

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۰۱

خلاصه

مقدمه: پژوهش مذکور با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی بود.

روش کار: طرح پژوهش به لحاظ هدف کاربردی از نظر ماهیت یک پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل و با گمارش تصادفی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم‌درمانی منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. از میان مراجعه کنندگان به این مراکز، به روش دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و در ۲ گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. شرکت کنندگان با پرسشنامه ارزیابی عادات زندگی (۲۰۰۵)، بازخورد خوردن (۱۹۷۹) و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت والکر (۱۹۷۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس شرکت کنندگان گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ جلسه ۱/۵ ساعته مورد آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. به منظور بررسی فرضیه‌های تحقیق از روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANCOVA) با یک عامل اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت تاثیر معنی‌داری داشته است ($P < 0.05$). نتایج حاصل از مقایسه زوجی دو گروه از طریق آزمون تعقیبی توکی نشان دهنده اختلاف میانگین عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی بین گروه کنترل و گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بود. همچنین نتایج در آزمون پیگیری دوماهه نشان داد که اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی ماندگار است.

نتیجه گیری: درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی اثربخش بوده است و از این روش درمانی برای بهبود شرایط زنان مبتلا به چاقی می‌توان سود جست.

کلمات کلیدی: گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش، عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته، سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، زنان چاق

شهره مرتضایی شمیرانی^۱

بیوک تاجری^{۲*}

باقر ثنایی ذاکر^۳

شیدا سوداگر^۲

فرحناز مسچی^۲

^۱گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد

اسلامی، کرج، ایران.

^۲گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج،

ایران (نویسنده مسول)

^۳گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه

خوارزمی، کرج، ایران.

^۴گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج،

ایران

Email: btajeri@yahoo.com

مقدمه

اضافه وزن و چاقی یکی از مسایل مزمن سلامتی است که عوارض ناشی از آن، باعث کاهش طول عمر فرد می‌گردد و به عنوان دومین عامل قابل پیشگیری از مرگ (بعد از سیگار) معرفی شده است که وضعیت آن در جامعه، رابطه معنی‌داری با سطح سلامت آن جامعه دارد (۱). 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 (۲). براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اضافه وزن و چاقی به عنوان تجمع غیرطبیعی یا بیش اندازه چربی در بدن که سلامتی فرد را مختل می‌کند شناخته می‌شود. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵، ۳۹ درصد بزرگسالان ۱۸ سال به بالا اضافه وزن داشتند و ۱۳ درصد چاق بودند (۳). آمارها حاکی از رشد نرخ چاقی بوده بطوری که این رقم همچنان روند رو به رشدی را طی می‌کند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ به ۵۳۷ میلیون نفر افزایش یابد (۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد که شیوع و بروز چاقی با سبک زندگی ناسالم و به خصوص رژیم غذایی نامناسب و بی‌ تحرکی افزایش می‌یابد. چاقی، دارای عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت است. کاهش اعتماد به نفس از جمله عوارض کوتاه‌مدت و بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت برخی سرطان‌ها از عوارض بلندمدت آن می‌باشد (۵). اختلال در متابولیسم چربی، اغلب خود را به صورت یک بیماری مزمن به نام چاقی نشان می‌دهد. چاقی را با شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰ برای هر دو جنس تعریف می‌کنند (۶).

اصلاح شیوه‌های مربوط به عادات زندگی همواره جهت پیشگیری از چاقی در درازمدت تاثیرگذار بوده است. عادات زندگی ناسالم نقش بزرگی در پیدایش این مساله بهداشت عمومی در جامعه ما دارند (۷). از این رو می‌توان گفت که راه‌حل همه‌گیر چاقی نیازمند عادات زندگی مناسب و اصلاح رفتار خوردن و فعالیت جسمی است. بنابراین داشتن عادات زندگی نامناسب یکی از عوامل موثر 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 تنقلات از علل تاثیرگذار چاقی می‌باشد (۸). علاوه بر عادات زندگی نامناسب، رفتارهای خوردن آشفته نیز در بروز چاقی می‌تواند موثر باشد. هنوز در مورد عوامل مرتبط با شکل‌گیری و تداوم نگرانی‌های مربوط به وزن و اختلال‌های خوردن، خلاءهای پژوهشی بسیاری وجود دارد. براساس پژوهش‌های صورت گرفته تاکنون، عوامل بسیاری در سبب‌شناسی رفتارهای خوردن آشفته نقش دارند (۹). برخی نظریه‌های سبب‌شناسی پیشنهاد می‌کنند که رفتارهای خوردن آشفته وسیله‌ای هستند تا توجه از یک عاطفه منفی به شیئی عینی (یعنی غذا) منحرف گردد. 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 حالیکه رفتار بی‌اشتهایی نیز ممکن است، بوسیله افزایش کنترل ادراک شده در حوزه دیگری از زندگی، راهی برای کاهش استرس باشد (۱۰).

