

Research Paper

Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy and Cognitive-Behavioral Group Therapy on Life Habits, Disordered Eating Behavior, and Health-Promoting Lifestyle in Obese Women



Shohreh Mortezaei Shemirani¹, *Bagher Sanaei Zaker², Biuok Tajeri³, Sheida Sodagar³, Farahnaz Meschi³

1. Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2. Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Karaj, Iran.
3. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.



Citation: Mortezaei Shemirani Sh, Sanaei Zaker B, Tajeri B, Sodagar Sh, Meschi F. [Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy and Cognitive-Behavioral Group Therapy on Life Habits, Disordered Eating Behavior, and Health-Promoting Lifestyle in Obese Women (Persian)]. Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS). 2020; 23(5):944-957. <https://doi.org/10.32598/JAMS.23.6.6165.1>

 <https://doi.org/10.32598/JAMS.23.6.6165.1>



Article Info:

Received: 21 Apr 2020

Accepted: 05 Oct 2020

Available Online: 01 Feb 2021

Key words:

Obesity, Cognitive Behavioral Therapy, Habits, Lifestyle

ABSTRACT

Background and Aim Despite numerous advances in treating various diseases and increased life expectancy, obesity will be the leading cause of hopelessness in the next 100 years. The present study aimed to compare the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on lifestyle habits, disordered eating behavior, and health-promoting lifestyle in obese women.

Methods & Materials The statistical population consisted of all women referring to obesity clinics in district 2 of Tehran City, Iran, in 2019. Forty-Five patients were selected by convenience sampling method and replaced in 3 groups of 15 (two experimental & one control groups). The study participants were assessed using the Assessment of Life Habits Scale (LIFE-H)), the Eating Attitudes Test (EAT), and the Health Promoting Lifestyle Profile-II (HPLP-II). The ACT group underwent nine 90-minute sessions and the CBT group received eight 90-minute sessions. The control group received no training. The collected data were analyzed using Mixed Design and repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) in SPSS.

Ethical Considerations This study was approved by the Research Ethics Committee of Islamic Azad University, Karaj Branch (Code: IR.IAU.K.REC.1398.039).

Results The present research results signified that ACT and CBT were effective on the habits of eating disorders and health-promoting lifestyles in the explored obese women. The achieved changes remained stable until the follow-up phase ($P < 0.001$). Moreover, ACT was more successful than CBT in improving the components of life habits and health responsibilities in the study subjects ($P < 0.001$).

Conclusion Considering the significant effect of group-based ACT and CBT, it is recommended to use these methods to increase the mental health of obese individuals.

Extended Abstract

1. Introduction

T

he epidemic of obesity requires proper living habits and the modification of eating behavior and physical activity. Improving

lifestyle habits has always been effective in preventing obesity in the long run. Unhealthy living habits significantly impact the emergence of this public health issue [5]. Accordingly, fostering unhealthy lifestyle habits is highly effective in the incidence of obesity. Individuals' living habits in various countries have undergone concerning alternation. Moreover, changes in the lifestyle habits of obese

* Corresponding Author:

Bagher Sanaei Zaker, PhD.

Address: Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Karaj, Iran.

Tel: +98 (21) 32598679

E-mail: bsanai@yahoo.com

individuals, like increased use of high-calorie foods, e.g. fast food and snacks, seem to be effective determinants in developing obesity [6]. In addition to poor living habits, disordered eating behaviors can also contribute to obesity. According to relevant literature, numerous characteristics influence the etiology of disordered eating behaviors [7]. The current study aimed to determine the effects of group-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on living habits, disordered eating behavior, and health-promoting lifestyle in obese women.

2. Materials and Methods

This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up and a control group design. The statistical population included all women referring to obesity clinics in region 2 of Tehran City, Iran in 2018. The convenience sampling method was used to select the research subjects. The sample size was measured per Cohen's method to be 45 individuals. The research subjects were randomly divided into 3 groups (2 experimental and 1 control) of 15 subjects. Furthermore, the study groups were compared before and after the interventions and 2 months after the completion of the treatment program. Random assignment as well as matching in three groups (gender, marital status, & age) were observed to control additional and unwanted variables. The study participants were assessed using the Assessment of Life Habits Scale (LIFE-H), the Eating Attitudes Test (EAT), and the Health Promoting Lifestyle Profile-II (HPLP-II). The ACT group underwent nine 90-minute sessions and the CBT group received eight 90-minute sessions. The control group received no training. The collected data were analyzed using Mixed Design and repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) in SPSS.

3. Results

The effects of the provided treatment methods only significantly differed concerning life habits responsibilities ($F_{2,56}=5.20$ $P<0.01$). Group-based ACT, compared with group CBT was a more effective approach to increase responsibilities in women with obesity. The obtained data indicated that ACT was a more successful method to increase life habits responsibilities in the explored obese women, compared to CBT. Furthermore, the difference in the effect of the presented interventions on other components of life habits was not significant at 0.05. The collected results also revealed that except for health-promoting lifestyle ($F_{2,56}=5.79$, $P<0.05$) the difference between the effect of these treatment approaches on other components of health-promoting lifestyle at 0.05 were not significant. The mean scores of lifestyle responsibility in individuals participating

in group ACT have increased, compared to the group CBT in the posttest and follow-up stages. Furthermore, ACT was more effective than CBT in promoting the study participants' responsibility concerning health.

4. Discussion and Conclusion

Considering the significant effect of group-based ACT and CBT, it is suggested that these methods be applied to improve mental health in obese individuals. The obtained data respecting the efficacy of ACT on lifestyle habits in the explored obese females, highlight various aspects of this approach. It is believed that thoughts are products of a healthy mind. Subsequently, individuals' fusion with the contents of thoughts transforms thoughts into beliefs [39]. When an individual experiences fusion with a content of a thought (e.g. I cannot avoid eating when everyone else is eating near me.) and acts upon that, eating practice is combined with the relevant thoughts, leading to binge eating. ACT, by defusion methods, assists clients to not inflexibly surrender to their thoughts; instead, it helps them find more effective coping strategies with the directly experienced world. As a result, ACT provided greater efficacy in lifestyle changes among obese females, compared to CBT.

There existed no significant difference between group-based ACT and CBT concerning eating behaviors in obese females. By direct training, ACT initially facilitates positive attitudes to thoughts and emotions related to body image-induced avoidance. Then, using mindfulness-based practices, facilitates change in the daily living activities, and lifestyle, leading to the generation of adoptable coping styles to control disordered eating behaviors [25].

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Research Ethics Committee of Islamic Azad University, Karaj Branch (Code: IR.IAU.K.REC.1398.039). All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This article was extracted from the PhD. dissertation of the first author at the Department of Psychology, Faculty of

Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Karaj Branch.

Authors' contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the Vice-Chancellor for Research of the Islamic Azad University, Karaj Branch.

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی

شهره مرتضایی شمیرانی^۱، *باقر ثنایی ذاکر^۲، بیوک تاجری^۳، شیدا سوداگر^۳، فرحناز مسچی^۳

۱. گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران.

