

## *The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Self-Efficacy Lifestyle in Obese Women*

Leili Nourian<sup>1</sup>  
Asghar Aghaei<sup>2</sup>,  
Maryam Ghorbani<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MSc in Clinical Psychology, Faculty of Humanity, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Educational Science and Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanity, Payam Noor University of Tehran, Tehran, Iran

(Received February 7, 2014 ; Accepted April 4, 2015)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Studies have shown that increasing self-efficacy could predict the treatment success for weight loss. This study assessed the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on weight self-efficacy lifestyle in obese women in Isfahan.

**Materials and methods:** A quasi-experimental pretest/post-test control group design was conducted on all obese women ( $BMI \geq 30$ ) in Isfahan in spring 2014. Convenience sampling was performed and 30 obese women were selected according to our defined inclusion criteria. They were randomly assigned either in a control or experimental group ( $n=15$  per group). The Weight Efficacy Lifestyle Questionnaire was completed by the participants in pre-test, post-test and follow-up stages. The experimental group attended ACT classes for 8 sessions/ 90 min.

**Results:** Significant differences were found in weight self-efficacy lifestyle in all subscales including food availability, social pressure, physical discomfort, negative emotions, and positive activities in experimental group during all stages.

**Conclusion:** According to this study, ACT could improve weight self-efficacy lifestyle as a predicting index of weight loss in obese women. Therefore, this treatment could be beneficial when performed in conjunction with other weight loss interventions.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, weight self-efficacy lifestyle, women, obesity

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(123): 162-172 (Persian).

## بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در زنان مبتلا به چاقی

لیلی نوریان<sup>۱</sup>اصغر آقایی<sup>۲</sup>مریم قربانی<sup>۳</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** افزایش خودکارآمدی در حین درمان می‌تواند موفقیت برنامه‌های کاهش وزن را پیش‌بینی کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در زنان مبتلا به چاقی شهر اصفهان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی بوده که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه مورد مطالعه کلیه زنان چاق ( $BMI \geq 30$ ) ساکن در شهر اصفهان در بهار سال ۱۳۹۳ بودند که از این میان ۳۰ زن دارای تشخیص چاقی به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود، انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. پرسش‌نامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن توسط شرکت کنندگان در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری تکمیل گردید. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان ACT قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میزان خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در تمامی خرده مقیاس‌ها شامل دسترسی به مواد غذایی، فشار اجتماعی، ناراحتی جسمانی، هیجانات منفی و فعالیت سرگرم‌کننده گروه آزمایش در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0.05$ ).

**استنتاج:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن را به عنوان شاخص پیش‌بینی‌کننده کاهش وزن، در زنان مبتلا به چاقی افزایش دهد. بنابراین می‌توان از این روش درمانی در کنار سایر مداخلات مربوط به کاهش وزن استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، زنان، چاقی

### مقدمه

چاقی یکی از بیماری‌های شایع در دنیای امروز است. تخمین زده شد که در حدود ۱/۲ میلیارد نفر از جمعیت جهان دارای چاقی یا اضافه وزن هستند (۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که یک سوم مردم آمریکا دارای اضافه وزن و یک سوم دیگر چاق هستند (۲). چاقی می‌تواند باعث افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های

Email: aghaeipsy@gmail.com

**مؤلف مسئول:** اصغر آقایی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، نجف آباد، اصفهان، ایران

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۱۱/۲۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۱/۱۵

جسمانی و روانی مانند دیابت نوع دو، بیماری‌های قلبی-عروقی، آرتروز، برخی از انواع سرطان، اختلالات خلقی و اختلالات شخصیت گردد (۳-۵). کاهش وزن حتی به میزان اندک می‌تواند تأثیر به‌سزایی در کاهش مشکلات مربوط به سلامت داشته باشد (۶).

شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های اثرگذار بر کاهش وزن نقش مهمی در افزایش اثربخشی برنامه‌های کاهش وزن دارد (۷). از جمله شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده کاهش وزن و پیش‌بینی‌کننده موفقیت مداخلات کنترل وزن، خودکارآمدی است (۸-۱۳). ساختار اولیه خودکارآمدی به نظریه شناختی-اجتماعی Bandura بر می‌گردد که با نظریه‌های مختلف تغییر رفتار ادغام شده است (۱۴). خودکارآمدی به عنوان اعتماد در توانایی انجام وظیفه در وضعیت خاص تعریف شده است و یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار می‌باشد (۱۵). خودکارآمدی مربوط به کنترل وزن به ادراک فرد از این که می‌تواند به طور مؤثر رفتارهایی را انجام دهد که منجر به کاهش وزن و یا نگهداری آن شود، اشاره دارد (۱۶). خودکارآمدی، نقش با اهمیتی در کنترل وزن به شیوه رفتاری دارد. Bas و همکاران در پژوهشی نشان دادند که ارتباط معناداری بین خودکارآمدی بالا و موفقیت در کاهش وزن وجود دارد (۱۳). نتایج پژوهش Martin و همکاران نشان داد که افزایش خودکارآمدی در حین درمان با کاهش وزن بیش‌تر مرتبط است (۸). هم‌چنین Shin و همکاران نشان دادند که شرکت‌کنندگانی که نمرات بالاتری در خودکارآمدی هم در مرحله پیش‌آزمون و هم در مرحله پی‌گیری داشتند، کاهش وزن بیش‌تری نیز داشتند (۱۷). در همین راستا نتایج پژوهش Byrne و همکاران نشان داد که تغییر در خودکارآمدی وزن در خلال درمان، قویاً می‌تواند کاهش وزن را پیش‌بینی کند (۱۸). نویدیان و همکاران نشان دادند که خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به کنترل وزن به ویژه در موقعیت‌های سه‌گانه فشار اجتماعی، دسترسی به مواد غذایی و تجربه

هیجان‌های مثبت در افراد چاق نسبت به افراد با وزن طبیعی پایین‌تر است و بنابراین، توجه به افزایش حمایت از خودکارآمدی فرد در برنامه‌های کاهش وزن ضروری می‌باشد (۱۹). اخیراً بحث زیادی در مورد مداخلات درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و زمینه محور شده است (۲۰). این درمان‌ها که به عنوان موج سوم رفتار درمانی شناخته می‌شوند عبارتند از رفتار درمانی دیالکتیک، درمان مبتنی بر تحلیل عملکرد، زوج درمانی رفتاری یکپارچه، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۱-۲۳). تمامی این درمان‌ها بر پذیرش، ذهن آگاهی، گسلش شناختی، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارند (۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از رایج‌ترین درمان‌های موج سوم رفتار درمانی است و هدف آن، کمک به مراجع برای رسیدن به یک زندگی ارزشمند، کامل و رضایت بخش است که از طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ایجاد می‌شود (۲۱). این درمان از لحاظ فلسفی، ریشه در عمل‌گرایی دارد که با عنوان زمینه‌گرایی عملکردی شناخته شده است و مبنای نظری آن بر پایه نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت می‌باشد که نظریه چهارچوب روابط ذهنی نامیده می‌شود (۲۴). نظریه چهارچوب روابط ذهنی بیانگر آن است که یکی از ویژگی‌های انسان که او را از سایر جانداران متمایز می‌کند، توانایی او در ارتباط دادن رویدادها به یکدیگر به طور کلامی است (۲۲). هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به معنای توانایی فرد برای ارتباط آگاهانه با زمان حال با وجود تمام احساسات، افکار، خاطرات و احساسات بدنی‌ای که در لحظه تجربه می‌کند و انجام رفتارهایی در خدمت اهداف و ارزش‌های انتخابی فرد می‌باشد (۲۵، ۲۶). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرآیند اصلی پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، در زمان حال بودن، ارزش‌ها و عمل متعهد ایجاد می‌شود (۲۵). نتایج مطالعه مهردوست و همکاران، نشان داد درمان

مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود باورهای خودکارآمدی برای موقعیت های اجتماعی دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی می شود (۲۷). نتایج پژوهش Masuda و همکاران حاکی از اثربخشی تکنیک های گسلش شناختی بر افکار خود انتسابی منفی (از جمله این افکار، افکار مربوط به خودکارآمدی است) بود (۲۸). ابوالقاسمی و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی موجب کاهش پرخوری عصبی، بهبود تصویر بدنی و افزایش خودکارآمدی در افراد تحت درمان می شود (۲۹). Katterman و همکاران مطالعه ای را با هدف بررسی اثر بخشی درمان رفتاری مبتنی بر پذیرش برای پیشگیری از افزایش وزن زنان جوان مستعد چاق شدن انجام دادند که نشان دادند در مرحله پس آزمون در متغیرهای خودکارآمدی تفاوت معنی داری وجود ندارد (۳۰).

