

تعیین عوامل مرتبط با کناره‌گیری از درمان در بیماران مبتلا به چاقی یا اضافه وزن در اهواز

نیره اسمعیل کابلی^۱، حامد تابش^۲، مجید کاراندیش^{۳*}

چکیده

زمینه: "کناره‌گیری" (drop out) از درمان، یکی از علل اصلی شکست درمان در بیماران چاق می‌باشد که در مطالعات مختلف از ۱۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است. این مطالعه با هدف بررسی عوامل مرتبط با کناره‌گیری از درمان در افراد چاق یا دارای اضافه وزن مراجعه‌کننده جهت درمان چاقی در شهر اهواز انجام شد.

روش: پرونده‌های ۵۷۵ نفر از مراجعه‌کنندگان به یکی از دفاتر مشاوره‌ی تغذیه و رژیم‌درمانی شهر اهواز، که به‌طور داوطلبانه به‌منظور شرکت در جلسات رژیم‌درمانی و دریافت توصیه‌های رژیمی برای کاهش وزن مراجعه کرده بودند (۱۸-۶۵ سال)، مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعاتی در زمینه‌ی سن، جنسیت، وضعیت تأهل، قد و وزن، تعداد زایمان (در مورد خانم‌ها)، سطح تحصیلات، شغل، سابقه‌ی رژیم‌درمانی قبلی، وزن افراد در سن ۲۰ سالگی، عادت به ورزش کردن منظم، تعداد دفعات غذا خوردن بیرون از خانه، عادت به مصرف صبحانه، عادت به مصرف خوراکی در هنگام تماشای تلویزیون یا کار با کامپیوتر از پرونده‌های این افراد جمع‌آوری و ثبت گردید.

نتایج: شیوع کناره‌گیری از درمان ۵۶/۳ بود (۷۹/۳ درصد در زنان و ۲۰/۷ درصد در مردان). از نظر آماری ارتباط معناداری بین پیگیری درمان و وضعیت شغلی بیکار و خانه‌دار ($P=0.022$)، و درصد چربی بدن بالاتر ($P=0.007$) در اولین مراجعه (۳۶/۷ در گروه پیگیری‌کننده در مقابل ۳۵/۳ در گروه کناره‌گیری‌کننده) وجود داشت. همچنین بین تصویر ذهنی افراد از وزن خود و کناره‌گیری از درمان، ارتباط معناداری مشاهده شد ($P=0.006$). آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد که تصویر ذهنی مثبت نادرست افراد در مورد وزنشان هنگام اولین مراجعه می‌تواند عامل تعیین‌کننده‌ی کناره‌گیری از درمان پس از یک جلسه مشاوره‌ی رژیم‌درمانی باشد.

نتیجه‌گیری: میزان کناره‌گیری از درمان در مبتلایان به چاقی یا اضافه وزن، زیاد است. از نظر اکثر عوامل بررسی‌شده، تفاوت معناداری بین پیگیری‌کنندگان و کناره‌گیری‌کنندگان وجود نداشت، اما بین تصویر مثبت نادرست از وزن و کناره‌گیری از درمان ارتباط معناداری دیده شد و ترک درمان پس از جلسه‌ی اول در کسانی که وزن خود را در محدوده‌ی نرمال می‌دانستند، بیشتر از بقیه بود.

واژگان کلیدی: کناره‌گیری، اضافه وزن، درمان چاقی.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد تغذیه،

دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک:

۰۶۱۱۳۷۳۸۲۵۳

nekaboli@yahoo.com

۲- استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی،

دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۶۱۱۳۷۳۸۲۷۱

tabesh-h@ajums.ac.ir

۳- دانشیار گروه تغذیه، دانشکده‌ی پیراپزشکی،

مرکز تحقیقات تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی

جندی شاپور اهواز، ایران.

تلفن و پست الکترونیک: ۰۶۱۱۳۷۳۸۲۵۳

mkarandish@yahoo.com

* نویسنده‌ی مسؤول:

مجید کاراندیش؛ ایران، اهواز، دانشگاه علوم

پزشکی جندی شاپور اهواز، مرکز تحقیقات

تغذیه و بیماری‌های متابولیک.

تلفن: ۰۶۱۱۳۷۳۸۲۵۳

Email: mkarandish@yahoo.com

مقدمه

نسبت به زنان خانه‌دار (۱۹) و یا کسانی که قبلاً هم مکرراً تحت معالجات رژیم‌درمانی بوده‌اند (۲۰ و ۲۱) به‌عنوان عوامل خطر برای ترک جلسات درمانی ذکر شده‌اند و در جایی دیگر نیز جنسیت مؤنث (۲۲ و ۲۳)، سن پایین‌تر (۲۳ و ۲۴)، تلاش‌های زود هنگام برای کاهش وزن (۲۵) و شغل تمام‌وقت و مشکلات عملی (۲۶ و ۲۷) با خطر بالاتر کناره‌گیری از رژیم ارتباط داشته‌اند. طبق جستجوی ما، مطالعه‌ای که این عوامل را در ایران بررسی کرده باشد منتشر نشده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با کناره‌گیری از درمان در بیماران مبتلا به اضافه وزن یا چاقی در شهر اهواز انجام شد.

