

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش وزن و کیفیت زندگی زنان دارای اضافه وزن

ابوالفضل بخشی پور^۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو مداخله شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد در شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی زنان دارای اضافه وزن بود. چهل و پنج زن دارای اضافه وزن به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در سه گروه درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و گروه گواه قرار گرفتند. شاخص توده بدنی در سه نوبت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اندازه گیری شد و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی-فرم کوتاه و پرسشنامه جمعیت شناختی توسط شرکت کنندگان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری شش ماهه تکمیل شدند. برای تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. یافته ها نشان دادند که شاخص توده بدنی در گروه های مداخله به شکل معناداری از گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری کمتر بود. البته بین دو گروه مداخله تفاوتی در این زمینه وجود نداشت. یافته ها همچنین نشان دادند که نمرات شاخص های کیفیت زندگی در شرکت کنندگان گروه های مداخله نسبت به گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری به شکل معناداری بیشتر بود. علاوه بر آن نمرات شرکت کنندگان در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در دو شاخص کیفیت کلی زندگی و سلامت روان نسبت به گروه شناختی رفتاری به شکل معناداری بیشتر بود. هر دو مداخله اثربخشی مطلوب در کاهش وزن داشتند اما مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بهتری در برخی از شاخص های کیفیت زندگی نشان دادند.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، شاخص توده بدنی، کاهش وزن.

۱. مقدمه

سلامت بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی علاوه بر فقدان بیماری با بهزیستی نیز همراه است (کربین، ولک، کربین و ولک^۱، ۲۰۱۶). سلامت چند بعدی است و از مؤلفه های جسمانی، هیجانی، عقلانی، اجتماعی و معنوی تشکیل شده است (کربین، ولک، کربین و ولک، ۲۰۱۶). در حیطه سلامت جسمانی مواردی همچون وزن متعادل و تحریک فیزیکی مناسب از عوامل مهم می باشد. با این وجود رژیم غذایی ناسالم در سالهای اخیر فراگیر شده است و توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است. به عنوان مثال، تعداد مقالات مرتبط با چاقی از شصت و دو مورد در سال ۱۹۸۰ به بیش از شش هزار و پانصد مورد در سال ۲۰۰۴ افزایش یافته است (ساگوی و آلمینگ، ۲۰۰۵). زانینوتو و همکاران (۲۰۰۶) گزارش کرده اند که تعداد افراد دارای اضافه وزن و چاق در کشور بریتانیا هر سال افزایش می یابد. چاقی همچنین در میان کودکان و افراد جوان نیز شیوع زیادی پیدا کرده است. در کشور بریتانیا حدود شانزده درصد از کودکان دو تا پانزده ساله چاق هستند (زانینوتو، واردل، استاماتاکیس، میندل و هد^۲، ۲۰۰۶). رژیم غذایی ناسالم می تواند دامنه ای از بیماری ها را به وجود آورد که سرطان و بیماری قلبی عروقی از آن جمله هستند (تیرلاوی و اپتون^۳، ۲۰۰۹). تأثیر رژیم غذایی نامناسب در سنین مختلف متفاوت است به عنوان مثال در افراد کهنسال رژیم ناسالم به شکستگی های استخوانی منجر می شود (ولاس^۴ و همکاران، ۱۹۹۰) و در کودکان منجر به مشکلات دهان و دندان و حتی مرگ می شود (آچسون^۵، ۱۹۹۰).

غذا خوردن بیش از آنکه یک رفتار مرتبط با سلامتی باشد مرتبط با سبک زندگی است. بدین ترتیب کامپوس^۶ و همکاران (۲۰۰۶) در مقاله ای مطرح می کنند که برای اصلاح شیوه غذا خوردن باید به جای کاهش وزن، اصلاح سبک زندگی هدف قرار گرفته شود. در این راستا توضیحات متعددی برای علت رژیم غذایی ناسالم وجود دارد که شامل عامل ژنتیکی، اجتماعی-محیطی، رسانه ای، و روانشناختی می باشد. از میان دیدگاه های روانشناختی می تواند به سه رویکرد تحولی، شناختی و روانی فیزیولوژیک اشاره کرد. در دیدگاه تحولی روش غذا خوردن، میزان اشتها و علاقه مندی به مواد غذایی مختلف در دوران کودکی از طریق مواجهه، یادگیری اجتماعی، و یادگیری تداعی وار آموخته می شود (تیرلاوی و اپتون، ۲۰۰۹). در رویکرد شناختی افکار و نگرشها پیش بینی کننده و توضیح دهنده ی رفتار هستند (تیرلاوی و اپتون، ۲۰۰۹). رویکرد روانی فیزیولوژیک هم بر جنبه های زیستی خوردن و اهمیت گرسنگی و ولع تاکید می نماید (تیرلاوی، اپتون، ۲۰۰۹).

