

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش فعالیت و کاهش وزن افراد چاق مبتلا به بیماری گرفتگی عروق کرونر قلبی

آرش لطفی کنگرشاهی^۱، * فاطمه دهقانی آرانی^۲، رضا رستمی^۳، سیده هاله اشرف تالش^۴، مریم ابوالحسنی^۵

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران.

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران.

۴. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۵. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۷/۱۴ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۵/۳۱)

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

Arash Lotfi Kangarshahi¹, * Fateme Dehghani-Arani², Reza Rostami³, Seyedeh Hale Ashrat Talesh⁴, Maryam Abolhasani⁵

1. M.A in Psychology, Azad University of Karaj.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Tehran.

3. Full Professor, Department of Psychology, University of Tehran.

4. Associate Professor, Tehran University of Medical Science.

5. Associate Professor, Tehran University of Medical Science.

(Received: Oct. 06, 2018 - Accepted: Aug. 22, 2019)

Original Article

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Obesity as a metabolic disorder is the origin of some health problems such as cardiovascular diseases. The purpose of this study was comparing efficacy of cognitive behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy on activity and weight in obese individuals with cardiovascular disease. **Method:** The design of this semi-experimental research was pre/posttest with control group. Statistical population included all obese patients with cardiovascular disease referred to Sina clinic hospital in Tehran. 45 patients were selected by convenience sampling method and then randomly assigned into three groups. First group received CBT, second group received MBCT and third group considered as control group. Baecke habitual physical activity questionnaire and body mass index (BMI) were used as research tools. Mixed analysis of variance method was used for analyzing. **Findings:** Results indicated the significant effect of within subject factors in BMI and activity in leisure time, but in between subject factors groups has significant difference only in activity in leisure time, so that CBT and MBCT groups got higher scores in this variable. **Conclusion:** Based on results of this study, it can be said that CBT and MBCT can lead to increase activity in patients with obesity and cardiovascular diseases by changing the life style and cognitions.

Keywords: Obesity, Coronary Artery Stenosis, Heart Diseases, Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT).

چکیده

مقدمه: چاقی اختلال متابولیکی و سرمنشأ مشکلات سلامتی همچون بیماری‌های قلبی عروقی است. هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش فعالیت و کاهش وزن افراد چاق مبتلا به بیماری گرفتگی عروق کرونر قلبی بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه افراد چاق مراجعه‌کننده به کلینیک چاقی بیمارستان سینا تهران بود که هم‌زمان به بیماری عروق کرونری مبتلا بودند. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی با درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و یک گروه کنترل جای داده شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه فعالیت بدنی بک و شاخص توده بدنی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گردآوری شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد، اثرات درون‌گروهی درباره شاخص توده بدنی و فعالیت بدنی معنادار بود، اما در ارتباط با اثرات بین‌گروهی، گروه‌های آزمایش تنها در فعالیت در اوقات فراغت تفاوت معنادار داشتند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه، می‌توان این‌طور بیان کرد که درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق تغییر سبک زندگی و نیز شناخت‌های افراد می‌تواند منجر به کاهش وزن و افزایش فعالیت در افراد چاق مبتلا به بیماری‌های قلبی شود.

واژگان کلیدی: چاقی، تنگی عروق کرونر، درمان شناختی رفتاری، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی.

* نویسنده مسئول: فاطمه دهقانی آرانی

Email: f.dehghani.a@ut.ac.ir

* Corresponding Author: Fateme Dehghani-Arani

مقدمه

با آن مواجه هستند (برای مثال براون و واش^۵، ۲۰۱۷). عوامل روان‌شناختی، آشکارا در پیدایش چاقی اهمیت اساسی دارند. سازوکار تنظیم غذا تحت تأثیر عوامل محیطی است و یافته‌ها نشان داده عوامل فرهنگی، خانوادگی و پوششی در بروز چاقی سهم هستند. هرچند بسیاری از پژوهشگران، سوابق خانوادگی خاص، عوامل زمینه‌ساز، ساختارهای شخصیت و تعارض‌های ناخودآگاه را مسبب چاقی معرفی کرده‌اند (شو^۶ و همکاران، ۲۰۰۵)، اما افراد چاق، ممکن است از هر نوع اختلال روانی قابل‌تصور در رنج بوده و آشفتگی‌های مختلف زندگی نیز زمینه‌ساز چاقی آن‌ها باشد. این بیماران ممکن است از نظر هیجانی، افرادی آشفته باشند که به دلیل فراهم شدن سایر عوامل مستعدکننده و شرایط پرخوری در محیط، پرخوری را به‌عنوان وسیله مقابله با مشکلات انتخاب کنند (اریلی، کوک، اسپریت و بلک^۷، ۲۰۱۴). همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند اضافه‌وزن منجر به مشکلات روان‌شناختی و بیماری‌های جسمانی می‌گردد. ازجمله این بیماری‌ها می‌توان به مقاومت به انسولین و دیابت نوع ۲، فشارخون بالا، دیسپیدمی، بیماری قلبی عروقی، سکتة مغزی، آپنه خواب، بیماری کیسه صفرا، نقرس، استئوآرتریت و سرطان اشاره نمود (اوتانگ‌مبینگ، آدیرنوک و جیب آفولین، ۲۰۱۷). بیماری‌های قلبی عروقی ناشی از

بروز چاقی در سالیان اخیر به حد نگران‌کننده‌ای رسیده است. بر اساس آمار منتشرشده در سال ۲۰۰۵ از سوی سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۱۳)، ۱/۶ بلیون بزرگسال (بالای ۱۵ سال) در جهان اضافه‌وزن دارند و حداقل ۴۰۰ میلیون نفر از آنان به‌طور بالینی، چاق هستند (احدی، رضوی و صرامی‌فروشانی، ۱۳۹۴). در ایران نیز به دلیل تغییر در سبک زندگی و الگوی تغذیه‌ای، شیوع چاقی در دهه اخیر افزایش آشکار داشته است. سازمان بهداشت جهانی شیوع اضافه‌وزن را در مردان و زنان ایرانی در سال ۲۰۰۵ به ترتیب ۵۴ و ۷۰ درصد گزارش کرده است. در تعریفی که از اضافه‌وزن ارائه شده است، آن را به‌عنوان شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۲۹/۹ در نظر گرفته‌اند. چاقی نیز یک حالت جسمی است که مشخصه آن تجمع بیش‌ازاندازه چربی ذخیره شده در بدن است (بوسچ^۲، استردمیجر^۳ و سیدل^۴، ۲۰۰۴). فعالیت بدنی و تغذیه مناسب در کاهش وزن مؤثر است و این تجمع بیش‌ازاندازه چربی ذخیره‌شده را کاهش می‌دهد، اما تحقیقات نشان می‌دهد تغذیه یا فعالیت بدنی به‌تنهایی نمی‌توانند تأثیرات زیادی داشته باشد یا تأثیرات به وجود آمده را به‌تنهایی حفظ کنند، چراکه چاقی دارای ابعاد مختلف جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی بوده و پایبندی به رژیم غذایی و نگهداری وزن مطلوب از معضلات مهمی است که افراد چاق

5. Brawn & Wash

6. Show

7. O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz & Black

1. World Health Organization (WHO)

2. Bosch

3. Stradmeijer

4. Seidell

رفتاری بر مبنای آموزش مهارت‌های حل مسئله، خودپایشی، کنترل محرک، کنترل شرطی‌سازی و بازسازی شناختی است. این شیوه درمان با تکیه بر رژیم غذایی مبتنی بر اصول درمانگری شناختی^۳ (CT) بنا شده است. شناخت^۴ به فکر کردن اشاره دارد و به بررسی افکار ناکارآمد می‌پردازد و جنبه‌های مختلف سازوکارهای زیست‌شناختی (فشارهای گرسنگی، تشنگی، ولع‌هایی که تحت تأثیر هورمون‌ها ایجاد می‌شوند یا سایر فعالیت‌های زیست‌شناختی)، محیطی (دیدن یا بوییدن غذا، تماشای برنامه آشپزی یا تبلیغات تجاری غذا)، ذهنی (فکر کردن به غذا، تصویرسازی ذهنی خوردن غذای خوشمزه، داشتن خاطره‌ای مثبت از غذای فوق‌العاده‌ای که در گذشته خورده شده یا یک خاطره منفی از گرسنگی)، هیجانی (تنش، اضطراب، ناراحتی، کسل بودن و سایر هیجان‌های منفی یا مثبت نظیر شادی یا ذوق‌زدگی) و اجتماعی (دریافت پیشنهاد غذا خوردن یا بودن در حضور کسانی که مشغول غذا خوردن هستند) را به‌عنوان راه‌اندازهای این افکار ناکارآمد بررسی و نشانه‌گیری می‌کند (بک، ۲۰۰۷؛ به نقل از آگاه هریس و همکاران، ۱۳۹۵). برخی شواهد حاکی از عدم اثربخشی این درمان در افراد مبتلا به چاقی است (جلالیان و همکاران، ۲۰۰۶)، این عدم اثربخشی ممکن است به دلیل همبودی چاقی با سایر اختلال‌های روان‌شناختی باشد.

اضافه‌وزن و چاقی یکی از علل اصلی مرگ بخصوص در میان مردان ایرانی گردیده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳).