در واقع می‌توان گفت که ممکن است رفتار خوردن در مقابله با عواطف منفی ارزش کارکردی داشته و بین رفتار خوردن آشفته و بی‌نظمی هیجانی رابطه وجود داشته باشد. هرچند براساس گزارش‌ها، این رفتارها باعث رهایی از عواطف منفی می‌گردد، اما باید در نظر داشت که اغلب با پریشانی و پیامدهای بالینی قابل ملاحظه‌ای همراه هستند (۱۱). از جمله عواملی که ممکن است خوردن آشفته را توضیح دهد، می‌توان به سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت اشاره نمود. سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت الگویی چند بعدی از ادراکات و اعمال آغاز شده با انگیزه خود شخص می‌باشد که به تداوم و تقویت سطح سلامت و خودشکوفایی شخص کمک می‌کند و بیان‌کننده تمایل انسان به تعالی است که منجر به بهزیستی مطلوب، تکامل فردی و زندگی خلاق می‌گردد و دارای شش بعد روابط بین‌فردی، مسئولیت‌پذیری

دشوار مرتبط با بدن و خوردن مواجه می‌شود (۱۹). حال براساس شواهد موجود این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

روش کار

طرح پژوهش به لحاظ هدف کاربردی از نظر ماهیت یک پژوهش نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمونپس‌آزمون با گروه کنترل و با گمارش تصادفی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم‌درمانی منطقه ۲ شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. از بین افراد جامعه آماری، زنانی که دارای معیار ورود به مطالعه بودند، به روش تصادفی ساده تعداد ۳۰ نفر انتخاب شده و به روش همتاسازی از نظر ویژگی‌های (سن، تحصیلات) در هر گروه ۱۵ نفر به روش تصادفی جایگزین شدند. ملاک ورود به گروه نمونه عبارت بود از: محدوده BMI بیش از ۲۵ و دامنه سنی ۲۴ تا ۴۰ سال. ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی به طور هم‌زمان بر اساس ملاک‌های DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition)، مصرف داروهای کاهش وزن و بارداری، عدم تمایل به همکاری و غیبت بیش از دو جلسه به عنوان ملاک خروج در نظر گرفته شد. شرکت کنندگان با پرسشنامه ارزیابی عادات زندگی (۲۰۰۵)، بازخورد خوردن (۱۹۷۹) و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت والکر (۱۹۷۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس شرکت کنندگان گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ جلسه ۱/۵ ساعته مورد آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. به منظور حفظ اخلاق پژوهشی، تمامی شرکت کنندگان پس از آن که رضایت خود را مبنی بر شرکت در پژوهش اعلام کردند، اهمیت پژوهش به همراه تمامی توضیحات تکمیلی به آن‌ها داده شد. به شرکت کنندگان گفته شد که هر وقت که بخواهند می‌توانند از شرکت در پژوهش صرف نظر کنند. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات گردآوری شده، محرمانه تلقی

در سلامت، رشد معنوی و خودشکوفایی، مدیریت استرس، تغذیه و فعالیت فیزیکی می‌باشد (۱۲).

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، الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها انجام می‌دهد، که این مجموعه سبک زندگی را تشکیل می‌دهد. سلامتی مستلزم ارتقای سبک زندگی بهداشتی است (۱۳). تحولات صورت گرفته در سال‌های اخیر، در زمینه درمان اختلالات روان‌شناختی و چاقی، منجر به 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 با صرفه‌تر است با عنوان گروه درمانی پذیرش و تعهد سود جست. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy - ACT) از درمان‌های موج سوم شناخته می‌شوند و در آن تلاش می‌گردد 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، گسلس شناختی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه) صورت می‌گیرد (۱۴). در مفهوم‌سازی مبتنی بر پذیرش از چاقی، اجتناب تجربی به عنوان یک عامل نگهدارنده برای رفتارهای مشکل‌زا در نظر گرفته شده است (۱۵).