در رویکرد شناختی برای تبیین رفتار غذایی نظریه شناخت اجتماعی بیشتر از سایر نظریه ها مورد توجه قرار گرفته است و مدلهایی در این حیطه معرفی شده است. مدل باور سالم (بکر و روزنستاک^۷، ۱۹۸۴)، نظریه انگیزش حمایتی (راجرز^۸، ۱۹۸۵)، رویکرد فرایند عمل سالم (شوارتزر^۹، ۱۹۹۲)، نظریه عمل منطقی (کلی و بارکر^{۱۰}، ۲۰۱۶)، و نظریه رفتار برنامه ریزی شده (آیزن^{۱۱}، ۱۹۸۵) از مدل های مرتبط با نظریه شناخت اجتماعی می باشند. تمام این مدلها پنج گانه در این مفروضه اشتراک نظر دارند که نگرشها و باورها در رفتار خوردن نقش زیادی دارند. تفاوت میان آنها در نوع شناخت و میزان اهمیتی که برای نیت رفتاری قائل هستند می باشد. در نظریه رفتار منطقی رفتارهای ارادی و کنترل پذیر مورد

¹Corbin, Welk, Corbin & Welk

²Zaninotto, Wardle, Stamatakis, Mindell, & Head

³Thirlaway & Upton

⁴Vellas

⁵Acheson

⁶Campos

⁷Becker & Rosenstock

⁸Rogers

⁹Schwarzer

¹⁰Kelly & Barker

¹¹Ajzen

بررسی قرار می گیرد (آیزن، ۱۹۸۵، هممل، براون و ناتکمپر^۱، ۲۰۱۶). در این دیدگاه رفتارهای عمدی تحت تأثیر نیت رفتاری قرار دارند و نیت نیز دو مؤلفه دارد که نگرش فرد نسبت به رفتار و فشار اجتماعی ادراک شده برای انجام رفتار را شامل می شود (آیزن، ۱۹۸۵). در نظریه رفتار برنامه ریزی شده رفتار غیرتعمدی مورد بررسی قرار می گیرد و بر مؤلفه ای تحت عنوان کنترل رفتاری ادراک شده علاوه بر نگرشها و هنجارهای فردی تأکید می شود. زمانیکه کنترل رفتاری ادراک شده با کنترل رفتاری واقعی همخوانی دارد فرض بر این است که تأثیر مستقیمی بر رفتار می گذارد.

مدل های شناختی علاوه بر توانایی در پیش بینی رفتار می توانند بینشی برای اثرگذاری بر رفتار ایجاد نمایند (استروب و استروب^۲، ۱۹۹۵، بولتون^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). در این راستا مداخلاتی مبتنی بر دیدگاه شناختی رفتاری طراحی شده اند و اثربخشی آنها نیز مورد بررسی قرار گرفته است (بولتون و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج نشان داده اند که درمان شناختی رفتاری در مجموع اثربخشی مطلوبی در کاهش وزن شرکت کنندگان دارد (کوپر^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). می توان گفت که درمان شناختی رفتاری مدل استاندارد مداخله روانشناختی برای کمک به افراد دارای اضافه وزن می باشد و در خط مقدم مداخلات روانشناختی در حیطه کاهش وزن و چاقی است (موفیت، هینز و موهر^۵، ۲۰۱۵؛ ویلسون، ویلفلی، آگراس و برایسون^۶، ۲۰۱۰). بدین ترتیب در پژوهش حاضر از درمان شناختی رفتاری برای مدیریت وزن کمک گرفته خواهد شد.

علی رغم اثربخشی مطلوب درمان شناختی رفتاری به نظر می رسد که در مبانی نظری دیدگاه شناختی رفتاری مشکلات متعددی وجود دارد. نخست اینکه تمام رویکردهای شناختی برای پیش بینی رفتار بر پرسشنامه هایی استوار هستند که شناختهای مشخصی را اندازه گیری می کنند و ممکن است برخی افکار و نگرشهای مرتبط با آنها مورد توجه قرار نگیرند (اگدن^۷، ۲۰۰۳). دوم اینکه رویکردهای شناختی بر این مفروضه استوار هستند که رفتار پیامد تفکر منطقی است و فرایندهای خودکار و عاطفی را در نظر نمی گیرند. سوم اینکه برخی پژوهشها نشان داده اند که مدل های مربوط به باورهای سالم در پیش بینی پیامدهای رفتاری ناتوان هستند (سوتون^۸، ۱۹۹۸).

