

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری چهره به چهره و آنلاین بر تبعیت درمانی در افراد مبتلا به پر خوری عصبی

میترا قاسمی^۱، محمد حاتمی^{۲*}، علیرضا مرادی^۳، جعفر حسنی^۴

• دریافت مقاله: ۹۹/۴/۲ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۹/۶/۱۰ • پذیرش مقاله: ۹۹/۶/۱۱



چکیده

مقدمه: سلامت بیماران و پیشرفت در بهبودی آن‌ها، متأثر از میزان تبعیت آن‌ها از راهکارهای درمانی می‌باشد. شناسایی روش‌ها و درمان‌های اثربخش بر افزایش تبعیت درمانی، می‌تواند پایداری بیماران به درمان و به تبع آن سلامت آن‌ها را بهبود بخشد.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مداخله‌ای در شهر تهران در سال ۱۳۹۹ به مدت دوازده هفته بر روی سی نفر از بیماران مبتلا به پر خوری عصبی در دو گروه که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند؛ انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه تبعیت از درمان استفاده شد. از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس مختلط بین گروهی و درون گروهی جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۵ وارد شدند.

یافته‌ها: درمان شناختی رفتاری در هر دو روش چهره به چهره و آنلاین موجب افزایش معنادار تبعیت درمانی شد. میانگین تبعیت درمانی در شیوه آنلاین به‌طور معناداری بیشتر از گروه تحت آموزش با روش چهره به چهره بود.

بحث و نتیجه‌گیری: ضرورت دارد که در کلینیک‌های درمانی، ارزیابی تبعیت درمانی مبتلایان به پر خوری عصبی و ارائه درمان شناختی رفتاری برای افرادی دچار پر خوری ارائه گردد تا از این طریق بتوان باورهای نادرست آنان در خصوص تصویر بدنی‌شان را اصلاح کرده و استرس‌های آن‌ها را کنترل نمود.

واژگان کلیدی: تبعیت درمانی، درمان شناختی رفتاری چهره به چهره، درمان شناختی رفتاری آنلاین، پر خوری عصبی

•ارجاع: قاسمی میترا، حاتمی محمد، مرادی علیرضا، حسنی جعفر. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری چهره به چهره و آنلاین بر تبعیت درمانی در افراد مبتلا به پر خوری عصبی. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۹؛ ۶(۲): ۸۳-۱۶۹.

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محمد حاتمی

آدرس: تهران، خیابان شهید مفتاح، نرسیده به خیابان انقلاب، پلاک ۴۹، دانشگاه خوارزمی

Email: M.hatami@khu.ac.ir

تلفن: ۰۲۱۸۸۸۳۰۸۹۳

مقدمه

اختلال پرخوری عصبی یکی از اختلالات خوردن است که در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V: DSM) مطرح شده است و علائم آن عبارت‌اند از: دوره‌های مکرر پرخوری افراطی که دو مشخصه اصلی دارد که در تشخیص بیماری پرخوری عصبی، هر دو مشخصه باید وجود داشته باشند (۱). اولین مشخصه این اختلال این است که در یک دوره زمانی، مقدار غذایی که فرد می‌خورد از مقدار غذایی که اکثر افراد در همان دوره زمانی و تحت شرایط مشابه می‌خورند، بسیار بیشتر باشد. دومین مشخصه این اختلال این است که فرد احساس می‌کند در طول این دوره‌های زمانی پرخوری، فرد هیچ کنترلی بر خوردن خود ندارد مثلاً احساس می‌کند که نمی‌تواند خوردن را متوقف کند یا نوع غذا یا مقدار آن را کنترل کند). از دیگر ویژگی‌های اختلال پرخوری عصبی این است که فرد برای جبران پرخوری‌های خود و جلوگیری از افزایش وزن، به طور مکرر به رفتارهای جبرانی نامناسب اقدام می‌کند. مثلاً خودش را به استفراغ می‌اندازد، از ملین‌ها، ادرارآورها و یا سایر داروها استفاده می‌کند، روزه می‌گیرد یا ورزش‌های فشرده و شدید انجام می‌دهد (۲).

باید در نظر داشت که در مبتلایان به این اختلال، پرخوری افراطی و رفتارهای جبرانی نامناسب، به طور متوسط، حداقل یک بار در هفته و به مدت سه ماه روی می‌دهند. ارزشی که فرد برای خودش قائل است به طور غیرمنطقی و بیش‌ازحد تحت تأثیر شکل و وزن بدن قرار دارد و این اختلال انحصاراً در دوره‌های آنورکسیا روی نمی‌دهد (۳).

برای رفع علائم بیماری پرخوری عصبی، درمان‌های مختلفی با ابعاد مختلفی مطرح شده است. به‌عنوان مثال متخصصین تغذیه رژیم‌های غذایی اختصاصی برای این بیماری در نظر می‌گیرند و با بهره‌مندی از مکمل‌هایی نظیر امگا سه سعی می‌کنند که ولع خوردن در این افراد را کاهش دهند. از طرفی برخی مطالعات نشان داده‌اند که مصرف داروهای ضد اضطراب و ضدافسردگی در برخی موارد در کاهش علائم این اختلال مؤثر بوده است (۴، ۳، ۱). همچنین در سال‌های اخیر با توجه به اثربخشی علائم این بیماری از عوامل روان‌شناختی نظیر استرس، افسردگی، تکانشگری، دشواری تنظیم هیجان و مواردی از این قبیل و همچنین اثرگذاری علائم پرخوری عصبی در بروز و تشدید حالات اضطرابی و نوسانات خلقی، درمان‌های روان‌شناختی مختلفی از جمله درمان بین فردی، درمان دیالکتیکی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری برای بهبود این بیماری ارائه شده و مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند (۳).

یکی از درمان‌های روان‌شناختی که در مطالعات بسیاری در رابطه با بهبود علائم بیماری پرخوری عصبی مورد مطالعه قرار گرفته است، درمان شناختی رفتاری می‌باشد. درمان شناختی رفتاری، درمانی مبتنی بر تغییر رفتار و شناخت بیماران است که با استفاده از این تغییرات سبک زندگی و محتوای تفکرات افراد را اصلاح کرده و به بهبود شرایط جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها کمک می‌کند. این درمان در قالب دو روش بلندمدت (معمولاً ۱۲ جلسه) و کوتاه‌مدت (۴ تا ۶ جلسه) برگزار می‌شود. همچنین اگرچه از آغاز درمان شناختی رفتاری تاکنون این درمان اکثراً به روش چهره به چهره ارائه می‌گردید اما در

سال‌های اخیر با توجه به فراگیری شبکه‌های اجتماعی و ارتباطات غیرحضوری و آنلاین در میان مردم جهان، با حفظ محتوای درمان شناختی رفتاری، روش درمان آنلاین هم مورد توجه درمانگران و مراجعان قرار گرفته است (۵). اثربخشی صورت‌های مختلف درمان شناختی رفتاری از جمله درمان کوتاه‌مدت، بلندمدت، چهره به چهره و درمان‌های آنلاین مورد بررسی قرار گرفته و نتایج نشان داده است که درمان شناختی رفتاری با توجه به ماهیت، علائم و نشانه‌های بیماری پرخوری عصبی، یکی از اثربخش‌ترین درمان‌های روان‌شناختی بر این بیماری می‌باشد (۱،۶،۷).