با توجه به میزان شیوع چاقی و اثرات آن بر سلامت جسمانی و روانی فرد، هم چنین با توجه به نتایج تحقیقات انجام شده در زمینه نقش خودکارآمدی وزن در کاهش چاقی و با عنایت به مشخص شدن اثربخشی روش های درمانی روان شناختی جدید از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که یک روش نسبتاً کوتاه درمانی و کم هزینه است، نتایج این مطالعه حائز اهمیت می باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی، با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و پی گیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به چاقی در بهار سال ۱۳۹۳ در شهر اصفهان بودند که از میان آن ها ۳۰ زن دارای تشخیص چاقی ( $BMI \geq 30$ ) بر اساس نمونه گیری در دسترس و با توجه به ملاک های ورود (جنسیت مؤنث، حیطه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، سطح تحصیلات

حداقل دیپلم، عدم ابتلا به اختلالات روانی و مبتلا نبودن به اختلالات خوردن، نداشتن بیماری های زمینه ای ایجادکننده چاقی، دریافت نکردن هیچ گونه رژیم غذایی خاص و داشتن رضایت از شرکت در پژوهش) انتخاب، و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. لازم به ذکر است که با توجه به این که بهتر است تعداد افراد هر گروه در پژوهش آزمایشی حداقل بین ۸ تا ۱۲ نفر باشد (۳۱)، تعداد هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. ملاک های خروج عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از یک جلسه از هشت جلسه درمانی بود. آزمودنی ها از لحاظ سن و وزن همتا شدند. متغیر کنترل جنسیت آزمودنی ها بود. یک نفر از اعضای گروه آزمایش و دو نفر از اعضای گروه کنترل به دلیل عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، حذف شدند. جهت سرند کردن اختلالات روانی همبود با چاقی، اندازه گیری شاخص توده بدنی و گردآوری داده های پژوهش، ابزارهای زیر به کار گرفته شدند:

پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسش نامه شامل سؤالات مربوط به سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل بود.

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال های محور I در DSM-IV (SCID-I): این مصاحبه از نوع نیمه ساختار یافته می باشد که جهت تشخیص اختلالات محور I توسط First و همکاران (۳۲) ساخته شده است. این مصاحبه برای ارزیابی اختلال های روانی همبود با چاقی مانند نشانه های روان پریشی، اختلال بدشکلی بدن، افسردگی اساسی و هم چنین اختلال های خوردن به کار گرفته شد. شاخص توده بدنی (BMI): این شاخص از تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) بر مجذور قد (برحسب متر) محاسبه می شود. وزن با استفاده از ترازوی دیجیتال با حساسیت ۱۰۰ گرم و قد با استفاده از یک متر نواری غیر قابل اتساع به دقت ۰/۵ سانتی متر اندازه گیری شد. پرسش نامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن:

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۱ توسط Clark و همکاران ساخته شد. پرسش‌نامه شامل ۲۰ سوال در زمینه خودکارآمدی رفتار خوردن است که در آن آزمودنی‌ها میزان اعتماد و عدم اطمینان خود را در کنترل و جلوگیری از رفتار خوردن، در موقعیت‌های مختلف و وسوسه انگیز بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (از عدم اطمینان و اعتماد، صفر تا بسیار مطمئن، چهار) بیان می‌کنند. این پرسش‌نامه دارای پنج خرده مقیاس هیجان‌های منفی، دسترسی به مواد غذایی و خوراکی‌ها، فشارهای اجتماعی، ناراحتی‌های جسمانی و فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده می‌باشد (۳۳، ۱۶). ویژگی‌های روان سنجی این پرسش‌نامه با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی، روایی همگرا و واگرا، اعتبار بیرونی، بازآزمایی و همسانی درونی برای فشار اجتماعی، دسترسی به غذا، هیجان مثبت، هیجان منفی، ناراحتی جسمی و کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۶۰ و ۰/۸۸ و ضریب همبستگی به روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۵۷، ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۱ تعیین شده است (۳۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های هیجان‌های منفی، دسترسی به مواد غذایی، فشارهای اجتماعی، ناراحتی‌های جسمانی و فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده، به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۷، ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۵۷ به دست آمد. پس از قرار گرفتن تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، تمامی آزمودنی‌ها پرسش‌نامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن را تکمیل کردند. گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی دریافت کرد، در صورتی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. پروتکل استفاده شده در این پژوهش برگرفته از کتاب دام رژیم غذایی (۳۵) بود.

خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این شرح بود:

جلسه اول: آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی.

جلسه دوم: بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ایجاد درماندگی خلاق.

جلسه سوم: معرفی دنیای درون و دنیای بیرون و قوانین حاکم بر آن‌ها، بیان کنترل به عنوان مسأله.

جلسه چهارم: معرفی احساسات پاک و ناپاک، معرفی تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل.

جلسه پنجم: معرفی ارزش‌ها، معرفی تفاوت ارزش و هدف، تمرین سنجش ارزش‌ها و تعیین ارزش‌ها.

جلسه ششم: درک ماهیت تعهد و تمایل، تعیین الگوهای مناسب با ارزش‌ها.

جلسه هفتم: معرفی گسلش، آموزش و تمرین تکنیک ذهن آگاهی.

جلسه هشتم: معرفی خود به عنوان زمینه، جمع‌بندی درمان و پیش‌گیری از عود. در انجام این پژوهش ملاحظات اخلاقی پژوهش، از جمله رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش و اخذ رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و پرهیز از سوگیری رعایت شده است. در پایان جلسات درمانی با بازآزمایی مجدد از هر دو گروه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بررسی شد. پس از گذشت یک ماه به منظور سنجش پایا بودن اثر درمانی، تمامی آزمودنی‌ها مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.  $p < 0/05$  به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در جدول شماره ۱ مشخصات دو گروه از نظر اطلاعات جمعیت شناختی نشان داده شده است. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری مؤلفه‌های خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در گروه‌های آزمایش و کنترل ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که نمرات پیش‌آزمون دو گروه تفاوت معناداری ندارند

جدول شماره ۱: اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل

| متغیر      | آزمایش             |  | کنترل        |  |
|------------|--------------------|--|--------------|--|
|            | تعداد (درصد)       |  | تعداد (درصد) |  |
| وضعیت تأهل | مجرد               |  | ۷ (۴۶/۷)     |  |
|            | متأهل              |  | ۸ (۵۳/۳)     |  |
| تحصیلات    | دیپلم              |  | ۷ (۴۶/۷)     |  |
|            | فوق دیپلم و لیسانس |  | ۵ (۳۳/۳)     |  |
|            | فوق لیسانس و دکترا |  | ۳ (۲۰/۰)     |  |
| گروه سنی   | تا ۳۰ سال          |  | ۸ (۵۳/۳)     |  |
|            | ۳۱ تا ۴۰ سال       |  | ۳ (۲۰/۰)     |  |
|            | ۴۱ سال و بالاتر    |  | ۴ (۲۶/۷)     |  |
|            |                    |  | ۶ (۴۰/۰)     |  |

مربوط به وزن در پس آزمون و پی گیری در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

مطابق جدول شماره ۴ در کلیه زیر مقیاس های خود کارآمدی وزن (هیجان های منفی، دسترسی به مواد غذایی، فشارهای اجتماعی، ناراحتی های جسمانی و فعالیت های مثبت و سرگرم کننده) بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و پی گیری تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0.05$ ). لذا می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خود کارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن را در زنان چاق افزایش می دهد و نتایج در مرحله پی گیری پایدار است.

