تاثیر ترکیبی شناخت درمانی گروهی و رژیم‌درمانی بر کاهش وزن و خودکارآمدی زنان مبتلا به چاقی

حمیدرضا ساسان فر: فوق کارشناس روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم تهاجمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.hsasanfar@gmail.com
رضا شا بهاری: کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم تهاجمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. h_shabahari@hotmail.com
عبدالرضا پازوکی: فلوشیپ جراحی لاپاروسکوپیک، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم تهاجمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. apazouki@yahoo.com
محدثه پیشگاه رودسری: کارشناس آمار، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم تهاجمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. mo.pishgah@gmail.com
* **عاطفه قنبری جلفایی**: روانپزشک، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم تهاجمی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول). draghj@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۱/۲۱ تاریخ پذیرش: ۹۵/۵/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: شیوع چاقی در جامعه رو به افزایش است و درمان آن همیشه با چالش‌هایی همراه بوده است. در سال‌های اخیر روان‌درمانی در کنار سایر درمان‌های چاقی جایگاه مهمی پیدا کرده است. این پژوهش به مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی گروه‌درمانی شناختی همراه با رژیم‌درمانی با رژیم‌درمانی به‌تنهایی بر افزایش کارآمدی و کاهش وزن زنان مبتلا به چاقی پرداخته است.

روش کار: از بین ۱۶۸ آزمودنی، پس از غربالگری نهایی و بررسی معیارهای ورود، ۱۶ آزمودنی به‌صورت تصادفی ساده برای شرکت در دو گروه‌درمانی ترکیبی و گروه رژیم‌درمانی انتخاب شدند. پس از اندازه‌گیری وزن اعضای هر دو گروه، پرسشنامه‌ی مقیاس سبک زندگی مبتنی بر کارآمدی وزن در اختیار آنان قرار گرفت. سپس مداخله شناخت درمانی گروهی به گروه درمان ترکیبی ارائه شد و از جلسه‌ی چهارم مداخله گروهی هر دو گروه تحت مداخله رژیمی در ۸ جلسه و هر دو هفته یک‌بار انجام پذیرفت. در تحلیل داده‌ها از دو روش قصد درمان (Intention to treat) و پری پروتکل (Pre-protocol) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که به‌طور معناداری ترکیب گروه‌درمانی شناختی همراه با رژیم‌درمانی منجر به کاهش وزن بیش‌تر ($p<۰/۰۵$) برای هر دو نمونه‌های قصد درمان و پرپروتکل) و نیز افزایش خود کارآمدی در زنان مبتلا به چاقی ($p<۰/۰۵$) برای هر دو نمونه‌های قصد درمان و پرپروتکل) می‌گردد. میان خود کارآمدی زنان مبتلا به چاقی در ابتدای درمان با میزان کاهش وزن آن‌ها پس از درمان ($p>۰/۰۵$) برای هر دو نمونه‌های قصد درمان و پرپروتکل) و نیز میان این خودکارآمدی با نرخ ترک درمان ارتباط معناداری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها اثرات استفاده از گروه‌درمانی چاقی در جهت افزایش موفقیت در کاهش وزن را نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی شناختی، رژیم‌درمانی، خودکارآمدی، چاقی

مقدمه

چاقی (Obesity) ازجمله امراضی است که شیوع آن در طی دهه‌های گذشته روند رو به شتابی داشته است (۱) در ایالات‌متحده، در سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۷، ۱۶/۹ درصد کودکان و نوجوانان بین ۲ تا ۱۹ سال مبتلا به بیماری چاقی بوده‌اند (۲) و شیوع چاقی در زنان بیشتر از مردان است (۳). در ایران نیز ۵/۵ درصد از کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال و ۲۱/۵ درصد از افراد بالاتر از ۱۸ سال مبتلا به چاقی هستند. هرچند در ایران شیوع چاقی نسبت به کشورهای توسعه‌یافته کمتر است (۴) ولی انتظار می‌رود در آینده، با توجه به ارتباط مثبت میان سن و چاقی و اینکه اکثر جمعیت ایرانی کمتر از ۳۰ سال دارند، شاهد شیوع بیشتری از چاقی در ایران باشیم (۵). در تهران شیوع چاقی در بین مردان ۱۸/۶ درصد و در بین زنان ۳۸/۳ درصد گزارش شده است. این مطالعه شیوع بسیار زیاد چاقی در بزرگسالان تهرانی را نشان می‌دهد که در زنان گاه تا ۲ برابر بیشتر از مردان است (۶).

در سال‌های اخیر؛ علم روان‌شناسی در بسیاری از راهنماهای بالینی (Clinical guideline) که با هدف مدیریت چاقی (Obesity management) توسط مراکز معتبر علمی منتشر می‌شود، جایگاه خود را یافته است. در این آیین‌نامه‌ها، تیم مدیریت یا درمان چاقی از حضور یک روان‌شناس بهره می‌برد. به‌طور مثال در راهنمای بالینی مدیریت و پیشگیری چاقی در کودکان و بزرگسالان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

Canadian Clinical Practice Guideline on) The Management and Prevention of Obesity in adults and children) که توسط انجمن پزشکی کانادا (۲۰۰۶) انتشار یافته یک تیم درمانی مؤثر در مدیریت و کاهش وزن افراد مبتلا به چاقی متشکل از؛ پزشک، رژیم درمانگر، متخصص ورزشی و روان‌شناس است.