روش

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی مشاهده‌ای توصیفی-تحلیلی بود که با بررسی پرونده‌های ۵۷۵ نفر از مراجعه‌کنندگان به یکی از دفاتر مشاوره‌ی تغذیه و رژیم‌درمانی شهر اهواز که به‌طور داوطلبانه به‌منظور شرکت در جلسات رژیم‌درمانی و دریافت توصیه‌های رژیمی برای کاهش وزن مراجعه کرده بودند، انجام شد. تمام افراد بالای ۱۸ سال و سالم (بدون هرگونه بیماری زمینه‌ای) که مبتلا به اضافه وزن ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) و یا چاقی ($BMI \geq 30$) بودند و در سال ۱۳۸۸-۹۰ برای اولین بار به این دفتر مشاوره مراجعه کرده بودند، وارد مطالعه شدند و مراجعات آنها برای مدت ۶ ماه از اولین ویزیت بررسی شد. در این مطالعه، حضور افراد فقط در یک جلسه‌ی اول را به‌عنوان کناره‌گیری‌کننده از درمان و مراجعات ۲ جلسه یا بیشتر، با عنوان پیگیری‌کننده‌ی درمان در نظر گرفته شده‌اند.

معیارهای عدم ورود به مطالعه: سن کمتر از ۱۸ سال، شاخص توده‌ی بدنی (BMI) کمتر از ۲۵، بارداری، سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های متابولیک، هورمونی، سرطان که ممکن است بر تغییرات وزن اثرگذار باشند. همچنین

چاقی با افزایش خطر بیماری‌های مرتبط (۱)، کاهش کیفیت زندگی (۲) و تحمیل هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی همراه است (۳). در جهان یک میلیارد نفر دارای اضافه وزن بوده‌اند و ۳۰ درصد از جمعیت جهان چاق هستند (۴). در ایران نیز حدود ۱۹/۴ درصد از بزرگسالان چاق و ۵۱/۴ درصد دارای اضافه وزن هستند و این افراد در صورتی که هیچ اقدامی برای کاهش وزن خود انجام ندهند در درازمدت اضافه وزن خیلی بیشتری را تجربه خواهند کرد (۵، ۶). بنابراین چاقی به‌عنوان یک بیماری، نیازمند برنامه‌های بلندمدت درمانی می‌باشد (۷). راه‌های درمانی که تا به‌حال برای چاقی مطرح شده‌اند عبارتند از: مداخلات رژیمی به همراه رفتار درمانی و حمایت‌های مشاوره‌ای و دارو درمانی و جراحی (۸-۱۰).

کناره‌گیری از درمان (drop out) یکی از علل اصلی شکست درمان در بیماران چاق می‌باشد که در مطالعات مختلف ۱۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (۱۱). آگاهی از عوامل مرتبط با کناره‌گیری افراد از برنامه‌های رژیم‌درمانی موجب بهبود نتایج بلندمدت و پیشگیری از درمان‌های جراحی می‌شود (۱۲). مطالعات مختلف، تأثیر حضور در جلسات درمانی و تبعیت پیوسته از رژیم غذایی بر موفقیت بلندمدت درمان را مورد تأکید قرار داده‌اند (۱۳ و ۱۴). متأسفانه گزارش‌ها در مورد پیروی فعال از روش‌های غیر جراحی چاقی بسیار کم و فقط در تعداد محدودی الگوی کناره‌گیری از درمان بررسی شده است (۱۵ و ۱۶). به‌طور معمول، تعریفی که برای کناره‌گیری از درمان بیان می‌شود عبارت است از عدم ادامه‌ی درمان و حضور در جلسات درمانی در هر مرحله تا پایان برنامه‌ی درمانی (۱۷).

طبق بررسی مطالعات پیشین، در مقایسه‌ی افرادی که از درمان چاقی کناره‌گیری کرده‌اند با آنها که درمان را تکمیل نموده‌اند معمولاً تفاوت در یک یا دو متغیر را گزارش کرده‌اند. مثلاً سن شروع چاقی در یک مطالعه (۱۸) و در مطالعه‌ای دیگر زنان شاغل در بیرون از خانه

توزیع نرمال داشتند) و آزمون من‌ویتنی (برای متغیرهایی که توزیع نرمال نداشتند) استفاده شد. برای مقایسه‌ی داده‌های کیفی نیز آزمون χ^2 به کار رفت. متغیرهایی که در این آزمون‌ها معنادار بودند به‌عنوان متغیر مستقل در آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه (متغیر وابسته: کناره‌گیری از درمان) بررسی شدند. در همه‌ی آزمون‌ها $p < 0.05$ از نظر آماری معنادار محسوب شد.

نتایج

مراجعه‌کنندگان به این مرکز برای کاهش وزن دارای سن ۱۸ تا ۶۵ سال با میانگین $31/8$ سال بودند. $81/6$ درصد از جمعیت این مطالعه را زنان (۴۶۹ نفر) و $18/4$ درصد (۱۰۶ نفر) را مردان تشکیل دادند. تعداد دفعات مراجعه‌ی افراد به مرکز برای کاهش وزن به‌طور میانگین ۲ جلسه (۱-۸ جلسه) بوده است که $56/3$ درصد از مراجعین (۳۲۴ نفر) بعد از جلسه‌ی اول از درمان کناره‌گیری کردند و ۲۵۱ نفر ($43/7$ درصد) درمان را برای ۲ الی ۸ جلسه ادامه دادند.

