

مقاله پژوهشی

سلامت جامعه

دوره نوزدهم، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر پریشانی هیجانی و سبک زندگی مرتبط با چاقی در افراد مبتلا به اضافه وزن با رفتار خوردن آشفته: یک مطالعه نیمه تجربی

زکيه سادات مسعودی^۱، محمدرضا خدابخش^{۲*}، مهدی اکبرزاده^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۸

خلاصه

مقدمه: چاقی و اضافه وزن یک مشکل عمده سلامتی است. هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر پریشانی هیجانی و سبک زندگی مرتبط با چاقی در افراد مبتلا به خوردن آشفته بود.

مواد و روش ها: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری تمامی مراجعه‌کنندگان مبتلا به اضافه وزن به دو کلینیک چاقی شهر تهران از دی ۱۴۰۲ تا خرداد ۱۴۰۳ به تعداد ۲۰۰ نفر بودند. با نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند ۴۵ نفر انتخاب و با قرعه‌کشی در سه گروه درمان شناختی رفتاری، تعهد و پذیرش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای گروه‌های آزمایش، درمان شناختی رفتاری و تعهد و پذیرش ۸ جلسه اجرا شد و گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های پریشانی هیجانی Gaher و Simmons و سبک زندگی مربوط به چاقی Clark و همکاران بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره سبک زندگی مرتبط با چاقی در گروه، شناختی رفتاری در پیش‌آزمون $103/61 \pm 6/39$ و پس‌آزمون $75/07 \pm 5/65$ تفاوت معنی‌دار داشت، هم‌چنین در گروه تعهد و پذیرش به ترتیب $103/58 \pm 5/24$ و $88/27 \pm 5/16$ تفاوت معنی‌دار داشت ($p < 0/05$). میزان بهبودی گروه درمان تعهد و پذیرش در نمرات پریشانی هیجانی به طور معنی‌داری بیشتر از گروه درمان شناختی رفتاری بود ($p = 0/032$).

نتیجه‌گیری: درمان تعهد و پذیرش مداخله‌ای کارآمدتر در کاهش پریشانی هیجانی در افراد مبتلا به اضافه وزن می‌باشد. استفاده از آن در کنار سایر روش‌های درمانی به درمانگران و متخصصان تغذیه توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، پریشانی هیجانی، سبک زندگی مرتبط با چاقی

^۱-دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

^۲-استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Khodabakhsh@iauo.ac.ir؛ تلفن: ۰۹۸ (۵۱)۴۲۶۲۱۹۰۱

^۳-استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

مقدمه

اضافه‌وزن و چاقی امروزه به عنوان یک بیماری مزمن شناخته شده و شیوع آن با سرعت بالایی رو به افزایش می‌باشد. این بیماری عامل خطر بسیاری از بیماری‌ها مانند دیابت، اختلالات چربی خون، بیماری کبدی و بیماری‌های قلبی نیز می‌باشد [۱]. بر اساس مطالعه انجام شده در کشور چین بر روی یک جمعیت متشکل از ۱۲ هزار بزرگسال با میانگین سنی ۵۲ سال و ۴۶٪ مرد، شیوع کلی اضافه وزن و چاقی به ترتیب ۴۹/۸٪ و ۶۱/۰٪ بود. [۲]. به دلیل پیامدهای خطرناک این بیماری برای سلامت روانی و جسمی، سازمان بهداشت جهانی این مشکل را از جمله ده مشکل شایع سلامت در جهان می‌داند [۳]. مشخص کردن عوامل ایجاد کننده چاقی، به عنوان قسمتی اصلی از هرگونه اقدام برای مهار آن تلقی می‌شود [۴]. چاقی و اضافه‌وزن نه تنها از نظر سلامتی و تأثیرات منفی آن (بروز بیماری‌ها و کاهش کارایی و فعالیت) در بعد جسمی، بلکه از لحاظ روانی، اقتصادی و اجتماعی و صرف هزینه‌های پزشکی نیز قابل توجه است [۵].

پیشانی هیجانی به عنوان یکی از عوامل مهم در چاقی، به طور فزاینده‌ای مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و نقش به‌سزایی در رفتارهای غذایی افراد ایفا می‌کند [۶]. پیشانی هیجانی به عنوان یک سازه فراهیجانی که دارای چهار خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است با نشانه‌هایی مانند خلق پایین، اضطراب، افسردگی و حالت‌های روانپزشکی دیگر مشخص می‌شود. افزایش سطح پیشانی هیجانی با افزایش شدت نشانه‌ها و احتمال ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی در ارتباط است [۷]. تحقیقات انجام شده در رابطه با نقش پیشانی هیجانی در آسیب روانی نیز شواهد تأیید کننده‌ای فراهم نموده است [۸]. نتایج یک پژوهش نشان داد علائم خاص افسردگی و پیشانی ممکن است به طور ویژه با وزن بیشتر بدن مرتبط باشند [۹]. استرس روانی ناشی از انگ و تبعیض وزن، به پیشانی روانی کمک می‌کند و به نوبه خود ممکن است تلاش‌های کنترل وزن را مختل کند [۱۰].

از متغیرهای دیگر مورد بررسی در افراد مبتلا به اضافه‌وزن، سبک زندگی مرتبط با چاقی است [۱۱]. رفتار غذا خوردن انسان برای افراد معناهای فردی و فرهنگی عمیقی دارد که نشان می‌دهد این رفتار انسان متأثر از متغیرهای شناختی، محیطی، زیست‌شناختی و هیجانی است [۱۲]. در دهه‌های اخیر بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن نقش وسیع‌تری برای مداخلات روانشناختی، به منظور بهبود شرایط بیماران مبتلا به اضافه‌وزن را تأیید کرده‌اند [۱۳]. درمان شناختی رفتاری با اصلاح شناخت به عنوان عامل مؤثر بر هیجان‌ها و رفتارها و با ایجاد تغییر در رفتارهای خوردن، انتخاب رژیم غذایی و کاهش پریشانی روانی و بی‌حرکی در مدیریت اضافه‌وزن بسیار مفید بوده و علاوه بر کاهش وزن باعث بهبود سلامت روانی افراد چاقی و کاهش مشکلات روانی اجتماعی مرتبط با اضافه‌وزن می‌شود [۱۴، ۱۵]. در این شیوه درمانی به فرد کمک می‌شود تا با بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته، الگوهای تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را اصلاح نماید [۱۶]. شواهد نشان می‌دهند درمان شناختی رفتاری می‌تواند راهبردهای شناختی و رفتاری را در راستای دستیابی و حفظ تغییرات مثبت در شیوه زندگی آموزش دهد [۱۷]. در پژوهش Miti و همکاران بر روی نوجوانان دارای اضافه‌وزن، ۵۵ نوجوان در برنامه درمان شناختی رفتاری و ۵۵ نفر در گروه بدون مداخله در مانی قرار گرفتند. گروه تحت مداخله، به طور قابل توجهی سلامت روانی-اجتماعی، فعالیت بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت خود را بهبود بخشیدند [۱۸].

