



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به اضافه وزن

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
استادیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
استادیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

مریم رشیدی ظفر^{id}

فریبا بشردوست تجلی*^{id}

نسترن شریفی^{id}

fariba_66@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۹

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۴

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۴ | شماره ۱ پیاپی ۱۵ | ۳۴۰-۳۵۵
بهار ۱۴۰۲

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(رشیدی ظفر، بشردوست تجلی و شریفی،
۱۴۰۲)

در فهرست منابع:

رشیدی ظفر، مریم، بشردوست تجلی، فریبا، و شریفی، نسترن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به اضافه وزن. *خانواده درمانی کاربردی*. ۳۴۰-۳۵۵، (۱)۴

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدن در زنان مبتلا به اضافه وزن بود. **روش پژوهش:** طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با مرحله پیگیری در سه گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان دارای اضافه وزن (نمایه توده بدنی بین ۲۵ و ۲۹/۹) شهرستان ورامین در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که تعداد ۶۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب و در سه گروه آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند؛ ابتدا هر سه گروه با پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی لیتتون همکاران (۲۰۰۵) ارزیابی شدند. گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری با استفاده از پروتکل درمانی پیمنترا و همکاران (۲۰۱۷) و گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش تعهد با استفاده از پروتکل درمانی سیاروچی، بیلی و هریس (۲۰۰۵) به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدن ($P=0/001$, $F=28/21$) در زنان مبتلا به اضافه وزن موثر بود و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود. همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد بین دو روش درمانی تفاوت وجود ندارد و هر دو مداخله بر کاهش نگرانی از تصویر بدن موثر بودند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدن در زنان مبتلا به اضافه وزن این دو مداخله می‌توانند به عنوان روش‌های موثر در زمینه نگرانی از تصویر بدنی در افراد مبتلا به اضافه وزن مورد استفاده روانشناسان و مشاوران قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نگرانی از تصویر بدن.

مقدمه

در سال‌های اخیر، مساله اضافه وزن و چاقی در میان بسیاری از ملت‌ها شایع شده است و این موضوع، نه تنها از نظر سلامتی و تأثیرات منفی آن (بیماری‌ها، کاهش کارایی و فعالیت) در بعد جسمی اهمیت دارد، که از لحاظ روانی، اقتصادی، اجتماعی، صرف هزینه‌های پزشکی نیز تا اندازه‌ای مهم تلقی می‌شود. در سال ۱۹۴۸، ICD^۱ چاقی را در طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها قرار داد (سالیوان، ۲۰۱۱) و هم‌چنان در آخرین ویرایش این کتاب در سال ۲۰۱۹ که به دسته بندی بین المللی بیماری‌ها می‌پردازد، اضافه وزن و چاقی در طبقه بیماری‌های تغذیه‌ای دسته‌بندی می‌شوند (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۲۱) و این درحالی است که امروزه در آخرین نسخه ویرایش شده DSM-5-TR^۳ چاقی دیگر یک بیماری محسوب نمی‌شود که البته این موضوع مورد انتقاد هم قرار گرفته است. فارغ از این‌که چاقی را یک بیماری در نظر بگیریم یا نه، مساله مهم عوارض جسمی و روانی بسیار زیادی است که به واسطه افزایش وزن و چاقی به‌وقوع می‌پیوندد. سازمان بهداشت جهانی، اضافه وزن و چاقی را به عنوان تجمع چربی غیر طبیعی یا بیش از حد تعریف می‌کند که ممکن است سلامتی را مختل کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰) و برای اندازه گیری آن، شاخص توده بدنی^۴ را در سال ۱۹۹۳، معرفی کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). طبق تعریف این سازمان، در افراد بالای ۱۸ سال، شاخص توده بدنی برابر یا بیش از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع ملاک اضافه وزن، و شاخص توده بدنی برابر یا بیش از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع ملاک چاقی است (برنامه اقدام جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرقابل انتقال^۵، ۲۰۱۳). شیوع چاقی در سراسر جهان بین سالهای ۱۹۷۵ و ۲۰۱۶ تقریباً سه برابر شده است. در سال ۲۰۱۶ بیش از ۱.۹ میلیارد بزرگسال ۱۸ سال و بالاتر، معادل ۱۶٪ جمعیت جهان (۳۹٪ از مردان و ۴۰٪ از زنان) دچار اضافه وزن شدند. از این تعداد بیش از ۶۵۰ میلیون نفر معادل ۱۳٪ جمعیت جهان (۱۱٪ مردان و ۱۵٪ زنان) چاق بودند. بیشتر جمعیت جهان در کشورهای زندگی می‌کنند که اضافه وزن و چاقی، بیشتر از کمبود وزن باعث مرگ و میر افراد می‌شود. بیش از ۳۴۰ میلیون کودک و نوجوان ۵ تا ۱۹ ساله در سال ۲۰۱۶ دچار اضافه وزن یا چاقی شدند، اضافه وزن و چاقی و قند خون بالا، پس از فشار خون که عمده‌ترین عامل خطر متابولیک در سطح جهان و علت ۱۸٪ از مرگ و میرهای جهانی است، مهم‌ترین علل مرگ و میرهای نسبت داده شده به بیماری‌های غیرواگیر هستند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). نتایج مطالعه تیلکا (۲۰۱۱) نشان می‌دهد زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن، از افسردگی و اضطراب شدید ناشی از چاقی و بدشکلی بدنشان رنج برده و اختلال جسمانی شکل را گزارش کرده اند. مطالعه فرث و همکاران (۲۰۱۹) نیز سلامت روان کمتر این زنان را تایید کرد و نشان داد نارضایتی از بدن و نارضایتی عضلانی دو مؤلفه‌ای هستند که مردان را به رفتارهای مدیریت بدن ترغیب می‌کنند. بعضی افراد در مواجهه با شرایط استرس زا یا مشکلات عصبی، دچار بی‌اشتهایی عصبی^۶ و یا پراشتهایی

