

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی، رژیم درمانی و درمان ترکیبی بر کاهش وزن نوجوانان مبتلا به اختلال چاقی مقطع متوسطه شهر یاسوج

مریم چرامی^{۱*}، شعله امیری^۲، حمید طاهر نشاط دوست^۳، هوشنگ طالبی^۴

^۱گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، اصفهان، ایران، ^۲گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران،

^۳گروه آمار، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۵

چکیده

زمینه و هدف: امروزه چاقی به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی به طور گسترده‌ای در کل جهان افزایش یافته است. هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی، رژیم‌درمانی و درمان ترکیبی بر کاهش وزن نوجوانان مبتلا به چاقی مقطع متوسطه شهر یاسوج بود.

روش بررسی: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۶۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر یاسوج با تشخیص چاقی و اضافه وزن انجام شد. آزمودنی‌ها به شیوه تصادفی انتخاب و به ۴ گروه مساوی تقسیم و شاخص توده بدنی آنها سنجیده شد. سه گروه مداخله، روش‌های درمان مبتنی بر دلبستگی، رژیم‌درمانی و ترکیب دو روش را دریافت کردند و بر روی گروه کنترل مداخله‌ای اعمال نشد. پس از دوره درمان، شاخص توده بدنی هر چهار گروه مجدداً سنجیده شد. داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی ال اس دی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: هر سه روش مداخله موجب کاهش وزن به صورت معنی‌دار در مقایسه با گروه کنترل شدند ($p < 0.001$)، که درمان ترکیبی از اثربخشی بیشتری برخوردار بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که هرچند فنون مداخله‌ای از قبیل درمان مبتنی بر دلبستگی و رژیم‌درمانی در کاهش وزن اثربخشی دارند، اما ترکیب این دو روش جهت کاهش وزن از اثربخشی بیشتری برخوردار می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر دلبستگی، رژیم‌درمانی، درمان ترکیبی، چاقی، نوجوانان

* نویسنده مسئول: مریم چرامی، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات اصفهان، گروه روانشناسی

Email: maryam.chorami@yahoo.com

مقدمه

اضافه وزن و چاقی به صورت یک اپیدمی جهانی درآمده است. اپیدمیولوژیست‌ها در بیش از ۳۰ سال گذشته روند پایایی از شیوع فزاینده چاقی را در اروپا، ایالات متحده آمریکا، آسیا و خاورمیانه شناسایی کرده‌اند (۱). شیوع چاقی بیش از حد و اضافه وزن در کل جهان با سرعتی هشدار دهنده به خصوص در کودکان و نوجوانان در حال پیشرفت و افزایش است (۲). نوجوانان به ویژه جنس مؤنث در سنین بلوغ به دلایل متعدد از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی و نژادی توجه خاصی به وزن و شکل بدن خود دارند (۳). خانواده اولین و مهم‌ترین گروه هدف در زمینه مداخله برای بهبود چاقی کودکان و نوجوانان است. شواهد متقاعد کننده‌ای در خصوص نقش مؤثر محیط خانواده بر رفتارهای مرتبط با چاقی کودکان و نوجوانان وجود دارد (۴).

توماس معتقد است که مناسب‌ترین درمان برای کودکان دچار اختلال‌ها و مشکلات ناشی از دلبستگی ناایمن، ارایه مداخله دلبستگی درمانی است (۵). تمرکز اصلی دلبستگی درمانی، تغییر دیدگاه نسبت به جهان و بزرگسالان است. کودکان و نوجوانان دارای مشکلات دلبستگی که تحت درمان‌های دلبستگی قرار می‌گیرند، کم‌کم می‌آموزند که بزرگسالان می‌توانند قابل اعتماد، کمک کننده و فراهم کننده ایمنی باشند و بر عکس تصورشان به آنها آزار نمی‌رسانند و آنها را محدود نمی‌کنند. ارتباط والد-کودک بدون وجود اعتماد کامل دوطرفه، ارتباط

ایمن و مطلوبی نیست و نتیجه‌ای جز مشکلات رفتاری و اضطراب برای کودک ندارد. تداوم دلبستگی ناایمن پیامدهای منفی زیادی برای مادر و کودک خواهد داشت (۶). بررسی بحران‌های نوجوانی نشان داده است که رفتار خانواده و رابطه والدین - نوجوان با رشد رفتاری و روانی نوجوان تطابق دارد (۷).