در تبیین چگونگی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم پرخوری عصبی در بیماران مبتلا به این اختلال باید اظهار داشت که با توجه به علائم بیماری پرخوری عصبی، درمان شناختی رفتاری در ابعاد مختلف و با بهره‌گیری از راهبردهای متعدد، به مدیریت علائم این بیماری کمک می‌کند. این درمان از طریق عادی‌سازی علائم از بار روانی آن می‌کاهد و حس منفی بیمار را به علائم بیماری‌اش کاهش می‌دهد. از سوی دیگر با تغییر روش مصرف غذا به سالم خوری در بیماران کمک کرده و با مدیریت استرس در آن‌ها از حملات پرخوری عصبی جلوگیری می‌کند. همچنین خودکنترلی را در بیماران افزایش داده، افکار منفی را کاهش می‌دهد و با تنظیم خلق بیماران از شدت افسردگی آن‌ها می‌کاهد و در نهایت با اصلاح تصویر تن در این بیماران، عزت نفس تخریب شده آن‌ها را بازسازی کرده و به بهبود شرایط روان‌شناختی و جسمانی این بیماران کمک می‌کند (۸).

اگرچه درمان‌های روان‌شناختی مختلف در رابطه

با بیماری‌ها و اختلالات مختلف، راهنماهای چهره به چهره و آنلاین متعددی را طرح‌ریزی کردند اما در اکثر مطالعات انجام شده در رابطه با پرخوری عصبی، درمان شناختی رفتاری، راهنمای مشابهی در هر دو حالت چهره به چهره و آنلاین ارائه داده است و تنها تفاوت درمان چهره به چهره و آنلاین در نحوه ارائه آن‌ها و حضور درمانگر می‌باشد و در محتوای جلسات تفاوتی وجود ندارد (۹).

در همین راستا، مطالعات نشان دادند که تمایل افراد مبتلا به پرخوری عصبی برای شرکت در جلسات آنلاین به نسبت جلسات چهره به چهره به دلایل ویژگی‌های زیستی و روان‌شناختی افزایش یافته است (۲،۳،۷). تصویر بدنی نامطلوب، ترس از مورد قضاوت قرار گرفتن، تکانشگری، نداشتن اراده کافی و برنامه‌ریزی منظم برای شرکت در جلسات چهره به چهره از دلایل ذکر شده برای افزایش گرایش بیماران برای شرکت در جلسات آنلاین می‌باشد (۵). درمان شناختی رفتاری به واسطه محتوا و تکنیک‌هایش، قابلیت ارائه به صورت آنلاین و چهره به چهره را دارد (۸). مطالعات متعددی نشان داده است که درمان شناختی رفتاری آنلاین بر درمان نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلالات خوردن از جمله اختلال پرخوری عصبی اثربخش می‌باشد (۳،۷،۹).

عمده مطالعات انجام شده در رابطه با اثربخشی درمان‌های چهره به چهره و آنلاین در مبتلایان به پرخوری عصبی، در رابطه با علائم خود بیماری نظیر پرخوری، تکانشگری و یا اختلالات همراه با اختلال پرخوری عصبی نظیر افسردگی و اضطراب صورت گرفته است اما اخیراً مطالعاتی در رابطه با نحوه اثربخشی این درمان‌ها بر بهبود علائم در بیماران مبتلا به پرخوری عصبی نیز انجام شده است. نتایج حاصل

از این مطالعات نشان دادند که یکی از عوامل اصلی افسردگی، اضطراب و عزت نفس پایین در مبتلایان به پرخوری عصبی، شکست‌های مکرر آن‌ها در پروسه درمان‌های تغذیه‌ای، دارویی و سایر درمان‌ها است. تبعیت درمانی ضعیف در این دسته از بیماران باعث می‌شود که آن‌ها در بسیاری موارد درمان‌های خود را نیمه‌کاره و بی‌اثر رها کنند و همین امر، بدبینی آن‌ها را به درمان افزایش داده و به مرور زمان باعث اجتناب آن‌ها از هر نوع درمان اثربخش دیگری می‌گردد (۱۲-۱۰).

تبعیت درمانی در مبتلایان به پرخوری عصبی به این صورت قابل سنجش می‌باشد که میزان پیروی بیمار از دستورات غذایی، دارویی و رفتاری توصیه شده توسط درمانگران مورد سنجش قرار گیرد (۱۳). در افرادی که تبعیت درمانی ضعیفی دارند، عدم پایبندی به دستورات درمانی باعث می‌شود که با گذشت مدتی مواردی نظیر هزینه‌های مالی، تخصصی و زمانی صورت گرفته برای درمان بیماری بی‌ثمر باقی بمانند. در این حالت معمولاً بیمار در ابتدای درمان راهکارهای ارائه شده را اجرا و پس از مدتی آن‌ها را رها می‌کند. این امر باعث بازگشت علائم بیماری در فرد می‌شود که گاهی حتی با شدت بیشتری همراه بوده و به شدت شرایط جسمانی و روان‌شناختی بیمار را درگیر می‌کند (۱۴).

متخصصین حوزه سلامت در پی راه‌حلی برای افزایش تبعیت درمانی در بیماران می‌باشند. در این میان متخصصین سلامت روان با رویکرد شناختی رفتاری بر این باورند که این درمان قادر است تبعیت درمانی بیماران مبتلا به پرخوری عصبی را ارتقاء دهند زیرا در طول جلسات اولیه درمان برای هر بیمار به صورت انحصاری و در قالب چندین جلسه،

آموزش‌هایی در رابطه با نوع بیماری، علائم جسمانی، روان‌شناختی و رفتاری آن صورت می‌گیرد. مسیر درمان از ابتدا تا انتها به صورت مشخص برای بیمار تبیین می‌گردد و همین امر شانس تبعیت درمانی مراجع را بالا می‌برد (۱۵).

