



ORIGINAL ARTICLE

Received: 2020/01/27

Accepted: 2020/07/21

Effectiveness of Lifestyle Intervention with Choice Theory on Weight Management in Women Suffering from Binge Eating

Mohammad Reza Entezari Meybodi (Ph.D.S)¹, Massoud Mohammadi (Ph.D.)², Ghasem Naziri (Ph.D.)³, Sajjad Amini Manesh(Ph.D.)⁴

1.Ph.D. s, of Clinical Psychology, Department of Psychology, College of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant professor, Department of Psychology, College of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran. Email: mmohamadis@yahoo.com Tel: 09177280619

3. Assistant professor, Department of Psychology, College of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

4. Assistant professor, Department of Psychology, College of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Abstract

Introduction: Overweight and obesity is one of the physical consequences of binge eating disorder. The aim of this study was to determine the effectiveness of life style intervention on weight management using choice theory to reduce the severity of binge eating in women who suffered from binge eating.

Methods: In this experimental study with pretest and posttest design, 45 women who suffered from binge eating disorder with BMI ≥ 25 and within the age range of 20- 60 years were selected using available sampling method. They were categorized randomly into the intervention, diet, and control groups (Groups of 15 people). The Gormally's Binge Eating severity Scale was used to assess binge eating. Data were analyzed by SPSS/24 software.

Results: The average scores of BES and BMI of the experimental group decreased significantly compared to the control and diet groups in the post-test stage and this decrease remained relatively constant in the follow-up stage. The results showed that lifestyle modification intervention using Choice Theory was effective in reducing the binge eating severity ($p < 0.001$) and reducing body mass index ($p < 0.05$) in women with binge eating disorder.

Conclusion: The lifestyle intervention with “choice theory” decreased the binge eating severity and body mass index of women who suffered from binge eating. Hence, it is recommended that health and other organizations apply this treatment.

Keywords: Life style, Choice theory, Binge eating severity, Body mass index, Binge eating

Conflict of interest: The authors declared that there is no conflict of interest.



This Paper Should be Cited as:

Author: Mohammad Reza Entezari Meybodi, Massoud Mohammadi, Ghasem Naziri, Sajjad Amini Manesh. Effectiveness of Lifestyle Intervention with Choice Theory on WeightTolooebehdasht Journal.2021;19(6):63-76.[Persian]



اثر بخشی مداخله سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر مدیریت وزن در زنان دچار اختلال پر خوری

نویسندگان: محمد رضا انتظاری میبیدی^۱، مسعود محمدی^۲، قاسم نظیری^۳، سجاد امینی منش^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز، ایران.

ایران. تلفن تماس: ۰۹۱۷۷۲۸۰۶۱۹ Email: mmohamadis@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز، ایران.

۴. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

مقدمه: اضافه وزن و چاقی بدلیل افزایش شدت پر خوری یکی از پیامدهای جسمانی اختلال پر خوری افراطی است. این مطالعه با هدف تاثیر مداخله سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر مدیریت وزن به لحاظ کاهش شدت پر خوری زنان دچار اختلال پر خوری افراطی انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون، ۴۵ نفر زن ۲۰ تا ۶۰ سال با نمایه توده بدنی بالای ۲۵ مبتلا به پر خوری افراطی به روش در دسترس انتخاب شدند؛ و بصورت کاملاً تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری مداخله آموزش سبک زندگی، رژیم غذایی و کنترل قرار گرفتند. برای ارزیابی شدت پر خوری از "مقیاس شدت پر خوری گورمالی" استفاده شد. داده ها به وسیله نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمرات شدت پر خوری و نمایه توده بدنی در گروه آزمایش نسبت به گروه رژیم غذایی و کنترل، در مرحله پس آزمون کاهش معناداری پیدا کرده و این کاهش در مرحله پیگیری نسبتاً ثابت مانده است. نتایج نشان داد: مداخله اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر کاهش شدت پر خوری ($p < 0/001$) و کاهش شاخص توده بدنی ($p < 0/05$) در زنان دچار پر خوری افراطی موثر بود.

نتیجه گیری: اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر کاهش شدت پر خوری و بالطبع کاهش نمایه توده بدنی در افراد دچار پر خوری افراطی موثر می باشد. پیشنهاد می گردد این نوع مداخله در دستور کار سازمان های متولی سلامت و دیگر موسسات، برای افراد چاق دچار اختلال پر خوری افراطی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: سبک زندگی، نظریه انتخاب، شدت پر خوری، نمایه توده بدنی، پر خوری افراطی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال نوزدهم

شماره ششم

بهمن و اسفند ۱۳۹۹

شماره مسلسل: ۸۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۱۱/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۳۱



مقدمه

اختلال پر خوری افراطی، یکی از عوامل مهم چاقی است. عادات غذایی و الگوی فعالیت جسمی که بسته به سبک زندگی افراد است در اوایل زندگی تثبیت می شود و در سایر دوره های رشدی ادامه می یابد (۱).