با توجه به موارد فوق الذکر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) روش متفاوتی را برای کنترل وزن پیشنهاد می دهد و به جای تغییر افکار و نگرشها یا کنترل رفتاری بر تعهد نسبت به رفتارهای سالم، استفاده از ذهن آگاهی و حرکت در راستای ارزشها تأکید می نماید (سیاروچی، بیلی و هریس، ۲۰۱۴). در این رویکرد پاسخ های رفتاری افراد نسبت به افکار و احساساتشان قابل تغییر است ولی تجربیات درونی را نمی توان تغییر داد یا از بین برد (هیز، استروسال و ویلسون^۹، ۱۹۹۹). بنابراین تلاش برای کنترل تجربه های درونی بی تأثیر است و به طور متناقض باعث تشدید احساسات، امیال، هیجان ها و افکاری می شود که فرد سعی در کنترل یا اجتناب از آن ها دارد (هیز، ویلات، لوین و هیلدبرانت^{۱۰}، ۲۰۱۱). پژوهشها نشان داده اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به وسیله افزایش انعطاف پذیری روانشناختی، باعث بهبود ولع خوردن (فرمن، هافمن، مک گراث، هربرت، برندسما و لووه^{۱۱}، ۲۰۰۷)، افزایش فعالیت بدنی (بوترین، فرمن، هافمن، شا و جوراسکیو^{۱۲}، ۲۰۱۱)، کاهش وزن (تپر، شا، ایلسلی، هیل، باند و مور^۱، ۲۰۰۹)، و بهبود در توانایی نگهداری وزن می شود.

¹ Hommel, Brown & Nattkemper

² Stroebe & Stroebe

³ Boulton

⁴ Cooper

⁵ Moffitt, Haynes & Mohr

⁶ Wilson, Wilfley, Agras & Bryson

⁷ Ogden

⁸ Sutton

⁹ Hayes, Strosahl & Wilson

¹⁰ Hayes, Villatte, Levin & Hildebrandt

¹¹ Forman, Hoffman, McGrath, Herbert, Brandsma & Lowe

¹² Butryn, Forman, Hoffman, Shaw & Juarascio

(لیلیس، هیز، بانتینگ و ماسودا^۲، ۲۰۰۹).

با توجه به ادبیات پژوهشی فرض پژوهش حاضر این است که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی بیشتری در کاهش وزن بزرگسالان دارای اضافه وزن دارد. از سوی دیگر آنچه در ادبیات پژوهشی داخلی کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در کاهش وزن می باشد که یکی از اهداف پژوهش حاضر است. دومین فرض پژوهش حاضر این است که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به اهمیتی که برای فرایند درمان قائل است اثربخشی بیشتری از درمان شناختی رفتاری در کاهش وزن بزرگسالان دارد. علاوه بر آن پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش مداخلات روانشناختی مربوط به کاهش وزن در بهبود کیفیت زندگی بزرگسالان است. پژوهش های پیشین نشان داده اند که عملکرد جسمانی، سلامت روانی و سلامت عمومی پس از اجرای مداخلات کاهش وزن بهبود معناداری را نشان داده اند (بلیسمر^۳ و همکاران، ۲۰۰۶؛ پان، کل و گلیپتر^۴، ۲۰۱۱؛ هگمان، یروز، یورگر و پولن^۵، ۲۰۱۹). فرض دیگر پژوهش حاضر این است که مداخلات روانشناختی برای کاهش وزن موجب بهبود تمام جنبه های کیفیت زندگی در شرکت کنندگان می گردد.

۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه پژوهشی شامل افراد دارای اضافه وزن ساکن شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ می باشد. نمونه پژوهشی شامل ۴۵ فرد مبتلا به اضافه وزن بود که با روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای تعیین حجم نمونه از نرم افزار G-Power استفاده شد ($\alpha=0.05$; $\text{Power}=0.9$).

ملاک های ورود به پژوهش حاضر شامل محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال، شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۵ بود. ملاکهای خروج شامل بارداری یا داشتن برنامه برای آن، استفاده همزمان از سایر روشهای درمانی، اختلالات جسمانی یا روانی مشکل ساز برای کاهش وزن بود. گروه ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون از نظر شاخص توده بدنی و خرده مقیاسهای کیفیت زندگی ارزیابی شدند.

برای انجام پژوهش حاضر ابتدا فراخوان عمومی به منظور انتخاب شرکت کنندگان مشتاق به کاهش وزن صورت گرفت. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. در دو گروه آزمایش مداخله های شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد. شرکت کنندگان کاربرگهای مرتبط با مداخله را دریافت می کنند و به طور منظم هفته ای یکبار در جلسات مداخله شرکت کردند. پرسشنامه های جمعیت شناختی و کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون توسط آزمودنیها پر شدند. شاخص توده بدنی تمام شرکت کنندگان نیز در پیش آزمون و پس آزمون ارزیابی شد.