با در نظر داشتن این‌که چاقی مسئله‌ای چندبعدی و دارای زمینه‌های جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی است، برای کاهش آن و افزایش فعالیت بدنی روش‌های مختلفی پیشنهاد شده است. از جمله مهم‌ترین این روش‌ها می‌توان به درمان‌های مبتنی بر جراحی، دارودرمانی و درمان‌های روان‌شناختی اشاره کرد. درمان مبتنی بر جراحی دارای خطرات و معایب بسیاری است که اکثر درمانگران سعی دارند کمتر از این روش استفاده کنند (کوپر و فیربورن^۱، ۲۰۱۰). استفاده مداوم از داروها نیز به علت عوارض خطرناک آن بر بدن غیرممکن است (فولادوند، فراهانی، باقری و فولادوند، ۱۳۹۱). 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. شواهد به‌دست‌آمده از فعالیت‌های پژوهشی نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری می‌تواند راهبردهای شناختی و رفتاری را در راستای دستیابی و حفظ تغییرات مثبت در شیوه زندگی آموزش دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری رویکرد درمانی مناسب و اثربخشی برای کاهش وزن است (بیات، رحمانیان‌بوگر، طالع‌پسند و یوسفی‌چایجان، ۱۳۹۲؛ دافیو اسپنس^۲، ۲۰۱۰). درمان شناختی

3. Cognitive Therapy
4. Cognitive

1. Cooper & Fairburn
2. Dafy & Spens

دیابت، مانند اثرات استرس بر مصرف مواد غذایی خوش طعم)، احساس کنترل (به عنوان مثال احساس فرد از کارآمدی در انجام اهداف مربوط به پیشگیری از دیابت، مانند رژیم غذایی یا فعالیت بدنی و پایداری به رژیم) و آگاهی از تجارب زمان حال (به عنوان مثال آگاهی از چگونگی فعالیت بدن پس از مصرف انواع یا مقدار خاصی از غذاها و درگیر شدن در فعالیت فیزیکی) (اریک بی^۲ و همکاران، ۲۰۱۶).

از آنجاکه درمان چاقی به وسیله دارو یا روش های جراحی با خطرات و عوارض بسیاری همراه است، کاربرد مداخلات روان شناختی جهت کاهش وزن از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بعلاوه در بحث کنترل خوردن افراد پادش فوری را به پاداش تأخیری ترجیح می دهند و مقاومت در برابر وسوسه خوردن برای این اشخاص دشوار و در نتیجه پایداری به رژیم غذایی با مشکلات متعددی همراه می شود (فولادوند و همکاران، ۱۳۹۱). از این رو بررسی اثربخشی مداخلات رفتاری و شناختی از ضرورت های پژوهشی مهم در این حیطه است. همچنین با توجه به اثرات ناگوار جسمانی و روان شناختی همایند با چاقی و نیز کاربرد کم رنگ درمان های روان شناختی در حیطه چاقی و بیماری های قلبی، انجام پژوهش هایی همچون پژوهش حاضر می تواند راهگشای درمانگران و پزشکان برای انتخاب رویکرد مناسب و مؤثرتر در جهت کاهش

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) یک پروتکل گروهی ۸ هفته ای است که برای پیشگیری از عود دوره های افسردگی اساسی ابداع شده است. متداول ترین رویکرد به پیشگیری از عود ادامه داروهای ضد افسردگی پس از بهبودی است. این درمان یک دیدگاه سیستماتیک آموزشی مراجع محور است که برای آموزش مدیتیشن، ذهن آگاهی و توانایی پاسخ ماهرانه به تجاربی به کار می رود که می توانند منجر به ناراحتی هیجانی یا رفتار ناسازگار شوند. از جمله رفتارهای ناسازگار پر خوری و از درمان های مطرح شده برای اختلالات خوردن بزرگسالی، درمان ذهن آگاهی است (احدی، رضوی و صرامی فروشانی، ۱۳۹۴). یکی از مفاهیم مهم و اساسی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی که اخیراً به طور گسترده در درمان چاقی و رفتارهای خوردن استفاده می شوند، جهت مندی حواس هدفمند است که ارتباط منفی با افزایش وزن دارد (کامریلاری، مجین، بلیسلی، هارسبیرگ و پنیو^۱، ۲۰۱۵). به طور کلی، برخی مکانیسم های روانی و رفتاری خاص می توانند با استفاده از تمرکز حواس جهت مند، تنظیم گلوکز و متعاقب آن چاقی و دیگر بیماری های قلبی و عروقی را تحت تأثیر قرار دهند؛ این سازوکارهای احتمالی مؤثر عبارت اند از ولع مصرف (به عنوان مثال برای غذاهای خوش طعم و فعالیت های کم تحرک)، پاسخ به استرس (به ویژه مربوط به عوامل خطر ابتلا به

2. Eric B

1. Camilleri, Méjean, Bellisle, Herberg & Péneau

بر ذهن‌آگاهی دریافت کردند. گروه سوم نیز به‌عنوان گروه گواه این مطالعه در نظر گرفته شد. در ابتدای پژوهش در هر گروه ۱۵ نفر قرار داشت. در پایان از گروه نخست ۵ نفر و از گروه دوم ۶ نفر به دلیل غیبت در بیش از دو جلسه درمانی، از پژوهش کنار گذاشته شدند. در گروه کنترل نیز اطلاعات ۳ نفر به دلیل عدم همکاری در مراحل پیش‌آزمون یا پیگیری مورد تحلیل قرار نگرفت. در نتیجه نمونه‌نهایی این مطالعه شامل ۳۱ نفر بود. ملاک‌های ورود پژوهش شامل ابراز رضایت از شرکت در مطالعه و تکمیل فرم رضایت‌نامه، تشخیص بیماری عروق کرونر قلبی توسط پزشک متخصص و گذشت حداقل یک سال از ابتلا به آن، عدم ابتلا به اختلال‌های جسمانی دیگر، عدم ابتلا به اختلال‌های روان‌شناختی مزمن، تشخیص چاقی ($BMI \geq 30$)، دارا بودن سن حداقل ۳۰ و حداکثر ۶۰ سال و برخورداری از حداقل سواد خواندن و نوشتن و ملاک‌های خروج شرکت نکردن در بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، تشخیص پزشک معتمد و متخصص دال بر آسیب‌رسان بودن ادامه درمان برای آزمودنی بود. به‌منظور اجرای پژوهش حاضر، ابتدا هماهنگی‌های لازم با کلینیک چاقی بیمارستان سینا انجام شد. پس از مراجعه به بیمارستان، فهرستی از افرادی که هم‌زمان به چاقی و بیماری عروق کرونری مبتلا بودند، تهیه شد. برخی بیماران از همان کلینیک چاقی و سایر بیماران از کت لب بیمارستان، بخش اورژانس و بخش مراقبت‌های ویژه انتخاب شدند. از بین این افراد،

مشکلات افراد مبتلا به چاقی و گرفتگی عروق کرونر باشد. از سوی دیگر مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری حاوی اثرات نسبتاً خوبی بر کاهش چاقی و عوارض ناشی از آن بوده است (برای مثال پاول^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ مانزونی^۲ و همکاران، ۲۰۱۶؛ ساواموتو^۳ و همکاران، ۲۰۱۶) اما تاکنون پژوهشی به مقایسه دو روش مزبور در افراد مبتلا به چاقی و گرفتگی عروق کرونر نپرداخته است؛ این در حالی است که هر دو روش مزایا و محدودیت‌های خاص خود را دارند. بدین ترتیب با لحاظ نمودن ضرورت‌های موردبررسی، این مطالعه باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش فعالیت و کاهش وزن افراد چاق مبتلا به بیماری گرفتگی عروق کرونر قلبی انجام گرفت.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه هدف این کلیه افراد چاق مراجعه‌کننده به کلینیک چاقی بیمارستان سینای تهران بود که هم‌زمان به بیماری عروق کرونری مبتلا بودند. از بین جامعه فوق با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به شکل تصادفی در سه گروه جای داده شدند. گروه نخست درمان شناختی رفتاری و گروه دوم درمان شناختی مبتنی

1. Paul
2. Manzoni
3. Sawamoto

نظر گرفتن مکان‌های متفاوت برای اجرای پژوهش، افراد سه گروه باهم ارتباطی نداشته باشند و از ردوبدل شدن اطلاعات جلوگیری شود. در پایان جلسات، از افراد هر سه گروه به صورت جداگانه برای انجام مرحله پس‌آزمون دعوت به عمل آمد. در این مرحله نیز پرسشنامه فعالیت بدنی برای تمام افراد اجرا شد. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌ها، پرونده‌های پزشکی و مصاحبه جمع‌آوری و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته) به کمک نرم‌افزار تحلیل آماری *Spss v.22* تجزیه و تحلیل شد.

شاخص توده بدنی (BMI): شاخص توده

بدنی از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه شده است. وزن با استفاده از ترازوی دیجیتال با حساسیت ۱۰۰ گرم سنجیده و قد نیز با استفاده از متر نواری غیرقابل اتساع به دقت ۰/۵ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد.