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث افزایش خود کارآمدی وزن (در تمامی زیر مقیاس ها) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس آزمون شده است و این نتیجه بر اساس پی گیری یک ماهه از ثبات برخوردار بوده است. نتایج به دست آمده با یافته های مهردوست و همکاران (۲۷) که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خود کارآمدی اجتماعی دانشجویان مؤثر است، همسو است. Masuda و همکاران نشان دادند که تکنیک های گسلش شناختی افکار خود انتسابی منفی، مانند افکار

ولی در مراحل پس آزمون و پی گیری تفاوت نمرات بین دو گروه، افزایش چشمگیری در تمامی خرده مقیاس ها یافته است. در گروه آزمایش نتایج حاکی از افزایش نمرات در مرحله پس آزمون و پی گیری است در حالی که در گروه کنترل تفاوت قابل توجهی در نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری وجود نداشته است. به منظور تحلیل دقیق تر تفاوت موجود و این که آیا این تفاوت از نظر آماری معنی دار است یا خیر، از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. در جدول شماره ۳ نتایج بررسی پیش فرض های مربوط به تحلیل کوواریانس ارائه شده است. چنان که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، مؤلفه های خود کارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن دارای توزیع نرمال و برابری واریانس در مرحله پس آزمون و پی گیری می باشد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس مؤلفه های خود کارآمدی سبک زندگی

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار مؤلفه ای خود کارآمدی وزن در گروه های آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون و پی گیری

| متغیر                         | گروه        | پیش آزمون                  |  | پس آزمون                   |  |
|-------------------------------|-------------|----------------------------|--|----------------------------|--|
|                               |             | میانگین $\pm$ انحراف معیار |  | میانگین $\pm$ انحراف معیار |  |
| هیجان های منفی                | گروه کنترل  | ۱/۱۲ $\pm$ ۱/۶۲            |  | ۱/۰۲ $\pm$ ۱/۶۷            |  |
|                               | گروه آزمایش | ۰/۹۳ $\pm$ ۲/۱۳            |  | ۰/۸۲ $\pm$ ۲/۷۷            |  |
|                               | گروه کنترل  | ۰/۸۴ $\pm$ ۱/۶۸            |  | ۰/۷۷ $\pm$ ۱/۷۵            |  |
| دسترسى به مواد غذایی          | گروه آزمایش | ۱/۰۱ $\pm$ ۲/۲۸            |  | ۰/۸۱ $\pm$ ۲/۰۸            |  |
|                               | گروه کنترل  | ۰/۸۹ $\pm$ ۱/۵۲            |  | ۰/۷۸ $\pm$ ۱/۳۷            |  |
|                               | گروه آزمایش | ۰/۹۸ $\pm$ ۱/۸۸            |  | ۰/۷۷ $\pm$ ۲/۷۵            |  |
| فشارهای اجتماعی               | گروه کنترل  | ۱/۰۳ $\pm$ ۲/۲۲            |  | ۱/۰۴ $\pm$ ۲/۰۱            |  |
|                               | گروه آزمایش | ۰/۷۶ $\pm$ ۲/۴۸            |  | ۰/۴۴ $\pm$ ۳/۴             |  |
|                               | گروه کنترل  | ۰/۷۸ $\pm$ ۲/۲۷            |  | ۰/۷۸ $\pm$ ۲/۲۷            |  |
| فعالیت های مثبت و سرگرم کننده | گروه آزمایش | ۰/۷۲ $\pm$ ۲/۷۸            |  | ۰/۶۳ $\pm$ ۳/۲۲            |  |
|                               | گروه کنترل  | ۰/۷۲ $\pm$ ۲/۷۸            |  | ۰/۶۳ $\pm$ ۳/۲۲            |  |

جدول شماره ۳: پیش فرض های مربوط به تحلیل کوواریانس در مولفه های خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در پس آزمون و پی گیری