از سوی دیگر در هر دو روش درمان شناختی رفتاری آنلاین و چهره به چهره، درمانگر افکار و رفتارهایی را که مانعی برای ادامه درمان و تبعیت درمانی مطلوب هستند به کمک خود بیمار در طول جلسات درمانی شناسایی کرده و برای رفع این موانع به صورت انحصاری و فردی برنامه‌ریزی می‌کند و در نهایت مهارت‌های حل مسئله و آموزش جرأت‌مندی و افزایش عزت نفسی که در طول درمان شناختی رفتاری چه به صورت آنلاین و چه به صورت چهره به چهره به مراجع آموزش داده می‌شود که به وی کمک می‌کند تا در مواجهه با موانع و چالش‌های درمان به جای رها کردن آن، بر موانع غلبه کرده و درمان خود را ادامه دهد (۱۶). پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری چهره به چهره و آنلاین بر تبعیت درمانی در افراد مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و به صورت مداخله‌ای بود که به صورت مقطعی در سه ماهه اول سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش، شامل تمامی افراد مبتلایان به پرخوری عصبی در شهر تهران بودند که به مراکز رژیم درمانی و تغذیه تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی ایران مراجعه نموده بودند. این پژوهش بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به پرخوری عصبی که با استفاده از روش نمونه‌گیری در

دسترس انتخاب شدند؛ انجام شد. با توجه به مشخص نبودن حجم دقیق جامعه، ابتدا به صورت در دسترس بر روی ۳۰ نفر از بیماران بررسی انجام شد و با توجه به اندازه اثر و توان آزمون به دست آمده از بررسی اولیه، حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵، ۱۵ نفر در هر گروه برآورد شد. نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره تحت آموزش به صورت چهره به چهره و آموزش به شیوه آنلاین به مدت دوازده هفته پیاپی تحت درمان هفتگی در قالب جلساتی به طول ۹۰ دقیقه برای هر هفته قرار گرفتند.

آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون (قبل از شروع جلسات آموزشی)، پس‌آزمون (پایان جلسات آموزشی درمان) و پیگیری (پس از گذشت ۱ ماه از اتمام جلسات آموزشی) مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: رده سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، عدم شرکت هم‌زمان در سایر جلسات روان‌درمانی، ارجاع از طریق متخصص تغذیه و دریافت تشخیص پرخوری عصبی توسط روانشناس با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات شخصیت (Structured Clinical Interview for DSM V) SCID (SCID: بر اساس DSM V (۱۷)، عدم مشارکت در درمان تغذیه‌ای و پزشکی. ملاک‌های خروج دربرگیرنده ابتلای بیماران مورد بررسی به اختلالات روان‌شناختی شدید نظیر اختلالات سایکوتیک، اعتیاد، آسیب مغزی و عدم آگاهی از اینترنت و پیام رسانه‌های اجتماعی. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل پرسشنامه تبعیت درمانی و راهنمای درمان شناختی رفتاری اختلال پرخوری عصبی می‌باشد. در ابتدای پرسشنامه سؤالاتی درباره

ویژگی‌های دموگرافیک بیماران از قبیل سن، جنسیت و مدرک تحصیلی طرح شد.

پرسشنامه تبعیت درمانی، توسط فاطمی و همکاران طراحی و روان‌سنجی شد. پرسشنامه مزبور یک پرسشنامه عمومی بوده و شامل انواع مختلف درمان‌های دارویی، روان‌شناختی و ... برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مختلف می‌باشد. این پرسشنامه چندبعدی با توجه به فرهنگ ایرانی و مشکلات تبعیت درمانی بیماران ایرانی طراحی، ساخته و هنجاریابی شده است و به همین دلیل در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال و هفت بعد اهتمام در درمان (۹ سؤال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سؤال)، توانایی تطابق (۷ سؤال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سؤال)، چسبیدن به درمان (۴ سؤال)، تعهد به درمان (۵ سؤال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سؤال) بود. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه با استفاده از مقیاس پنج‌تایی لیکرت بود به این صورت که به گزینه کاملاً مخالفم (۱ امتیاز) و گزینه کاملاً موافقم (۵ امتیاز) تعلق گرفت و دامنه نمرات در این آزمون از ۴۰ تا ۲۰۰ بود. میانگین نمرات آزمودنی‌ها در این آزمون $28/45 \pm 88/1$ بود لذا نمرات بالاتر از این میزان نشان دهنده تبعیت درمانی بالا و نمرات پایین‌تر از این میزان نشان دهنده تبعیت درمانی کم می‌باشد. متوسط شاخص روایی درونی پرسشنامه ۰/۹۱ گزارش شده است و آلفای کرونباخ این پرسشنامه معادل ۰/۹۲ گزارش شد که حاکی از پایایی پرسشنامه بود (۱۸).

در این پژوهش از راهنمای درمان شناختی رفتاری برای اختلال پرخوری عصبی استفاده شد که اعتبار و اثربخشی آن توسط هومن و همکاران مورد بررسی قرار گرفت و اثربخشی آن در درمان روان‌شناختی

بولیمیا تأیید شد. این درمان شامل ۱۲ جلسه آموزشی می‌باشد (۱۹):
می‌باشد که محتوای جلسات درمان به شرح زیر

شماره جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	بیان رئوس کلی برنامه، توضیح اختلال و بیان اهداف
جلسه دوم	جستجوی علل شروع کننده رفتارهای پرخوری، بررسی پیامدهای پرخوری، توضیح سیکل معیوب پرخوری، برنامه‌ریزی وعده‌های غذایی و ارائه راهکارهایی برای تغییر و خوردن سالم
جلسه سوم	توضیح درباره ارتباط افکار، احساس و رفتار، افکار اتوماتیک و سبک‌های ناکارآمد تفکر
جلسه چهارم	ارزیابی افکار، به چالش کشیدن افکار ناکارآمد، بازسازی و تغییر افکار ناکارآمد و نشان دادن اثرات تفکر تجدیدنظر شده
جلسه پنجم	بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد و توضیح درباره‌ی اینکه چه طور پیامدها، خود در زنجیره رفتاری بزرگ تر علت می‌شوند و استفاده از تغییر روش‌ها برای شکستن این زنجیره ناکارآمد
جلسه ششم	مدیریت تکانش‌ها، آموزش و ارائه راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر، بالا بردن خلق و افزایش رخداد‌های خوشایند
جلسه هفتم	توضیح تصویر تن، بیان ارتباط تصویر تن و پرخوری، تغییر افکار ناکارآمد درباره تصویر تن و ارائه راهکارهایی برای بهبود آن
جلسه هشتم	بیان عزت‌نفس و این که افراد چگونه خود را تعریف می‌کنند. به چالش کشیدن صحت خودارزیابی‌های منفی افراد و اصلاح نقاط ضعف آن‌ها
جلسه نهم	آموزش مدیریت استرس و حل مسئله
جلسه دهم	آموزش جرأت ورزی
جلسه یازدهم	مدیریت وزن، توضیح درباره اینکه وزن مناسب برای آن‌ها چه مقدار است، آموزش تمرین‌های سالم و راهکارهایی برای ابقاء وزن سالم
جلسه دوازدهم	برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، تمرین برای مواجهه با موقعیت‌ها و غذاها در معرض خطر و تقویت مثبت و دادن پاداش برای مواجهه مفید و در پایان بررسی پیشرفت کار، تأکید بر تمرین مکرر مهارت‌های آموخته‌شده و ایجاد یک سبک زندگی سالم

یافته‌ها

درصد شرکت‌کنندگان در محدوده سنی ۲۱-۲۵ سال، به ترتیب با ۶۷/۴ درصد و ۴۰ درصد، قرار داشتند. از نظر جنسیت نیز در هر دو گروه، زنان بیشترین درصد را تشکیل می‌دادند.