۳. گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: با وجود پیشرفت‌های فراوان در درمان بسیاری از بیماری‌ها و افزایش امید به زندگی، چاقی اولین علت کاهش امید خواهد بود. پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل، با پیگیری دومه‌ماه انجام شد. جامعه‌آماری شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های چاقی منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. از میان مراجعه‌کنندگان، به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب شده و در سه گروه پانزده‌نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان با پرسش‌نامه‌های ارزیابی عادات زندگی (۲۰۰۵)، بازخورد خوردن گارنر و گارفینکل (۱۹۷۹) و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر (۱۹۷۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس شرکت‌کنندگان گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نه جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه‌درمانی شناختی رفتاری هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مورد آموزش قرار گرفتند. گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از طرح آمیخته به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه با شناسه IR.IAU.K.REC.1398.039 به تصویب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج رسیده است.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک‌زندگی ارتقادهنده سلامت در افراد مبتلا به چاقی اثربخش بوده و تغییر ایجاد شده در مرحله پیگیری همچنان پایدار بود ($P > 0/001$). همچنین گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه‌درمانی شناختی رفتاری روش موفق‌تری برای افزایش مؤلفه مسئولیت‌های عادات زندگی و مسئولیت‌پذیری افراد در حوزه سلامت در زنان مبتلا به چاقی است ($P > 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر معناداری گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی رفتاری، پیشنهاد می‌شود از این روش در جهت افزایش سلامت روان افراد چاق استفاده شود.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۰۲ اردیبهشت ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۱۴ مهر ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: ۱۳ بهمن ۱۳۹۹

کلیدواژه‌ها:

چاقی، درمان شناختی رفتاری، عادات، سبک زندگی

مقدمه

یا بیش اندازه چربی در بدن که سلامتی فرد را مختل می‌کند شناخته می‌شود. آمارها حاکی از رشد نرخ چاقی است. به طوری که این رقم همچنان روند رو به رشدی را طی می‌کند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ به ۵۳۷ میلیون نفر افزایش یابد [۲]. بررسی‌ها نشان می‌دهد که شیوع و بروز چاقی با سبک زندگی ناسالم و به‌خصوص رژیم غذایی نامناسب و بی‌تحرکی افزایش می‌یابد. چاقی، دارای عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت است. کاهش اعتمادبه‌نفس از جمله عوارض کوتاه‌مدت و بیماری‌های قلبی‌عروقی، دیابت و برخی سرطان‌ها از عوارض بلندمدت آن

به دنبال صنعتی شدن و گرایش به زندگی ماشینی در قرون اخیر، شیوع چاقی در جهان به حدی رسیده است که معیارهای جهانی شدن را پشت سر نهاده است. به طوری که پیش‌بینی می‌شود با وجود پیشرفت‌های فراوان در درمان بسیاری از بیماری‌ها و افزایش امید به زندگی، چاقی اولین علت کاهش امید در ۱۰۰ سال آینده خواهد بود [۱]. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اضافه‌وزن و چاقی به عنوان تجمع غیرطبیعی

* نویسنده مسئول:

باقر ثنایی ذاکر

نشانی: کرج، دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره.

تلفن: ۳۲۵۹۸۶۷۹ (۲۱) ۰۹۸+

پست الکترونیکی: bsanai@yahoo.com

است [۳]. اختلال در متابولیسم چربی، اغلب خود را به صورت یک بیماری مزمن به نام چاقی نشان می‌دهد. اگر شاخص توده بدنی (تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر) مساوی یا بزرگ‌تر از ۲۵ باشد، فرد دچار اضافه‌وزن است و اگر مساوی یا بزرگ‌تر از ۳۰ باشد، فرد چاق است [۴].

برطرف شدن چاقی نیازمند عادات زندگی مناسب و اصلاح رفتار خوردن و فعالیت جسمی است. اصلاح شیوه‌های مربوط به عادات زندگی^۱ همواره جهت پیشگیری از چاقی در درازمدت تأثیرگذار بوده است. عادات زندگی ناسالم نقش بزرگی در پیدایش این مسئله بهداشت عمومی در جامعه ما دارند [۵]. بنابراین داشتن عادات زندگی نامناسب یکی از عوامل مؤثر در بروز چاقی افراد است. امروزه عادات زندگی در میان مردم کشورهای مختلف دستخوش تغییرات نگران‌کننده‌ای شده است؛ به نظر می‌رسد تغییر در عادات زندگی افراد چاق مانند استفاده بیشتر از منابع پرکالری نظیر غذاهایی که سریع آماده می‌شوند و تقلات از علل تأثیرگذار در چاقی است [۶]. علاوه بر عادات زندگی نامناسب، رفتارهای خوردن آشفته^۲ نیز در بروز چاقی می‌تواند مؤثر باشد. هنوز در مورد عوامل مرتبط با شکل‌گیری و تداوم نگرانی‌های مربوط به وزن و اختلال‌های خوردن، خلأهای پژوهشی بسیاری وجود دارد. بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته تاکنون، عوامل بسیاری در سبب‌شناسی رفتارهای خوردن آشفته نقش دارند [۷]. برخی نظریه‌های سبب‌شناسی پیشنهاد می‌کنند که رفتارهای خوردن آشفته وسیله‌ای هستند تا توجه از یک عاطفه منفی به شیئی عینی (یعنی غذا) منحرف شود. افسردگی، استرس و به طور کلی عواطف منفی، راه‌اندازهای رفتارهای خوردن آشفته هستند؛ به عنوان مثال پرخوری ممکن است حالات هیجانی ناشی از استرس را کاهش دهد. در حالی که رفتار بی‌اشتهایی نیز ممکن است، به وسیله افزایش کنترل ادارک شده در حوزه دیگری از زندگی، راهی برای کاهش استرس باشد [۸]. از جمله عواملی که ممکن است خوردن آشفته را توضیح دهد، می‌توان به سبک زندگی ارتقادهنده سلامت^۳ اشاره کرد. سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، الگویی چندبعدی از ادراکات و اعمال آغاز شده با انگیزه خود شخص است که به تداوم و تقویت سطح سلامت و خودشکوفایی شخص کمک می‌کند [۹].

فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها انجام می‌دهد که این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می‌دهد. سلامتی مستلزم ارتقای سبک زندگی بهداشتی است [۱۰].

بنابراین در سال‌های اخیر، تحولات صورت گرفته در زمینه درمان اختلالات روان‌شناختی و چاقی، موجب طرح روش‌های جدیدی توسط روان‌شناسان بالینی شده است. از این رو می‌توانیم از گروه درمانی به جای روان‌درمانی فردی که از نظر هزینه و مدت درمان باصرفه‌تر است، سود جوییم. در این پژوهش به مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ و درمان شناختی رفتاری^۵ پرداخته شده است. درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمان‌های شناختی رفتاری موج سوم شناخته می‌شوند و در آن‌ها تلاش می‌شود تا به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که با شش فرایند اصلی (پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه) صورت می‌گیرد [۱۱]. در مفهوم‌سازی مبتنی بر پذیرش از چاقی، اجتناب تجربی به عنوان یک عامل نگهدارنده برای رفتارهای مشکل‌زا در نظر گرفته شده است [۱۲].

در روش درمانی شناختی رفتاری ابتدا به اصلاح خطاهای شناختی و تغییر باورها پرداخته می‌شود و در ادامه با تعیین تمرینات هدفمند به ابقا و تثبیت باورهای جدید پرداخته می‌شود. در پی کاهش وزن، با تغییر الگوی سبک زندگی، وضعیت روانی این افراد نیز بهبود می‌یابد [۱۳]. درمانگر از طرق مختلف می‌کوشد تا تغییر شناختی ایجاد کند. یعنی نحوه فکر کردن و نظام باورهای شخص را اصلاح کند تا در احساسات و رفتارها تغییر ایجاد شود [۱۴].