همانطور که پژوهش‌ها نشان داده رویکرد تعهد و پذیرش برای چاقی، عوامل اساسی مشاهده شده در الگوی اختلالات خوردن و اشتغالات ذهنی بدن مانند عدم تمایل به داشتن افکار و احساسات منفی که منجر به بروز رفتارهای ناسالم و بدون انعطاف می‌شود را به طور مستقیم هدف قرار می‌دهد (۱۶-۱۸). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، زمانی است که فرد با تجربیات

کردند. پایایی آزمون برای فعالیت‌های روزانه ۰/۷۸ و برای نقش‌های اجتماعی ۰/۷۸ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه بازخورد خوردن (eating attitudes test یا EAT) این پرسشنامه توسط Garner, Garfinkel (۱۹۷۹) با هدف ارزیابی بازخوردها و رفتارهای مرضی خوردن ساخته شد و شامل ۲۰ سوال و ۳ مولفه رژیم لاغری- پرخوری و اشتغال ذهنی با غذا- مهار دهانی است. نمره‌گذاری آن از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای می‌باشد (۲۲).

پایایی آزمون بازخورد خوردن برای گروه‌های بالینی و غیربالینی ضریب آلفای ۰/۹۴ ذکر شده و در تحلیل عاملی فرم ۲۶ سوالی ۳ عامل استخراج شده است (۲۳). همچنین در پژوهش Carter و همکاران (۲۴) اعتبار بازآزمایی آن با فاصله ۲ الی ۳ هفته در ۵۶ آزمودنی مقدار ۰/۸۴ را گزارش کردند. در تحقیق خدابخش و کیانی (۲۵) روایی آن با ۰/۶۷ مورد تایید قرار گرفته است و پایایی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین کاوه قهفرخی و تابع بردبار (۲۶) در پژوهشی، پایایی پرسشنامه از طریق بازآزمایی در یک گروه ۶۰ نفری از دانش‌آموزان دختر پس از گذشت دو هفته ۰/۸۹ روایی پرسشنامه را ۰/۶۶ بدست آوردند.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت (HPLPII یا health-promoting lifestyle profile II) توسط Walker (۱۹۸۸) با هدف اندازه‌گیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۵۴ سوال و ۶ خرده مقیاس (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین‌فردی، خودشکوفایی) بوده و طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت چهار درجه‌ای است. Walker و همکاران (۲۷) روایی را ۸۸/۶ درصد واریانس و آلفای کرونباخ (پایایی) این پرسشنامه را ۰/۹۴ گزارش کردند و برای ۶ زیر مقیاس آن طیف ۰/۷۹ تا

شده و نتایج برای هر شخص محفوظ خواهد ماند و پرسشنامه‌ها دارای کد و بدون نام هستند. پس از اتمام پژوهش پکیج آموزشی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به گروه کنترل، ارائه شد. به منظور بررسی پایداری اثربخشی مداخله، پس از گذشت ۲ ماه از اتمام مداخله، اعضای هر دو گروه در مرحله پیگیری مجدد به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. به منظور بررسی فرضیه‌های تحقیق از تحلیل واریانس چند متغیره (MANCOVA)، آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) و با عامل اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

پرسشنامه ارزیابی عادات زندگی (habits life questionnaire یا H-LIFE) این پرسشنامه توسط Fougeyrollas, Noreau, Lepage 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 آیت، 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، تحرک و نق‌های اجتماعی شامل: مسئولیت‌ها، روابط بین‌فردی، زندگی اجتماعی، آموزش، اشتغال و تفریح است. نمره‌گذاری آن لیکرت ۹ درجه است (۲۰).