طبق اطلاعات پایه‌ی به‌دست‌آمده (جدول ۱) از این مطالعه، ۲۸۱ نفر ($48/9$ درصد) از مراجعین در رده‌ی سنی ۱۸-۲۹ سال و ۱۷۲ نفر ($29/9$ درصد) در رده‌ی سنی ۳۰-۳۹ سال و ۱۳۲ نفر ($21/2$ درصد) دیگر دارای سنین بالای ۴۰ سال بودند. $67/5$ درصد (۳۸۸ نفر) از جمعیت مورد بررسی متأهل بودند که این میزان در میان مردان و زنان تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت (زنان $68/7$ و مردان $62/3$) و از نظر سطح تحصیلات $45/9$ درصد (262 نفر) بالای دیپلم متوسطه و 38 درصد (217 نفر) دیپلمه و بقیه زیر سطح دیپلم بودند. 80 درصد از افراد مراجعه‌کننده برای کاهش وزن، کسانی بودند که فاقد یک برنامه‌ی منظم ورزشی بودند و فقط $25/8$ درصد از مراجعین، روزانه بیشتر از ۱۶ دقیقه پیاده‌روی می‌کردند.

وزن افراد در هنگام مراجعه برای کاهش وزن ۵۷ تا ۱۶۹ کیلوگرم (میانگین $86/47$) و BMI به‌طور متوسط

افرادی که با هدف انجام عمل جراحی پس از کاهش وزن مراجعه کرده بودند از مطالعه حذف شدند.

در این دفتر، بیماران پس از تعیین قد، وزن، جثه، درصد چربی بدن، تحت مشاوره‌ی متخصص تغذیه و رژیم‌درمانی قرار گرفتند و ضمن دریافت آموزش‌های تغذیه‌ای و توصیه‌های اصلاح شیوه‌های زندگی، یک رژیم کم‌کالری را شروع کردند. همزمان به بیماران توصیه شد که ۳ تا ۴ نوبت در هفته و در هر نوبت ۳۰ الی ۶۰ دقیقه پیاده‌روی یا ورزش با شدت متوسط داشته باشند.

جمع‌آوری اطلاعات

اطلاعات مرتبط با سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد زایمان (در مورد خانم‌ها)، سطح تحصیلات، شغل، سابقه رژیم‌درمانی قبلی، وزن افراد در سن ۲۰ سالگی، عادت به ورزش کردن منظم، تعداد دفعات غذا خوردن بیرون از خانه، عادت به مصرف صبحانه، عادت به مصرف خوراکی در هنگام تماشای تلویزیون یا کار با کامپیوتر از پرونده‌های این افراد جمع‌آوری و ثبت گردید. همچنین وزن، قد و درصد چربی بدن در اولین مراجعه (اندازه-گیری قد با استفاده از قدسنج پس از درآوردن کفش و در حالت ایستاده، وزن افراد با استفاده از ترازوی Seca ساخت آلمان و درصد چربی بدن با دستگاه بیوالکتریک ایمپدانس OMRON ساخت ژاپن) در پرونده‌ها موجود بود. در مصاحبه‌ی نخست، به‌عنوان یکی از سؤالات پرسش‌نامه از مراجعه‌کننده درخواست می‌شد که در مورد وضعیت خود به‌صورت انتخاب یکی از پنج گزینه‌ی لاغر، کم‌وزن، متناسب، اضافه وزن و چاق اظهار نظر کند.

روش تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل‌های آماری توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۵ انجام شد. الگوی کناره‌گیری از درمان ابتدا توسط مقایسه‌ی خصوصیات اصلی در دو گروه ادامه-دهنده (continuer) و کناره‌گیری‌کننده (drop out) بررسی شد. برای مقایسه بین دو گروه بر اساس اطلاعات ثبت‌شده، از آزمون T مستقل (برای متغیرهای کمی که

خانه‌دار ($P=0.022$)، و داشتن درصد چربی بدن بالاتر ($P=0.007$) در اولین مراجعه ($36/7$) در گروه پیگیری-کننده در مقابل $35/3$ در گروه کناره‌گیری‌کننده) وجود داشت. همچنین بین تصویر ذهنی افراد از وزن خود و کناره‌گیری از درمان، ارتباط معناداری مشاهده شد ($P=0.006$)؛ به طوری که ۱۶ نفر از ۱۷ نفری که وزن خود را نرمال می‌دانستند (تصویر منفی کمتری از وزن خود داشتند) بعد از جلسه‌ی اول از درمان کناره‌گیری کردند.

در نهایت، آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد که تصور مثبت نادرست افراد در مورد وزنشان در هنگام اولین مراجعه می‌تواند مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده‌ی کناره‌گیری از درمان پس از یک جلسه مشاوره‌ی رژیم-درمانی باشد (جدول ۵).