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمان انتخابی در ارتقای انعطاف‌پذیری روانشناختی و مدیریت وزن در افراد مبتلا به اضافه‌وزن، مؤثر می‌باشد [۱۹]. این رویکرد به‌عنوان موج سوم رفتار درمانی از اصول ذهن‌آگاهی استفاده می‌کند و روی آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تأکید دارد [۲۰]. در مان مبتنی بر پذیرش بر این مبناست که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است و

برای انتخاب نمونه بعد از ثبت طرح در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور و اخذ کد اخلاق شماره (IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1404.035) و کسب معرفی نامه از دانشگاه به مراکز درمانی مشخص شده مراجعه گردید. حجم نمونه توسط فرمول مقایسه میانگین با توان آزمون ۰/۹۰، سطح معنی داری ۰/۰۵ و اندازه اثر متوسط ۰/۲۵ برای سه گروه و سه مرحله زمانی با نرم افزار G*power نسخه ۳.۹.۱.۷ تعداد ۴۵ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن مطالعات گذشته مانند مطالعه Gobadi و Kahnamousه همکاران [۲۵] که حداقل حجم نمونه برای مطالعات نیمه آزمایشی بر اساس فرمول حجم نمونه ۱۵ نفر است، از میان افراد واجد ملاک ورود پس از ارائه توضیحات لازم درمانگر و اعلام رضایت بیماران برای شرکت در پژوهش، تعداد ۴۵ نفر به صورت تصادفی با پرتاب تاس (اعداد ۱ و ۲ گروه شناختی رفتاری، اعداد ۳ و ۴ گروه تعهد و پذیرش و اعداد ۵ و ۶ گروه کنترل) در سه گروه درمان شناختی رفتاری، درمان تعهد و پذیرش و گروه کنترل قرار گرفتند.

ملاک های ورود به پژوهش رضایت و تمایل آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۵-۴۵ سال، شاخص توده بدنی بالاتر از ۲۵ کیلوگرم بر مترمربع، حداقل تحصیلات دیپلم و عدم استفاده از داروهای روانپزشکی بود. ملاک های خروج از پژوهش، سابقه در یافت درمان های روانشناختی در طول یک سال گذشته، استفاده از هرگونه داروی روان گردان و درمان دارویی حداقل به مدت ۶ ماه قبل از ارزیابی و مصاحبه اولیه بودند. همه اعضای گروه های آموزشی و گروه کنترل قبل از اجرای روش های آموزشی، جهت انجام پیش آزمون پرسش نامه های پژوهش را تکمیل کردند. در این پژوهش ضمن ارائه دستورالعمل آزمون ها مواردی از قبیل هدف از اجرای پژوهش، لزوم پاسخ دهی به تمام سؤالات پرسش نامه ها و اطمینان از محرمانه ماندن و رعایت اصل رازداری به اطلاع آنها رسید، همچنین، پرسش نامه همه شرکت کنندگان در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری کدگذاری شد و به هر

بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب های فردی تلاش می کند [۲۱]. در مطالعه Petäjä و همکاران، افزایش انعطاف پذیری روانشناختی به دنبال مداخله به سبک زندگی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بزرگسالان دارای اضافه وزن، با بهبود سلامت خودارزیابی شده و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همراه بود [۲۲]. همچنین، نتایج پژوهش Power و همکاران نشان داد که هر دو رویکرد شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی داری به کاهش خوردن هیجانی در افراد مبتلا به اضافه وزن کمک می کنند [۲۳].

با توجه به روند رو به گسترش استفاده از درمان های روانشناختی و توجه درمانگران به بهره گیری از روش های کم هزینه که بتواند در کمترین زمان به پاسخ برسد، استفاده از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری می تواند زمینه جدیدی را در کنترل اضافه وزن در ایران فراهم کند [۲۴]. خلأ پژوهش های مقایسه ای نه تنها در زمینه تبیین سازوکارهای مؤثر هر یک از این رویکردهای درمانی باقی مانده، بلکه در شناسایی شرایط و ویژگی های فردی که ممکن است بر پاسخ به این درمان ها تأثیرگذار باشند نیز کمتر بررسی شده است [۱۸]. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر مؤلفه های پری شانی هیجانی و سبک زندگی مرتبط با چاقی در افراد مبتلا به اضافه وزن با رفتار خوردن آشفته انجام شد.

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده، پیش آزمون-پس آزمون و مرحله پیگیری دو ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به اضافه وزن با رفتار خوردن آشفته مراجعه کننده به دو کلینیک درمان چاقی شهر تهران (مهرداد و بهپویان که به صورت در دسترس مشخص شدند) از دی ماه سال ۱۴۰۲ تا خرداد سال ۱۴۰۳ به تعداد ۲۰۰ نفر بودند.

شرکت‌کننده یک کد اختصاصی داده شد و حق خروج در هر مرحله از پژوهش به مشارکت‌کنندگان داده شد. سپس، هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای از اول مرداد تا پنجم شهریور، درمان شناختی رفتاری با توجه به پروتکل درمانی Miri و همکاران [۱۸] برای گروه آزمایش اول و هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان تعهد و پذیرش با توجه به پروتکل در مانی Guerrini Usubini و همکاران [۲۰] برای گروه دوم اجرا شد. دو هفته اول، جلسات دو بار در هفته و سپس یکبار در هفته در مکان کلینیک مشاوره، در ساعت ۱۷ تا ۱۸:۳۰ برگزار شد. پس از پایان ۸ جلسه، پرسش‌نامه‌ها توسط اعضاء دو گروه به صورت جداگانه تکمیل شد. دوره پیگیری دو ماهه نیز بر روی تمام گروه‌ها انجام شد. مداخله‌ها توسط یک نفر، دانشجوی دکتری که دوره‌های آموزشی این مداخله‌ها را گذرانده بود در کلینیک انجام شد و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمان، به منظور رعایت اخلاق حرفه‌ای درمان پذیرش و تعهد بر روی گروه کنترل اجرا شد. در این مطالعه، به علت محدودیت روش شناختی کورسازی تنها برای آزمودنی‌ها انجام شد که اطلاع نداشتند در گروه آزمایش یا کنترل قرار دارند و درمانگر در جریان انجام پژوهش بود.

خلاصه محتوای جلسات درمان در جداول ۱ و ۲ آمده است. ابزار مورد استفاده در این پژوهش چک لیست اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه‌های پریشانی هیجانی و سبک زندگی مربوط به چاقی بود. اطلاعات جمعیت شناختی که جمع‌آوری شدند شامل سن، جنسیت و مدت زمان ابتلا به اضافه‌وزن بود.