بیرنه و همکاران (Byrne et al.) در مطالعه‌ای عوامل روان‌شناختی را به‌عنوان فاکتوری مهم در بازگشت وزن کاهش یافته افراد چاق، پس از یک دوره کاهش وزن بیان نمودند (۷).

هزینه‌های اقتصادی فراوان، عوارض جانبی جسمی و روان‌شناختی، شکست‌های درمانی، نرخ بالای ترک درمان و مواردی مانند این‌ها مسائلی است که پژوهش‌های گسترده‌ای را طلب می‌کند. گروه‌درمانی (Group therapy) به‌عنوان یکی از راهبردهای درمانی مؤثر در مدیریت و درمان چاقی موردتوجه است. بدین‌جهت روان‌درمانی گروهی، موقعیت برجسته‌ای در میان روان‌پزشکی نوین برای درمان چاقی یافته است (۸).

در مطالعه‌ای به منظور بررسی شرح و ارزیابی کارآمدی طولانی‌مدت درمان کوتاه‌مدت شناختی (۱۸ ماه پس از پایان درمان) معلوم شد که طی ۱۰ هفته ابتدایی درمان، کاهش وزن رضایت‌بخشی صورت پذیرفته است. پس از ۱۸ ماه نیز میان گروه کنترل و درمان از نظر تفاوت وزن تفاوت معناداری وجود داشت (۹). مطالعه‌ای با هدف سنجش اثربخشی اضافه کردن مداخله شناختی و رژیمی به درمان رفتاری نشان داد که مداخلات رفتاری تاثیر معناداری در کنترل وزن دارند و همچنین گروه‌هایی که مداخلات شناختی دریافت کرده بودند شناخت‌های انطباقی مربوط به وزن بیشتری نسبت به گروه‌هایی که مداخلات شناختی دریافت نکرده بودند، داشتند (۱۰). وبر و وین (Weber and Wyne) (۲۰۰۶) در تحقیقی با عنوان مداخله گروه‌درمانی شناختی در کاهش وزن بیماران تحت درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک آتیپیکال، اثربخشی گروه‌درمانی شناختی را در کاهش وزن و پیشگیری از دیابت نشان داده‌اند (۱۱).

رنجیلین و همکاران (Renjilian et al.) (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای به منظور مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی و درمان انفرادی در درمان مبتلایان به چاقی اثربخشی بیشتر گروه‌درمانی را در کاهش وزن و شاخص توده بدنی نسبت به درمان انفرادی نشان دادند. هر دو نوع درمان تاثیر برابری در عملکرد روان‌شناختی مراجعین داشتند (۱۲).

وولف و کلارک (Wolf and Clark) (۲۰۰۱) در پژوهشی کارایی گروه‌درمانی شناختی - رفتاری را در درمان اختلال پرخوری نشان دادند (۱۳). از دیگر نتایج این پژوهش، پیشرفت معنادار آزمودنی‌ها در خودکارامدی و تصویر بدنی‌شان نسبت به پیش از درمان بود. در پژوهشی دیگر با عنوان "تاثیر خودکارامدی بر نرخ ترک درمان (Drop out) در درمان چاقی" توسط میتچل و استوارت (Mitchell and Stuart) (۲۰۰۷) نشان داد که ۱۰۱ نفر از افرادی که درمان را رها کرده بودند نسبت به افراد باقی‌مانده در درمان خودکارامدی پایین‌تری داشتند (۱۴). با اینکه میزان کاهش وزن در گروه ریزش کننده تفاوتی با افراد باقی‌مانده نداشت اما این گروه به‌طور معناداری در کنترل وزن و تغییر وزن احساس موفقیت کمتری داشتند. مطالعه‌ی روچ و دیگران (Roach et al.) (۲۰۰۳) نشان داد که با خودکارامدی بیشتر شاهد کاهش وزن بیشتری خواهیم بود. این مطالعه این فرض را طرح می‌کرد که فنون اصلاح رفتاری برای پیشرفت خودکارامدی می‌تواند در ارتقا کاهش وزن مؤثر باشد و همچنین می‌تواند نتایج مثبتی را ایجاد نماید (۱۵). باس و دونمز (Bas and Donmez) (۲۰۰۸) در مطالعه‌ای نشان دادند که خودکارامدی بالاتر به‌طور معناداری با کاهش وزن همه شرکت‌کنندگان در درمان چاقی ارتباط داشته است (۱۶). در مطالعه‌ای نشان دادند که باورهای خودکارامدی رفتارهای کنترل وزن را پیش‌بینی می‌کند و تغییرات وزنی را در طول درمان و نه در دوره پیگیری نشان می‌دهد (۱۷).

همچنین کاهش وزن اثرات مثبت بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و ارتقا کیفیت رابطه جنسی زنان در رابطه با مردان دارد (۱۸).