پژوهش‌های فراوانی مؤید این نکته است که عدم ایمنی پیوند دلبستگی، فرد را در مخاطره مشکلات روانی، رفتاری و ارتباطی فراوانی قرار می‌دهد (۸)، که یکی از این مشکلات احتمال ابتلاء به مرض چاقی می‌باشد، لذا با توجه به استمرار اثر تجربیات دلبستگی از دوران کودکی تا بزرگسالی برخی از درمان‌گران برای کاهش اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان، به مداخلات مبتنی بر دلبستگی توجه کرده‌اند، زیرا تجربیات دوران کودکی در طول زندگی مورد بازبینی قرار می‌گیرند. این یک اصل کلیدی است که بالایی هم جهت روان‌درمانی به آن اشاره کرده است. مهم‌ترین مهارت درمانگر در درمان مبتنی بر دلبستگی آن است که پایه‌ای ایمن و استوار را در بازشناسی مشکل مراجع و احترام به او ارایه داده و در نهایت میزان تجارب مبتنی بر دلبستگی ایمن را ارتقا دهد (۹).

برخی از تأثیرات محیطی مرتبط با چاقی سبک دلبستگی والد - کودک و تغذیه کودک می‌باشد. ابعادی از قبیل رفتار رژیم‌گری می‌تواند ناشی از اضافه وزن، بلوغ زودرس همسالان و تأثیرات خانوادگی باشد عملکردهای عمومی روانشناختی عوامل خطری هستند که اختلال خوردن را گسترش

می‌دهد (۱۰). بنابراین تمرکز بر روی دوران میانی و اولیه مدرسه کودکان مهم است. اگرچه به ظاهر رژیم گرفتن روشی منطقی برای ترکه‌ای شدن است، اما مشاهدات کمی در تأثیر آن (البته در درازمدت) وجود دارد. رژیم گرفتن هم نتایج زیستی و هم شناختی و عاطفی به همراه دارد که می‌تواند منجر به جیره‌بندی غذایی شود. مکانیسم‌های شناختی شامل در احساسات رژیم گیرنده، باعث کاهش و آسیب‌پذیر شدن کنترل شخص می‌شود. لغزش در رژیم گرفتن به صورت همه یا هیچ در فرد رخ می‌دهد (۱۱). در پایان، رژیم گرفتن منجر به استرس می‌شود و رژیم گیرنده را نسبت به اثرات استرس آسیب‌پذیر می‌کند که این فرایند به صورت جیره‌بندی غذایی خود را نشان می‌دهد. تغییرات سریع شیوه زندگی باعث دگرگون شدن الگوی غذایی و فعالیت‌های جسمی کودکان و نوجوانان شده و آنها را در معرض خطر اضافه وزن و چاقی قرار داده است (۱۲). این مشکل به ویژه در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران به سرعت رو به افزایش است (۱۳).

فرد تحت رژیم با رژیم گرفتن می‌خواهد رفتار خوردن را به جای این که تحت کنترل فیزیولوژیکی قرار داشته باشد، تحت کنترل شناختی قرار دهد. اما شگفت این که، رژیم گرفتن بیشتر مواقع موجب پرخوری بعدی می‌شود. فرد تحت رژیم، مخصوصاً تحت شرایط اضطراب، استرس، مصرف الکل، افسردگی، یا مواجهه با غذاهای پرکالری، به طور فزاینده‌ای مستعد بازدارندگی می‌شود (۱۴). با توجه

به مطالب ذکر شده، می‌توان با مداخله در سبک دلبستگی آزمودنی‌ها به سمت سبک دلبستگی ایمن، یک ایمونولوژی روانی را در نوجوان هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا و بحرانی ایجاد کرده و به این ترتیب زمینه ابتلاء به چاقی که موضوع این تحقیق بود، را با مداخله در سبک دلبستگی مادر-فرزند کاهش داد. اهمیت دیگر موضوع از اینجا مشخص می‌شود که می‌توان حتی با مداخله در سبک دلبستگی، افرادی را که رژیم غذایی دارند علی‌رغم وجود شرایط استرس‌زا و درگیری‌های هیجانی - عاطفی، که خود منجر به رها کردن رژیم و از دست دادن کنترل غذایی می‌شود، واکنش‌ده کرد.