ضرورت پژوهش حاضر از آن جهت است که با توجه به اهمیت چاقی، اضافه‌وزن و پرخوری، در امر سلامت و بهداشت و اثر ناپایدار درمان‌های دارویی و جراحی و در نتیجه، عدم رضایت‌بخشی لازم برای حل این مشکل، به نظر می‌رسد گسترده‌ترین و در دسترس‌ترین درمان چاقی، درمان‌های روان‌شناختی باشد. در این پژوهش تلاش می‌شود که به مقایسه درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در افراد مبتلا به چاقی پرداخته شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل است که با پیگیری دوماهه انجام شد. متغیر مستقل، درمان گروهی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه‌درمانی شناختی رفتاری، و متغیر وابسته، عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، بود. در

1. Habits of life
2. Eating-disordered behaviors
3. Health promoting lifestyle

4. Treatment Based On Commitment And Acceptance
5. Cognitive Behavioral Therapy

پرسش‌نامه بازخورد خوردن^۸: این پرسش‌نامه توسط گارنر و گارفینکل با هدف ارزیابی بازخوردها و رفتارهای مرضی خوردن ساخته شد و شامل بیست سؤال و سه مؤلفه رژیم لاغری پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا مهار دهانی است. نمره‌گذاری آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای است [۱۷]. گارنر و همکاران پایایی آزمون بازخورد خوردن برای گروه‌های بالینی و غیر بالینی را با ضریب آلفای ۰/۹۴ ذکر کردند و از تحلیل عاملی فرم ۲۶ سؤالی سه عامل استخراج شده است [۱۸]. کارتر و موس اعتبار بازآزمایی آن را با فاصله دو الی سه هفته در ۵۶ آزمودنی ۰/۸۴ گزارش کردند [۱۹]. در تحقیق خدابخش و کیانی روایی آن با ۰/۶۷ مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی ضریب آلفای کرونباخ ۹۴ درصد گزارش شده است [۲۰]. همچنین کاوه قهفرخی و تابع بردبار در پژوهشی، پایایی پرسش‌نامه را از طریق بازآزمایی در یک گروه شصت نفری از دانش‌آموزان دختر پس از گذشت دو هفته ۰/۸۹ و روایی پرسش‌نامه را ۰/۶۶ به دست آوردند [۲۱].

پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت^۱: توسط والکر با هدف اندازه‌گیری رفتارهای ارتقا دهنده سلامت ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۵۴ سؤال و شش خرده‌مقیاس (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین‌فردی، خودشکوفایی) بوده و طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت ۴ درجه‌ای است. والکر و همکاران روایی آن را ۸۸/۶ درصد و واریانس و آلفای کرونباخ (پایایی) این پرسش‌نامه را ۰/۹۴ گزارش کردند و برای شش زیرمقیاس آن طیف ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ را گزارش کردند [۲۲]. در پژوهش محمدی زیدی روایی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفته است که با تحلیل عاملی ۵۸/۲۵ درصد واریانس متغیر کلی را گزارش دادند. همچنین پایایی پرسش‌نامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ (برای تغذیه ۰/۷۹، ورزش ۰/۸۶، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت ۰/۸۱، مدیریت استرس ۰/۹۱، حمایت بین‌فردی ۰/۷۹، خودشکوفایی ۰/۸۱) محاسبه شد [۲۳].

پروتکل گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این شیوه درمانی، تلاش می‌شود تا به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در پژوهش حاضر، این مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمانی هیز و همکاران و هیز و اسمیت تدوین شد [۲۴، ۲۵]. همچنین روایی محتوایی بسته درمانی توسط فنایی و سجادیان انجام شد. شرح جلسات در **جدول شماره ۱ خلاصه شده است [۲۶].**

پروتکل گروه‌درمانی شناختی رفتاری: این مداخله درمانی بر اساس پروتکل درمانی بک جودیت که در کتاب شناخت درمان‌گری بک برای کاهش وزن، آمده است، تدوین شده است. این کتاب ترجمه آگاه‌هریس، علی‌پور، جان‌بزرگی و گلچین است

این طرح از گروه کنترل استفاده شد و گروه کنترل بدون هیچ رویکردی در محل گروه درمانی قرار گرفت. در این طرح که شامل سه گروه بود، محقق قبل و بعد از اجرای درمان و دو ماه بعد از اتمام مداخله درمانی، هر سه گروه را مورد مقایسه قرار داد. برای کنترل متغیرهای اضافی و ناخواسته از گمارش و جایگزینی تصادفی و نیز هم‌تاسازی در سه گروه (جنسیت، وضعیت تأهل و سن) استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های چاقی منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس^۲ استفاده شد. نمونه مورد مطالعه با استفاده از روش کوهن، ۴۵ نفر بود که این آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه (آزمایش و کنترل) پانزده نفری قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش: زنان ۲۴ تا ۴۵ ساله ساکن منطقه ۲ تهران، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی (بیماری جسمی بر اساس سوابق و پرونده‌های پزشکی بیماران و بیماری روانی بر اساس مصاحبه با روان‌شناس بالینی)، مصرف داروهای خاص و داروهای روان‌پزشکی و استفاده از سایر روان‌درمانی‌ها.

انصراف از درمان و غیبت بیش از دو جلسه به عنوان ملاک خروج در این پژوهش، در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر، برگزارکننده جلسات، خودش پرسش‌نامه‌های ارزیابی را پر کرده است.

ابزار پژوهش پرسش‌نامه ارزیابی عادات زندگی^۳ بود. این پرسش‌نامه توسط فوگیرولز، نرو و لیاگ با هدف ارزیابی فعالیت‌های روزانه و نقش‌های اجتماعی ساخته شد. نسخه سوم پس از سه بار بازبینی در سال ۲۰۰۵ در قالب دو فرم کوتاه و شامل ۷۷ آیتم است که فعالیت‌های روزانه زندگی و نقش‌های اجتماعی را در ۱۲ طبقه می‌سنجد. پرسش‌نامه ارزیابی عادات زندگی به دو دسته کلی فعالیت‌های روزانه و نقش‌های اجتماعی طبقه‌بندی می‌شود که هر کدام از این موارد شش زیرمقیاس دارد. فعالیت روزانه شامل تغذیه، تندرستی، مراقبت شخصی، ارتباط، انجام کارهای منزل، تحریک و نقش‌های اجتماعی شامل مسئولیت‌ها، روابط بین‌فردی، زندگی اجتماعی، آموزش، اشتغال و تفریح است. [۱۵]. دمرز و همکاران روایی درونی پرسش‌نامه را ۰/۷۲ و پایایی را با استفاده از آلفای کرونباخ برای فعالیت‌های روزانه ۰/۷۶ و برای نقش‌های اجتماعی ۰/۷۸ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۲ بیان کردند [۱۶]. در روایی محتوایی توسط نوری ممبینی و همکاران، نمره کل پرسش‌نامه ارزیابی عادات زندگی برابر با ۰/۸۸ بود و تمامی گویه‌ها نمره قابل قبول یعنی بالای ۰/۴۹ را کسب کردند. پایایی آزمون برای فعالیت‌های روزانه ۰/۷۸ و برای نقش‌های اجتماعی ۰/۷۸ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ محاسبه شد [۱۵].

