

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد سلامت روان (اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی) در زنان مبتلا به چاقی

فاطمه هدایت‌زاده<sup>۱</sup>  
حسن احدی<sup>۲\*</sup>  
سهیلا خداوردیان<sup>۳</sup>

### چکیده

هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد سلامت روان (اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی) در زنان مبتلا به چاقی بود. روش مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه شهر بابل در سال ۱۳۹۷ بودند. در کل ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی به دو گروه (۱۵ نفر در هر گروه) تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دید و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه سلامت روان (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹) بود. داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۱ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی در زنان مبتلا به چاقی شد ( $P < 0/001$ ). نتایج نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی در زنان مبتلا به چاقی بود. بنابراین، درمانگران می‌توانند از روش مذکور برای ارتقای سلامت روان در زنان مبتلا به چاقی استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، سلامت روان، اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی

۱. گروه روانشناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران  
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)  
drhahadi5@gmail.com  
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

## مقدمه

چاقی<sup>۱</sup> اختلال مزمنی است که در نتیجه تعامل عوامل محیطی، فرهنگی، اجتماعی، روانی، ژنتیکی و متابولیکی ایجاد می‌شود (بوچ، کارمیلی، شیفر، کینان-بوکر، برنر و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). اگر شاخص توده بدنی یعنی تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر) مساوی و یا بزرگ‌تر از ۲۵ باشد، فرد دارای اضافه وزن و اگر مساوی یا بزرگ‌تر از ۳۰ باشد فرد چاق است (الیوو، گور و شیو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). امروزه چاقی و مشکلات مربوط به آن بسیار زیاد است و افراد چاق علاوه بر وزن زیاد و تصویر بدن منفی، دارای نشاط کمتر، اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی، خستگی بیشتر هستند (کامارگوس، مندانکا، الیویرا، دی‌اندراد، لیتی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). یکی از مشکلات عمده و اساسی افراد چاق، سلامت روان<sup>۵</sup> پایین است (ژو، گلاسگاو و دو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). سلامت عمومی به معنای حالت بهزیستی کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی (نه فقط فقدان بیماری) است. این سازه باعث می‌شود که افراد در مقابل شرایط ناگوار و رخدادهای منفی زندگی از روش‌های مقابله سازگار استفاده نمایند و مانع از کاهش سلامت خود شوند (کینگ، ربوسین، اسپانگلر، کاماچیون راس و ساتفین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸). سلامت روانی به معنای قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح خود یا محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها به طور منطقی و داشتن معنا و هدف در زندگی است (آیسیلو، ون آگترین، کییز و کوکران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹). بر اساس نظر گلدبرگ و هیلیر<sup>۹</sup> (۱۹۷۹) سلامت روان دارای چهار بعد اضطراب<sup>۱۰</sup>، افسردگی<sup>۱۱</sup>، علائم جسمانی<sup>۱۲</sup> و اختلال کارکرد اجتماعی<sup>۱۳</sup> می‌باشد. اضطراب هیجان ناخوشایندی است که با اصطلاحاتی مانند دل‌نگرانی و دلشوره، وحشت و ترس بیان می‌شود. افسردگی یک نوع اختلال خلقی با دو مشخصه ناامیدی و غمگینی است که در آن فرد احساس بی‌کفایتی می‌کند. علائم جسمانی یعنی سلامت جسمانی دال بر عمل نرمال بدن است که سلامتی زیست‌شناختی را در نظر می‌آورد. علائم سلامت جسمی در یک فرد پوست، چشم، مو، کارکردهای خواب، فعالیت منظم روده‌ها و حرکات بدنی هماهنگ نمود می‌یابد. اختلال کارکرد اجتماعی به معنای طرز فکر نادرست در ارتباط با کارکرد اجتماعی و افراد دیگر است (به نقل از حمیدی، نشاط‌دوست و طالبی، ۱۳۹۶). افراد دارای سلامت روانی دارای اضطراب و افسردگی بسیار پایینی هستند، توانایی برقراری ارتباط سازنده با دیگران دارند و به خوبی با مشکلات و تنش‌های زندگی مقابله می‌کنند (کانگ، جانستون و شیلدز<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۸).