پرسشنامه پریشانی هیجانی (Distress Tolerance Scale): این پرسش‌نامه توسط Simons و Gaher (۲۰۰۵) ساخته شد و ۱۵ ماده دارد. مواد این مقیاس پریشانی هیجانی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام تنظیم‌کننده‌ها برای تسکین پریشانی، مورد سنجش قرار می‌دهند. مقیاس

پریشانی هیجانی چهار خرده مقیاس دارد. ۱- تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، ۲- جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و ۴- تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی). این پرسش‌نامه مؤلفه‌های تحمل (سؤالات ۱، ۳ و ۵)، جذب (سؤالات ۲، ۴ و ۱۵)، ارزیابی (سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم (سؤالات ۸، ۱۳، ۱۴) را بر روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱=کاملاً موافق تا ۵=کاملاً مخالف) می‌سنجد. دامنه نمرات از ۱۵ تا ۷۵ است و نمرات بالاتر در این مقیاس تحمل بالای پریشانی را نشان می‌دهد [۲۶]. پژوهشگران مختلف پایایی و روایی این پرسش‌نامه را بررسی کرده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ بدست آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود، رابطه منفی دارد [۲۶]. در مطالعه Mahmoudpour و همکاران، با هدف تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تحمل پریشانی بر روی نمونه‌ای متشکل از ۲۷۸ نفر از سالمندان شهر تهران، ضرایب پایایی عامل‌های پرسش‌نامه تحمل پریشانی بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ بدست آمد. همچنین ضریب کل پایایی پرسشنامه، ۰/۸۹ گزارش شد [۲۷]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و برای مؤلفه‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷، و ۰/۸۱ بدست آمد.

پرسش‌نامه سبک زندگی مربوط به چاقی Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire (WELQ): این پرسش‌نامه توسط Clark و همکاران (۱۹۹۱) برای اندازه‌گیری توانایی خودمهارگری بین افراد چاق در جستجوی درمان ساخته شد. یک ابزار خودگزارش‌دهی ۲۰ سؤالی که اطمینان فرد در مورد خودداری از خوردن را در

شرایط گوناگون می‌سنگد. این ابزار نمره کلی و نمره‌های خرده مقیاس‌ها را به طور جداگانه محاسبه می‌کند. سؤال‌ها در مقیاس ده نقطه‌ای لیکرت از صفر (نامطمئن) تا ۹ (بسیار مطمئن) پاسخ داده می‌شوند و شامل خرده مقیاس‌های هیجان‌های منفی (موارد ۸، ۱۱، ۱۶، ۶، ۱۶)، در دسترس بودن (۲، ۷، ۱۲، ۱۷)، فشار اجتماعی (۳، ۱، ۱۳، ۱۸)، ناراحتی جسمانی (۴، ۹، ۱۴، ۱۹) و فعالیت‌های مثبت (۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰) می‌باشد. به منظور کسب نمره کلی این پرسشنامه، نمره همه سؤال‌ها جمع و تقسیم بر ۲۰ می‌شود و جهت بدست آوردن نمره برای هر خرده مقیاس جمع سؤال‌های همان زیرمقیاس تقسیم بر ۴ می‌شود. Clark و همکاران، بارهای عاملی برای این ۲۰ گویه را برای خرده مقیاس در دسترس بودن (۰/۶۲) و (۰/۸۳)؛ هیجان‌های منفی (۰/۸۷ و ۰/۸۱)؛ ناراحتی

جسمانی (۰/۸۲ و ۰/۸۴)؛ فعالیت‌های مثبت (۰/۷۰) و (۰/۷۹) و فشار اجتماعی (۰/۹۰ و ۰/۸۹) بدست آوردند [۲۸]. در مورد روایی همزمان همبستگی نمرات کل آن با نمرات کل مقیاس توانایی خودمهارگری خوردن به میزان ۰/۶۷ می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در پژوهش Fathi و Latifi (۱۴۰۱) نیز تأیید، و مقادیر ضرایب همبستگی درونی برای خرده مقیاس‌ها و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۶۰ و ۰/۸۸ تعیین شده است [۲۹]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و برای مؤلفه‌های هیجان‌های منفی، در دسترس بودن، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی و فعالیت‌های مثبت به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۸۵ و ۰/۹۱ بدست آمد.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمانی شناختی رفتاری Miri و همکاران برای افراد مبتلا به اضافه‌وزن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تهران در سال ۱۴۰۲

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، معرفی اجمالی نوع درمان و اهداف پروتکل درمانی، 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، استفاده از تکنیک‌های استاندارد فعال‌سازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند منفی و ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد.
سوم	بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد بیماران مبتلا به اضافه‌وزن، چالش با افکار خودآیند به روش سقراطی، آموزش رفتاری کنترل ولع و برخوردی.
چهارم	آموزش نقش کلید واژه‌ها، جملات تأکیدی، سیستم حمایتی و چگونگی استفاده از آنها در کاهش وزن، باز شناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیت‌های خاص، استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین، بررسی چند مورد از مسائل آماجی افراد.
پنجم	توسعه آگاهی نسبت به باورهای زیربنایی، تقویت خودگویی‌های مثبت، استفاده از تکنیک‌های رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی.
ششم	معرفی غذاهای اغواکننده و میزان کالری آنها و آموزش نحوه برخورد با آنها، استفاده از تکنیک‌های شناختی رفتاری در مورد جرأت‌ورزی، نقش چاقی و اضافه‌وزن در کاهش جرأت‌ورزی، آموزش حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی.
هفتم	تبیین و توضیح ماهیت انواع لذت‌آنی و غائی متمرکز بر مواد غذایی، شناسایی بیشتر باورهای غیرشرطی و باورهای هسته‌ای، اصلاح باورهای قدیمی و ناکارآمد با باورهای جدید، تجدید ساختار خاطرات اوایل زندگی، ادامه تولید و توسعه باورهای مثبت جایگزین از طریق توسعه مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، ایجاد آمادگی برای به‌کارگرفتن روش‌های آموخته شده در شرایط زندگی آینده.
هشتم	جمع‌بندی درمان و پیشگیری از عود، در انتهای جلسه قرار داد وابستگی (یک شیوه درمانی رفتاری که به موجب آن به منظور مبادله پاداش برای ابراز رفتارهای مطلوب بین اعضای گروه توافق‌هایی صورت می‌گیرد).