سبک زندگی مختل علاوه بر این که تهدیدی برای سلامتی افراد مبتلا به پر خوری افراطی تلقی می شود، کشورها را در معرض خطر همه گیری چاقی قرار می دهد، در کشور ایران به تبع بسیاری از کشورهای در حال توسعه، از یک سو فعالیت جسمانی رو به کاهش گذاشته و از سوی دیگر مصرف مواد غذایی کالری زا افزایش یافته است (۲).

نسخه جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) به تازگی با طبقه بندی اختلال پر خوری افراطی (Binge Eating Disorder) را به عنوان یک اختلال خوردن خاص عنوان کرده که اهمیت BED را که شایعترین اختلالات تغذیه ای است نشان می دهد. این اختلال در بزرگسالان در هر سنی، که سطح بالایی از پریشانی، مشکلات روانی، روانی- اجتماعی و سندرم متابولیک دارند، رخ می دهد. چاقی یک بیماری تشخیصی برای BED نیست، اما این اختلال به شدت با چاقی همراه است. اکثر کسانی که به دنبال درمان BED هستند دارای اضافه وزن یا چاق هستند (۳). اختلال پر خوری افراطی، یک رفتار انحرافی در خوردن است (۴). افراد با پر خوری افراطی، نگرانی زیاد در مورد وزن، عدم رضایت از بدنشان و عزت نفس پایین تری در مقایسه با افراد بدون پر خوری افراطی دارند (۵). BED در بین کسانی که به دنبال درمان های چاقی اند، شایع تر از جمعیت عمومی است (۱)؛ و این اختلال یکی از عوامل

چاقی و اضافه وزن است بطوریکه در زنان نشانه های اختلال خوردن بیشتر مشاهده می شود (۶). در نمونه های بالینی حدود ۲۳ تا ۴۶ درصد در افراد چاق، BED گزارش شده است (۷). شیوع BED در جمعیت کلی بین ۲ تا ۵ درصد برآورد شده است (۸). شدت پر خوری به خوردن مقداری غذا در مدت خاصی (مثلاً هر دو ساعت) که قطعاً بیش از آن چیزی است که اکثر مردم در مدت مشابه و تحت شرایط مشابه می خورند، احساس فقدان کنترل بر خوردن ضمن دوره پر خوری، خوردن سریع تر از حالت طبیعی، خوردن تا زمانی که سیری توأم با ناراحتی ظاهر شود، خوردن مقادیر زیادی غذا هنگامی که فرد از لحاظ جسمی گرسنه نیست، خوردن در تنهایی به دلیل احساس شرم از مقدار غذایی که خورده می شود، احساس تنفر از خود، افسردگی یا احساس گناه شدید پر خوری اطلاق می گردد (۹).

هدف از مداخله سبک زندگی، ایجاد اصلاحات لازم بر روی عادات تغذیه ای، فعالیت های فیزیکی و سایر رفتارهای مؤثر بر اضافه وزن از جمله بعد روانشناختی است. این رویکرد بر پایه ی یکی از چهار راهبرد: دادن آگاهی به افراد در مورد عادات غذایی و انجام فعالیت، اصلاح و کنترل محرک هایی که غذا خوردن را تحت تأثیر قرار می دهند، توسعه اصول و تکنیک های غذا خوردن برای کنترل سرعت خوردن، مدیریت استرس و تشویق و ایجاد تقویت مثبت برای تثبیت و همچنین ایجاد انگیزه برای کاهش وزن صورت می گیرد (۱۰). از این رو در پیشگیری و درمان چاقی، اصلاح سبک زندگی و برای اصلاح سبک زندگی، آموزش، نقش مؤثری دارد (۱۱). آموزش بر روی سبک زندگی افراد و در اصلاح رفتارهای تغذیه ای آنان مناسب است. تقریباً ۵۰٪ از شرکت کنندگان مداخله در سبک زندگی



دیده شده است که افزایش دانش و آگاهی بیمار در این حیطه می تواند نقش بسیار مهمی در ارتقای سلامت وی داشته باشد. بنابراین اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب یکی از روش های مناسب برای مدیریت وزن در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری افراطی می باشد و بالطبع باعث کاهش نرخ بیماری های غیرواگیر در این افراد خواهد شد.

روش بررسی

این مطالعه کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی بوده و براساس طرح پیش آزمون و پس آزمون با سه گروه، گروه اول دریافت مداخله اصلاح سبک زندگی و گروه دوم دریافت رژیم غذایی و گروه سوم، گروه کنترل بود. در این طرح گروه ها سه بار مورد اندازه گیری قرار گرفتند. اندازه گیری اولیه با اجرای پیش آزمون و اندازه گیری دوم با پس آزمون و اندازه گیری سوم بعد از یک دوره پیگیری سه ماهه انجام شد. نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۴۵ نفر، به روش در دسترس انتخاب شدند، و بصورت کاملاً تصادفی ۱۵ نفر از آزمودنی ها در گروه اول (اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب) و ۱۵ نفر دیگر در گروه دوم (رژیم درمانی) و ۱۵ نفر دیگر در گروه سوم (کنترل) جایگزین شدند (۱۷).