۳۲/۶۶ و میانگین درصد کل چربی بدن $35/98$ بود (جدول شماره‌ی ۲). افرادی که از درمان کناره‌گیری کردند بیشتر در گروه افراد شاغل بودند و همچنین پیاده‌روی روزانه کمتر از ۱۵ دقیقه، وزن و BMI و درصد چربی کمی پایین‌تری نسبت به گروه پیگیری‌کننده داشته‌اند. در مورد وضعیت مصرف صبحانه ($P=0.189$) و تعداد وعده‌های مصرف غذای بیرون از خانه و تفاوت معنادار آماری بین گروه پیگیری-کننده و کناره‌گیری‌کننده مشاهده نشد. در مورد سابقه‌ی رژیم غذایی هم از نظر آماری بین دو گروه تفاوتی مشاهده نشد ($P=0.514$)، اما در میان گروه پیگیری‌کننده نسبت به کسانی که قبلاً سابقه رژیم‌درمانی داشتند بیشتر از کسانی بود که سابقه‌ی رژیم‌درمانی نداشتند (۵۴ درصد در مقابل ۴۵ درصد) (جدول ۳ و ۴). از نظر آماری ارتباط معناداری بین پیگیری درمان و وضعیت شغلی بیکار و

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک و ویژگی‌های عمومی کیفی در نمونه‌ی مورد مطالعه به تفکیک جنسیت

شاخص			کل (N=۵۷۵) (درصد) تعداد	زن (N=۴۶۹) (درصد) تعداد	مرد (N=۶۸) (درصد) تعداد
تصور از وزن خود	طبیعی	۱۷(۳)	۱۰(۲/۱)	۷(۶/۶)	
	اضافه وزن	۳۴۹(۶۰/۷)	۲۸۷(۶۱/۲)	۳۷(۳۴/۹)	
	چاق	۲۰۹(۳۶/۳)	۱۶۹(۳۶)	۶۲(۵۸/۵)	
وضعیت واقعی وزن (بر اساس BMI)	اضافه وزن	۲۰۶(۳۵/۸)	۳۰۰(۶۴)	۳۷(۳۴/۹)	
	چاق	۳۶۹(۶۴/۲)	۱۷۲(۳۶/۷)	۶۹(۶۵/۱)	
شغل	بیکار	۵۹(۱۰/۳)	۵۲(۱۱/۱)	۷(۶/۶)	
	خانه‌دار	۲۳۷(۴۱/۳)	۲۳۷(۵۰/۵)	۰	
	کارمند	۱۴۶(۲۵/۴)	۱۰۰(۲/۳)	۴۶(۴۳/۴)	
	کارگر	۶(۱)	۰	۶(۵/۷)	
	کاسب	۳۸(۶/۶)	۷(۱/۵)	۳۱(۲۹/۲)	
	سایر موارد	۸۸(۱۵/۳)	۷۳(۱۵/۶)	۱۵(۱۴/۲)	
	کمتر از ۵ دقیقه	۲۳۲(۴۴/۶)	۱۸۶(۳۹/۷)	۴۶(۴۳/۴)	
مدت زمان پیاده‌روی روزانه	۶-۱۵ دقیقه	۱۵۴(۲۹/۶)	۱۲۵(۲۶/۷)	۲۹(۲۷/۴)	
	بیشتر از ۳۱ دقیقه	۷۱(۱۳/۷)	۵۸(۱۲/۴)	۱۳(۱۲/۳)	
	۱۶-۳۰ دقیقه	۶۳(۱۲/۱)	۵۲(۱۱/۱)	۱۱(۱۰/۴)	
داشتن سابقه‌ی رژیم غذایی	۲۷۴ (۴۷/۷)	۲۰۵(۴۳/۷)	۲۶۱(۵۵/۷)	۶۹(۶۵/۱)	
	۲۹۸ (۵۱/۹)	۲۶۱(۵۵/۷)	۲۰۵(۴۳/۷)	۳۷(۳۴/۹)	
	۱۱۶(۲۰/۲)	۸۷(۱۸/۶)	۸۷(۱۸/۶)	۲۹(۲۷/۴)	
تعداد روزهایی که صبحانه می‌خورند	۱۵۵(۲۷)	۱۳۳(۲۸/۴)	۱۳۳(۲۸/۴)	۲۲(۲۰/۸)	
	۳۰۴(۵۲/۹)	۲۴۹(۵۳/۱)	۲۹۱(۶۲)	۵۳(۵۰)	
	۳۴۴(۵۹/۸)	۲۹۱(۶۲)	۲۴۹	۵۵(۵۱/۹)	
مصرف غذای بیرون از خانه	۱۴۶(۲۵/۴)	۱۲۱(۲۵/۸)	۱۲۱(۲۵/۸)	۲۵(۲۳/۶)	
	۸۵(۱۴/۸)	۵۷(۱۲/۲)	۵۷(۱۲/۲)	۲۸(۲۶/۴)	
	کناره‌گیری‌کننده	۳۲۴(۵۶/۳)	۲۵۷(۵۴/۸)	۶۷(۶۳/۲)	
وضعیت پیگیری درمان	پیگیری‌کننده	۲۵۱(۴۳/۷)	۲۱۲(۴۵/۲)	۳۹(۳۶/۸)	

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک و ویژگی‌های عمومی کمی در نمونه‌ی مورد مطالعه (N=۵۷۵)