جدول ۲- خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد Guerrini Usubini و همکاران برای افراد مبتلا به اضافه وزن مراجعه کننده به کلینیک های تهران در سال ۱۴۰۲

جلسه	محتوای جلسات
اول	بحث در مورد حدود رازداری، برقراری رابطه درمانی، بیان اهداف و سیر درمان بستن قرارداد درمانی، اخذ رضایت نامه از شرکت کنندگان، پر کردن پرسش نامه های پیش آزمون.
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.
سوم	معرفی کنترل به عنوان یک مسئله، آموزش در مورد دنیای درون و بیرون، آموزش در مورد تعهد رفتاری، آموزش استعاره پلی گراف.
چهارم	ادامه کنترل به عنوان یک مسئله، استعاره دو مقیاس برای ایجاد تمایل، استعاره مهمان، اشاره به احساس پاک و ناپاک.
پنجم	ایجاد گسلس، آموزش استعاره اعداد و اتوبوس، بررسی افکار ناخوشایند به عنوان واقعیت، تعهدات رفتاری.
ششم	خود به عنوان زمینه (صحبت از من و من مشاهده گر)، بررسی ارزش ها، بررسی فرم شرح ارزش ها، تمرین ارزش ها.
هفتم	ادامه صحبت از خود به عنوان زمینه با گفتن استعاره شطرنج، تمرین کیک شکلاتی، تمرین قطبیت ذهنی و تمرین پرش، بررسی ارزش ها.
هشتم	ارزیابی تعهد به عمل، استعاره حباب و نهال، آموزش تمرین محتوا روی کارت، ارزیابی تعهد به عمل و جمع بندی جلسات.

جمعیت شناختی در سه گروه از آزمون مجذور کای استفاده شد. سطح معنی داری در آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان گروه درمان شناختی رفتاری $5/24 \pm 33/20$ ، گروه درمان پذیرش و تعهد $5/58 \pm 35/33$ و گروه کنترل $5/28 \pm 34/00$ سال بود. نتایج آزمون مجذور کای در خصوص سن، جنسیت و مدت زمان ابتلا به بیماری بین گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری نشان نداد ($p > 0/05$) (جدول ۳).

داده های مطالعه با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. از روش آماری آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر برای تحلیل داده ها استفاده شد. قبل از تحلیل آماری ابتدا مفروضات این آزمون شامل نرمال بودن توزیع داده متغیرهای وابسته بر اساس همه متغیرهای مستقل درون گروهی و بین گروهی با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون امباکس، کرویت واریانس های درون گروهی از طریق آزمون ماچلی بررسی و تأیید شد. برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی Bonferroni و برای مقایسه اطلاعات

جدول ۳- ویژگی های جمعیت شناختی افراد مبتلا به اضافه وزن مراجعه کننده به کلینیک های تهران سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

P	شناختی رفتاری			متغیر	
	کنترل فراوانی (درصد)	پذیرش و تعهد فراوانی (درصد)	شناختی رفتاری فراوانی (درصد)		
۰/۳۷۷	۵ (۲۳/۳۳)	۷ (۴۶/۷۲)	۹ (۶۰)	۲۵ تا ۳۵	سن (سال)
	۱۰ (۶۶/۷۳)	۸ (۵۳/۳۵)	۶ (۴۰)	۴۵ تا ۳۶	
۰/۴۶۷	۴ (۲۶/۷۵)	۷ (۴۶/۷۲)	۵ (۳۳/۳۳)	زن	جنسیت
	۱۱ (۷۳/۳۳)	۸ (۵۳/۳۵)	۱۰ (۶۶/۷۲)	مرد	
۰/۲۴۹	۹ (۶۰)	۷ (۴۶/۷۲)	۶ (۴۰)	کمتر از ۱۰ سال	مدت زمان ابتلاء
	۶ (۴۰)	۸ (۵۳/۳۵)	۹ (۶۰)	بیشتر از ۱۰ سال	بیماری

آزمون مجذور کای، * $p < 0/05$ اختلاف معنی دار

پذیرش و تعهد در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون بهبود یافته است. هم‌چنین میانگین و انحراف معیار نمرات سبک زندگی مرتبط با چاقی افراد مبتلا به اضافه‌وزن در گروه درمان شناختی رفتاری و درمان پذیرش و تعهد در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون بهبود یافته است.

در جدول ۴، میانگین و انحراف معیار نمرات پریشانی هیجانی و سبک زندگی مرتبط با چاقی افراد مبتلا به اضافه‌وزن در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک آمده است. ملاحظه می‌شود میانگین نمرات پریشانی هیجانی در گروه درمان شناختی رفتاری و درمان

جدول ۴- آماره‌های توصیفی نمرات پریشانی هیجانی و سبک زندگی مرتبط با چاقی افراد مبتلا به اضافه‌وزن مراجعه کننده به کلینیک‌های تهران در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

گروه	متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
درمان شناختی رفتاری	تحمل	۶/۳۳±۲/۸۷	۸/۵۳±۱/۸۹	۸/۱۳±۲/۳۹
درمان پذیرش و تعهد	تحمل	۵/۳۳±۲/۲۳	۱۰/۹۳±۲/۴۳	۱۰/۳۳±۲/۵۳
کنترل	تحمل	۵/۸۷±۲/۵۰	۵/۵۳±۳/۷۲	۶/۴۷±۳/۷۸
درمان شناختی رفتاری	جذب	۷/۲۷±۱/۸۳	۹/۹۳±۱/۸۷	۹/۸۰±۲/۲۴
درمان پذیرش و تعهد	جذب	۶/۷۳±۲/۲۵	۹/۸۰±۲/۰۵	۹/۸۰±۲/۲۱
کنترل	جذب	۶/۳۳±۱/۸۸	۵/۸۰±۲/۵۷	۶/۳۳±۲/۵۳
درمان شناختی رفتاری	ارزیابی	۱۶/۰۰±۳/۴۹	۲۱/۱۳±۴/۵۲	۲۲/۲۷±۴/۰۲
درمان پذیرش و تعهد	ارزیابی	۱۵/۳۳±۵/۳۰	۲۲/۸۷±۵/۹۰	۲۲/۲۷±۴/۴۶
کنترل	ارزیابی	۱۷/۲۰±۳/۳۰	۱۶/۶۰±۵/۳۳	۱۸/۶۰±۶/۰۵
درمان شناختی رفتاری	تنظیم	۶/۱۳±۱/۴۱	۹/۶۷±۱/۸۱	۹/۴۰±۱/۸۴
درمان پذیرش و تعهد	تنظیم	۷/۴۰±۲/۶۴	۹/۹۳±۱/۷۵	۹/۸۰±۱/۵۵
کنترل	تنظیم	۶/۴۷±۲/۰۷	۵/۸۰±۳/۰۵	۶/۷۳±۳/۶۵
درمان شناختی رفتاری	هیجان‌های منفی	۱۹/۶۷±۴/۷۰	۱۴/۶۷±۴/۵۸	۱۵/۰۰±۳/۳۰
درمان پذیرش و تعهد	هیجان‌های منفی	۲۰/۰۷±۴/۳۰	۱۶/۹۳±۵/۳۶	۱۶/۹۳±۵/۰۶
کنترل	هیجان‌های منفی	۲۰/۲۰±۳/۷۶	۱۹/۶۷±۳/۹۰	۱۹/۹۳±۴/۶۵
درمان شناختی رفتاری	در دسترس بودن	۱۹/۵۳±۳/۰۹	۱۴/۲۷±۴/۳۰	۱۴/۸۰±۳/۶۱
درمان پذیرش و تعهد	در دسترس بودن	۱۹/۲۷±۳/۳۹	۱۶/۲۰±۴/۳۶	۱۷/۰۰±۳/۹۸
کنترل	در دسترس بودن	۱۹/۴۷±۳/۲۷	۱۹/۲۰±۳/۴۹	۱۹/۸۰±۳/۹۰
درمان شناختی رفتاری	فشار اجتماعی	۲۱/۶۰±۴/۱۵	۱۶/۰۰±۵/۴۵	۱۶/۸۰±۴/۷۵
درمان پذیرش و تعهد	فشار اجتماعی	۲۱/۲۰±۴/۴۶	۱۸/۶۷±۵/۴۵	۱۹/۶۰±۵/۴۳
کنترل	فشار اجتماعی	۲۱/۶۰±۴/۲۲	۲۱/۲۰±۴/۵۲	۲۲/۰۰±۵/۰۲
درمان شناختی رفتاری	ناراحتی جسمانی	۲۱/۴۷±۵/۱۲	۱۶/۰۰±۴/۹۲	۱۶/۱۳±۵/۲۲
درمان پذیرش و تعهد	ناراحتی جسمانی	۲۱/۶۰±۴/۸۵	۱۸/۶۷±۴/۰۵	۱۸/۹۳±۳/۷۷
کنترل	ناراحتی جسمانی	۲۱/۴۷±۴/۱۵	۲۱/۰۷±۴/۵۵	۲۰/۶۰±۵/۰۵
درمان شناختی رفتاری	فعالیت‌های مثبت	۲۱/۳۳±۵/۸۵	۱۴/۱۳±۵/۵۸	۱۴/۶۷±۵/۷۹
درمان پذیرش و تعهد	فعالیت‌های مثبت	۲۱/۴۷±۵/۸۹	۱۷/۷۳±۵/۸۳	۱۶/۹۳±۵/۳۹
کنترل	فعالیت‌های مثبت	۲۱/۲۰±۵/۲۹	۲۱/۷۳±۵/۰۲	۲۱/۲۰±۵/۱۹