Demers و همکاران (۲۱) روایی درونی پرسشنامه را ۰/۷۲ و پایایی را با استفاده از آلفای کرونباخ برای برای فعالیت‌های روزانه ۰/۷۶ و برای نقش‌های اجتماعی ۰/۷۸ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ بیان کردند. در روایی محتوایی توسط نوری و همکاران (۷) برای نمره کل پرسشنامه ارزیابی عادات زندگی برابر با ۰/۸۸ بود و تمامی گویه‌ها نمره قابل قبول یعنی بالای ۰/۴۹ را کسب

پرتکل گروه درمانی 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 Hayes و همکاران (۱۵) و Smith و Hayes (۲۹) تدوین شد. همچنین، به تأیید روایی محتوایی بسته درمانی توسط فنایی و سجادیان (۱۶) انجام شد. شرح جلسات در جدول ۱ خلاصه شده است.

۰/۹۴ را گزارش نمودند. در پژوهش محمدی زیدی (۲۸) روایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است که با تحلیل عاملی نشان دادند که 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.

جدول ۱- شرح جلسات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	فعالیت
اول	برقراری رابطه درمانی، صحبت در مورد درمان و اهداف آن و بستن قرارداد درمانی.
دوم	بررسی مراجع، های 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 مسأله، 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 مسأله، استعاره دو مقیاس برای ایجاد تمایل، استعاره مهمان، اشاره به احساس پاک و ناپاک، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	ایجاد گسلش، 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 مشاهده گر)، بررسی ارزش‌ها، بررسی فرم شرح‌ارزش‌ها، 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

زندگی و کنترل اثر پیش‌آزمون، نتایج تحلیل کواریانس در مرحله پس‌آزمون در قسمت آمار استنباطی آورده شد. براساس نتایج جدول ۲، میانگین نمرات در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون، کاهش محسوسی را در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون نشان داد.

نتایج

ابتدا شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات متغیرهای وابسته آزمودنی‌ها شامل میانگین و انحراف معیار نمرات هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون ارائه گردید. به منظور تعیین معنی‌دار بودن تفاوت میان گروه‌های آزمایش و کنترل در زمینه عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عادات زندگی	گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش	۲۰۲/۳۳	۲۰/۷۲	۲۵۵	۸/۷۳
	کنترل	۱۹۶/۵۳	۲۲/۶۸	۲۰۰/۴۷	۱۴/۲۶

۲/۳۲	۲۶/۴۷	۴/۳۰	۴۰/۸۰	گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش	رفتار خوردن آشفته
۶/۴۰	۳۷/۲۷	۷/۵۵	۳۸/۱۳	کنترل	
۹/۲۷	۱۸۶/۸۷	۱۸/۶۱	۱۵۹/۲۰	گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش	سبک زندگی
۱۶/۱۷	۱۵۹/۵۳	۱۷/۶۷	۱۵۸/۶۰	کنترل	

گردید و عدم وجود رابطه میان آن‌ها تأیید شد. بنابراین، نیازی به کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی نبود. همچنین، پیش فرض‌های نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها در مورد متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

بنابراین، به منظور تحلیل دقیق‌تر تفاوت موجود و تعیین معنی‌داری و همچنین، به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون، از روش تحلیل کواریانس استفاده شد لازم به ذکر است که پیش از اجرای این آزمون، همبستگی میان متغیرهای جمعیت‌شناختی با متغیر وابسته بررسی

جدول ۳- نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov و Levene برای متغیرهای پژوهش

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف		آزمون لوین		متغیر		
P	Z	P	df2	df1	F	
۰/۰۵۳	۱/۳۴۶	۰/۷۵۲	۴۲	۲	۰/۲۸۷	عادات زندگی
۰/۲۸۷	۰/۹۸۲	۰/۲۵۵	۴۲	۲	۱/۴۱	رفتار خوردن آشفته
۰/۹۵۶	۰/۵۱۱	۰/۰۵۴	۴۲	۲	۲/۳۵	سبک زندگی

سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت تأیید شد. در ادامه، نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش در جدول ۴ آورده شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پیش‌فرض همسانی واریانس‌ها (آزمون Levene) و نرمال بودن (آزمون Kolmogorov-Smirnov) برای متغیرهای عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و

جدول ۴- مقایسه میانگین نمرات کل متغیرهای پژوهش گروه کنترل و آزمایش در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	مقدار P	ضریب تاثیر η^2
عادات زندگی	۲۱۲۲۲/۷۰	۲	۱۰۶۱۱/۳۵	۴۵/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
رفتار خوردن آشفته	۱۱۶۶/۴۰	۲	۵۸۳/۲۰	۴۱/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۹
سبک زندگی	۵۰۵۸/۵۶	۲	۲۵۲۹/۲۸	۵۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲

در گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه درمانی شناختی- رفتاری با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشته‌اند. و براساس ضریب اینا تاثیر گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه درمانی شناختی- رفتاری بر عادات زندگی در افراد مبتلا به چاقی ۶۹/۹٪، رفتار خوردن آشفته ۲۲/۳ درصد و بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ۷۴/۲٪ بوده است. بنابراین می‌توان گفت میزان تاثیر گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه درمانی شناختی- رفتاری بر عادات زندگی، رفتار

با توجه به نتایج جدول ۴، نتایج به دست آمده در جدول ۴-۸ نشان می‌دهند عادات زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون ($\eta^2=0/699$)، رفتار خوردن آشفته ($F(2,39)=45/32, P<0/05$)، سبک زندگی ($\eta^2=0/679, F(2,39)=41/07, P<0/05$) و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت ($\eta^2=0/742, P<0/05$)، باهم تفاوت معنی‌داری داشته‌اند، به عبارتی میزان عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در افراد مبتلا به چاقی

بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و عادات زندگی بیشتر از رفتار خوردن آشفته بوده است.

خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت متفاوت بوده است بطوری که تاثیر این دو روش درمانی

جدول ۵- آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در افراد مبتلا به چاقی در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل

متغیر	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۰/۹۵	
			معناداری	سطح پایین سطح بالا
عادات زندگی	۵۴/۵۳	۵/۸۲	۰/۰۰۱	۴۰/۳۹ - ۴۰/۳۳
رفتار خوردن آشفته	۱۰/۸۰	۲/۱۲	۰/۰۰۱	۵/۶۴ - ۱۵/۹۵
سبک زندگی	۲۷/۳۳	۴/۵۵	۰/۰۰۱	۱۶/۲۹ - ۳۸/۳۸

تعهد و پذیرش (۱۰٪/۸۰) و اختلاف میانگین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بین گروه کنترل و گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (۲۷٪/۳۳) بوده است ($p > 0/05$).

نتایج حاصل از مقایسه زوجی دو گروه از طریق آزمون تعقیبی توکی نشان میدهد اختلاف میانگین عادات زندگی بین گروه کنترل و گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (۵۴/۵۳) و اختلاف میانگین رفتار خوردن آشفته بین گروه کنترل و گروه درمان مبتنی بر

جدول ۶- آماره‌های آزمون T وابسته برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در پیش آزمون و دوره پیگیری

معنی داری	درجه آزادی	آماره t	اختلاف میانگین	پیگیری		پیش آزمون		زمان آزمون
				انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۰۰۱	۱۴	۱۰/۰۷	۳۹/۹۳	۱۵/۱۴	۲۴۲/۲۷	۲۰/۷۲	۲۰۲/۳۳	عادات زندگی
۰/۰۰۱	۱۴	۱۱/۹۴	۱۲/۷۳	۴/۱۳	۲۸/۰۷	۴/۳۰	۴۰/۸۰	رفتار خوردن آشفته
۰/۰۰۱	۱۴	۸/۸۵	۲۳/۳۳	۲/۲۵	۱۸۲/۵۳	۱۸/۶۱	۱۵۹/۲۰	سبک زندگی

مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی اثربخش بوده است. بر اساس بررسی‌های محققان پژوهش‌های مشابهی در جمعیت افراد دارای اضافه وزن چاق انجام شده مانند یراقچی و همکاران (۳۰)، فنایی و سجادیان (۱۶)، نوریان و آقایی (۳۱)، پیترسن و همکاران (۳۲)، فورمن و همکاران (۳۳)، پیرسن و همکاران (۳۴)، وینلند و همکاران (۱۹)، لینز و کندرا (۱۸)، سیرانن و همکاران (۳۵)، کاستل نوو و همکاران (۳۶)، فینگر و همکاران (۱۷)، رژیونن و همکاران (۳۷)، لیلیز و همکاران (۳۸) و افاری و

با توجه به جدول ۶، نتایج بیانگر وجود تفاوت معنی‌دار بعد از کنترل متغیر پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون بود و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز پایداری اثر مداخله درمانی را نشان داد.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی انجام شد و نتایج نشان داد که استفاده از درمانی

همکاران (۳۹) که می‌توان آنها را با پژوهش حاضر، همسو دانست.

