



دانشگاه فردوسی مشهد

پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی

اثر بخشی آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه به محرک های خورد و خوراک و بهبود شاخص های  
درمانی افراد دارای اضافه وزن تحت رژیم درمانی

مسعود مقدسزاده بزاز

استاد راهنما

دکتر جواد صالحی فدردی

اساتید مشاور

دکتر محسن نعمتی

دکتر سید امیر امین یزدی

پاییز ۱۳۸۹



پیشکش به

پدر و مادرم،

که با مهری سرشار در همه مراحل زندگی پشتیبانم بوده اند،

و به همسرم،

که در همه این سال ها مرا مشوقی دلسوز و یآوری بردبار بوده است.

## چکیده

بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، چاقی و اضافه وزن یکی از معضلاتی است که سلامت جمعیت بسیاری از کشورهای جهان، از جمله ایران را تهدید می کند. بررسی مطالعات پیشین نشان می دهد که عوامل شناختی، به ویژه تورش توجه، نقشی اساسی در ناکامی کسانی که به منظور کاهش وزن، تحت رژیم درمانی قرار می گیرند، ایفا می کند. همچنین، نتایج پژوهش های صورت گرفته حاکی از آن است که سبک خورد و خوراک افراد، عامل مهمی در پیش بینی میزان موفقیت آنها در رسیدن به هدف کاهش وزن است. پژوهش حاضر شامل دو مطالعه است که در مطالعه اول، رابطه بین تورش توجه، سبک های خورد و خوراک، و تعامل این دو در کسانی که تحت رژیم کاهش وزن بودند، مورد بررسی قرار گرفت؛ این افراد واجد ملاک های اختلال بالینی (پر اشتها بیرونی و بی اشتها بیرونی) نبودند. نتایج مطالعه اول حاکی از آن بود که تورش توجه خوراکی در رژیم گیرندگان، بیش از افراد عادی است و هر چه قدر نمایه توده بدنی (BMI) افراد بیشتر بود، تورش توجه آن ها برای خوراکی های پرکالری نیز بیشتر بود. همچنین، افراد چاقی که رژیم غذایی داشتند، بیشتر دارای سبک خورد و خوراک هیجانی و بازداری شده بودند. مطالعه دوم به بررسی اثربخشی نوعی مداخله شناختی رایانه ای کوتاه مدت، با هدف کاهش تورش توجه خوراکی در رژیم گیرندگان، اختصاص داشت. شرکت کنندگان ( $N = 49$ ) که همگی افراد دارای رژیم غذایی به منظور کاهش وزن بودند، در سه گروه آزمایش (که تمرین را دریافت کردند)، کنترل، و درمان نما جای داده شدند و بر روی همه آن ها پیش آزمون، پس آزمون، و آزمون پیگیری انجام شد. نتایج نشان داد که "برنامه آموزش کنترل توجه خوراکی" (FACTP) با کاهش تورش توجه به خوراکی ها در آزمون پیگیری همراه بود. همچنین، آزمودنی های گروه آزمایش بیشتر از دو گروه دیگر در برنامه رژیم درمانی خود ماندند. به علاوه، در میان افرادی که (FACTP) را دریافت نمودند، کسانی که سبک خورد و خوراک هیجانی داشتند، بیش از دیگران کاهش در نمایه توده بدنی (BMI) را نشان دادند. به طور کلی، پژوهش حاضر نشان داد که تورش توجه در رفتار رژیم گیرندگان، نقشی اساسی دارد و آموزش کنترل توجه با کاهش تورش توجه خوراکی و کاهش احتمال ترک درمان در این افراد، همراه بود. این مداخله بر سبک خورد و خوراک هیجانی بیشترین تاثیر را داشت.

## واژه های کلیدی

تورش توجه، استروپ هیجانی، وسوسه، برنامه آموزش کنترل توجه، سبک خورد و خوراک، رژیم درمانی، درمان چاقی.

### **Abstract**

Today, obesity and overweight is one of the most health-threatening problems in many countries. Evidence has suggested "attentional bias" and "eating styles" are important factors in predicting dieters' success. The present research thesis included two studies. In the first study, food attentional bias (FAB), eating styles, and their interactions in dieters were investigated using a modified emotional Stroop paradigm. Results indicated that, in comparison with non-dieters, dieters show more FAB and higher levels of body mass index (BMI). The majority of overweight ( $25 \leq \text{BMI} < 30$ ) and obese ( $\text{BMI} \geq 30$ ) participants had emotional and restrained eating styles. There was no relation between eating styles and FAB. In the second study, it was investigated whether attentional training can help dieters. Participants ( $N = 49$ ) were recruited among overweight and obese dieters and randomly assigned into one of the three groups: training group (received attentional training), control group (did not do anything), and sham training (working with the computer with no training goal). The training was a computerized program called "Food Attentional Control Training Program" (FACTP) to reduce FAB. Results revealed that dieters who received FACTP showed less FAB in the follow-up test, but not in the post-test. Also, compared with other groups, fewer participants in the experimental group had quit their dieting program. The FACTP receivers, who had emotional eating style also, showed more reduction in their BMI than other participants. In general, the findings indicate that FAB has an essential role in the dieters' behaviors and FACTP can help them reduce their FAB which, in turn, can help them reduce their BMI.

### *Keywords*

Attentional bias, Attentional Control Training Program, Emotional Stroop Task, Eating Style, Diet, Obesity Treatment.