شاخص	میانگین (انحراف معیار)	حداقل	حداکثر
سن	32±10	18	65
تعداد زایمان (N=322)	1±1/6	0	13
وزن در سن 20 سالگی	65±15	35	135
وزن در اولین مراجعه	86±17	57	169
BMI در اولین مراجعه	33±6	25/03	60/61
درصد چربی بدن در اولین مراجعه	36±6	14/9	50
تعداد جلسات درمانی	2±1/52	1	8

جدول ۳: اطلاعات دموگرافیک و ویژگی‌های عمومی کیفی بر اساس گروه کناره‌گیری کننده و پیگیری کننده‌ی درمان اضافه وزن و چاقی در اهواز

P	پیگیری کننده (N=251) (درصد) تعداد	کناره‌گیری کننده (N=323) (درصد) تعداد	شاخص	
0/115	39(15/5)	67(20/7)	مرد	جنس
			زن	
0/947	82(32/7)	105(32/4)	مجرد	وضعیت تأهل
			متأهل	
0/006	10(4)	16(4/9)	نرمال	تصور از وزن خود
			اضافه وزن	
			چاق	
0/055	79(31/5)	127(39/2)	اضافه وزن	وضعیت واقعی وزن(بر اساس BMI)
			چاق	
0/168	37(14/9)	55(17)	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
			دیپلم	
			فوق دیپلم و لیسانس	
			فوق لیسانس به بالا	
0/022	143(57)	153(47/4)	بیکار و خانه‌دار	شغل
			شاغل	
0/153	194(77/3)	266(82/1)	خیر	برنامه‌ی منظم ورزشی
			بله	
0/992	164(74/2)	222(74/2)	کمتر از 15 دقیقه	مدت زمان پیاده‌روی روزانه
			بیشتر از 16 دقیقه	

جدول ۴: اطلاعات دموگرافیک و ویژگی‌های عمومی کمی بر اساس گروه کناره‌گیری کننده و پیگیری کننده‌ی درمان اضافه وزن و چاقی در اهواز

P	کناره‌گیری کننده (N=۳۲۳) (انحراف معیار) میانگین	پیگیری کننده (N=۲۵۱) (انحراف معیار) میانگین	شاخص
۰/۷۹۰	۳۲±۱۰	۳۲±۱۰	سن
۰/۲۵۹	۱/۰۸±۱/۵۱	۰/۹۳±۱/۶۵	تعداد زایمان (N=۳۲۲)
۰/۱۲۳	۶۴±۱۵	۶۶±۱۵	وزن در سن ۲۰ سالگی (N=۴۲۹)
۰/۴۱۵	۸۷±۱۸/۸۳	۸۶±۱۶/۱۸	وزن در اولین مراجعه
۰/۰۸۴	۳۳±۶	۳۲±۵	BMI در اولین مراجعه
۰/۰۰۷	۳۷±۶	۳۵±۶	درصد چربی بدن در اولین مراجعه

جدول ۵: رگرسیون لجستیک برای شاخص‌های تأثیرگذار بر کناره‌گیری از درمان اضافه وزن و چاقی در اهواز

P	OR (95%CI)	متغیر مستقل
۰/۰۸۸	۲/۹۲(۰/۵۲-۱۰/۴۶)	وضعیت شغلی بیکار و خانه‌دار
۰/۳۶۷	۰/۸۲(۰/۷۵۴-۲/۱۴۹)	درصد چربی بدن کمتر از ۳۰
۰/۰۲۲	۱۰/۴۶(۱/۴۱-۸۶/۶۷)	تصور طبیعی از بدن خود

بحث

اندرسون (Bjorvell and Andersson) نیز شیوع ۲۱ درصد را در طول ۴ سال درمان چاقی، که با ۶ هفته آموزش رفتار درمانی شروع شده بود، گزارش نمودند (۲۳). در حالی که در مطالعه‌ی لنتز (Lantz) و همکاران که اثر ۲ سال رژیم کم‌کالری و رفتاردرمانی را بر روی ۱۱۳ بیمار چاق میانسال بررسی می‌کردند، شیوع ۵۱/۳ درصد کناره‌گیری از درمان را گزارش کردند (۱۲) و همچنین ملین (Melin) و همکاران اظهار نموده‌اند که برنامه‌های درمانی که ترکیبی از رژیم‌درمانی، رفتاردرمانی و مشاوره‌ی تغذیه‌ای و کنترل وزن مکرر را ارائه می‌دهند و وسیله‌ی مؤثرتری برای موفقیت برنامه‌ی درمانی و در نتیجه کاهش تعداد کناره‌گیری‌کنندگان از درمان می‌باشند (۸).

طبق نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی حاضر، سابقه‌ی رژیم‌درمانی پیشین اثری در میزان کناره‌گیری از درمان نداشت که این موضوع در مطالعه‌ی هنسن (Hansen) و همکاران نیز تأیید شده بود (۲۴)، اما در مطالعه‌ی الفاک و راسنر (Elfhag and Rossner) بین سابقه‌ی رژیم

در این مطالعه که به‌صورت گذشته‌نگر بر روی افراد چاق و یا دارای اضافه وزن مراجعه‌کننده به یکی از دفاتر مشاوره‌ی تغذیه و رژیم درمانی شهر اهواز انجام گرفت، شیوع کناره‌گیری از درمان پس از جلسه‌ی اول مشاوره ۵۶/۳ درصد به‌دست آمد. در مطالعات انجام‌شده در کشورهای دیگر شیوع کناره‌گیری از درمان چاقی (drop out) از ۱۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (۱۱) که البته عوامل مختلف فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی در ایجاد این دامنه‌ی گسترده می‌تواند نقش مهمی داشته باشد؛ به علاوه اینکه طراحی متفاوت مطالعات و تعاریف مختلف از کناره‌گیری از درمان در این مطالعات، مقایسه‌ی این مقادیر را بین گزارش مطالعات متفاوت، مشکل می‌سازد.