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد، که شرط نرمال بودن توزیع داده‌ها برای پریشانی هیجانی ($F=۰/۸۵۴$)، $p=۰/۳۴۲$ و برای سبک زندگی مرتبط با چاقی

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد، که شرط نرمال بودن توزیع داده‌ها برای پریشانی هیجانی ($F=۰/۸۵۴$)، $p=۰/۳۴۲$ و برای سبک زندگی مرتبط با چاقی

در مجموع اندازه اثرها بیانگر تأثیر معنی‌دار مداخله بر تغییرات مؤلفه‌های پریشانی هیجانی در طول زمان می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها و نیز روند تغییرات در سه مرحله اندازه‌گیری معنی‌دار بوده است.

با توجه به نتایج جدول ۵، بین نمرات مؤلفه‌های پریشانی هیجانی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). تأثیر مداخلات بکار گرفته شده بر بهبود نمرات مؤلفه‌های پریشانی هیجانی در افراد مبتلا به اضافه‌وزن با رفتار خوردن آشفته شرکت‌کننده در پژوهش بعد از دو ماه پیگیری همچنان پایدار بوده است. نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد تفاوت بین دو رویکرد درمانی شناختی رفتاری و تعهد و پذیرش با گروه کنترل در مؤلفه‌های پریشانی هیجانی معنی‌دار است. همچنین، میزان تغییر در گروه درمان پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های پریشانی هیجانی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه درمان شناختی رفتاری بوده است ($p = 0/032$).

بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس نشان داد که این مفروضه برقرار است ($F = 1/18$, Box's $M = 172/45$, $p = 0/325$). نتایج آزمون کرویت Mauchly نیز برقراری شرط کرویت را رد کرد ($p < 0/001$) با عدم فرض کرویت از تصحیح آزمون Greenhouse-Geisser در سه بار اندازه‌گیری و برای آثار درون آزمودنی‌ها استفاده شد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات ترکیب خطی مؤلفه‌های پریشانی هیجانی و سبک زندگی مربوط به چاقی در گروه‌ها ($F = 28/46$, $p < 0/001$ ، $F = 106/96$ ، $p < 0/001$ ، $F = 106/96$ ، $p < 0/001$ ، $F = 106/96$ ، $p < 0/001$) و تعامل مراحل و گروه ($F = 7/64$ ، $p = 0/001$ ، $F = 539$ ، $p = 0/001$) وجود دارد.

برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همانگونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود، نتایج نشان داد بین افراد مبتلا به اضافه‌وزن در مؤلفه‌های پریشانی هیجانی، از لحاظ گروه، زمان اندازه‌گیری و تعامل گروه و زمان، تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($p < 0/001$). /۲۲

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بر روی مؤلفه‌های پریشانی هیجانی افراد مبتلا به اضافه‌وزن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تهران در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر پژوهش	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
تحمل	بین آزمودنی	گروه	۱۹۲/۶۴	۲/۰۰	۹۶/۳۲	۵/۷۶	*۰/۰۰۱	۰/۲۲
	درون آزمودنی	زمان	۱۸۴/۱۹	۱/۳۴	۱۳۷/۰۰	۲۹/۱۸	*۰/۰۰۱	۰/۴۱
		گروه*زمان	۱۴۷/۳۲	۲/۶۹	۷۹/۵۴	۶۷/۱۱	*۰/۰۰۱	۰/۳۶
جذب	بین آزمودنی	گروه	۲۲۵/۲۴	۲/۰۰	۱۱۲/۶۲	۱۱/۲۴	*۰/۰۰۱	۰/۳۵
	درون آزمودنی	زمان	۹۷/۶۰	۱/۸۱	۵۳/۹۹	۲۳/۸۳	*۰/۰۰۱	۰/۳۶
		گروه*زمان	۶۷/۰۲	۳/۶۲	۱۸/۵۴	۸/۱۸	*۰/۰۰۱	۰/۲۸
ارزیابی	بین آزمودنی	گروه	۱۹۲/۰۲	۲/۰۰	۹۶/۰۱	۴/۳۲	*۰/۰۰۱	۰/۱۸
	درون آزمودنی	زمان	۶۰۸/۶۴	۱/۴۳	۴۲۴/۳۲	۲۱/۲۲	*۰/۰۰۱	۰/۳۴
		گروه*زمان	۲۸۳/۴۱	۲/۸۷	۹۸/۷۹	۴/۹۴	*۰/۰۰۱	۰/۱۹

تنظیم	بین آزمودنی	گروه	۱۸۰/۵۵	۲/۰۰	۹۰/۲۷	۷/۶۰	*۰/۰۰۱	۰/۲۷
درون آزمودنی	زمان		۱۰۷/۷۵	۱/۴۴	۷۴/۸۸	۲۵/۱۵	*۰/۰۰۱	۰/۳۸
گروه*زمان			۷۶/۳۰	۲/۸۸	۲۶/۵۱	۸/۹۰	*۰/۰۰۱	۰/۳۰

نتایج بر اساس اصلاح آزمون Greenhouse-Geisser ارائه شده است. * $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

با توجه به نتایج جدول ۶، بین نمرات مؤلفه‌های سبک زندگی مربوط به چاقی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.001$). تأثیر مداخلات بکار گرفته شده بر بهبود نمرات مؤلفه‌های سبک زندگی مربوط به چاقی در افراد مبتلا به اضافه وزن با رفتار خوردن آشپخته شرکت‌کننده در پژوهش بعد از دو ماه پیگیری همچنان پایدار بود. نتایج مقادیر اندازه اثر، میزان اثربخشی هر یک از عوامل گروه، زمان و تعامل گروه و زمان در تغییرات ایجاد شده را نشان می‌دهد.