## تقدیر و تشکر

بر خود فرض می دانم از زحمات استاد محترم راهنما، جناب آقای دکتر جواد صالحی فدردی و اساتید محترم مشاور، آقایان دکتر محسن نعمتی و دکتر سید امیر امین یزدی، تشکر و قدردانی نمایم که در این مدت، بسیار از ایشان آموختم. صادقانه و بی اغراق بگویم، اگر نقطه قوتی در این پژوهش وجود دارد، حاصل راهنمایی های ارزنده و پشتیبانی های علمی و معنوی ایشان است.

از همکاری معاونت محترم اداری و مالی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی سپاسگزارم که امکان بهره مندی از تجهیزات و امکانات مورد نیاز پژوهش را برای اینجانب فراهم نمودند.

همچنین، از جناب آقای دکتر رضازاده و همکاران محترم ایشان در "مرکز تغذیه و رژیم درمانی سیب" کمال تشکر و قدردانی را دارم که در طول انجام پژوهش، نهایت همکاری را با محقق داشتند.

و در پایان، از همسر بزرگووارم، سرکار خانم ندا طهماسبی، قدردانی می کنم که اگر نبود صبوری ها و دلگرمی ها و پشتیبانی ایشان، هرگز به انجام این کار موفق نمی شدم.

## فهرست مطالب

ا.....	چکیده
ب.....	Abstract
ت.....	تقدیر و تشکر
د.....	فهرست مطالب
ح.....	فهرست جداول
ط.....	فهرست تصاویر
۱۰.....	فصل اول
۱۰.....	عوارض چاقی و اضافه وزن
۱۰.....	مقدمه
۱۰.....	سبب شناسی
۱۱.....	عوارض
۱۴.....	درمان
۱۴.....	دارو درمانی
۱۵.....	جراحی
۱۶.....	رژیم درمانی
۱۷.....	درمان های روانشناختی
۱۷.....	درمان رفتاری یا تلفیقی
۱۸.....	درمان های شناختی
۲۰.....	فصل دوم
۲۰.....	فرایندهای شناختی ضمنی در رژیم گیرندگان
۲۰.....	مقدمه
۲۱.....	عوامل شناختی آشکار
۲۳.....	درمان عوامل شناختی آشکار

۲۴.....	نظریه تعارض اهداف.....
۲۵.....	نقش فرایندهای توجه.....
۲۵.....	نظریه های توجه.....
۲۶.....	پردازش خودکار در برابر پردازش کنترل شده.....
۲۷.....	تورش توجه.....
۲۸.....	تورش توجه و مشکلات هیجانی.....
۲۹.....	تورش توجه و رفتارهای اعتیادگونه.....
۳۰.....	سنجش تورش توجه.....
۳۱.....	آزمون استروپ.....
۳۲.....	ساز و کار شناختی تداخل.....
۳۲.....	آزمون استروپ و سنجش تورش توجه.....
۳۳.....	آزمون استروپ غذایی.....
۳۵.....	هیجان ها و خورد و خوراک.....
۳۷.....	مدل انگیزشی.....
۳۸.....	تبیین انگیزشی مصرف خوراکی های ممنوع.....
۳۹.....	فصل ۳.....
۳۹.....	برنامه کنترل توجه به خوراکی ها.....
۳۹.....	مقدمه.....
۴۰.....	برنامه تمرین کنترل توجه به خوراکی ها.....
۴۱.....	محرك ها.....
۴۱.....	درجات فزاینده دشواری.....
۴۴.....	روش اجرا.....
۴۵.....	فصل چهارم.....
۴۵.....	مطالعه اول: بررسی روابط بین الگوی خورد و خوراک، نمایه توده بدنی، و رژیم غذایی و تورش توجه.....



۴۵	.....	مقدمه
۴۵	.....	رژیم درمانی و سبک های خورد و خوراک
۴۶	.....	سبک های خورد و خوراک و درمان مبتنی بر آنها
۴۶	.....	خوردن هیجانی
۴۶	.....	خوردن بیرونی
۴۶	.....	خوردن منع شده
۴۷	.....	سبک های خورد و خوراک و پیش بینی موفقیت در رژیم درمانی
۴۸	.....	سبک های خورد و خوراک، نمایه توده بدنی، و تورش توجه
۴۹	.....	فرضیه های پژوهش
۵۰	.....	آزمودنی ها
۵۰	.....	ابزار
۵۰	.....	پرسشنامه عادات خوردن داچ
۵۱	.....	آزمون کامپیوتری استروپ غذایی
۵۲	.....	اجرا
۵۳	.....	نتایج
۵۸	.....	بحث و نتیجه گیری
۶۰	.....	فصل پنجم
۶۰	.....	مطالعه دوم: بررسی تاثیر آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه و بهبود شاخص های درمانی
۶۰	.....	مقدمه
۶۱	.....	فرضیه ها
۶۲	.....	تعریف عملیاتی
۶۳	.....	روش
۶۳	.....	آزمودنی ها
۶۳	.....	اندازه نمونه

۶۳.....	ابزار
۶۴.....	اجرا
۶۶.....	نتایج
۷۲.....	بحث و نتیجه گیری
۷۶.....	بحث و نتیجه گیری
۸۳.....	منابع
۹۱.....	پیوست ۱
۹۱.....	برگ اطلاعات و رضایت نامه تحقیق
۹۳.....	پیوست ۲
۹۳.....	پرسشنامه اشتها
۹۴.....	پیوست ۳
۹۴.....	فرم مشخصات آزمودنی