¹ International Classification of Disease

² World Health Organization

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision

⁴ Body Mass Index

⁵ Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases

⁶ Anorexia nervosa

عصبی^۱ می‌شوند و در مدت زمان کوتاهی شاهد افزایش یا کاهش معنی‌دار وزن هستند. بیماری‌هایی مانند پراشتهایی عصبی و بی‌اشتهایی عصبی ریشه در اختلالات رفتاری و روانی دارند. اگر افراد چاق با آسیب‌شناسی روانی گسترده و یا درگیر در بحران زندگی، سعی در کاهش وزن دارند، باید این امر، با احتیاط و نظارت بسیار زیادی انجام شود و یکی از این مراقبت‌ها، مراقبت روانی می‌باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). علاوه بر رابطه چاقی با بیماری‌های گوناگون، تاثیر بر ظاهر افراد نیز مساله دیگری است که بسیار مورد توجه است. ظاهر، بخشی از هویت فرد است و در موقعیت‌های اجتماعی، بلافاصله در برخورد با دیگران نمایان می‌شود. در این بین، سازه شخصیتی تصویر بدن، نقش بسیار مهمی دارد. تصویر بدن، یک سازه روان‌شناختی چندبعدی و پیچیده شامل ادراکی‌های مرتبط با بدن و بازخوردهایی مثل تفکرات، عقاید، احساسات و رفتارها می‌باشد (کش ۲۰۰۴، مورای، برن و ریجر ۲۰۱۱). از طرفی تصویر بدنی ادراک شده، تصور و حس‌های بدنی ما از بدن است و این تصویر، امری ساکن اما همواره در حال تغییر است و ماهیتی روانی دارد (ذوقی ۱۳۹۵). کش معتقد است تصویر بدنی دارای دو بعد ادراکی و ارزیابی است. بعد ادراکی به این نکته می‌پردازد که فرد تا چه اندازه تصور می‌کند شایستگی او با ظاهرش سنجیده می‌شود. ارزیابی هم اشاره به این موضوع دارد که فرد چقدر از بدن و ظاهر خود راضی است (کش ۲۰۱۲). تصویر بدنی، تظاهر ذهنی فرد است. آن چیزی است که به فرد اجازه می‌دهد تا به خودش فکر کند و نکته اینجاست که فقط بر احساسات تأثیر نمی‌گذارد، بلکه به صورت فعالانه‌ای رفتار، عزت‌نفس و آسیب‌شناسی روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کش، سنتوز و ویلیامز، ۲۰۰۵). بهترین پیش‌بینی کننده تصویر بدنی و اختلال خوردن، شاخص توده کلی بدن است (ویلسون، تریپ و بلاند، ۲۰۱۵). یکی از جنبه‌های تصویر بدنی، نگرانی از تصویر بدنی^۲ است که یک ساختار چندبعدی شامل افکار، اعتقادات، احساسات و رفتارهای مرتبط با بدن ادراک شده است و به ارزیابی منفی از اندازه، شکل و وزن بدن برمی‌گردد و تمایز بین بدن واقعی و تصویر بدن ایده‌آل را نشان می‌دهد. در درمان‌های موج سوم تلاش می‌شود به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. رومر و اورسیلو (۲۰۰۹) بیان می‌کنند در یک انتهای موج سومی‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را داریم که بر اساس نظریه چارچوب ارتباطی استوار است و در انتهای دیگر درمان‌هایی مثل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را داریم که بر اساس مدل‌های نظری و فلسفی نسبتاً متفاوتی استوار هستند. هیز و همکاران (۱۹۹۹) معتقدند برخی از این دیدگاه‌های موج سومی مثل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به خوبی در درون مدل شناختی ادغام شده‌اند در حالی که دیدگاه‌های دیگر مانند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به نظر می‌رسد بر اساس مفروضه‌های فلسفی زیربنایی‌شان، از جریان اصلی درمان شناختی متفاوت باشند. این در حالی است که هافمن (۲۰۰۸) معتقد است اگرچه ذهن آگاهی و دیدگاه‌های مبتنی بر پذیرش ممکن است مفروضه‌های فلسفی خاصی داشته باشند که از درمان شناختی سنتی متفاوت است، این اشکال نوین درمان با درمان شناختی سازگار و مکمل آن هستند و منعکس کننده توسعه منطقی روند تکاملی هستند. در همین راستا رومر و اورسیلو (۲۰۰۹) نیز معتقدند راهبردهای رفتاری مبتنی بر پذیرش برای درمان «بخشی از تکامل سنت درمان شناختی رفتاری^۳ هستند نه چیزی خارج از آن.

¹ Bulimia

² Body image concern

³ cognitive behavioral therapy

(محمدخانی ۱۳۹۵) با توجه به نظر هایز و استروسال (۲۰۱۰) مبنی بر این که درمان های موج سوم شناختی- رفتاری، بیش از موج دوم این درمان ها تا حدودی مبتنی بر فرهنگ و مذاهب شرقی هستند (محمدخانی ۱۳۹۵)، در این پژوهش درمان شناختی- رفتاری به عنوان یکی از درمان های متداول موج دوم، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان های متداول موج سوم، که در یک چارچوب نظری هستند اما از نظر تمرکز درمان متفاوتند، مورد مقایسه قرار گرفتند. از آن جا که درمان پذیرش و تعهد با فرهنگ شرق پیوند خورده است و با فرهنگ معنوی و مذهبی ایران رابطه عمیقی دارد؛ به افراد آموزش می دهد افکار و احساساتشان را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن ها را به عنوان بخشی از خود یا انعکاسی از واقعیت در نظر نگیرند، از تشدید افکار منفی که یکی از مهم ترین موانع کاهش وزن است جلوگیری می کند؛ پژوهش حاضر در صدد به کارگیری این دو روش درمانی به منظور مقایسه ی اثربخشی آن ها در کاهش نگرانی از تصویر بدن، در فرهنگ ایرانی بر روی یک جامعه هدف خاص بوده است تا به این سوال پاسخ دهد:

- ۱- آیا بین اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر نگرانی از تصویر بدنی در مرحله پس آزمون تفاوت وجود دارد؟
- ۲- آیا اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر نگرانی از تصویر بدنی در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی طرح آن پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان دارای اضافه وزن (نمایه توده بدنی بین ۲۵ و ۲۹/۹) در شهرستان ورامین در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که تعداد ۶۰ نفر با روش نمونه گیری داوطلبانه به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند که از طریق فراخوان عمومی از طریق فضای مجازی (اینستاگرام و واتساپ مرکز مشاوره روان شناختی ترنم آرامش) جذب شدند و در سه گروه (یک گروه آزمایش ۱، یک گروه آزمایش ۲ و یک گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند، ملاک های ورود به پژوهش عبارتند از: داشتن اضافه وزن (BMI بین ۲۵ تا ۲۹/۹)، زنان با سن ۱۸ سال و کمتر از ۶۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، بهنجاری جسمی و روانی: به منظور پیشگیری از تداخل تأثیر اختلالات جسمی بر نتایج پژوهش، افراد مبتلا به بیماری های جسمی مرتبط با افزایش وزن مثل اختلال در عملکرد تیروئید، برمبنای فرم سنجش اولیه از نمونه حذف شدند. هم چنین برای حذف تأثیر اختلالات روانی در اثربخشی برنامه درمانی، پس از انجام پرسشنامه DASS کوتاه، افراد مبتلا به استرس، اضطراب و افسردگی شدید حذف شدند. عدم بارداری، نداشتن رژیم کاهش وزن، نمره بالای ۳۰ در پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن، نداشتن سوء مصرف مواد و الکل، عدم انجام هر نوع جراحی باریاتریک^۱ (گاستروپلاستی اندوسکوپییک. بای پس معده. بالون داخل معده)، علاقه به اهداف این مطالعه و ارائه رضایت آگاهانه. ملاک خروج از پژوهش شامل عدم شرکت در بیش از یک جلسه درمانی بود.

1 bariatric

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی. توسط لیتلتون و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شد حاوی ۱۹ سؤال است که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهرش می‌پردازد. در این ابزار از شرکت کننده خواسته می‌شود در مورد هر یک از عبارتها، میزانی که آن عبارت احساسات یا رفتار را نشان می‌دهد، روی مقیاسی از ۱ تا ۵ درجه بندی کند. در این مقیاس نمره ۱ به این معنی است که (هرگز این احساس را نداشته‌ام یا این کار را انجام نداده‌ام) و نمره ۵ به این معنی است که (همیشه این احساس را دارم یا این کار را انجام می‌دهم). نمره کل پرسشنامه بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که کسب نمره بیشتر، نشانگر بالا بودن میزان نگرانی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است. یعنی هرچقدر فرد نمرات بالاتری را کسب کند نسبت به فردی که نمره کمتری کسب کرده نگرانی بیشتری در این زمینه دارد. در مطالعه حاضر نمرات بالای ۳۰ مد نظر می‌باشد. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) نشان داده‌اند که این ابزار از اعتبار و روایی بسیار مطلوبی برخوردار است. اعتبار این پرسش نامه، به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل پرسش نامه، از ۰/۷۳-۰/۳۲ با میانگین ۰/۶۲ بوده است. روایی همگرای این ابزار از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسش نامه‌ی وسواس اجباری پادوآ بررسی شده و ضرایب همبستگی آن با این ابزارها به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴ به دست آمده است ($p \leq 0/01$). همچنین آن‌ها ساختار عاملی پرسش نامه را نیز بررسی کرده‌اند. نتایج، نشانگر دو عامل مهم و معنی‌دار بود که عامل اول از دوازده ماده تشکیل شده و نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واریس کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده را در برمی‌گیرد و عامل دوم با هفت ماده، میزان تداخل نگرانی درباره‌ی ظاهر در عملکرد اجتماعی فرد نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ، عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش شده است (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۴). پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی توسط سجاد نژاد و محمدی (۱۳۸۶، ۳) بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ در ۲۰۹ دختر دبیرستانی شیراز برای کل سوالها، عامل اول و عامل دوم به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۷۶ گزارش شده است. محمدی و سجاد نژاد روایی سازه پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. بساک نژاد و غفاری ۱۳۸۶ روایی این آزمون را براساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند. انتظاری و علوی زاده (۱۳۹۰)، نیز همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۸۹ گزارش کردند.

۲. درمان شناختی رفتاری. گروه آزمایش ۱ به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری با استفاده از پروتکل درمانی پیمنترا و همکاران (۲۰۱۷) را دریافت کردند که خلاصه جلسات به شرح زیر است:

جدول ۱. شرح جلسات درمان شناختی رفتاری

| جلسه | محتوا | اهداف | تکالیف |
|------|---|---|--------|
| اول | معرفه، رابطه با غذا و بدن کارهای روزمره/ آموزش روانشناختی در مورد عواقب اضافه وزن و چاقی/ افزایش انگیزه | معرفه اولیه، تبیین و توضیح اهداف درمان و عواقب چاقی | - |

| | | |
|---------|---|--|
| دوم | تجزیه و تحلیل شرایط هنگامی که مصرف بیش از حد مواد غذایی وجود دارد/ شناسایی افکار، احساسات و رفتارهای ناشی از مصرف بیش از حد مواد غذایی/ ارزیابی کنترل درک شده قبل و در هنگام خوردن بیش از حد مواد غذایی | شناسایی افکار، احساسات و رفتارهای قبل و بعد از مصرف بیش از اندازه افکار، احساسات رفتارهای خود را مشخص کنند |
| سوم | مدل ABC / ویژگی‌های سبک زندگی باعث تسهیل خوردن بیش از حد می‌شود/ شناسایی محرک | توضیح درباره ارتباط افکار، احساس و رفتار شناسایی سبک زندگی هنگام خوردن |
| چهارم | شناسایی و کشف موانع در زمینه مدیریت محرک/ تجدید ساختار شناختی/ تکنیک‌های رفتاری/ ارتقاء ورزش بدنی | شناسایی موانع نوشتن موانع و انجام تکنیک‌های آموزش داده شده |
| پنجم | ارزیابی اجرای موفقیت آمیز و ناموفق تکنیک‌های رفتاری/ شناسایی روشهای جدید رفتاری/ رشد ذهن آگاهی/ توسعه توجه به محرک‌ها و رفتارهای متعاقب آن (موفقیت در مقابل مدیریت ناموفق)/ افزایش انگیزه | آموزش تکنیک‌های رفتاری انجام تمرین‌ها ذهن آگاهی با توجه به موانع شناسایی شده |
| ششم | ارزیابی مدیریت موفق و ناموفق از مصرف بیش از حد مواد غذایی/ پیش بینی مشکل/ ارزیابی تکنیک‌های شناختی و رفتاری | آموزش تکنیک‌های شناختی تمرین در جلسه و ارائه تمرین‌های شناختی |
| هفتم | سبک زندگی: یکپارچه سازی تغییرات/ تعریف مجدد بهزیستی روزانه | کمک به تغییر سبک زندگی مناسب موثر شناسایی سبک زندگی نا کارآمد و جایگزینی سبک کارآمد |
| هشتم: | حفظ تغییرات سازگار ایجاد شده است/ پیشگیری از عود | حفظ تغییرات ایجاد شده - |
| دو ماهه | | |