اندازه گیری متغیر وابسته برای هر سه گروه در یک زمان و تحت یک شرایط صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان دارای اضافه وزن و چاق ۲۰ تا ۶۰ ساله با نمایه توده بدنی بالای ۲۵ مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری اردکان در سال ۹۸ بود. به منظور ورود به مطالعه مذکور، از افراد داوطلب، پس از اخذ رضایت نامه کتبی، نمایه توده بدنی

حداقل ۵ تا ۱۰٪ از وزن اولیه بدنشان کاهش می یابد (۱۲). نیمی از مشارکت کنندگان مداخله در سبک زندگی غیر مسئول هستند با توجه به این نتیجه علاوه بر میزان بالای عدم پاسخ، عود متداول است (شاید هنجار باشد). با مداخله درمانی طولانی مدت، فقط حدود ۳/۲ کیلوگرم یا ۴ تا ۵٪ از وزن از دست رفته حفظ می شود (۱۳). افزایش نرخ پاسخ و کاهش عود از اولویت های اصلی درمان رفتاری چاقی است (۱۴). به کار گرفتن روش های غیر تهاجمی و آموزش دادن می تواند برای اصلاح شیوه صحیح زندگی افراد موثر واقع شود (۱۵)؛ همچنین با استفاده از رویکرد انتخاب که یکی از ابعاد مهم آن، مسئولیت پذیری افراد است؛ می توان سبک زندگی را اصلاح نمود (۱۶).

تئوری انتخاب (Choice theory) یک رویکرد رواندرمانی برگرفته از واقعیت درمانی گلاسر است که هم در درمان و هم در آموزش مسائل زندگی مورد استفاده قرار می گیرد به طوری که بر مبنای نحوه انتخاب و نوع اقدام با توجه به قبول مسئولیت توسط خود افراد می تواند بر احساسات و فیزیولوژی افراد تاثیر بگذارد. طبق نظریه کنترل گلاسر، مغز انسان مانند ترموستاتی عمل می کند که می خواهد برای تغییر دادن دنیای اطرافش، فعالیت خود را تنظیم کند.

هدف تمامی رفتارها برآورده کردن چهار نیاز روانی، عشق و تعلق خاطر، قدرت، لذت و آزادی و نیاز جسمانی به بقاء است. ارضای موفقیت آمیز این نیازها حس کنترل را به بار می آورد. رفتار شدیداً آشفته عاطفی بهترین انتخابی است که یک فرد توانسته برای رسیدن به اهداف و ارضای نیازهای خود انتخاب کند.



مورد ارزیابی قرار گرفت و پایایی به دست آمده از این روش‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۷ و ۰/۸۵ گزارش گردید.

شیوه اجرایی بدین صورت بود که جلسات مداخله سبک زندگی بر اساس نظریه انتخاب (یکی از رویکردهای روانشناختی است) که در ۹ جلسه مداخله ۹۰ دقیقه‌ای و در گروه رژیم غذایی شرکت کنندگان تحت نظر کارشناس تغذیه مرکز خدمات جامع سلامت برنامه غذایی متناسب با مشخصات هر فرد دریافت کردند. در نهایت جهت بررسی پایداری اثر، ۳ ماه بعد از آخرین جلسه متغیرهای وابسته اندازه‌گیری شدند. سرفصل محتوای جلسات مداخله شامل: جلسه اول: تبیین اهداف طرح و تکمیل پری تست، جلسه دوم و سوم: ارائه تعاریف متغیرهای طرح و آشنایی با نظریه انتخاب. جلسه چهارم: آموزش مباحث مرتبط با سلامت جسمانی و بهداشت خواب و تبیین آن بر مبنای رویکرد انتخاب. جلسه پنجم: آموزش مباحث مرتبط با تحرک، ورزش و سلامتی و تبیین آن بر مبنای رویکرد انتخاب. جلسه ششم: آموزش گروه‌های غذایی و رفتارهای کارآمد در زمینه خوردن و تبیین آن بر مبنای رویکرد انتخاب. جلسه هفتم و هشتم: آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، ارتباط بین فردی و حل مساله و تبیین آن بر مبنای رویکرد انتخاب. جلسه نهم: جمع‌بندی، پاسخگویی به سوالات اعضا، اجرای پست تست و تعیین جلسات پیگیری و ارزیابی. جلسه دهم: جلسه پیگیری و تقویتی.

در این مطالعه تمام نکات اخلاقی لازم رعایت و با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1398.03 از دانشگاه آزاد شیراز مورد تایید قرار گرفت. به سبب رعایت اصول اخلاقی در پایان

(BMI) اندازه‌گیری و شدت پرخوری آنها بررسی شد. افراد دارای نمایه توده بدنی بالای ۲۵ و شدت پرخوری آنان برحسب مقیاس شدت پرخوری گورمالی بالای ۱۷، وملاک‌های پرخوری افراطی را دارا بودند و حداقل سطح تحصیلات سیکل، به عنوان جامعه مورد پذیرش واقع شدند. ملاک‌های عدم ورود در این پژوهش شامل: مصرف اخیر مواد بر اساس تشخیص وابستگی به مواد بر اساس DSM5، شرایط پزشکی شدید، بیماری‌های متابولیک که بر وزن و اشتها تأثیر بگذارد، بارداری، وجود اختلالات شخصیت با توجه به تست میلون، داشتن علائم سایکوتیک، اختلال ارگانیک مغزی بر اساس گزارش خانواده بیمار و خود بیمار، داشتن افکار جدی خودکشی بر اساس مصاحبه، شرکت همزمان در روان‌درمانی، مصرف دارو و درمان‌های دیگر برای کاهش وزن، بود.