بیمارانی که ملاک‌های ورود را دارا بودند، به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. با مراجعه به پرونده بیماران و تأیید متخصصان قلب بیمارستان با آن‌ها تماس گرفته شد. در جلسه ابتدایی، پس از ارائه توضیحاتی در خصوص کلیات مطالعه، پرسشنامه فعالیت بدنی به عنوان پیش‌آزمون برای تمام بیماران تکمیل و تقسیم‌بندی افراد به برحسب تصادف در سه گروه انجام شد. سپس به تصادف، یکی از گروه‌ها به عنوان گروه آزمایشی درمان شناختی رفتاری، یک گروه به عنوان گروه آزمایشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه سوم به عنوان گروه کنترل (بدون درمان) انتخاب شدند. دو گروه آزمایش مداخلات روانشناختی مربوطه را در هشت جلسه دریافت کردند و گروه کنترل بدون دریافت هیچ مداخله روانشناختی در لیست انتظار قرار گرفتند. توضیح این نکته ضروری است که به دلیل شرایط خاص بیماران، چهار جلسه نخست هرکدام از این مداخلات به شکل حضوری و مابقی جلسات به صورت مجازی برگزار گردید. سعی شد با در

جدول ۱. طبقه‌بندی شاخص‌های توده بدنی (BMI)

طبقه‌بندی	BMI
کمبود وزن	$18.5 <$
وزن طبیعی	$18.6 - 24.9$
افزایش وزن	$25 - 29.9$
چاقی درجه ۱	$30 - 34.9$
چاقی درجه ۲	$35 - 39.9$
چاقی درجه ۳	$40 \geq$

پرسشنامه را ۰/۷۸ و میانگین روایی سازه آن را ۰/۶۳ برآورد کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی و روایی سازه این پرسشنامه در پژوهش صفی‌خانی، سلطان حسینی و یارمحمدیان (۱۳۹۰) به ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۸۹ به دست آمده است. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه مزبور برابر با ۰/۶۹ بود.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی:

کابات‌زین^۳ (۲۰۰۴) در کلینیک کاهش استرس در مرکز پزشکی ماساچوست^۴ (UMASS) روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) را ابداع کرد. کابات‌زین ذهن‌آگاهی را چنین تعریف می‌کند: «توجه معطوف به هدف در زمان حال». وی به شرکت‌کنندگان تمرین آرمیدگی با حضور ذهن را آموزش می‌داد و به منظور سهولت دسترسی و استفاده، این روش را متناسب با شرایط بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن تعدیل کرد. هدف او مجهز کردن بیماران به روش‌های پاسخ به استرس‌های زندگی بود تا بتوانند از واکنش‌های روانی که اغلب استرس را بدتر می‌کنند و در روش‌های مؤثر حل مسئله تداخل ایجاد می‌کنند رهایی یابند. این مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی و آموزش‌های روان‌شناختی متمرکز بر کاهش استرس و دلایل چاقی و ایجاد آگاهی در خوردن و فعالیت بدنی است. تمرین‌های عملی این روش شامل نشستن، واریسی بدن، خوردن با آگاهی، آگاهی از احساسات و غیره است که توسط مربی ذهن‌آگاهی مجرب انجام می‌شود.

۲ پرسشنامه فعالیت بدنی بک^۱: برای تعیین

سطح فعالیت بدنی از پرسشنامه فعالیت بدنی عادت‌ی بک (۱۹۸۲) استفاده شد. این ابزار یک پرسشنامه استاندارد بین‌المللی برای ارزیابی سطح فعالیت بدنی است و توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران ترجمه شده است و در مطالعات مختلفی در کشورمان نیز به کار رفته است. این پرسشنامه شامل ۱۶ سؤال است که به روش نمره‌گذاری لیکرت میزان فعالیت بدنی را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای سه بخش است که بخش اول، شامل هشت پرسش بوده و هر سؤالی شامل پنج گزینه که به ترتیب از ۱ تا ۵ امتیازگذاری می‌شود و مربوط به وضعیت‌های مختلف بدنی هنگام کار کردن است. امتیازات باهم جمع شده تقسیم بر هشت می‌شود. بخش دوم سؤالات که از سؤال ۹ تا ۱۲ را شامل می‌شود مربوط به افرادی است که به ورزش اول و دوم می‌پردازند و مجموع امتیازات آن تقسیم بر چهار می‌شود. بخش سوم سؤالات مربوط به فعالیت بدنی در اوقات فراغت است و از سؤال ۱۳ تا ۱۶ را شامل می‌شود و جمع امتیازات آن تقسیم بر چهار می‌شود. در نهایت امتیازات سه بخش باهم جمع می‌شود و نمره‌ای که به دست می‌آید سطح فعالیت بدنی فرد را مشخص می‌کند. بالاترین نمره برای سطح فعالیت بدنی ۱۵ است. بک، بروما و فریچتر^۲ (۱۹۸۲) پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کردند. ثنایی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود آلفای کرونباخ این

3. Kabat_Zinn
4. University Of Massachusetts

1. Baecke Habitual Physical Activity Questionnaire
2. Baecke, Burema & Frijters

لطفی کنگرشاهی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در...

بر اساس دستورالعمل، هدف اولیه این دوره در مطالعه حاضر، ارائه تجربه «مکان همیشه ساکت» بود که به افراد فرصتی دهد که ذهن آگاهی را در زندگی روزمره به کار برند و به وقایع روزانه به جای واکنش نشان دادن،

پاسخ دهند. اندازه کلاس برای تعداد بین ۸ تا ۳۰ نفر انجام شد. برنامه شامل ۸ جلسه بود که زمان هر جلسه بسته به حجم و ساختار کلاس از ۱ تا ۲ ساعت قابل تغییر بود.

جدول ۲. شرح مختصر جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

شماره جلسه	فرآیند جلسه
جلسه اول:	هدف: آشنایی با ذهن آگاهی شرح جلسه: ابتدا پاسخ به پرسشنامه سپس شرح مختصری از ۸ جلسه، ارائه توضیحاتی در مورد چاقی و آموزش روانی و دیگر درمان‌ها، ضابطه‌بندی آموزشی خواندن و انعکاس مراقبه، آموزش تمرین تنفسی و انجام آن. تکلیف: تمرین تنفسی، یادداشت احساسات زمان تمرین.
جلسه دوم:	هدف: آموزش عملی خوردن آگاهانه شرح جلسه: بررسی تکلیف منزل (صحبت در مورد حس‌های حین تمرین)، آموزش و تمرین عملی خوردن آگاهانه (تمرین دانه کشمش)، بازخورد افراد از تمرین، توضیح در مورد محرک‌های دهانی غذا خوردن. تکلیف: تمرین تنفسی و خوردن آگاهانه و ثبت افکار و احساسات زمان تمرین.
جلسه سوم:	هدف: آموزش کامل خوردن آگاهانه و مراقبه رسمی شرح جلسه: بررسی تکلیف منزل و گرفتن بازخوردها و احساسات حین تمرین، ادامه توضیحات در مورد محرک‌های خوردن (محرک معده و آشنایی با آن)، آموزش و تمرین عملی مراقبه رسمی و آرسی بدن. تکلیف: تمرین مراقبه رسمی و آرسی بدن و ثبت آن.
جلسه چهارم:	هدف: استقرار در تمرین مراقبه شرح جلسه: بررسی تکلیف منزل، تمرین مراقبه و آرسی بدن و بررسی بازخوردها و رفع اشکال، تمرین گروهی مراقبه رسمی و آرسی بدن هدایت‌شده، ارائه کاربرگ‌های ثبت روزانه تمرین مراقبه و خوردن و ارتباط آن با احساسات (محرک خوردن احساسی) و توضیح آن، آموزش کوتاه مراقبه بر روی بدن در حمام. تکلیف: تمرین مراقبه رسمی و آرسی بدن و تکمیل روزانه کاربرگ به همراه ثبت احساسات، مراقبه در حمام.
جلسه ششم:	هدف: آموزش ارتباط با بدن و احساسات شرح جلسه: بررسی کاربرگ‌ها و صحبت در مورد الگوهای ذهنی-احساسی و تفهیم محرک‌های ذهنی-احساسی خوردن، آموزش مراقبه متنا (مهرورزی به بدن). تکلیف: تمرین مراقبه رسمی و آرسی بدن، تکمیل کاربرگ و تمرین مراقبه متنا بعد از مراقبه رسمی و ثبت احساسات بعد از آن.
جلسه هفتم:	هدف: کشف بیشتر احساسات مرتبط با خوردن شرح جلسه: بررسی کاربرگ و بازخوردهای افراد از تکلیف، کشف درونی و شناخت احساسات ناخوشایند (خشم، شرم، ترس، تنهایی، رنجش) که باعث استرس‌های اضافه و در نهایت بیش‌خوری یا کم‌خوری می‌شوند. تمرین گروهی مراقبه رسمی و متنا در کنار هم. تکلیف: تمرین مراقبه رسمی و ثبت احساسات ناخوشایند، انجام مراقبه متنا.
جلسه هشتم:	هدف: مرور جلسات پیشین، صلح با بدن و پذیرش احساسات ناخوشایند شرح جلسه: صحبت در مورد برون‌ریزی‌های احتمالی احساسات در منزل و انجام مراقبه رسمی، مراقبه‌ی متنا و دریافت بازخورد از کل جلسات (برای نمونه: آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته؟ آیا دوست دارند تمرین‌های مراقبه‌ای را ادامه بدهند؟). و نهایتاً اجرای پس‌آزمون.