۳. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. برای گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از پروتکل درمانی سیاروچی، بیلی و هریس (۲۰۰۵) و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح جدول ۲ اجرا شد.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | هدف | شرح جلسات |
|------|---|---|
| اول | معرفی اعضایی گروه با یکدیگر و بیان اهداف گروه ذهن آگاهی | معرفی اعضای گروه به یکدیگر به همراه وزن و شاخص توده بدنی شان. سپس بیان قوا نین گروه توسط رهبر. اعضا درباره اینکه تاکنون وزن شان چه محدودیت‌هایی ایجاد کرده صحبت می‌کنند. بحث درباره اینکه |

| | |
|--|---|
| <p>تاکنون چه اقدام‌هایی برای مدیریت وزن انجام داده اید و چقدر به آن متعهد بوده‌اید. توضیح درباره اینکه بدن به دلیل سیستم تکاملی بعد از برنامه‌های رژیمی علاقمند به خوردن می‌شود و به طور کلی بدن مثل یک ترموستات وزن فعلی ما را حفظ می‌کند. تمرین خوردن آگاهانه و تکلیف منزل برای خوردن دست کم یک وعده غذایی به این شکل. جمع بندی و پایان جلسه</p> | |
| <p>بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ باز خورد اعضا از اینکه چقدر توانسته‌اند تمرین خود را انجام دهند؟ صحبت درباره اینکه تجربه استرس چطور می‌تواند به افزایش وزن ما کمک کند و ریشه تکاملی آن چیست؟ تمرین تنفس آگاهانه و تکلیف منزل برای انجام دادن آن دست کم سه بار در روز. اجداد ما به هنگام تجربه تنش و تهدید شروع به خوردن می‌کردن تا برای خود انرژی ذخیره کنند، اکنون ما هم گاهی به چنین شیوه‌ای عمل می‌کنیم. جلب حمایت‌های اجتماعی و کاربرد مربوط به آن. جمع بندی و پایان جلسه</p> | <p>دوم ذهن آگاهی پذیرش به جای اجتناب تجربه ای</p> |
| <p>بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ باز خورد اعضا از اینکه چقدر توانسته‌اند تمرین‌های خود را انجام دهند؟ شناسایی عادت‌های قدیمی خوردن و فعالیت‌های بدنی و تعیین اینکه چه چیزی را می‌خواهیم تغییر دهیم، به همراه کاربرد مربوط به آن. بالابردن سطح آگاهی مان با خود نظارتی، چطور به ما کمک می‌کند؟ سیستم‌های تنظیم هیجان به چه شکل هستند؟ خود انتقادگری چطور موجب اضافه وزن ما می‌شود؟ شرم چطور مانع کاهش وزن ما می‌شود؟ چطور در راستای بیشتر پذیرش خود قدم برداریم؟ تمرین نوشتن افکار بر روی تیشرت و کاغذ و حمل کردن آنها با خود. جمع بندی و پایان جلسه</p> | <p>سوم شناسایی استراتژی‌های ناکارآمد و اقدام متعهدانه گسلس ذهن آگاهی</p> |
| <p>بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ باز خورد اعضا از اینکه چقدر توانسته‌اند تمرین‌های خود را انجام دهند؟ شناسایی افکار هنگام تغییر عادات مانند رادیو ذهن و کاربرد مرتبط با آن. هویج به جای چماق برای ایجاد انگیزه. جمع بندی و پایان جلسه</p> | <p>چهارم پذیرش و گسلس ذهن آگاهی</p> |
| <p>بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ باز خورد اعضا از اینکه چقدر توانسته‌اند تمرین‌های خود را انجام دهند؟ هدف هوشمندانه به چه معناست؟ انتخاب اهداف هوشمندانه. کاربرد ایجاد انگیزه. تمرین معلم سخت گیر به همراه کاربرد آن. دست اندازهای هیجانی به چه شکل هستند؟ چطور پذیرای آنها باشیم و از آنها عبور کنیم؟ آنها بخش طبیعی‌ای از انسان بودن ما هستند. کاربرد شناسایی هیجان‌ها. جمع بندی و پایان جلسه</p> | <p>پنجم شناسایی اهداف و اقدام متعهدانه پذیرش به جای اجتناب تجربه‌ای ذهن آگاهی</p> |
| <p>بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ باز خورد اعضا از اینکه چقدر توانسته‌اند تمرین‌های خود را انجام دهند؟ صحبت درباره اینکه چطور و در چه زمان‌هایی اعضا تعهد خود را شکسته‌اند و در نهایت چطور رفتار کرده‌اند؟ ما در موقعیت‌های مختلف و در مکان‌های مختلف ممکن است به پرخوری روی بیاوریم. کاربرد شناسایی موقعیت‌های شکستن تعهد. بحث درباره اینکه پذیرش به چه معناست؟ ذهن ما انسان‌ها به طور</p> | <p>ششم پذیرش و اقدام متعهدانه شناسایی استراتژی‌های ناکارآمد</p> |

| | | |
|--|-----------------------------|------|
| طبیعی افکار و هیجان‌های ناخوشایند ایجاد می‌کند. استعاره جزیره گنج به همراه کاربرد مربوط به آن. جمع بندی و پایان جلسه | آماده سازی برای پایان جلسات | هفتم |
| بعد از جلسه گذشته به چه چیزهایی فکر کردید؟ بازخورد اعضا از اینکه چقدر توانسته اند تمرین‌های خود را انجام دهند؟ | بحث نتیجه گیری | هشتم |
| مرور جلسات گذشته و آماده سازی برای پایان جلسات پایان | | |