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه درمان حضوری ۲۳/۹۳ و در گروه آنلاین ۲۳/۶۷ سال است. در هر دو گروه درمان حضوری و آنلاین بیشترین

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک مبتلایان به پرخوری عصبی در دو گروه آموزش حضوری و آنلاین

ویژگی‌های دموگرافیک	نوع آموزش	حضور		آنلاین		کل
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سن	۱۸ - ۲۰ سال	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	۷ (۲۳/۳)	۷ (۲۳/۳)
	۲۱ - ۲۵ سال	۷ (۴۶/۷)	۶ (۴۰)	۱۳ (۴۳/۳)	۱۳ (۴۳/۳)	۱۳ (۴۳/۳)
	۲۶ - ۲۸ سال	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	۱۰ (۳۳/۴)	۱۰ (۳۳/۴)	۱۰ (۳۳/۴)
جنسیت	زن	۱۰ (۶۶/۷)	۱۲ (۸۰)	۲۲ (۷۳/۳)	۲۲ (۷۳/۳)	۲۲ (۷۳/۳)
	مرد	۵ (۳۳/۳)	۳ (۲۰)	۸ (۲۶/۷)	۸ (۲۶/۷)	۸ (۲۶/۷)

جدول ۲: میانگین امتیازات ابعاد تبعیت درمانی بر حسب آموزش در سه مقطع زمانی

گروه‌ها	ابعاد تبعیت درمانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
حضوری	اهتمام در درمان	۳۱/۸۰ $\pm$ ۲/۶۸	۴۰/۰۷ $\pm$ ۱/۲۲	۴۰/۰۷ $\pm$ ۱/۲۲
		۳۱/۴۷ $\pm$ ۴/۸۹	۴۱/۳۳ $\pm$ ۱/۶۳	۴۱/۶۷ $\pm$ ۱/۴۴
حضوری	تمایل به مشارکت در درمان	۲۷/۷۳ $\pm$ ۳/۱۳	۳۲/۰۷ $\pm$ ۲/۴۰	۳۲/۰۷ $\pm$ ۲/۴۱
		۲۸/۸۰ $\pm$ ۲/۸۶	۳۳/۸۶ $\pm$ ۱/۱۹	۳۴/۰۰ $\pm$ ۱/۱۹
حضوری	توانایی انطباق	۲۶/۴۰ $\pm$ ۱/۴۵	۳۲/۲۷ $\pm$ ۱/۶۷	۳۲/۲۷ $\pm$ ۱/۶۶
		۲۹/۰۰ $\pm$ ۱/۸۹	۳۳/۸۰ $\pm$ ۱/۱۵	۳۴/۰۱ $\pm$ ۰/۹۳
حضوری	تلفیق درمان با زندگی	۲۲/۸۷ $\pm$ ۱/۴۶	۲۳/۴۶ $\pm$ ۱/۶۸	۲۳/۶۰ $\pm$ ۱/۶۴
		۲۳/۵۳ $\pm$ ۰/۹۹	۲۴/۷۳ $\pm$ ۰/۴۶	۲۴/۷۳ $\pm$ ۰/۴۶
حضوری	چسبیدن به درمان	۱۴/۳۳ $\pm$ ۲/۰۶	۱۷/۶۷ $\pm$ ۰/۷۲	۱۷/۶۷ $\pm$ ۰/۷۲
		۱۵/۰۱ $\pm$ ۲/۰۷	۱۸/۲۰ $\pm$ ۰/۶۸	۱۸/۲۰ $\pm$ ۰/۶۸
حضوری	تعهد به درمان	۱۷/۷۳ $\pm$ ۱/۶۷	۱۷/۷۳ $\pm$ ۱/۴۹	۱۷/۸۰ $\pm$ ۱/۵۷
		۱۸/۰۷ $\pm$ ۱/۳۹	۱۸/۸۰ $\pm$ ۱/۴۲	۱۸/۷۳ $\pm$ ۱/۳۹
حضوری	تردید در اجرای درمان	۱۴/۷۳ $\pm$ ۰/۵۹	۱۴/۷۳ $\pm$ ۰/۵۹	۱۴/۶۷ $\pm$ ۰/۷۲
		۱۴/۸۷ $\pm$ ۰/۳۵	۱۴/۶۶ $\pm$ ۰/۷۲	۱۴/۷۳ $\pm$ ۰/۵۹
حضوری	تبعیت درمانی (کل)	۲۲/۲۳ $\pm$ ۱/۲۰	۲۵/۴۴ $\pm$ ۰/۸۶	۲۵/۴۴ $\pm$ ۰/۸۹
		۲۲/۹۶ $\pm$ ۱/۳۸	۲۶/۴۸ $\pm$ ۰/۳۸	۲۶/۵۹ $\pm$ ۰/۳۹

واریانس خطاها در مورد آن‌ها برقرار است. در جدول ۳ نتایج مقایسه نمرات تبعیت درمانی و ابعاد آن در میان دو گروه مداخله حضوری و آنلاین در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری قابل مشاهده است.

نتایج آزمون لون به جزء در مورد نمره کل تبعیت درمانی و دو مؤلفه اهتمام درمان (در مرحله پیش‌آزمون) تلفیق درمان با زندگی (در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و نمره کل (در مراحل پس‌آزمون و پیگیری)، برای سایر متغیرها معنی‌دار نشد ($P > 0.05$) که نشان می‌دهد همگنی

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه دو گروه درمان حضوری و آنلاین از نظر ابعاد و نمره کل تبعیت درمانی در سه

مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	اثرات بین گروهی			اثرات درون گروهی			اثرات تعاملی بین گروهی*		
	F	P-Value	مجذور اتا	F	P-Value	مجذور اتا	F	P-Value	مجذور اتا
اهتمام در درمان	۱/۶۹	۰/۲۰۵	۰/۰۶	۱۶۸/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۶۱	۰/۲۱۵	۰/۰۵
تمایل به مشارکت در درمان	۵/۱۷	۰/۰۳۱	۰/۱۶	۸۸/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۶۵	۰/۴۳۳	۰/۰۲
توانایی انطباق	۱۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۲۹۶/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۲/۴۷	۰/۱۲۲	۰/۰۸
تلفیق درمان با زندگی	۶/۰۴	۰/۰۲۰	۰/۱۸	۲۷/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۷	۲/۳۶	۰/۱۲۴	۰/۰۸
چسبیدن به درمان	۲/۲۱	۰/۱۴۸	۰/۰۷	۱۱۵/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۰۵	۰/۸۴۶	۰/۰۱
تعهد به درمان	۲/۳۴	۰/۱۳۷	۰/۰۸	۳/۱۸	۰/۰۷۸	۰/۱۰	۲/۷۱	۰/۱۰۵	۰/۰۹
تردید در اجرای درمان	۰/۰۹	۰/۷۷۰	۰/۰۱	۰/۳۳	۰/۷۰۳	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۷۷	۰/۰۱
تبعیت درمانی	۱۲/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۲۴۴/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۰/۷۵	۰/۴۷۹	۰/۰۳