جلسات مداخله شناختی رفتاری در شش جلسه تدوین شده است (بک، ۲۰۰۹). در جلسه اول مداخله شناختی رفتاری اصول حضور در گروه درمانی معرفی می شود. تمرینهای مربوط به جلسه اول شامل کارت مزایا، انتخاب رژیم غذایی مناسب توسط شرکت کنندگان، روش درست غذا خوردن، و استفاده از روشهای تشویقی بود. در جلسه دوم روشهای مدیریت زمان، فعالیت بدنی، هدف گذاری، تحمل گرسنگی، مدیریت ولع، و برنامه ریزی برای شروع رژیم غذایی آموزش

¹ Tapper, Shaw, Ilsley, Hill, Bond & Moore

² Lillis, Hayes, Bunting & Masuda

³ Blissmer

⁴ Pan, Cole & Geliebter

⁵ Hageman, Mroz, Yoerger & Pullen

داده شد. جلسه سوم به روشهای پایش غذا خوردن، جلوگیری از خوردن های بی برنامه و پرخوری، تغییر تعریف سبزی، مقابله به وسوسه ها و پایبندی به رژیم غذایی اختصاص یافت. در جلسه چهارم روشهای شناسایی خطاهای تفکر، و روشهای پاسخ دادن به افکار مخرب و ناامیدی آموزش داده می شود. در جلسه پنجم چالشهای پیش روی افراد برای رژیم گرفتن بررسی شده و راهکارهای مناسب تمرین می شوند. نهایتاً در جلسه ششم راه های افزایش اعتماد به نفس، کاهش استرس، و پایبندی به رژیم غذایی و فعالیت ورزشی بررسی می شوند.

جلسات مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در شش جلسه تدوین شده است (سیاروچی، بیلی، هریس ۲۰۱۴). در جلسه اول به شرکت کنندگان آموزش داده می شود که ارزشهای خود را شفاف کنند. در جلسه دوم مهارت های مشاهده، تمایل و زندگی کردن بر اساس ارزشها تمرین می شود. هفته سوم به راهایی از فشار محیطی اختصاص یافته است. در هفته چهارم به شرکت کنندگان آموزش داده می شود که شیوه های شفقت ورزی به خود را اجرا کنند. در هفته پنجم روشهای ذهن آگاهانه غذا خوردن و رژیم گرفتن آموزش داده می شود. هفته ششم به ایجاد انگیزه واقعی برای ورزش رفتن اختصاص یافته است و همچنین خلاصه ای از فنون آموزش داده شده ارائه می شود.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-23 تحلیل شدند. از روشهای آماری همچون فراوانی، میانگین، واریانس، انحراف استاندارد، تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر، و آزمون تعقیبی LSD در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

ابزار

شاخص توده بدنی^۱ (BMI): شاخصی که برای محاسبه میزان اضافه وزن یا لاغری مورد استفاده قرار می گیرد و از تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر به دست می آید. وزن افراد با لباس معمولی و با استفاده از ترازوی عقربه ای اندازه گیری شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه^۲ (WHOQOL-BREF): بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، و اولویتهایشان می باشد که کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نمی باشد (بونومی، پاتریک، بوشنل و مارتین^۳، ۲۰۰۰). در این پرسشنامه بیست و چهار سؤال برای ارزیابی کیفیت زندگی در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی وجود دارد. دو سؤال اول این پرسشنامه به هیچ کدام از این حیطه ها تعلق ندارد و سلامت را به صورت کلی ارزیابی می کند. ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه در ایران بررسی شده است و تمام خرده مقیاسها همسانی درونی بالای ۰/۷ داشته اند (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ در خرده مقیاسهای این پرسشنامه بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۰ بود.

۳. یافته ها

شرکت کنندگان چهل و پنج فرد مبتلا به اضافه وزن بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ویژگی های جمعیت شناختی در جدول یک نمایش داده شده است.

^۱ Body Mass Index

^۲ World Health Organization Quality Of Life-BRIEF

^۳ Bonomi, Patrick, Bushnell & Martin

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی افراد مبتلا به اضافه وزن در گروه های درمان و کنترل

ویژگی ها		درمان شناختی رفتاری		درمان مبتنی بر پذیرش و کنترل تعهد	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
نوع تأهل	مجرد	۱۳/۳۳	۲	۶/۶۶	۲
	متأهل	۸۶/۶۶	۱۳	۹۳/۳۳	۱۳
تحصیلات	کارشناسی	۴۶/۶۶	۷	۳۳/۳۳	۵
	ارشد	۵۳/۳۳	۸	۶۶/۶۶	۹
سن	میانگین	۲۸/۲۰		۲۹/۴۶	
				۳۰/۱۳	