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس شدت پرخوری که توسط گورمالی و همکاران (۱۹۸۲) برای سنجش شدت پرخوری طراحی شده است. آلفای کرونباخ این مقیاس قبل از درمان ۰/۹۲ محاسبه شده است. این مقیاس شامل ۱۴ آیتم ۴ گزینه‌ای و ۲ آیتم ۳ گزینه‌ای بوده که گزینه‌های آن از ۰ تا ۳ درجه بندی شده است. دامنه نمرات این مقیاس از صفر تا ۴۶ است که در این مقیاس نمرات پایین‌تر از ۱۷ نشان‌دهنده عدم ابتلا به اختلال پرخوری، نمره ۱۸ تا ۲۶ دارای اختلال پرخوری متوسط، ۲۷ و بیشتر دچار اختلال پرخوری شدید می‌باشد. مولودی، دژکام، موتابی و امیدوار (۱۳۸۹) روایی و پایایی این مقیاس را در ایران مورد تأیید قرار دادند (۱۸). پایایی این مقیاس با استفاده از روش بازآزمون، دونیم‌سازی و آلفای کرونباخ



بر اساس یافته های جدول ۲، مداخله سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر شدت پرخوری در زنان مبتلا به پرخوری افراطی تاثیر داشت، نتایج نشان داد که این گروه به طور معناداری در پس آزمون مقیاس شدت پرخوری بهتر از گروه گواه بوده و نمرات آن کاهش یافته است. ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۵۶ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۲، مداخله رژیم غذایی بر کاهش شدت پرخوری افراد مبتلا به پرخوری افراطی تاثیر داشته و آن را کاهش داده است. ضریب اندازه اثر نشان می دهد که ۱۷ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی بوده است.

در خصوص بررسی معناداری این تفاوت جدول ۲ نشان می دهد که تفاوت معناداری بین مداخله آزمایشی و گروه رژیم غذایی در میانگین پس آزمون نمرات شدت پرخوری وجود دارد و مداخله اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب در مقایسه با مداخله رژیم غذایی تاثیر بیشتری بر کاهش شدت پرخوری داشته است. اندازه اثر نیز نشان می دهد که ۳۹ درصد از تفاوت میانگین های پس آزمون دو گروه با کنترل پیش آزمون ناشی از نوع مداخله بوده است.

پژوهش جلسات بهبود سبک زندگی با رویکرد انتخاب عینا برای دو گروه دیگر اجرا گردید. داده ها با SPSS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شد. روش آماری مورد استفاده در این پژوهش، آمار توصیفی شامل: جداول میانگین، انحراف معیار، و نمودار و آمار استنباطی شامل: تحلیل کوواریانس می باشد.

یافته ها

پژوهش حاضر با هدف تاثیر مداخله سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر شدت پرخوری در زنان دچار پرخوری افراطی انجام گرفته است. میانگین و انحراف معیار نمرات شدت پرخوری و شاخص نمایه توده بدنی در دومرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ آمده است. جهت بررسی تاثیر مداخله سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر شدت پرخوری در زنان مبتلا به پرخوری افراطی با هدف کنترل اثر پیش آزمون و به منظور مقایسه گروه های آزمایش اول و گواه، آزمایش دوم و گواه از روش تحلیل کواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده شد. برای انجام آزمون مذکور لازم است تا در ابتدا مفروضه های این آزمون بررسی شود. آزمون شاپیرو ویلک نشان داد توزیع داده ها نرمال بوده و همگنی واریانس ها توسط آزمون لون تایید گردید.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر شدت پرخوری و نمایه توده بدنی در مراحل آزمایش به تفکیک گروه

متغیر	گروه مداخله		گروه رژیم غذایی		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
شدت پرخوری	۷/۳۷ ± ۲۶/۴۱	۵/۶۱ ± ۱۶/۴۱	۵/۳۳ ± ۲۷/۴۲	۷/۸۱ ± ۲۵/۶۱	۴/۲۸ ± ۲۲/۰۰	۴/۹۰ ± ۲۳/۶۶
نمایه توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع)	۵/۶۰ ± ۳۴/۳۵	۵/۰۵ ± ۳۲/۷۴	۵/۸۷ ± ۳۶/۳۸	۶/۰۰ ± ۳۶/۰۰	۴/۷۰ ± ۳۴/۱۶	۴/۵۷ ± ۳۴/۴۳



جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون شدت پرخوری با کنترل پیش‌آزمون