روش اجرا

افراد پس از احراز معیارهای ورودی به‌عنوان شرکت‌کننده، انتخاب و پس از تکمیل رضایت‌نامه و هم‌چنین هم‌تاسازی از نظر متغیرهایی همچون سن، تحصیلات و شغل، در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابتدا هر سه گروه با پرسشنامه نگرانی از تصویربندی لیتلتون همکاران (۲۰۰۵) سنجیده شدند سپس گروه آزمایش ۱ به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش تعهد مبتنی بر نظریه هیوز (۲۰۰۴) را دریافت کردند در جلسه ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش تعهد مبتنی بر نظریه هیوز (۲۰۰۴) را دریافت کردند در پایان دوره از هر سه گروه با پرسشنامه ذکر شده پس از آزمون به عمل آمد. به دلیل شیوع بیماری کوید ۱۹ و منع تجمع انسانی، به منظور امکان حضور تمام شرکت‌کنندگان، برنامه درمان برای تمام گروه‌ها از ساعت ۲۰ الی ۲۱:۳۰، به صورت آن لاین و از طریق برنامه اسکایپ به صورت یک جلسه در هفته برگزار شد. هم‌چنین برای هر یک از مدل‌های درمانی یک گروه پشتیبان در واتس‌آپ تشکیل شد که از طریق آن صوت ضبط شده جلسات و تکالیف در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده می‌شد. گروه واتس‌آپ برای بارگذاری مجدد جلسه مداخله و پیام‌های آموزشی مرتبط، هم‌چنین به منظور استفاده از حمایت اعضای گروه از یکدیگر بود. لازم به ذکر است به منظور رعایت دقت در اندازه‌گیری وزن، شرکت‌کنندگان پس از اجرای برنامه با برنامه‌ریزی و به‌صورت انفرادی، برای وزن‌کشی در مرکز مشاوره ترنم آرامش حضور یافتند. در انجام پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی پژوهش، از جمله دریافت کد اخلاق، رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش و اخذ رضایت نامه از شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت شد.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌های مداخله ACT، $11/0/18 \pm 36/15$ ، بیشترین سن ۵۹ سال و کمترین سن ۱۸ سال بود. میانگین سنی آزمودنی‌های مداخله CBT $9/389 \pm 34/55$ ، بیشترین سن ۴۶ سال و کمترین سن ۱۸ سال بود. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه کنترل $10/402 \pm 37/75$ ، بیشترین سن ۵۹ سال و کمترین سن ۱۹ سال بود. میانگین وزن قبل از مداخله شرکت‌کنندگان مداخله ACT، $5/098 \pm 78/10$ ، بیشترین وزن $86/50$ کیلوگرم و کمترین وزن $69/80$ کیلوگرم بود. میانگین وزن قبل از مداخله شرکت‌کنندگان مداخله CBT، $6/591 \pm 78/68$ ، بیشترین وزن $90/60$ کیلوگرم و کمترین وزن $67/20$ کیلوگرم بود. میانگین وزن قبل از مداخله شرکت‌کنندگان گروه کنترل $6/940 \pm 78/52$ ، بیشترین وزن ۹۲ کیلوگرم و کمترین وزن $67/5$ کیلوگرم بود. میانگین وزن بلافاصله بعد از مداخله شرکت‌کنندگان مداخله ACT، $4/879 \pm 72/90$ ، بیشترین وزن $82/70$ کیلوگرم و کمترین وزن 66 کیلوگرم بود. میانگین وزن بلافاصله بعد از مداخله شرکت‌کنندگان مداخله CBT، $6/76 \pm 75/34$ ، بیشترین وزن $88/70$ کیلوگرم و

کمترین وزن ۶۶/۵۰ کیلوگرم بود. میانگین وزن بلافاصله بعد از مداخله شرکت کنندگان گروه کنترل ۷/۹۱۸ ± ۷۹/۶۲، بیشترین وزن ۹۵/۲۰ کیلوگرم و کمترین وزن ۶۷/۷۰ کیلوگرم بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر نگرانی از تصویر بدن در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک سه گروه

| گروه | تعداد | پیش آزمون | | پس آزمون | | آزمون پیگیری | |
|------------|-------|-----------|--------------|----------|--------------|--------------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| مداخله ACT | ۲۰ | ۵۴/۶۵ | ۷/۵۶۲ | ۴۴/۱۰ | ۷/۴۹۰ | ۴۳/۱۲ | ۷/۷۶۸ |
| مداخله CBT | ۲۰ | ۵۴/۴۵ | ۱۰/۲۵۷ | ۴۴/۸۵ | ۸/۹۵۸ | ۴۴/۱۱ | ۸/۲۱۴ |
| گروه کنترل | ۲۰ | ۵۳/۵۵ | ۹/۲۴۹ | ۵۲/۷۰ | ۶/۰۷۱ | ۵۳/۰۶ | ۶/۶۸۹ |

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های مداخله ACT، مداخله CBT و گروه کنترل متغیر نگرانی از تصویر بدن به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. میانگین نمره متغیر نگرانی از تصویر بدن در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری نشان دهنده روند کاهشی نمره متغیر نگرانی از تصویر بدن در مداخله ACT، مداخله CBT، است. به این صورت که میانگین مداخله ACT، مداخله CBT در پس آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش داشته است.

جدول ۴. آزمون کولموگروف اسمیرنوف و لوین برای مفروضه نرمال بودن متغیر نگرانی از تصویر بدن

| گروه | آزمون کولموگروف اسمیرنوف | | | آزمون لوین |
|------------|--------------------------|--------------|---------------|--------------|
| | آماره K-S | سطح معناداری | مقدار آماره F | سطح معناداری |
| مداخله ACT | ۰/۳۸۹ | ۰/۹۹۸ | ۰/۵۷۴ | ۰/۰۶۱ |
| مداخله CBT | ۰/۶۹۹ | ۰/۷۱۴ | ۰/۵۰۳ | ۰/۹۶۲ |
| گروه کنترل | ۰/۶۳۴ | ۰/۴۲۷ | ۰/۵۳۸ | ۰/۳۹۰ |