سه گروه درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، تحصیلات و نوع تأهل مقایسه شدند. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین گروه های مورد مطالعه از نظر میزان سن تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون خی دو نشان داد که سه گروه مورد مطالعه در میزان تحصیلات و نوع تأهل نیز تفاوت معناداری ندارند. همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین سه گروه مورد مطالعه در پیش آزمون از نظر شاخص توده بدنی، و شاخص های کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود ندارد. بدین ترتیب آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد استفاده قرار گرفت پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر همچون نرمال بودن داده ها و همگنی واریانس توسط آزمون های کلموگروف-اسمیرنوف و لوین مورد تأیید قرار گرفتند. برای بررسی تفاوت بین گروه ها به صورت زوج از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج آزمون در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل های واریانس با اندازه گیری مکرر مربوط به تفاوت بین سه گروه مورد مطالعه در متغیرهای وابسته

متغیر	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
شاخص بدنی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۹	۹,۹۹	۲	۴۱	۰/۰۰۳	۰/۵۹
کیفیت زندگی کلی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۶	۱۳۱/۸۱	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶
سلامت جسمانی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۰	۸۲/۳۷	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰
سلامت روانی	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۹	۱۸۱/۷۰	۲	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۹

۰/۷۳	۰/۰۰۱	۴۱	۲	۵۷/۳۶	۰/۷۳	آزمون لامبدای ویلکز	رابطه اجتماعی
۰/۹۳	۰/۰۰۱	۴۱	۲	۲۹۲/۷۸	۰/۹۳	آزمون لامبدای ویلکز	سلامت محیطی

نتایج جدول ۲ نشان می دهند که تمام آزمون های تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در متغیرهای مورد مطالعه معنادار هستند. بدین ترتیب یکی از مداخلات در پژوهش حاضر اثربخشی داشته است. به منظور بررسی میزان اثربخشی هر کدام از مداخلات از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی LSD تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین سه گروه مورد مطالعه در متغیر وزن

متغیر	گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
شاخص توده بدنی	شناختی رفتاری- اکت	-۰/۰۵	۰/۲۳	۰/۸۱
	شناختی رفتاری- کنترل	-۲/۶۴	۰/۲۳	۰/۰۰۱
	اکت- کنترل	-۲/۵۸	۰/۲۳	۰/۰۰۱

همانطور که یافته ها در جدول ۳ نشان داده اند دو گروه شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میزان کاهش شاخص توده بدنی در پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند ولی از گروه کنترل به شکل معناداری بهتر بودند.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بین سه گروه مورد مطالعه در متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی

متغیر	گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
سلامت جسمانی	شناختی رفتاری- اکت	-۰/۴	۰/۹۲	۰/۶۶
	شناختی رفتاری- کنترل	۵/۶۲	۰/۹۲	۰/۰۰۱
	اکت- کنترل	۶/۰۲	۰/۹۲	۰/۰۰۱
سلامت روانی	شناختی رفتاری- اکت	-۲/۰۴	۱/۱۳	۰/۰۵
	شناختی رفتاری- کنترل	۳/۲۲	۱/۱۳	۰/۰۰۷
	اکت- کنترل	۵/۲۶	۱/۱۳	۰/۰۰۱
رابطه اجتماعی	شناختی رفتاری- اکت	-۰/۹۱	۰/۶۶	۰/۱۷
	شناختی رفتاری- کنترل	۱/۶۶	۰/۶۶	۰/۰۱

			کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۶۶	۲/۵۷	اکت - کنترل	
۰/۴۳	۱/۲۱	۰/۹۵	شناختی رفتاری - اکت	سلامت محیطی
۰/۰۰۶	۱/۲۱	۴/۴۴	شناختی رفتاری -	
			کنترل	
۰/۰۰۱	۱/۲۱	۳/۴۸	اکت - کنترل	
۰/۰۱	۰/۳۳	-۰/۸۶	شناختی رفتاری - اکت	سلامت کلی
۰/۰۲	۰/۳۳	۰/۷۷	شناختی رفتاری -	
			کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۳۳	-۱/۶۴	اکت - کنترل	

نتایج جدول ۴ نشان می دهد افرادی که در گروه های درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بودند در شاخص های کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل به شکل معناداری در پس آزمون و پیگیری نمرات بالاتری داشتند. یافته ها نشان می دهند شرکت کنندگان در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات بالاتری در شاخص های سلامت کلی و سلامت روان نسبت به گروه شناختی رفتاری در پس آزمون و پیگیری داشتند. در سایر شاخص های مربوط به کیفیت زندگی تفاوت معناداری بین دو گروه شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده نشد.

۴. بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش مقایسه میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در شاخص توده بدنی و کیفیت زندگی بزرگسالان دارای اضافه وزن بود. یافته ها نشان دادند که بین دو مداخله شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معناداری در کاهش شاخص توده بدنی وجود نداشت اما هر دو روش در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی بیشتری در کاهش شاخص توده بدنی داشتند. بدین ترتیب اولین فرضیه پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی بالاتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری در کاهش شاخص توده بدنی در مقایسه با گروه کنترل مورد تأیید قرار گرفت. این یافته همراستا با مطالعات پیشین است که اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش وزن افراد دارای اضافه وزن در مقایسه با گروه کنترل نشان داده اند (موفیت، هینز و موهر ۲۰۱۵، ویلسون، ویلفلی، آگراس و برایسون^۱، ۲۰۱۰، لیلیس، هیز، بانتینگ و ماسودا، ۲۰۰۹).