اندازه اثر	سطح معناداری	F	MS	df	SS	منبع تغییرات	گروه‌های مورد مقایسه
۰/۳۷	۰/۰۰۲	۱۲/۴۴	۲۲۷/۵۶	۱	۲۲۷/۵۶	پیش‌آزمون	آزمایش و کنترل
۰/۵۶	۰/۰۰۱	۲۶/۴۰	۴۸۲/۸۸	۱	۴۸۲/۸۸	گروه	آزمایش و کنترل
			۱۸/۲۸	۲۱	۳۸۴/۰۲	خطا	
۰/۵۹	۰/۰۰۱	۳۲/۱۲	۵۹۲/۲۱	۱	۵۹۲/۲۱	پیش‌آزمون	رژیم غذایی و کنترل
۰/۱۷	۰/۰۴۶	۴/۴۸	۸۲/۶۷	۱	۸۲/۶۷	گروه	رژیم غذایی و کنترل
			۱۸/۴۳	۲۲	۴۰۵/۵۳	خطا	
۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۳/۸۸	۴۱۴/۰۵	۱	۴۱۴/۰۵	پیش‌آزمون	آزمایش و رژیم غذایی
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۴/۵۰	۴۳۲/۳۰	۱	۴۳۲/۳۰	گروه	آزمایش و رژیم غذایی
			۲۹/۸۱	۲۳	۶۸۵/۷۲	خطا	

بررسی پیشفرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج نشان داد فرض همگنی واریانس‌ها تایید می‌شود. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، مداخله سبک زندگی توانست شدت پرخوری را در زنان دچار اختلال پرخوری را کاهش دهد و پیامد دیگر این مداخله، کاهش نمایه توده بدنی در این افراد بود. بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴، اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر کاهش شاخص توده‌بدنی افراد مبتلا به پرخوری افراطی تاثیر داشته و آن را کاهش داده است.

نتایج نشان داد که این گروه به طور معناداری در پس‌آزمون شاخص توده‌بدنی بهتر از گروه گواه بوده و نمرات آن کاهش یافته است. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۱۸ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

هم چنین بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۴، مداخله رژیم

منظور بررسی اثر زمان و این که آیا اثر مداخله در طی زمان معناداری خود را حفظ کرده است یا خیر نمرات دو گروه آزمایش و کنترل، گروه رژیم غذایی و کنترل و هم چنین گروه آزمایش و گروه رژیم غذایی نیز در مرحله پیگیری در متغیر کاهش شدت پرخوری پس از حذف اثر پیش‌آزمون از طریق تحلیل کواریانس مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است که بر اساس نتایج به دست آمده، اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر کاهش شدت پرخوری افراد مبتلا به پرخوری افراطی تاثیر داشته و آن را کاهش داده است.

اندازه اثر نیز در مرحله پیگیری به ۵۸ درصد افزایش یافته است. در نتیجه می‌توان گفت که اثر اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب در ایجاد تفاوت بین گروه‌ها در متغیر کاهش شدت پرخوری در طول زمان نیز حفظ شده است. هم چنین به منظور



کواریانس مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. در بررسی پیشفرض‌های آزمون آنکوا، همگی تایید شدند. بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵، اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر کاهش شاخص توده بدنی افراد مبتلا به پرخوری افراطی تاثیر داشته و آن را کاهش داده است. اندازه اثر نیز در مرحله پیگیری به ۳۰ درصد افزایش یافته است. در نتیجه می‌توان گفت که اثر متغیر مستقل یعنی اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب در ایجاد تفاوت بین گروه‌ها در متغیر شاخص توده بدنی در طول زمان نیز حفظ شده است. اما در خصوص تاثیر مداخله رژیم غذایی تاثیر ایجاد شده در مرحله پس‌آزمون پایدار نبوده و مداخله رژیم غذایی بر اثر گذشت زمان، تاثیر خود را از دست داده است.

غذایی بر کاهش شاخص توده بدنی افراد مبتلا به پرخوری افراطی تاثیر داشته و آن را افزایش داده است. ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۳۰ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی بوده است. در خصوص بررسی معناداری این تفاوت جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین مداخله آزمایشی اول و دوم در میانگین پس‌آزمون نمرات شاخص توده بدنی وجود ندارد. به منظور بررسی اثر زمان و این که آیا اثر مداخله در طی زمان معناداری خود را حفظ کرده است یا خیر نمرات دو گروه آزمایش اول و گواه، گروه آزمایش دوم و گواه و هم چنین گروه آزمایش اول و دوم نیز در مرحله پیگیری در متغیر شاخص توده بدنی پس از حذف اثر پیش‌آزمون از طریق تحلیل

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های مرحله پیگیری شدت پرخوری با کنترل پیش‌آزمون

اندازه اثر	سطح معناداری	F	MS	df	SS	منبع تغییرات	گروه‌های مورد مقایسه
۰/۲۳	۰/۰۱۹	۶/۴۰	۳۰۸/۷۱	۱	۳۰۸/۷۱	پیش‌آزمون	آزمایش و کنترل
۰/۴۶	۰/۰۰۱	۱۷/۶۴	۸۴۹/۹۵	۱	۸۴۹/۹۵	گروه	
			۴۸/۱۸	۲۱	۱۰۱۱/۷۸	خطا	
۰/۱۴	۰/۰۶۲	۳/۸۴	۱۸۷/۱۲	۱	۱۸۷/۱۲	پیش‌آزمون	رژیم غذایی و کنترل
۰/۰۶	۰/۲۳۶	۱/۴۸	۷۲/۰۸	۱	۷۲/۰۸	گروه	
			۱۸/۴۳	۲۲	۱۱۱۹/۱۲	خطا	



جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون شاخص توده بدنی با کنترل پیش آزمون

اندازه اثر	سطح معناداری	F	MS	df	SS	منبع تغییرات	گروه‌های مورد مقایسه
۰/۸۱	۰/۰۰۱	۹۱/۲۹	۴۱۶/۰۴	۱	۴۱۶/۰۴	پیش آزمون	آزمایش و کنترل
۰/۱۸	۰/۰۴۷	۴/۴۴	۲۰/۲۶	۱	۲۰/۲۶	گروه	
			۴/۵۵	۲۱	۹۵/۶۹	خطا	
۰/۹۹	۰/۰۰۱	۲۵۸۵/۲۲	۶۹۲/۹۹	۱	۶۹۲/۹۹	پیش آزمون	رژیم غذایی و کنترل
۰/۳۰	۰/۰۰۵	۹/۷۸	۲/۶۲	۱	۲/۶۲	گروه	
			۰/۲۷	۲۲	۶/۱۶	خطا	
۰/۸۵	۰/۰۰۱	۱۴۰/۵۳	۶۴۴/۴۲	۱	۶۴۴/۴۲	پیش آزمون	آزمایش و رژیم غذایی
۰/۱۱	۰/۱۱۱	۲/۷۵	۱۲/۵۸	۱	۱۲/۵۸	گروه	
			۴/۵۸	۲۳	۱۰۵/۴۷	خطا	

جدول ۵: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های مرحله پیگیری شاخص توده بدنی با کنترل پیش آزمون

اندازه اثر	سطح معناداری	F	MS	df	SS	منبع تغییرات	گروه‌های مورد مقایسه
۰/۷۹	۰/۰۰۱	۷۷/۶۴	۳۷۶/۵۱	۱	۳۷۶/۵۱	پیش آزمون	آزمایش و کنترل
۰/۳۰	۰/۰۰۷	۸/۸۰	۴۲/۶۷	۱	۴۲/۶۷	گروه	
			۴/۸۴	۲۱	۱۰۱/۸۳	خطا	
۰/۱۴	۰/۰۶۲	۳/۸۴	۱۸۷/۱۲	۱	۱۸۷/۱۲	پیش آزمون	رژیم غذایی و کنترل
۰/۰۶	۰/۲۳۶	۱/۴۸	۷۲/۰۸	۱	۷۲/۰۸	گروه	
			۱۸/۴۳	۲۲	۱۱۱۹/۱۲	خطا	



بحث و نتیجه گیری

از مجموع نتایج چنین استنباط شد که تفاوت میانگین نمرات اصلاح سبک زندگی در گروه مداخله نسبت به دو گروه دیگر معنادار بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب بر کاهش شدت پرخوری و نمایه توده بدنی افراد مبتلا به پرخوری افراطی تاثیر دارد؛ و گروه دریافت کننده مداخله سبک زندگی به طور معناداری در پس آزمون شدت پرخوری نسبت به گروه گواه نمرات آن کاهش یافته بود.

این پژوهش نشان داد مداخله رژیم غذایی بر کاهش شدت پرخوری و نمایه توده بدنی افراد مبتلا به پرخوری افراطی تاثیر داشت، ولی اثر آن در طول زمان حفظ نشد و پرخوری این افراد عود کرد.

می توان گفت مداخله اصلاح سبک زندگی با رویکرد انتخاب در مقایسه با مداخله رژیم غذایی بر کاهش شدت پرخوری، اثر بیشتری داشته و نمایه توده بدنی را کاهش داده به طوری که اثر مداخله در طول زمان پایدار بود.

مطالعات نشان داده اند مداخلات روانشناختی کوتاه مدت اثر پایدارتری بر مدیریت وزن نسبت به مداخلات بلند مدت در اختلال پرخوری افراطی دارند (۱۹).

کوپر و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که درمان های شناختی رفتاری در اختلال پرخوری افراطی منتج به کاهش پرخوری و وزن در این افراد می شود (۳).

نتایج پژوهش با مطالعه آگاه هریس و همکاران (۲۰) و هم چنین با نتایج لوکسا و همکاران (۲۰۰۸)، فونتین و همکاران (۲۰۰۴) مبنی بر کاهش وزن به روش مداخله در سبک زندگی همخوانی

داشت (۲۲-۲۱).

در پژوهش آگاه هریس و همکارانش (۱۳۹۱) با عنوان مقایسه تاثیر گروه درمانگری مبتنی بر اصلاح سبک زندگی و گروه درمانگری شناختی در مدیریت وزن زنان دارای اضافه وزن، یافته ها نشان داد که مداخله اصلاح سبک زندگی به کاهش وزن و بهزیستی مرتبط با چاقی انجامید.