افراد دارای اضافه وزن و چاق با استفاده از راهبردهای اجتنابی مانند رژیم بیشتر و اجتناب از خوردن غذا، هیجان منفی بیشتری احساس می‌کنند. بنابراین، وقتی که در برنامه رژیم کاهش وزن قرار دارند، باید راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجان را یاد بگیرند؛ چرا که برخی از افراد یاد گرفته‌اند تا به عنوان مکانیسم رویارویی برای رهایی کوتاه مدت از هیجان‌ات دردناک، غذا بخورند. همچنین با داشتن سبک زندگی و عادات روزانه زندگی که به رفتار خوردن آشفته آنان دامن می‌زند، کاهش وزن برای آنان به کاری غیرممکن منجر می‌شود. بنابراین، باید در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از بین بردن این سیکل معیوب را مد نظر قرار داد.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی زنان مبتلا به چاقی، می‌توان به جنبه‌های مختلفی از این درمان اشاره نمود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعتقاد بر است این که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی هستند. آنچه که افکار را به باور تبدیل می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار می‌باشد (۴۰). 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 می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق مداخلات مربوط به گسلش 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 که دنیایی به طور مستقیم تجربه می‌شود، بیابند (۴۱).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجع پیاموزد تا افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را تنها احساسات بدنی ببینند. هیچ‌یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می‌شوند، به طور ذاتی برای سلامتی انسان مضر نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که به صورت تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده می‌شوند که آنچه ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین، باید کنترل و حذف شوند (۴۲). همچنین، از جمله تکنیک‌های مورد استفاده در این درمان، کاهش آمیختگی شناختی می‌باشد. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش یابد؛ یعنی گسلش شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار گسلیده شده است و بیان می‌کند که فرد توانسته است یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) و نه یک حقیقت. در نتیجه، طبق آن فکر عمل نمی‌کند (گسلش).

درمان پذیرش و تعهد ابتدا از طریق آموزش مستقیم، فضایی را برای نگرش مثبت‌تر 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 عادات‌های روزانه و در نتیجه سبک زندگی به‌عنوان راه حل‌های کنترلی فرد در رابطه با ایجاد موانعی برای رفتار خوردن آشفته، فراهم می‌کند (۲۹ و ۴۰). به عبارت دیگر، درمان، موقعیتی را به وجود می‌آورد که طی آن، مراجع نسبت به راهکارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات منفی در مورد اضافه وزن و اجتناب و فرار کامل از این افکار و احساسات، احساس درماندگی نماید. این حالات زمینه را برای معرفی پذیرش به عنوان یک راه‌حل جایگزین فراهم می‌کند و با این پذیرش، مجالی برای مراجع ایجاد می‌شود تا به جای تمرکز مداوم بر

اثربخشی این درمان بر سایر متغیرهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر اضافه وزن و چاقی مورد بررسی قرار گیرد. از جایی که اضافه وزن و چاقی یک مسأله جسمانی، روانی و اجتماعی است و افکار و احساسات فرد در میزان پرخوری نقش دارد، لزوم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی را برای افراد دارای اضافه وزن و چاقی نشان می‌دهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج (شناسه اخلاق IR.IAU.K.REC.1398.039) می‌باشد، بنابراین جا دارد از اساتید گرانقدر دانشگاه آزاد کرج و تمامی بزرگوارانی که با همکاری و همراهی این پژوهش را به ثمر رساندند، تشکر و قدردانی کنیم.

افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی حول اضافه وزن، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود از جمله تغییر در عادت‌های روزانه و در نتیجه سبک زندگی بپردازد. 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 می‌گردد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که این شیوه درمانی می‌تواند در تغییر عادت‌های روزانه، کاهش رفتار خوردن آشفته و ارتقا سبک زندگی سلامت، تأثیرگذار باشد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به شیوه نمونه‌گیری دسترس اشاره کرد. علاوه بر این، پژوهش به صورت گروهی و فقط در زنان انجام گرفت. بنابراین، در تعمیم نتایج آن به صورت فردی و در مردان باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده،