دومین فرضیه پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش وزن افراد دارای اضافه وزن نسبت به گروه شناختی رفتاری در پس آزمون و پیگیری مورد تأیید قرار نگرفت. بدین ترتیب می توان نتیجه گیری کرد که اثربخشی دو روش درمانی شبیه یکدیگر است. همراستا با این یافته ها برخی مطالعات پیشین نیز نشان داده اند که اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش وزن افراد مبتلا به اضافه وزن مشابه است (وینلند، آرویدسون، کاکولیدیس و داهل^۲، ۲۰۱۲، فرمن و همکاران، ۲۰۱۳). بدین ترتیب می توان نتیجه گیری کرد که تکنیکهای شناختی رفتاری و تکنیکهای مبتنی بر پذیرش، ذهن آگاهی و تعهد در کاهش وزن افراد دارای اضافه وزن به یک

^۱ Wilson, Wilfley, Agras & Bryson

^۲ Weineland, Arvidsson, Kakoulidis & Dahl

اندازه مؤثر هستند. البته ممکن است پیگیری شش ماهه یا یک ساله نتایج متفاوتی را در زمینه ی اثربخشی درمان شناختی رفتاری یا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشان دهد. به طور کلی بسیاری از مداخلات موج سوم شناختی به منظور کاهش عود مجدد و بازگشت علائم اختلالات روانی طراحی شدند (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۷). بنابراین ممکن است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در درازمدت اثربخشی بیشتری داشته باشد که البته در پژوهش حاضر امکان بررسی آن وجود ندارد.

یافته های پژوهش حاضر همچنین نشان داده اند افراد شرکت کننده در گروه های شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تمام شاخص های کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل عملکرد بهتری داشتند. همراستا با نتایج مطالعه حاضر پژوهشهای پیشین نیز نشان داده اند که اضافه وزن و چاقی با کاهش کیفیت زندگی در ابعاد مختلف اجتماعی، جسمانی و روانشناختی مرتبط است (هلم، اسپکتر، هیکس، کارلسون و لانوزا^۱، ۲۰۰۱. کلوتکین، میتر و ویلیامز^۲، ۲۰۰۱. فیث، ناتس و آلیسون^۳، ۲۰۰۳). و مداخلات مربوط به کاهش وزن موجب بهبود کیفیت زندگی می شوند (بلیسمر و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین مشکلات جسمانی همچون دیابت، فشارخون، و قند بالای خون با تغییر سبک زندگی بهبود قابل ملاحظه پیدا می کنند (پان، کول و گلیبتر، ۲۰۱۱). در تبیین علت بهبود شاخص های کیفیت زندگی می توان به تأثیر تحرک بدنی و تغییر رژیم غذایی اشاره کرد. مطالعات نشان داده اند که تحرک بدنی و رژیم غذایی سالم موجب بهبود قابل توجه در وضعیت روانی و اجتماعی افراد می شود (بک ۲۰۱۲. سیاروچی ۲۰۱۴).

سومین فرضیه پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود شاخص های کیفیت زندگی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور نسبی مورد تأیید قرار گرفت. نمرات شاخص های کلی کیفیت زندگی و سلامت روان افراد شرکت کننده در گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه شناختی رفتاری به شکل معناداری در پس آزمون و پیگیری بیشتر بود. البته بین دو گروه آزمایش در زیرمقیاس جسمانی تفاوت معناداری وجود نداشت. بدین ترتیب می توان نتیجه گیری کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با درمان شناختی رفتاری به طور کلی اثربخشی بیشتری در بهبود کیفیت زندگی افراد دارای اضافه وزن دارد. در تبیین این یافته باید به تفاوت دو رویکرد درمانی در محتوای جلسات و اهداف درمان اشاره کرد. درمان شناختی رفتاری برای کاهش وزن به دنبال ایجاد انگیزه برای کاهش وزن و مقابله با شناختها و رفتارهای ناکارآمد در ارتباط با رژیم غذایی است (بک، ۲۰۰۷). از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است که افراد بتوانند هیجانها و افکار منفی خود را بپذیرند و به طور کلی به ارزشهای زندگی خود هم در زمینه کاهش وزن و هم حیطه های دیگر پایبند باشند (سیاروچی، ۲۰۱۴). بدین ترتیب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر کاهش وزن سایر جنبه های هیجانی و رفتاری مراجعان را در نظر می گیرد که احتمالاً در بهبود جنبه های روانی و اجتماعی کیفیت زندگی مؤثر است.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، به نظر می رسد که هر دو درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش وزن اثربخشی بالایی دارند اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کلی کیفیت زندگی و شاخصهای روانی و اجتماعی آن اثربخشی بالاتری نسبت به درمان شناختی رفتاری دارد. بدین ترتیب پیشنهاد می شود که درمانگران از رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده کنند. پژوهش حاضر محدودیتهایی دارد که پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی مورد توجه قرار گیرد. نخست آنکه نتایج درمان در پژوهش حاضر در بازه زمانی سه ماهه پیگیری شد که ممکن است