| متغیر موقعیت                  | آزمون کولموگروف-اسمیرنف |               | آزمون لوین |               |
|-------------------------------|-------------------------|---------------|------------|---------------|
|                               | Z                       | سطح معنی داری | F          | سطح معنی داری |
| هیجان های منفی                | ۰/۶۲                    | ۰/۸۳          | ۲/۳۱       | ۰/۱۴          |
| پی گیری                       | ۰/۶۵                    | ۰/۸           | ۰/۸۳       | ۰/۴۱          |
| پس آزمون                      | ۰/۸۷                    | ۰/۴۳          | ۲/۰۳       | ۰/۱۷          |
| دسترس به مواد غذایی           | ۰/۸۹                    | ۰/۴۱          | ۳/۸۲       | ۰/۰۶          |
| پی گیری                       | ۰/۷۶                    | ۰/۶۱          | ۲/۸۵       | ۰/۱۴          |
| پس آزمون                      | ۰/۶۲                    | ۰/۸۴          | ۰/۰۵       | ۰/۸۲          |
| فشارهای اجتماعی               | ۰/۷۹                    | ۰/۵۶          | ۰/۳        | ۰/۵۹          |
| پی گیری                       | ۰/۸۹                    | ۰/۴۱          | ۰/۸۶       | ۰/۳۶          |
| پس آزمون                      | ۰/۴۸                    | ۰/۹۸          | ۱/۷۲       | ۰/۲           |
| ناراحتی های جسمانی            | ۰/۸۱                    | ۰/۵۲          | ۰/۰۱       | ۰/۹۹          |
| فعالیت های مثبت و سرگرم کننده |                         |               |            |               |

جدول شماره ۴: تایید تحلیل کوواریانس بر مؤلفه ای خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در پس آزمون و پی گیری

| متغیر                         | موقعیت   | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | ضریب F | سطح معنی داری | مجدور سهمی اتا | توان آزمون |
|-------------------------------|----------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|----------------|------------|
| هیجان های منفی                | پس آزمون | ۲/۴۶          | ۱          | ۲/۴۶            | ۶/۷۷   | ۰/۰۲          | ۰/۲۷           | ۰/۶۹       |
|                               | پی گیری  | ۶/۲۸          | ۱          | ۶/۲۸            | ۲۴/۳۵  | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۶           | ۰/۹۹       |
| دسترس به مواد غذایی           | پس آزمون | ۲/۴۲          | ۱          | ۲/۴۲            | ۶/۴۳   | ۰/۰۲          | ۰/۲۶           | ۰/۶۷       |
|                               | پی گیری  | ۴/۸۳          | ۱          | ۴/۸۳            | ۱۱/۸۲  | ۰/۰۰۳         | ۰/۳۸           | ۰/۹۰       |
| فشارهای اجتماعی               | پس آزمون | ۶/۹۳          | ۱          | ۶/۹۳            | ۱۹/۷۲  | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۲           | ۰/۹۹       |
|                               | پی گیری  | ۸/۰۲          | ۱          | ۸/۰۲            | ۲۴/۶۹  | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۶           | ۰/۹۹       |
| ناراحتی های جسمانی            | پس آزمون | ۶/۸۴          | ۱          | ۶/۸۴            | ۲۲/۴۷  | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۵           | ۰/۹۹       |
|                               | پی گیری  | ۷/۰۵          | ۱          | ۷/۰۵            | ۲۶/۱۵  | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۸           | ۰/۹۹       |
| فعالیت های مثبت و سرگرم کننده | پس آزمون | ۱/۶           | ۱          | ۱/۶             | ۶/۷۸   | ۰/۰۲          | ۰/۲۷           | ۰/۶۹       |
|                               | پی گیری  | ۴/۳۱          | ۱          | ۴/۳۱            | ۱۹/۷۲  | ۰/۰۰۱         | ۰/۵۱           | ۰/۹۹       |

مرتبط با ناکارآمدی را کاهش می دهند (۲۸). ابوالقاسمی و همکاران عنوان کردند که رفتار درمانی دیالکتیکی به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزتگی، الگوهای فکری و واکنش های احساسی فرد می پردازد و از خودکارآمدی به عنوان عامل تأثیرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر رفتار مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش پرخوری، نام برده اند و نشان داده اند که رفتار درمانی دیالکتیکی با استفاده از مؤلفه آموزش مهارت ها و جایگزینی رفتارهای ناکارآمد و ناسازگارانه با رفتارهای هدفمند، به افزایش سطح خودکارآمدی افراد کمک می کند (۲۹). مکوند حسینی و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای خود مدیریتی دیابت نوع دو مؤثر است (۳۶).

