

## اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی

فرزین باقری شیخانگفته<sup>۱\*</sup>، وحید صوابی نیری<sup>۲</sup>، شببم بریاجی<sup>۳</sup>، فاطمه اقبالی<sup>۴</sup>، علی فتحی آشتیانی<sup>۵</sup>

### چکیده

نوع مقاله:

مقاله اصیل

**زمینه و هدف:** اختلالات خوردن پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی بسیار زیادی را برای فرد و جامعه به همراه دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی انجام گرفته است. روش بررسی: روش پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و کلینیک‌های روان‌شناسی مناطق ۶ و ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه‌ها به تعداد ۳۰ نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جای‌دهی شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های نگرش‌های خوردن، اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی بود. گروه مداخله هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) درمان شناختی- رفتاری را دریافت کردند، ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در انتها داده‌ها با آنالیز کوواریانس چندمتغیره در SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری به صورت معناداری باعث کاهش اضطراب روانی کووید-۱۹ ( $F=۳۶/۴۱$ ،  $p<۰/۰۰۱$ )، اضطراب جسمانی کووید-۱۹ ( $F=۳۹/۱۵$ ،  $p<۰/۰۰۱$ )، ترس از ارزیابی منفی ( $F=۴۱/۹۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ) و افسردگی ( $F=۴۷/۴۸$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ) زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شده است.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری توانسته است باعث کاهش اختلالات روان‌شناختی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شود. از آنجا که سلامت روانی بسیاری از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی ممکن است آسیب جدی ببیند، ضروری است تدابیری در جهت شناسایی و درمان روان‌شناختی گروه‌های آسیب‌پذیر اتخاذ شود.

نویسنده مسؤؤل:  
فرزین باقری  
شیخانگفته؛ دانشکده  
علوم انسانی، دانشگاه  
تربیت مدرس، تهران،  
ایران

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی- رفتاری، اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی، افسردگی، بی‌اشتهایی عصبی

e-mail:  
farzinbagheri@  
modares.ac.ir

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۲ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۴۰۲ - انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۷/۱۷

### مقدمه

اختلال بی‌اشتهایی عصبی یک اختلال روانی مرتبط با ناهنجاری در الگوی مصرف غذا

است که با عوامل روان‌شناختی متعدد مانند ترس از اضافه وزن، تصویر بدنی، احساس ناراحتی در مورد خود و اضطراب شناخته می‌شود (۱). این مشکل ممکن است در هر دو جنس رخ دهد، اما برخی مطالعات نشان داده‌اند که زنان بیش‌ترین شیوع بی‌اشتهایی عصبی را دارند (۲). نتایج بررسی‌های van Eeden و

۱- گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران  
۲- گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران  
۳- گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران  
۴- گروه آموزشی روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، پردیس خودگردان، تهران، ایران  
۵- گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

متحمل شدند که موجب تشدید بیماری در آن‌ها شده است (۶).

از دیگر متغیرهای تأثیرگذار بر گسترش بی‌اشتهایی عصبی، ترس از ارزیابی منفی دیگران است (۹). ترس از ارزیابی منفی دیگران می‌تواند به ترس از قضاوت‌ها، نقدها و ناراحتی از رفتار و عملکرد خود تبدیل شود. زمانی که این ترس به شدت افزایش می‌یابد، ممکن است فرد به منظور جلوگیری از قضاوت منفی دیگران، به بی‌اشتهایی عصبی روی بیاورد (۱۰). در این حالت، بی‌اشتهایی عصبی به عنوان یک راه‌کار غیرسالم و غیرمنطقی برای کنترل نگرانی و ترس در مواجهه با قضاوت‌ها و انتقادهای دیگران مطرح می‌شود (۱۱). در بیش‌تر موارد، استرس و اضطراب بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی ناشی از ترس از قضاوت‌های منفی و ناراحتی از وزن و ظاهر بدن است (۱۲). بررسی‌های صورت گرفته نشان داده‌اند زنانی که دارای ترس از ارزیابی منفی دیگران هستند به تصویر بدنی خود بیش از حد توجه می‌کنند و مستعد ابتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی هستند (۱۳). نتایج پژوهش Gilbert و Meyer نشان داد بیماران مبتلا به ترس از ارزیابی منفی دیگران بودند، به مرور زمان از تصویر بدنی خود رضایت کافی نداشتند و دچار بی‌اشتهایی عصبی شدند (۹). Trompeter و همکاران مشخص کردند ترس از ارزیابی منفی با احتمال بالاتری برای برآوردن معیارهای هر اختلال خوردن مرتبط است (۱۰).

یکی دیگر از عوامل تشدیدکننده بی‌اشتهایی عصبی در زنان، وضعیت خلقی و افسردگی

همکاران حاکی از شیوع ۴ درصدی بی‌اشتهایی عصبی در زنان و ۰/۳ درصدی در مردان است. همچنین، پرخوری عصبی در زنان ۳٪ و در مردان ۱٪ گزارش شده است (۳). عوامل متعددی در ایجاد و تشدید بی‌اشتهایی عصبی می‌توانند نقش داشته باشند، اما براساس پژوهش‌های گذشته ابعاد روانی به خصوص اضطراب ارتباط مستقیمی با شیوع بی‌اشتهایی عصبی دارند (۴).

از جمله تنش‌ها و نگرانی‌هایی که در طی سال‌های گذشته موجب افزایش اضطراب و اختلالات خوردن شد، همه‌گیری کووید-۱۹ بود (۵) که به عنوان یکی از مشکلات روانی رایج در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ شناخته شده است و ممکن است با بی‌اشتهایی عصبی در زنان همراه باشد (۶). در زمان همه‌گیری کووید-۱۹، زنان ممکن است به عنوان مراقبان خانواده و اعضای کلیدی در مراقبت از سلامت خود و دیگران، به شدت به تنش و نگرانی‌های مرتبط با بیماری متمایل شوند (۷). علاوه بر این، ترس از ابتلا به کووید-۱۹، ناشناس بودن بیماری، تنهایی، ترس از مرگ عزیزان، محدودیت‌های اجتماعی، تغییر در فعالیت‌های روزانه و کاهش فعالیت بدنی می‌تواند روی سلامت روانی و اشتها تأثیرگذار باشد (۸). نتایج پژوهش Schlegl و همکاران نشان داد، در ۷۰٪ از بیماران نگرانی‌های مربوط به خوردن، وزن، انگیزه برای فعالیت بدنی، تنهایی، و غم، در طول همه‌گیری کووید-۱۹ افزایش یافته است (۲). Hunter و Gibson مشخص کردند بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی طی قرنطینه خانگی ناشی از کووید-۱۹ آسیب‌های روانی و جسمانی متعددی را

آن‌ها است (۱۴). افسردگی به عنوان یک اختلال روان‌شناختی ممکن است باعث تغییرات در الگوهای خوراکی فرد شود و بی‌اشتهایی عصبی را به همراه داشته باشد (۱۵). افراد مبتلا به افسردگی ممکن است با تجربه کاهش اشتها و کاهش علاقه به خوردن غذا مواجه شوند (۱۶). اما بی‌اشتهایی عصبی برای مدت طولانی نمی‌تواند به عنوان یک راهکار کامل برای افسردگی باشد و بیش‌تر ممکن است مشکلات روان‌شناختی را تشدید کند (۱۷). یافته‌های پژوهش Zsigo و همکاران نشان داد، بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در مقایسه با سایر افراد افسردگی و دشواری بالاتری در تنظیم هیجان دارند (۱۴). نتایج مطالعه مروری Calvo-Rivera و همکاران مشخص کرد افرادی که دارای افسردگی بالایی بودند در خطر بیشتری برای ابتلا به بی‌اشتهایی عصبی قرار داشتند (۱۵).