برنامه‌ریزی ارائه جلسات بر اساس طرح درمان کابات‌زین و باهدف کاهش استرس و مداخلات مبتنی بر رفتار خوردن و فعالیت بدنی بود. این آموزش شامل تمرینات اصلی و فرعی است. همچنین تمرینات کلاسی برای افزایش

جدول ۳. شرح مختصر جلسات درمان شناختی رفتاری چاقی

شماره جلسه	فرآیند جلسه
جلسه اول:	هدف کلی: آشنایی با مفاهیم درمان شناختی رفتاری. اهداف جزئی: معرفی اعضا و گروه درمانگر، توضیح ساختار، قوانین و برنامه‌های گروه، آشنایی با مدل شناختی، بررسی دلایل و منافع کاهش وزن، بررسی افکار مخرب و دریافت بازخورد. تکلیف: یادداشت دلایل کاهش وزن خود بر روی برگه‌هایی به ابعاد تقریبی ۳×۵ و نصب آن در معرض دید خود.
جلسه دوم:	هدف کلی: آموزش مهارت غذا خوردن با تکی بر اصول شناختی رفتاری. اهداف جزئی: آموزش مهارت نشسته، آرام و با آگاهی غذا خوردن، آموزش سیستم پاداش‌دهی، بررسی افکار مخرب و دریافت بازخورد. تکلیف: تهیه لیستی از محرک‌هایی که باعث غذا خوردن می‌شوند و ثبت فراوانی آن در طول روز.
جلسه سوم:	هدف کلی: ایجاد زمان و انرژی لازم برای رژیم. اهداف جزئی: برنامه‌ریزی برای ورزش مناسب، اتخاذ هدف مناسب، بررسی افکار مخرب، دریافت بازخورد. تکلیف: شروع برنامه رژیم غذایی و ثبت و پایش دقیق میزان دسترسی به اهداف تعیین شده در جلسه.
جلسه چهارم:	هدف کلی: آموزش مفاهیم گرسنگی، سیری، میل و هوس. اهداف جزئی: آموزش و بحث پیرامون تفاوت گرسنگی، میل و هوس، تحمل گرسنگی، مقابله با پرخوری و تغییر معنای سیری، افکار مخرب، دریافت بازخورد. تکلیف: از روی عمد شام را سریع بخورید سپس خوردن را متوقف کنید. در همان لحظه زمان‌سنج را روی ۲۰ دقیقه تنظیم کنید. زمانی که زمان‌سنج پایان یافت، سطح سیری خود را اندازه‌گیری کنید، آیا با زمانی که دست از غذا خوردن کشیده بودید، تفاوتی دارد؟
جلسه پنجم:	هدف کلی: آموزش و بحث پیرامون مقابله با ناامیدی، ناکامی و خودفریبی. اهداف جزئی: آموزش و بحث پیرامون توقف خودفریبی، بازگشت به مسیر قبلی، مقابله با ناامیدی، ناکامی و سندرم غیرمنصفانه بودن. تکلیف: تمرین تحمل گرسنگی، مهارت باشه! بسیار خوب!
جلسه ششم:	هدف کلی: آموزش و بحث پیرامون خطاهای فکری. اهداف جزئی: شناسایی افکار مخرب و خطاهای معمول فکر، سؤالات هفت‌گانه برای شناسایی خطاهای فکری، بازخورد، ارائه تکلیف. تکلیف: تمرین شناسایی افکار منفی و مخرب.
جلسه هفتم:	هدف کلی: آموزش مقاومت در برابر غذا و ثبات وزن. اهداف جزئی: آموزش مقاومت در برابر غذا (برای مثال تعارف در مهمانی‌ها)، کنترل خود در نوشیدن نوشابه‌های گازدار، مراقبت از رژیم غذایی خود در بیرون از خانه، آموزش و بحث پیرامون غذا خوردن به علت هیجانات، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف. تکلیف: تمرین مقاومت در برابر غذا و نوشیدنی‌های مضر.
جلسه هشتم:	هدف کلی: مرور جلسات پیشین و آموزش و بحث درباره چگونگی حفظ تغییرات. اهداف جزئی: جمع‌بندی آنچه انجام شده و برآورد توانایی‌های اعضای گروه برای ایجاد حس اعتمادبه‌نفس و خودباوری، بحث درباره موقعیت‌های احتمالی وسوسه شدن در برابر غذاهای مضر، دریافت بازخورد، ارائه تکلیف. نهایتاً انجام پس‌آزمون.

در این برنامه شرکت کنندگان، مهارت‌های مهمی که آن‌ها را برای دریافت یک رژیم غذایی آماده می‌کند به دست می‌آورند. هر جلسه با یک دستور جلسه آغاز شده و در نهایت با ارائه بازخورد و تکلیف پایان می‌یابد. افکار مخرب نیز در هر جلسه مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران به صورت جدول ارائه شده و سپس تغییرات نمرات بیماران را در هر یک از مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی و ناگویی هیجانی را به وسیله‌ی جداول و نمودار نشان داده و فرازوفروود آن مورد بررسی قرار می‌گیرد.

یافته‌ها

بررسی شاخص‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد میانگین سنی گروه شناختی رفتاری ۴۶/۶ با انحراف استاندارد ۷/۵۷، میانگین سنی گروه ذهن آگاهی ۴۴/۵۵ با انحراف استاندارد ۷/۵۳ و میانگین سنی گروه کنترل ۴۵/۲۵ با انحراف استاندارد ۸ بود. جدول ۴ همچنین فراوانی وضعیت تأهل و تحصیلات آزمودنی‌ها را به تفکیک گروه‌ها نشان می‌دهد. بین گروه‌ها از لحاظ سن ($P > 0/81$ ، $F(2, 15) = 0/21$) و سایر شاخص‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری وجود نداشت.

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد BMI گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ قابل ملاحظه است.

هوشیاری ذهن آگاهانه، اظهارات هنری و ارتباطی کلامی انجام شد. بعلاوه تمرینات خانگی برای تقویت و عمیق کردن آموخته‌های کلاسی تشویق شد. شرکت کنندگان یک دفترچه، شامل جزوات و برگه‌های خودپایشی خانگی دریافت کردند.

برنامه درمان شناختی رفتاری چاقی: بک

(۲۰۰۷) با استفاده از روش درمان شناختی درمانی برنامه شش هفته‌ای را بر مبنای آموزش مهارت‌های حل مسئله، خودپایشی، کنترل محرک، کنترل شرطی‌سازی و بازسازی شناختی تدوین کرد. راه‌حل رژیم بک بر اساس اصول درمانگری شناختی (CT) بنا شده است. عامل کلیدی درمان شناختی رفتاری، تأکید بر آموزش افراد برای شناسایی و پاسخ قدرتمند به افکار ناکارآمدی است که باعث تخریب تلاش‌های رژیم گرفتن می‌شود و نیز کمک به افراد برای تغییر افکارشان است تا بتوانند کنش‌هایشان را تغییر دهند. این درمان به شناخت افکار تخریب‌گر در مورد غذا خوردن خودکار و غیرعمدی می‌پردازد و با افزایش تمرکز به کنترل افکار ناکارآمد و بررسی محرک‌های زیست‌شناختی، محیطی، ذهنی، هیجانی و اجتماعی به عنوان راه‌انداز می‌پردازد (به نقل از آگاه هریس و همکاران، ۱۳۹۵). برنامه درمان شناختی رفتاری چاقی، یک برنامه ۸ جلسه‌ای مبتنی بر نظریه بک (۲۰۰۸) است که توسط ساسان‌فر و همکاران (۱۳۹۲) تهیه و تدوین شده است. این برنامه به شکل گروهی و در قالب جلسات هفتگی (دوساعته) اجرا می‌گردد.

جدول ۴. فراوانی وضعیت تأهل و تحصیلات آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها

وضعیت تأهل	تحصیلات				گروه شناختی رفتاری
	سیکل و دیپلم	فوق دیپلم و لیسانس	فوق لیسانس	مجرد	
متاهل	۸	۳	۰	۲	۹
گروه ذهن‌آگاهی	۵	۳	۱	۰	۹
گروه کنترل	۷	۵	۰	۲	۱۰

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد BMI گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	گروه شناختی رفتاری	۳۴/۳۲
	گروه ذهن‌آگاهی	۳۵/۳۸
	گروه کنترل	۳۴/۶۶
پس‌آزمون	گروه شناختی رفتاری	۳۲/۰۰
	گروه ذهن‌آگاهی	۳۲/۵۸
	گروه کنترل	۳۴/۴۵
پیگیری	گروه شناختی رفتاری	۳۱/۲۵
	گروه ذهن‌آگاهی	۳۲/۲۳
	گروه کنترل	۳۴/۲۶

جدول ۶. میانگین و انحراف استاندارد فعالیت گروه‌ها هنگام اوقات فراغت در

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	گروه شناختی رفتاری	۹/۹۰
	گروه ذهن‌آگاهی	۹/۱۱
	گروه کنترل	۸/۶۶
پس‌آزمون	گروه شناختی رفتاری	۱۳/۹۰
	گروه ذهن‌آگاهی	۱۴/۱۱
	گروه کنترل	۹/۰۰
پیگیری	گروه شناختی رفتاری	۱۲/۸۰
	گروه ذهن‌آگاهی	۱۳/۵۵
	گروه کنترل	۹/۲۵

لطفی کنگرشاهی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در...

در ادامه، میانگین و انحراف استاندارد متغیر فعالیت بدنی گروه‌های شناختی رفتاری، پس آزمون و پیگیری، به تفکیک سه زیرمقیاس اوقات فراغت، کار و ورزش به ترتیب در ذهن آگاهی و کنترل، در شرایط پیش آزمون، جداول ۶، ۷ و ۸ آمده است.