1. Marcus MD, Levine MD. Cognitive behavioral interventions in the management of severe pediatric obesity. *Cogn Behav Pract*, 2013; 10(2): 147-56.
2. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in and projections to 2030. *International Journal of Obesity*, 2015; 32(9): 1431-7.
3. World Health Organization. Obesity and overweight [Online]. 2016; Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
4. Gunstad J, Lhotsky A, Wendell CR. Longitudinal examination of obesity and cognitive function: Results from the Baltimore longitudinal study of aging. *Neuroepidemiology*, 2010; 34(4): 222-9.
5. Musaiger AO. Overweight and obesity in eastern Mediterranean region (prevalence and possible causes). *Journal of Obesity*, 2011; 20(11):237-254.
6. Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res the*, 2015; 39(5): 499-511.
7. Noori-Mombeyni N, Mosallanezhad Z, Rassafiani M, Afshar S, Bakhshi E, Sotoudeh GR, Sahaf R. Validity and Reliability of the Persian Version of the life Habits Assessment Questionnaire for Older Adults. *J Res Rehabil Sci* 2015; 11(1): 11-6. [In Persian].
8. Levasseur M. Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults association with quality of life and best correlates. *Quality Life Res*, 2010; 19(5): 665-75.
9. Barker ET, Williams RL, Galambos NL. (2006). Daily spillover to and from binge eating in first-year university females. *Eating Disorders*, 2006; 14: 229-242.
10. Connor-Smith JK, Flachsbart C. Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2014; 93:1080-1087.
11. Dennard EE, Richards CS. Depression and coping in subthreshold eating disorders. *Eat Behav*, 2013; 14(3):325-9. doi: 10.1016/j.eatbeh.2013.05.011
12. Abedi P, Jorfi M, Afshari P. Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences Faculty of Reproductive Health Research Center of Nursing & Midwifery. *Community Health*, 2015; 9(1): 80-89. [In Persian].
13. Tian H. Prevalence of overweight and obesity among 2.6 million rural Chinese adults. *Prev Med*, 2009; 48: 59-63.
14. 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.
15. Hayes S, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy, second edition: the process and practice of mindful change. New York, NY: Guilford Press, 2015.

16. Fanaee S, Sajjadian I. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Experiential Avoidance in Overweight Individuals. *J Res Behav Sci*, 2016; 14(2): 146-53. [In Persian].
17. 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*. 2018 Jul 17. doi: 10.1007/s40519-018-0541-y.
18. 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.
19. Weineland S, Arvidsson D, Kakoulidis TP, Dahl J. Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obes Res Clin Pract*, 2012; 6(1): e1-e90.
20. Fougeyrollas P, Noreau L, Lepage C. Assessment of life habit. Canada: Wilfrid-Hamel, local F-117.4. 2005.
21. Demers L, Robichaud L, Geclinas I, Noreau L, Desrosiers J. Coping strategies and social participation in older adults. *Gerontology*, 2009; 55(2): 233-9.
22. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 1979; 9(2):273-9.
23. Garner DM, Olmstead MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 1982; 12: 871- 878.
24. Carter PE, Moss RA. (1984). Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. *Addictive Behavior*, 1984; 9: 17-31.
25. khodabakhsh MR, Kiani F. The role of anxiety and alexithymia in predicting disordered eating behaviors among students: implication for health promotion. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2015; 1(3): 63-73. [In Persian].
26. Kaveh Ghahferkhi M, Tabei Bordbar F. The relationship between disordered eating behavior with early maladaptive schemas and anxiety in adolescent girls. *Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals*, 2017; 7(27): 161-183. [In Persian].
27. Walker SN, Volken K, Sechrist KR, Pender NJ. Health-promoting lifestyles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Adv Nurs Sci*, 1988; 11:76-90
28. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 2012; 21(1): 102-113. [In Persian].
29. Hayes SC, Smith S. *Get out of your mind and into your life: the new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2005.
30. 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. *Iran J Health Educ Health Promot*, 2019; 7(2): 192-201. [In Persian].
31. Nourian L, Aghaei A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Body Mass Index in Women Afflicted with Obesity. *IJPN*, 2015; 3(2):11-20. [In Persian].
32. Petersen CL. Treatment of comorbid depression and alcohol use disorders in an inpatient setting: comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual [Online]. [Cited 2007 May]; Available from: URL: <http://soar.wichita.edu:8080/bitstream/handle/10057/1091/d07006.pdf?sequence=1>
33. Forman E, Butryn M, Hoffman K, Herbert JD. An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cogn Behav Pract*, 2009; 16: 223-35.
34. 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.
35. Sairanen E, Tolvanen A, Karhunen L, Kolehmainen M, Järvelä-Reijonen E, Lindroos S, Peuhkuri K, Korpela R, Ermes M, Mattila E, Lappalainen R. Psychological flexibility mediates change in intuitive eating regulation in acceptance and commitment therapy interventions. *Public Health Nutr*, 2017; 20(9):1681-1691.
36. Castelnovo G, Pietrabissa G, Manzoni GM, Cattivelli R, Rossi A, Novelli M, Varallo G, Molinari E. Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*, 2017; 6(10): 165-173.
37. Järvelä-Reijonen E, Karhunen L, Sairanen E, Muotka J, Lindroos S, Laitinen J, Puttonen S, Peuhkuri K, Hallikainen M, Pihlajamäki J, Korpela R, Ermes M, Lappalainen R, Kolehmainen M. The effects of acceptance and commitment therapy on eating behavior and diet delivered through face-to-face contact and a mobile app: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2018; 15(1):22.
38. 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.
39. Afari N, Cuneo JG, Herbert M, Miller I, Webb-Murphy J, Delaney E, Peters J, Materna K, Miggantz E, Godino J, Golshan S, Wisbach G. 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; 10(15):100408.