درمان شناختی- رفتاری یکی از روش‌های اصلی در درمان اختلال بی‌اشتهایی عصبی است (۱۸). درمان شناختی- رفتاری یک روش درمانی مؤثر است که ترکیبی از مداخله‌های شناختی و رفتاری را به کار می‌گیرد تا الگوهای ناکارآمد روانی و رفتاری را که به بی‌اشتهایی عصبی منجر می‌شود، تغییر دهد (۱۹). یکی از اهداف اصلی درمان شناختی- رفتاری در بی‌اشتهایی عصبی، تغییر اندیشه‌ها و باورهای نادرست درباره بدن، غذا و وزن است (۲۰). علاوه بر این، درمان شناختی- رفتاری شامل مداخله‌های رفتاری نیز می‌شود. مداخله رفتاری شامل برنامه‌ریزی تغذیه سالم، ایجاد الگوهای

خوردن منظم و توانبخشی فعالیت بدنی است (۲۱). یکی دیگر از جوانب مهم در درمان شناختی- رفتاری، تمرینات مهارت‌های مقابله است که می‌تواند شامل شناسایی و مدیریت احساسات نامطلوب مانند اضطراب، افسردگی و استرس باشد (۲۲). یافته‌های مطالعه Waller و همکاران حاکی از اثر بخشی بالای درمان شناختی- رفتاری طی شیوع کووید-۱۹ بر شدت علائم بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی است (۱۸). Dalle Grave و همکاران نشان دادند بیش از ۷۵٪ از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی طی شیوع کووید-۱۹ علائمشان تشدید شده است. عواملی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل و سلامت روانی موجب پیش‌آگهی مطلوب برای درمان شناختی- رفتاری بیماران تلقی می‌شود (۱۹).

اختلال بی‌اشتهایی عصبی، اگر به‌طور صحیح بررسی و درمان نشود، می‌تواند منجر به عواقب جبران‌ناپذیری شود. این عواقب ممکن است شامل خطر بیشتر ابتلا به بیماری‌های جسمانی مرتبط با کاهش وزن، نقص تغذیه، ناتوانی جنسی، آسیب رساندن به عضلات و استخوان‌ها، مشکلات قلبی، کبدی و کلیه، اختلالات خواب و مشکلات دوره‌های قاعدگی باشد. بنابراین، بررسی و درمان اختلال بی‌اشتهایی عصبی بسیار اهمیت دارد تا از عواقب روانی و جسمانی جبران‌ناپذیر این اختلال پیشگیری شود. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی انجام گرفته است.

## روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه پژوهش زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی کلینیک‌های روان‌شناسی مناطق ۶ و ۸ شهر تهران بودند. نمونه‌ها به تعداد ۳۰ نفر که براساس پرسشنامه نگرش‌های خوردن (۲۳) اختلال بی‌اشتهایی عصبی داشتند، به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی (به شکل قرعه‌کشی) در گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جا داده شدند. حجم نمونه موردنیاز برای مطالعات نیمه تجربی، با در نظر گرفتن  $d=2/5$ ،  $d=90\%$ ،  $\sigma=7/63$  (انحراف معیار) تعداد ۲۴ نفر محاسبه شد. با توجه به ریزش‌های احتمالی، حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر (در مجموع ۳۰ نفر) در نظر گرفته شد (۲۴).

$$n = \left( \frac{\sigma(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})}{d} \right)^2$$

معیارهای ورود به پژوهش شامل نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، سواد خواندن و نوشتن، رضایت کامل افراد و داشتن اختلال بی‌اشتهایی عصبی بود. شرکت در جلسات روان‌شناختی دیگر، نیمه‌کاره رها کردن پرسشنامه و غیبت بیش از دو جلسه در درمان، معیارهای خروج از پژوهش بودند.

لازم به ذکر است که تمامی مجوزهای لازم قبل از اجرای پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) گرفته شد

(IR.BMSU.REC.1400.071). همچنین ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت گردید، به گونه‌ای که به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن و استفاده صرفاً پژوهشی اطلاعات اطمینان خاطر داده شد و آن‌ها با رضایت کامل در محیطی آرام و بدون تنیدگی، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بودند از:

چکلیست جمعیت‌شناختی و بیماری: این چکلیست شامل مدت زمان بیماری، سن، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، سابقه ابتلا به کووید-۱۹ بود.

پرسشنامه نگرش‌های خوردن: این پرسشنامه توسط Garner و Garfinkel (۲۳) ساخته شده است که برای غربالگری جهت نگرش و رفتارهای بیمارگونه خوردن به کار می‌رود. فرم ۲۶ گویه‌ای و دارای ۶ گزینه (هرگز=۰ تا همیشه=۵) با شاخص‌های پرخوری، نگرانی بیش از اندازه در مورد وزن و فرم بدن، و رفتارهای کنترل وزن است. بنابراین بیش‌ترین و کم‌ترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۱۳۰ است. نمرات بالا نشان‌دهنده سطح بالاتری از اختلالات خوردن در افراد است. سازندگان در محاسبه همسانی درونی، ضریب آلفای ۰/۹۴ و روایی همزمان با پرسشنامه خوردن را ۰/۵۰ ذکر کرده‌اند (۲۳). در کشور ایران کاوه قهفرخی و تابع بردبار پایایی و روایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۶۶ به دست آوردند (۲۵). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۶ محاسبه شد.

مقیاس اضطراب کووید-۱۹: این ابزار جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع کووید-۱۹ در کشور ایران توسط علی پور و همکاران تهیه و اعتباریابی شده است (۲۶). نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه است. گویه‌های ۱ تا ۹ علایم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علایم جسمانی را می‌سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیش‌تر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین بیش‌ترین و کم‌ترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا نشان‌دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۷، عامل دوم ۰/۸۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد (۲۶). ضریب آلفای کرونباخ علایم روانی و جسمانی در مطالعه حاضر، ۰/۸۴ و ۰/۸۱ محاسبه شد که حاکی از همسانی درونی مناسب پرسشنامه اضطراب کووید-۱۹ است.

فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی: این مقیاس توسط Leary (۲۷) ساخته شده و دارای ۱۲ گویه است و برای توصیف باورهای ترس‌آور و نگران‌کننده طراحی شده است. پاسخ‌دهنده وضعیت خود را در هر پرسش بر روی یک طیف ۵ گزینه‌ای (هرگز صدق نمی‌کند=۱ تا تقریباً همیشه صدق می‌کند=۵) نشان می‌دهد. بنابراین بیش‌ترین و کم‌ترین نمره‌ای که افراد پاسخ‌دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۱ تا ۶۰ است. نمرات بالا نشان‌دهنده سطح بالاتری از ترس

از ارزیابی منفی است. در این مقیاس، پرسش‌های نمره‌گذاری شده مثبت (۸ گویه) و پرسش‌های نمره‌گذاری شده معکوس (۴ گویه)، وجود ترس و نگرانی را توصیف می‌کنند. Leary (۲۷) ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را در دانشجویان بررسی کرده است و همسانی درونی را ۰/۹۶ و پایایی بازآزمایی پس از ۴ هفته، ۰/۷۵ را گزارش کرده است. در مطالعه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ نمره کلی و زیرمقیاس‌های سؤال‌های نمره‌گذاری شده مثبت و معکوس به ترتیب، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ به دست آمده است. نتایج مطالعه داخل کشور حاکی از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب (۰/۸۷) این مقیاس است (۲۸). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه افسردگی: پرسشنامه افسردگی Beck ویرایش دوم، یک ویرایش از پرسشنامه افسردگی و یک شاخص خودگزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیربالینی است که توسط Beck و همکاران در سال ۱۹۹۶ ساخته شده است (۲۹). این آزمون یک ابزار غربالگری ۲۱ سؤالی است که قابلیت اجرا به صورت گروهی و فردی را داراست. هر سؤال دارای چهار گزینه است که بر مبنای صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل از جمع نمرات سؤالات به دست می‌آید؛ بنابراین حداکثر نمره در این پرسشنامه ۶۳ و حداقل آن صفر است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیش‌تر است. در این آزمون نقطه برش ۱۳ است، به این معنی که شرکت‌کننده دارای نمره صفر تا

۱۳ سالم با افسردگی جزئی (تقریباً غیرافسرده) و فرد با نمره ۱۴ تا ۶۳ مبتلا به افسردگی خفیف تا شدید تلقی می‌شود. Beck و همکاران روایی سازه آن را تأیید کردند و ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار را ۰/۸۶ و غیربیمار را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (۲۹). همچنین Stefan-Dabson و همکاران (۳۰) روایی سازه و تحلیل عاملی آن را تأیید کرده‌اند و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی، ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. در مطالعه پیش‌رو نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد.

درمان شناختی- رفتاری: این درمان با ایجاد یک رشته تغییرات در شناخت افراد و همچنین بهره‌گیری از روش‌هایی همچون ثبت روزانه افکار ناکارآمد، به اشتراک گذاشتن تجربه‌های اعضای گروه، بازسازی شناختی، بررسی طرحواره‌ها و آموزش حل مسأله و تمرین حرمت خود، منجر به تغییرات اساسی شناختی و رفتاری در افراد می‌شود (۳۱). پژوهشگران درمان شناختی- رفتاری را طی ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه) ۹۰ دقیقه گروهی در

یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی انجام دادند (در دامنه زمانی حداکثر ۳ ماه). در جدول شماره ۱، شرح مختصر محتوای جلسات مداخله ارایه شده است.

داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای یاد شده در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد. برای این منظور، از آزمون مجذور کای با توجه به وجود حداقل ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک Shapiro-Wilk برای ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون Box's M برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون Levene برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش، از آنالیز کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) برای ارزیابی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی با کنترل اثر پیش‌آزمون، استفاده گردید. همچنین سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## جدول ۱- محتوای جلسات مداخله درمان شناختی- رفتاری براساس پروتکل درمانی Kamphuis و Jacquin (۳۱)

