: Adiskraskian@yahoo.com

Received: 13 Feb 2021

Accepted: 8 April 2021

Abstract

Introduction: Due to the role of obesity in mental health and the importance of emotional regulation in these patients, the need to pay attention to the use of cognitive-behavioral therapy in women with obesity has been neglected. The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in regulating emotion and mental health of obese women.

Methods: The present study was an intervention study with a control and intervention group. The statistical population included all obese women who referred to the obesity treatment center of Rasoul Akram Hospital in Tehran in 2019; From the research community, among the eligible individuals who volunteered for cooperation, 30 people were selected by purposive sampling and randomly assigned to intervention and control groups. Data collection tools included the Gross and John Emotion Regulation Scale (2003) and the WHO Quality of Life Short Scale (2000). The intervention group participated in eight sessions of cognitive-behavioral therapy program Mitchell et al. (2007), but the control group did not receive any intervention and were placed on a waiting list for treatment. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance and SPSS-24 software.

Results: The results showed that in the post-test, after adjusting the post-test scores on the pre-test scores, the mean scores of reassessment and mental health of the intervention group increased significantly compared to the control group, but the mean repression score decreased ($p < 0.001$).

Conclusions: Based on the results of this study, group cognitive-behavioral therapy should be used as a complementary therapy along with other treatment methods to improve emotion regulation and psychological health of obese women.

Keywords: Cognitive-Behavioral, Emotion, Mental Health, Obesity.

تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی

شادی پاک اندیش^۱، آدیس کراسکیان^{۲*}، فرهاد جمهری^۳

۱- گروه روانشناسی، واحد بین المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: آدیس کراسکیان، استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
ایمیل: Adiskraskian@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۲۰

چکیده

مقدمه: نظر به نقش چاقی در سلامت روان شناختی و اهمیت تنظیم هیجانی در این بیماران، لزوم توجه به کاربرد درمان شناختی- رفتاری در زنان مبتلا به چاقی مغفول مانده است. لذا هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی بود.

روش کار: پژوهش حاضر مطالعه مداخله ای با گروه کنترل و مداخله بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مرکز درمان چاقی بیمارستان رسول اکرم (ص) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند؛ که از جامعه پژوهش از بین افراد واجد شرایط که داوطلب همکاری بودند، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش مقیاس تنظیم هیجانی گراس و جان (۲۰۰۳) و مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) بودند. گروه مداخله در هشت جلسه برنامه درمانی شناختی- رفتاری میچل و همکاران (۲۰۰۷) شرکت کردند، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. داده ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که در پس آزمون پس از تعدیل نمرات پس آزمون بر روی نمرات پیش آزمون میانگین نمرات ارزیابی مجدد و سلامت روان گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری افزایش داشت، اما میانگین نمره سرکوبی کاهش داشت ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش، از درمان شناختی- رفتاری گروهی به عنوان درمان مکمل در کنار سایر روش های درمانی برای بهبود تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی استفاده شود.

کلیدواژه ها: درمان شناختی- رفتاری، تنظیم هیجان، سلامت روان شناختی، چاقی.

مقدمه

بالای ۱۸ سال در دنیا دچار اضافه وزن و بیش از ۶۵۰ میلیون نفر از آن ها به چاقی مبتلا بوده اند و در کل ۱۳ درصد از جمعیت جهان دچار چاقی بوده اند (۳). شیوع کلی چاقی در ایران در یک مطالعه متاآنالیز در سال های ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۳، ۸/۵٪، شیوع چاقی در افراد زیر ۱۸ سال ۵/۵٪ و در افراد بالای ۱۸ سال ۱۵/۱٪ به دست آمد (۴). پیش بینی می شود چاقی اولین علت کاهش امید در ۱۰۰ سال آینده خواهد بود (۵). چاقی یکی از مشکلات سلامتی است که بر سلامت

شیوع اضافه وزن، چاقی (obesity) و عوارض آن به سرعت در جهان در حال افزایش است (۱). چاقی یک بیماری متابولیسمی (Metabolism) مزمن پیچیده هست که توسط تجمع بیش از حد چربی بدن، ناشی از عدم تعادل بین مصرف انرژی و هزینه های انرژی به وجود می آید (۲). مطابق گزارش سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization) در سال ۲۰۱۶ حدود ۱/۹ میلیارد نفر از افراد