شاخص توده بدن با قوانین تشویق و منع رابطه دارد. به این معنا که اشخاصی که شاخص توده بدن بالاتری دارند (افراد چاق)، قوانین تشویق و منع غذایی را در تاریخچه زندگی خود بیشتر به خاطر می‌آورند. منع غذایی نیز ممکن است منجر به ترجیح غذاهایی شود که احتمالاً سبب افزایش وزن می‌شوند و این قوانین بیشتر بر دختران اعمال می‌شود، چرا که لاغر بودن، هم برای مادران و هم برای دختران مهم است (۳). شاخص توده بدنی با تقسیم وزن بر حسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر به دست می‌آید.

مکانیزم تنظیم غذا تحت نفوذ عوامل محیطی است و یافته‌ها نشان داده است که عوامل فرهنگی، خانوادگی و پویشی در بروز چاقی سهیم هستند. هرچند بسیاری از پژوهشگران، سوابق خانوادگی خاص، عوامل زمینه‌ساز، ساختارهای شخصیتی و

تعارض‌های ناخودآگاه را مسبب چاقی معرفی کرده‌اند، اما افراد چاق، ممکن است از هر نوع اختلال روانی قابل تصویری در رنج بوده و آشفتگی‌های مختلف زندگی نیز زمینه‌ساز چاقی آنها باشد. بنابراین، بیماران چاق ممکن است از نظر هیجانی، افرادی آشفته باشند که به دلیل فراهم شدن سایر عوامل مستعد کننده پرخوری در محیط، پرخوری را به عنوان وسیله‌ی مقابله با مشکلات انتخاب کنند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد زمانی که برخی بیماران، وزن طبیعی به دست می‌آورند، نشانه‌های اختلال روانی جدی‌تری نشان می‌دهند، زیرا مکانیزم مقابله‌ای دیگری ندارند. گرچه در ایران درمان مداخله متمرکز بر دلبستگی، برای کاهش وزن و درمان اختلال چاقی به کار گرفته نشده، اما مطالعات انجام شده به وسیله سپاه منصور و همکاران (۱۵) نشان می‌دهد که بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای حل تعارض فرزند - والد بر نگرش فرزندان نسبت به والدین ارتباط معنی‌دار وجود دارد. هدف این تحقیق مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی، رژیم درمانی و ترکیب دو روش بر کاهش وزن بود.

روش بررسی

این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی دانش-آموزان دختر مقطع متوسطه شهر یاسوج که تشخیص سبک دلبستگی نا ایمن دریافت کرده و به چاقی و اضافه وزن (شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۵ با تقسیم وزن بر مجذور قد به متر) مبتلا و مایل به شرکت در

جلسات مداخله بودند، انجام شد. تعداد ۶۰ نفر از دانش‌آموزان چاق که سبک دلبستگی نا ایمن دریافت کرده، با انتخاب و جایگزینی تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به چهار گروه ۱۵ نفره (سه گروه مداخله و یک گروه کنترل) تقسیم شدند و مداخله‌ها به تفکیک روی گروه‌ها اجرا شد. در روش درمان مبتنی بر دلبستگی، مادران دانش‌آموزان در ۸ جلسه آموزشی (محتوای برنامه آموزشی قبل از اجرا به تایید اساتید راهنمای تحقیق رسید) که به صورت هفتگی در مدرسه مربوطه برگزار می‌شد، شرکت داشتند و در روش رژیم درمانی، دانش‌آموزان به وسیله متخصص تغذیه، برنامه رژیم غذایی را جهت اجرا دریافت کردند. گروه سوم هم‌زمان هر دو روش درمان مبتنی بر دلبستگی و رژیم‌درمانی را دریافت کردند. بعد از ۸ هفته، میانگین شاخص توده بدنی گروه‌ها مقایسه گردید. لازم به ذکر است که قبل از شروع به فرآیند تحقیق، بر محرمانه بودن اطلاعات دانش‌آموزان و والدین آنها به وسیله محقق تأکید شد.^۱