جلسه	شرح مختصر	تکالیف خانگی
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد فرصت برای شناخت بیشتر اعضای گروه از یکدیگر، ارزیابی سطح افسردگی، توضیحی درباره کاربرگها و پرسشنامهها و چگونگی تکمیل آنها، منطق درمان شناختی- رفتاری، تعیین هدفهای درمان.	ارایه یک جزوه از مدل شناختی- رفتاری اختلالات خوردن برای مطالعه در منزل.
دوم	مرور مفاهیم قبلی، اهمیت کندوکاو در شناختها و چگونگی ارتباط آن با احساسات، تفاوت نوعی تفکر افراد دارای بی‌اشتهایی عصبی و انواع افکار ناکارآمد بیان شد. توصیف احساس خوب و بد در زمانهای خاص از طرف اعضای گروه و تلاش درمانگر برای نشان دادن ارتباط بین هیجانات و افکار افراد، استفاده از تکنیکهای آرامسازی خود، توزیع فرم ثبت روزانه افکار ناکارآمد و توضیح چگونگی استفاده از آن، تشویق اعضای گروه به تجربه فعالیتهای لذتبخش.	نامه‌ای به گروه، راجع به بی‌اشتهایی عصبی خود بنویسند. آنها می‌توانند به تغییراتی اشاره کنند که بی‌اشتهایی عصبی در زندگی‌شان ایجاد کرده و تأثیراتی که بر آن داشته است. ثبت تجربه فعالیت‌های لذتبخش در کاربرگ مخصوص.
سوم	به اشتراک گذاشتن تجربه‌های اعضای گروه و بازخوردهایشان از رویدادهای لذتبخش در هفته گذشته و توضیح اعضا درباره تأثیرات استفاده از تکنیکهای آرامسازی و کمک به اعضا تا درستی افکارشان را بررسی و مشخص کنند افکار چگونه بر احساساتشان تأثیر می‌گذارند. شرکت‌کنندگان، تجاربشان را در رابطه با پایش خود با اعضای گروه به اشتراک می‌گذارند.	پرکردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و استفاده از جزوه پرسش‌ها جدلی به‌منظور بازسازی شناختی.
چهارم	ثبت روزانه افکار ناکارآمد اعضای گروه به اشتراک گذاشته می‌شود و گروه به بازسازی آنها کمک می‌کند. درمانگر کار مداخله‌ای مناسب هر کس را تعیین می‌کند و شرح می‌دهد که بی‌اشتهایی عصبی نفر شبیه هم نیست. بررسی مشکلات مربوط به وابستگی و ارتباط، آموزش حل مسأله و تمرین حرمت خود.	تمرین ابراز وجود و رفتار قاطعانه، بیان تأثیرات آنها به همراه تکمیل جدول ثبت افکار ناکارآمد. تنظیم‌نامه به شخصی که تأثیر مهمی در نگرششان نسبت به خود داشته است.
پنجم	تکالیف مربوط به بازسازی شناختی مرور می‌شود. نامه‌های نوشته شده خوانده می‌شود. درمانگر، مدل شناختی- رفتاری را مجدداً توضیح و نقش طرحواره‌ها را در بی‌اشتهایی عصبی شرح می‌دهند.	نوشتن نامه به شخص کلیدی که دارای نقش مؤثری در شکل‌گیری طرحواره‌هاش بوده است. پرکردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن آنها.
ششم	مرور تکالیف خانگی، اعضای گروه به همدیگر در چالش کشیدن افکار ناکارآمدشان کمک می‌کنند. آموزش طرحواره‌ها از طرف درمانگر ادامه می‌یابد. به گروه توضیح داده می‌شود یکی از اهداف گروه، حذف طرحواره‌های ناسالم است؛ اما تکمیل این فرآیند مستلزم زمان است.	شناسایی طرحواره‌ها و ادامه پرکردن فرم ثبت افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن آنها.
هفتم	به چالش کشیدن افکار ناکارآمد اعضای گروه به‌صورت جفتی با توجه به تکالیف خانگی انجام شده، چگونگی اصلاح طرحواره‌ها مرور می‌شود. برنامه‌هایی برای تضعیف طرحواره‌ها با کمک اعضای گروه طراحی می‌شوند.	ثبت افکار ناکارآمد و به چالش کشیدن این افکار و طرحواره‌های مربوط.
هشتم	کمک به گروه برای یادآوری و مرور مواد اصلی مطرح شده در طول جلسات. توضیحاتی درباره ادامه کار درمانی با توجه به هدفهای بیان شده به گروه داده می‌شود. همین‌طور احساسات اعضای گروه درباره پایان یافتن جلسات درمانی بررسی می‌شود.	توصیه به ادامه روند آرام‌سازی، ارزیابی مداوم سطح بی‌اشتهایی عصبی، خلق رویدادهای لذتبخش، افزایش آگاهی نسبت به رویدادهای تنش‌آور و به چالش کشیدن افکار ناکارآمد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله  $28/35 \pm 4/81$  سال و گروه کنترل کای (جدول شماره ۲) نشان داد که گروه‌های مداخله و کنترل از نظر گروه سنی، مدت زمان بیماری، سابقه ابتلا به کووید-۱۹، وضعیت تأهل، و مقطع تحصیلی تفاوت معناداری نداشتند ( $p > 0/005$ ).

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در گروه مداخله و کنترل در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همچنین، در این جدول نتایج آزمون Shapiro-Wilk برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول، آماره Shapiro-Wilk برای تمامی متغیرها معنادار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است.

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون Levene برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس اضطراب کووید-۱۹ ( $F_{1,28} = 3/69, p = 0/650$ )، ترس از ارزیابی منفی ( $F_{1,28} = 3/07, p = 0/902$ ) و افسردگی ( $F_{1,28} = 5/19, p = 0/506$ ) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون Box's M برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس

متغیرهای وابسته در بین گروه مداخله و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ( $p = 0/894 > 0/05$ )، میزان معناداری آزمون باکس از  $0/05$  بیشتر است و در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین، نتایج آزمون خی‌دو Bartlett برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی نشان داد که رابطه بین آن‌ها معنادار است ( $p = 0/01, df = 9, \chi^2 = 68/47$ ). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیره، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است و بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام گرفت (جدول شماره ۴).

با توجه به جدول شماره ۴، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود. به عبارت دیگر، گروه‌های مداخله و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده،  $71\%$  از کل واریانس‌های گروه



مداخله و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین، توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. برای تشخیص این که در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ گزارش شده است.

با توجه به مندرجات جدول شماره ۵، آماره F برای اضطراب روانی کووید-۱۹ (۳۶/۴۱)، اضطراب جسمانی کووید-۱۹ (۳۹/۱۵)، ترس از ارزیابی منفی (۴۱/۹۲) و افسردگی (۴۷/۴۸) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار

است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۶۰٪ از اضطراب روانی کووید-۱۹، ۶۲٪ از اضطراب جسمانی کووید-۱۹، ۶۴٪ از ترس از ارزیابی منفی و ۶۶٪ از افسردگی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است. در نتیجه می‌توان بیان کرد که درمان شناختی- رفتاری به صورت معناداری باعث کاهش اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی می‌شود.

**جدول ۲-** مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری گروه‌های مداخله و کنترل در زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز درمانی منطقه ۶ و ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ برحسب گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)

مقدار p	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	سطوح	متغیرها
۰/۳۸۲	۴ (۲۶/۶)	۵ (۳۲/۴)	۲۲ تا ۲۵	گروه سنی (سال)
	۷ (۴۶/۶)	۶ (۴۰)	۲۹ تا ۲۶	
	۴ (۲۶/۶)	۴ (۲۶/۶)	۳۰ به بالا	
۰/۲۶۸	۶ (۴۰)	۵ (۳۲/۴)	۴ تا ۹ ماه	مدت زمان بیماری
	۵ (۳۲/۴)	۷ (۴۶/۷)	۱۰ تا ۱۶ ماه	
	۴ (۲۶/۶)	۳ (۲۰)	۱۷ ماه به بالا	
۰/۱۵۶	۱۰ (۶۶/۶)	۹ (۶۰)	بله	سابقه ابتلا به کووید-۱۹
	۵ (۳۴/۴)	۶ (۴۰)	خیر	
۰/۲۳۹	۹ (۶۰)	۱۰ (۶۶/۶)	مجرد	وضعیت تأهل
	۶ (۴۰)	۵ (۳۴/۴)	متاهل	
۰/۳۰۱	۵ (۳۲/۴)	۴ (۲۶/۶)	دیپلم	تحصیلات
	۳ (۲۰)	۵ (۳۲/۴)	کاردانی	
	۷ (۴۶/۶)	۶ (۴۰)	کارشناسی	