¹ Holm, Spector, Hicks, Carlson & Lanuza

² Kolotkin, Meter & Williams

³ Faith, Natz & Allison

برای بررسی میزان اثربخشی مداخله در جلوگیری از بازگشت و عود مجدد کافی نباشد. پیشنهاد می شود که پژوهش های آتی نتایج درمان را در بازه زمانی یک ساله و بیشتر مورد بررسی قرار دهند. تعداد شرکت کنندگان در سه گروه مورد مطالعه چهل و پنج نفر بود که امکان تعمیم دهی نتایج مطالعه حاضر را دشوار می نماید. پیشنهاد می شود که در مطالعات آتی از حجم نمونه بیشتری استفاده شود.

منابع

- **بک، ج. (۲۰۰۷).** شناخت درمان بک برای کاهش وزن. مترجم: آگاه هریس، م. علی پور، ا. جان بزرگی، م. گلچین، ن. ارجمند.
 - **پروچاسکا، ج. نورکراس، ج. (۲۰۰۷).** نظریه های رواندرمانی: نظام های رواندرمانی. مترجم: سید محمدی، ی.
 - **دلاور، علی. (۱۳۸۸).** مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد. چاپ هفتم.
 - **سیاروچی، ژ. بیلی، آ. هریس، ر. (۲۰۱۴).** رهایی از چاقی با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد. مترجم: صاحبی، ع. اسکندری.
 - **نجات، سحرناز. منتظری، علی. هولاکوئی نائین، کوروش. محمد، کاظم. مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵).** استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۴ (۴): ۱-۱۲.
- **Acheson, D. (1998).** Independent Inquiry into Inequalities in Health. London: Stationery Office.
 - **Ajzen, I. (1985).** From intention to actions: a theory of planned behaviour. In: J. Kuhl and J. Beckman (eds), Action-Control: From Cognition to Behaviour. Retrieved 20 December 2007 from <http://www.people.umass.edu/aizen/publications.html>.
 - **Becker, M.H. and Rosenstock, I.M. (1984).** Compliance with medical advice. In: A. Steptoe and A. Mathews (eds), Health Care and Human Behaviour. London: Academic Press Inc.
 - **Blissmer, B., Riebe, D., Dye, G. et al. (2006).** Health-related quality of life following a clinical weight loss intervention among overweight and obese adults: intervention and 24 month follow-up effects. *Health Qual Life Outcomes* 4, 43.
 - **Bonomi A.E., Patrick D.L., Bushnell D. M. and Martin M. (2000).** Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol.* 53(1): 1923.
 - **Boulton, E., Hawley-Hague, H., French, D.P., Mellone, S., Zacchi, A., Clemson, L., Vereijken, B., Todd, C. (2019).** Implementing behaviour change theory and techniques to increase physical activity and prevent functional decline among adults aged 61–70: The Prevent IT project. *Progressive in Cardiovascular Diseases.* 62: 147-156.
 - **Butryn ML, Forman EM, Hoffman KL, Shaw JA, Juarascio AS. (2011).** A pilot study of Acceptance and Commitment Therapy for promotion of physical activity. *Journal of Physical Activity and Health.* 8: 516–522.
 - **Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E. and Gaesser, G. (2006).** Lifestyle, not weight, should be the primary target. *International Journal of Epidemiology* 35, 81–82.
 - **Cooper Z, Doll HA, Hawker DM, et al. (2012).** Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: a randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav Res Ther.* 48(8):706–713.