ابزار پژوهش، پرسشنامه دلبستگی به والدین و همسال^(۱) (IPPA) بود. این پرسشنامه به وسیله آرمسدن^(۲) و گرینبرگ^(۳) (۱۹۸۷) تدوین شده است. این آزمون دارای سه زیرمقیاس میزان اعتماد، کیفیت رابطه و میزان خصومت و احساس بیگانگی است. نسخه اصلی آزمون دارای دو بخش والدین و

1-Inventory of Parent and Peer Attachment
2-Armsden
3-Greenberg

همسالان بوده است، اما پرسشنامه تجدید نظر شده دارای سه بخش است که بخش اول و دوم آن میزان دلبستگی به پدر و مادر به صورت مجزا و بخش سوم میزان دلبستگی به دوستان را می‌سنجد. در نسخه تجدیدنظر شده، هر بخش دارای ۲۵ عبارت است. در این پژوهش تنها از بخش دلبستگی به مادر استفاده شده است (۱۶).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد، آمار استنباطی تحلیل کوواریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی ال اس دی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

آمارهای توصیفی شاخص توده بدن به تفکیک گروه و نوع آزمون ارائه شده است (جدول ۱). در این پژوهش متغیر نمرات پیش‌آزمون شاخص توده بدن با استفاده از تحلیل کوواریانس یکراه کنترل و داده‌های مربوط به سه روش درمان مبتنی بر دلبستگی، رژیم درمانی و ترکیب دو روش جهت سنجش میزان کاهش شاخص توده بدن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین در ابتدا آزمون همسانی خطای واریانس لون برای متغیر وابسته شاخص توده بدن انجام شد و نشانگر عدم وجود تفاوت معنی‌دار در واریانس‌ها بود ($p > 0.05$ و $F = 0.373$).

مطابق جدول ۲، نتایج تحلیل کوواریانس با در نظر گرفتن نمرات شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها قبل از مداخله (پیش‌آزمون) به عنوان متغیر هم‌پراش (کنترل) تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های مداخله و کنترل در کاهش وزن نشان داد ($p < 0.001$).

به منظور بررسی این که کدام یک از روش‌های درمانی بر شاخص توده بدن تأثیر داشته‌اند، مقایسه‌های زوجی آزمون تعقیبی ال اس دی ارائه شده است (جدول ۳). همان‌طور که ملاحظه می‌شود در پس‌آزمون شاخص توده بدن (با کنترل پیش‌آزمون) بین درمان مبتنی بر دلبستگی و روش ترکیبی در کاهش شاخص توده بدن تفاوت معنی‌داری وجود داشته است ($p < 0.001$). از آنجا که میانگین تعدیل شده روش ترکیبی ($26/061$) از درمان مبتنی بر دلبستگی ($26/209$) کمتر است، بنابراین روش ترکیبی اثربخشی بیشتری داشت. بین رژیم درمانی و روش ترکیبی در کاهش شاخص توده بدن تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.047$). میانگین تعدیل شده روش ترکیبی ($26/061$) از رژیم درمانی ($26/123$) کمتر بود. بنابراین روش ترکیبی اثربخشی بیشتری داشت. بین روش ترکیبی و گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.001$). مقایسه میانگین‌های تعدیل شده دو گروه بیانگر اثر بخشی روش ترکیبی بود. بین درمان مبتنی بر دلبستگی و گروه کنترل در کاهش شاخص توده بدن تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.02$). بین رژیم درمانی و گروه کنترل در کاهش شاخص توده بدن تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.001$). بین درمان مبتنی بر دلبستگی و رژیم درمانی در کاهش شاخص توده بدن تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.006$). اختلاف میانگین‌ها و سطوح معنی‌داری یافته‌ها نشان می‌دهد که هر سه روش درمانی در کاهش شاخص توده بدن مؤثر بوده‌اند، اما روش ترکیبی مؤثرتر بوده است (جدول ۳).