آزمون مجذور کای،  $p < ۰/۰۵$  اختلاف معنادار

**جدول ۳-** شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز درمانی منطقه ۶ و ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ برحسب گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره Shapiro-Wilk	p
نگرش‌های خوردن	پیش‌آزمون	مداخله	۵۳/۶۱	۸/۶۵	۰/۱۱۷	۰/۰۶۷
		کنترل	۵۳/۹۰	۹/۷۵	۰/۰۹۶	۰/۰۶۶
	پس‌آزمون	مداخله	۴۴/۳۲	۷/۴۲	۰/۰۹۷	۰/۰۵۸
		کنترل	۵۳/۴۵	۸/۴۹	۰/۰۸۴	۰/۱۶۱
اضطراب روانی کووید-۱۹	پیش‌آزمون	مداخله	۱۹/۸۰	۲/۶۲	۰/۰۸۲	۰/۰۵۶
		کنترل	۱۹/۶۶	۲/۴۱	۰/۰۹۱	۰/۰۷۲
	پس‌آزمون	مداخله	۱۶/۸۰	۳/۵۹	۰/۰۹۵	۰/۰۷۴
		کنترل	۱۹/۹۳	۲/۰۸	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
اضطراب جسمانی کووید-۱۹	پیش‌آزمون	مداخله	۱۸/۳۳	۲/۱۹	۰/۱۶۲	۰/۰۹۷
		کنترل	۱۸/۴۶	۳/۷۴	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
	پس‌آزمون	مداخله	۱۵/۳۳	۲/۱۵	۰/۰۹۰	۰/۱۷۱
		کنترل	۱۸/۲۰	۳/۴۵	۰/۰۹۵	۰/۰۷۱
ترس از ارزیابی منفی	پیش‌آزمون	مداخله	۴۶/۲۶	۴/۰۵	۰/۰۹۷	۰/۰۵۹
		کنترل	۴۵/۹۳	۳/۶۲	۰/۰۹۴	۰/۰۷۸
	پس‌آزمون	مداخله	۴۱/۹۳	۲/۵۱	۰/۱۰۲	۰/۰۸۸
		کنترل	۴۶/۵۴	۳/۷۸	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
افسردگی	پیش‌آزمون	مداخله	۴۸/۳۳	۲/۴۱	۰/۰۹۳	۰/۰۶۲
		کنترل	۴۸/۱۴	۳/۴۸	۰/۰۸۴	۰/۰۵۵
	پس‌آزمون	مداخله	۴۴/۳۳	۱/۴۲	۰/۰۷۱	۰/۰۶۹
		کنترل	۴۸/۴۶	۲/۴۵	۰/۱۰۹	۰/۰۷۲

**جدول ۴-** نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه مداخله و کنترل در زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز درمانی منطقه ۶ و ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ برحسب گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)

نام آزمون	مقدار	آماره F	مقدار p	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلائی	۰/۷۱۷	۱۳/۲۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۸۳	۱۳/۲۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۵۳۰	۱۳/۲۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۵۳۰	۱۳/۲۸	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱

**جدول ۵-** نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه مداخله و کنترل در زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز درمانی منطقه ۶ و ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ برحسب گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر)

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار p	اندازه اثر
اضطراب روانی کووید-۱۹	۷۷/۰۶	۱	۷۷/۰۶	۳۶/۴۱	< ۰/۰۰۱	۰/۶۰
اضطراب جسمانی کووید-۱۹	۵۵/۰۱	۱	۵۵/۰۱	۳۹/۱۵	< ۰/۰۰۱	۰/۶۲
ترس از ارزیابی منفی	۱۷۴/۸۶	۱	۱۷۴/۸۶	۴۱/۹۲	< ۰/۰۰۱	۰/۶۴
افسردگی	۱۳۶/۲۷	۱	۱۳۶/۲۷	۴۷/۴۸	< ۰/۰۰۱	۰/۶۶

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی انجام گرفته است. یافته‌های مطالعه حاضر مشخص کرد درمان شناختی- رفتاری به صورت معناداری باعث کاهش اضطراب کووید-۱۹، ترس از ارزیابی منفی و افسردگی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شده است. همچنین نتایج به دست آمده نشان داد زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی پس از دریافت درمان شناختی- رفتاری اضطراب روانی و جسمانی کووید-۱۹ کم‌تری را گزارش کرده‌اند. نتایج مطالعه حاضر در راستای پژوهش‌های Schlegl و همکاران (۲)؛ Hunter و Gibson (۶)؛ Czepczor-Bernat و همکاران (۷) و Agostino و همکاران (۸) قرار دارد.

در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت، همه‌گیری کووید-۱۹ موجب ایجاد موجی از ترس، اضطراب و استرس در بسیاری از مردم جهان شد (۵). افرادی که زمینه‌های لازم برای ابتلا به اختلالات خوردن را داشتند با تجربه اضطراب کووید-۱۹ خیلی زود با بی‌اشتهایی و مشکلات تغذیه‌ای روبه‌رو شدند (۷). با شیوع کووید-۱۹ در سراسر جهان، بسیاری از افراد با شرایطی مانند اضطراب و بی‌اشتهایی عصبی روبه‌رو شدند. اضطراب کووید-۱۹ می‌تواند در هر شخصی ایجاد شود و ممکن است براساس شدت و مدت زمان آن، تأثیرات مختلفی بر روی بدن و روان فرد داشته باشد. بی‌اشتهایی عصبی نیز یکی از علایم رایج اضطراب کووید-۱۹ است که می‌تواند باعث

کاهش وزن و افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های دیگر شود (۲۱). در این بین، درمان شناختی رفتاری یکی از روش‌های مؤثر در کاهش بی‌اشتهایی عصبی است (۱۹). درمان شناختی رفتاری شامل مجموعه‌ای از تکنیک‌های شناختی و رفتاری است که به هدف تغییر رفتارهای نامطلوب و افکار منفی در فرد می‌پردازد. درمان شناختی رفتاری می‌تواند به زنان کمک کند تا با مسایل اضطرابی و روانی که در پس بی‌اشتهایی عصبی قرار دارند، مقابله کنند و از آن‌ها رهایی پیدا کنند (۲۰). در این تکنیک، فرد با کمک مشاور، عواطف و افکار خود را تحلیل و باورهای نامطلوب خود را شناسایی می‌کند. سپس با استفاده از تکنیک‌هایی مانند ارایه شواهد نقیض، فرد را به تغییر باورهای نامطلوب خود ترغیب می‌کند (۱۸).

همچنین با استفاده از تکنیک‌های رفتاری، فرد به تدریج رفتارهای نامطلوب خود را تغییر می‌دهد و به رفتارهای سالم‌تر و مفید روی می‌آورد (۱۸). در همین راستا، نتایج پژوهش Wang مشخص کرد طی شیوع کووید-۱۹ به علت محدودیت‌های ایجاد شده، درمان پزشکی و دارویی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی با دشواری‌هایی همراه شده که در این میان درمان شناختی- رفتاری آنلاین به عنوان رویکردی کارآمد از اثربخشی بسیار بالایی برخوردار بوده است (۲۱). Czepczor-Bernat و همکاران مشخص کردند در طول شیوع کووید-۱۹ زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی اضطراب و استرس بالایی را تجربه می‌کردند، پاسخ کمی به درمان نشان می‌دادند

و وضعیت بدتری را گزارش می‌کردند. در مقابل، داشتن سطوح مناسبی از حمایت اجتماعی و فعالیت بدنی مطلوب موجب بهبود نشانگان بیماری شده بود (۷). در پژوهشی دیگر، یافته‌های Agostino و همکاران نشان داد زمان بستری در بیمارستان و روند درمان بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی طی شیوع کووید-۱۹ تا ۲۰٪ افزایش داشته است که موجب بروز اضطراب و استرس در آن‌ها شده است (۸).