- **Corbin, B.C., Welk, G.J., Corbin, W.R., Welk, K.A. (2016).** Concepts of fitness and wellness: a comprehensive lifestyle approach. McGraw-Hill: New York.
- **Faith MS, Natz PE, Allison DB. (2003).** Psychosocial correlates and consequences of obesity. In *Obesity: Etiology Assessment, Treatment, and Prevention* Edited by: Anderson RE. Champaign, IL: Human Kinetics; 17-32.
- **Forman EM, Hoffman KL, McGrath KB, Herbert JD, Brandsma LL, Lowe MR. (2007).** A comparison of acceptance and control based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behaviour Research and Therapy.* 45: 2372–2386.
- **Forman, E. Hoffman, K. Juarascio, A. Butryn, M. Herbert, J. (2013).** Comparison of acceptance-based and standard cognitive-based coping strategies for craving sweets in overweight and obese women. *Eating behaviors.* 14. 64-8.
- **Hageman PA, Mroz JE, Yoerger MA, Pullen CH. (2019).** Weight loss is associated with improved quality of life among rural women completers of a web-based lifestyle intervention. *PLoS ONE* 14(11): e0225446. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225446>
- **Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (1999).** Acceptance and Commitment therapy: An Experimental Approach to Behavior change. New York: Guilford Press.
- **Hayes, S.C., Villatte, M., Levin, M. & Hildebrandt, M. (2011).** Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- **Holm K, Li S, Spector N, Hicks F, Carlson E, Lanuza, D. (2001).** Obesity in adults and children: a call for action. *Journal of Advanced Nursing.* 36(2):266-269. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01967.x.
- **Hommel, B., Brown, S. B. R. E., & Nattkemper, D. (2016).** Human action control: From intentions to movements. Cham, Switzerland: Springer International Publishing. <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-09244-7>
- **Kelly, M.P., Barker, M. (2016).** Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health.* 136: 109-116.
- **Kolotkin R. L., Meter K., Williams G. R. (2001).** Quality of life and obesity. *Obes. Rev.* 2, 219–229. 10.1046/j.1467-789X.2001.00040.x
- **Lillis, J., Hayes, S.C., Bunting, K & Masuda, A. (2009).** Teaching Acceptance and Mindfulness to Improve the Lives of the Obese: A Preliminary Test of a Theoretical Model. *Annals of Behavioral Medicine.* 37, 58–69.
- **Moffitt R, Haynes A, Mohr P. (2015).** Treatment beliefs and preferences for psychological therapies for weight management. *J Clin Psychol.* 71(6):584–596.
- **Ogden, J. (2003).** Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22, 424-428.
- **Pan, H.J & Cole, B. Geliebter, A. (2011).** The benefits of body weight loss on health-related quality of life. *Journal of the Chinese Medical Association : JCMA.* 74. 169-75.
- **Rogers, R.W. (1985).** Attitude change and information integration in fear appeals. *Psychological Reports* 56, 179–182.
- **Saguy A.C. and Almeling, R. (2005).** Fat devils and moral panics: News reporting on obesity science. Presented at the SOMAH workshop. UCLA Department of Sociology.
- **Schwarzer, R. (1992).** Self efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model. In: R. Schwarzer (ed.) *Self Efficacy: Thought Control of Action.* Washington, DC: Hemisphere.
- **Stroebe, W. and Stroebe, M.S. (1995).** *Social Psychology and Health.* Suffolk: Open University Press.
- **Sutton, S. (1998).** Predicting and explaining intentions and behaviour: how well are we doing? *Journal of Applied Social Psychology* 28, 1317–1338.
- **Tapper K, Shaw C, Ilsley J, Hill AJ, Bond FW, Moore L. (2009).** Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite.* 52(2):

396-404

- **Thirlaway, K., Upton, D. (2009).** The psychology of lifestyle: promoting healthy behavior. Routledge: Abingdon.
- **Vellas, B., Conceicao, J., Lafont, C., Fontan, B., Garry, P.J., Adoue, D. and Albarede, J.L. (1990).** Malnutrition and Falls. *Lancet* 336, 1147.
- **Weineland SM, Arvidsson D, Kakoulidis T, Dahl J. (2011).** Acceptance and Commitment Therapy for Bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity Surgery*. 21(8):1044.
- **Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. (2010).** Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 67(1): 94–101.
- **Zaninotto, P., Wardle, H., Stamatakis, E., Mindell, J. and Head, J. (2006).** Forecasting Obesity to 2010. Retrieved 2 December 2007 from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4138630.

Comparing the Effectiveness of CBT and ACT on Weight Loss and Quality of Life among overweight women

Abstract

Previous studies demonstrated the effectiveness of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy on weight loss. Aim of present study was to compare the effectiveness of cognitive behavior therapy (CBT), and acceptance and commitment therapy (ACT) on body mass index (BMI) and quality of life among overweight women. Forty five women with overweight were selected through convenience sampling and allocated in two experiment groups of CBT and ACT, and one control group. BMI, quality of life, and demographic questionnaire were examined in pretest, posttest and six months follow-up. Repeated measure ANOVA was used to analyze the data. Findings demonstrated that BMI was significantly lower in experiment groups in comparison of control group in posttest and follow-up. However no significant difference in BMI were found between CBT and ACT groups in posttest and follow-up. Findings also showed that subscales of quality of life were significantly higher among participants in intervention groups in comparison of control group in posttest and follow-up. Furthermore, participants in ACT group had significantly higher levels of quality of life and mental health in comparison of CBT group. Both interventions had significant effectiveness in weightloss however ACT group had more significant effectiveness in some indicators of quality of life.

Keywords: cognitive behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, quality of life, body mass index, weight loss.