یکی از روش‌های بهبود مشکلات مرتبط با سلامت و سلامت روان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱۵</sup>

1. Obesity
2. Buch, Carmeli, Shefer, Keinan-Boker, Berner & et al
3. Olivo, Gour & Schioth
4. Camargos, Mendonca, Oliveira, DeAndrade, Leite & et al
5. Mental Health
6. Zhou, Glasgow & Du
7. King, Reboussin, Spangler, Cornacchione Ross & Sutfin
8. Iasiello, Van Agteren, Keyes & Cochrane
9. Goldberg & Hillier
10. Anxiety
11. Depression
12. Somatic Symptoms
13. Social Function Disorder
14. Kung, Johnston & Shields
15. Acceptance and Commitment Therapy

است (برامول و ریچاردسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). اساس این روش درمانی نظریه نظام ارتباطی<sup>۲</sup> است. برخلاف بسیاری از روش‌های درمانی که بر کاهش یا کنترل علائم تاکید دارند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش پذیرش واکنش‌های منفی (افکار، هیجانات، حساسیت بدنی و غیره) را به نفع درگیری در فعالیت‌های معناداری که تغییر مستقیم آنها امکان‌پذیر نیست را در مورد توجه قرار می‌دهد (باروچ، کانکر و باسچ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). این روش درمانی مبتنی بر هشیاری فراگیر یا ذهن‌آگاهی<sup>۴</sup> است. در این شیوه درمانی هشیاری فراگیر عبارت است از آوردن هشیارانه آگاهی به تجربه اینجا و اکنون همراه با گشودگی، علاقه و پذیرش. هشیاری فراگیر شامل زندگی کردن در اینجا و اکنون، مشغول بودن کامل با کار و پریشان نبودن افکار است (ایلنبرگ، هافمن، جنسن و فراسثولم<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌کند تا یک زندگی سرزنده، هدفمند و با مفهوم را برای خود ایجاد نماید. به عبارت دیگر این روش درمانی به افراد جهت برخورداری از یک زندگی رضایت‌بخش حتی با وجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب کمک می‌کند (ایفرت، فورسیس، آرچ، اسپیج، کلر و لانگر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). بسیاری از درمان‌ها به درمانجویان کمک می‌کنند تا احساس بهتری داشته باشند. این درمان‌ها قصد دارند تا در پایان دوره درمان، درمانجو از نظر هیجانی احساس بهتری را تجربه کند، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صراحتاً بر زندگی بهتر تمرکز دارند. صرف نظر از اینکه زندگی بهتر با احساس بهتر همراه باشد یا نباشد. گاهی زندگی بهتر عملاً مستلزم احساس درد است. اگر احساس درد، ارتباط و زندگی پویا را ارتقا بخشد، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند مهارت‌های لازم برای ایجاد درد را بدون دفاع غیرضروری فراهم کند (هایس، لوین، پلامب-ویلاردگا، ویلاتی و پیستوریلو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳).

درباره اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان پژوهش‌هایی انجام شده، اما این پژوهش‌ها غالباً ابعاد این سازه را کمتر مورد بررسی قرار دادند. حر و منشی (۱۳۹۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. پژوهش پیرحیاتی و برقی ایرانی (۱۳۹۵) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان و ابعاد آن شامل اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی شد. بهروز، بوالی، حیدری‌زاده و فرهادی (۱۳۹۵) ضمن پژوهشی درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی باعث بهبود کیفیت زندگی و ابعاد آن شامل سلامت جسمانی، سلامت محیطی، سلامت روانشناختی و سلامت اجتماعی شد. در پژوهشی دیگر نریمانی، علمداری و ابوالقاسمی (۱۳۹۳) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی و ابعاد آن شامل سلامت عمومی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و نقش جسمانی شد. نتایج پژوهش نصیری، قربانی و ادیبی (۱۳۹۴) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی و ابعاد آن شامل سلامت عمومی، سلامت روان، عملکرد جسمانی و عملکرد اجتماعی شد. همچنین برامول و ریچاردسون (۲۰۱۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سلامت روان و افسردگی پس از درمان پذیرش و تعهد بهبود یافت.