افراد و اجتماع مؤثر واقع می‌شود و نیازمند توصیف، تبیین و ارزیابی دقیق و مشخص است (۶). سلامت روان شناختی (Mental Health) شامل آسایش ذهنی، احساس خود توانمندی، خودمختاری، کفایت، درک همبستگی بین نسلی و شناخت توانایی خود در محقق ساختن ظرفیت‌های عقلی و هیجانی خویش می‌باشد (۷). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که سلامت روانی و نارضایتی از تصویر بدنی به صورت منفی و معنی‌داری چاقی را پیش‌بینی می‌کنند (۸). همچنین رابطه رژیم کم کربوهیدرات با سلامت روان (اضطراب، استرس و افسردگی) تأیید شده است (۹).

برخی از پژوهش‌ها به نقش تنظیم هیجان (Regulating Emotion) در پدیده‌شناسی بالینی، تشخیص، پیشگیری و درمان چاقی اشاره داشته‌اند (۱۰-۱۱). تنظیم هیجان شامل آگاهی از هیجانات و فهمیدن آن‌ها، پذیرش هیجانات، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب در زمان تجربه هیجان منفی است که باعث توانایی به‌کارگیری منطف‌تدابیر تنظیم هیجانی متناسب با موقعیت، جهت تنظیم مطلوب پاسخ‌های هیجانی در راستای دستیابی به اهداف شخصی و احترام به خواست‌های محیطی است (۱۲). تنظیم هیجان بیشتر در دو چهارچوب ارزیابی مجدد (Reappraisal) و سرکوبی (Suppression) بررسی می‌شود، ۱) راهبردهایی که پیش از ایجاد هیجان فعال می‌شوند، از بروز هیجانات شدید پیشگیری می‌کنند و باعث تعبیر و تفسیر موقعیت می‌گردند؛ به نحوی که پاسخ هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش می‌دهند (ارزیابی مجدد)، ۲) راهبردهایی که پس از پیدایی هیجان فعال شده و بازداری (سرکوبی یا فرونشانی) نامیده می‌شوند (۱۳).

مشکلات هیجانی و استرس ناشی از آن می‌تواند به‌عنوان مقدمه‌ای برای پرخوری محسوب شوند و حتی پرخوری به‌عنوان یک مکانیسم تنظیم هیجان ناسازگارانه در افراد دارای اضافه وزن یا مبتلا به چاقی مطرح شده است (۱۴).

در سال‌های اخیر، تحولات صورت گرفته در زمینه درمان اختلال‌های روان‌شناختی و کاهش چاقی موجب گردیده روش‌های نوینی توسط روانشناسان بالینی مطرح و ارائه گردد، در همین راستا یکی از روش‌های درمانی مؤثر بر ویژگی‌های افراد چاق درمان شناختی - رفتاری (Cognitive-Behavioral Therapy) است (۱۵). درمان شناختی - رفتاری نوعی رفتاردرمانی به وجود آمده در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی سنتی و منعکس‌کننده علاقه

فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به‌عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارهاست (۱۶). هدف درمان شناختی - رفتاری اصلاح تفسیرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، افزایش خودگویی‌های مثبت و سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (۱۷). این درمان دارای ویژگی‌های منحصربه‌فردی است که هم از راهبردهای شناختی شامل کشف تحریف‌های شناختی و افکار اضطراب آور، بازسازی شناختی و تقویت خودگویی‌های مقابله‌ای مؤثر و هم از راهبردهای رفتاری شامل الگوبرداری، مواجهه‌سازی، ایفای نقش، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکنترلی و خودکارآمدی استفاده می‌کند (۱۸).

پژوهش‌ها از اثربخشی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر بهبود نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه وزن (۱۹)، اثرات مثبت و منفی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود سلامت روان و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای اضافه وزن (۲۰)، اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و سلامت روانی در زنان مبتلا به چاقی (۲۱) حکایت دارند. همچنین اثربخشی درمان گروهی نظم‌جویی هیجانی و درمان شناختی - رفتاری در بهبود تنظیم هیجان افراد دارای اضافه وزن (۲۲) و اثر گروه درمانی هیجان محور بر تنظیم هیجان و دوره‌های پرخوری در زنان مبتلا به اختلال پرخوری (۲۳) تأیید شده است.