در مطالعه‌ای بر روی ۶۲ زن مبتلا به اضافه وزن

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

نتایج زیر را به دست آوردند: الف) کاهش وزن با افزایش کارامدی شخصی ارتباط دارد. ب) نسبت به متغیر کاهش وزن پس از درمان، خودکارامدی پس از درمان پیش‌بین دقیق‌تر و معنادارتری از کاهش وزن در دوره پیگیری است. ج) خودکارامدی با ترک درمان ارتباط دارد. کاهش وزن ارتباطی را نشان نداد. د) نتایج، ارتباط معناداری میان تغییرات وزن و کارایی شخصی را در دوره پیگیری نشان داد. مطابق با نظر بندورا، انتظار می‌رود خودکارامدی نتایج حاصل از درمان را در طی ۶ هفته و ۶ ماه دوره پیگیری نشان دهد (۱۹). از این حیث کاهش وزن پس از درمان ارتباطی با نتایج بعدی نداشت. به علاوه اینکه، افرادی که درمان را به اتمام رسانده بودند نسبت به کسانی که درمان را ترک کرده بودند. کارامدی بالاتری داشتند هدف از پژوهش حاضر بهره‌گیری از گروه‌درمانی و با تمرکز بر کتاب راه‌حل رژیمی بک (۲۰۰۸)، کتاب کار کاهش وزن بک (۲۰۰۷) و کتاب رژیم کامل بک برای زندگی (۲۰۰۸) و استفاده از پرسش‌نامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارامدی وزن، جهت بررسی اثربخشی ترکیب درمان شناختی با رژیم‌درمانی در کاهش وزن و افزایش خودکارامدی زنان مبتلا به چاقی در مقایسه با اثربخشی درمان معمول مبتنی بر رژیم‌درمانی است.

روش کار

جامعه‌ی این پژوهش، زنان چاق مراجعه‌کننده به کلینیک چاقی، مرکز تحقیقات جراحی‌های کم‌تهاجمی بیمارستان رسول اکرم (ص) بود.

ابتدا با توجه به روش نمونه‌گیری هدفمند و با بررسی و ارزیابی‌های اولیه از مراجعه‌کنندگان به کلینیک چاقی مرکز تحقیقات جراحی‌های کم تهاجمی یک فهرست از ۱۶۸ نفر از آن‌ها تهیه و سپس از میان آن‌ها با افراد مقیم در شهرستان تهران تماس گرفته شد. از این تعداد ۵۲ نفر جهت ملاقات حضوری و ارزیابی‌های نهایی مراجعه نمودند و در نهایت تعداد ۱۸ نفر ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند. از میان این ۱۸ نفر، ۱۶ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و در ادامه به روش تصادفی، ۸ نفر از آن‌ها در دو گروه ترکیب شناخت درمانی گروهی با رژیم‌درمانی (گروه درمان ترکیبی) و گروه رژیم‌درمانی گمارده شدند.

معیارهای ورود به تحقیق: BMI برابر یا بزرگ‌تر از ۳۰، سن حداقل ۱۸ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، دریافت نکردن هم‌زمان روان‌درمانی یا یک برنامه دیگر کاهش وزن. معیارهای خروج از تحقیق: بارداری یا برنامه‌ریزی برای بارداری، یائسگی، دریافت کردن داروهای روان‌گردان یا متأثرکننده وزن. اختلالات محور I شامل افسردگی اساسی، اختلالات سایکوتیک و اختلالات تغذیه‌ای بر اساس SCID-I اختلالات محور II شامل اختلالات شخصیتی و عقب‌ماندگی ذهنی، اختلالات محور III به نوعی که در ابتلای فرد به چاقی یا در روند درمان او مؤثر باشند مانند اختلالات هورمونی. مشکلات محورIV به نوعی که در روند ابتلای فرد به چاقی یا درمان او مؤثر باشند مانند مشکلات اقتصادی در دسترسی به تغذیه مناسب (۲۰).

ابزار پژوهش پرسشنامه‌ای با عنوان "خودکارامدی سبک زندگی مربوط به وزن" شامل ۲۰ موقعیت بود که در آن از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد تا نظر خود را نسبت به آن در مقیاس درجه‌بندی در میزان اعتماد و اطمینان به کنترل رفتار از عدد ۰ (عدم اطمینان) تا ۴ (بسیار مطمئن) مشخص کنند. این پرسش‌نامه که توسط کلارک طراحی و ساخته شده، دارای ۲۰ مورد پیرامون خودکارآمدی رفتار خوردن است که در آن آزمودنی‌ها میزان اعتماد و اطمینان خود در کنترل و جلوگیری از رفتار خوردن را در موقعیت‌های مختلف و وسوسه‌برانگیز بر اساس یک طیف لیکرتی پنج نقطه‌ای بیان می‌کنند. ۱۸ روایی و پایایی "پرسشنامه‌ی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن "توسط نویدیان و همکاران بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است (۲۱).