## فهرست جداول

جدول ۱-۴. میانگین و انحراف استاندارد نمرات تداخل، نمایه توده بدنی و سبک های خوردن برای رژیم گیرندگان و غیر رژیم گیرندگان.....	۵۴
جدول ۲-۴. ماتریس همبستگی نمرات تداخل و سبک های خوردن و خوراک.....	۵۵
جدول ۳-۴. جدول رگرسیون برای پیش بینی تورش غذایی از روی سبک های خوردن و خوراک.....	۵۶
جدول ۱-۵. شیوه و تعداد جلسات آموزش کنترل توجه در برخی مطالعات مشابه.....	۶۱
جدول ۲-۵. توزیع متغیرهای جمعیت شناختی در آزمودنی ها به درصد.....	۶۶
جدول ۳-۵. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در خط پایه.....	۶۷
جدول ۴-۵. آمار فراوانی افراد دارای رژیم و افراد بدون رژیم در گروه های مورد مطالعه.....	۶۹
جدول ۵-۵. همبستگی بین متغیرها و نمره خوردن بیرونی.....	۷۱

## فهرست تصاویر

- تصویر ۱-۳. نمونه ای از محرک های ارایه شده در مرحله اول ..... ۴۱
- تصویر ۲-۳. نمونه ای از محرک های ارایه شده در مرحله دوم ..... ۴۲
- تصویر ۳-۳. نمونه ای از زوج محرک های ارایه شده در مرحله سوم ..... ۴۲
- تصویر ۴-۳. نمونه ای از پایان هر مرحله و بازخورد به آزمودنی ..... ۴۳
- نمودار ۱-۵. الگوی تغییرات نمره تداخل خوراکی ها در سه گروه مورد مطالعه ..... ۶۸
- نمودار ۲-۵: تغییرات نمایه توده بدنی در گروه های مورد مطالعه ..... ۷۱

## فصل اول

## عوارض چاقی و اضافه وزن

## مقدمه

امروزه پدیده چاقی یا اضافه وزن یکی از موضوع‌هایی است که در کانون توجه پژوهشگران قرار گرفته و به دلایل متعددی از جمله خطرناک بودن آن برای سلامت افراد، در حوزه‌های مختلف دانش به آن پرداخته می‌شود. برای طبقه‌بندی چاقی در بزرگسالان، از "نمایه توده بدنی" با نام اختصاری BMI<sup>۱</sup> استفاده می‌شود که از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) به دست می‌آید. بر این اساس، افراد دارای BMI  $\geq 25$  دارای اضافه وزن و افراد دارای BMI  $\geq 30$ ، چاق در نظر گرفته می‌شوند (جی<sup>۲</sup>، ماهان<sup>۳</sup> و اسکات استامپ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

بنا بر اعلام سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۹)، شیوع چاقی و اضافه وزن در دهه‌های اخیر، تبدیل به یکی از معضلاتی شده است که سلامت جهانی را تهدید می‌کند. بر اساس آمارهای مندرج در پایگاه اینترنتی این سازمان (۲۰۰۹)، بیش از ۱/۶ میلیارد نفر از بزرگسالان (بالای ۱۵ سال) در دنیا دارای اضافه وزن و حدود ۴۰۰ میلیون نفر مبتلا به چاقی هستند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۱۵ تعداد افراد دارای اضافه وزن به ۲/۳ میلیارد نفر و تعداد افراد چاق به ۷۰۰ میلیون نفر برسد. به گفته رییس اولین کنگره پیشگیری و درمان چاقی در ایران (۱۳۸۶) بر اساس تحقیقات انجام شده از سوی پژوهشکده علوم غدد درون ریز و متابولیسم، ۶۰ تا ۷۰ درصد افراد بالای ۲۰ سال در ایران، اضافه وزن دارند و همه ساله مبالغ هنگفتی صرف درمان پیامدهای مستقیم و غیر مستقیم آن می‌شود. بر اساس مطالعات انجام شده شیوع چاقی در بین زنان بیش از مردان است. در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۶۲ در آمریکا انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که شیوع چاقی در بین زنان شش برابر مردان بود و در طبقات اقتصادی-اجتماعی پائین بیشتر دیده می‌شد (وادن<sup>۵</sup>، بروئل<sup>۶</sup> و فوستر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹).

سبب شناسی. چندین فرضیه درباره سبب شناسی چاقی وجود دارد. بی‌گمان، چاقی نتیجه یک یا دو عامل به تنهایی نیست و حاصل تعامل پیچیده‌ای از عوامل مختلف ژنتیک، فیزیولوژیک، روانشناختی و محیطی است. از این رو است که هیچ یک از نظریات نمی‌توانند به تنهایی تبیین همه جانبه‌ای از این پدیده به دست دهند و به همین دلیل نیز یک نظریه نمی‌تواند به تنهایی برای درمان این پدیده پیچیده مورد استفاده قرار گیرد (جی و همکاران، ۲۰۰۸).

<sup>1</sup>. Body Mass Index

<sup>2</sup>. Gee

<sup>3</sup>. Mahan

<sup>4</sup>. Escott-Stump

<sup>5</sup>. Wadden

<sup>6</sup>. Brownell

<sup>7</sup>. Foster

بسیاری از هورمون ها و عوامل عصبی درگیر در تنظیم وزن بدن، از طریق وراثت تعیین می شوند. همچنین میزان سلولهای چربی و اندازه آنها و نیز نحوه توزیع چربی در بدن را ژن ها تعیین می کنند. بنابراین وراثت یکی از عوامل مهم در چاقی است (جی و همکاران، ۲۰۰۸). یکی از مهم ترین فرضیه ها بیان می کند که چاقی ناشی از نابهنجاری های ژنتیک در پروتئینی به نام لپتین است که بر هیپوتالاموس فرد اثر گذاشته و از این طریق تناسب بین انرژی دریافتی و مصرفی را بر هم می زند (وادن و همکاران، ۲۰۰۹).