در جدول ۳، نتایج حاصل از آزمون اثربخشی مداخلات حضوری و آنلاین گزارش شده است. این نتایج شامل سه بخش است: در بخش اثرات بین گروهی نتایج مقایسه دو گروه درمان از نظر نمرات تبعیت درمانی ذکر گردیده است که نشان می‌دهد بین دو گروه از نظر مؤلفه‌های تمایل به مشارکت در درمان ($F=5/17, P=0/031$)، توانایی انطباق ($F=18/10, P<0/001$)، تلفیق درمان با زندگی ($F=6/04, P=0/02$) و نمره کل تبعیت درمانی ($F=12/93, P<0/001$) دارد. در بخش اثرات درون گروهی، نتایج حاصل از مقایسه سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از نظر نمرات تبعیت درمانی قابل مشاهده است که نشان می‌دهد بین این سه مرحله از نظر اهتمام در درمان ($F=168/42, P<0/001$)، تمایل به مشارکت در درمان ($F=88/84, P<0/001$)، توانایی انطباق

($F=296/47, P<0/001$)، تلفیق درمان با زندگی ($F=27/68, P<0/001$)، چسبیدن به درمان ($F=115/31, P<0/001$) و نمره کل تبعیت درمانی ($F=244/01, P<0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. در بخش اثرات تعاملی بین گروهی*درون گروهی نتایج مقایسه نمرات تبعیت درمانی در میان دو مداخله درمانی بر اساس سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. در این بخش هیچ‌گونه اثر تعاملی معناداری مشاهده نگردید بدین معنا که بین میانگین‌های دو گروه درمانی در مراحل مختلف مداخله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

برای انجام مقایسه‌های زوجی در مورد متغیرهایی وابسته‌ای که F درون گروهی مربوط به آنان در جدول ۳ معنی‌دار شد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴: نتایج مقایسه‌های چندگانه اثرات درون گروهی برای مقایسه زوجی سه مرحله مداخله از نظر نمره کل و ابعاد تبعیت درمانی

P-Value	اختلاف میانگین	مقایسه‌های زوجی
0/001	-9/07	پیش‌آزمون - پس‌آزمون
0/001	-9/23	پیش‌آزمون - پیگیری
0/137	-0/17	پس‌آزمون - پیگیری
0/001	-4/70	پیش‌آزمون - پس‌آزمون
0/001	-4/77	پیش‌آزمون - پیگیری
1/010	-0/07	پس‌آزمون - پیگیری
0/001	-5/33	پیش‌آزمون - پس‌آزمون
0/001	-5/43	پیش‌آزمون - پیگیری
0/978	-0/10	پس‌آزمون - پیگیری
0/001	-0/90	پیش‌آزمون - پس‌آزمون
0/001	-0/97	پیش‌آزمون - پیگیری
1/020	-0/07	پس‌آزمون - پیگیری
0/001	-3/27	پیش‌آزمون - پس‌آزمون
0/001	-3/27	پیش‌آزمون - پیگیری
1/002	0/01	پس‌آزمون - پیگیری
0/001	-3/36	پیش‌آزمون - پس‌آزمون
0/001	-3/42	پیش‌آزمون - پیگیری
0/174	-0/06	پس‌آزمون - پیگیری

پس‌آزمون رسید و این تغییر در درمان آنلاین از ۲۲/۹۶ در مرحله پیش‌آزمون به ۲۶/۵۹ در مرحله پس‌آزمون بود که این نتیجه نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان آنلاین می‌باشد.

نتایج مطالعه Chen و همکاران درباره اثربخشی درمان برخط شناختی رفتاری بر تبعیت درمانی و بهبود علائم در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی نشان داد که افراد تحت درمان شناختی رفتاری به صورت معناداری دانش سلامتی‌شان افزایش یافته و تبعیت درمانی بیشتری از خود بروز دادند و در انجام تکالیف درمانی و رفتارهای سلامت‌محور ممارست بیشتری به خرج می‌دادند. به‌طوری‌که میانگین نمره آزمودنی‌ها در تبعیت درمانی از ۱۱۵/۶ در مرحله پیش‌آزمون به ۱۱۹/۷ در مرحله پیگیری رسید (۲۰).

Qanbari و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که بهره‌گیری از درمان شناختی رفتاری در رابطه با بیماران مبتلا به دیابت، در طول درمان بر تبعیت درمانی بیماران اثرگذار بوده است، اطلاعات تأثیرگذاری را در مورد روند بیماری و اهمیت رعایت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در اختیار بیماران قرار داده است و میزان پایبندی آن‌ها را به درمان‌های دارویی و تکنیک‌های روان‌شناختی و اصول خودمراقبتی افزوده است و در طول دوره پیگیری درمان نیز این اثر پایدار باقی مانده است. به‌طوری‌که میانگین نمره آزمودنی‌ها در تبعیت درمانی از ۵/۱۱ در مرحله پیش‌آزمون به ۷/۶۸ در مرحله پیگیری رسیده است (۲۱).

نتایج مطالعه‌ای در رابطه با اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش تبعیت درمانی در مبتلایان به بیماری ایدز نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر بهبود تبعیت درمانی در گروه آزمایش نسبت به گروه

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری از نظر اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی انطباق، تلفیق درمان با زندگی و چسبیدن به زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/001$). در واقع، میانگین این متغیرها از مرحله پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معنی‌داری افزایش یافته است. اما بین دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید ($P > 0/05$). افزون بر این، از نظر نمره کل تبعیت درمانی بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($P < 0/001$) و بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($P < 0/001$)، تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما بین پس‌آزمون و پیگیری ($P < 0/05$) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد، بدین معنا که نمره کل تبعیت درمانی از مرحله پیش‌آزمون به مراحل پس‌آزمون/پیگیری به طور معنی‌داری افزایش یافته است، اما از مرحله پس‌آزمون به پیگیری تغییر معنی‌داری رخ نداده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که در بیماران مبتلا به پرخوری عصبی، هر دو روش درمانی چهره به چهره و برخط (آنلاین) در افزایش تبعیت درمانی کلی و مؤلفه‌های آن شامل اهتمام به درمان، تمایل به مشارکت، توانایی انطباق، تلفیق درمان با زندگی، تعهد به درمان و چسبیدن به درمان و کاهش مؤلفه تردید در اجرای درمان اثربخش بودند و در این بین درمان آنلاین بر بهبود تبعیت درمانی اثربخش‌تر بود. به طوری‌که نتیجه نمره تبعیت درمانی در درمان چهره به چهره از ۲۲/۲۳ در مرحله پیش‌آزمون به ۲۵/۴۴ در مرحله