اهمیت تنظیم هیجان در رفتار خوردن به قدری است که بعضی از پژوهشگران از اصلاح تنظیم هیجان به‌عنوان عنصر اثربخش درمان‌های موج سوم بر روی اضافه وزن و چاقی یاد می‌کنند و از سویی اهمیت چاقی در سلامت روان‌شناختی و نظر به آمار قابل توجه افراد دارای اضافه‌وزن و چاقی در ایران نیاز به انجام مطالعاتی در این زمینه احساس می‌شود. همچنین همان‌طور که مرور پیشینه پژوهش نشان داد تاکنون مطالعه‌ای به صورت مستقیم در زمینه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی انجام نشده است و در این زمینه خلأ پژوهشی احساس می‌شود؛ بنابراین مطالعه حاضر در همین راستا و با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی به این سؤال هست که آیا درمان شناختی - رفتاری در تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی اثربخش است؟

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه مداخله ای با گروه کنترل و مداخله بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلابه چاقی مراجعه کننده به مرکز درمان چاقی بیمارستان رسول اکرم (ص) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند؛ که از بین افراد واجد شرایط که داوطلب همکاری بودند، تعداد ۳۰ نفر (حداقل نمونه در طرح های مداخله ای برای هر گروه ۱۵ نفر توصیه شده است (۲۴)، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک های ورود شامل BMI بزرگ تر یا مساوی $kg/m^2 30$ ، حداقل تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۴۵-۲۵ سال، دریافت نکردن همزمان روان درمانی یا برنامه آموزشی دیگر بود. ملاک های خروج شامل باردار بودن، دریافت کردن درمان دارویی چاقی، ابتلای به هر یک از اختلالات روان شناختی یا طبی مزمن بر اساس پرونده پزشکی، غیبت بیش از دو جلسه در برنامه درمانی و عدم تکمیل پرسش نامه های پژوهش بود. ابزار پژوهش شامل پرسش نامه های زیر بودند:

مقیاس تنظیم هیجانی (Emotional Regulation Scale): این پرسش نامه ۱۰ سؤالی توسط گراس و جان (Gross & John) در سال ۲۰۰۳ تدوین و دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و سرکوبی (سؤالات ۲، ۴، ۶، ۹) را بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از به شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به شدت موافقم (با نمره ۷) می سنجد، لذا دامنه نمرات بین ۱۰ تا ۷۰ هست؛ و نمرات پایین نشان دهنده تنظیم هیجانی بالا می باشند. گراس و جان، روایی محتوایی آن را مطلوب و ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد $0/79$ و برای سرکوبی $0/73$ و اعتبار باز آزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس $0/69$ گزارش شده است (۲۵). در پژوهش مشهدی، قاسم پور، اکبری، ایل بیگی و حسن زاده، پایایی مقیاس بر اساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرون باخ $0/60$ تا $0/81$) و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین دو خرده مقیاس ($r=0/13$) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (۲۶).

مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

(World Health Organization Quality of Life-Bref): این پرسش نامه ۲۶ سؤالی توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ طراحی شده که چهار حیطه مرتبط با سلامتی یعنی سلامت جسمانی (سؤالات ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸)، سلامت روان شناختی (سؤالات ۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶)، روابط اجتماعی (سؤالات ۲۰-۲۱-۲۲) و محیط زندگی (سؤالات ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵) را بر روی طیف لیکرت (خیلی بد، نمره ۱ تا خیلی خوب نمره ۵) می سنجد و سؤالات ۳ و ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند، لذا دامنه نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ هست که نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر هست و برعکس (۲۷). روایی نسخه خارجی آن در مطالعه اسکوینگتن، لطفی و اکنل (Skevington, Lotfy & O'Connell)، تأیید و پایایی خرده مقیاس های پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ بین $0/54$ تا $0/92$ گزارش شده است (۲۸). در نسخه فارسی نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده، جهت بررسی روایی صوری و ارزیابی پایایی از طریق آزمون مجدد، نتایج نشان داد که دارای روایی و پایایی قابل قبولی می باشد. شاخص همبستگی درونی در حیطه سلامت جسمانی، روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط به ترتیب $0/77$ ، $0/77$ ، $0/75$ ، $0/84$ به دست آمد. همچنین سازگاری درونی مؤلفه ها با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب $0/70$ ، $0/73$ ، $0/55$ ، $0/84$ به دست آمد که حاکی از پایایی قابل قبول و مناسب پرسش نامه کیفیت زندگی است (۲۹). در مرحله اجرا پس از گرفتن مجوزهای لازم و قرار گرفتن گروه نمونه آزمودنی ها در دو گروه کنترل و مداخله، گروه مداخله تحت ۸ جلسه برنامه درمانی شناختی-رفتاری به صورت هفته ای دو جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. لازم به ذکر است که درمان توسط روان درمانگران متخصص و در اتاق هایی مجزا از مرکز درمانی انجام شد. درمان شناختی-رفتاری نیز با توجه به پروتکل تدوین شده توسط میچل، دلوین، زوان، کرو و پترسون (Mitchell, Devlin, De Zwaan, Crow & Peterson) (۳۰) انجام شد که محتوی درمان در مطالعه آذری، پورشریفی و فتی (۳۱) تأیید شده است. شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری مطابق (جدول ۱) بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه	تکلیف
۱	آموزش درباره اختلال پرخوری عجل و پیامدهای آن	شروع جلسه و معارفه، توضیح برنامه درمانی، تعیین قوانین گروه، آشنایی با اختلال پرخوری، توضیح درباره راه‌اندازها و نشانه‌ها	پیش آزمون
۲	آموزش توالی راه اندازه پاسخ پیامد، عادت‌های غذایی سالم	مرور جلسه قبل و تکالیف، بحث درباره راه‌اندازهای احتمالی مراجعین، آموزش عادت‌های غذایی سالم	تمرین راه اندازه‌ها
۳	آموزش ارتباط افکار، احساسات، رفتار و خطاهای شناختی	مرور وضعیت شرکت‌کنندگان و تکالیف، آموزش مدل شناختی- رفتاری و طبقه بندی افکار خود آیند منفی	تمرین افکار خود آیند
۴	آموزش چالش افکار ناکارآمد	مرور تکالیف، بحث درباره پرچه افکار شرکت‌کنندگان و آموزش خطاهای شناختی	تمرین خطاهای شناختی
۵	افزایش فعالیت‌های بهبود خلق، مهارت‌های خودکنترلی	مرور تکالیف، توزیع برگه‌های آموزشی کنترل تگانه، بحث درباره فعالیت‌های لذت‌بخش.	تمرین فعالیت‌های لذت‌بخش
۶	آموزش راهکارهای افزایش عزت‌نفس و حل مسئله	مرور تکالیف، توضیح مفهوم عزت‌نفس و توصیه‌هایی برای افزایش عزت‌نفس، آموزش مهارت حل مسئله به شکل فرمول‌وار	تمرین مهارت حل مسئله
۷	آموزش مهارت مدیریت استرس جلوگیری از بازگشت	مرور تکالیف، توضیح مفهوم استرس، انواع راهکارهای مقابله‌ای، آموزش آرام‌سازی برنامه‌ریزی برای جلوگیری از بازگشت، آموزش مواجهه با موقعیت‌ها و غذاهای پرخطر	تمرین مواجهه
۸	جمع‌بندی و پس‌آزمون	آموزش نکاتی برای مواجهه موفق، بررسی پیشرفت شرکت‌کنندگان، تداوم استفاده از مهارت‌های آموزش داده شده	پس آزمون

می‌باشد داده‌ها با استفاده از میانگین، انحراف معیار و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم افزار spss نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در (جدول ۲). یافته‌های جمعیت شناختی افراد گروه‌های مورد مطالعه گزارش شده است.

در خصوص رعایت نکات اخلاقی از قبیل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و تحلیل داده‌ها به صورت کلی اطمینان به آزمودنی‌ها لازم داده شد. پس از اخذ موافقت و امضای رضایت‌نامه کتبی مرحله پیش‌آزمون انجام شد و مرحله پس‌آزمون در پایان مداخله انجام گرفت؛ و پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TMU.REC.1399.236 از دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران

جدول ۲. یافته‌های جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	فراوانی گروه مداخله	درصد	فراوانی گروه کنترل	درصد
سن	۲۵-۳۵ سال	۴۰	۷	۴۶/۷
	۳۶-۴۵ سال	۶۰	۸	۵۳/۳
وضعیت تاهل	مجرد	۲۶/۷	۵	۳۳/۳
	متاهل	۷۳/۳	۱۰	۶۶/۷
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۴۰	۷	۴۶/۷
	لیسانس	۴۶/۷	۷	۴۶/۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۳/۳	۱	۶/۶