جدول ۱: آمارهای توصیفی چاقی به تفکیک گروه و نوع آزمون

مرحله	گروه	میانگین شاخص توده بدن	انحراف معیار	تعداد آزمودنی‌ها
پیش‌آزمون	کنترل	۲۸	۱/۹۷۵	۱۵
	درمان مبتنی بر دلبستگی	۲۸/۳۲۴	۱/۴۸۹	۱۵
	رژیم درمانی	۲۸/۱۹۴	۱/۶۱۲	۱۵
	درمان ترکیبی	۲۸/۱۷۷	۲/۱۲۱	۱۵
پس‌آزمون	کنترل	۲۸/۰۲۵	۱/۹۷۳	۱۵
	درمان مبتنی بر دلبستگی	۲۶/۳۵۴	۱/۴۶۷	۱۵
	رژیم درمانی	۲۶/۱۴۲	۱/۵۴۱	۱۵
	درمان ترکیبی	۲۶/۰۶۴	۱/۹۸۸	۱۵

جدول ۲: مقایسه نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) بر روی نمرات پس‌آزمون در گروه‌های مداخله و کنترل

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مقدار	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون چاقی	۱۷۱/۸۵۵	۱	۶۸۴۵/۱۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۲
گروه	۴۷/۹۰۵	۳	۶۳۶/۰۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷۲
خطا	۱/۳۸۱	۵۵			

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی ال اس دی و مقایسه‌های زوجی نمرات شاخص توده بدن

گروه اول	گروه دوم	میانگین تعدیل شده ۱	میانگین تعدیل شده ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
درمان مبتنی بر دلبستگی	رژیم درمانی	۲۶/۲۰۹	۶/۱۲۳	۰/۰۸۶	۰/۰۵۸	۰/۰۰۶
	درمان ترکیبی	۲۶/۲۰۹	۲۶/۰۶۱	۰/۱۴۸	۰/۰۵۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۶/۲۰۹	۲۸/۱۹۴	-۱/۹۸۵	۰/۰۵۸	۰/۰۰۲
رژیم درمانی	درمان ترکیبی	۲۶/۱۲۳	۲۶/۰۶۱	۰/۰۶۲	۰/۰۵۸	۰/۰۴۷
	کنترل	۲۶/۱۲۳	۲۸/۱۹۴	-۲/۰۷۱	۰/۰۵۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۶/۰۶۱	۲۸/۱۹۴	-۲/۱۳۳	۰/۰۵۸	۰/۰۰۱

بحث

امروزه، راه‌های گوناگونی برای کاهش چاقی وجود دارد. در سال‌های اخیر، تحولات صورت گرفته در زمینه‌ی درمان اختلالات روان‌شناختی و کاهش چاقی موجب گردیده تا روش‌های نوینی به وسیله روان‌شناسان بالینی مطرح و ارایه گردد (۱۷). هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روش‌های درمان مبتنی بر دلبستگی، رژیم درمانی و روش ترکیبی در کاهش شاخص توده‌ی بدن بود.

نتایج پژوهش نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، شاخص توده بدن گروه‌های درمان مبتنی بر دلبستگی، رژیم درمانی و ترکیب هر دو روش در مقایسه با گروه کنترل به نحو قابل ملاحظه‌ای کاهش یافت. بنابراین، پژوهش حاضر حاکی از این است که سه روش مطرح شده در کاهش شاخص توده بدن، اثربخش بوده‌اند. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات مختلف در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر

دلبستگی (۱۸-۲۰)، رژیم درمانی (۲۱) و روش ترکیبی (۲۲) همسو و هماهنگ است.

از آنجایی که تحلیل کوواریانس یکراهه صرفاً بیانگر تفاوت معنی دار بین چهار گروه تحقیق به لحاظ متغیرهای مورد بررسی بوده است، لذا به منظور بررسی دقیق تر اینکه کدام یک از روش های مداخله مطرح شده جهت کاهش شاخص توده بدن مؤثر بوده اند و کدام یک اثربخشی بیشتری داشته اند، مقایسه های زوجی آزمون تعقیبی ال اس دی اجرا شد. نتایج این آزمون نشان داد که علاوه بر این که هر یک از روش های درمانی تحقیق حاضر در کاهش شاخص توده بدن (در مقایسه با گروه کنترل) اثربخش بوده اند، روش ترکیبی از اثربخشی بیشتری برخوردار بوده است.

با توجه به یافته های پژوهش در رابطه با اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی می توان گفت که تجارب اولیه بین مادر و کودک می تواند به دلبستگی ناایمن منجر شود که هرچند پدیده های مرضی نیست، اما می تواند به پدیده های مرضی در بزرگسالی منجر شود (۲۳)، که از آن جمله می توان احتمال ابتلاء به چاقی را نام برد.