اگرچه ژن ها زمینه را برای بروز چاقی در بعضی افراد فراهم می کنند، به تنهایی آن را به وجود نمی آورند. تعیین کننده های دیگری نیز در شکل گیری این پدیده نقش ایفا می کنند. نوع رژیم غذایی افراد و الگوی فعالیت آنها، از ابتدایی ترین علت های بوجود آمدن چاقی در کشورهای صنعتی است (جی و همکاران، ۲۰۰۸). در واقع می توان گفت با اینکه نقش عوامل ژنتیک در آزمایشگاه و بر روی آزمودنی های حیوانی تایید شده است، اما نمی تواند توضیحی برای همه انواع چاقی و اضافه وزن که به صورت همه گیر درآمده است، باشد. بنابراین فرضیه دیگری مطرح شده است که بیشتر بر نقش عوامل محیطی تاکید می کند که می توان آن را فرضیه "فضای مسموم"<sup>۱</sup> نامید. این فرضیه بیان می کند که علت اصلی گسترش چاقی، ژن ها نیستند، بلکه تغییراتی است که در عادت های خورد و خوراک، سبک زندگی و میزان تحرک افراد ایجاد شده است. منظور از "فضای مسموم" این است که ما در محیطی زندگی می کنیم که به طور بی سابقه ای با تبلیغات غذاهای پرکالری و ارزان قیمتی که به راحتی و به سرعت قابل دسترسی هستند، پر شده است. همچنین گسترش بی رویه فروشگاه های عرضه غذاهای به سرعت آماده شده<sup>۲</sup> و خوردنی های پرکالری (مثل چیپس) از دیگر عواملی است که تمایل به مصرف این غذاها را افزایش داده است و آنچه وضع را وخیم تر کرده است، سبک زندگی بی تحرک است که روز به روز ابعاد وسیع تری می یابد (وادن و همکاران، ۲۰۰۹). تنوع در انواع غذاها با قیمت های مناسب باعث تشدید این وضعیت می شود. داده های پژوهشی از این فرضیه حمایت می کنند که چنانچه افراد در معرض خوراکی های متنوع قرار گیرند، بیشتر می خورند (جی و همکاران، ۲۰۰۸).

عوارض. اضافه وزن و چاقی عوارض جسمی و روانی متعددی برای خود فرد و نتایج زیان باری برای جامعه به همراه دارد (جی و همکاران، ۲۰۰۸). بر اساس پژوهشی که در آمریکا انجام شد، داشتن  $BMI \geq 30$  خطر فوت را تا ۳۰ درصد افزایش می دهد و این ریسک برای  $BMI \geq 40$  حدود ۱۰۰ درصد است (وادن و همکاران، ۲۰۰۹). برخی پژوهشگران این بیماری را دومین عامل قابل پیشگیری مرگ و میر می دانند و معتقدند که به زودی پیشگیری و درمان آن از پیشگیری و درمان سیگار کشیدن اهمیت بیشتری پیدا خواهد کرد (بین<sup>۳</sup>، استیوارت<sup>۴</sup> و اولبریش<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). برخی از بیماری های مرتبط با چاقی عبارتند از بیماری های قلبی - عروقی (مثل بیماری های عروق کرونر)، بیماری

<sup>1</sup>. Toxic Environment

<sup>2</sup>. Fast Food

<sup>3</sup>. Bean

<sup>4</sup>. Stewart

<sup>5</sup>. Olbrisch

های تنفسی (مثل آپنه خواب)، بیماری های متابولیک (مثل دیابت و مقاومت به انسولین)، بیماری های معدی-روده ای (مثل کبد چرب و سرطان روده)، بیماری های زنان (مثل سرطان سینه و آندومتریتوز) و بیماری های اسکلتی (مثل آرتروز و سائیدگی مفاصل) (نامی<sup>۱</sup>، کوکا<sup>۲</sup>، شینالا<sup>۳</sup> و بوئینی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴).

پیامدهای ناخوشایند چاقی تنها به بُعد جسمی محدود نمی شود. برخی از منابع که به بررسی ابعاد روانشناختی معضلاتی که افراد دارای اضافه وزن با آن دست به گریبان هستند پرداخته اند، از آن با عنوان پیامدهای نامحسوس چاقی یاد می کنند، پیامدهایی که در قالب اعداد و ارقام نمی گنجد. نمی توان برای عزت نفس از دست رفته یک فرد چاق و شدت ضربه ای که به اعتماد به نفس وی وارد شده است، عددی را مشخص کرد و قیمت گذاری بر روی مشکلاتی که چنین فردی در برقراری ارتباطات اجتماعی تجربه می کند و نیز محدودیت های فیزیکی وی، کاری غیر ممکن است. همچنین تعیین دقیق هزینه ای که فرد از پیش داوری خانواده، دوستان، کارمندان و پرستاران پزشکی و حتی افراد غریبه تجربه می کند، محال است (کمپبل<sup>۵</sup> و هسلام<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵).