اندرسون و راسنر (Andersson and Rossner) در یک برنامه‌ی درمانی مرکب از رفتاردرمانی و جلسات گروهی ۱ ساعت در هفته، ۸۶ مرد در سنین ۲۵-۶۵ سال را مورد بررسی قرار دادند که در نهایت بعد از یک سال ۲۲ درصد کناره‌گیری از درمان چاقی را گزارش کردند که نتیجه‌ی بسیار موفقیت‌آمیزی می‌باشد (۱۶). ژورول و

این مرکز باشد و این نتیجه در مطالعه‌ای دیگر نیز تأیید شده بود (۲۷).

در مطالعه‌ی حاضر بین تصویر مثبت نادرست از وزن و کناره‌گیری از درمان ارتباط معنادار آماری مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که ترک درمان پس از جلسه‌ی اول در کسانی که وزن خود را در محدوده‌ی نرمال می‌دانستند بیشتر از بقیه بود که دلیل آن را می‌توان این‌گونه عنوان کرد که افرادی که وزن خود را طبیعی می‌دانند آگاهی و در نتیجه نارضایتی کمتری از وزن بالای خود دارند و بنابراین نیاز کمتری به ادامه‌ی رژیم‌درمانی احساس می‌کنند. در نتیجه، انگیزه‌ی کافی و لازم برای ادامه‌ی جلسات و رعایت محدودیت‌های رژیم‌درمانی در آنها ایجاد نمی‌شود. مطالعه‌ی ژورک (Bjorck) و همکاران (۲۸) و همچنین تیکسیرا (Teixeira) و همکاران (۲۹) این نتیجه را تأیید می‌کند.

نقطه‌ی قوت این مطالعه، بررسی عوامل تعیین‌کننده‌ی کناره‌گیری از درمان در افراد چاق و دارای اضافه وزن بود که شناخت این عوامل مسلماً بر نحوه‌ی اداره و موفقیت جلسات درمانی برای افراد متقاضی درمان چاقی مؤثر بوده است. کنترل این عوامل در کنار افزایش انگیزه برای شروع و ادامه‌ی درمان، حفظ ارتباط مداوم با بیمار و کنترل مداوم وزن می‌تواند موجب ارتقای سطح موفقیت برنامه-های درمان چاقی گردد.

از محدودیت‌های این مطالعه این بود که این بررسی بر روی افراد چاق یا دارای اضافه وزن مراجعه‌کننده به یکی از دفاتر تغذیه و رژیم‌درمانی شهر اهواز انجام گرفت و ممکن است نماینده‌ی ویژگی‌های افراد چاق و یا دارای اضافه وزن ایران ویا حتی شهر اهواز نباشد.

فقدان مطالعه‌ی مشابه در استان خوزستان و یا حتی در ایران موجب عدم امکان مقایسه‌ی برخی عوامل فرهنگی و اجتماعی مرتبط با کناره‌گیری از درمان بود.

مطالعات انجام‌شده در خارج از کشور هم اکثراً به-صورت کارآزمایی تجربی و یا کوهورت بوده و ویژگی

درمانی و بازگشت وزن در گذشته با ادامه‌ی جلسات درمانی ارتباط معناداری مشاهده شده بود که این‌گونه توجیه شده بود که شاید تجربه‌ی کاهش وزن در گذشته موجب ایجاد انگیزه و آمادگی برای ادامه‌ی درمان گردد (۲۷).

جنسیت مراجعه‌کنندگان نیز در این مطالعه ارتباط معنادار آماری با الگوی کناره‌گیری از درمان نشان نداد؛ هرچند که در مجموع، در زنان پیگیری‌کننده از زنان کناره‌گیری‌کننده بیشتر بود (۸۴/۵ در مقابل ۷۹/۳)، اما ممکن است این تفاوت به‌علت نسبت بالاتر مراجعه‌ی زنان برای درمان چاقی باشد که این مسأله در برخی از مطالعات پیشین نیز گزارش شده بود (۲۵). برعکس آنچه در برخی مطالعات عنوان شده بود که: سن بالاتر مراجعین دارای ارتباط معناداری با پیگیری درمان است (۸ و ۱۱ و ۱۲)، در اینجا تفاوت معناداری در میانگین سن کناره-گیری‌کنندگان و پیگیری‌کنندگان دیده نشد که شاید این تناقض به‌دلیل رده‌های سنی بیشتری است که در این بررسی وارد شده‌اند (۱۸-۶۵ سال)؛ در حالی که اکثر مطالعات گذشته بر روی گروه سنی محدودتری (مثلاً فقط میانسالان) انجام شده بود. همان‌طور که در مطالعه‌ی اینلمن (Inelmen) و همکاران هم گزارش شده است اشتغال تمام‌وقت بیماران با کناره‌گیری آنان از درمان ارتباط دارد (۲۶). در مطالعه‌ی حاضر نیز کناره‌گیری از درمان در میان شاغلین بیشتر بود (۵۲/۶ درصد در شاغلین در مقابل ۴۷/۴ درصد در غیر شاغلین) که شاید عدم هماهنگی برنامه‌ی درمانی یا زمان جلسات مشاوره با برنامه‌ی کاری، علتی برای عدم پیگیری درمان در این افراد باشد. در حالی که در مطالعه‌ی الفاگ و راسنر (Elfhag and Rossner) ارتباطی از این نظر مشاهده نشده بود (۲۷). سطح فعالیت بدنی اثری بر میزان کناره‌گیری از درمان نداشت که شاید علت آن نسبت بالای نداشتن برنامه‌ی ورزشی منظم در مراجعه‌کنندگان (۸۰ درصد) به