بر اساس نتایج جدول شماره ۴، مقدار سطح معناداری متغیر نگرانی از تصویر بدن به تفکیک سه گروه بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین نتیجه می‌گیریم توزیع نمرات متغیر نگرانی از تصویر بدن نرمال و فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود. همچنین نتایج آزمون موخلی نیز نشان از برقرار بودن مفروضه کرویت داشت. در ادامه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی گزارش شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (مختلط) با عوامل درون گروهی و بین گروهی

| عوامل | منابع تغییر | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | مقدار آماره F | سطح معناداری | اندازه اثر |
|------------|-------------------|--------------|------------|----------------|---------------|--------------|------------|
| درون گروهی | زمان | ۱۳۷/۴۵۹ | ۲ | ۶۸/۷۳۰ | ۱۹۲/۹۴۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۷ |
| بین گروهی | تعامل زمان و گروه | ۷۸/۴۳۴ | ۶ | ۱۳/۰۷ | ۳۶/۳۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۷ |
| | خطا | ۵۳/۲۱۳ | ۱۵۲ | ۰/۳۵۰ | - | - | - |
| | گروه | ۶۷/۱۰۰ | ۳ | ۲۲/۳۶۶ | ۲۸/۲۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲۹ |
| | خطا | ۵۷/۹۸۰ | ۷۶ | ۰/۷۶۲ | - | - | - |

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که BMI در رابطه با عامل درون گروهی با توجه به مقدار F محاسبه شده برای اثر زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و ۶ ماه بعد از مداخله) در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\text{Eta} = 0/717$). همچنین در عامل بین گروهی، مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($F = 192/948$ و $p = 0/001$). در نتیجه بین میانگین BMI، حداقل در یکی از چهار گروه (سه گروه آزمایش و گروه کنترل) تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه دو به دو و بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در سطوح معناداری ارائه شده است.

جدول ۶. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها

| گروه (I) | گروه (J) | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|------------|------------|------------------|----------------|--------------|
| مداخله ACT | مداخله CBT | -۰/۷۵۰ | ۲/۲۳۷ | ۰/۹۹۹ |
| | گروه کنترل | -۸/۶۰۰ | ۲/۲۳۷ | ۰/۰۰۲ |
| مداخله CBT | مداخله ACT | ۰/۷۵۰ | ۲/۲۳۷ | ۰/۹۹۹ |
| | گروه کنترل | -۸/۸۵۰ | ۲/۲۳۷ | ۰/۰۰۵ |

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین گروه کنترل با مداخله ACT و مداخله CBT در نمرات نگرانی از تصویر بدنی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بین مداخله ACT با مداخله CBT در نمرات BMI تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). بنابراین بین اثربخشی دو مدل مداخله بر کاهش نگرانی از تصویر بدن تفاوتی وجود ندارد اما هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به اضافه وزن بود. نتیجه حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون بونفرونی نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به اضافه وزن تفاوت وجود ندارد. اما هر دو مداخله بر کاهش نگرانی از تصویر بدن موثر بودند. خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و معنویت‌درمانی بر استرس ادراک شده، تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان پرداختند. نتایج نشان داد که رفتاردرمانی شناختی بیشتر از دو درمان دیگر بر تصویر بدنی مؤثر است که با یافته فوق همسو نمی‌باشد و وجود نداشتن تفاوت بین درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر نگرانی از تصویر بدن را تایید نمی‌کند. فرح زادی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی- رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی پرداختند. یافته‌ها نشان داد گروه درمانی شناختی- رفتاری و گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور مشابه سبب بهبود رضایت از تصویر بدن شدند که با یافته فوق همسو می‌باشد و وجود نداشتن تفاوت بین درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر نگرانی از تصویر بدن را تایید می‌کند. نتایج بدست آمده از مقالات پاک اندیش و همکاران (۱۳۹۹)، دهنبی و رادسپهر (۱۳۹۶) و فگلویست و همکاران (۲۰۲۰) که در پژوهش خود نشان

دادند درمان شناختی- رفتاری بر تصویر بدنی تأثیر دارد به نحوی با یافته فوق همسویی داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نگرانی از تصویر بدنی بیش از آن‌که ناشی از نقایص جسمانی باشد، زاییده تصویر ذهنی و باورها و عقاید منفی درباره بدن است و با توجه به این که مفروضه‌های درمان شناختی- رفتاری بر پایه تغییر شناخت، هیجان و رفتار استوار است، لذا مداخله درمان شناختی- رفتاری در پژوهش حاضر سبب شده که شرکت‌کننده‌ها از نظر تفکر و هیجان به اصلاح ادراکات نادرست خود بپردازند و با بهره‌گیری از آن در ارتباط با دیگران بتوانند دیدگاه مثبتی نسبت به بدن خود داشته باشند و با اصلاح باورها و ادراکات از تصویر بدنی خود، زمینه‌های کاهش تصور منفی نسبت به آن در طی مداخله را عملی نمایند. همچنین در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد و نه عملی که صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا به فرد تحمیل شود. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش نگرانی از تصویر بدنی می‌گردد. در این درمان، هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این است که به افراد مبتلا به اضافه وزن کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آن‌چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند. همچنین افراد می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جداکردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند باشند. لذا از آن‌جا که در واقع هدف افزایش انعطاف روان‌شناختی در این افراد است، این رویکرد منجر به تغییر نوع نگرش به بدن و کاهش معنی‌داری در نگرانی از تصویر بدنی می‌شود. از طرفی مداخله ذهن‌آگاهی نیز با قضاوت درباره افکار و احساسات و تقسیم آن‌ها به خوب و بد و در نتیجه اجتناب از جنبه‌های منفی آن‌ها مخالف است؛ از این‌رو باعث می‌شود افراد به‌جای اجتناب از تجارب منفی و در نتیجه حل نکردن مسائل و افزایش پریشانی و نگرانی ناشی از ناتمام ماندن مسائل، سعی در پذیرش و تجربه کامل همه امور منفی و مثبت کنند؛ بر این اساس از شر افکار و احساسات منفی ناشی از تلاش برای اجتناب از قسمت‌های منفی تجارب خود رها می‌شوند. بنابراین همان‌طور که اپسین و پاسینی (۱۹۹۹) بیان می‌کنند، ذهن‌آگاهی، که بخشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، به افراد کمک می‌کند که به بدنشان با یک نگرش بدون قضاوت توأم با پذیرش بنگرند و این کار باعث کاهش واکنش‌های هیجانی منفی شدید توأم با رفتارهای تکانشی خواهد شد و احساس خودکارآمدی در افراد افزایش می‌یابد. در واقع ذهن‌آگاهی همچون میکروسکپی عمل می‌کند که عمیق‌ترین الگوهای ذهن را نشان می‌دهد؛ وقتی ذهن در عمل مشاهده می‌شود، فرد متوجه می‌شود که افکار خود به خود ناپدید می‌شوند؛ به عبارت دیگر، عمل ساده مشاهده افکار با نگهداشتن آن‌ها در فضایی بزرگتر، فکرها را تسکین می‌دهد و پراکنده می‌کند و ذهن پر جوش و خروش آرام می‌شود نه به این خاطر که فکرها آرام شده‌اند بلکه به این خاطر که به آنها اجازه داده شده حداقل برای یک لحظه، همان‌طور که هستند، باشند و این مسئله از میزان نگرانی فرد از تصویر بدنی خود می‌کاهد رومر و اورسیلو (۲۰۰۹). بنابراین هر یک از این مداخلات می‌تواند از طریق تغییر نگرش فرد و اصلاح رفتار وی در کاهش نگرانی از تصویر بدنی مؤثر باشد. با توجه به اینکه شاخص تغییرات نمایه توده بدنی به‌خوبی تغییرات