8. Eating Attitudes Test (EAT)

9. Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II)

6. Convenience Sampling

7. Life Habits Questionnaire (LIFE-H)

جدول ۱. شرح جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	فعالیت
اول	برقراری رابطه درمانی، صحبت در مورد درمان و اهداف آن و بستن قرارداد درمانی، اخذ رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان، پر کردن پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون.
دوم	بررسی مراجع، آموزش کنترل بر خود توسط تکلیف آموزش مفهوم درماندگی خلاق، استعاره چاه، آموزش استعاره ببر گرسنه، غذا خوردن با توجه و آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	معرفی کنترل به عنوان یک مسئله، آموزش در مورد دنیای درون و بیرون، آموزش در مورد تعهد رفتاری، آموزش استعاره پلی‌گراف، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	ادامه کنترل به عنوان یک مسئله، استعاره دو مقیاس برای ایجاد تمایل، استعاره مهمان، اشاره به احساس پاک و ناپاک، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	ایجادگسلش، آموزش استعاره اعداد و اتوبوس، بررسی افکار ناخوشایند به عنوان واقعیت، تعهدات رفتاری، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	خود به عنوان زمینه (صحبت از من و من مشاهده‌گر)، بررسی ارزش‌ها، بررسی فرم شرح ارزش‌ها، تمرین ارزش‌ها، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	ادامه خود به عنوان زمینه، ادامه صحبت از خود به عنوان زمینه با گفتن استعاره شطرنج، تمرین کیک شکلاتی، تمرین قطبیت ذهنی و تمرین پرش، بررسی ارزش‌ها، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	ارزیابی تعهد به عمل، استعاره حباب و نهال، آموزش تمرین محتوا روی کارت، ارزیابی تعهد به عمل و جمع‌بندی جلسات



برابر با $5/28 \pm 34/00$ سال بود. سه گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند ($P=0/377$). قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی، و لوین، بررسی شد. از آنجایی که آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس رد نشد. همچنین عدم معناداری هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که فرض برابری واریانس‌های بین‌گروهی رد نمی‌شود. درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنی‌دار بود و بنابراین فرض

[۲۷]. شرح جلسات گروه درمانی شناختی-رفتاری در جدول شماره ۲ خلاصه شده است. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته، همراه با اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی استفاده شد. سطح معناداری داده‌ها در این تحلیل با اطمینان $P < 0/05, 0/95$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان شناختی رفتاری برابر با $5/24 \pm 33/20$ سال، در گروه درمان پذیرش و تعهد برابر با $5/58 \pm 33/47$ سال و در گروه کنترل

جدول ۲. شرح جلسات گروه‌درمانی شناختی رفتاری

جلسه	فعالیت
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، توضیح در رابطه با رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و نحوه همکاری، اخذ رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان، پر کردن پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون.
دوم	پرداختن به موانع کاهش وزن و عوامل مرتبط با نگرانی‌های بیمار
سوم	آموزش رفتاری کنترل ولع و پرخوری
چهارم	آشنا کردن بیمار با شناخت‌درمانی و تأثیری که می‌تواند داشته باشد
پنجم	بررسی افکار خودآیند منفی و شناسایی تحریف‌ها یا خطاهای شناختی
ششم	شناسایی نگرانی‌های مرتبط با آموزش و درمان، شناسایی باورهای بنیادی بیماران مربوط به چاقی و ظاهر خود.
هفتم	اصلاح باورهای قدیمی و ناکارآمد با باورهای جدید، تجدید ساختار خاطرات اوایل زندگی
هشتم	پرداختن به نگرانی‌هایی مربوط به وزن و رژیم غذایی و افکار منفی بیمار
نهم	اجرای تکنیک همراهی با میل، جمع‌بندی درمان و پیشگیری از عود، پر کردن پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون.



جدول ۳. نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای پژوهش

متغیرها	خرده‌مقیاس	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	η^2
عادات زندگی	تندرستی	۴۲/۲۱	۲۵۵/۸۲	۴ و ۸۴	۳/۴۷	۰/۰۲۱	۰/۱۴۲
	مراقبت شخصی	۱۴۱/۵۷	۵۵۳/۶۰	۴ و ۸۴	۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۲۰۴
	ارتباط	۱۲۰/۳۴	۶۹۳/۱۱	۴ و ۸۴	۳/۶۵	۰/۰۱۲	۰/۱۴۸
	انجام کارهای منزل	۴۲/۴۳	۶۶۰/۵۰	۴ و ۸۴	۱/۳۵	۰/۲۵۹	۰/۰۶۰
	تحرك	۱۲۷/۹۶	۶۸۹/۵۱	۴ و ۸۴	۳/۹۰	۰/۰۰۶	۰/۱۵۷
	مسئولیت‌ها	۱۳۲/۵۶	۷۴۰/۳	۴ و ۸۴	۳/۷۶	۰/۰۰۹	۰/۱۵۲
	روابط بین فردی	۱۰۳/۷۸	۶۶۴/۵۸	۴ و ۸۴	۳/۲۸	۰/۰۱۵	۰/۱۳۵
	زندگی اجتماعی	۱۲۴/۴۴	۸۲۶/۰۴	۴ و ۸۴	۳/۱۶	۰/۰۱۸	۰/۱۳۱
	تفریح	۱۱۳/۳۶	۷۳۰/۳۶	۴ و ۸۴	۳/۲۶	۰/۰۱۶	۰/۱۳۴
	رژیم لاغری	۶۶/۳۹	۱۵۹/۵۱	۴ و ۸۴	۸/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹۴
رفتار خوردن آشفته	پر خوری / اشتغال ذهنی با غذا	۲۷/۵۶	۱۶۷/۲۴	۴ و ۸۴	۳/۴۶	۰/۰۱۴	۰/۱۴۱
	کنترل دهانی	۱۹/۰۱	۱۴۲/۰۹	۴ و ۸۴	۲/۸۱	۰/۰۳۱	۰/۱۱۸
	تغذیه	۴۰۶/۱۶	۱۰۰۸/۹۳	۴ و ۸۴	۸/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸۷
سبک زندگی	ورزش	۲۵۴/۴۳	۹۹۷/۵۱	۵۹/۲۸ و ۲/۸۲	۵/۳۶	۰/۰۰۳	۰/۲۰۳
	مسئولیت‌پذیری	۳۸۵/۸۲	۱۳۳۴/۰۴	۴ و ۸۴	۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۲۶
	مدیریت استرس	۱۰۷/۰۲	۴۴۵/۶۰	۴ و ۸۴	۵/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹۴
	حمایت بین فردی	۹۲/۱۸	۵۰۱/۷۸	۳۳/۱۶ و ۲/۴۸	۳/۸۶	۰/۰۰۹	۰/۱۵۵
	خودشکوفایی	۱۰۸/۶۲	۳۳۴/۸۴	۴ و ۸۴	۶/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵



معنادار نیست. چنین نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر رفتار خوردن آشفته زنان مبتلا به چاقی تفاوت معنادار وجود ندارد.