فعالیت بدنی در اوقات فراغت:

جدول ۶. میانگین و انحراف استاندارد فعالیت گروه‌ها هنگام اوقات فراغت در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون		
گروه شناختی رفتاری	۹/۹۰	۱/۶۶
گروه ذهن آگاهی	۹/۱۱	۲/۱۴
گروه کنترل	۸/۶۶	۱/۶۶
پس آزمون		
گروه شناختی رفتاری	۱۳/۹۰	۱/۷۲
گروه ذهن آگاهی	۱۴/۱۱	۱/۸۲
گروه کنترل	۹/۰۰	۱/۷۰
پیگیری		
گروه شناختی رفتاری	۱۲/۸۰	۱/۵۴
گروه ذهن آگاهی	۱۳/۵۵	۱/۸۷
گروه کنترل	۹/۲۵	۲/۰۹

فعالیت بدنی در موقعیت کار:

جدول ۷. میانگین و انحراف استاندارد فعالیت گروه‌ها هنگام کار در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون		
گروه شناختی رفتاری	۲۱/۶۰	۳/۳۷
گروه ذهن آگاهی	۲۱/۰۰	۳/۳۹
گروه کنترل	۲۱/۱۶	۳/۲۹
پس آزمون		
گروه شناختی رفتاری	۲۴/۷۰	۲/۹۸
گروه ذهن آگاهی	۲۶/۰۰	۴/۸۲
گروه کنترل	۲۱/۵۸	۳/۶۰
پیگیری		
گروه شناختی رفتاری	۲۴/۱۰۰	۳/۶۹
گروه ذهن آگاهی	۲۵/۵۵	۴/۵۵
گروه کنترل	۲۱/۸۳	۳/۰۹

فعالیت بدنی در موقعیت ورزش:

جدول ۸. میانگین و انحراف استاندارد فعالیت گروه‌ها هنگام ورزش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	گروه شناختی رفتاری	۵/۳۷
	گروه ذهن‌آگاهی	۵/۴۵
	گروه کنترل	۸/۳۸
پس‌آزمون	گروه شناختی رفتاری	۳/۲۳
	گروه ذهن‌آگاهی	۵/۰۷
	گروه کنترل	۹/۰۳
پیگیری	گروه شناختی رفتاری	۳/۷۷
	گروه ذهن‌آگاهی	۴/۶۳
	گروه کنترل	۷/۷۹

نشان می‌دهد.

همان‌طور که جدول ۹ نشان می‌دهد، در خصوص شاخص BMI اثر اصلی زمان ($F=۳۴/۱۶$, $p<۰/۰۱$) و نیز تعامل زمان و گروه ($F=۶/۶۸$, $p<۰/۰۱$) معنادار است؛ به این معنا که روند بهبود در گروه کنترل با دو گروه دیگر متفاوت است و دو گروه‌درمانی به‌طور معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمرات کمتری را در شاخص BMI کسب کرده‌اند.

در متغیر فعالیت بدنی در زمان فراغت نیز همان‌طور که جدول نشان می‌دهد اثر اصلی زمان ($F=۷۶/۰۱$, $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۱۶/۲۵$, $p<۰/۰۱$) معنادار بوده است. همچنین درباره متغیر فعالیت بدنی به هنگام کار اثر اصلی زمان ($F=۱۸/۰۳$, $p<۰/۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۳/۸۸$, $p<۰/۰۱$) معنادار

همان‌طور که مشاهده می‌شود در هر دو متغیر BMI و فعالیت بدنی (در هر سه موقعیت) میانگین‌های گروه کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تقریباً ثابت مانده است. درحالی‌که میانگین‌های گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری با کاهش همراه بوده است.

در ادامه به‌منظور تحلیل داده‌ها در بخش آمار استنباطی و بررسی مفروضه‌های پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر استفاده شد. پیش از انجام آزمون دو شرط معناداری آزمون کرویت موجلی^۱ و همگونی کوواریانس‌ها که پیش‌شرط‌های انجام تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر هستند، بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس ارائه‌شده در جدول ۹ تغییرات درون‌گروهی را

لطفی کنگرشاهی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در...

بوده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت روند تغییرات در گروه کنترل با دو گروه دیگر متفاوت است و دو گروه درمانی به‌طور معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمرات بیشتری در فعالیت بدنی زمان فراغت و هنگام کار کسب کرده‌اند. در مؤلفه فعالیت بدنی هنگام ورزش نیز تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد اثر اصلی زمان ($F=3/38, p<0/05$) معنادار است اما تعامل زمان و گروه ($F=1/58, p=0/20$) معنادار نیست؛ بنابراین روند تغییرات فعالیت ورزشی در گروه کنترل با دو گروه دیگر متفاوت نیست.

جدول ۹. نتایج تحلیل واریانس مختلط متغیرهای پژوهش برای بررسی

تغییرات درون‌گروهی						
متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذورات p
شاخص BMI	زمان	۷۲/۹۵	۱/۳۲	۵۵/۰۲	۳۴/۱۶۸	۰/۰۰۱
	اثر زمان *	۲۸/۵۳	۲/۶۵	۱۰/۷۶	۶/۶۸	۰/۰۰۱
	گروه					
	خطا	۵۹/۷۸	۳۷/۱۲	۱/۶۱	---	---
فعالیت بدنی در زمان فراغت	زمان	۱۷۲/۰۰۳	۲	۸۶/۰۰۲	۷۶/۰۱	۰/۰۰۱
	اثر زمان *	۷۳/۵۴	۴	۱۸/۳۸	۱۶/۲۵	۰/۰۰۱
	گروه					
	خطا	۶۳/۳۵	۵۶	۱/۱۳	---	---
فعالیت بدنی در کار	زمان	۱۵۰/۳۳	۱/۵۷	۹۵/۷۵	۱۸/۰۳	۰/۰۰۱
	اثر زمان *	۶۴/۶۸	۳/۱۴	۲۰/۵۹	۳/۸۸	۰/۰۰۷
	گروه					
	خطا	۲۳۳/۳۵	۴۳/۹۶	۵/۳۰	---	---
فعالیت بدنی در ورزش	زمان	۳۶/۸۰	۱/۵۵	۲۱/۷۸	۳/۳۸	۰/۰۴
	اثر زمان *	۳۱/۷۱	۳/۱۰	۱۰/۲۲	۱/۵۸	۰/۲۰
	گروه					
	خطا	۲۷۹/۸۵	۴۳/۴۴	۶/۴۴	---	---

بین گروه‌ها در سطوح اندازه‌گیری متغیر BMI، فعالیت بدنی در زمان کار و ورزش وجود ندارد؛ اما در متغیر فعالیت در زمان فراغت ($F=15/38, p=0/01$) تفاوت معنادار بوده است.

در ادامه جدول ۱۰ نتایج تحلیل واریانس انجام‌شده برای بررسی تغییرات بین‌گروهی را نشان می‌دهد. با استناد به نتایجی که جدول ۱۰ نشان می‌دهد می‌توان مطرح کرد که تفاوت معناداری

جدول ۱۰. نتایج تحلیل واریانس مختلط متغیرهای پژوهش برای بررسی تغییرات

بین گروهی						
متغیر	منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	مجذور
	تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات	P	اتا
شاخص BMI	اثر اصلی	۵۰/۰۹	۲	۲۵/۰۴	۰/۵۳۴	۰/۵۹
	خطا	۱۳۱۲/۱۸	۲۸	۴۶/۸۶	---	---
فعالیت بدنی در	اثر اصلی	۲۳۳/۹۴	۲	۱۱۶/۹۷	۱۵/۳۸	۰/۵۲
	خطا	۲۱۲/۹۵	۲۸	۷/۶۰	---	---
زمان فراغت	اثر اصلی	۱۲۱/۹۶	۲	۶۰/۹۸	۱/۹۳	۰/۱۲
	خطا	۸۸۴/۵۱	۲۸	۳۱/۵۹	---	---
فعالیت بدنی در کار	اثر اصلی	۱/۲۷	۲	۰/۶۳۷	۰/۰۰۶	۰/۹۹
	خطا	۱۱۳/۰۶	۲۸	۳۱۶۵/۶۷	---	---

نتیجه گیری و بحث

نشان می‌دهد روند تغییرات BMI در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه‌های آزمایش رو به کاهش و این روند برای گروه CBT بیش‌تر بوده است. همچنین، یافته‌ها بیانگر آن بود که ارائه مداخله، صرف‌نظر از روش آن، موجب تعدیل میانگین نمرات BMI شده و هر دو روش MBCT و CBT در مرحله پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه کاهش وزن و توده بدنی را برای بیماران به همراه داشته‌اند. این یافته‌ها با نتایج

این مطالعه باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش فعالیت بدنی و کاهش وزن افراد دچار چاقی مبتلا به گرفتگی عروق کرونر قلبی انجام شد. تحلیل داده‌های مربوط به متغیر BMI نشان داد دو گروه آزمایش در این زمینه تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل داشتند؛ اما بین دو گروه آزمایش تفاوتی وجود نداشت. در خصوص فعالیت بدنی در اوقات فراغت و هنگام کار نیز همین نتایج به دست آمد. در یک نگاه جزئی‌تر بررسی میانگین‌ها