نتایج پژوهش حاضر با یافته های Katterman و همکاران (۳۰) که نشان داد درمان رفتاری مبتنی بر

پذیرش در بهبود خودکارآمدی زنان جوان مستعد چاقی اثربخش نیست، ناهمسو است. در تبیین ناهمسو بودن نتایج این دو پژوهش، می توان گفت از آن جا که خودکارآمدی مربوط به وزن در افراد چاق نسبت به افراد با وزن طبیعی پایین تر است (۱۹) و در پژوهش Katterman و همکاران، نمونه های آزمایشی پژوهش زنان مستعد چاقی (نه افراد چاق) بوده است، به نظر می رسد این تفاوت در میزان خودکارآمدی اولیه عامل این ناهمسویی می باشد. همان طور که اشاره شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبتنی بر نظریه جامعی در مورد زبان و شناخت انسان است که نظریه چهارچوب روابط ذهنی نامیده می شود. این نظریه بر این اعتقاد است که از ویژگی های انسان، توانایی او در ارتباط دادن رویدادها به یکدیگر به طور کلامی است (۲۲). در نتیجه این توانایی کلمات ویژگی های آن چه را که به آن ها اشاره دارند را به خود می گیرند. این توانایی می تواند از آن

جهت که به انسان در حل مسأله کمک می‌کند، مفید باشد. با این حال این توانایی می‌تواند آسیب‌زا نیز باشد. برای مثال هنگامی که فردی افکار، احساسات و خاطراتی در مورد عدم توانایی‌های خود در کنترل وزن در گذشته داشته است، می‌تواند همه خاطرات، افکار و احساسات همراه آن تجربه را با خود به زمان حال بیاورد، حتی اگر چندین سال از آن تجربه گذشته باشد. بنابراین، این فرآیند "آمیختگی" که از طریق آن، فرآیندهای کلامی، شدیداً و به طور نامناسب بر روی انسان تأثیر دارند، موجب می‌شود که فرد به شیوه‌هایی رفتار کند که با شبکه‌های کلامی انعطاف‌ناپذیر هدایت می‌شود و نه با شرایط واقعی محیط (۲۴).

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی‌اند. آن‌چه که افکار را تبدیل به باور می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار است. وقتی که فردی طبق محتوای یک فکر برای مثال: وقتی سرم درد می‌کند نمی‌توانم جلوی خورندم را بگیرم) عمل می‌کند (عمل خوردن)، یعنی با محتوای آن فکر آمیخته شده است و حاصل این آمیختگی، باورهای ناکارآمدی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به‌طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی‌شان نباشند و در عوض، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثرتر با دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود، بیابند (۳۷). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخلات مربوط به گسلش شناختی شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف این تمرینات آن است که به مراجعان پیام‌ها را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و احساسات بدنی را تنها احساسات بدنی ببینند. هیچ یک از این رویدادهای درونی هنگامی که تجربه می‌شوند، ذاتاً برای سلامتی انسان مضر نیستند. آسیب‌زا بودن آن‌ها از این ناشی می‌شود که آن‌ها، تجارب آسیب‌زا، ناسالم و بدی دیده

می‌شوند که آن‌چه را که ادعا می‌کنند، هستند و بنابراین باید کنترل و حذف شوند (۳۸). تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش آمیختگی شناختی تأکید زیادی دارند. وقتی که آمیختگی شناختی کاهش یابد، یعنی گسلش شناختی رخ داده و فرد از محتوای افکار گسلیده شده است و به این معنی است که فرد توانسته یک فکر را فقط یک فکر ببیند (پذیرش) و نه یک حقیقت و در نتیجه طبق آن فکر عمل نمی‌کند (گسلش). تمرینات گسلش به مراجع کمک می‌کند که با باورهای خود کارآمدی به شیوه متفاوت تعامل داشته باشد که باعث افزایش خزانه رفتاری مراجع می‌شود. هنگامی که مراجع با وجود افکار، مطابق آن‌ها رفتار نمی‌کند و رفتاری را در راستای ارزش‌های فردی‌اش (نه افکار) انجام می‌دهد، تجربه جدیدی خواهد داشت. اگر تاکنون به دلیل افکار و یا احساسات ناخوشایند کاری را انجام نمی‌داد و این بار با وجود آن افکار و احساسات عمل می‌کند و متوجه خواهد شد که توان انجام آن را دارد و باور خود کارآمدی او افزایش می‌یابد و هم چنین این تغییر در عملکرد و انجام عمل متعهد می‌تواند منجر به کاهش وزن و در نتیجه خود کارآمدی بالاتر گردد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. از دیگر محدودیت‌ها، انجام پژوهش تنها بر نمونه‌های زن می‌باشد، لذا در تعمیم نتایج بر نمونه‌های مرد باید جانب احتیاط رعایت گردد. علاوه بر این این پژوهش به صورت گروهی انجام شد، بنابراین در تعمیم نتایج آن به صورت فردی باید احتیاط کرد. هم چنین در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی، پی‌گیری یک ماهه انجام شد که توصیه می‌شود به منظور تعیین میزان تداوم تأثیرات درمان، آزمون‌های پی‌گیری بلندمدت‌تری به عمل آید. هم چنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، اثربخشی این درمان بر سایر متغیرهای روان شناختی تأثیرگذار بر چاقی مورد بررسی قرار گیرد. در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، می‌تواند موجب افزایش