در گروه‌ها گزارش شده است، با توجه به این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای تمامی متغیرها معنی دار نمی‌باشد لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال می‌باشد.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون- پس آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه کنترل و مداخله در (جدول ۳). ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

جدول ۳. شاخص های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش پیش آزمون- پس آزمون در دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلکز	P
سلامت روان	پیش آزمون	مداخله	۱۴/۵۳	۴/۸۵	۰/۸۷۹	۰/۴۲۲
		کنترل	۱۴/۸۷	۳/۰۲	۱/۲۶۸	۰/۰۸۰
	پس آزمون	مداخله	۲۰/۴۷	۳/۲۷	۰/۵۷۸	۰/۸۹۲
		کنترل	۱۴/۲۰	۲/۷۸	۰/۹۲۴	۰/۳۶۰
تنظیم هیجان مثبت	پیش آزمون	مداخله	۵۶/۲۰	۸/۲۰	۰/۸۷۰	۰/۴۳۶
		کنترل	۵۳/۷۳	۶/۰۹	۱/۲۷۱	۰/۰۷۹
	پس آزمون	مداخله	۷۲/۰۷	۶/۴۰	۰/۴۳۳	۰/۹۷۹
		کنترل	۵۰/۳۳	۹/۱۲	۰/۶۴۰	۰/۸۰۸
تنظیم هیجان منفی	پیش آزمون	مداخله	۵۰/۵۳	۸/۰۱	۰/۵۷۱	۰/۹۰۰
		کنترل	۵۰/۶۰	۶/۶۱	۰/۸۳۱	۰/۴۹۴
	پس آزمون	مداخله	۳۹/۴۷	۶/۶۲	۰/۶۸۱	۰/۷۴۲
		کنترل	۵۰/۳۳	۶/۹۸	۰/۵۰۷	۰/۹۵۹

در دو گروه برابر است ($F_{6,5680.30} = 0.44$ ، $Box's M = 3.01$ ، $P > 0.05$). نتایج آزمون خی دو بارلت برای بررسی کروییت یا معنا داری رابط بین مولفه های تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی نشان داد که رابط بین این مولفه ها معنی دار است ($X^2 = 7.79$ ، $df = 5$ ، $p < 0.05$). پس از بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مولفه های تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی تفاوت معنی داری وجود دارد (Wilk's $\Lambda = 0.16$ ، $F_{3,23} = 78.07$ ، $p < 0.001$). برای بررسی این که گروه مداخله و کنترل در کدام یک از مولفه های تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی با یکدیگر تفاوت دارند در (جدول ۴). نتایج تحلیل واریانس تک متغیری گزارش شده است.

برای بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری در تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مولفه های تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی در گروه مداخله و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F_{1,24} = 20.07$ ، $P > 0.05$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس مولفه های سلامت روان ($F_{1,28} = 0.01$ ، $P > 0.05$)، تنظیم هیجان مثبت ($F_{1,28} = 0.02$)، تنظیم هیجان منفی ($F_{1,28} = 0.86$ ، $P > 0.05$) در گروه ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه مداخله و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در متن تحلیل چند متغیری برای مولفه های تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی

متغیر	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
سلامت روان	مداخله	۲۰/۴۵	۶۰/۲۴	۰/۵۵	۶۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	کنترل	۱۴/۲۱					
تنظیم هیجان مثبت	مداخله	۷۱/۵۳	۲۰/۵۴	۱/۸۵	۶۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	کنترل	۵۰/۹۹					
تنظیم هیجان منفی	مداخله	۳۹/۳۵	۱۰/۹۲	۱/۳۸	۳۱/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	کنترل	۵۰/۲۸					