در ضمن پرسشنامه الگوهای خوردن و وزن (QEWP-R)/ اسپیتزر، یانووسکی و مارکوس، ۱۹۹۲. شامل ۸ پرسش که در اختیار آزمودنی قرار گرفت در مطالعه محبی و همکاران روایی نسخه فارسی پرسشنامه تأیید شده است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

اعضای هر دو گروه مورد وزن‌کشی قرار گرفتند و پرسش‌نامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارامدی وزن به آن‌ها ارائه شد. مداخله شناخت‌درمانی گروهی به گروه درمان ترکیبی ارائه شد که با تمرکز بر کتاب راه‌حل رژیمی بک (۲۰۰۸)، کتاب کار کاهش وزن بک (۲۰۰۷) و کتاب رژیم کامل بک برای زندگی (۲۰۰۸) طراحی شده بود و از جلسه چهارم مداخله گروهی هر دو گروه، تحت مداخله رژیمی در ۸ جلسه و هر دو هفته یک‌بار قرار گرفتند. یک نفر از ۸ عضو این گروه پس از جلسه دوم از شرکت در جلسات درمان انصراف داد و درمان را ترک نمود. یک نفر نیز پس از توصیه رژیم‌درمانگر و به منظور حفظ سلامتی خود ناگزیر به ترک رژیم لاغری خود شد و کالری مصرفی او تا دو برابر افزایش یافت؛ بنابراین ۶ عضو گروه، درمان را تکمیل نمودند. از ۸ عضو گروه درمان‌رژیمی نیز ۲ نفر پس از دو جلسه از شرکت در جلسات درمان انصراف دادند. ۲ نفر دیگر نیز از حد مجاز غیبت در جلسات رژیمی تجاوز کرده و از گروه کنار گذاشته شدند. نهایتاً از ۸ عضو اولیه، ۴ عضو درمان را به پایان رساندند.

پس از اتمام مداخله آزمودنی‌های حاضر در مطالعه مجدداً مورد وزن‌کشی قرار گرفتند و پرسش‌نامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارامدی وزن را نیز تکمیل نمودند. به منظور بررسی و تحلیل داده‌های این پژوهش از تحلیل آماری هم‌زمان از دو روش قصد درمان (Intention to treat) و پری پروتکل (Pre protocol) استفاده شد. تحلیل آماری قصد درمان جهت تحلیل داده‌های آزمودنی‌هایی به کار گرفته شد که درمان را تکمیل کردند و تحلیل آماری پرِ پروتکل نیز جهت تحلیل داده‌های همه آزمودنی‌ها به انجام رسید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۳ مورد آنالیز قرار گرفتند. داده‌های کمی با استفاده از میانگین و انحراف معیار و داده‌های کمی با استفاده از فراوانی (درصد) توصیف شدند. اطلاعات دموگرافیک (سن و جنس) و دیگر متغیرهای اندازه‌گیری شده دو گروه مورد مطالعه (گروه‌های DT و CDT) با استفاده از آزمون کای دو برای سن و با استفاده از آزمونی تی نمونه‌های مستقل برای متغیرهای کمی مورد مقایسه قرار گرفتند. برای مقایسه اثر درمان‌های اعمال شده در دو گروه‌درمانی CDT و DT در دو زمان قبل و بعد از درمان آز آزمون مناسب تحلیل واریانس بر اندازه‌های مکرر (آزمون Greenhouse-Geisser) استفاده شد. جهت آنالیز ارتباط میان میزان خودکارآمدی و کاهش میزان شاخص توده بدنی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای هر بیمار تعداد داده‌های از دست رفته از نظر اطلاعات پرسش‌نامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارامدی و تعداد جلسات شرکت در کلاس‌ها و... مورد بررسی قرار گرفت. بیمارانی که کمتر از ۱۰٪ داده‌های از دست رفته داشتند، در تحلیل‌های آماری مورد محاسبه قرار گرفتند. ۱ نفر به علت غیبت بیش از حد و ۱ نفر دیگر به علت از دست دادن معیارهای ورود از مطالعه خارج شدند. آنالیز اول بر اطلاعات گروه قصد درمان (n=۱۴) انجام شد. تحلیل آماری قصد درمان جهت تحلیل داده‌های آزمودنی‌هایی به کار می‌رود که درمان را تکمیل کرده باشند. آنالیز دوم بر گروهی که دوره درمانی را کامل کردند (n=۱۰) انجام شد (گروه پر پروتکل). گروه پر پروتکل به گروهی گفته می‌شود که حداقل ۶ جلسه از ۱۰ جلسه درمان را شرکت کرده باشند.

یافته‌ها

میانگین سن بیماران در گروه CDT، ۸/۸۰±۳۱/۵۰ سال و میانگین شاخص توده بدنی ۳/۲۰±۳۴/۱۲ کیلوگرم، در گروه DT، میانگین سن ۶/۶۵±۳۸/۵۰ سال و میانگین شاخص توده بدنی ۶/۷۰±۳۵/۷۶ کیلوگرم بود. میزان خودکار آمدی در گروه CDT، ۹/۰۹±۴۲/۱۳، در گروه DT ۱۵/۷۷±۴۸/۰۰ بود. دو گروه از نظر سن (p=۰/۱۲۹)، شاخص توده بدنی (p=۰/۳۲۸)، میزان خودکارآمدی (p=۰/۳۹۵) همگن بودند. تمامی بیماران زن بودند.