توماس معتقد است که مناسب ترین درمان برای کودکان دچار اختلال ها و مشکلات ناشی از دلبستگی ناایمن، ارایه مداخله دلبستگی درمانی است (۵).

فرد تحت رژیم با رژیم گرفتن می خواهد رفتار خوردن را به جای اینکه تحت کنترل فیزیولوژیکی قرار داشته باشد، تحت کنترل شناختی قرار دهد (۱۶).

درخصوص اثربخشی بیشتر روش ترکیبی می توان گفت که این روش ترکیبی است از دو روش رژیم درمانی (که بیشتر بر جنبه های زیستی تأکید دارد) و مداخله مبتنی بر دلبستگی (که بیشتر بر جنبه های روان شناختی و عاطفی - هیجانی تأکید دارد). همان طور که نتایج نشان داد میانگین تعدیل شده ای این روش از روش رژیم درمانی و مداخله مبتنی بر دلبستگی به صورت مجزا در مرحله پس آزمون کمتر شده است، بنابراین می توان با ترکیب جنبه های زیستی و عاطفی - هیجانی شاخص توده بدن را به نحو مؤثرتری کاهش داد. این قبیل پژوهش ها که به مقایسه اثربخشی درمان های ترکیبی با درمان های غیر ترکیبی می پردازد، دریچه ای را به منظور بررسی عمیق تر انواع درمان های ترکیبی که اثربخشی عمیق تر و بادوام تری را نسبت به درمان های مجزا موجب می شوند، گشوده اند.

نتیجه گیری

دلبستگی عاطفی بین فرزند و مادر ترکیب این روش با رژیم درمانی انعطاف پذیری خاصی به فرآیند درمان می دهد، انجام پژوهش هایی از این قبیل (درمان ترکیبی) می تواند در مجموعه فعالیت های درمانی متخصصان بالینی کشور ما برای درمان اختلال چاقی جای خود را باز کند.

در این پژوهش محدودیت هایی از قبیل محدود بودن نمونه به دوره ی سنی نوجوانی و جنس مؤنث وجود داشت. پیشنهاد می شود، در پژوهش های آتی

ضمن برطرف کردن محدودیت‌های این پژوهش، این روش درمانی جهت مقایسه اثربخشی بین دو جنس و درمان سایر مشکلات روانشناختی مثل اختلال پرخوری به کار گرفته شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه دکترای روانشناسی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اصفهان بود. از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری رساندند و همچنین از شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاس‌گزاری به عمل می‌آید.