درمان اضافه وزن یا چاقی در ایران، حایز اهمیت و ارزش است.

قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد نیره اسمعیل کابلی است که با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز انجام شده است. ضمن سپاس و قدردانی از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، از همه‌ی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند نهایت سپاس را داریم.

خاص این مطالعات این بوده است که بیماران از ابتدای کار از ماهیت پژوهشی آن آگاهی داشته‌اند. برعکس، در مطالعه‌ی حاضر به دلیل گذشته‌نگر بودن نوع مطالعه، مسلماً بیماران در هنگام مراجعه از انجام این بررسی بی-اطلاع بوده‌اند و همین فقدان آگاهی از حضور در مطالعاتی از این نوع می‌تواند بر نتایج آن مؤثر باشد. در ضمن، این مقاله بر اساس اطلاعات جمع‌آوری‌شده از پرونده‌های مراجعین تهیه شده است و پیشنهاد می‌شود که در بررسی‌های بعدی، مطالعه‌ای با روش مورد شاهده‌ی و برقراری تماس با نمونه‌ای از این افراد و بررسی علل عدم پیگیری یا تداوم درمان با توجه به اظهارات آنها انجام شود. با این وجود، انتشار یافته‌هایی در مورد کناره‌گیری از

References

- 1-Mahan LK , Scott-Stump S. Nutrition in weight management. In : Mahan LK , Escott-Stump S. Krause's Food and the Nutrition Care Process. 13th ed. New York : Elsevier . 2012 ; Pp : 565-85.
- 2-Karlsson J, Sjöström L, Sullivan M. Swedish obese subjects (SOS) -- an intervention study of obesity. Tow-year follow-up of health-related quality of life (HRQL) and eating behavior after gastric surgery for severe obesity . Int J Obes Relat Metab Disord 1998;22(2):113-26.
- 3-Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]. CMAJ 2007;176(8): S1-13.
- 4-World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO consultation. Report of the WHO consultation on obesity. WHO: Geneva, 3-5 June 1997.
- 5-World Health Organization - NCD Country Profiles, 2011. available at: URL: http://www.who.int/entity/nmh/countries/irn_en.pdf. [Accessed: March 18, 2013].
- 6-Veldhuis L, Struijk MK, Kroeze W, Oenema A, Renders CM, Bulk – Bunschoten AM, Hirasing RA, Raat H. Be active, eat right, evaluation of an overweight prevention protocol among 5- year – old children: desing of a cluster randomized controlled trial. BMC Public Health. 2009 Jun 8;9:177
- 7-WHO. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.
- 8-Melin I, Karlström B, Lappalainen R, Berglund L, Mohsen R, Vessby B. A programme of behaviour modification and nutrition counselling in the treatment of obesity: a randomised 2-y clinical trial. Int J Obes Relat Metab Disord 2003;27(9):1127-35.
- 9-Faith MS, Fontaine KR, Cheskin LJ, Allison DB. Behavioral approaches to the problems of obesity. Behav Modif 2000;24(4):459-93.
- 10-Freeman A, Pretzer J, Fleming B, Simon KM. Comprehensive handbook of cognitive therapy. New York: Plenum Press; 1989.
- 11- Richman R, Burns CM, Steinbeck K, Caterson L. Factors influencing completion and attrition in a weight control program. In: Ailhaud G, Guy-Grand B, Lafontan M, Ricquier D (eds) Obesity in Europe 91. John Libbey: London; 1992. pp 167-171.
- 12-Lantz H, Peltonen M, Agren L, Torgerson JS. A dietary and behavioural programme for the treatment of obesity. A 4-year clinical trial and a long-term posttreatment follow-up. J Intern Med 2003;254(3):272-9.
- 13-Mattfeldt-Beman MK, Corrigan SA, Stevens VJ, Sugars CP, Dalcin AT, Givi MJ, et al. Participants' evaluation of a weight-loss program. J Am Diet Assoc 1999;99(1):66-71.
- 14-Perri MG, Sears SF Jr, Clark JE. Strategies for improving maintenance of weight loss. Toward a continuous care model of obesity management. Diabetes Care 1993;16(1):200-9.
- 15-Wadden TA, Foster GD, Wang J, Pierson RN, Yang MU, Moreland K, et al. Clinical correlation of short-term and long-term weight loss. Am J Clin Nutr 1992;56:271-4.
- 16-Andersson I, Rössner S. Weight development, drop-out pattern and changes in obesity-related risk factors after two years treatment of obese men. Int J Obes Relat Metab Disord 1997;21(3):211-6.