فرضیه شماره یک: ترکیب گروه‌درمانی شناختی با رژیم‌درمانی در مقایسه با رژیم‌درمانی به‌تنهایی منجر به کاهش وزن بیشتری در زنان مبتلا به چاقی می‌گردد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

در داده‌های قصد درمان، شاخص توده بدنیِ بیمارانِ گروه CDT، پس از درمان به‌طور متوسط ۲/۵۷ کاهش یافته است (p=۰/۰۰۵) درحالی‌که در گروه DT این کاهش مقدار ۰/۳۱ بوده است (p=۰/۶۵۶) (جدول ۱)؛ در داده‌های پر پروتکل، شاخص توده بدنی پس از درمان در گروه CDT، ۳/۳۲ (p=۰/۰۰۲) و در گروه DT، ۱/۱۳ (p=۰/۱۴۰) کاهش یافته است (جدول ۲)؛ نتایج آزمون واریانس برای اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هم در نمونه‌های قصد درمان (p=۰/۰۳۰) و هم در نمونه‌های پر پروتکل (p=۰/۰۳۲)، ترکیب گروه‌درمانی شناختی با رژیم‌درمانی منجر به کاهش شاخص توده بدنی بیشتری در مقایسه با گروه رژیم‌درمانی به‌تنهایی شده است.

فرضیه شماره دو: ترکیب گروه‌درمانی شناختی با رژیم‌درمانی در مقایسه با رژیم‌درمانی به‌تنهایی منجر به افزایش خودکارآمدی بیشتری در زنان مبتلا به چاقی می‌گردد.

در داده‌های قصد درمان، خودکارآمدی در گروه CDT پس از درمان، به میزان ۱۹/۶۲ (p=۰/۰۰۱) و در گروه DT تنها به میزان ۲/۳۳ (p=۰/۴۵۷) افزایش مشاهده شده است (جدول ۱)؛ در داده‌های پر پروتکل، خودکارآمدی در گروه CDT، به میزان ۲۱/۵۳ (p=۰/۰۰۸) و در گروه DT، به میزان ۳/۷۵ (p=۰/۳۸۹) افزایش یافته است (جدول ۲). همچنین در نتایج آزمون واریانس برای اندازه‌گیری مکرر مشاهده شد که هم در نمونه‌های قصد درمان (p=۰/۰۵) و هم در نمونه‌های پرپروتکل (p=۰/۰۳۶) ترکیب گروه‌درمانی شناختی با رژیم‌درمانی منجر افزایش خود کارآمدی بیشتری نسبت به گروه رژیم‌درمانی به‌تنهایی شده است.

فرضیه شماره سه: خودکارآمدی زنان مبتلا به چاقی در ابتدای درمان با میزان کاهش در شاخص توده بدنی آن‌ها در انتهای درمان ارتباط خواهد داشت.

در نمونه‌های قصد درمان، در هیچ‌یک از دو گروه DT و CDT، میانِ کاهش در شاخص توده بدنی با میزان خودکارامدی قبل از درمان ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (گروه CDT: p=۰/۴۸۶) و (گروه DT: p=۰/۲۳۲). در نمونه‌های پرپروتوکل

جدول ۱- شاخص توده بدنی و خودکارآمدی نمونه‌های قصد درمان قبل و بعد از درمان

	(CDT) (n=۸)		(DT) (n=۶)	
	قبل از درمان	بعد از درمان	قبل از درمان	بعد از درمان
شاخص توده بدنی	۳۴/۱۲±۳/۲۱*Δ	۳۱/۵۵±۴/۱۸	۳۵/۷۶±۲/۶۱	۳۵/۴۵±۴/۰۲
خودکارآمدی	۴۲/۱۳±۹/۰۹*Δ	۶۱/۷۵±۰۸/۰۱	۴۸/۰۰±۱۵/۷۷	۵۰/۳۳±۱۷/۰۲

*مقایسه با گروه DT، p>۰/۰۵

Δمقایسه با بعد از درمان، p<۰/۰۱

جدول ۲- شاخص توده بدنی و خودکارآمدی نمونه‌های پرپروتکل قبل و بعد از درمان

	(CDT) (n=۶)		(DT) (n=۴)	
	قبل از درمان	بعد از درمان	قبل از درمان	بعد از درمان
شاخص توده بدنی	۳۳/۲۵±۳/۱۱*Δ	۲۹/۹۳±۳/۲۰	۳۴/۲۶±۱/۴۵	۳۳/۱۳±۲/۳۵
خودکارآمدی	۴۲/۱۷±۷/۸۰*Δ	۶۳/۷±۷/۹۶	۴۶/۵۰±۱۳/۷۷	۵۰/۲۵±۱۰/۷۲

*مقایسه با گروه DT، p>۰/۰۵

Δمقایسه با بعد از درمان، p<۰/۰۱

جدول ۳- ارتباط بین شاخص توده بدنی و میزان خودکارآمدی قبل و بعد از درمان نمونه‌های قصد درمان و نمونه‌های پرپروتکل

	BMI(نمونه‌های قصد درمان) r (P-value)		BMI(نمونه‌های پرپروتکل) r (p-value)	
	(DT) (n=۶)	(CDT) (n=۸)	(DT) (n=۴)	(CDT) (n=۶)
میزان خودکارآمدی	-۰/۵۷۵(۰/۲۳۲)	۰/۳۰۲(۰/۴۶۸)	۰/۸۸۸(۰/۱۱۲)	۰/۷۱۴(۰/۱۱۱)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

نتیجه مشابه ای از آنالیز ضریب پیرسون مشاهده شد (گروه CDT: p=۰/۱۱۱) و (گروه CDT: p=۰/۱۱۲) (جدول ۳).