چنان‌که در **جدول شماره ۴** ملاحظه می‌شود، تفاوت اثر دو شیوه درمان گروه‌درمانی تنها بر مؤلفه مسئولیت‌های عادات زندگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($F_{(۲,۵۶)} = ۵/۲۰, P < ۰/۰۱$)، گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با گروه‌درمانی شناختی رفتاری روش مؤثرتری برای افزایش مسئولیت‌ها در زنان مبتلا به چاقی است. چنین نتیجه‌گیری شد که گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با گروه‌درمانی شناختی رفتاری روش موفق‌تری برای افزایش مؤلفه مسئولیت‌های عادات زندگی در زنان مبتلا به چاقی است. تفاوت اثر دو شیوه درمان بر دیگر مؤلفه‌های عادات زندگی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. همچنین نتایج نشان داد به استثنای مؤلفه مسئولیت‌پذیری سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت ($P < ۰/۰۵$)، تفاوت اثر دو شیوه درمان بر دیگر مؤلفه‌های سبک

برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($P < ۰/۰۰۱$). بنابراین از آزمون گرین‌هاوس گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون لاندای ویلکز با مقداری برابر ۰/۲۳ ($P < ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری را از نظر گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل در سطح معناداری ۰/۰۵ نشان داد.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که دست‌کم اجرای یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با دیگر متغیر مستقل یا مؤلفه‌های تندرستی، مراقبت شخصی، ارتباط، تحرك، مسئولیت‌ها، روابط بین فردی، زندگی اجتماعی و تفریح، عادات زندگی را به صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. همچنین تفاوت اثر دو شیوه درمان بر هیچ‌یک از مؤلفه‌های رفتار خوردن آشفته در سطح ۰/۰۵

جدول ۴. مقایسه معناداری اثر تعاملی گروه × زمان به صورت دو گروهی بر عادات زندگی

متغیرها	گروه‌های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	η^2
تندرستی	گروه اول گروه دوم	۱/۶۲	۲۱۳/۶۹	۵۶ و ۲	۰/۲۱	۰/۷۲۸	۰/۰۰۸
	گروه اول گروه سوم	۳۴/۸۲	۱۷۱/۴۲	۵۶ و ۲	۵/۶۹	۰/۰۱۱	۰/۱۶۹
	گروه دو گروه سوم	۲۶/۸۷	۱۲۶/۵۳	۵۶ و ۲	۵/۹۵	۰/۰۰۷	۰/۱۷۵
مراقبت شخصی	گروه اول گروه دوم	۸/۸۷	۳۳۸/۵۶	۵۶ و ۲	۰/۷۳	۰/۴۸۳	۰/۰۲۶
	گروه اول - گروه سوم	۸۹/۲۷	۴۰۵/۸۰	۵۶ و ۲	۶/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۱۸۰
	گروه دو - گروه سوم	۱۱۴/۲۰	۳۶۲/۷۶	۵۶ و ۲	۸/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹
ارتباط	گروه اول گروه دوم	۰/۸۷	۵۱۶/۳۱	۵۶ و ۲	۰/۰۵	۰/۹۲۰	۰/۰۰۲
	گروه اول گروه سوم	۹۲/۶۹	۳۳۹/۸۲	۵۶ و ۲	۶/۸۳	۰/۰۰۲	۰/۱۹۶
	گروه دو گروه سوم	۸۸/۹۶	۴۹۰/۱۰	۵۶ و ۲	۴/۹۷	۰/۰۱۶	۰/۱۵۱
تحرک	گروه اول گروه دوم	۲۱/۰۹	۴۰۸/۷۶	۵۶ و ۲	۱/۴۵	۰/۲۴۴	۰/۰۴۹
	گروه اول گروه سوم	۱۲۴/۶۹	۴۹۹/۲۴	۵۶ و ۲	۶/۹۹	۰/۰۰۲	۰/۲۰۰
	گروه دو گروه سوم	۴۶/۱۶	۴۵۱/۰۲	۵۶ و ۲	۲/۹۷	۰/۰۴۸	۰/۱۱۲
مسئولیت‌ها	گروه اول گروه دوم	۷۹/۰۲	۴۴۱/۱۶	۵۶ و ۲	۵/۰۲	۰/۰۱۰	۰/۱۵۲
	گروه اول گروه سوم	۱۱۵/۴۷	۵۸۲/۶۷	۵۶ و ۲	۵/۵۵	۰/۰۰۶	۰/۱۶۵
	گروه دو گروه سوم	۴/۳۶	۴۵۶/۸۹	۵۶ و ۲	۰/۲۷	۰/۷۶۷	۰/۰۰۹
روابط بین فردی	گروه اول گروه دوم	۳/۶۲	۴۸۷/۲۴	۵۶ و ۲	۰/۲۱	۰/۸۱۳	۰/۰۰۷
	گروه اول گروه سوم	۸۵/۵۹	۳۹۶/۷۶	۵۶ و ۲	۶/۰۴	۰/۰۰۴	۰/۱۷۸
	گروه دو گروه سوم	۶۶/۴۲	۴۴۵/۱۷	۵۶ و ۲	۴/۱۸	۰/۰۲۰	۰/۱۳۰
زندگی اجتماعی	گروه اول گروه دوم	۴/۳۷	۵۱۹/۵۶	۵۶ و ۲	۰/۲۴	۰/۷۹۲	۰/۰۰۸
	گروه اول گروه سوم	۹۳/۴۹	۵۷۲/۲۲	۵۶ و ۲	۴/۵۸	۰/۰۱۴	۰/۱۴۰
	گروه دو گروه سوم	۸۸/۸۲	۵۶۰/۳۱	۵۶ و ۲	۴/۴۴	۰/۰۱۶	۰/۱۳۷
تفریح	گروه اول گروه دوم	۱۷/۴۹	۵۸۸/۴۹	۵۶ و ۲	۰/۸۳	۰/۴۴۰	۰/۰۲۹
	گروه اول گروه سوم	۵۰/۹۶	۴۴۹/۳۰	۵۶ و ۲	۳/۲۰	۰/۰۴۸	۰/۱۰۳
	گروه دو گروه سوم	۱۰۱/۶۰	۴۲۶/۹۳	۵۶ و ۲	۶/۶۷	۰/۰۰۳	۰/۱۹۲
رژیم لاغری	گروه اول گروه دوم	۵/۴۹	۱۰۸/۷۶	۵۶ و ۲	۱/۴۱	۰/۲۵۲	۰/۰۴۸
	گروه اول گروه سوم	۳۹/۵۳	۱۰۳/۱۶	۵۶ و ۲	۱۰/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷
	گروه دوم گروه سوم	۵۴/۶۰	۱۰۷/۱۱	۵۶ و ۲	۱۴/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸
پر خوری و اشتغال ذهنی	گروه اول گروه دوم	۴/۲۹	۱۱۰/۹۸	۵۶ و ۲	۱/۰۸	۰/۳۴۱	۰/۰۲۷
	گروه اول گروه سوم	۲۶/۷۶	۱۰۴/۴۹	۵۶ و ۲	۷/۱۷	۰/۰۰۲	۰/۲۰۴
	گروه دوم گروه سوم	۱۰/۲۹	۱۱۹/۰۲	۵۶ و ۲	۲/۴۲	۰/۱۰۸	۰/۰۸۰