مخربشان کمک خواهد کرد. آموزش به آگاهی سبب می‌شود عناصر نگرش‌ها، توجه و قصد هم‌زمان در فرد تقویت شود و تقویت این مؤلفه‌ها به فرد اجازه می‌دهد دیدگاهی را در تجربیات رشد دهد که از حالت قضاوتی، عینی و غیر مشروح افکار، احساسات و هیجانات به‌عنوان پدیده‌های گذرا بیرون آید و به سمت تفکراتی غیرقضاوتی و پذیرا پیش رود و انعطاف‌پذیری را در فرآیندهای ذهنی خود حس کند. به‌عبارت‌دیگر، این تغییر باعث می‌شود شخص بتواند الگوهای عادی یا حالت‌های ذهنی آسیب‌زننده خود را شناسایی و قطع نموده و پاسخ‌هایی را آغاز کند که بیشتر منعکس‌کننده باشد تا واکنشی و همین امر به آگاهی کامل از فرآیندهای ذهنی ناکارآمد و معیوب و جایگزین ساختن فرآیندهای ذهنی سالم منجر می‌شود. همچنین بر مبنای تعاریف موجود در رابطه با حضور ذهن، به نظر می‌رسد حالت بدون قضاوت و بدون ارزیابی موجود در حضور ذهن می‌تواند از آغاز فرایندهای ارزیابی‌کننده منفی از تصویر بدن خود و نگرش منفی فرد درباره وزن ممانعت کرده و با قطع یا کاهش الگوهای عادت‌گونه در مواجهه با تجربیات مختلف باعث افزایش هشیاری لحظه حاضر شود. به همین دلیل میزان نگرش مثبت با آموزش ذهن آگاهی مرتبط شناخته می‌شود.

در مبتلایان به چاقی وقتی افراد دچار ناراحتی و بیماری جسمی مثل بیماری کرونر قلب

مطالعاتی همچون یوسفیان و گودسی^۱ (۲۰۱۳)؛ اوریلی^۲ و همکاران (۲۰۱۴)؛ محمدپور و همکاران (۲۰۱۶)؛ برنان^۳ (۲۰۱۶)؛ کاستلنو^۴ و همکاران (۲۰۱۷)؛ روفاولت^۵ و همکاران (۲۰۱۷)؛ آگاه هریس، علی پور، جان بزرگی، موسوی، نوحی (۱۳۹۱)؛ فولادوند و همکاران (۱۳۹۱)؛ فولادوند، لطفی کاشانی، وزیری و احدی (۱۳۹۶)؛ فابریکتور^۶ و همکاران (۲۰۱۱)؛ صادقی، قرایی، فتی (۲۰۱۰)؛ گل کاریان، شفیع آبادی و دلاور (۱۳۹۷) هماهنگ و همسو است.

در تبیین تأثیر ذهن آگاهی بر کاهش توده بدنی آزمودنی‌های گروه آزمایش می‌توان گفت ذهن آگاهی احتمالاً با کنترل آگاهی لحظه‌به‌لحظه و غیرقضاوتی به شکل مرحله‌به‌مرحله، خودکنترلی، خودتنظیمی و خو نظارتی فرد بر رفتارهایش را افزایش داده و او را به سمت بهبودی هدایت می‌کند. یکی از دلایل اصلی عدم موفقیت افراد مبتلا به چاقی برای کنترل وزنشان تجربه طیف وسیعی از هیجانات منفی مثل افسردگی، اضطراب، نوسانات خلقی، حساسیت، تحریک‌پذیری و درگیری با دیگران است. مداخله ذهن آگاهی، از طریق تهیه لیست افکار منفی روزانه و جایگزینی این جمله‌ها با افکار مثبت تا حدودی به تغییر رویه افکار منفی و کاهش اثر

1. Godsey
2. O'Reilly
3. Brennan
4. Castelnovo
5. Ruffault
6. Fabricatore

بدنی، مؤثر واقع شود و از طریق این شیوه به آنان آموزش داده می‌شود که چگونه از تفسیرهای خودکار احساساتشان در هر موقعیتی آگاه شوند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخلات و تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه و آوردن آن به زمان حال می‌تواند باعث شود افراد راهبردهای تنظیم و مدیریت عواطف منفی را یاد بگیرند و زمینه مناسبی را برای بروز اظهارات هیجانی مناسب در اختیار داشته باشند و در نتیجه تصویر بدنی بهتری را در زمینه ابعاد بدن، رضایت از بخش‌های مختلف بدنی و نگرش درباره وزن، گزارش کنند.

علاوه بر اثرمندی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شاخص توده بدنی افراد دچار چاقی مبتلا به گرفتگی عروق کرونر قلبی، یافته‌های این پژوهش تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر شاخص توده بدنی و کاهش وزن در این بیماران را تأیید نمود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های احدی و همکاران (۱۳۹۴)؛ گراسی^۱ و همکاران (۲۰۱۷)؛ پاول^۲ و همکاران (۲۰۱۵)؛ ویفلی^۳ و همکاران (۲۰۱۱)؛ پاندنجدان^۴، ملیحی^۵ (۲۰۱۳)؛ ساسان فر، شباهری، پازوکی، پیشگاه رودسری، قنبری جلفایی (۲۰۱۶)؛ پیمنتا^۶ و

می‌شوند، پس از مدتی ممکن است منبع حمایت اجتماعی را از دست بدهند؛ بنابراین، این تغییرات باعث تغییر در تصویر ذهنی و بدنی شده و کاهش اعتمادبه‌نفس را در آن‌ها به دنبال دارد. در مداخله ذهن آگاهی، کنترل و اداره هیجانات و ابعاد جسمی و ذهنی، هم‌زمان مدنظر قرار می‌گیرند و به فرد یاد داده می‌شود به افکار و احساسات خود، آگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشد. همچنین از آنجاکه این افراد کمتر با لحظه حال در تماس هستند، نسبت به تغییرات علائم بدنی‌شان، از جمله حجیم شدن بخش‌های مختلف بدن که با افزایش حاد توده بدنی بروز می‌کند، آگاه و هوشیار نیستند و در نتیجه در کنترل این علائم ناکام می‌مانند و تنها زمانی متوجه بیماری خود می‌شوند که علائم آن از حد معمول خود گذشته و عملکرد آن‌ها را دچار اختلال کرده است. در این راستا حضور ذهن و آموزش آن از طریق کنترل توجه، مؤثر واقع می‌شود و به فرد کمک می‌کند علاوه بر هوشیاری کامل از افکار و احساساتش و پذیرش آن‌ها، بدون داوری در یک وضعیت آرامش و تمرکز قرار گیرد و توانایی کنترل افکار خود را به دست آورد. کسب این توانایی باعث شده فرد احساس کنترل بیشتری در سایر امور زندگی خود داشته باشد و بجای دادن پاسخ‌های خودکار منفی در موقعیت‌های مشکل‌زا، با کنترل، آرامش و آگاهی بیشتری پاسخ دهد و با مشکلات، بهتر مقابله نماید. تمرین ذهن آگاهی می‌تواند هنگام تجربه عواطف منفی و نارضایتی

1. Grassi
2. Paul
3. Wilfley
4. Pondenejadan
5. Malihi
6. Pimenta

پردازش اطلاعات ناسازگارانه است که توان آن‌ها برای کاهش وزن را محدود می‌کند. برای مثال عامل شناختی تفکر دومقوله‌ای یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های افزایش وزن یا افزایش مجدد آن است. افراد دچار چاقی دارای سبک تفکر دومقوله‌ای در مقایسه با افراد دارای سبک انعطاف‌پذیر، شکست جزئی در وزن هدف را به‌عنوان شاهی از شکست کلی به‌شمار آورده و کاهش وزنی را که به آن دست‌یافته‌اند ناکافی و غیر رضایت‌بخش می‌دانند (بیرن^۵، کوپر و فیربورن، ۲۰۰۴). درمان شناختی رفتاری می‌کوشد به اصلاح این سبک تفکر بپردازد و از طریق جایگزینی تفکر دومقوله‌ای با تفکر سازگارتر روند افزایش وزن را کنترل کند و کاهش جزئی در وزن را به‌عنوان یک پیشرفت در نظر بگیرد.

نکته‌ای که باید به آن توجه داشت این است که اگرچه در مطالعه حاضر کاهش شاخص توده بدنی به دنبال مداخلات به‌کاربرده‌شده اندک است، اما به نظر می‌رسد همین تغییرات اندک نیز بااهمیت است. در تبیین این یافته که مداخلات مورد استفاده حاضر کاهش اندکی در نمره شاخص توده بدنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان دادند، می‌توان عنوان داشت که این پژوهش در جلسات اندک و در مدت‌زمان محدودی (حدود ۲ ماه) انجام شد. برای مثال در درمان شناختی رفتاری، در جلسات اول اعضای گروه تنها به شناسایی افکار، احساسات، راهبردهای کنترلی و

همکاران (۲۰۱۲)؛ آبلیز^۱ و همکاران (۲۰۱۳)؛ مرادحاصلی، شمس اسفندآباد، کاکاوند (۲۰۱۶) همسو است. پژوهش‌های پیمنتا^۲ و همکاران (۲۰۱۲) و آبلیز^۳ و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند درمان شناختی رفتاری به‌عنوان رویکرد درمانی مناسب در کاهش وزن شناخته شده است. در تبیین اثربخشی این درمان در پژوهش حاضر، همان‌گونه که ویفلی و همکاران بیان می‌کنند، می‌توان گفت چاقی توسط الگوهای ناسازگارانه روزانه، شامل تحریف‌های شناختی و چرخه‌های رفتاری معیوب مشخص می‌شود؛ به‌طوری‌که الگوی نادرست غذا خوردن در فرد، خانه و محیط اجتماعی نفوذ می‌یابد؛ بنابراین درمان شناختی رفتاری از تکنیک‌های درمان رفتاری در راستای تعدیل رفتارها توسط تغییر پیشایندها و پیامدها استفاده می‌کند و نیز تکنیک‌های شناختی‌ای طراحی نموده که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را شناسایی، ارزیابی و درنهایت بازسازی نماید. همچنین، درمان شناختی رفتاری از راهبردهایی استفاده می‌کند تا مهارت‌ها و رفتارهای آموخته‌شده در درمان به زندگی روزمره تعمیم یافته و در طول زمان پایدار بماند (تسیروس^۴ و همکاران، ۲۰۰۸).