40. 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.
41. Izadi R. The study and investigation of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) on obsessive symptoms and beliefs, quality of life, psychological flexibility, depression and anxiety in treatment resistant obsessive compulsive patients [Thesis]. Isfahan, Iran: University of Isfahan; 2013. [In Persian].
42. Hays NP, Bathalon GP, McCrory MA, Roubenoff R, Lipman R, Roberts SB. Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 y. *Am J Clin Nutr*, 2002; 75(3): 476-83.

*Original Article***Effectiveness of Group therapy based on commitment and acceptance on life habits, disease eating behavior and health-promoting lifestyle in women with obesity**

Received: 22/10/2019 - Accepted: 07/10/2019

Shohreh Mortezaei Shemirani¹
 Biuck Tajeri^{2*}
 Bagher Sanaei Zaker³
 Sheida Sodagar²
 Farahnaz Meschi²

¹ Ph.D. Student, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

² Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (corresponding author)

³ Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Karaj, Iran.

⁴ Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: btajeri@yahoo.com

Abstract

Introduction: In the context of health promotion - women's psychiatric intervention, a new response is needed, in which group psychotherapy for women, self-directed intervention, and effective self-directed goal-setting. Disordered eating and lifestyle-enhancing health in obese women.

Methods: The research design was applied in terms of the nature of a quasi-experimental study with a pretest-posttest control group with a random assignment. The population of the study consisted of all women referring to Nutrition and Diet Therapy clinics in District 2 of Tehran in 2019. Thirty patients were selected by convenience sampling method and were replaced in 2 groups of 15 (participants were included with the Living Habits Assessment Questionnaire (2005), Eating Feedback (1979), and Walker Healthy Lifestyle (1977). Then, participants were trained in 8 sessions of 1.5-hour commitment and acceptance group therapy, and the control group did not receive any training. The data were analyzed in SPSS 23 software. Research Hypotheses of Multivariate Analysis of MANCOVA with Frequent Measurement for 2 data were used.

Results: The results of ANCOVA showed that commitment and acceptance group therapy had a significant effect on lifestyle habits, disturbed eating behavior, and health-promoting lifestyle ($P < 0.05$). The results of paired comparisons between the two groups through the Tukey post hoc test showed a difference between the mean of life habits, disordered eating behavior, and lifestyle between the control group and the commitment-based treatment group. The results of the two-month follow-up test also showed that the effectiveness of commitment and acceptance group therapy on life habits, disordered eating behaviors, and health-promoting lifestyle in obese women is lasting.

Conclusion: Therefore, it can be concluded that group therapy based on commitment and acceptance on life habits, disturbed eating behavior, and health-promoting lifestyle in women with obesity are useful, and these therapies can be used to improve the condition of women with obesity.

Keywords: Group therapy based on commitment and acceptance, life habits, disease eating behavior, health-promoting lifestyle, obese women.