متغیرها	گروه‌های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	سطح معناداری	η^2
کنترل دهانی	گروه اول گروه دوم	۰/۸۷	۸۸/۱۳	۲ و ۵۶	۰/۲۸	۰/۷۳۴	۰/۰۱۰
	گروه اول گروه سوم	۱۷/۲۲	۹۹/۰۲	۲ و ۵۶	۴/۸۷	۰/۰۱۳	۰/۱۴۸
	گروه دوم گروه سوم	۱۲/۴۲	۵۳/۶۳	۲ و ۵۶	۳/۵۸	۰/۰۴۱	۰/۱۲۰
تغذیه	گروه اول گروه دوم	۴/۹۶	۵۵۰/۲۲	۲ و ۵۶	۰/۲۵	۰/۶۸۲	۰/۰۰۹
	گروه اول گروه سوم	۱۸۲/۸۲	۷۱۲/۸۹	۲ و ۵۶	۷/۱۸	۰/۰۰۴	۰/۲۰۴
	گروه دوم گروه سوم	۱۹۳/۸۷	۷۳۱/۹۱	۲ و ۵۶	۷/۴۲	۰/۰۰۵	۰/۲۰۹
ورزش	گروه اول گروه دوم	۴/۲۹	۱۱۰/۹۸	۲ و ۵۶	۱/۰۸	۰/۳۴۱	۰/۰۳۷
	گروه اول گروه سوم	۲۶/۷۶	۱۰۴/۴۹	۲ و ۵۶	۷/۱۷	۰/۰۰۲	۰/۲۰۴
	گروه دوم گروه سوم	۱۰/۲۹	۱۱۹/۰۲	۲ و ۵۶	۲/۴۲	۰/۱۰۸	۰/۰۸۰
مسئولیت‌پذیری	گروه اول گروه دوم	۱۶۸/۹۶	۸۱۷/۲۴	۲ و ۵۶	۵/۷۹	۰/۰۰۵	۰/۱۷۱
	گروه اول گروه سوم	۳۵۵/۶۲	۹۳۴/۱۰	۲ و ۵۶	۱۰/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶
	گروه دوم گروه سوم	۵۴/۱۶	۸۹۶/۷۶	۲ و ۵۶	۱/۶۹	۰/۱۹۷	۰/۰۵۷
مدیریت استرس	گروه اول گروه دوم	۱۵/۲۰	۳۱۳/۱۱	۲ و ۵۶	۱/۳۶	۰/۲۶۵	۰/۰۴۶
	گروه اول گروه سوم	۹۷/۰۷	۲۹۶/۴۴	۲ و ۵۶	۹/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴۷
	گروه دوم گروه سوم	۴۸/۲۷	۲۸۱/۶۴	۲ و ۵۶	۴/۸۰	۰/۰۱۲	۰/۱۴۶
حمایت بین فردی	گروه اول گروه دوم	۰/۲۹	۲۱۸/۷۶	۲ و ۵۶	۱/۰۶	۰/۳۴۴	۰/۰۳۷
	گروه اول گروه سوم	۸۶/۴۹	۳۷۷/۱۶	۲ و ۵۶	۶/۴۲	۰/۰۰۴	۰/۱۸۷
	گروه دوم گروه سوم	۵۳/۴۹	۴۰۷/۶۴	۲ و ۵۶	۳/۶۷	۰/۰۳۴	۰/۱۱۴
خودشکوفایی	گروه اول گروه دوم	۱۴/۱۶	۲۳۶/۹۸	۲ و ۵۶	۱/۶۷	۰/۱۹۷	۰/۰۵۶
	گروه اول گروه سوم	۴۳/۶۲	۲۲۷/۰۲	۲ و ۵۶	۵/۳۸	۰/۰۰۷	۰/۱۶۱
	گروه دوم گروه سوم	۱۰۵/۱۶	۲۰۵/۶۹	۲ و ۵۶	۱۴/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۸

گروه اول: ACT، گروه دوم: CBT، گروه سوم: کنترل.



و گروه‌درمانی شناختی رفتاری پرداخته باشد، مشاهده نشد. ایجاد اهداف عقلانی در کاهش وزن به جای وزن‌های ایده‌آل، یک تغییر بنیادی برای نحوه انتخاب درمان، ارائه و ارزیابی آن به شمار می‌آید. به طور سنتی هدف درمان چاقی، همواره ساده و روشن بوده است: کاهش وزن بدن تا دسترسی به وزن ایده‌آل. همین منطق درمانی در دهه ۱۹۸۰ پژوهشگران را بر آن داشت تا با انواع مداخله‌ها، دارودرمانی، تغییر سبک زندگی و برنامه‌های غذایی متفاوت‌تر و با کمک مداخلات رفتاری در جهت کاهش وزن، پژوهش‌های متعددی را انجام دهند. از جهتی با توجه به فاصله بین وزن کاسته‌شده و انتظارات بیمار برای رسیدن به وزن مطلوب، به نظر می‌رسد باید به جای تلاش برای ابداع درمان‌هایی برای کاهش وزن، به بیمار برای تغییر سبک زندگی و تغذیه مناسب کمک شود. در این پژوهش با توجه به آنچه

زندگی ارتقادهنده سلامت در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. میانگین نمرات مؤلفه مسئولیت‌پذیری سبک زندگی در افراد شرکت‌کننده در گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با شرکت‌کنندگان در گروه‌درمانی شناختی رفتاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. چنین نتیجه‌گیری شد که شیوه گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با شیوه گروه‌درمانی شناختی رفتاری در ارتقای مسئولیت‌پذیری افراد در حوزه سلامت روش مؤثرتری است.

بحث

پژوهش‌های زیادی به درمان‌ها چاقی پرداخته است، ولی پژوهشی که به مقایسه گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش



معنادار وجود ندارد. درمان پذیرش و تعهد ابتدا از طریق آموزش مستقیم، فضایی را برای نگرش مثبت تر به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب مربوط به تصویر بدن فراهم می‌آورد و سپس از طریق تمرین‌های مبتنی بر آگاهی، زمینه را برای ایجاد تغییر در عادت‌های روزانه و در نتیجه سبک زندگی به عنوان راه حل‌های کنترلی فرد در رابطه با ایجاد موانعی برای رفتار خوردن آشفته، فراهم می‌کند [۲۵]. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل افکار و احساسات مقابله می‌کند و با تأثیر بر توانایی فرد در جهت تنظیم هیجانات خود، منجر به کاهش رفتار خوردن آشفته می‌شود.

همچنین برنامه‌های شناختی رفتاری رایج برای درمان چاقی شامل روش‌هایی همچون کنترل فردی، تعیین هدف، کنترل محرک و تغییر سبک غذا خوردن و عادات با تقویت رفتارهای سالم، آموزش تغذیه و مشاوره است. علاوه بر این، تمرین‌های ورزشی، مهارت‌های مدیریت استرس و حمایت اجتماعی، روش‌های ایجاد شناخت که بر انتظارات غیرمعمول و تغییر افکار نامناسب و روش‌های حل مسئله متمرکز می‌شوند در درمان چاقی نیز به کار می‌روند [۴۰]. عوامل مذکور را در این دسته‌بندی می‌توان جا داد: ۱. باور اینکه استفاده کردن مواد غذایی به حفظ عواطف و تعادل روانی کمک می‌کند و آرام‌بخش است. ۲. انتظار لذت بردن از مواد غذایی. ۳. باید این فرض در نظر گرفته شود که این عوامل مانع کسل شدن، اضطراب و تنش و افسردگی می‌شود. ۴. این تصور که اگر فرد از چاقی‌ای که دچار آن است خلاص نشود، نگرانی از این موضوع باعث بدتر شدن حال او خواهد شد. بر اساس نتایج این پژوهش، هر دو رویکرد درمانی انجام‌شده در رفتار خوردن آشفته اثرگذار بوده است و بین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه‌درمانی شناختی رفتاری تفاوت معنادار مشاهده نشد.

بر اساس نتایج، به استثنای مؤلفه مسئولیت‌پذیری سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، تفاوت اثر دو شیوه درمان بر دیگر مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. میانگین نمرات مؤلفه مسئولیت‌پذیری سبک زندگی در افراد شرکت‌کننده در گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با شرکت‌کنندگان گروه‌درمانی شناختی رفتاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. بر این اساس در آزمون فرضیه نهم چنین نتیجه‌گیری شد که شیوه گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با شیوه گروه‌درمانی شناختی رفتاری در ارتقای مسئولیت‌پذیری افراد در حوزه سلامت روش مؤثرتری است. درمان‌های روان‌شناختی، موقعیتی را به وجود می‌آورند که طی آن، مراجع نسبت به راه‌کارهای کنترلی خود، مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات منفی در مورد اضافه‌وزن و اجتناب و فرار کامل از این افکار و احساسات، احساس درماندگی در آنان کاهش می‌یابد. این حالات زمینه را برای معرفی پذیرش به عنوان یک راه‌حل جایگزین فراهم می‌کند و با این پذیرش،

بیان شد مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در افراد مبتلا به چاقی مد نظر بود. نتایج نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان چاق اثرگذار بوده است. یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش یراقچی و همکاران [۲۸]، فنایی و سجادیان [۲۶]، نوریان و آقایی [۲۹]، پترسون و همکاران [۳۰]، فورمن و همکاران [۳۱]، پرسون و همکاران [۳۲]، لیلیز و کندرا [۳۳]، فینگر و همکاران [۳۴]، لیلیز و بوند [۳۵] و افاری و همکاران [۳۶] همسو بود.