از سوی دیگر، یافته‌های به دست آمده حاکی از اثربخش بودن درمان شناختی- رفتاری بر سطوح ترس از ارزیابی منفی دیگران در زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بوده است. این نتایج با مطالعات Meyer و Gilbert (۹)؛ Trompeter و همکاران (۱۰)؛ Smith و همکاران (۱۲) در یک راستا قرار دارد.

ترس از ارزیابی منفی دیگران و بی‌اشتهایی عصبی دو مسأله روان‌شناختی هستند که با یکدیگر ارتباط تنگاتنگی دارند (۹). ترس از ارزیابی منفی دیگران می‌تواند به ترس از قضاوت‌ها و نقدها تبدیل شود و این ترس ممکن است فرد را به جلوگیری از قضاوت منفی دیگران و تأثیر آن‌ها روی خود ترغیب کند. بی‌اشتهایی عصبی نیز یک راهکار غیرسالم است که برای کنترل اضطراب و ترس در مواجهه با قضاوت‌ها و ناراحتی‌های احتمالی از طریق کاهش خوراک و کنترل وزن به کار گرفته می‌شود (۱۳). در نتیجه، این دو مسأله با یکدیگر در رابطه علیتی هستند و در صورتی که ترس از ارزیابی منفی به مدت طولانی مدت حضور

داشته باشد می‌تواند سطوح بالایی از بی‌اشتهایی عصبی را به همراه داشته باشد (۱۹). درمان شناختی رفتاری به عنوان روشی کارآمد برای کمک به افراد در مواجهه با مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و ترس‌ها استفاده می‌شود. با استفاده از درمان شناختی رفتاری، افراد می‌توانند با شناسایی و تغییر افکار منفی و الگوهای رفتاری غلط در مورد دیگران، به کاهش ترس خود از ارزیابی منفی اطرافیان بپردازند (۱۸). با توجه به بررسی‌های صورت گرفته ناراحتی و ترس بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی فقط به دلیل احتمال ارزیابی منفی از جانب دیگران نیست، بلکه به ارزیابی منفی مستقیم خودشان نیز مرتبط است (۹). در واقع بیمار مدام نگران برداشت دیگران در مورد خودش است و ادراک او در مورد چیزی که دیگران فکر می‌کنند، بازتابی از تفکر بیمار راجع به خودش است. بنابراین تغییر خودپنداره بیماران باعث تغییر اسنادهای دیگران خواهد شد، درمان می‌تواند خودپنداره را به خصوص با هدف قرار دادن عبارات خودانتقادی بهبود بخشد (۲۰).

درمان شناختی رفتاری ترکیبی از مداخلات گفتاری و تکنیک‌های تغییر رفتار است که شامل کمک به افراد در شناسایی شناخت‌های غلط خود، آزمون مبانی شناخت‌ها و تصحیح مفهوم‌سازی‌های تحریف شده و عقاید ناکارآمد است که به فرد کمک می‌کند الگوهای تحریف شده، افکار و رفتارهای ناکارآمد خود را پیرامون تصویر بدنی تغییر دهد (۲۱). در همین زمینه، Atwood و Friedman در مطالعه‌ای مروری نشان دادند در بین درمان‌های

روان‌شناختی موجود، درمان شناختی- رفتاری برای بیماران مبتلا به اختلالات خوردن از اثربخشی و کارآمدی مطلوب‌تری برخوردار است و در بلندمدت نیز اثرات درمانی خود را حفظ می‌کند (۲۲). یافته‌های مطالعه Menatti و همکاران مشخص کرد ترس از ارزیابی منفی به طور مستقل بخش قابل توجهی از رابطه بین اضطراب اجتماعی و هر حوزه از آسیب‌شناختی خوردن (شامل انگیزه لاغری، نارضایتی از بدن و علایم پرخوری عصبی) را تبیین می‌کند. به نظر می‌رسد شاخص توده بدنی نقش تعدیل‌کننده‌ای در رابطه بین ترس از ارزیابی منفی و نارضایتی از بدن ایفا می‌کند، اما به دنبال علایم لاغری یا پرخوری عصبی نیست (۱۱). در پژوهشی مروری، Smith و همکاران نشان دادند بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی که دارای نشخوار فکری و ترس از ارزیابی منفی دیگران بودند، از تصویر بدن، عزت نفس و بهزیستی پایینی رنج می‌بردند که موجب تشدید بیماری و ناتوانی‌های اجتماعی در آن‌ها می‌شد (۱۲).

همچنین، نتایج این پژوهش مشخص کرد زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی که درمان شناختی- رفتاری را دریافت کردند، در پس آزمون نمرات پایین‌تری را در افسردگی گزارش کردند. یافته‌های به دست آمده با پژوهش‌های Zsigo Tan و همکاران (۱۴)؛ Calvo-Rivera و همکاران (۱۵)؛ Cimino و همکاران (۱۶)؛ Tan و همکاران (۱۷) همسو است.

افسردگی و بی‌اشتهایی عصبی دو اختلال روانی مرتبط با یکدیگر هستند و ممکن است همزمان در فردی دیده شوند (۱۵). درمان

شناختی رفتاری یک روش درمانی است که در کاهش افسردگی و بی‌اشتهایی عصبی به کار می‌رود و می‌تواند بهبودی در این دو اختلال روانی را به همراه داشته باشد (۱۷). درمان شناختی رفتاری براساس مفاهیم مدل شناختی- رفتاری ساخته شده است و شامل ترکیبی از روش‌های مختلف از جمله تحلیل رفتاری، تمرین تفکر مثبت و تمرینات تنظیم هیجانی است. درمان شناختی رفتاری برای کاهش افسردگی و بی‌اشتهایی عصبی، به بیمار در شناسایی و شناخت الگوهای رفتاری و افکار منفی کمک می‌کند (۱۴). این روش به بیمار کمک می‌کند که به جای این که به احساسات و افکار منفی خود پایبند باشد، آن‌ها را تغییر داده و به تفکر مثبت و الگوهای رفتاری سالم و مؤثرتر متمایل شود (۲۲). علاوه بر این، درمان شناختی رفتاری برای کاهش افسردگی و بی‌اشتهایی عصبی از روش‌های مختلفی استفاده می‌کند، از جمله تمرینات تفکر مثبت و تنظیم هیجان‌ات، روش‌هایی برای ارتقای خودشناسی و افزایش اعتماد به نفس، تمرینات تحلیل رفتاری و تمرینات تغییر الگوهای رفتاری. این روش‌ها به بیمار کمک می‌کنند تا با شناخت و تغییر الگوهای رفتاری و افکار منفی خود، بهبودی در افسردگی و بی‌اشتهایی عصبی خود را تجربه کنند (۱۹). در این راستا، نتایج مطالعه Cimino و همکاران مشخص کرد مادرانی که دارای سطوح بالایی از افسردگی بودند، از بی‌اشتهایی بالاتری رنج می‌بردند که موجب کاهش ارتباطات عاطفی و هیجانی آن‌ها با کودک می‌شد (۱۶). در سویی دیگر، یافته‌های مطالعه Tan و همکاران حاکی از ارتباط