فرضیه شماره چهار: خودکار آمدی با نرخ ترک درمان زنان مبتلا به چاقی ارتباط خواهد داشت.

در گروه DT میانگین خودکارآمدی بیماران که درمان را ترک کردند (n=۲) ۱۴/۱۴±۴۲ و بیمارانی که درمان را کامل نموده‌اند (n=۴) این میانگین ۸/۷۰±۴۲/۱۷ بود (p=۰/۹۸۴)؛ در گروه CDT میانگین خودکارآمدی بیماران که درمان را ترک کردند (n=۲) ۲۵/۴۵±۵۱ در مقابل بیمارانی که درمان را کامل نموده‌اند (n=۶) این میانگین ۱۳/۷۷±۴۶/۵۰۱۷ بود (p=۰/۷۸۱)؛ همان‌طور که مشاهده می‌شود در هر دو گروه DT و CDT اختلاف آماری معنی‌داری میان میزان خودکارآمدی بیمارانی که درمان را ترک و یا کامل می‌کنند مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد میزان اثربخشی ترکیب گروه‌درمانی شناختی با رژیم‌درمانی در مقایسه با رژیم‌درمانی به طرز معناداری بیشتر است. این اثربخشی هم در تحلیل آماری قصد درمان و هم در تحلیل آماری پرِ پروتکل یکسان بود. یکسان بودن نتایج در هر دو تحلیل آماری حکایت از اثربخشی بالای درمان ترکیبی و عدم احراز سوگیری در خارج کردن افراد از مطالعه پرِ پروتکل دارد.

نتایج این مطالعه در اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی در کاهش وزن زنان مبتلا به چاقی با مطالعاتی همسو است (۹-۱۲، ۲۲-۲۴).

از ۶ نفر آزمودنی که درمان را در گروه درمان ترکیبی تکمیل نمودند، شاخص توده بدنی ۴ نفر از آن‌ها یعنی حدود ۶۶ درصد پس از درمان به زیر ۳۰ رسید. به عبارتی آن‌ها از رتبه ۱ چاقی به گروه دارای اضافه وزن تنزل پیدا کردند. شاخص توده بدنی ۱ نفر از گروه درمان رژیمی معادل ۲۵ درصد از کل اعضا نیز پس از درمان به زیر ۳۰ کاهش نشان داد. همین‌طور ۵ نفر (۸۳ درصد) از اعضا گروه‌درمانی ترکیبی (در مقابل یک نفر از گروه درمان رژیمی) توانستند بیش از ۵ درصد وزن اولیه خود را کم کنند که بنا بر مطالعات در تخفیف و جلوگیری از بسیاری از بیماری‌های همایند چاقی مؤثر خواهد بود. که با مطالعات دیگر همسویی نشان می‌دهد (۲۵). مطالعه‌ی دیگری توسط ویدال (۲۶) نیز نشان داد که کاهش نسبتاً کم‌وزن، اثرات سودمندی بر بیماری قلبی و عروقی و بهبود کلسترول دارد. همین‌طور کاهش وزن می‌تواند از دو بیماری همراه با چاقی (فشارخون بالا و دیابت نوع دو) جلوگیری کند.

کاهش وزن افراد مبتلا به چاقی بر عوامل روان‌شناختی آن‌ها همچون متغیر خودکارامدی اثر می‌گذارد. کاهش وزن اثر مثبت بر وجوه روان‌شناختی در آزمودنی‌های چاق دارد؛ بنابراین، لازم است که در مورد زوایای کارکردی و روان‌شناختی افراد چاق در طی کنترل درمان وزن توجه داشته باشیم (۲۷). کاهش وزن اثرات مثبت دیگری بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و ارتقا کیفیت رابطه جنسی زنان در رابطه با مردان دارد. در یک مطالعه فرا تحلیل بر روی ۱۱۷ درمان کاهش وزن؛ نشان داد که درمان کاهش وزن با کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس همراه است (۱۸). مطالعه‌ای نشان می‌دهد که عوامل روان‌شناختی مانند داشتن اهداف غیرواقع بینانه برای کاهش وزن، عدم دارا بودن مهارت مدارا یا مهارت‌های حل مسئله و خودکارامدی پایین ممکن است اثر مهمی بر رفتارهای درگیر در ابقا وزن و عود آن در چاقی داشته باشد (۲۸).

در این مطالعه نیز کاهش وزن در کنار اثربخشی گروه‌درمانی می‌تواند اثربخشی معناداری بر متغیر روان‌شناختی خودکارامدی آزمودنی‌ها داشته است. این اثربخشی در گروه درمان ترکیبی که درمان را تکمیل کرده بودند یک افزایش ۴۵/۲۴ درصدی را نشان داد و در گروه قصد درمان نیز این افزایش به ۴۶/۶۰ درصد رسید.