شاخص نگرانی از تصویربندی را تبیین می‌کند و به اعتقاد سارور، گراس‌بارت و دی‌دی (۲۰۰۱) احتمالاً کاهش وزن مشهورترین روش درمان تصویر بدن است؛ تغییرات شاخص توده بدن در نتیجه مداخله‌ها، با کاهش نگرانی از تصویربندی همراه است. بنابراین از آن‌جا که هریک از این مداخلات در کاهش BMI تاثیر داشته‌اند، در کنار تغییر نگرش و اصلاح رفتار باعث شده هردو مداخله، اثربخشی مطلوبی در نگرانی از تصویر بدنی فرد ایجاد کرده‌اند. از آنجا که نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به اضافه وزن تفاوت وجود ندارد، لذا به مشاوران سلامت پیشنهاد می‌گردد تا از مداخلات مذکور در جلسات آموزشی به صورت فردی و گروهی به منظور کاهش نگرانی از تصویر بدن در افراد مبتلا به اضافه وزن استفاده شود. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. کمبود پیشینه پژوهشی در زمینه مقایسه اثربخشی این مدل‌ها بر بهبود نگرانی از تصویر بدن یکی از محدودیت‌ها بود. به دلیل ماهیت نمونه (افراد دارای اضافه وزن) نمایه توده بدنی بین ۲۵ و ۲۹/۹ در استان تهران) محدودیت‌هایی در زمینه تعمیم یافته‌ها در پژوهش را شامل می‌شود که باید در نظر گرفته شوند همچنین استفاده از نمونه‌گیری داوطلبانه که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد و عدم قیاس بر اساس جنسیت لذا پیشنهاد می‌گردد تا در پژوهش‌های آتی نتایج تاثیرات این مداخلات در میان گروه‌های آزمودنی‌ها بر اساس جنسیت نیز مورد بررسی قرار گیرد و در پژوهش‌های آتی بیشتر به مقایسه نتایج این مداخلات در میان گروه‌های با اختلالات روان شناختی مختلف پرداخته شود تا بتوان به غنای ادبیات پژوهشی در این زمینه افزود در نهایت پیشنهاد می‌گردد تا کارآزمایی‌های بزرگ‌تر با پیگیری طولانی‌مدت انجام شود تا مشخص شود این مداخلات برای چه کسانی کار می‌کنند و مؤثرترین مؤلفه‌های آنها و مقرون به صرفه‌ترین روش کدام است.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش تمامی افرادی که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

پاک اندیش، شادی، کراسکیان، آدیس، و جمهری، فرهاد (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان چاق. *تعالی مشاوره و روان‌درمانی*، ۹(۳۴): ۳۰-۳۲.

خلعتبری، جواد، احدی، حسن، حاتمی، حمیدرضا، و محمدی، سارا (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری و معنویت‌درمانی بر استرس ادراک شده، تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۵(۵۵): ۷-۱۶. ذوقی، آسیه (۱۳۹۵). مقایسه شاخص‌های نگرانی از تصویر بدن و ارتباط آن با عزت نفس و شاخص توده بدنی در دختران نوجوان ورزشکار و غیر ورزشکار. *اولین کنفرانس ملی یافته‌های نوین پژوهشی علوم ورزشی در حوزه سلامت، نشاط اجتماعی، کارآفرینی و قهرمانی*. CDLC01_098.

https://www.civilica.com/Paper-CDLC01-CDLC01_098.html

فرح زادی، مریم، مداحی، محمدابراهیم، و خلعتبری، جواد (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۷(۲): ۶۹-۸۹. محمدخانی، شهرام (۱۳۹۵). *درمان‌های موج سوم: تغییر پارادایمی یا تحول تکاملی*. هوفمان، اشتفان‌گ، و راینک، مارک (۲۰۰۸). *درمان شناختی رفتاری در بزرگسالان: راهنمایی جهت ارزیابی و اقدام بر اساس اطلاعات تجربی*. ترجمه کامیار سنایی (۱۳۹۹)، انتشارات: کتاب ارجمند.