همچنین گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان چاق اثرگذار بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های سهرابی و همکاران [۳۷] و وایتمر و همکاران [۳۸] همسو بود. بر اساس نتایج، گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با گروه‌درمانی شناختی رفتاری روش مؤثرتری برای افزایش مسئولیت‌ها در زنان مبتلا به چاقی است. بدین ترتیب در آزمون فرضیه سوم چنین نتیجه‌گیری شد که گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با گروه‌درمانی شناختی رفتاری روش موفق‌تری برای افزایش مؤلفه مسئولیت‌های عادات زندگی در زنان مبتلا به چاقی است.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی زنان مبتلا به چاقی، می‌توان به جنبه‌های مختلفی از این درمان اشاره کرد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعتقاد بر این است که افکار فراورده یک ذهن طبیعی هستند. آنچه افکار را به باور تبدیل می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار است [۳۹]. وقتی که فردی طبق محتوای یک فکر (برای مثال وقتی همه در اطراف من غذا می‌خورند، نمی‌توانم جلوی خوردنم را بگیرم) عمل می‌کند، یعنی عمل خوردن با محتوای آن فکر آمیخته شده است و حاصل این آمیختگی، پرخوری است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق مداخلات مربوط به گسلس شناختی، در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به طور انعطاف‌ناپذیر، تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نشوند و در عوض، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که به طور مستقیم تجربه می‌شود، بیابند. به همین دلیل است که این درمان نسبت به درمان شناختی رفتاری اثربخشی بیشتری را در میزان تغییر عادات زندگی در زنان مبتلا به چاقی داشته است.

بر اساس نتایج، تفاوت اثر دو شیوه درمان بر هیچ‌یک از مؤلفه‌های رفتار خوردن آشفته در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بر این اساس در آزمون فرضیه ششم چنین نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر رفتار خوردن آشفته زنان مبتلا به چاقی تفاوت

اثربخشی این درمان بر سایر متغیرهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر اضافه‌وزن و چاقی مورد بررسی قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش دارای کد کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است (کد: IR.IAU.K.REC.1398.039). اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی سلامت در گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان به یک اندازه در نگارش مقاله سهیم بودند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج صمیمانه قدردانی کنند.

مجاله برای مراجع ایجاد می‌شود تا به جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی حول اضافه‌وزن، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود از جمله تغییر در عادات‌های روزانه و در نتیجه سبک زندگی بپردازد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با توجه نتایج این پژوهش در ارتقای سبک زندگی اثرگذار بوده است.

همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سبک زندگی زنان مبتلا به چاقی، می‌توان گفت با کاهش عقاید و افکار ناکارآمد می‌توان تغییر در سبک زندگی ایجاد کرد و شیوه مناسبی در تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری، مدیریت استرس، حمایت بین‌فردی و خودشکوفایی ایجاد کرد. از طرفی افزایش محدودیت خوردن منجر به کاهش دوره‌های با ولع خوردن و افزایش وزن می‌شود. مداخلات روان‌شناختی نظیر درمان شناختی رفتاری نویدپیشرفت ارتقای سبک زندگی برای کاهش چاقی در بلندمدت را می‌دهد. هدف درمان شناختی رفتاری کمک به افراد در شناسایی، ارزیابی و سپس شناخت و باورهای ناکارآمد است. درنهایت با توجه به نتایج داده‌ها تکنیک‌های درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری در ارتقای مسئولیت‌پذیری افراد در حوزه سلامت روش مؤثرتری هستند و در سایر ابعاد سبک زندگی، بین اثربخشی این دو نوع درمان تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این شیوه درمانی می‌تواند در تغییر عادات‌های روزانه، کاهش رفتار خوردن آشفته و ارتقای سبک زندگی سلامت، تأثیرگذار باشد. از آنجایی که اضافه‌وزن و چاقی یک مسئله جسمانی، روانی و اجتماعی است و افکار و احساسات فرد در میزان پرخوری نقش دارد، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی برای افراد دارای اضافه‌وزن و چاق ضروری است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. علاوه بر این، پژوهش حاضر نیز مانند اغلب مطالعات آزمایشی با برخی محدودیت‌ها مواجه بود. محدودیت اول مربوط به استفاده از ابزارهای خودگزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و غیره) است. همچنین نمونه این پژوهش بر روی زنان مبتلا به چاقی انجام شده است. شرایط یادشده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه‌درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی گروه کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده،