کنترل اثربخشی معناداری دارد و باور این بیماران را مربوط به اثرگذار بودن و درمان و لازم‌الاجرا بودن راهبردهای درمانی روان‌شناختی و پزشکی افزایش داده است و با افزایش دانش سلامتی بیماران در رابطه با بیماری‌شان و درمان‌های موجود، تبعیت درمانی آن‌ها را از درمان افزایش داده است. به‌طوری‌که میانگین نمره آزمودنی‌ها در تبعیت درمانی از ۱۰۵/۰۱ مرحله پیش‌آزمون به ۱۱۲/۰۵ در مرحله پیگیری رسیده است (۲۲).

Edmunds و همکاران در مطالعه‌ای با هدف سنجش اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تبعیت درمانی در بیماران مبتلا به اضطراب نشان دادند که در طی درمان، تبعیت درمانی به طرز مشهودی افزایش یافته و میزان پایبندی آزمودنی‌ها را به راهکارهای درمانی به طرز مشهودی افزایش داده است اما در طول دوره پیگیری، میزان تابعیت درمانی کاهش یافته است. همچنین اشاره کردند هرچه تعداد جلسات درمانی افراد و میزان اطلاعات درمانی دریافتی بیماران بیشتر باشد، میزان تابعیت درمانی در طول دوره پیگیری هم پایدارتر بوده است. به‌طوری‌که میانگین نمره آزمودنی‌ها در تبعیت درمانی از ۶/۶۸ در مرحله پیش‌آزمون به ۹/۱۲ در مرحله پیگیری رسیده است (۱۳). Kroon Van Diest و همکاران در مطالعه‌ای درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تبعیت درمانی در کودکان و نوجوانان مبتلا به میگرن مزمن نشان دادند که این درمان، تبعیت درمانی مراجعان را نسبت به داروها و تکنیکی‌های روان‌شناختی افزایش داده و بر کاهش علائم در این بیماران تأثیر معنادار دارد. به‌طوری‌که میانگین نمره آزمودنی‌ها در تبعیت درمانی از ۶/۲۳ در مرحله پیش‌آزمون به ۹/۰۲ در مرحله پیگیری رسیده است (۲۳).

Safren و همکاران در مطالعه خود در رابطه با بهبود علائم افسردگی در مبتلایان به بیماری ایدز نشان دادند که با توجه به ماهیت درمان شناختی رفتاری که به باورهای ناسازگار، دل‌نگرانی‌ها و استرس‌های بیمار می‌پردازد و زمینه را برای خود افشایی به دور از قضاوت مهیا می‌سازد. این درمان در افزایش تبعیت درمانی بیماران اثربخشی معناداری داشته است و میزان پایبندی بیماران را به راهبردهای درمانی روان‌شناختی و دارویی افزایش داده است. شایان ذکر است که اگرچه افرادی که تحت درمان شناختی رفتاری قرار داشتند، پایبندی به درمانشان بیشتر از گروه کنترل بود و پروتکل‌های درمانی را با جدیت بیشتری پیگیری می‌کردند، به‌طوری‌که میانگین نمره آزمودنی‌ها در تبعیت درمانی از ۱۰۷/۲۱ در مرحله پیش‌آزمون به ۱۱۱/۳۲ در مرحله پیگیری رسیده است اما در دوره پیگیری این شرایط تداوم نداشت و تفاوت معناداری بین دو گروه دیده نشد (۲۴).

Gonzalez و همکاران در مطالعه‌ای در رابطه با اثربخشی درمان شناختی رفتاری در تبعیت درمانی و کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نشان دادند که این درمان، هم باعث کاهش علائم افسردگی در بیماران گردیده و هم باعث افزایش تبعیت درمانی و بهبود عملکرد بیماران در مصرف داروهای مربوط به دیابت، چک کردن منظم قند خون و رفتارهای سلامت‌محور در آن‌ها گردیده است. به‌طوری‌که میانگین نمره آزمودنی‌ها در تبعیت درمانی از ۵/۳۶ در مرحله پیش‌آزمون به ۸/۱۷ در مرحله پیگیری رسیده است (۲۵). Johansson و همکاران در مطالعه خود در رابطه با مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که درمان شناختی رفتاری آنلاین در بهبود تبعیت درمانی این بیماران موفق نبوده

است، به طوری که میانگین نمره آزمودنی‌ها در تبعیت درمانی از ۱۰۵/۶ در مرحله پیش‌آزمون به ۱۰۱/۴۱ در مرحله پیگیری رسیده است و در تبیین نتیجه حاصله، آن‌ها این مسئله را به حجم کار، پیچیدگی محتوای متن و عدم تطابق روند درمان با پیش‌نیازهای شخصی مربوط به روال روزانه، مهارت‌های زبانی درک شده و انتظارات درمانی نسبت دادند (۲۶).

نتایج مطالعات مشابه بررسی شده، حاکی از تشابه نتایج این مطالعات با نتیجه مطالعه حاضر بود که دلیل این امر را می‌توان بدین صورت تبیین کرد که درمان شناختی رفتاری چه به صورت چهره به چهره و چه به صورت آنلاین در برقراری ارتباط درمانی بیمار و درمانگر عملکرد موفق‌تری دارد. یکی از عوامل اصلی ارتقاء دهنده تبعیت درمانی، دانش سلامتی می‌باشد به طوری که هرچه میزان دانش سلامتی در افراد ارتقاء یابد، تبعیت درمانی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. با توجه به این که آموزش‌های روان‌شناختی در تمام جاهای راهنمای درمانی شناختی رفتاری برای اختلالات تغذیه و اختلال پرخوری عصبی مشهود می‌باشد و خصوصاً در جلسات اولیه این درمان به صورت انحصاری در رابطه با ماهیت بیماری، علائم و نشانه‌ها، عوامل تشدیدگر و تعدیل‌کننده آن به بیمار توضیحات کافی ارائه می‌شود و در جلسات بعدی در رابطه با افکار و رفتارهای برانگیزاننده حملات پرخوری اطلاعات جامعی در اختیار بیمار گذاشته می‌شود، این امر باعث می‌گردد که دانش سلامتی بیمار نسبت به بیماریش افزایش یابد و در نتیجه میزان تبعیت درمانی بیمار در طول جلسات درمان نیز افزایش یابد.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نمره کلی تبعیت درمانی حاصل تأثیرگذاری این درمان بر ابعاد مختلف