در مجموع، یافته‌های به دست آمده مشخص کرد درمان شناختی- رفتاری توانسته است باعث کاهش اختلالات روان‌شناختی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی شود. از آن جایی که همه‌گیری کووید-۱۹ تغییرات بسیار گسترده‌ای در سبک زندگی افراد ایجاد کرده است، می‌بایست تدابیری در جهت شناسایی و درمان گروه‌های آسیب‌پذیر اتخاذ کرد. بدین منظور لازم است متخصصان در کنار دارو درمانی از خدمات سلامت روان نیز استفاده نمایند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی بیماران، مسئولان کلینیک‌ها و افرادی که در انجام این پژوهش نویسندگان را یاری کردند، تقدیر و تشکر نمایند. همچنین ملاحظات و اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شد و مجوز لازم از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله با کد IR.BMSU.REC.1400.071 اخذ شد.

افسردگی، ناتوانی درک شده و وضعیت شغلی با رضایت از زندگی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی است. افرادی که دارای افسردگی قابل توجهی بودند به درمان پاسخ خوبی نمی‌دادند و علایم شدیدتری را گزارش می‌کردند (۱۷).

حجم نمونه پایین، عوامل متعدد اثرگذار بر بی‌اشتهایی عصبی که خارج از محدوده کنترل هستند و بررسی تنها گروه زنان مبتلا به اختلال بی‌اشتهایی عصبی مناطق ۶ و ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش است. به همین دلیل در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و مناطق دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود. عدم امکان پیگیری بلندمدت تأثیر برنامه با استفاده از آزمون پیگیری، نیز از دیگر محدودیت‌ها بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این موضوع مورد توجه قرار گیرد تا امکان بررسی تأثیر بلندمدت درمان شناختی- رفتاری بر مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی ممکن شود.

### References

- 1 - Magrini M, Curzio O, Tampucci M, Donzelli G, Cori L, Imiotti MC, et al. Anorexia nervosa, body image perception and virtual reality therapeutic applications: state of the art and operational proposal. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 22; 19(5): 2533. doi: 10.3390/ijerph19052533.
- 2 - Schlegl S, Maier J, Meule A, Voderholzer U. Eating disorders in times of the COVID-19 pandemic- results from an online survey of patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2020 Nov; 53(11): 1791-1800. doi: 10.1002/eat.23374.
- 3 - van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021 Nov 1; 34(6): 515-524. doi: 10.1097/YCO.0000000000000739.
- 4 - Lloyd EC, Haase AM, Foster CE, Verplanken B. A systematic review of studies probing longitudinal associations between anxiety and anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. 2019 Jun; 276: 175-185. doi: 10.1016/j.psychres.2019.05.010.

- 5 - Khosravi H, Sayadi L, Mohammadnejad E. [Relationship between mental health and quality of life among the COVID-19 survivors one year after the infection: a cross-sectional study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2023; 28(4): 405-418. (Persian)
- 6 - Hunter R, Gibson C. Narratives from within 'lockdown': a qualitative exploration of the impact of COVID-19 confinement on individuals with anorexia nervosa. *Appetite*. 2021 Nov 1; 166: 105451. doi: 10.1016/j.appet.2021.105451.
- 7 - Czepczor-Bernat K, Swami V, Modrzejewska A, Modrzejewska J. COVID-19-related stress and anxiety, body mass index, eating disorder symptomatology, and body image in women from Poland: a cluster analysis approach. *Nutrients*. 2021 Apr 20; 13(4): 1384. doi: 10.3390/nu13041384.
- 8 - Agostino H, Burstein B, Moubayed D, Taddeo D, Grady R, Vyver E, et al. Trends in the incidence of new-onset anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa among youth during the COVID-19 pandemic in Canada. *JAMA Netw Open*. 2021 Dec 1; 4(12): e2137395. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.37395.
- 9 - Gilbert N, Meyer C. Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: a longitudinal study among nonclinical women. *Int J Eat Disord*. 2005 May; 37(4): 307-12. doi: 10.1002/eat.20105.
- 10 - Trompeter N, Bussey K, Hay P, Griffiths S, Murray SB, Mond J, et al. Fear of negative evaluation among eating disorders: examining the association with weight/shape concerns in adolescence. *Int J Eat Disord*. 2019 Mar; 52(3): 261-269. doi: 10.1002/eat.23018.
- 11 - Menatti AR, DeBoer LB, Weeks JW, Heimberg RG. Social anxiety and associations with eating psychopathology: mediating effects of fears of evaluation. *Body Image*. 2015 Jun; 14: 20-8. doi: 10.1016/j.bodyim.2015.02.003.
- 12 - Smith KE, Mason TB, Lavender JM. Rumination and eating disorder psychopathology: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018 Apr; 61: 9-23. doi: 10.1016/j.cpr.2018.03.004.
- 13 - Fuglset TS. Is set-shifting and central coherence in anorexia nervosa influenced by body mass index, anxiety or depression? a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2021 Mar 8; 21(1): 137. doi: 10.1186/s12888-021-03120-6.
- 14 - Zsigo C, Sfarlea A, Lingl C, Piechaczek C, Schulte-Korne G, Feldmann L, et al. Emotion regulation deficits in adolescent girls with major depression, anorexia nervosa and comorbid major depression and anorexia nervosa. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023 Oct; 54(5): 1476-1488. doi: 10.1007/s10578-022-01353-4.
- 15 - Calvo-Rivera MP, Navarrete-Paez MI, Bodoano I, Gutierrez-Rojas L. Comorbidity between anorexia nervosa and depressive disorder: a narrative review. *Psychiatry Investig*. 2022 Mar; 19(3): 155-163. doi: 10.30773/pi.2021.0188.
- 16 - Cimino S, Cerniglia L, Tambelli R, Ballarotto G, Erriu M, Paciello M, et al. Dialogues about emotional events between mothers with anxiety, depression, anorexia nervosa, and no diagnosis and their children. *Parenting*. 2020; 20(1): 69-82. doi: 10.1080/15295192.2019.1642688.
- 17 - Tan EJ, Cistullo L, Castle DJ, Rossell SL, Jenkins ZM, Phillipou A. Depression, perceived disability and unemployment are associated with reduced life satisfaction in anorexia nervosa. *Eat Disord*. 2022 May-Jun; 30(3): 323-330. doi: 10.1080/10640266.2020.1836890.