جدول ۶- آزمون تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری مکرر مؤلفه‌های سبک زندگی مربوط به چاقی افراد مبتلا به اضافه‌وزن مراجعه کننده به کلینیک‌های تهران در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر پژوهش	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
هیجان‌های منفی	بین آزمودنی	گروه	۲۷۵/۲۲	۲/۰۰	۱۳۷/۶۱	۳/۸۰	۰/۰۳	۰/۱۵
	درون آزمودنی	زمان	۲۳۴/۲۴	۱/۵۴	۱۵۲/۶۴	۲۵/۵۴	۰/۰۱	۰/۳۸
		گروه- زمان	۱۰۰/۵۲	۳/۰۷	۳۲/۷۵	۵/۴۸	*۰/۰۰۱	۰/۲۱
در دسترس بودن	بین آزمودنی	گروه	۲۴۷/۱۷	۲/۰۰	۱۲۳/۵۹	۴/۱۵	۰/۰۲	۰/۱۷
	درون آزمودنی	زمان	۲۰۳/۵۷	۱/۹۴	۱۰۵/۱۶	۱۸/۶۷	*۰/۰۰۱	۰/۳۱
		گروه- زمان	۱۲۷/۱۹	۳/۸۷	۳۲/۸۵	۵/۸۳	*۰/۰۰۱	۰/۲۲
فشار اجتماعی	بین آزمودنی	گروه	۲۷۰/۴۶	۲/۰۰	۱۳۵/۲۳	۳/۵۸	۰/۰۴	۰/۱۴
	درون آزمودنی	زمان	۱۹۲/۰۶	۱/۹۱	۱۰۰/۵۷	۱۰/۳۴	*۰/۰۰۱	۰/۲۰
		گروه- زمان	۱۳۷/۱۹	۳/۸۲	۳۵/۹۲	۳/۶۹	۰/۰۱	۰/۱۵
ناراحتی جسمانی	بین آزمودنی	گروه	۱۸۷/۹۷	۲/۰۰	۹۳/۹۹	۴/۰۷	۰/۰۲	۰/۱۷
	درون آزمودنی	زمان	۲۹۳/۲۲	۱/۲۹	۲۲۷/۷۹	۱۵/۱۹	*۰/۰۰۱	۰/۲۷
		گروه- زمان	۱۰۶/۴۳	۲/۵۷	۴۱/۳۴	۳/۷۶	۰/۰۲	۰/۱۴
فعالیت‌های مثبت	بین آزمودنی	گروه	۱۸۷/۹۷	۲/۰۰	۹۳/۹۹	۴/۰۷	۰/۰۲	۰/۱۷
	درون آزمودنی	زمان	۳۹۰/۴۰	۱/۷۷	۲۲۰/۵۱	۱۵/۵۳	*۰/۰۰۱	۰/۲۷
		گروه* زمان	۲۷۰/۹۳	۳/۵۴	۷۶/۵۲	۵/۳۹	*۰/۰۰۱	۰/۲۰

* $p < 0.001$ اختلاف معنی دار

بحث

از تغییر و کاهش نشانه، به داشتن یک زندگی ارزشمند برگرداند [۳۳].

همچنین، نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تحمل پریشانی هیجانی در افراد مبتلا به اضافه‌وزن و دارای رفتارها و نگرش‌های خوردن آشفته، در مرحله پیگیری بالاتر از درمان شناختی رفتاری بوده است. این نتایج با یافته‌های مطالعه Levin و همکاران همسو است [۳۴]. در این مطالعه نمونه‌ای از افراد بزرگسال که اضافه‌وزن و چاقی داشتند، به طور تصادفی برنامه ۸ هفته‌ای تعهد و پذیرش را دریافت کردند. شرکت‌کنندگان در نمرات وزن، سلامت روان، خودانگاره وزن و انعطاف‌پذیری روانشناختی به‌طور قابل توجهی بیشتر از گروه کنترل بهبود یافتند. در تبیین جایگاه ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌توان گفت ممکن است به‌طور خاص برای افرادی که اختلال‌های خوردن آشفته دارند مناسب باشد؛ زیرا این درمان به‌صورت مستقیم هیجان‌ات و رفتارهای ناسازگار را هدف می‌گیرد تا عملکرد روزانه را بهبود بخشد. این هدف با تضعیف تلاش‌های فراگیر برای تنظیم تجربیات هیجانی ناخواسته (شامل رفتارهای مشکل‌ساز خوردن یا روش‌های غیر کاربردی برای تنظیم تجربیات درونی) انجام می‌شود و انجام رفتارهای جایگزین برای تجربه کردن زمان حال را به‌طور باز و آزاد بالا می‌برد [۱۳]. این درمان اشتباهات افراد با مشکل پریشانی هیجانی را هدف قرار می‌دهد، مانند اجتناب از وضعیت‌هایی که افکار و احساسات مربوط به پریشانی را فرا می‌خواند [۳۱].

از محدودیت‌های تحقیق حاضر، انجام آن در شهر تهران بود که در تعمیم نتایج آن به شرایط دیگر باید به تشابه موقعیتی و تفاوت‌های فرهنگی توجه نمود. به دلیل این‌که جامعه آماری این پژوهش افراد مبتلا به اضافه‌وزن با رفتارهای خوردن آشفته می‌باشد در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به محدود و خاص بودن نمونه توجه شود. دوسوکور نبودن این پژوهش محدودیت روش شناختی آن بود. در مطالعه حاضر کورسازی تنها برای

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های پریشانی هیجانی و سبک زندگی مرتبط با چاقی در افراد مبتلا به اضافه‌وزن و دارای رفتارها و نگرش‌های خوردن آشفته انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر پریشانی هیجانی و سبک زندگی مرتبط با چاقی در افراد مبتلا به اضافه‌وزن و دارای رفتارها و نگرش‌های خوردن آشفته اثربخش هستند. نتایج پژوهش با یافته‌های مطالعه Najjar Kakhki و همکاران [۲۴]، Lecerf و همکاران [۳۰] و Tavallaei و همکاران [۳۱] همخوانی دارد. مطالعه Lecerf و همکاران، اثرات یک برنامه در مان شناختی رفتاری آنلاین شامل تغذیه آگاهانه و آموزش درمانی را در طول مدت درمان ۶ تا ۹ ماه بررسی کرده است. تعداد ۷۰ بیمار در این برنامه گنجانده شدند. پنجاه و چهار نفر مطالعه را تکمیل کردند و تحت تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. وزن، دور کمر و مصرف انرژی به‌طور قابل توجهی کاهش یافت و بهبود گوش دادن به سیگنال‌های گرسنگی درونی و سیری و همچنین کاهش خوردن احساسی و خوردن بیرونی مشاهده شد [۳۰]. در یک مطالعه طولی مشاهده‌ای آینده‌نگر توسط Mohseni و همکاران، ۹۶ بزرگسال مبتلا به چاقی تحت مداخله ۱/۵ ساله در مان شناختی رفتاری قرار گرفتند. کاهش آسیب‌شناسی روانی، افزایش کیفیت زندگی و کاهش اختلال خوردن در آزمودنی‌ها مشاهده شد [۳۲].