REFERENCES

1. Field AE, Barnoya J, Goldtitz GA. Epidemiology and health and economic consequences of obesity. In: Wadden A, Stunkard AJ (editors). Handbook of obesity treatment. 1st ed. New York: Guilford press; 2002; 3-18.
2. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. Report for the International Obesity Task Force Childhood Obesity Working Group. *Obes Rev* 2004; 5(1): 4-104.
3. Striegle R, Smolak L, Farburn G, Brownell K. Ethnicity and eating disorder. *Eating Disorder and Obesity* 2002; 2: 251-5.
4. Horst K, Oenema A, Ferreira I, Wendel-Vos W, Giskes K, van Lenthe F, et al. A systematic review of environmental correlates of obesity related dietary behaviors in youth. *Health Educ Res* 2007; 22(2): 203-26.
5. Thomas NL. Parenting children with Attachment disorders. In: Terry M (editor). Handbook of attachment interventions. 2nd ed. San Diego, CA: Academic press; 2000; 67-113.
6. Karver MS, Caporino N. The Use of Empirically Supported Strategies for Building a Therapeutic Relationship with an Adolescent with Oppositional-Defiant Disorder. *Cognitive Behavioral Practices* 2010; 17(2): 222- 32.
7. Hamill SB. The family at adolescence: The coincidence of parental midlife crisis and children's adolescence. The Biennial Meeting of the Society for Research in Adolescence: 1988 March 25-27 Old Town Alexandria, Virginia, USA.
8. Jahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri SH, Jamshidi A. The effects of maternal attachment therapy with mothers in reducing hyper anxiety symptoms in daughters with attachment problems. *Journal of Applied Psychology* 2012; 4(20): 26-41.
9. Purnell Ch. Attachment theory and attachment based therapy. In: Green M, Scholes M (editors). Attachment and human survival. 2nd ed. London: Karnac Books; 2004; 121-37.
10. Shisslak CM, Crago M, Renger R, Clark-Wagner A. Self-esteem and the prevention of eating disorders. *Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention* 1998; 6: 105-17.
11. Wilson GT. Relation of dieting and voluntary weight loss to psychological functioning and binge eating. *Annals of Internal Medicine* 1993; 119(7 Pt 2): 727-30.
12. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360(9331): 473-82.
13. Kelishadi R, Hashemipour M, Faghieh Imani S. Survey of some metabolic disorders in obese children and adolescents. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences and Health Services* 2003; 7(2): 85-90.
14. Greeno CG, Wing RR. Stress-induced eating. *Psychological Bulletin* 1994; 115(3): 444-64.
15. Sepahmansour M, Emamipour S, Hasanzadeh Farshid S. Relationship between attachment styles & parent-child conflicts resolution patterns upon children's attitude toward their parents. *Andisheh Va Raftar (Applied Psychology)* 2010; 4(14): 45-75.
16. Armsden G, Greenberg MT. The Inventory of Parent and Peer Attachment: Relationships to well-being in adolescent. *Journal of Youth and Adolescent* 1987; 16(5): 427-54.
17. Powell, L. H., Calvin, J. E., & Calvin, J. E. Effective obesity treatments. *American Psychologist* 2007; 62(3): 234-246.
18. Haudek C, Rorty M, Henker B. The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of Asian-American College women. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25(4): 425-33.
19. Sharpe TM, Killen JD, Bryson SW, Shisslak CM, Estes LS, Gray N, et al. Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders* 1998; 23(1): 39-44.
20. Ivarsson T, Svalander P, Litler O, Nevonen L. Weight concern, body image, depression and anxiety in Swedish adolescents. *Eating Behaviors* 2006; 7(2): 161-75.
21. Hutchisonson D, Rappe R. Do friends share similar body image eating problem? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behavior Research and Therapy* 2007; 45(7): 1557-77.
22. Gillis LJ, Kennedy LC, Gillis AM, Bar-Or O. Relationship between juvenile obesity, dietary energy and fat intake and physical activity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26(4): 458-63.
23. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2004; 109(6): 447-58.

Comparing the Effectiveness of the Attachment-based Therapy, Dietary Therapy, and Combined Treatment Method on Weight Loss in Obese Adolescents of Yasuj High Schools

Chorami M^{1*}, Amiri Sh², Neshat Doost HT², Talebi H³

¹Department of Psychology, Isfahan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran; ²Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran; ³Department of Statistics, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Received: 10 May 2014

Accepted: 11 Sep 2014

Abstract

Background & aim: At the present time, obesity as one of the most important public health problems which has widely prevailed throughout the world. The aim of this study was to compare the effectiveness of the attachment-based therapy, dietary-therapy, and the combined treatment method on weight (body mass index) loss in obese high school adolescents of Yasuj city.

Methods: This clinical trial study was conducted on sixty female high school students of Yasuj, Iran, diagnosed with overweight and obesity. Subjects were randomly selected and divided into four equal groups, and their body mass indexes were assessed. Three intervention groups were exposed to the attachment-based therapy, dietary-therapy, and combined treatment method. The fourth group (control) did not receive any intervention. Following the treatment period, body mass indexes of the four groups were assessed. The data were analyzed by implementing Univariate analysis of covariance and LSD post hoc tests.

Results: All three intervention methods of weight loss significantly increased compared with the control group ($p < 0.001$). However, the combination therapy was more effective.

Conclusions: According to the findings of this study, it was concluded that although interventional techniques such as attachment-based therapy and dietary therapy are effective for weight loss, the combination of these two methods were more effective for weight loss.

Key words: Attachment-based therapy, Dietary therapy, combined treatment method, Obesity, Adolescents

Corresponding Author: Chorami M, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email: Maryam.chorami@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Chorami M, Amiri Sh, Neshat Doost HT, Talebi H. Comparing the Effectiveness of the Attachment-based Therapy, Dietary Therapy, and Combined Treatment Method on Weight Loss in Obese Adolescents of Yasuj High Schools. Armaghane-danesh 2014; 19(7): 562-571.