پژوهش های انجام شده نشان می دهد که افراد چاق مورد پیش داوری قرار می گیرند و دیگران آنها را به عنوان افرادی معمولی، احمق، وحشتناک، غیر خودکفا، فاقد کنترل روی خود و بی قید و بند به حساب می آورند. همچنین این افراد از تبعیض واقعی نیز رنج می برند چراکه نمی توانند به اندازه دیگران سریع باشند و حرکات بدنی آنها با دشواری انجام می شود. علاوه بر این، همواره با عبارت های منفی از سوی اطرافیان و حتی اعضای خانواده مواجه هستند. اغلب پاسخ افراد چاق به استرس ناشی از این عوامل، خوردن است. شیوه ای برای کنار آمدن با استرس که خوردن هیجانی نامیده می شود (بین و همکاران، ۲۰۰۸).

نتایج پژوهشی که در سال ۲۰۰۳ توسط موری صورت گرفت نشان داد که بیش از ۵۰٪ افراد دارای اضافه وزن، به ویژه زنان جوان و به خصوص هنگام شنا کردن، ورزش کردن، یا در مکان های تفریحی و باشگاه ها به دلیل وزنشان، کمبود اعتماد به نفس دارند. در یک نظر سنجی، ۴۱٪ افراد اظهار کردند که احساس می کنند مردم در مورد وزن آنها بیش از هر چیز دیگری قضاوت می کنند و به ۲۵٪ آنها از طرف کودکان توهین شده بود. ۳۳٪ افراد لاغر موافقت کردند که با افراد دارای اضافه وزن نسبت به دیگران متفاوت رفتار می کنند و ۲۵٪ معتقد بودند که افراد دارای اضافه وزن کنترل ندارند (کمپبل و هسلام، ۲۰۰۵).

یکی از پیامدهای روانشناختی بسیار شناخته شده چاقی، افسردگی است. این ایده که بین چاقی و افسردگی ارتباطی وجود دارد مدت ها است مورد پذیرش واقع شده اما هیچ گاه شواهد معتبری که به طور کامل این ارتباط را تعریف و تبیین کند وجود نداشته است. اغلب نامعلوم است که در چرخه افزایش وزن و افسردگی کدام یک اول می آید،

<sup>1</sup>. Nammi

<sup>2</sup>. Koka

<sup>3</sup>. Chinnala

<sup>4</sup>. Boini

<sup>5</sup>. Campbell

<sup>6</sup>. Haslam

چاقی یا افسردگی؟ محققان بسیاری کوشیده اند رابطه دقیق میان افزایش وزن و افسردگی را تبیین کنند اما نتایج کاملاً هم خوانی ندارند. در مطالعه ای که در سوئد انجام شد، زنان و مردان چاق درجه ضعیفی از سلامت روانی را همراه با افزایش افسردگی و نگرانی از خود نشان دادند. میزان افسردگی و نگرانی این افراد مشابه کسانی بود که مبتلا به ملانوما یا بدخیم یا فلج چهار اندام بودند و گاهی از این هم بیشتر بود (کمپیل و هسلام، ۲۰۰۵).

مجله سلامت عمومی آمریکا (۲۰۰۰) نتایج مطالعه مهمی را منتشر کرد که ارتباط بین وزن بدن و افسردگی بالینی، فکر خودکشی و تلاش برای خودکشی را در بیش از ۴۰۰۰۰ مرد و زن، مورد بررسی قرار داده بود. این مطالعه نشان داد چاقی در زنان، ریسک تشخیص افسردگی را حدود ۳۷٪ افزایش می دهد در حالی که در مردان این ریسک را حدود ۳۷٪ کاهش می دهد. افزایش ۱۰ واحدی نمایه توده بدنی، ریسک فکر خودکشی و تلاش برای خودکشی را در زنان در سال گذشته حدود ۲۲٪ افزایش داد، در حالی که این ریسک ها در مردان به ترتیب ۲۶٪ و ۵۵٪ کاهش داشت. در مردان، کم وزن بودن با ریسک های بالاتری از افسردگی و خودکشی مرتبط بود. با این حال مشخص نیست که این ارتباط از نوع "علت و معلول" است یا نه. در هر صورت نتیجه این بود که زنان دارای اضافه وزن و مردان کم وزن در ریسک بالاتری از افسردگی و خودکشی هستند و این نتایج ربطی به نژاد افراد ندارد (کمپیل و هسلام، ۲۰۰۵).

اگرچه نتایج مطالعات در مورد اینکه آیا افسردگی نتیجه چاقی است یا علت آن، هنوز به نتیجه یکسانی نرسیده است، آنچه ثابت شده است این است که چرخه رژیم لاغری به دنبال افزایش وزن و به دنبال آن بیشتر رژیم گرفتن، اثر افسرده کننده عمیق تری نسبت به صرف چاق بودن یا اضافه وزن داشتن دارد. در واقع شکست در رژیم درمانی، پیامدهای منفی را دو چندان می کند در حالی که رژیم گرفتن موفق، عملکرد روانی را بهبود می بخشد. این نکته بسیار قابل تامل است که اکثریت افراد چاق دارای عملکرد روانشناختی مطلوبی هستند و به نظر می رسد مشکلاتی همچون اضطراب، افسردگی، و پرخوری مقطعی از زمانی آغاز می شود که این افراد تصمیم به کاهش وزن خود می گیرند (وادن و همکاران، ۲۰۰۹).