1. Bramwell & Richardson
2. Relational Frame Theory
3. Baruch, Kanker & Basch
4. Mindfulness
5. Eilenberg, Hoffmann, Jensen & Frostholm
6. Eifert, Forsyth, Arch, Espejo, Keller & Langer
7. Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello

در پژوهشی دیگر کیودی، دهقان و ضیاپور (۲۰۱۷) گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان و ابعاد آن شامل اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی شد. لوین، هیگر، پیرسی و تووهیگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر وب باعث بهبود مشکلات سلامت روان از جمله اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی شد.

هر چند در ایران شیوع چاقی نسبت به کشورهای توسعه‌یافته کمتر است، اما ۵/۵ درصد از کودکان و نوجوانان زیر ۱۸ سال و ۲۱/۵ درصد از افراد بالاتر از ۱۸ سال مبتلا به چاقی هستند و شیوع چاقی بین مردان ۱۸/۶ درصد و بین زنان ۳۸/۳ درصد گزارش شده است (ساسان‌فر، شاپهاری، پازوکی، پیشگاه رودسری و قنبری جلفایی، ۱۳۹۵). بنابراین شیوع چاقی در زنان بیشتر از مردان است و زنان چاق با مشکلات فراوانی از جمله کاهش سلامت روان مواجه هستند. برای بهبود مشکلات مرتبط با سلامت روش‌های مختلفی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجود دارد که هر چند درباره اثربخشی آن بر سلامت روان پژوهش‌های اندکی انجام شده، اما پژوهشگران از بررسی اثربخشی آن بر ابعاد سلامت روان غافل بودند. در نتیجه هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد سلامت روان (اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی) در زنان مبتلا به چاقی بود.

### روش پژوهش

روش مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه پژوهش زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه شهر بابل در سال ۱۳۹۷ بودند. در کل ۳۰ نفر پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن شاخص توده بدنی (تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر) مساوی یا بزرگ‌تر از ۳۰، سن ۲۵-۴۰ سال، عدم سابقه دریافت درمان پذیرش و تعهد، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم رخداد‌های تنش‌زا مانند طلاق و مرگ عزیزان در سه ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه و انصراف از ادامه همکاری بود. نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تایید پروپوزال و دریافت معرفی‌نامه از دانشگاه به کلینیک‌های تغذیه شهر بابل مراجعه و پس از هماهنگی از آنان خواسته شد تا زنان مبتلا به چاقی را معرفی نمایند. پس از بیان اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، اهداف، اهمیت و ضرورت پژوهش برای آنان تعداد ۳۰ نفر پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شدند. نمونه‌ها به روش تصادفی به دو گروه مساوی (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم و با روش تصادفی به کمک قرعه‌کشی یکی از گروه‌ها به‌عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شد. گروه آزمایش ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش دید و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. جلسه اول به ایجاد رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بستن قرارداد درمانی اختصاص یافت. در جلسه دوم روش‌های درمانی بیمار بررسی و کشف و تاثیر آنها ارزیابی شد. همچنین در مورد موقتی و کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل آموزش داده شد. جلسه سوم به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل تغذیه و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل

1. Levin, Haeger, Pierce & Twohig

آموزش داده شد. جلسه چهارم به اجتناب از تجارب و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، آموزش تن‌آرامی و تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل اختصاص یافت. جلسه پنجم مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار و احساس معرفتی و درباره کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و تلاش برای تغییر رفتار خوردن بر اساس آنها آموزش داده شد. جلسه ششم مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان بستر و برقراری تماس با خود جهت کنترل رفتارهای خوردن با استفاده از تمثیل و آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، آموزش داده شد. جلسه هفتم به توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر سبک خوردن، تمرین تمرکز و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر اختصاص یافت. جلسه هشتم تعهد برای عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و افزایش تعهد برای عمل به آنها آموزش داده شد و در نهایت خلاصه‌ای از تمام جلسات ذکر شد. درمان پذیرش و تعهد توسط پژوهشگر در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر بابل به صورت گروهی و با استفاده از روش‌های سخنرانی، پرسش و پاسخ و بحث گروهی آموزش داده شد. لازم به ذکر است که در هر جلسه تکلیفی مرتبط با آن جلسه به آزمودنی‌ها داده شد و در ابتدای جلسه بعد ضمن بررسی آنها به آنان بازخورد سازنده داده شد. ابزار پژوهش به شرح زیر می‌باشد.

پرسشنامه سلامت روان<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) ساخته شد و دارای فرم‌های متفاوتی است که در این پژوهش از فرم ۲۸ گویه‌ای آن استفاده شد که دارای چهار بعد اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی (هر بعد ۷ گویه) می‌باشد. گویه‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابعاد از طریق مجموع نمره گویه‌های سازنده آن مولفه به دست می‌آید، لذا دامنه نمرات هر مولفه بین ۰ تا ۲۱ می‌باشد و نمره بیشتر به معنای اختلال بیشتر می‌باشد. گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) روایی سازه و محتوایی ابزار را تایید و پایایی ابعاد اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۴، ۰/۸۹ و ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین اسدی، نظری، شکوری و سعادت (۱۳۹۳) پایایی ابعاد مذکور را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۸، ۰/۷۲ و ۰/۶۲ گزارش کردند. در مطالعه حاضر پایایی ابعاد مذکور با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۷۸ و ۰/۷۱ محاسبه شد. داده‌های جمع‌آوری شده با پرسشنامه سلامت روان پس از ورود به رایانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۱ و به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

### یافته‌های پژوهش

آزمودنی‌ها ۳۰ زن مبتلا به چاقی بودند که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنها به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ گزارش شد.

---

## 1. Mental Health Questionnaire

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مبتلا به چاقی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	سطوح	گروه آزمایش		گروه کنترل		معناداری
		فرآوانی	درصد فرآوانی	فرآوانی	درصد فرآوانی	
دامنه سنی	۲۶-۳۰ سال	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰	$p < 0.05$
	۳۱-۳۵ سال	۸	۵۳/۳۳	۷	۴۶/۶۷	
	۳۶-۴۰ سال	۲	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	
تحصیلات	دیپلم	۳	۲۰	۴	۲۶/۶۷	$p < 0.05$
	کاردانی	۳	۲۰	۲	۱۳/۳۳	
	کارشناسی	۷	۴۶/۶۷	۶	۴۰	
	کارشناسی ارشد	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰	

بر اساس نتایج جدول ۱ گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر دامنه سنی و تحصیلات تفاوت معناداری ندارند ( $P < 0.05$ ). نتایج میانگین و انحراف معیار ابعاد سلامت روان در زنان مبتلا به چاقی در مراحل ارزیابی در جدول ۲ گزارش شد.

جدول ۲. نتایج میانگین و انحراف معیار ابعاد سلامت روان در زنان مبتلا به چاقی در مراحل ارزیابی

متغیرها	مراحل	گروه آزمایش		گروه کنترل		معناداری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
اضطراب	پیش‌آزمون	۹/۳۸	۱/۸۶	۹/۲۲	۱/۷۵	$p < 0.05$
	پس‌آزمون	۶/۱۹	۱/۳۳	۹/۳۰	۱/۸۲	$p < 0.001$
افسردگی	پیش‌آزمون	۸/۵۹	۱/۹۵	۸/۷۶	۱/۸۶	$p < 0.05$
	پس‌آزمون	۶/۰۲	۱/۲۴	۸/۶۵	۱/۷۹	$p < 0.001$
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱۲/۴۶	۲/۱۷	۱۱/۸۴	۲/۲۸	$p < 0.05$
	پس‌آزمون	۸/۵۵	۱/۶۹	۱۲/۱۳	۲/۳۰	$p < 0.001$
اختلال کارکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۰/۷۱	۱/۸۴	۱۰/۵۱	۱/۷۶	$p < 0.05$
	پس‌آزمون	۷/۲۴	۱/۳۷	۱۰/۳۷	۱/۶۵	$p < 0.001$