شاید بتوان گفت که تجربیات موفقیت‌آمیز می‌توانند خودکارامدی فرد در همان زمینه را افزایش دهند. این در حالی است که نمره خودکارامدی همین آزمودنی در پیش‌آزمون و نسبت به دیگر اعضا پایین‌ترین نمره را نشان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

می‌داد. این داده همسو با مطالعه فونتاین و چسکین (۲۹) است که نشان دادند که خودکارامدی پیش‌بینی کننده نتایج حاصل از درمان کوتاه‌مدت چاقی نیست؛ و همین‌طور به تفاوت‌های جنسیتی در مطالعه‌ای است که به عوامل رفتاری و روان‌شناختی عمده دخیل در مداخلات کاهش وزن و توجه به تفاوت‌های جنسی در پیش‌بینی کاهش وزن دارد (۳۰).

خودکارامدی زنان مبتلا به چاقی در ابتدای درمان با میزان وزن آن‌ها در انتهای درمان ارتباط داشت. در تحلیل آماری، رگرسیون خطی درصدد پیش‌بینی میزان وزن آزمودنی‌ها با استفاده از نمره خودکارامدی آن‌هاست. تحلیل آماری نشان داد که در گروه قصد درمان تنها وزن آزمودنی‌ها در پیش از درمان می‌تواند به‌عنوان پیش‌بین وزن در انتهای درمان مورداستفاده قرار گیرد. این در حالی بود که در گروه پرِ پروتکل، هیچ‌کدام از متغیرها اعم از سن، تحصیلات، خودکارامدی و وزن پیش از درمان به‌عنوان متغیر پیش‌بین قابلیت توانایی میزان وزن انتهایی درمان آزمودنی‌ها را نداشت. این پدیده می‌تواند ناشی از حجم پایین آزمودنی‌ها باشد. بااین‌وجود در مطالعه‌ای به تفاوت‌های جنسیتی در عوامل روان‌شناختی دخیل در کاهش وزن اشاره شده است. در این مطالعه آشکار شد که مردان از نرخ خودکارامدی بالاتری نسبت به زنان برخوردار بودند درحالی‌که زنان نشانگان افسردگی و اختلال پرخوری بیشتری در پیش از درمان داشتند (۳۰)؛ به‌عبارت‌دیگر سطوح بالای خودکارامدی کنترل وزن مردان پیش از درمان، پیش‌بینی‌کننده‌ی کاهش وزن بیشتری در آن‌ها نسبت به زنان داشت. درعین‌حال در مطالعه‌ای نشان داده شد که خودکارامدی پیش‌بینی کننده نتایج حاصل از درمان کوتاه‌مدت چاقی نیست. (۲۹)

خودکارامدی با نرخ ترک درمان زنان مبتلا به چاقی ارتباط داشت. نمرات خودکارامدی افرادی که درمان را ترک و افرادی که درمان را تکمیل نموده بودند، مقایسه شد؛ با استفاده از آزمون آماری تی برای گروه‌های مستقل تحلیل آماری انجام گرفت و در نتیجه، هم در مجموع دو گروه و هم در دو گروه به تفکیک، فرضیه مربوطه، مورد تأیید قرار نگرفت.

این نتایج با مطالعاتی که ارتباط میان خودکارامدی و نرخ ترک درمان را نشان داده بودند همسو نیست. (۲۳) این می‌تواند ناشی از حجم نمونه کم در این مطالعه باشد.

ترکیب گروه‌درمانی شناختی همراه با رژیم‌درمانی منجر به کاهش وزن بیش‌تر و نیز افزایش کارآمدی در زنان مبتلا به چاقی می‌گردد.

محدودیت‌ها

حجم نمونه کم و عدم پیگیری آن‌ها جهت بررسی اثر مداخلات در حفظ کاهش وزن در طولانی‌مدت از محدودیت‌های مطالعه حاضر هستند.

منابع

1. Foster G. The behavioral approach to treating obesity. Am Heart J; 2006. 151:625-7.
2. Ogden C, Carroll M. Prevalence of obesity among children and adolescents: United States, trends 1963-1965 through 2007-2008. Centers for Disease Control and Prevention; June 2010. 2013.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
4. Tabatabaei Molazi O, Larijani B. A review of the prevalence of obesity and its management in Iran. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders; 2013. 12(5):357-74.
5. Damirchi A, Mehrabani J. [Shuyue Chaghi, Ezafe Vazn va Porfeshariye khun va Avamele Khatarzaye Mortabet ba Anha dar Mardan Bozorgsal]. Olympics; 2009. 17(3):87-103.(Persian)
6. Heshmat R, Fakhrzadeh H, Pourebrahim R, Nouri M, Pajouhi M. [Arzyabie vaziate chaghi va afzayeshe vazn va olguye taghirate anha dar jamiate 25-64 sale saken paygahe tahghighate jamiate daneshgahe ulum pezeshkie tehran]. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism; 2003. 1(2):71-80. (Persian)
7. Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. Int J Obes; 2003. 27:955-62.
8. Burlingame GM, Fuhriman A, Mosier J. The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. Group Dyn-Theor Res; 2003. 7:3.
9. Stahre L, Hällström T. A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. Eat Weight Disord-St; 2005. 10(1):51-8.

10. Kalodner CR, DeLucia JL. The individual and combined effects of cognitive therapy and nutrition education as additions to a behavior modification program for weight loss. Addict Behav; 1991. 16:255-63.