یکی دیگر از اختلالات روانشناختی که رابطه نزدیکی با چاقی دارد، اختلالات خورد و خوراک است که دو

شکل آن رایج تر از اشکال دیگر است. اختلال اول: اختلالات ریزه خواری معروف به (BED)<sup>۱</sup> و دومی نشانگان

خوردن شبانه است. اختلال BED با این پنج ملاک تعریف می شود:

۱. فرد با سرعتی بیش از معمول غذا می خورد.
۲. خوردن تا زمانی که فرد احساس کند معده اش به شکل ناراحت کننده ای پر شده است، ادامه دارد.
۳. حجم زیادی غذا را در حالی که احساس گرسنگی ندارد، می خورد.
۴. در خلوت و تنهایی اقدام به خوردن می کند.
۵. احساس گناه، ناخشنودی و افسردگی پس از پرخوری وجود دارد.

<sup>۱</sup>. Binge Eating Disorder



BED معمولاً با یک آشفتگی روانی همراه است. حدود ۷ تا ۳۰ درصد افراد مبتلا به چاقی به این اختلال

دچار هستند (بین و همکاران، ۲۰۰۸).

دومین الگوی رایج اختلال خورد و خوراک، نشانگان خوردن شبانه است که آن را چنین تعریف می کنند:

مصرف بیش از ۳۵ درصد میزان کالری که شخص در روز دریافت می کند، پس از شام، همراه با بی اشتهاهی صبحگاهی و دوره های بیداری در شب که این دوره ها نیز همراه با خوردن است (بین و همکاران، ۲۰۰۸).

علاوه بر آنچه گفته شد، عوارض مستقیم و غیر مستقیم ناشی از چاقی باعث تحمیل هزینه های گزاف به

جامعه می شود. عوارض مستقیم شامل هزینه های درمان بیماری های ناشی از چاقی می گردد که بر اساس آخرین آمار ارائه شده در ایران این رقم چیزی در حدود ۲ تا ۱۰ درصد بودجه بهداشتی سالیانه تخمین زده می شود. هزینه های غیر مستقیم را می توان با سنجش اثرات چاقی در جهت کاهش میزان تولید در کار، کاهش توانایی، افزایش روزهای بیماری، عملکرد ضعیف، بازنشستگی پیش از موعد و کاهش پتانسیل درآمد محاسبه کرد. هزینه های اضافی شامل هزینه های ناشی از مرگ زودرس در نتیجه بیماری های وابسته به چاقی می باشند. تخمین زده شده که چاقی منجر به از دست دادن نود هزار سال کاری شده است (کمپبل و هسلام، ۲۰۰۵).

اگرچه برخی منابع به بررسی اختلالات روانی در افرادی که برای درمان چاقی به کلینیک مراجعه نموده

بودند، پرداخته اند و ادعا نموده اند که اختلالات عاطفی در میان آنها رایج است (به عنوان مثال: گلد اسمیت<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۱)، نمی توان به درستی مشخص کرد که آیا این اختلالات علت چاقی است یا پیامد آن است.

درمان. برای درمان اضافه وزن و چاقی شیوه های مختلفی پیشنهاد شده است که برخی صرفاً جنبه طبی

دارد و برخی صرفاً جنبه روانشناختی و دسته سوم ترکیبی هستند. شکل گیری این درمان ها بر اساس سبب شناسی اختلال بوده است و در نتیجه تعجبی ندارد که در سال های اخیر درمان های ترکیبی و میان رشته ای (مثلاً ترکیبی از رژیم درمانی، ورزش و درمان شناختی) از اعتبار بیشتری برخوردار شده اند. زیرا اغلب متخصصان بر این باورند که علت چاقی و اضافه وزن یک یا دو عامل جداگانه نیست، بلکه ترکیبی از عوامل مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و تعامل آنها است و موفق ترین درمان ها، درمان هایی است که تا جایی که ممکن است تعداد بیشتری از این عوامل را در برگیرد (به عنوان مثال: ایاد<sup>۲</sup> و اندرسن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ سووتکی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ وادن همکاران، ۲۰۰۹).

دارو درمانی. بر اساس توصیه موسسه ملی بهداشت آمریکا<sup>۵</sup> دارو درمانی باید در مورد بیمارانی به کار گرفته

شود که نمایه توده بدنی آن ها بزرگ تر یا مساوی ۳۰ باشد، و یا آن هایی که نمایه توده بدنی شان بزرگ تر یا مساوی

۲۷ باشد و هم زمان به یک اختلال مربوط به اضافه وزن نیز مبتلا باشند. البته این افراد باید پیش از آن در یک دوره

<sup>۱</sup>. Goldsmith

<sup>۲</sup>. Ayyad

<sup>۳</sup>. Andersen

<sup>۴</sup>. Svetkey

<sup>۵</sup>. National Institutes of Health (NIH)