بر اساس نتایج جدول ۲ گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری ندارند ( $P < 0.05$ )، اما در مرحله پس‌آزمون از نظر هر چهار متغیر تفاوت معناداری دارند ( $P > 0.001$ ). مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری شامل نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بر اساس M آزمون باکس و برابری واریانس‌ها بر اساس آزمون لوین تایید شدند ( $P < 0.05$ ). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳ گزارش شد.

## جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

آزمون‌ها	مقدار	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر پیلایی	۰/۷۳۶	۳۷/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱	۰/۸۹۳
لامبدای ویلکز	۰/۲۱۵	۳۷/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱	۰/۸۹۳
اثر هاتلینگ	۱/۱۴۴	۳۷/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱	۰/۸۹۳
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۱۴۴	۳۷/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱	۰/۸۹۳

بر اساس نتایج جدول ۳ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حداقل باعث بهبود یکی از متغیرهای اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی در زنان مبتلا به چاقی شده است ( $P > 0/001$ ). نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۴ گزارش شد.

## جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اضطراب	۷۱/۲۱۸	۱	۷۱/۲۱۸	۴۱/۲۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲	۰/۸۹۵
افسردگی	۶۶/۲۵۱	۱	۶۶/۲۵۱	۳۷/۲۱۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۰/۸۹۲
علائم جسمانی	۶۱/۲۱۶	۱	۶۱/۲۱۶	۳۱/۴۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۸	۰/۸۲۶
اختلال کارکرد اجتماعی	۴۸/۷۹۵	۱	۴۸/۷۹۵	۱۷/۷۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱	۰/۶۷۷

بر اساس نتایج جدول ۴ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود همه متغیرهای اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی در زنان مبتلا به چاقی شده است ( $P > 0/001$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع بالای چاقی در ایران و بیشتر بودن آن در زنان در مقایسه با مردان و مشکلاتی که چاقی همراه خود دارد از جمله کاهش سلامت روان، هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد سلامت روان (اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی) در زنان مبتلا به چاقی بود.

یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود همه متغیرهای اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی در زنان مبتلا به چاقی شد. این یافته با یافته پژوهش‌های قبلی در این زمینه همسو بود (حر و منشئی، ۱۳۹۶؛ پیرحیاتی و برقی ایرانی، ۱۳۹۵؛ بهروز و همکاران، ۱۳۹۵؛ نصیری و همکاران، ۱۳۹۴؛ نریمانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ برامول و ریچاردسون، ۲۰۱۸؛ کبودی و همکاران، ۲۰۱۷ و لوین و همکاران، ۲۰۱۶). برای مثال حر و منشئی ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان شد. در پژوهشی دیگر پیرحیاتی و برقی ایرانی (۱۳۹۵) گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود سلامت روان و ابعاد آن شامل اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و کارکرد اجتماعی شد. علاوه بر آن برامول و ریچاردسون (۲۰۱۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که سلامت روان و افسردگی پس از درمان پذیرش و تعهد بهبود یافت. در پژوهشی دیگر لوین و همکاران (۲۰۱۶) گزارش کردند که درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود

مشکلات سلامت روان از جمله اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی شد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد سلامت روان که به صورت گروهی اجرا شد، می‌توان گفت روش‌های درمانی گروهی باعث می‌شوند که افراد دیگر افرادی که شبیه خود هستند و دارای همان مشکلات هستند را ببینند، لذا افراد خود را خیلی متفاوت از دیگران نمی‌پندارند، به جامعه و زندگی اجتماعی برمی‌گردند و فعالیت‌های مستقلانه زندگی خود را ادامه می‌دهند. علاوه بر آن روش درمان پذیرش و تعهد دارای پشتوانه نظری مستحکمی است و هدف نهایی آن انعطاف‌پذیری روانی است. بنابراین به افراد کمک می‌کند تا نقاط قوت و ضعف خود را بدون قضاوت کردن درباره آنها ببینند و خود را همان طور که واقعا هستند، بپذیرند و سپس به دنبال راهکارهایی برای افزایش توانایی‌های خود باشند. درمان پذیرش و تعهد از طریق شش فرایند پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه باعث انعطاف‌پذیری روانی می‌شود. در نتیجه روش پذیرش و تعهد با توجه به مزایایی که دارد، هنگامی که به صورت گروهی اجرا شود و اعضای گروه با یکدیگر تعامل مثبت و سازنده داشته باشند باعث بهبود ابعاد سلامت روان یعنی اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی می‌شود. تبیین دیگر بر مبنای نظر والسر، گارورت، کارلین، تروکل، ریو و تیلور<sup>۱</sup> (۲۰۱۵) اینکه آموزش تعهد و پذیرش که متضمن اصلاح فرایندهای شناختی در کنار آمدن و حل مشکلات، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات و پذیرش بدون قید و شرط مشکل است باعث می‌شود که افراد مهارت‌های شناختی مورد نیاز را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که افراد دارای مشکلات روانشناختی علاوه بر داشتن افکار ناکارآمد، در پذیرش مشکل به‌عنوان یک واقعیت مقاومت کرده و با گسترش اجتناب و ناهم‌جوشی از یک طرف و کاهش انعطاف‌پذیری و درگیر شدن در گذشته به جای زندگی در زمان حال فرد بر ناامیدی نسبت به آینده متمرکز می‌شود و افسردگی افزایش می‌یابد. آموزش فنون مربوط به اصلاح فرایندهای شناختی در کنار افزایش سطح تحمل، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تعهد برای عمل، پذیرش، گسلش شناختی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مساله که در درمان پذیرش و تعهد گنجانده شده است، می‌تواند از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانی باعث کاهش افسردگی سالمندان گردد.

نتایج نشان‌دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب، افسردگی، علائم جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی در زنان مبتلا به چاقی بود. بنابراین با توجه به روند روزافزون چاقی در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان به‌ویژه زنان و مشکلات ناشی از آن باید به دنبال راهکارهای درمانی مناسب و پایدار برای بهبود ویژگی‌های آنان از جمله سلامت روان آنها بود. از آنجایی که نتایج حاکی از نقش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود سلامت روان بود، لذا درمانگران می‌توانند از روش مذکور برای ارتقای سلامت روان در زنان مبتلا به چاقی استفاده نمایند.

این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود که از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: این پژوهش بر روی نمونه‌هایی از زنان مبتلا به چاقی شهر بابل انجام شد، لذا در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط رعایت شود. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم پیگیری نتایج در بلندمدت اشاره کرد. بنابراین توصیه می‌گردد که در پژوهش‌های بعدی اثربخشی رژیم درمانی پزشکی بر روی مردان مبتلا به چاقی و بر روی سایر ویژگی‌های روانشناختی بررسی شود. پیشنهاد دیگر مقایسه اثربخشی روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر روش‌های درمانی مثل دارو درمانی، رژیم غذایی، ذهن‌آگاهی و غیره می‌باشد. آخرین پیشنهاد استفاده از طرح‌های



مداخله‌ای برای بررسی تداوم نتایج در بلندمدت است.