همان‌گونه که نشان داده شده است، وضعیت روان‌شناختی افراد مبتلا به چاقی دربردارنده

1. Abilés
2. Pimenta
3. Abilés
4. Tsiros

5. Byrne

محدود شدن روابط اجتماعی و گوشه‌گیری زیاد، کم می‌شود. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در این افراد، از آنجاکه موجب کاهش برانگیختگی انحرافات شناختی، حفظ توجه کامل فرد به یک تجربه مبتنی بر وقوع لحظه‌به‌لحظه آن، کنترل آگاهانه توجه، آگاهی فزون‌یافته از لحظات کنونی، حالت بی‌طرفی و بدون قضاوت و پذیرش تمامی تجارب محیطی، هیجانی، بدنی و فکری می‌شود، نقش قدرتمندی در سازگاری اجتماعی افراد بخصوص در موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی دارد. در راستای یافته‌های فوق، فردریکسون (۲۰۱۲) بر این باور است که افرادی که فعالیت اجتماعی و بدنی آن‌ها محدود شده است، توجه بیمارگونه‌ای به محیط اطراف خود دارند و مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک روش درمانی، نقش مؤثری در سازگاری اجتماعی آن‌ها دارد؛ چراکه در ذهن‌آگاهی کنترل توجه در جهت روشن نمودن و شفاف بودن حس‌های بدنی مانند ضربان قلب، تنفس و میزان حرارت بدن از آموزش‌های اصلی درمانگر است. این آموزش کنترل توجه باعث می‌شود، افراد ذهن خود را از هرگونه قضاوت‌هایی که منجر به احساس تنهایی می‌شود، پاک نمایند و عمیقاً به زمان حال توجه کنند و آن را به فعالیت روزمره خود تعمیم دهند. این مهم نه‌تنها باعث می‌شود، افراد افکار انعطاف‌پذیر و واقع‌بینانه‌ای در مناسبات اجتماعی خود داشته باشند، بلکه احساس تنهایی جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها در شبکه ارتباطی کاهش

شناسایی ارزش‌ها پرداختند خود پرداختند و در هفته‌های بعدی مراجعین عملاً شروع به تلاش برای کاهش وزن کردند. از آنجاکه فرایند کاهش وزن تدریجی است و به زمان بیشتری نیاز دارد، بهتر است درمان با جلسات بیشتر و در بازه زمانی بلندتری اجرا شود تا نتایج دقیق‌تری حاصل گردد. همچنین از دیگر نتایج این پژوهش این بود که مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی رفتاری بر افزایش فعالیت بدنی گروه‌های آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر بوده است. یافته‌ها نشان داد مداخلات باعث شده بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در این متغیر تفاوت معنادار ایجاد شود. این نتایج با یافته‌های پاکوتو^۱ و همکاران (۲۰۱۳)؛ الفنسون، پارلینگ و گادری^۲ (۲۰۱۵)؛ توواتی^۳ و همکاران (۲۰۱۴)؛ دیبائی و همکاران (۱۳۹۵)؛ روسینی و همکاران (۲۰۱۱)؛ فردریکسون (۲۰۱۲) همسو است. در راستای یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت افرادی که از عزت‌نفس پایین و از احساس تنهایی و کمرویی بالایی برخوردارند، افرادی هستند که بیش‌ازاندازه به خود توجه داشته و از ارزیابی‌های منفی از خود رنج می‌برند. این ارزیابی‌های منفی و باورهای نادرست به حدی است که باعث ناراحتی و جلوگیری از بروز احساسات مثبت در روابط بین فردی و ارتباطات اجتماعی می‌شود. به همین سبب فعالیت‌های بدنی آن‌ها به سبب

1. Pagoto
2. Alfnsson, Parling & Ghaderi
3. Tovote

می‌یابد. همچنین 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 آزمودنی‌ها از نظر تفکر و هیجان به اصلاح ادراکات نادرست خود بپردازند و با بهره‌گیری از آن دیدگاه مثبتی نسبت به شاخص توده بدنی خود داشته باشند. همچنین با اصلاح باورها و ادراکات از تصویر بدنی خود زمینه‌های کاهش آن طی مداخله را از طریق افزایش فعالیت‌های بدنی عملی نمایند؛ زیرا دیدگاه شناختی رفتاری تمرکز خود را بر تجزیه و تحلیل درست ارزیابی منفی از بدن و اعتقادات غیرمنطقی در مورد اهمیت و معنای ظاهر فیزیکی و تغییر آن‌ها به افکار و احساسات مثبت‌تر یا دقیق‌تر و ترویج رفتارهای انطباقی مانند افزایش فعالیت‌های بدنی قرار داده است. این درمان چرخه‌های معیوب بین رفتارها و شناخت‌ها را شناسایی می‌کند و از طریق جایگزینی روش‌هایی مثل افزایش فعالیت بدنی و تغییر باورهای نادرست و غیرمنطقی موجب کاهش وزن افراد مبتلا به چاقی می‌شود. از طرف دیگر درمان ذهن‌آگاهی از طریق ایجاد قابلیت حضور ذهن می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم مثل کم‌تحرکی کمک کند و از این‌رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند (ریان و دسی^۱، ۲۰۰۰). احتمالاً یکی از عوامل اصلی که این درمان‌ها باعث افزایش فعالیت بدنی می‌شود، اثربخشی آن‌ها روی کاهش نشانه‌های افسردگی است. برای مثال درمان ذهن‌آگاهی نوعی شناخت‌درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند درمان شناخت‌درمانی است که ارتباط بین افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها، به‌نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی پیرامون را در لحظه حاضر میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار افسردگی‌زا را کاهش می‌دهد و در این حالت فرد بر رفتارهای سازگارانه‌تر مثل افزایش فعالیت بدنی متمرکز می‌شود (ریان و دسی، ۲۰۰۰). به‌طورکلی این پژوهش در همگرایی با تحقیقات مشابه بیانگر این واقعیت است که رویکرد ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک روش تقویت آگاهی، نقش بسیار مهمی در بهبود افکار، ادراک‌ها، هیجان‌ها و الگوهای رفتاری و همچنین کاهش حساسیت، زودرنجی، برانگیختگی هیجانی و افزایش خودپذیری، انعطاف‌پذیری و واقع‌گرایی افراد تنها در مناسبات اجتماعی دارد. این مهم به‌نوبه خود باعث کنترل افکار منفی در روابط بین‌فردی و افزایش فعالیت بدنی و جسمانی و سازش‌یافتگی اجتماعی افراد در مناسبات اجتماعی، عاطفی و خانوادگی آن‌ها می‌شود. این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود؛

1. Ryan & Deci

موردبررسی قرار گرفتند؛ با توجه به طبقات مختلف و متعدد بیماری‌های قلبی، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی اثربخشی رویکردهای درمانی و مداخلاتی در بیماران مبتلا به سایر زیرگروه‌های مشکلات قلبی نیز آزموده شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از نمونه‌ای با حجم بالاتر و یک دوره پیگیری طولانی‌تر استفاده شود. در این مطالعه اثر مداخله‌ها تنها بر روی BMI و افزایش فعالیت سنجیده شد؛ درحالی‌که در مطالعات بعد می‌توان این اثر را در علائم شناختی و هیجانی مرتبط با چاقی و بیماری‌های قلبی نیز بررسی نمود.

سپاسگزاری

طرح پژوهشی حاضر با حمایت صندوق حمایت از پژوهشگران ریاست جمهوری اجرا و تکمیل شده است.

احدی، حسن؛ صرامی فروشان، غلام‌رضا؛ و رضوی، نسیم. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی در کاهش وزن، بهبود سلامت و کفایت شخصی کودکان چاق و دارای اضافه‌وزن. *پایان‌نامه*

دکتر. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج. دانشکده روانشناسی.

ازجمله اینکه چهار جلسه پایانی مداخله به‌صورت آنلاین برگزار شد. از آنجا که اثر جلسات حضوری با جلسات آنلاین برابر نیست، این امر می‌تواند بر مقایسه‌پذیری جلسات درمان با یکدیگر اثرگذار باشد. همچنین در مطالعه حاضر به دلیل افت شرکت‌کنندگان، حجم نمونه نسبتاً پایین بود و این موضوع ممکن است بر اندازه اثر نتایج تأثیر داشته و آن را کاهش داده باشد. در نهایت اینکه در این مطالعه مرحله پیگیری پس از یک ماه برگزار شد. احتمالاً بازه زمانی یک ماه، ملاک معتبری برای قضاوت درباره میزان پایداری اثرات مداخله‌ها نیست و این امر نیازمند زمان طولانی‌تری است. در راستای محدودیت‌های فوق، با توجه به اثربخشی بالاتر درمان‌های چندبعدی، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی ارزش ترکیب رویکردهای سبک زندگی، دارویی یا جراحی برای درمان چاقی سنجیده شود. در این مطالعه تنها بیماران مبتلا به تنگی عروق کرونر

منابع

آگاه هریس، مژگان؛ علی پور، احمد. جان بزرگی، مسعود. موسوی، الهام. نوحی، شهناز. (۱۳۹۱) مقایسه تأثیر گروه درمانگری مبتنی بر اصلاح سبک زندگی و گروه درمانگری شناختی در مدیریت وزن و ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای اضافه‌وزن. *روانشناسی سلامت*. ۱. ۱. ۸۰-۶۸.