شش ماهه درمان رفتاری (شامل رژیم غذایی، فعالیت ورزشی و رفتاردرمانی) شرکت کرده باشند و در صورت عدم موفقیت، دارودرمانی در مورد آنها به کار برده شود (بین و همکاران، ۲۰۰۸). مهمترین داروهای مجاز و تایید شده که در حال حاضر استفاده می شوند، عبارتند از سایبوترامین<sup>۱</sup> و اورلیستات<sup>۲</sup>. سایبوترامین از طریق تاثیر بر ناقل های عصبی سروتونین و نوراپی نفرین، روی مکانیسم احساس ارضاء (احساس سیری) فرد تاثیر می گذارد و باعث می شود فرد زودتر دست از غذا بکشد. اورلیستات دارویی است که باعث دفع چربی ها شده و از این طریق میزان دریافت کالری از غذای خورده شده را کاهش می دهد و لذا در دراز مدت باعث کاهش وزن می شود. نکته قابل تامل این است که هیچ یک از این داروها در کوتاه مدت تاثیری نداشته و حداقل باید به مدت ۳ ماه مصرف شوند. نکته دیگر اینکه به نظر نمی رسد تاثیر دارو درمانی بیش از گروه درمانی رفتاری باشد. همچنین در مطالعات انجام شده نشان داده شد که کاهش وزن معمول به کمک دارودرمانی، تنها بین ۲/۹ تا ۴/۷ کیلوگرم بیش از دارونما است (بین و همکاران، ۲۰۰۸) و این نکته زمانی اهمیت بیشتری می یابد که در نظر داشته باشیم این داروها آثار جانبی کوتاه مدت (برای مثال: اشکال در جذب ویتامین ها و مشکلات معدی - روده ای) ایجاد می کنند و در مورد آثار نامطلوب دراز مدت آنها هنوز تحقیقات کافی انجام نشده است. برخی از مولفان (مثل کرای هد<sup>۳</sup>، استونکارد<sup>۴</sup> و اوبراین<sup>۵</sup>، ۱۹۸۱؛ کرای هد و آگراس<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱؛ وادن، برکوویتز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) پیشنهاد کرده اند که بهتر است دارو درمانی و رفتار درمانی با هم انجام پذیرد (بین و همکاران، ۲۰۰۸؛ وریج<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

جراحی. جراحی فقط زمانی توصیه می شود که نمایه توده بدنی بزرگ تر یا مساوی ۴۰ باشد، و یا بزرگ تر یا مساوی ۳۵ باشد و هم زمان مشکلات جدی مرتبط با چاقی نیز وجود داشته باشد (بین و همکاران، ۲۰۰۸). از میان درمان های جراحی، دو شیوه رایج تر است: شیوه اول gastric bypass (GB) است که در آن حجم معده را بوسیله عمل جراحی کوچک می کنند به طوری که گنجایش آن به ۵۰ میلی لیتر می رسد. همچنین بخشی از معده و روده را از مسیر گوارش خارج می کنند. شیوه دیگری که فراوان مورد استفاده واقع می شود vertical banded gastroplasty (VBG) است. در این شیوه نیز حجم معده کوچک می شود. هر دو این شیوه ها منجر به کاهش وزن تا ۳۰ درصد وزن اولیه می شود. اما نکته مهم این است که به دلیل دشواری عمل جراحی و مشکلات جسمی همراه آن، تنها در شرایطی باید به عنوان درمان انتخابی مد نظر قرار گیرد که نمایه توده بدنی بیمار ۴۰ یا بیشتر باشد. به علاوه تیمی متشکل از متخصص داخلی، متخصص تغذیه و روانشناس باید با بیمار مشاوره کنند تا انتظار واقعی وی از نتیجه جراحی شناسائی شود و اهداف غیر واقع بینانه را از ذهن او دور نمایند (وادن و همکاران، ۲۰۰۹). برخی مولفان بر این

---

1. Sibutramine  
 2. Orlistat  
 3. Craighead  
 4. Stunkard  
 5. O'Brien  
 6. Agras  
 7. Berkowitz  
 8. Werrij

عقیده اند که هیچ مداخله درمانی بدون تغییرات رفتاری درازمدت، منجر به نتیجه مطلوب نخواهد شد (بین و همکاران، ۲۰۰۸). آنچه مسلم است دارو درمانی و جراحی در موارد خاص و برای بعضی از افراد مفید هستند اما هرگز نمی توانند جایگزینی برای تغییرات ضروری در سبک زندگی افراد و الگوی تحرک و خورد و خوراک آنها باشند (جی و همکاران، ۲۰۰۸).

رژیم درمانی. شاید پرکاربردترین شیوه مورد استفاده برای کاهش وزن، رژیم درمانی باشد. با وجود گسترش روز افزون درمان های دارویی و شیوه های متعدد جراحی، رژیم درمانی هنوز اساسی ترین شیوه درمان چاقی به حساب می آید (ایاد و اندرسن، ۲۰۰۰). این رژیم ها می تواند بر اساس نمایه توده بدنی فرد متفاوت باشد. برخی رژیم ها که به آنها رژیم های شخصی گفته می شود توسط خود فرد طراحی می شوند. در واقع، در این نوع رژیم فرد چاق می کوشد تا با در پیش گرفتن نوعی پرهیز غذایی، از خوردن غذاهای پرکالری دوری کند و همزمان به فعالیت های بدنی مورد علاقه هم می پردازد. در این رژیم، نوع غذا توسط خود فرد تعیین می شود. این رژیم برای کسانی که نمایه توده بدنی آنها کمتر از ۲۷ است مناسب است. نوع دیگر رژیم درمانی شامل رژیم های تجاری است که در قالب کتاب های خودیاری به فروش می رسد. این رژیم ها در کنار رفتار درمانی می تواند به کسانی که نمایه توده بدنی آنها بین ۲۷ تا ۲۹ است کمک نماید. دسته سوم رژیم هایی هستند که توسط متخصصان تجویز شده و نوع و میزان غذای مصرفی برای فرد تعیین می گردد. در این رژیم ها میزان کالری دریافتی به دقت محاسبه می شود و طوری طراحی می گردد که کالری دریافتی فرد کمتر از کالری مصرفی باشد. این نوع رژیم ها در کنار دارو درمانی برای بیمارانی که نمایه توده بدنی آنها بین ۳۰ تا ۳۹ است، مناسب می باشد (وادن و همکاران، ۲۰۰۹).