### منابع

- اسدی، مسعود؛ نظری، علی محمد؛ شکوری، زینب و سعادت، روح اله. (۱۳۹۳). رابطه ابعاد سلامت روان و رضایت شغلی در بین معلمان زن و مرد. *مجله زن و مطالعات خانواده*، ۷(۲۵)، ۲۵-۴۲.
- بهروز، بهروز؛ بوالی، فاطمه؛ حیدری‌زاده، نسرين و فرهادی، مهران. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی، سبک‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع II. *مجله سلامت و بهداشت*، ۷(۲)، ۲۳۶-۲۵۳.
- پیرحیاتی، زهره و برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن. *مجله روان‌شناسی پیری*، ۳(۲)، ۱۴۶-۱۳۷.
- حر، مریم و منشئی، غلامرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهر اصفهان. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۶(۶)، ۳۰۹-۳۱۶.
- حمیدی، افتخار؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۶). اثربخشی معنا درمانی بر مولفه‌های سلامت عمومی (اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال عملکرد اجتماعی) زنان دچار افسردگی پس از زایمان شهر تهران. *مجله روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۲(۴۵)، ۳۵-۴۴.
- ساسان‌فر، حمیدرضا؛ شایبهار، رضا؛ پازوکی، عبدالرضا؛ پیشگاه رودسری، محدثه و قنبری جلفایی، عاطفه. (۱۳۹۵). تاثیر ترکیبی شناخت درمانی گروهی و رژیم درمانی بر کاهش وزن و خودکارآمدی زنان مبتلا به چاقی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۳(۱۴۸)، ۱۱-۱۹.
- نریمانی، محمد؛ علمداری، الهه و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان ناباور. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴(۳)، ۳۸۷-۴۰۴.
- نصیری، صفورا؛ قربانی، مریم و ادیبی، پیمان. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نشانگان کارکردی گوارش. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۷(۴)، ۹۳-۱۰۲.
- Baruch, B., Kanker, J., & Basch, A. (2012). Acceptance and commitment therapy: enhancing the relationships. *Journal of Clinical Case Studies*, 8(3), 257-241.
- Bramwell, K., & Richardson, T. (2018). Improvements in depression and mental health after acceptance and commitment therapy are related to changes in defusion and values-based action. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 48(1), 9-14.
- Buch, A., Carmeli, E., Shefer, G., Keinan-Boker, L., Berner, Y., & et al. (2018). Cognitive impairment and the association between frailty and functional deficits are linked to abdominal obesity in the elderly. *Maturitas*, 114, 46-53.
- Camargos, A. C., Mendonca, V. A., Oliveira, K. S., DeAndrade, C. A., Leite, H. R., & et al. (2017). Association between obesity-related biomarkers and cognitive and motor development in infants. *Behavior Brain Research*, 325(1), 12-16.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive Behavior Practice*, 16(4), 368-385.
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J. S., & Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behavior Research Therapy*, 92, 24-31.

- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 131-145.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Iasiello, M., Van Agteren, J., Keyes, C. L. M., & Cochrane, E. M. (2019). Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. *Journal of Affective Disorder*, 251, 227-230.
- Kaboudi, M., Dehghan, F., & Ziapour, A. (2017). The effect of acceptance and commitment therapy on the mental health of women patients with type II diabetes. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10, 1709-1713
- King, J. L., Reboussin, B. A., Spangler, J., Cornacchione Ross, J., & Sutfin, E. L. (2018). Tobacco product use and mental health status among young adults. *Addictive Behavior*, 77, 67-72.
- Kung, C. S. J., Johnston, D. W., & Shields, M. A. (2018). Mental health and the response to financial incentives: Evidence from a survey incentives experiment. *Journal of Health Economic*, 62, 84-94.
- Levin, M. E., Haeger, J. A., Pierce, B., & Twohig, M. P. (2016). Web-based acceptance and commitment therapy for mental health problems in college students: A randomized controlled trial. *Psychology Dissertation*, Utah State University.
- Olivo, G., Gour, S., & Schioth, H. B. (2019). Low neuroticism and cognitive performance are differently associated to overweight and obesity: A cross-sectional and longitudinal UK Biobank study. *Psychoneuroendocrinology*, 101, 167-174.
- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Behavioral Research Therapy*, 74, 25-31.
- Zhou, Q., Glasgow, N. J., & Du, W. (2019). Health-related lifestyles and obesity among adults with and without disability in Australia: Implication for mental health care. *Disability Health Journal*, 12(1), 106-113.