در درمان شناختی رفتاری بازسازی شناختی مطرح می‌شود، هدف بازسازی شناختی بر خورد مستقیم با ارزیابی‌های سطح اول، به منظور اصلاح نظام‌های باور عمیق‌تر و نیمه‌هشیار است و فرض بر این است که این باورها نقش مهمی در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌پذیری هیجانی ایفا می‌کنند. اما از منظر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حقیقت مداخلات می‌خواهد مراجع تمرکز را

آموزشی که به بیماران کمک می‌کند مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری خود را تقویت کنند، می‌تواند در کاهش پریشانی هیجانی و بهبود سبک زندگی مربوط به چاقی مؤثر باشد.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد.

سهم نویسندگان

طراحی و مفهوم‌سازی مطالعه بر عهده نویسنده مسئول بود. روش‌شناسی و تحلیل داده‌ها توسط نویسنده سوم و اجرای پروتکل بوسیله نویسنده اول انجام شد.

تقدیر و تشکر

از تمامی شرکت‌کنندگان جهت مشارکت در پژوهش و از مسئولین مراکز درمانی جهت پشتیبانی و همکاری در اجرای پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

آزمودنی‌ها انجام شد که اطلاع نداشتند در گروه آزمایش یا کنترل قرار دارند. همچنین، در این پژوهش تنها ابزار استفاده شده، پرسش‌نامه بود که می‌تواند دستخوش بی‌دقتی، کم‌حوصلگی یا برداشت‌های شخصی آزمودنی‌ها شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در مناطق مختلف کشور با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی انجام شود. این کار می‌تواند به درک بهتر تأثیر متغیرهای اجتماعی و فرهنگی بر سبک زندگی مرتبط با چاقی و پریشانی هیجانی کمک کند و نتایج را به طور دقیق‌تری تعمیم دهد.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در بهبود پریشانی هیجانی و سبک زندگی مربوط به چاقی در افراد مبتلا به اضافه وزن با رفتار خوردن آشفته سودمندی داشتند. مداخلاتی مانند کارگاه‌های آموزشی و جلسات گروه‌درمانی منطبق با تکنیک‌های این رویکردهای درمانی می‌تواند مورد توجه درمانگران قرار گیرد. برگزاری دوره‌های

References

1. Oh J, Mun WL, Lee YE, Roh SY, Kim G. Interrelation Between BMI, Dietary Habits, Self-Rated Health, and Body Image Perception Among Korean Adolescents: The Korea Youth Risk Behavior Web-Based Survey 2022. *Nutrients*. 2025; 17(2): 253.
2. Ji L, Jiang H, Bi Y, Li H, Tian J, Liu D, Zhao Y, Qiu W, Huang C, Chen L, Zhong S. Once-weekly mazdutide in Chinese adults with obesity or overweight. *N Engl J Med*. 2025 Jun 12;392(22):2215-25.
3. World Health Organization. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): Report on the sixth round of data collection, 2022–2024. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2025 Oct 27.
4. Khalid R, Lister NB, Paxton SJ, Maguire S, Libesman S, Seidler AL, et al. Potential pathways to the onset and development of eating disorders in people with overweight and obesity: A scoping review. *Obesity Reviews*. 2025; 6(1): e13840.
5. Wąsacz M, Sarzyńska I, Ochojska D, Błajda J, Bartkowska O, Brydak K, et al. Psychosocial Consequences of Excess Weight and the Importance of Physical Activity in Combating Obesity in Children and Adolescents: A Pilot Study. *Nutrients*. 2025; 17(10): 1690.
6. Gravina D, Violi M, Bordacchini A, Diadema E, Fantasia S, Simoncini M, et al. Emotional Eating, Impulsivity, and Affective Temperaments in a Sample of Obese Candidates for Bariatric Surgery: Which Linkage? *Brain Sciences*. 2025; 15(4): 372-381.
7. Calugi S, Dalle Grave R. Psychological features in obesity: A network analysis. *International Journal of Eating Disorder*. 2020; 53(2): 248-255.
8. Brown RJ, Burton AL, Abbott MJ. The relationship between distress tolerance and symptoms of depression: Validation of the Distress Tolerance Scale (DTS) and short-form (DTS-SF). *Journal of Clinical Psychology*. 2022; 78(12): 2609-2630.
9. Kozak AT, Davis J, Brown R, Grabowski M. Are overeating and food addiction related to distress tolerance? An examination of residents with obesity from a US metropolitan area. *Obesity research & clinical practice*. 2017; 11(3): 287-298.
10. Steptoe A, Frank P. Obesity and psychological distress. *Philosophical Transactions of the Royal Society B* 2023; 378(1888): 20220225.
11. Huang TY, Jiang DX, Zhang DX, Yuan W, Cao WN, Bai QY, et al. Personality traits and the response to lifestyle interventions for adult obesity: A systematic review and meta-analysis. *Personality and Individual Differences* 2024; 219: 112497.
12. Simone M, Telke S, Anderson LM, Eisenberg M, Neumark-Sztainer D. Ethnic/racial and gender differences in disordered eating behavior prevalence trajectories among women and men from adolescence into adulthood. *Social Science & Medicine* 2022; 294: 114720.
13. Nisar A, Watkins RC, Gillard D, Grindle CF, Thompson PA, Pegram J, et al. Adding implementation support to a universal Acceptance and Commitment Therapy-based school well-being intervention: A cluster-randomised controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2025; 36: 100886.
14. Wergeland GJ, Ghaderi A, Fjermestad K, Enebrink P, Halsaa L, Njardvik U, et al. Family therapy and cognitive behavior therapy for eating disorders in children and adolescents in routine clinical care: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2025; 34(3): 883-902.
15. Rosner R, Rau J, Kersting A, Rief W, Steil R, Rummel AM, et al. Grief-Specific Cognitive Behavioral Therapy Vs Present-Centered Therapy: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry* 2025; 82(2): 109-117.
16. Cha JY, Kim SY, Lim YW, Choi KH, Shin IS. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy and behavioral therapy in obesity: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2025; 32(1): 96-110.
17. Colombo PE, Wickramarachchi M, Lakshmi A, Kudlek L, Ahern A, Tait S, et al. The impact of behavioral weight management interventions on eating behavior traits in children with overweight or obesity: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2025; 26(1): e13839.
18. Miri SF, Javadi M, Lin CY, Griffiths MD, Björk M, Pakpour AH. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on nutrition improvement and weight of overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2019; 13(3): 2190-2197.
19. Schumacher LM, Miller N, Jennings EL, Chabria R, Butryn ML. Acceptance and Commitment Therapy for Obesity. *Current obesity reports* 2025; 14(1): 41.
20. Guerrini Usubini A, Cattivelli R, Giusti EM, Riboni FV, Varallo G, Pietrabissa G, et al. The ACTyourCHANGE study protocol: promoting a healthy lifestyle in patients with obesity with Acceptance and Commitment Therapy—a randomized controlled trial. *Trials*. 2021; 22(1): 290.