لطفی کنگرشاهی و همکاران: مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در...

فریبرز؛ و فولادوند، مهسا. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان دختران مبتلا به چاقی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، (۲): ۶-۲۲-۱۰.

فولادوند، مریم؛ لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ احدی، حسن. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری چاقی بر کاهش وزن و سطح قند خون زنان مبتلا به دیابت نوع دو. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۵. ۴. ۴۰۳-۳۹۷.

گل کاریان، پرینا؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و رژیم درمانی بر کاهش وزن و ارتقای خودکارآمدی سبک زندگی در افراد مبتلا به چاقی. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت ایران، ۶. ۴. ۳۴۸-۳۴۰.

بک، جودیت. (۲۰۰۷). شناخت درمانگری بک برای کاهش وزن: کتاب کار. ترجمه: آگاه هریس، مزگان؛ علی پور، احمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ و گلچین، ندا. (۱۳۹۵). چاپ دوم. تهران، انتشارات ارجمند.

بیات، عصمت؛ رحیمیان بوگر، اسحاق؛ طالع پسند، سیاوش؛ و یوسفی چایجان، پارسا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده بر کاهش وزن و اصلاح خودانگاره کودکان مبتلا به چاقی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه سمنان.

دیبائی، شیدا؛ آگیلار و فایی، ماریا؛ جان بزرگی، مسعود و همکاران (۱۳۹۵). مؤلفه های کاربردی درمان شناختی رفتاری برای کاهش وزن در زنان؛ تحلیل محتوای کیفی جهت دار. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت. ۶. ۴. ۴۸۰-۴۶۱.

فولادوند، مریم؛ فراهانی، حجت الله؛ باقری،

Abilés, V., Rodríguez-Ruiz, S., Abilés, J., Obispo, A., Gandara, N., Luna, V., & Fernández-Santaella, M. C. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in morbidity obese candidates for bariatric surgery with and without binge eating

disorde. *Nutricion hospitalaria*, 28(5), 21-33.

Alfonsson, S., Parling, T., & Ghaderi, A. (2015). Group behavioral activation for patients with severe obesity and binge eating disorder: A

- randomized controlled trial. *Behavior Modification*, 39(2), 270-294.
- Baecke, J. A., Burema, J., & Frijters, J. E. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 36(5), 936-942.
- Bosch, J., Stradmeijer, M., & Seidell, J. (2004). Psychosocial characteristics of obese children/youngsters and their families: implications for preventive and curative interventions. *Patient Education and Counseling*, 55(3), 353-362.
- Brennan L. (2016) Does motivational interviewing improve retention or outcome in cognitive behaviour therapy for overweight and obese adolescents? *Obes Res Clin*.
- Brownell, K. D., & Walsh, B. T. (Eds.). (2017). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Guilford Publications.
- Camilleri, GM., Méjean, C., Bellisle, F., Hercberg, S., & Péneau, S. (2015). Association between Mindfulness and Weight Status in a General Population from the NutriNet-Santé Study. *PLOS ONE*, 10(6), 127-147.
- Castelnuovo G, Pietrabissa G, Manzoni GM, Cattivelli R, Rossi A, et al. (2017) Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*;10:165-173. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278> PMID:28652832 PMCID:PM C54 76 722.
- Cooper, Z., & et al. (2010). Testing a new cognitive behavioral treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up contents lists available at Science Direct Behavior Research and Therapy, journal homepage: www.elsevier.com/locate/brat.
- Fabricatore AN, Wadden TA, Ebbeling CB, Thomas JG, Stallings VA, Schwartz S, et al. (2011) Targeting dietary fat or glycemic load in the treatment of obesity and type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Diabetes Res Clin Pract*; 92(1): 37-45.
- Grassi, D., Forsyth, C., Teramoto, M., & Rompolski, K. (2017). Efficacy of Cognitive Behavior Therapy and Pharmacotherapy on Adolescent Obesity. *Journal of Student Research*, 6(1), 52-55.
- Jelalian, E., Mehlenbeck, R., Lioyd-Richardson, E. E., Birmahar, V., & Wing, R. R. (2006). Adventure therapy combined with cognitive – behavioral treatment for overweight adolescents. *International Journal of*

- obesity*, 30, 31-39.
- Kabat- Zinn, J. (2004). Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction clinic at the university of Massachuset medical center. Newy York: Dell publishing.
- Lang, A., & Froelicher, E. S. (2006). Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 102-114.
- Loucks, E. B., Gilman, D., Gutman, P., Eaton, M. D., Buka, S. (2016). Associations of Mindfulness with Glucose Regulation and Diabetes. *Brown University School of Public Health, Department of Epidemiology*. 40(2), 258–267.
- Manzoni G. M., Cesa G, L., Bacchetta, M., Castelnuovo, G., Conti, S., Gaggioli, A., Mantovani, F., Molinari, E., Cárdenas-López, G., & Riva, G. (2016). Virtual Reality-Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Morbid Obesity: A Randomized Controlled Study with 1 Year Follow-Up. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 19(2), 134-40.
- Mohamadpour, S., Aboee, V., Shahi, M., Rahmani, S., & Zalipour, S. (2016). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Conscious Yoga on State and Trait Anxiety and Quality Of Life in Women with Obesity. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research*, 2(7), 31-45.
- Moradhaseli M, Shams Esfandabad H, Kakavand A. (2016) A comparison of the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on the self-efficacy and lifestyle related to weight loss. *J Res Psychol Health*;9(4):50-61.
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D., & Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity reviews*, 15(6), 453-461.
- Otang-Mbeng, W., Otunola, G. A., & Afolayan, A. J. (2017). Lifestyle factors and co-morbidities associated with obesity and overweight in Nkonkobe Municipality of the Eastern Cape, South Africa. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 36(1), 22-37.
- Pagoto, S., Schneider, K. L., Whited, M. C., Oleski, J. L., Merriam, P., Appelhans, B., ... & Lemon, S. (2013). Randomized controlled trial of behavioral treatment for comorbid obesity and depression in women: the Be Active Trial. *International journal of obesity*, 37(11), 14-27.
- Paul, L., van Rongen, S., van Hoeken,

- D., Deen, M., Klaassen, R., Biter, L. U., ... & van der Heiden, C. (2015). Does cognitive behavioral therapy strengthen the effect of bariatric surgery for obesity? Design and methods of a randomized and controlled study. *Contemporary clinical trials*, 42, 252-256.
- Pondenejadan AA, Malihi R. (2013) Comparing efficacy of diet therapy, diet therapy combined with cognitive behavioral therapy or exercise in life satisfaction and weight loss: A randomized clinical trial. *Eur J Sci Res*; 112(1):152-160. *Pract*; 10(4): 481-486. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2015.08.019> PMID:26598449.
- Rossini R, Moscatiello S, Tarrini G, DiDomizio S, Soverini V, et al. (2011) Effects of cognitive-behavioral therapy for weight loss in family members. *J Am Diet Assoc*;111(11):1712-1719. PMID: 22 027054.
- Ruffault, A., Czernichow, S., Hagger, M. S., Ferrand, M., Erichot, N., Carette, C., ... & Flahault, C. (2017). The effects of mindfulness training on weight-loss and health-related behaviours in adults with overweight and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity research & clinical practice*, 11(5), 90-111.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Sadeghi K, Gharraee B, Fata L, Mazhari SZ. (2010) Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*; 16(2): 107-17. [In Persian].
- Sasanfar H, Shabahari R, Pazouki A, Pishgahroudsari M, Ghanbari-Jolfaie A. (2016) The effectiveness of combined cognitive group therapy and diet therapy on obese women's weight-loss and self-efficacy. *Razi J Med Sci*;23 (148):11- 19.
- Sawamoto, R., Nozaki, T., Furukawa, T., Tanahashi, T., Morita, C., Hata, T., ... & Sudo, N. (2016). Predictors of dropout by female obese patients treated with a group cognitive behavioral therapy to promote weight loss. *Obesity facts*, 9(1), 29-38.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive behavior therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guildford.
- Show, K., ORourke, P., DelMar, C., & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(2), 413-425.

- Tovote, K. A., Fleer, J., Snippe, E., Peeters, A. C., Emmelkamp, P. M., Sanderman, R., ... & Schroevers, M. J. (2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes care*, 37(9), 2427-2434.
- Tsiros, M. D., Sinn, N., Brennan, L., Coates, A. M., Walkley, J. W., Petkov, J., & Buckley, J. D. (2008). Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(5), 1134-1140.
- Wilfley, D. E., Kolko, R. P., Kass, A. E. (2011). Cognitive Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorder and Adolesc Psychiatr Clin N Am. *Author manuscript; available in PMC 2012. Apr 1.*
- World Health Organization. (2013). Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: Key issues and implication for policy and research. Available from: URL: <http://www.who.int>.