در زندگی مردم (به عنوان مثال اختلالات خوردن)، تمرکز مداخلات خود را بر تجزیه و تحلیل درستی ارزیابی منفی از بدن و اعتقادات غیرمنطقی در مورد اهمیت و معنای ظاهر فیزیکی، تغییر دادن آن‌ها به افکار و احساسات مثبت‌تر با دقیق‌تر و ترویج رفتارهای انطباقی قرار داده است (۳۲). این امر سبب شده که درمان شناختی و رفتاری بر تنظیم هیجان اثرگذار باشد. درمان شناختی - رفتاری با بکار بردن ترکیب راهکارهای شناختی و رفتاری فرد قادر می‌شود تا در جهت تغییرات رفتاری جدی تلاش کند و پیامدهای این تغییرات را ارزیابی کند. سپس به وسیله تغییر افکار و شناخت، هدف درمان انتقال مهارت‌های یاد گرفته شده به زندگی روزمره فرد می‌شود (۳۳)؛ بنابراین بیمار خودش تبدیل به یک درمانگر می‌شود و قادر است هیجانات خود را بهتر مدیریت کند.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که بین سلامت روان شناختی دو گروه مداخله و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین نمرات سلامت روان شناختی گروه مداخله در مقایسه با کودکان گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است. بر این اساس نتیجه گرفته می‌شود درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی شده است. یافته به دست آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو است، به عنوان مثال مطالعه مددی و همکاران، نشان داد رفتاردرمانی شناختی به شیوه گروهی در بهبود نگرش خوردن و سلامت روان افراد دارای اضافه‌وزن تأثیر مثبت داشت (۱۹). در پژوهشی دیگر فنایی و همکاران، دریافتند که درمان شناختی - رفتاری، در مرحله پس‌آزمون، منجر به افزایش معنادار سلامت روان افراد دارای اضافه وزن بین ۲۰ تا ۵۰ شد (۲۰). یافته‌های پژوهشی دیگر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود سلامت روانی و افزایش میزان خودکارآمدی در زنان مبتلا به چاقی شد (۲۱). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که گفت و گوی فرد چاق با درمانگر در مورد افکار خود آیند منفی به منظور شناسایی این افکار، یادداشت آن‌ها روی کاغذ و خروج آن‌ها از ذهنش و اجرای تصویرسازی ذهنی در مورد خاطرات اوایل زندگی موجب تغییر نگرش افراد گروه مداخله می‌شود، به عبارتی دیگر به دنبال گروه درمانی شناختی رفتاری، اعضای گروه در جریان تعامل با درمانگر به بررسی و شناسایی موانع و نگرانی‌های مرتبط با کاهش وزن پرداخته و اقدام به اصلاح

با توجه به (جدول ۴). آماره F برای مؤلفه‌های سلامت روان، سلامت محیطی، روابط اجتماعی، تنظیم هیجان مثبت و تنظیم هیجان مثبت معنی دار هستند. این یافته‌ها نشانگر آنها هستند که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی داری وجود داشت. همچنین اندازه اثر در (جدول ۴) نشان داد که عضویت گروهی ۶۱ درصد از تغییرات سلامت روان، ۶۰ درصد از تغییرات تنظیم هیجان مثبت و ۴۵ درصد از تغییرات تنظیم هیجان منفی، را تبیین می‌کند.

بحث

هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی بود. اولین یافته پژوهش نشان داد که بین ابعاد تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد و سرکوبی) دو گروه مداخله و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ و نمرات ارزیابی مجدد گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است، اما نمرات سرکوبی کاهش پیدا کرده است. بر این اساس نتیجه گرفته می‌شود درمان شناختی - رفتاری موجب بهبود ارزیابی مجدد و کاهش سرکوبی زنان مبتلا به چاقی شده است. نتیجه به دست آمده با یافته‌های مطالعات پیشین در این زمینه همسو است. به طور مثال طوافی و همکاران، در پژوهش خود دریافتند که روش نظم جویی هیجان و درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجان افراد دارای اضافه‌وزن مؤثرند (۲۲). همچنین مطالعه اسمری برده زرد و همکاران، نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر هیجان در گروه مداخله به‌طور معناداری باعث کاهش نمره کلی دشواری هیجانی و شاخص دوره‌های پرخوری در اختلال پرخوری شد (۲۳). در تبیین این یافته‌ها باید به مفروضه‌های درمان شناختی توجه کرد که بر پایه تغییر شناخت، هیجان و رفتار استوار است، این بدان معنا است که مداخله درمان شناختی رفتاری در پژوهش حاضر سبب شده که آزمودنی‌ها از نظر تفکر و هیجان به اصلاح ادراکات نادرست خود بپردازند و با بهره‌گیری از آن در ارتباط با دیگران بتوانند دیدگاه مثبتی نسبت به شاخص توده بدنی خود داشته باشند. همچنین با اصلاح باورها و ادراکات از تصویر بدنی خود زمینه‌های کاهش آن در طی مداخله را عملی نمایند، زیرا دیدگاه شناختی رفتاری در مورد تصویر ذهنی بدن و تأثیر منفی آن

شود. همچنین انجام مطالعه‌ای مشابه با جلسات پیگیری به‌منظور بررسی طول اثرات درمان پیشنهاد می‌شود. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که در دوره‌های آموزشی درمان شناختی- رفتاری در جهت بهبود تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی پرداخته شود. همچنین جهت تعمیم پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده، به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با رویکردهای موج سوم از جمله درمان ذهن آگاهی پرداخته شود.

سیاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول مقاله در رشته روان شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین المللی کیش با کد تصویب پایان نامه به شماره ۶۱۹۲۰۷۰۹۹۶۱۰۱۳ و کد اخلاق IR.IAU.TMU. REC.1399.236 از کمیته اخلاق در پژوهش علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران می باشد. هیچ گونه تضاد منافع برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد. و نویسندگان از کلیه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، کمال تشکر را دارند.

References

1. Ghahremani Moghaddam M, Mohammadiyan M, hakakdokht e. The effect of two different intensity of resistance training with blood flow restriction on strength, body fat percentage and serum level of Irisin in overweight women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2020:-. (Persian).
2. Buch A, Carmeli E, Shefer G, Keinan-Boker L, Berner Y, Marcus Y, et al. Cognitive impairment and the association between frailty and functional deficits are linked to abdominal obesity in the elderly. Maturitas. 2018; 114:46-53. Doi: org/10.1016/j.maturitas.2018.05.009. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.05.009>
3. Al Kibria GM. Prevalence and factors affecting underweight, overweight and obesity using Asian and World Health Organization cutoffs among adults in Nepal: analysis of the Demographic and Health Survey 2016. Obesity Research & Clinical Practice. 2019; 13(2):129-136.. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2019.01.006>
4. Fallahzadeh H, Saadati H, Keyghobadi N. Estimating the Prevalence and Trends of Obesity

الگوی غذایی خود می‌نمایند (۳۴). همچنین در تبیینی دیگر می‌توان گفت که با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری، تغییر و اصلاح افکار و رفتار افراد دارای اضافه‌وزن و چاق در مواجهه با پرخوری و با تأکید بر فعالیت‌های عینی و رفتاری، فرد را به انجام تکالیف مربوط به تبعیت از رژیم غذایی سالم تحریک می‌کند (۳۴) و با درگیری فرد در فعالیت‌های ورزشی می‌توان سلامت روان شناختی را ارتقاء داد.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری موجب بهبود ارزیابی مجدد و سلامت روان شناختی، کاهش سرکوبی زنان مبتلا به چاقی شد. بر اساس نتایج پژوهش، از درمان شناختی- رفتاری گروهی به عنوان درمان مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود تنظیم هیجان و سلامت روان شناختی زنان مبتلا به چاقی استفاده شود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر به عدم برگزاری دوره پیگیری می‌توان اشاره نمود، همچنین این مطالعه تنها بر روی آزمودنی‌های زن انجام شد، بنابراین تعمیم اطلاعات حاصل از این مطالعه بر آزمودنی‌های مرد باید با احتیاط انجام

in Iran Populations from 2000 to 2011: A Meta-Analysis Study. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2017; 25(9):681-689. (Persian).

5. Kelly T, Yang W, Chen C-S, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. International Journal of Obesity. 2008; 32(9):1431-1437. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.102>
6. Seddighian SF, Hakim javadi M, Rezaei S, Zebardast A. The Effect of Aerobic Exercise Training Program on Mental Health and Body Image Concern of Women with Obesity Stigma. Quarterly Journal of Health Psychology. 2020; 9 (34):137-154. (Persian).
7. Aali S, Kadivar R. Predicting the mental health profile based on the developmental family function components. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2015; 17(6):300-307. (Persian).
8. Zarei A, Poursharifi H, Babapour J. The Role of Body Image Dissatisfaction and Mental Health in Prediction of Adolescent Obesity among Girls. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2016; 18(3):197-204. (Persian).