پژوهش حاضر نشان داد هر دو مداخله (سبک زندگی و رژیم درمانی) بر شاخص توده بدنی تاثیر داشت، اما مداخله اصلاح سبک زندگی بر متغیر فوق ۱۸ درصد تاثیر بیشتری داشت.

یافته مذکور با نتایج مطالعه آقایی میبیدی (۱۳۸۹) با عنوان بررسی تاثیر یک دوره مداخله روانی، آموزشی بر کاهش وزن، در زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن که نشان داد مداخله مذکور مداخله ای موثر و کارآمد بر کاهش شاخص توده بدنی، در زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن است، همسو است.

نتایج پژوهش در دوره پیگیری در زمینه کاهش شدت پرخوری و شاخص توده بدنی نشان داد در طول زمان مداخله اصلاح سبک زندگی اثر خود را حفظ ولی مداخله رژیم درمانی اثر خود را از دست داد.

این یافته با نتایج مطالعه فرا تحلیلی کیتزمان، دالتون، استانلی و همکاران (۲۰۱۰) که نشان دادند مداخلات سبک زندگی در گروه های مختلف اثربخش واقع می شود و تاثیر درمان کوتاه مدت ماه ها پس از پایان مداخله ادامه می یابد و به کاهش وزن و بهبود عادت های غذاخوردن می انجامد، هماهنگ است (۲۳).
اصلاح سبک زندگی در قالب رویکرد انتخاب باعث می شود افراد مسئولیت پذیر باشند و رفتارها از جمله رفتار خوردن خود



را حاصل انتخاب خود بدانند و در این زمینه مسئولیت پذیرتر عمل کنند. در مجموع یافته های پژوهش حاکی از آن است که اصلاح سبک زندگی که مداخله ای چند وجهی است آگاهی و بینش چند جانبه را به یک نگرش تبدیل می کند و این نگرش و باور منجر به تغییر رفتار پایدار می گردد، و میزان شکست و عود را در درمان های رایج که رژیم درمانی صرف است، کاهش می دهد.

مطالعه ای در سال ۲۰۱۷ تحت عنوان مداخله سبک زندگی بر سندروم متابولیک و تاثیر آن بر کیفیت زندگی توسط سابویا و همکاران در برزیل انجام شد، در این مطالعه ۷۲ نفر واجد سندروم متابولیک در سنین بین ۳۰ تا ۵۹ سال در ۳ گروه بطور تصادفی جاگذاری شدند، یک گروه مداخله سبک زندگی را بصورت گروهی، گروه دیگر همین مداخله را بصورت فردی دریافت کردند و گروه دیگر بعنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد.

نتایج نشان داد مداخلات چند رشته ای (چند وجهی) بخصوص بصورت گروهی در کنترل سندروم متابولیک و بهبود کیفیت زندگی این افراد موثرتر بود (۲۴).

در زمینه تاثیر مداخلات چندوجهی میفرد، نیکولس و پاکیز (۲۰۰۷) نشان دادند استفاده از مداخلات چندوجهی علاوه بر بهبود شاخص های چاقی و چربی خون می توانند به کاهش خطر ابتلا به بیماری های قلبی - عروقی منتهی شوند (۲۵).

تمامی پژوهش ها به هنگام اجرا با محدودیت هایی مواجه اند. از مهمترین محدودیت های این پژوهش می توان به محدود کردن جامعه پژوهش به زنان، استفاده از روش نمونه گیری در دسترس،

عدم امکان متغیرهای مداخله گر چون وضعیت اجتماعی و اقتصادی، تعداد کم حجم نمونه و استفاده از پرسشنامه به عنوان تنها ابزار جمع آوری داده ها اشاره نمود. با توجه به محدودیت هایی که به آن اشاره شد، ضرورت دارد که در استفاده از نتایج و تعمیم نتایج احتیاط لازم صورت گیرد. با توجه به محدودیت های پژوهش توصیه می شود حجم نمونه بزرگتری انتخاب شود.

براساس یافته های پژوهش پیشنهاد می شود که مراکز درمانی و روان درمانی، آموزش سبک زندگی با رویکرد تئوری انتخاب را در خصوص افراد با اختلال پر خوری افراطی مورد توجه قرار دهند.

پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی تاثیر آموزش سبک زندگی با رویکرد تئوری انتخاب بر سایر مولفه های افراد با اختلال پر خوری افراطی همچون، افسردگی، احساس تنهایی، اضطراب، احساس گناه، انگ ادراک شده و شفقت به خود نیز بررسی شود. به طور کلی نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش سبک زندگی با رویکرد تئوری انتخاب بر کاهش شدت پر خوری زنان با اختلال پر خوری افراطی بود.

این مداخله درمانی یکی از شیوه های موثر درمانی است که می تواند در ارتباط افراد با اختلال پر خوری افراطی مورد توجه قرار گیرد.

این مداخله درمانی به افراد مجموعه ای از مهارت هایی را آموزش می دهد تا با تغییر در انتخاب های خود خوردن سالم تری را تجربه نمایند.