تبعیت درمانی می‌باشد. به این صورت که درمان شناختی رفتاری چه به صورت آنلاین و چه به صورت چهره به چهره، با تغییر باورهای بیمار مبنی بر درمان‌ناپذیر بودن بیماری، امید به بهبودی را افزایش می‌دهد و اهمیت رعایت تمام راهبردهای درمانی را برای بیمار تبیین می‌کند، در نتیجه اهتمام به درمان و تمایل به مشارکت در درمان در بیماران افزایش می‌یابد. از سوی دیگر به واسطه جلسات فردی با هر بیمار و بررسی ابعاد بیماری و درمان در زندگی وی و اصلاح افکار و رفتارهای نادرست در هر بیمار، فرد مبتلا قادر خواهد بود تا درمان ارائه شده را با زندگی خود تلفیق کرده و توانایی انطباق خود را با علائم بیماری و روند درمان افزایش دهد. پرداختن به استرس‌های بیماران، اصلاح باورهای ناسازگار، ارائه درمان‌های کاربردی مطابق با زندگی هر بیمار به افراد کمک می‌کند تا تعهد بیشتری به درمانشان داشته باشند و آن را با ممارست بیشتری پیگیری نمایند. در نهایت درمان شناختی رفتاری با ارائه راهبردهای اصلاح‌گر شناخت و رفتار ناسازگار در بیمار، تردید وی را درباره درمان‌پذیر بودن بیماری‌اش کاهش داده و تبعیت درمانی بیماران را میسر می‌سازد (۲۷).

در تبیین این امر که چرا در پژوهش حاضر درمان شناختی رفتاری آنلاین از درمان شناختی رفتاری چهره به چهره اثربخش‌تر بوده است، باید اظهار داشت که این پژوهش در دوران پاندمی ویروس کووید ۱۹ صورت گرفته است. آزمودنی‌های درمان آنلاین به دلیل عدم نیاز به حضور فیزیکی در اتاق درمان، مشارکت مستمر و منظم‌تری نسبت به گروه درمان چهره به چهره در درمان داشتند. با توجه به طرح‌واره‌های ناسازگار این بیماران در مورد تصویر

بدنی و عزت نفس آسیب دیده در مبتلایان به پرخوری عصبی، حضور در درمان آنلاین و عدم ملاقات رودررو درمانگر برای این بیماران خوشایندتر بوده و خودافشایی را در آن‌ها تسهیل کرده است و همین امر باعث شکل‌گیری بهتر اتحاد درمانی و افزایش تبعیت درمانی در آن‌ها گردیده است. علاوه بر این افراد در درمان آنلاین راحت‌تر در مورد دغدغه‌های زندگی و ذهنی خود که با بیماری‌شان در ارتباط است صحبت می‌کردند و همین امر تسهیلگر ارائه راهبردهای درمانی مطابق با شرایطشان توسط درمانگر بوده است و این راهبردها، تبعیت درمانی بیماران را در گروه آنلاین افزایش داده‌اند.

از جمله محدودیت‌های این روش می‌توان به برگزاری درمان حضوری در دوران کرونا اشاره کرد که در بعضی مواقع به جهت اوج گرفتن شیوع کرونا امکان برگزاری حضوری جلسات مطابق برنامه هفتگی مقدور نبود ولی بیمارانی که آموزش آن‌ها به صورت آنلاین بود با چنین مشکلی مواجه نبودند. دیگر محدودیت در خصوص عدم پیگیری در فواصل زمانی سه‌ماهه یا شش‌ماهه به جهت پیگیری بیماران و اطلاع از پایداری نتایج می‌باشد.

پیشنهادهای

برای افزایش تبعیت درمانی بیماران ضرورت دارد که فقط درمان دارویی و تغذیه‌ای ارائه نشود بلکه با شناسایی افکار آسیب‌زای بیمار در مورد بیماری و

درمان، از طریق درمان شناختی رفتاری، افکار آسیب‌زا را اصلاح کرده و از سوی دیگر با شناسایی رفتارهای ناسالم بیمار از جمله تغذیه نادرست و سبک زندگی مبتنی بر ورزش اندک و مواردی از این قبیل این رفتارها نیز اصلاح شود و به این صورت تبعیت درمانی افزایش یافته و در نتیجه بهبود علائم جسمانی و روان‌شناختی بیماران تسریع گردد. همچنین ضرورت دارد که با توجه به اثربخش‌تر بودن درمان شناختی رفتاری آنلاین نسبت به درمان شناختی رفتاری چهره به چهره، امکان برگزاری جلسات آنلاین را در کلینیک‌های درمانی برای بیماران فراهم گردد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی از دانشگاه خوارزمی با عنوان «مکانیسم‌های تغییر درمان شناختی رفتاری حضوری و بر خط (آنلاین) بر پریشانی هیجانی و تبعیت درمانی افراد مبتلا به پرخوری عصبی: نقش ترس از تصویر بدنی، تکانشگری، تنظیم هیجان، ادراک بیماری و عاطفه منفی» و با کد اخلاق IR.KHU.REC.1399.027 بود.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافع ندارند.

References

1. Grange DL, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. J Am Acad Child

Adolesc Psychiatry 2015;54(11):886-94.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2015.08.008.