References

- [1] Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes (Lond)*. 2008; 32(9):1431-7. [DOI:10.1038/ijo.2008.102] [PMID]
- [2] Gunstad L, Hotsky A, Wendell CR, Ferrucci L, Zonderman AB. Longitudinal examination of obesity and cognitive function: Results from the Baltimore longitudinal study of aging. *Neuroepidemiology*. 2010; 34(4):222-9. [DOI:10.1159/000297742] [PMID] [PMCID]
- [3] Musaiger AO. Overweight and obesity in eastern mediterranean region: Prevalence and possible causes. *J Obes*. 2011; 2011:407237. [DOI:10.1155/2011/407237] [PMID] [PMCID]
- [4] Wadden TA, Tronieri JS, Butryn ML. Lifestyle modification approaches for the treatment of obesity in adults. *Am Psychol*. 2020; 75(2):235-51. [DOI:10.1037/amp000517] [PMID] [PMCID]
- [5] Noori-Mombeyni N, Mosallanezhad Z, Rassafiani M, Afshar S, Bakhshi E, Sotoudeh GR, et al. [Validity and reliability of the Persian version of the life Habits Assessment Questionnaire for Older Adults (Persian)]. *J Res Rehabil Sci*. 2015; 11(1):11-6. <http://jrns.mui.ac.ir/index.php/jrns/article/view/2029>
- [6] Levasseur M, Desrosiers J, Whiteneck G. Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: Association with quality of life and best correlates. *Qual Life Res*. 2010; 19(5):665-75. [DOI:10.1007/s11136-010-9633-5] [PMID] [PMCID]
- [7] Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019; 109(5):1402-13. [DOI:10.1093/ajcn/nqy342] [PMID]
- [8] Bourdon DE, El-Baalbaki G, Beaulieu-Prévost D, Guay S, Belleville G, Marchand A. Personality beliefs, coping strategies and quality of life in a cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Eur J Trauma Dissociation*. 2019; 100135. [DOI:10.1016/j.ejtd.2019.100135]
- [9] Abedi P, Jorfi M, Afshari P. [Evaluation of the health promotion lifestyle and its related factors in reproductive aged women in Ahvaz, Iran (Persian)]. *Community Health J*. 2017; 9(1):68-74. http://chj.rums.ac.ir/article_45748.html?lang=en
- [10] Garrido-Miguel M, Oliveira A, Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Soriano-Cano A, et al. Prevalence of overweight and obesity among European preschool children: A systematic review and meta-regression by food group consumption. *Nutrients*. 2019; 11(7):1698. [DOI:10.3390/nu11071698] [PMID] [PMCID]
- [11] Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*. 2011; 4:41-9. [DOI:10.2147/PRBM.S15375] [PMID] [PMCID]
- [12] Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, et al. A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behav Ther*. 2004; 35(4):667-88. [DOI:10.1016/S0005-7894(04)80014-5]
- [13] Samadzade N, Poursharifi H, Poursharifi J. [The effect of cognitive-behavioral therapy on the self-care behaviors and symptoms of depression and anxiety in women with type 2 diabetes: A case study (Persian)]. *Fezj*. 2015; 19(3):255-64. <http://fezj.kaums.ac.ir/article-1-2704-en.html>
- [14] Beltman MW, Voshaar RC, Speckens AE. Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2010; 197(1):11-9. [DOI:10.1192/bjp.bp.109.064675] [PMID]
- [15] Lahiri A, Chakraborty A, Dasgupta U, Roy AKS, Bhattacharyya K. Effect of dietary habit and physical activity on overnutrition of school-going adolescents: A longitudinal assessment in a rural block of West Bengal. *Indian J Public Health*. 2019; 63(3):171-7. [DOI:10.4103/ijph.IJPH_159_19] [PMID]
- [16] Demers L, Robichaud L, Geclinas I, Noreau L, Desrosiers J. Coping strategies and social participation in older adults. *Gerontology*. 2009; 55(2): 233-9. [DOI:10.1159/000181170] [PMID]
- [17] Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979; 9(2):273-9. [DOI:10.1017/S0033291700030762] [PMID]
- [18] Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med*. 1982; 12(4):871-8. [DOI:10.1017/S0033291700049163] [PMID]
- [19] Carter PI, Moss RA. Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addict Behav*. 1984; 9(4):417-9. [DOI:10.1016/0306-4603(84)90045-5]
- [20] Khodabakhsh MR, Kiani F. [The role of anxiety and alexithymia in predicting disordered eating behaviors among students: Implication for health promotion (Persian)]. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. 2015; 1(3): 63-73. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-88-en.html>
- [21] Kaveh Ghahferkhi M, Tabei Bordbar F. [The relationship between disordered eating behavior with early maladaptive schemas and anxiety in adolescent female (Persian)]. *Q Psychol Except Individ*. 2017; 7(27):161-83. https://jpe.atu.ac.ir/article_8239.html?lang=en
- [22] Walker SN, Volken K, Sechrist KR, Pender NJ. Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *ANS Adv Nurs Sci*. 1988; 11(1):76-90. [DOI:10.1097/00012272-198810000-00008] [PMID]
- [23] Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012; 21(1):102-13. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-955-en.html>
- [24] Hayes S, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Publications, 2016. https://www.google.com/books/edition/Acceptance_and_Commitment_Therapy_Second/RvixDwAAQBAJ?hl=en&gbpv=0
- [25] Hayes SC, Smith S. Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger Publications; 2005. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=q65CHYyZjUC&oi=fnd&pg=PR3&dq=Get+out+of+your+mind+and+into+your+life:+the+new+acceptance+and+commitment+therapy.&ots=m0lyvEjn34&sig=PhJrDg15coecIFZE04BSC7Y11xo#v=onepage&q=Get%20out%20of%20your%20mind%20and%20into%20your%20life%3A%20the%20new%20acceptance%20and%20commitment%20therapy.&f=false>
- [26] Fanaee S, Sajjadian I. [The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on experiential avoidance in overweight individuals (Persian)]. *J Res Behav Sci*. 2016; 14(2):146-53. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-459-en.html>
- [27] Beck JS. Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work. New York: Guilford Publications; 2011. https://www.google.com/books/edition/Cognitive_Therapy_for_Challenging_Proble/JfrqWjH6HuQC?hl=en&gbpv=0
- [28] Yaraghchi A, Jomehri F, Seyrafi M, Kraskian Mujembari A, Mohammadi Farsani G. [The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight loss and cognitive emotion regulation in obese individuals (Persian)]. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2019; 7(2):192-201. [DOI:10.30699/ijhehp.7.2.192]

- [29] Nourian L, Aghaei A. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the body mass index in women afflicted with obesity (Persian)]. *Iran J Psychiatr Nurs*. 2015; 3(2) :11-20. <http://ijpn.ir/article-1-573-en.html>
- [30] Wolitzky-Taylor K, Niles AN, Ries R, Krull JL, Rawson R, Roy-Byrne P, et al. Who needs more than standard care? Treatment moderators in a randomized clinical trial comparing addiction treatment alone to addiction treatment plus anxiety disorder treatment for comorbid anxiety and substance use disorders. *Behav Res Ther*. 2018; 107:1-9. [DOI:10.1016/j.brat.2018.05.005] [PMID]
- [31] Forman EM, Butryn ML, Hoffman KL, Herbert JD. An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cogn Behav Pract*. 2009; 16(2):223-35. [DOI:10.1016/j.cbpra.2008.09.005]
- [32] Pearson AN, Follette VM, Hayes SC. A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cogn Behav Pract*. 2012; 19(1):181-97. [DOI:10.1016/j.cbpra.2011.03.001]
- [33] Lillis J, Kendra KE. Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *J Contextual Behav Sci*. 2014; 3(1):1-7. [DOI:10.1016/j.jcbs.2013.11.005] [PMID] [PMCID]
- [34] Finger IDR, de Freitas BI, Oliveira MDS. Psychological inflexibility in overweight and obese people from the perspective of acceptance and commitment therapy (ACT). *Eat Weight Disord*. 2020; 25(1):169-75. [DOI:10.1007/s40519-018-0541-y] [PMID]
- [35] Lillis J, Bond DS. Values-based and acceptance-based intervention to promote adoption and maintenance of habitual physical activity among inactive adults with overweight/obesity: A study protocol for an open trial. *BMJ open*. 2019; 9(1):e025115. [DOI:10.1136/bmjopen-2018-025115] [PMID] [PMCID]
- [36] Afari N, Cuneo JG, Herbert M, Miller I, Webb-Murphy J, Delaney E, et al. Design for a cohort-randomized trial of an acceptance and commitment therapy-enhanced weight management and fitness program for Navy personnel. *Contemp Clin Trials Commun*. 2019; 15:100408. [DOI:10.1016/j.conctc.2019.100408] [PMID] [PMCID]
- [37] Sohrabi F, Pasha R, Naderi F, Askary P, Ehteshamzadeh P. [Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on body mass index and self-concept perceptions of overweight individuals (Persian)]. *Iran J Nutr Sci Food Technol*. 2018; 12(4):43-51. <http://nsft.sbmu.ac.ir/article-1-2372-en.html>
- [38] Ma Y, Ajnakina O, Steptoe A, Cadar D. Higher risk of dementia in English older individuals who are overweight or obese. *Int J Epidemiol*. 2020; 49(4):1353-65. [DOI:10.1093/ije/dyaa099] [PMID] [PMCID]
- [39] Lillis J, Hayes SC, Bunting K, Masuda A. Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Ann Behav Med*. 2009; 37(1):58-69. [DOI:10.1007/s12160-009-9083-x] [PMID]
- [40] Cham B, Scholes S, Fat LN, Badjie O, Groce NE, Mindell JS. The silent epidemic of obesity in The Gambia: Evidence from a nationwide, population-based, cross-sectional health examination survey. *BMJ Open*. 2020; 10(6):e033882. [DOI:10.1136/bmjopen-2019-033882] [PMID] [PMCID]