References

- Cash TF, Santos MT, Williams EF.(2005). Coping with body- image threat and challenges: Validation of the body Image coping strategies Inventory. *J Psychosom Res* 2005;58(2):191-9.
- Cash TF.(2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*; 2012. p. 334-42.
- Cash Thomas F. (2004).Body image: past, present, and future. *Body Image*. 1(1):1-5.
- Farahzadi, M., Madahi, M. E., & Khalatbari, J. (2017). Comparing the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral group therapy on body image dissatisfaction and interpersonal sensitivity of women with body image dissatisfaction. *Clinical Psychology and Counseling Research*, 7(2), 69-89.
- Firth, Joseph; Marx, Wolfgang; Dash, Sarah; Carney, Rebekah; Teasdale, Scott B.; Solmi, Marco et al. (2019): The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In *Psychosomatic medicine* 81 (3),
- Fogelkvist, Maria; Gustafsson, Sanna Aila; Kjellin, Lars; Parling, Thomas (2020): Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. In *Body image* 32, pp. 155–166.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, Steven C.; Pistorello, Jacqueline; Levin, Michael E. (2012): *Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change*. In *The Counseling Psychologist* 40 (7), pp. 976–1002.
- Hoffman, S. G., & Reinke, M. (2008). *Cognitive behavioral therapy in adults: a guide to evaluation and action based on empirical data*. Translated by Kamiyar Senai (2019), Tehran: Arjmand.
- Khalatbari, J., Ahadi, H., Hatami, H., & Mohammadi, S. (2020). Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment, cognitive-behavioral therapy and spiritual therapy on perceived stress, body image and quality of life of women with breast cancer. *Thought and behavior in clinical psychology*, 15(55), 7-16.
- Mohammadkhani, Sh. (2016). *Third wave treatments: Paradigm change or evolutionary change*.
- Murray KM, Byrne DG, Rieger E. Investigating adolescent stress and body image. *J Adolesc*. 2011;34(2):269-78.
- Pakandish, S., Kraskyan, A., & Jomehri, F. (2020). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Body Image of Obese Women. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 9(34), 20-32.
- Sullivan DA.(2011). Environmental factors in obesity. *Encyclopedia of Environmental Health*. p. 380-391.
- Tylka, T. L. (2012): *Positive Psychology Perspectives on Body Image*. In: *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*: Elsevier, pp. 657–663.
- Wilson, Jan M. B.; Tripp, Dean A.; Boland, Fred J. (2005): *The relative contributions of subjective and objective measures of body shape and size to body image and disordered eating in women*. In *Body image* 2 (3), pp. 233–247.
- World Health Organization, WHO.(2021). *Obesity: preventing and managing the global epidemic—report of WHO consultation. PartI. [on-line]. Available: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_\(part1\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894_(part1).pdf). Accessed March 12, 2014.*
- Zoghi, A. (2016). Comparison of indicators of body image concern and its relationship with self-esteem and body mass index in athletic and non-athletic adolescent girls. The first national conference of new research findings of sports sciences in the field of health, social vitality, entrepreneurship and heroism. CDLC01_098. https://www.civilica.com/Paper-CDLC01-CDLC01_098.html

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن

| همیشه | اغلب | گاهی | به ندرت | هرگز | ردیف |
|-------|------|------|---------|------|---|
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | ۱ |
| | | | | | من از بعضی قسمت های ظاهری‌ام ناراضی هستم. |
| | | | | | وقت زیادی برای واری ظاهرم در آینه تلف می‌کنم. |
| | | | | | احساس می‌کنم اطرافیانم درباره‌ی ظاهرم نظر منفی دارند. |
| | | | | | وقتی ظاهرم راضی کننده نباشد علاقه ندارم در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کنم. |
| | | | | | احساس می‌کنم قسمت‌هایی از ظاهرم خیلی جذاب نیستند. |
| | | | | | با استفاده از انواع لوازم آرایشی-بهداشتی، سعی می‌کنم تا بتوانم ظاهرم را بهتر کنم. |
| | | | | | بدنبال کسب تأیید و نظر دیگران درباره‌ی ظاهرم هستم. |
| | | | | | احساس می‌کنم که بعضی قسمت‌هایی از ظاهرم را باید تغییر دهم. |
| | | | | | من از بعضی از اعضای بدنم خجالت می‌کشم. |
| | | | | | ظاهرم را با مدل‌های روز و یا اطرافیانم مقایسه می‌کنم. |
| | | | | | سعی می‌کنم تا بعضی عیب‌های ظاهری‌ام را بپوشانم. |
| | | | | | وجود هرگونه عیب و نقص در ظاهرم را واری می‌کنم. |
| | | | | | از لباس‌هایی استفاده می‌کنم که بتوانم بعضی قسمت‌های غیر جذاب بدنم را پنهان کنم. |
| | | | | | احساس می‌کنم دیگران از نظر ظاهری جذاب‌تر از من هستند. |
| | | | | | احساس می‌کنم برای تغییر بعضی قسمت‌هایی از ظاهرم باید با یک متخصص مشورت کنم. |
| | | | | | من فعالیت‌های اجتماعی‌ام را بخاطر ظاهرم از دست خواهم داد. |
| | | | | | خجالت می‌کشم به خاطر ظاهرم خانه را ترک کنم. |
| | | | | | می‌ترسم که دیگران عیبی در ظاهرم کشف کنند. |
| | | | | | من از نگاه کردن به خودم در آینه می‌ترسم. |

Comparing the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy and cognitive behavioral therapy on body image concerns of overweight women

Maryam. Rashidi Zafar¹, *Fariba. Bashardost Tajali*^{2*} & Nastaran. Sharifi³

Abstract

Aim: The purpose of this study was to determine and compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with acceptance and commitment-based therapy on body image concerns in overweight women. **Method:** The research design was a quasi-experimental pre-test-post-test type with a follow-up phase in three experimental and control groups. The statistical population of the research consisted of all overweight women (body mass index between 25 and 29.9) of Varamin city in the year 2021, 60 of whom were selected as a statistical sample using the available sampling method and divided into three experimental and control groups. First, all three groups were evaluated with the body image concern questionnaire of Littleton et al. (2005). The experimental group of cognitive behavioral therapy using the treatment protocol of Pimentera et al. (2017) and the experimental group of treatment based on acceptance of commitment using the treatment protocol of Ciarrochi, Bailey and Harris (2005) were subjected to intervention for eight sessions of 90 minutes. Collected data were analyzed using variance of repeated measures. **Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment were effective on body image concerns ($F=28.21$, $P=0.001$) in overweight women and this effect was stable in the follow-up phase. Was. Also, the results of the follow-up test showed that there is no difference between the two treatment methods and both interventions were effective in reducing body image concerns. **Conclusion:** Considering the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on body image concerns in overweight women, these two interventions can be effective methods for body image concerns in overweight people.

Keywords: *Cognitive-behavioral therapy, treatment based on acceptance and commitment, concern about body image.*

1. PhD student, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

2. *Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

Email: fariba_66@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.