در یک مطالعه مروری، پژوهش های منتشر شده بین سال های ۱۹۳۱ تا ۱۹۹۹ درباره آثار درازمدت رژیم درمانی مورد بررسی قرار گرفت و پژوهش گران چنین نتیجه گرفتند که درمان ۱۵ درصد از افراد چاقی که تحت رژیم درمانی قرار گرفته بودند، با موفقیت کلی همراه بوده است. نکته جالب توجه اینکه اثر رژیم های بسیار کم کالری اگر کمتر از رژیم های معمولی نبوده باشد، بیشتر نبوده است (ایاد و اندرسن، ۲۰۰۰). در واقع یکی از چالش های مهمی که رژیم درمانی، به عنوان گسترده ترین درمان چاقی، با آن مواجه بوده و هست، حفظ رژیم و ادامه درمان توسط بیمار و نیز حفظ آثار به دست آمده و جلوگیری از افزایش مجدد وزن است (وادن و همکاران، ۲۰۰۹).

نتایج مطالعه دیگری که درباره کارآیی شیوه های مختلف رژیم درمانی در آمریکا انجام شد، نشان داد که یک تا دو سوم رژیم گیرندگان، پس از قطع رژیم غذایی، بیش از مقداری که طی دوره رژیم درمانی از دست داده بودند، وزن اضافه کردند. همچنین شواهد محکمی که نشان دهد رژیم گرفتن منجر به بهبود قابل توجه در شاخص های سلامتی فرد می شود، بدست نیامد (مان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

<sup>۱</sup>. Mann

برخی پژوهشگران به بررسی نتایج گزارش های درمان های انجام شده با شیوه های رفتاردرمانی، دارو درمانی و جراحی پرداختند و در یک مطالعه مروری، این شیوه ها را از نظر پایایی نتایج تا دو سال پس از درمان و نیز میزان خطر - فایده هر یک از آنها، مورد مقایسه قرار دادند. نتایج حاکی از آن بود که دو شیوه رفتاردرمانی با هدف تغییر سبک زندگی و دارو درمانی، هر دو به کاهش حدود ۳/۲ کیلوگرم وزن منجر شد، که چندان چشمگیر نیست. اما مزیت آن این بود که طی دو سال که مطالعه پیگیری انجام شد، وزن از دست داده شده بازگشت نداشت. همچنین این دو شیوه باعث بهبود شاخص های سلامت در دیابت، فشار خون، و خطرات قلبی - عروقی شد. همچنین نتایج نشان داد که کاهش وزن ناشی از جراحی به مراتب بیشتر بود ولی عوارض جانبی آن حداقل در کوتاه مدت، زیاد بود (پاول<sup>۱</sup>، کالوین<sup>۲</sup> و کالوین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

درمان های روانشناختی. از میان درمان های روانشناختی نیز گروه درمانی رفتاری شاید بیش از سایر شیوه ها قدمت دارد. چنان که برخی منابع اشاره نموده اند یک دوره درمان بیست هفته ای می تواند منجر به از دست دادن ۸/۵ تا ۹ کیلوگرم وزن اولیه شود، اما طی یکسال حدود یک سوم این وزن برگشت می کند (وادن و همکاران، ۲۰۰۲). در نتیجه درمانگران گروهی به دنبال شیوه هایی هستند که بتوانند از این بازگشت وزن جلوگیری کنند.

درمان رفتاری یا تلفیقی. با توجه به اینکه پدیده چاقی و اضافه وزن پدیده ای چند بعدی است و نیز با عنایت به این که هیچ یک از رویکردهای درمانی به تنهایی نتوانسته است موفقیت چشمگیری را داشته باشد، در سال های اخیر بسیاری از پژوهشگران و درمانگران کوشیده اند که با تدوین استراتژی های جدید و میان رشته ای، امکان موفقیت درمان چاقی را افزایش دهند (سووتکی و همکاران، ۲۰۰۸). برخی از صاحب نظران، رژیم درمانی را دیگر به عنوان یک درمان جداگانه در نظر نمی گیرند، بلکه آن را به عنوان یکی از اجزای درمان رفتاری (که شامل رژیم غذایی، فعالیت ورزشی و رفتاردرمانی است) به حساب می آورند (بین و همکاران، ۲۰۰۸). در واقع درمان رفتاری اولین گزینه درمانی برای کلیه افرادی است که تصمیم به کاهش وزن دارند و سایر درمان ها تنها در صورت شکست در این درمان، پیشنهاد می شود. در این رویکرد درمانی، روانشناس نقشی اساسی دارد. برخی پژوهشگران دریافته اند که چنانچه به جای رفتاردرمانی صرف از رویکرد شناختی - رفتاری استفاده شود، موفقیت چشم گیرتر خواهد بود (بین و همکاران، ۲۰۰۸؛ جی و همکاران، ۲۰۰۸). مهم ترین مولفه های درمان شناختی - رفتاری در چنین رویکردی عبارتند از: نظارت بر خود، آموزش مهارت حل مساله، آگاهی دادن در مورد تغذیه صحیح، کنترل محرک ها، بازسازی شناختی، کاهش سرعت خوردن، و افزایش فعالیت بدنی. برخی پژوهش ها (برای مثال: شاو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) حاکی از آن است که این رویکرد بهترین نتایج را دربر داشته است.

<sup>1</sup>. Powell

<sup>2</sup>. Calvin III, J. E

<sup>3</sup>. Calvin Jr, J. E.

<sup>4</sup>. Shaw