- 17-Bennett GA, Jones SE. Dropping out of treatment for obesity. *J Psychosom Res* 1986;30(5):567-73.
- 18-Brownell KD, Heckerman CL, Westlake RJ. The behavioral control of obesity; a descriptive analysis of a large scale program. *J C Psychol* 1979;35(4):864-9.
- 19-Kolotkin RL, Moore JM. Attrition in a behavioral weight-control program: A comparison of dropouts and completers. *Int J Eat Disorders* 1983;2(3):93-100.
- 20-Nash JD. Curbing dropout from treatment for obesity. Proceedings of the 10th Annual Convention on Association for the Advancement of Behavior Therapy; 1976. New York, USA.
- 21-Mitchell C, Stuart RB. Effect of self-efficacy on dropout from obesity treatment. *J Consult Clin Psychol* 1984;52(6):1100-1.
- 22-Fabricatore AN, Wadden TA, Moore RH, Butryn ML, Gravalles EA, Erondy NE, et al. Attrition from randomized controlled trials of pharmacological weight loss agents: a systematic review and analysis. *Obes Rev* 2009;10(3):333-41.
- 23- Björvell H, Rössner S. long-term treatment of severe obesity: four year follow-up of results of combined behavioural modification programme. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985;291(6492):379-82.
- 24-Hansen D, Astrup A, Toubro S, Finer N, Kopelman P, Hilsted J, et al. Predictors of weight loss and maintenance during 2 years of treatment by sibutramine in obesity. Results from the European multi-centre STORM trial. Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(4):496-501.
- 25-Enzi G, Inelmen EM. *Obesita` e societa`*. In: Enzi G (eds). [*Obesita`*: fisiopatologia, clinica, terapia]. Milan: Masson; 1997. p. 1-17. [In Italian].
- 26-Inelmen EM, Toffanello ED, Enzi G, Gasparini G, Miotto F, Sergi G, et al. Predictors of drop-out in overweight and obese outpatients. *Int J Obes (Lond)* 2005;29(1):122-8.
- 27-Elfhag K, Rössner S. Initial weight loss is the best predictor for success in obesity treatment and sociodemographic liabilities increase risk for drop-out. *Patient Educ Couns* 2010;79(3):361-6.
- 28-Björck C, Björck T, Clinton D, Sohlberg S, Norring C. Self-image and treatment drop-out in eating disorders. *Psychol Psychother* 2008;81(Pt 1):95-104.
- 29-Teixeira PJ, Going SB, Sardinha LB, Lohman TG. A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev* 2005;6(1):43-65.

«Original Article»

Contributing Factors of Treatment Drop-Out in Overweight or Obese Patients in AhvazNayerh Esmael Kabli¹, Hamed Tabesh², Majid Karandish^{3*}

1-Ms student of Nutrition,
Department of Nutrition, School of
Paramedicine, Ahvaz Jundishapur
University of Medical Sciences, Iran.

2-Assistant professor, Department of
Statistics and Epidemiology, School
of Health, Ahvaz Jundishapur
University of Medical Sciences,
Ahvaz, Iran.

3-Associate Professor, Department of
Nutrition, School of Paramedicine,
Nutrition & Metabolic Diseases
Research Center, Ahvaz Jundishapur
University of Medical Sciences,
Ahvaz, Iran.

Abstract

Background: Drop-out (discontinuing treatment after the first visit) is one of the main causes of failure in obesity treatment. The aim of this study was to investigate the pattern of drop-out in overweight or obese outpatients in Ahvaz, Iran.

Methods: A total of 575 overweight or obese individuals (female: 469, male: 106) aged 18 – 65 attending an outpatient dietician office for the obesity treatment were investigated. Variables such as age, gender, marital status, Body Mass Index (BMI), educational level, job, self body image, and some eating behaviors were evaluated. Relationships between these factors and drop-out rate were tested by chi-square and logistic regression tests.

Results: Drop-out rate was 56.3% (79.3% in females and 20.7% in males). The non continuer patients had less negative image about their body weight ($P=0.006$) as considered themselves in normal weight range. Drop-out rate in employed participants were higher and most of continuers were jobless or housewives ($P=0.022$). The results showed that from point of view of body fat percentage there was a statistically significant difference between two groups ($P=0.007$). The self body image was the only significant predicting variable of drop out in multiple logistic regression test.

Conclusion: Findings revealed that overweight or obese individuals with incorrect body image are at higher risk of treatment drop-out.

Keywords: Drop-out, overweight, obesity.

*Corresponding Author:
Majid Karandish, Nutrition and
Metabolic Diseases Research Center,
Ahvaz Jundishapur University of

► Please cite this paper as:
Esmael Kabli N, Tabesh H, Karandish M. Contributing Factors of Treatment Drop-Out in Overweight or Obese Patients in Ahvaz. *Jentashapir* 2013;4(2): 111-120

Received: 18.07.2012

Accepted: 12.12.2012