2. Setsu RK, Asano K, Numata N, Tanaka M, Ibuki H, Yamamoto T, et al. A single-arm pilot

- study of guided self-help treatment based cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa in Japanese clinical settings. *BMC Res Notes* 2018;11(1):257. doi: 10.1186/s13104-018-3373-y.
3. Hamatani S, Numata N, Matsumoto K, Sutoh C, Ibuki H, Oshiro K, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy via Videoconference for Patients With Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder: Pilot Prospective Single-Arm Feasibility Trial. *JMIR Form Res* 2019;3(4):e15738. doi: 10.2196/15738.
 4. Reas DL, Grilo CM. Psychotherapy and Medications for Eating Disorders: Better Together? *Clin Ther* 2021;43(1):17-39. doi: 10.1016/j.clinthera.2020.10.006.
 5. van Ballegooijen W, Cuijpers P, van Straten A, Karyotaki E, Andersson G, Smit JH, Riper H. Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS One* 2014;9(7):e100674. doi: 10.1371/journal.pone.0100674.
 6. Glasofer DR, Devlin M. Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. *Psychotherapy (Chic)* 2013;50(4):537-42. doi: 10.1037/a0031939.
 7. de Jong M, Schoorl M, Hoek HW. Enhanced cognitive behavioural therapy for patients with eating disorders: a systematic review. *Curr Opin Psychiatry* 2018;31(6):436-44. doi: 10.1097/YCO.0000000000000452.
 8. Valenzuela F, Lock J, Le Grange D, Bohon C. Comorbid depressive symptoms and self-esteem improve after either cognitive-behavioural therapy or family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2018;26(3):253-8. doi: 10.1002/erv.2582.
 9. Watson HJ, Levine MD, Zerwas SC, Hamer RM, Crosby RD, Sprecher CS, et al. Predictors of dropout in face-to-face and internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord* 2017;50(5):569-577. doi: 10.1002/eat.22644.
 10. Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE. Dimensions of Emotion Dysregulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Conceptual Review of the Empirical Literature. *Clin Psychol Rev* 2015;40:111-22. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.010.
 11. Ruwaard J, Lange A, Broeksteeg J, Renteria-Agirre A, Schrieken B, Dolan CV, Emmelkamp P. Online Cognitive-Behavioural Treatment of Bulimic Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Clin Psychol Psychother* 2013;20(4):308-18. doi: 10.1002/cpp.1767.
 12. Beintner I, Jacobi C. Internet-based aftercare for women with bulimia nervosa following inpatient treatment: The role of adherence. *Internet Interventions* 2019;15:67-75. doi:10.1016/j.invent.2018.11.004
 13. Edmunds JM, Brodman DM, Ringle VA, Read KL, Kendall PC, Beidas RS. Examining adherence to components of cognitive-behavioral therapy for youth anxiety after training and consultation. *Prof Psychol Res Pr* 2017;48(1):54-61. doi: 10.1037/pro0000100
 14. Haberer JE, Sabin L, Amico KR, Orrell C, Galárraga O, Tsai AC, et al. Improving antiretroviral therapy adherence in resource-limited settings at scale: a discussion of interventions and recommendations. *J Int AIDS Soc* 2017;20(1):21371. doi: 10.7448/IAS.20.1.21371.
 15. McMullen CK, McMullen CK, Safford MM, Bosworth HB, Phansalkar S, Leong A, et al. Patient-centered priorities for improving medication management and adherence. *Patient Educ Couns* 2015; 98(1): 102-10. doi: 10.1016/j.pec.2014.09.015
 16. Fatemi N, Rafiei F, Hajizade E, Madanloo M. Design and Psychometrics of a Treatment Adherence Questionnaire in Patients with Chronic Illness: A Combined Study. *Koomesh* 2018; 20(2):179-91. [In Persian]
 17. Mohammadkhani P, Ebrahimzadeh M. Research version of structured clinical interview for assessment of disorders (SCID-5-RV). Tehran: University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare, 2017. P. 175-181. [In Persian]
 18. Seyed Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Koomesh* 2018; 20(2):179-91. [In Persian]
 19. Hooman F, Mehrabizadeh F, Khajedin N, Zargar Y. Hooman F, Mehrabizadeh F, Khajedin N, Zargar Y. The effects of cognitive behavior group therapy on binge eating disorder and in women of Ahvaz overeating anonymous. *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2011;10(4): 417-25. [In Persian]
 20. Chen H, Rodriguez MA, Qian M, Kishimoto T, Lin M, Berger T. Predictors of treatment outcomes and adherence in internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety in China. *Behav Cogn Psychother* 2020;48(3):291-303. doi: 10.1017/S1352465819000730
 21. Qanbari P, Tajeri B, Ahadi H, Jomehri F, Seyrafi MR. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and education based on protection motivation in adherence to treatment in women with type 2 diabetes. *Avicenna Journal of Neuro Psych Physiology* 2019; 6(4): 175-84. doi:10.32598/ajnpp.6.4.3
 22. Mirzaeian B, Talebi HR, doosti Y. Evaluation of the Effect of Cognitive-behavioral Therapy on Adherence to Treatment and General Health in HIV Positive Patients. *International Journal of Hospital Research* 2018; 7(2):81-93.

23. Kroon Van Diest AM, Ramsey RR, Kashikar-Zuck S, Slater S, Hommel K, Kroner JW, et al. Treatment Adherence in Child and Adolescent Chronic Migraine Patients: Results From the Cognitive-Behavioral Therapy and Amitriptyline Trial. *Clin J Pain* 2017;33(10):892-8. doi: 10.1097/AJP.0000000000000481.
24. Safren SA, Bedoya CA, O'Cleirigh C, Biello KB, Pinkston MM, Stein MD, et al. Cognitive behavioural therapy for adherence and depression in patients with HIV: a three-arm randomised controlled trial. *Lancet HIV* 2016;3(11):e529-e38. doi: 10.1016/S2352-3018(16)30053-4.
25. Gonzalez JS, McCarl LA, Wexler DD, Cagliero E, Delahanty L, Soper TD, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in Type 2 Diabetes. *J Cogn Psychother* 2010;24(4):329-43. doi: 10.1891/0889-8391.24.4.329.
26. Johansson O, Michel T, Andersson G, Paxling B. Experiences of non-adherence to Internet-delivered cognitive behavior therapy: A qualitative study. *Internet Interventions* 2015; 2(2):137-42. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2015.02.006>
27. Murphy R, Straebl S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2010;33(3):611-27. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.004.

Comparison of the Effectiveness of Face-to-Face and Online Cognitive-Behavioral Therapy on Treatment Adherence in People with Bulimia Nervosa

Ghasemi Mitra¹, Hatami Mohammad^{2*}, Moradi Alireza³, Hassani Jafar²

• Received: 22. 06. 2020

• Revised: 31. 08. 2020

• Accepted: 01. 09. 2020



Abstract

Background & Objectives: Patients' health and progress in recovery are affected by their adherence to treatment strategies. Identification of effective methods and treatments on increasing treatment adherence can improve patients' adherence to treatment and consequently their health.

Methods: The present study was a descriptive-analytical one conducted as an intervention in Tehran in 2020 for twelve weeks on thirty patients with bulimia nervosa in two groups who were selected using convenience sampling. The treatment adherence questionnaire was used to collect data. The statistical tests of mixed analysis of variance between groups and within groups were used to analyze the data. The data were entered into SPSS statistical software (version 25).

Results: Cognitive-behavioral therapy with both face-to-face and online methods significantly increased adherence to therapy. The mean of adherence to treatment in the group receiving online training was significantly higher than that of the group receiving face-to-face training.

Conclusion: It is necessary to evaluate the adherence to the treatment of patients with bulimia nervosa in clinics and provide cognitive-behavioral therapy for those with bulimia in order to correct their misconceptions about their body image and control their stress.

Keywords: Treatment Adherence, Face-to-Face Cognitive-Behavioral Therapy, Online Cognitive-Behavioral Therapy, Bulimia Nervosa

Citation: Ghasemi M, Hatami M, Moradi A, Hassani J. Comparison of the Effectiveness of Face-to-Face and Online Cognitive-Behavioral Therapy on Treatment Adherence in People With Bulimia Nervosa. Journal of Health Based Research 2020; 6(2): 169-83. [In Persian]

1. Ph.D. Student in Health Psychology, Faculty of Education and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** Mohammad Hatami

Address: Kharazmi University, No.49, Shahid Mofatteh St., Tehran, Iran

Tel: 00982188830893

Email: M.hatami@khu.ac.ir