بنابراین، توصیه می شود که مداخله آموزش سبک زندگی با



تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، مسئولین مراکز خدمات جامع سلامت شهری اردکان، زنان شرکت‌کننده در پژوهش که با اعتماد و اطمینان کامل با پژوهشگران همکاری کردند، تشکر و قدردانی کنند.

رویکرد تئوری انتخاب در کنار سایر مداخلات آموزشی و درمانی برای کاهش مشکلات جسمی و روانشناختی افراد با اختلال پرخوری افراطی، ارائه شود.

تضاد منافع

در مقاله حاضر هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

Reference

- 1-Racine SE, VanHuysse JL, Keel PK, Burt SA, Neale MC, Boker S, Klump KL. Eating disorder-specific risk factors moderate the relationship between negative urgency and binge eating: A behavioral genetic investigation. *Journal of abnormal psychology*.2017;126(5):481.
- 2-Rahimi R, Fesharaki M, Sahebolzamani M, Rahmani A. The Efficacy of A Lifestyle Modification Course in Overweight Female Elementary School Students in Urmia, Iran, *Journal Of Isfahan Medical School*.2012; 30(188):1.[Persian]
- 3-Cooper Z, Calugi S, Dalle Grave R. Controlling binge eating and weight: a treatment for binge eating disorder worth researching?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*.2019;18(1):1-5.
- 4-Telch CF, Stice E. Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1998;66(5):768.
- 5-Herbozo S, Schaefer LM, Thompson JK. A comparison of eating disorder psychopathology, appearance satisfaction, and self-esteem in overweight and obese women with and without binge eating. *Eating behaviors*.2015;17(1):86-9.
- 6-Napolitano MA, Himes S. Race, weight, and correlates of binge eating in female college students. *Eating behaviors*.2011;12(1):29-36.
- 7-Bulik CM, Reichborn-Kjennerud T. Medical morbidity in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*.2003;34(1):39-46.



- 8-Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*.2013;73(9):904-14.
- 9- Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc. 2013;21.
- 10-Taitiz S. The obese child, Pediatric growth chart for girls showing BMI for age.
- 11-Cousins JH, Rubovits DS, Dunn JK, Reeves RS, Ramirez AG, Foreyt JP. Family versus individually oriented intervention for weight loss in Mexican American women. *Public Health Reports*.1992;107(5):549.
- 12-Dansinger M L, Tatsioni A, Wong JB, et al. Meta-analysis: the effect of dietary counseling for weight loss. *Annals of internal medicine*.2007;147(1):41-50.
- 13-Look AHEAD Research Group. Eight-year weight losses with an intensive lifestyle intervention: the look AHEAD study. *Obesity*.2014; 22(1): 5-13.
- 14-MacLean PS, Wing RR, Davidson T. NIH working group report: Innovative research to improve maintenance of weight loss. *Obesity*.2015;23(1):7-15.
- 15-Drohan SH. Managing early childhood obesity in the primary care setting: A behavior modification approach. *Journal Pediatric Nursing*.2002;28(6):599-610.
- 16-Entezari meybodi M R, Afkami I, Nasirian m.The effectiveness of treatment on “choice theory” on improving the lifestyle of women suffered from obesity, *journal of health promotion manangement*.2015;4(2):1-6.[Persian]
- 17- Wadden TA, Tronieri JS, Butryn ML. Lifestyle modification approaches for the treatment of obesity in adults. *American Psychologist*.2020;75(2):235.
- 18-Mootabi F, Moloodi R, Dezhkam M, Omidvar N. Standardization of the Binge Eating Scale among Iranian obese population. *Iranian Journal of Psychiatry*.2009:143-6.[Persian]
- 19-Jackson JB, Pietrabissa G, Rossi A, Manzoni GM, Castelnuovo G. Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2018;86(8):688.
- 20-Agah Heris M , Alipour A , Janbozorgi M , et al. A Comparative Study of Effectiveness on Life- style Modification and Cognitive Group Therapy to Weight Management and Quality of Life Enhancement. *Health Psychology*.2012;1(1):74-87.[Persian]



- 21-Loux TJ, Haricharan RN, Clements RH, et al. Health-related quality of life before and after bariatric surgery in adolescents. *Journal of pediatric surgery*.2008;43(7):1275-9.
- 22-Fontaine KR, Barofsky I, Bartlett SJ, et al. Weight loss and health-related quality of life: results at 1-year follow-up. *Eating behaviors*.2004;5(1):85-8.
- 23-Kitzmann KM, Dalton III WT, Stanley CM, et al. Lifestyle interventions for youth who are overweight: A meta-analytic review. *Health Psychology*.2010;29(1):91.
- 24-Saboya PP, Bodanese LC, Zimmermann PR, et al. Lifestyle intervention on metabolic syndrome and its impact on quality of life: a randomized controlled trial. *Arquivos brasileiros de cardiologia*.2017;108(1):60-9.
- 25-Mefferd K, Nichols JF, Pakiz B, Rock CL. A cognitive behavioral therapy intervention to promote weight loss improves body composition and blood lipid profiles among overweight breast cancer survivors. *Breast cancer research and treatment*.2007;104(2):145.