11. Weber M, Wyne K. A cognitive/behavioral group intervention for weight loss in patients treated with atypical antipsychotics. Schizophr Res; 2006. 83:95-101.

12. Renjilian DA, Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, Shermer RL, Anton SD. Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. J Consult Clin Psycho; 2001. 69:717-21.

13. Wolff GE, Clark MM. Changes in eating self-efficacy and body image following cognitive–behavioral group therapy for binge eating disorder: A clinical study. Eat Behav; 2001. 2:97-104.

14. Mitchell C, Stuart RB. Effect of self-efficacy on dropout from obesity treatment. J Consult Clin Psychol; 1984. 52:1100.

15. Roach JB, Yadrick MK, Johnson JT, Boudreaux LJ, Forsythe WA, Billon W. Using self-efficacy to predict weight loss among young adults. J Am Diet Assoc; 2003. 103:1357-9.

16. Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. Appetite; 2009. 52:209-16.

17. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. Int J Impot Res; 2007. 19:353-7.

18. Kolotkin RL, Head S, Hamilton M, Tse CKJ. Assessing impact of weight on quality of life. Obes Res; 1995. 3:49-56.

19. Bernier M, Avard J. Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight-reduction program. Cognitive Ther Res; 1986. 10:319-38.

20. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [Payayi va Ghabeliate Ejraye Noskheye Farsi Mosahebeye Sakhtaryafteye Tashkhisi Baraye (SCID) DSM-IV]. Cognitive Science Studies; 2004. 6(1,2):10-22. (Persian)

21. Navidian A, Abedi M, Baghban I, Fatehizadeh M, Poursharifi H. Reliability and validity of the weight efficacy lifestyle questionnaire in overweight and obese individuals. Journal of Behavioral Sciences; 2009. 3(3):217-22.

22. Werrij MQ, Jansen A, Mulkens S, Elgersma HJ, Ament AJ, Hospers HJ. Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. J Psychosom Res; 2009. 67:315-24.

23. Beutel M, Thiede R, Wiltink J, Sobez I. Effectiveness of behavioral and psychodynamic in-patient treatment of severe obesity-first results from a randomized study. Int J Obes Relat Metab Disord; 2001. 25.

24. Cognolato S, Silvestri A, Fiorellini BA, Santonastaso P. [Psychodynamic group psychotherapy with obese patients]. Minerva psichiatrica; 1996. 37:5-12.

25. Blackburn G. Effect of degree of weight loss on health benefits. Obes res; 1995. 3(S2):211s-6s.

26. Vidal J. Updated review on the benefits of weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord; 2002. 26.

27. Burnette JL. Implicit theories of body weight: Entity beliefs can weigh you down. Pers Soc Psychol Bull; 2010. 36:410-22.

28. Drury A, Aramburu C, Louis M. Exploring the association between body weight, stigma of obesity, and health care avoidance. J Am Acad Nurse Pract; 2002. 14(12):554-61.

29. Fontaine KR, Cheskin LJ. Self-efficacy, attendance, and weight loss in obesity treatment. Addict Behav; 1997. 22:567-70.

30. Presnell K, Pells J, Stout A, Musante G. Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. Eat Behav; 2008. 9:170-80.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

The effectiveness of combined cognitive group therapy and diet therapy on obese women's weight-loss and self-efficacy

Hamidreza sasanfar, MSc, Clinical Psychology, Minimally Invasive Surgery Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. hsasanfar@gmail.com
Reza Shabahari, MSc, Personality psychology, Minimally Invasive Surgery Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. h_shabahari@hotmail.com
Abdolreza Pazouki, Associate Professor, Fellowship of Laparoscopy, Minimally Invasive Surgery Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. apazouki@yahoo.com
Mohadeseh Pishgahroudsari, BS of Statistics, Minimally Invasive Surgery Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mo.pishgah@gmail.com
***Atefeh Ghanbari-Jolfaie**, Associate Professor, Psychiatrist, Minimally Invasive Surgery Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. draghj@yahoo.com

Abstract

Background: This study has assessed the effect of combined group therapy with dietary therapy versus dietary therapy on the self-efficacy and weight loss in obese women.
Methods: Among 168 patients, after the final estimation, 16 were randomly assigned into 2 groups of group therapy and dietary therapy. Each patient was weighted and filled the QEWP-R questionnaire. One group received group therapy and after 4 weeks, both groups received dietary therapy in 8 sessions, and every other week.
Results: The results showed that the combination of cognitive behavioral group therapy with and diet therapy leads to more weight loss ($p<0.05$ for both intention to treat and protocol group) and also increases self-efficacy in women with obesity ($p<0.05$ for both intention to treat and protocol group). No significant relation was seen between the self-efficacy in obese women at the beginning of the treatment with their weight loss after treatment ($p>0.05$ for both intention to treat and protocol group) and also between this self-efficacy and treatment dropout rate. ($p>0.05$). A significant difference in weight loss and self-efficacy between the two groups ($p<0.05$).
Conclusion: The study confirmed effectiveness of group therapy in combination with diet therapy in weight reduction in patients with obesity.

Keywords: Group therapy, Dietary therapy, Self-efficacy, Obesity

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]