- 18 - Waller G, Pugh M, Mulkens S, Moore E, Mountford VA, Carter J, et al. Cognitive-behavioral therapy in the time of coronavirus: clinician tips for working with eating disorders via telehealth when face-to-face meetings are not possible. *Int J Eat Disord.* 2020 Jul; 53(7): 1132-1141. doi: 10.1002/eat.23289.
- 19 - Dalle Grave R, Dalle Grave A, Bani E, Oliosi A, Conti M, Dametti L, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on intensive cognitive behavioral therapy outcomes in patients with anorexia nervosa-A cohort study. *Int J Eat Disord.* 2023 Jan; 56(1): 216-224. doi: 10.1002/eat.23765.
- 20 - Craig M, Waine J, Wilson S, Waller G. Optimizing treatment outcomes in adolescents with eating disorders: the potential role of cognitive behavioral therapy. *Int J Eat Disord.* 2019 May; 52(5): 538-542. doi: 10.1002/eat.23067.
- 21 - Wang H. Preliminary study of enhanced cognitive behavioral therapy for the treatment of eating disorders in COVID-19 pandemic. *Open Journal of Social Sciences.* 2022; 10(6): 319-334. doi: 10.4236/jss.2022.106024.
- 22 - Atwood ME, Friedman A. A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2020 Mar; 53(3): 311-330. doi: 10.1002/eat.23206.
- 23 - Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979 May; 9(2): 273-9. doi: 10.1017/s0033291700030762.
- 24 - Nikkhah Beydokhti E, Basiri Moghadam K, Sajjadi M, Basiri Moghadam M. [A comparison of the effect of multimedia and telephone education on illness perception in patients with myocardial infarction after discharge: a randomized clinical trial]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2023; 29(1): 8-21. (Persian)
- 25 - Kaveh Ghahfarokhi M, Tabe Bordbar F. [The relationship between disordered eating behavior with early maladaptive schemas and anxiety in adolescent female]. *Psychology of Exceptional Individuals.* 2017; 7(27): 161-183. doi: 10.22054/jpe.2018.23683.1598. (Persian)
- 26 - Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. [Preliminary validation of the Corona disease anxiety scale (CDAS) in the Iranian sample]. *Quarterly Journal of Health Psychology.* 2020; 8(4(32)): 163-175. doi: 10.30473/hpj.2020.52023.4756. (Persian)
- 27 - Leary MR. A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin.* 1983; 9(3): 371-375. doi: 10.1177/0146167283093007.
- 28 - Ahangari E, Tahan M, Syadabadi Z, Sadeghifar A. [Investigating the relationship between early maladaptive schemes and fear of negative evaluation in students with test anxiety]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry.* 2020; 7(2): 1-12. doi: 10.52547/shenakht.7.2.1. (Persian)
- 29 - Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory-II. *Psychological Assessment.* 1996 Jan 1. doi: 10.1037/t00742-000
- 30 - Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. [Psychometrics characteristic of beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder]. *Archives of Rehabilitation.* 2007; 8: 82. (Persian)
- 31 - Kamphuis J, Jacquin K. A treatment group for overcoming depression. University of Texas at Austin, Counseling and Mental Health Center, 1995.



# The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in alleviating COVID-19-related anxiety, fear of negative evaluation, and depression among women diagnosed with anorexia nervosa

Farzin Bagheri Sheykhangafshe<sup>1\*</sup>, Vahid Savabi Niri<sup>2</sup>, Shabnam Baryaji<sup>3</sup>, Fatemeh Eghbali<sup>4</sup>, Ali Fathi-Ashtiani<sup>5</sup>

Article type:  
Original Article

Received: May 2023  
Accepted: Aug. 2023  
Published: 9 Oct. 2023

## Abstract

**Background & Aim:** Eating disorders manifest numerous psychological and social consequences for both individuals and society. The present study was conducted to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in alleviating COVID-19-related anxiety, fear of negative evaluation, and depression among women diagnosed with Anorexia Nervosa.

**Methods & Materials:** This study employed a quasi-experimental pre-test-post-test design with a control group. The research population consisted of women diagnosed with anorexia nervosa in Tehran in 2022. Thirty participants were selected through convenience sampling from psychological clinics in the 6th and 8th districts of Tehran, and were randomly assigned to either the intervention group (n=15) or the control group (n=15). Questionnaires assessing eating attitudes, COVID-19-related anxiety, fear of negative evaluation, and depression were administered to both groups. The intervention group received a total of eight 90-minute sessions of cognitive-behavioral therapy, while the control group did not receive any intervention. The collected data were subsequently analyzed using multivariate analysis of covariance through the SPSS software version 24.

**Results:** The results of the study showed that cognitive-behavioral therapy led to a significant reduction in mental anxiety related to COVID-19 ( $P<0.001$ ,  $F=36.41$ ), physical anxiety related to COVID-19 ( $P<0.001$ ,  $F=39.15$ ), fear of negative evaluation ( $P<0.001$ ,  $F=41.92$ ), and depression ( $P<0.001$ ,  $F=47.48$ ) in women diagnosed with anorexia nervosa ( $P<0.001$ ).

**Conclusion:** Cognitive-behavioral therapy demonstrated efficacy in alleviating psychological disorders among women diagnosed with anorexia nervosa. Given the potentially severe impairment of mental health experienced by numerous individuals with anorexia nervosa, it is imperative to implement measures for identifying and providing psychological interventions to vulnerable groups.

**Key words:** cognitive-behavioral therapy, COVID-19 anxiety, fear of negative evaluation, depression, anorexia nervosa

Corresponding author:  
Farzin Bagheri Sheykhangafshe  
e-mail:  
farzinbagheri@modares.  
ac.ir

## Please cite this article as:

Bagheri Sheykhangafshe F, Savabi Niri V, Baryaji Sh, Eghbali F, Fathi-Ashtiani A. [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in alleviating COVID-19-related anxiety, fear of negative evaluation, and depression among women diagnosed with anorexia nervosa]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2023; 29(3): 217-233. (Persian)

1 - Dept. of Psychology, School of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2 - Dept. of Clinical Psychology, School of Humanities, Islamic Azad University of Ardabil Branch, Ardabil, Iran

3 - Dept. of Clinical Psychology, School of Humanities, Islamic Azad University of Urmia Branch, Urmia, Iran

4 - Dept. of General Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University Campus, Tehran, Iran

5 - Dept. of Clinical Psychology, School of Psychology, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