9. Yarizadeh H, Setayesh L, Askarpour M, Keshavarz SA, Mirzaei K. The Relationship between Low Carbohydrate Diet Score and Mental Health in Overweight and Obese Women. *Qom Univ Med Sci J*. 2020; 14(2):47-54. (Persian). <https://doi.org/10.29252/qums.14.2.47>
10. Han S, Pistole MC. College student binge eating: Insecure attachment and emotion regulation. *Journal of College Student Development*. 2014; 55(1):16-29. <https://doi.org/10.1353/csd.2014.0004>
11. Kazemi Rezaei SA, Khoshsorour S, Nouri R. The Discriminative Role of Metacognitive Beliefs, Difficulty in Emotion Regulation, and Codependency in Obese Women. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2019; 22(4):86-97. (Persian). <https://doi.org/10.32598/JAMS.22.4.80>
12. Suri G, Sheppes G, Young G, Abraham D, McRae K, Gross JJ. Emotion regulation choice: The role of environmental affordances. *Cognition and Emotion*. 2018; 32(5):963-971. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1371003>
13. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 1998; 2(3):271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
14. Steward T, Pico-Perez M, Mata F, Martinez-Zalacain I, Cano M, Contreras-Rodriguez O, et al. Emotion regulation and excess weight: impaired affective processing characterized by dysfunctional insula activation and connectivity. *PLoS One*. 2016; 11(3): 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152150>
15. Brennan L. Does motivational interviewing improve retention or outcome in cognitive behaviour therapy for overweight and obese adolescents? *Obesity Research & Clinical Practice*. 2016; 10(4):481-506. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2015.08.019>
16. Ashoori J. The effect of cognitive behavioral therapy on happiness and mental health in patients with type II diabetes. *Journal of Nursing Education*. 2016; 3(4):71-79. (Persian).
17. Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*. 2017; 40(4):597-609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
18. Peters L, Romano M, Byrow Y, Gregory B, McLellan LF, Brockveld K, et al. Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 256:70-78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.042>
19. Madadi J, Chinave M. The effectiveness of group therapy based on cognitive-behavioral approach on eating attitude and mental health of overweight people. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2020; 6(3):103-108. (Persian)..
20. Fanaee S, Habib Allah A, Ghazanfari A. Positive and negative effects of cognitive behavioral therapy on mental health and psychological flexibility in individuals with overweight. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2015; 2(2):28-38. (Persian).
21. Issazadegan A, Shiekhy S, Hafeznia M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on enhancing self-efficacy and mental health among women with obesity. *Studies in Medical Sciences*. 2015; 26(9):785-92. (Persian).
22. Tavafi M, Hatami M, Ahadi H, Sarafizadeh S. Compare the effectiveness of emotional regulation group intervention and cognitive behavioral therapy on emotion regulation of overweight people. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2020; 15(55):27-36. (Persian).
23. Asmaribardezdard Y, Khosravi A, Ansari H, Motavalli Mm. Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation and Periods of Overeating in Women with Binge Eating Disorder. *Navid No*. 2018; 21(66):12-23. (Persian).
24. Delavar A. *Research methodology in psychology and education*. Tehran: Virayesh; 2015 (Persian).
25. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 85(2):348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
26. Mashhadi A, Ghasempour A, Akbari E, Ilbaygi R, Hassanzadeh S. The Role of Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation in Prediction of Social Anxiety Disorder in Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017; 14(52):89-99. (Persian).
27. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of

- the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000; 53(1):1-12. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(99\)00123-7](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(99)00123-7)
28. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*. 2004; 13(2):299-310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
 29. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(4):1-12. (Persian).
 30. Mitchell JE, Devlin MJ, de Zwaan M, Peterson CB, Crow SJ. *Binge-eating disorder: Clinical foundations and treatment*: Guilford Press; 2007.
 31. Azari S. Efficacy of short term cognitive-behavioral therapy on binge eating disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 6(4):377-382. (Persian).
 32. Sohrabi F, Pasha R, Naderi F, Askary P, Ehteshamzadeh P. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Body Mass Index and Self-Concept Perceptions of Overweight Individuals. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2018; 12(4):43-51. (Persian).
 33. Khodabakhsh Pirkalani R, Rahim Jamarouni H. Effectiveness of Mixed Cognitive-behavioral Therapy and Mindfulness Based stressreduction in Treating a Case of Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2013; 4(13):121-147. (Persian).
 34. Lotfi Kangarshahi A, deghani Arani F, Rostami R, Ashrat Talesh SH, Abolhasani M. Comparing Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Activity Increasing and Weight Decreasing in Obese Individuals with Coronary Artery Stenosis. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2019; 8(31):53-78. (Persian).