21. Arch JJ, Fishbein JN, Finkelstein LB, Luoma JB. Acceptance and commitment therapy processes and mediation: Challenges and how to address them. *Behavior therapy* 2023; 54(6): 971-988.
22. Petäjä M, Lappalainen R, Kettunen T, Lappalainen P, Kaipainen K, Muotka J, et al. Changes in self-rated health, quality of life, and psychological flexibility among adults with overweight over a 24-month acceptance and commitment therapy-based lifestyle intervention. *Health Psychology Open*. 2024; 11: 20551029241302977.
23. Power D, Jones A, Keyworth C, Dhir P, Griffiths A, Shepherd K, et al. Emotional eating interventions for adults living with overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of behaviour change techniques. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2025; 38(1): e13410.
24. Najjar Kakhki I, Kalhornia Golkar M, Nezhadmohammad Nameghi A, Mohammadi Shirmahaleh F, Valizadeh M. Comparison of the Effectiveness of Group Therapies based on Acceptance and Commitment and Schema on Coping Style Avoidance and Body Mass Index in Obese and Overweight People with Emotional Eating. *Journal of Applied Psychological Research* 2024; 15(2): 17-32. [Persian]
25. Gobadi Kahnamoue N, Azmoudeh M, Esmailpour KH, SakenAzari R. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and emotionally focused couple therapy on interpersonal emotion regulation of couples with emotional divorce. *Community Health Journal* 2024; 18(1): 11-21. [Persian]
26. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion* 2005; 29(2): 83-102.
27. Mahmoudpour A, Shariatmadar A, Borjali A, Shafiabad A. Psychometric Properties of the Distress Tolerance Scale (DTS) in the Elderly. *Quarterly of Educational Measurement* 2021; 12(46): 49-64. [Persian]
28. Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS. Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical of Psychology* 1991; 59: 739-44.
29. Fathi Z, Latifi Z. Comparing the Effectiveness of Body Appreciation Training and Self-Healing Training for Food Cravings and Weight Control Self-Efficacy among Overweight Women. *Positive Psychology Research* 2023; 8(4): 75-94. [Persian]
30. Lecerf JM, Apfeldorfer G, Hincker P, Julien-Sweerts S, Bonte AD, Deplanque D, et al. Eating behavior changes with an online cognitive behavioral therapy program for weight loss in individuals with overweight or obesity: A pilot study. *Cahiers de Nutrition et de Diététiqu* 2025.
31. Tavallaei M, Sharq MH, Seyhoun M, Tahvilian N, Hosseinzadeh M. The Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Capital, Weight and Fat Mass in Obese Women. *Tolooebehdasht* 2024; 23(4): 15-30. [Persian]
32. Mohseni M, Kuckuck S, Meeusen RE, Jiskoot G, Lengton R, Savas M, et al. Improved physical and mental health after a combined lifestyle intervention with cognitive behavioural therapy for obesity. *International journal of endocrinology and metabolism* 2022; 21(1): e129906.
33. Pital PP, Ghazali SR. Acceptance and commitment therapy and weight-related difficulties in overweight and obese adults: a systematic review. *Psychological Reports*. 2024 Dec;127 (6):2873-97.
34. Levin ME, Petersen JM, Durward C, Bingeman B, Davis E, Nelson C, et al. A randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy to improve diet and physical activity among adults who are overweight/obese. *Translational behavioral medicine* 2021; 11(6): 1216-1225.

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment on Emotional Distress and Lifestyle Related to Obesity in Overweight Individuals with Disordered Eating Behaviors: A Quasi-Experimental Study

Masoudi Z¹, Khodabakhsh M^{2*}, akbarzadeh M³

1. Ph. D student, Department of Psychology, Ne. C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ne. C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran *(Corresponding Author)
Email: Khodabakhsh@iaau.ac.ir, Tel: +98(51) 42621901
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ne. C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Received: 29 November 2025

Accepted: 20 February 2026

Introduction: Obesity and overweight are major health problems. The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment on emotional distress and lifestyle related to obesity in overweight individuals with disordered eating.

Materials and Methods: This is a a quasi-experimental study with a pre-test, post-test design, and with a control group and a two-month follow-up. The statistical population consisted of all overweight individuals with disordered eating behaviors who referred to two obesity treatment clinics in Tehran between January 2023 and June 2024 (200 individuals). 45 people were selected using convenient and purposive sampling and randomly assigned to three cognitive behavioral therapy commitment and acceptance, and control groups (15 people in each group). Cognitive-behavioral, commitment, and acceptance therapies were done for 8 sessions in the experimental groups, with no treatment for the control group. Emotional distress questionnaires (Simmons and Gaher) and obesity-related lifestyle questionnaires (Clark et al) were used. Data were analyzed using two-way repeated measures analysis of variance (ANOVA).

Results: The mean lifestyle-related obesity score of the cognitive behavioral group decreased from pre-test (103.61 ± 6.39) to post-test (75.07 ± 5.65); in the commitment and acceptance group, this score decreased from 103.58 ± 5.24 in the pre-test () to 88.27 ± 5.16 in the post-test (). The improvement rate in emotional distress scores in the commitment and acceptance treatment group was significantly greater than the cognitive behavioral therapy group. ($P=0.032$).

Conclusion: Commitment and acceptance therapy is a more effective intervention in reducing emotional distress in overweight individuals. Its use, alongside other treatment methods, is recommended by therapists and nutritionists.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Emotional distress, Obesity-related lifestyle

Please cite this article as follows:

Masoudi Z, Khodabakhsh M, akbarzadeh M. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment on Emotional Distress and Lifestyle Related to Obesity in Overweight Individuals with Disordered Eating Behaviors: A Quasi-Experimental Study. *Community Health Journal* 2025; 19(4):53-66.

Funding: This study did not receive any financial support.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Neyshabur Branch, approved the study under the code of IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1404.035.