مشابه در ایران برای تهیه یک برنامه درمانی چاقی مورد استفاده قرار گیرد.

## سپاسگزاری

از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش، سپاسگزاری می‌شود.

خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، به عنوان شاخص پیش‌بینی‌کننده کاهش وزن، در زنان مبتلا به چاقی شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش برای جهت‌گیری صحیح و بهبود خدمات درمانی در کلینیک‌ها و مراکز مربوطه مورد استفاده قرار گیرد و یافته‌های این پژوهش در ترکیب با یافته‌های پژوهش‌های

## References

1. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes (Lond)* 2008; 32(9): 1431-1437.
2. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA* 2010; 303(3): 235-241.
3. Flegal KM, Graubard BL, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *JAMA* 2005; 293(15): 1861-1867.
4. Barry D, Pietrzak RH, Petry NM. Gender differences in associations between body mass index and DSM-IV mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Ann Epidemiol* 2008; 18(6): 458-466.
5. Nguyen NT, Nguyen XM, Wooldridge JB, Slone JA, Lane JS. Association of obesity with risk of coronary heart disease: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2006. *Surg Obes Relat Dis* 2010; 6(5): 465-469.
6. Powell LH, Calvin JE 3rd, Calvin JE Jr. Effective obesity treatments. *Am Psychol* 2007; 62(3): 234-246.
7. Armitage CJ, Wright CL, Parfitt G, Pegginton M, Donnelly LS, Harvie MN. Self-efficacy for temptations is a better predictor of weight loss than motivation and global self-efficacy: evidence from two prospective studies among overweight/obese women at high risk of breast cancer. *Patient Educ Couns* 2014; 95(2): 254-258.
8. Martin PD, Dutton GR, Brantley PJ. Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obes Res* 2004; 12(4): 646-651.
9. Wamsteker EW, Geenen R, Lestra R, Larsen JK, Zelissen PM, Staveren W. Obesity-related beliefs predict weight loss after 8 week low calorie diet. *J Am Diet Assoc* 2005; 105(3): 441-444.
10. Teixeira PJ, Going SB, Sardinha LB, Lohman TG. A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obes Rev* 2005; 6(1): 43-65.
11. Elfhag K, Rössner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev* 2005; 6(1): 67-85.
12. Linde JA, Rothman AJ, Baldwin AS, Jeffery RW. The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychol* 2006; 25(3): 282-291.

13. Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite* 2009; 52(1): 209-216.
14. Biddle SJHA, Fuchs RB. Exercise psychology: A view from Europe. *Psychol Sport Exerc* 2009; 10(4): 410-419.
15. Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc* 2002; 34(12): 1996-2001.
16. Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS. Self-efficacy in weight management. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(5): 739-744.
17. Shin H, Shin J, Liu P, Dutton GR, Abood DA, Ilich JZ. Self-efficacy improves weight loss in overweight/obese postmenopausal women during a 6-month weight loss intervention. *Nutr Res* 2011; 31(11): 822-828.
18. Byrne S, Barry D, Petry NM. Predictors of weight loss success, Exercise vs. dietary, self-efficacy and treatment attendance. *Appetite* 2012; 58(2): 695-698.
19. Navidian A, Kermansaravi F, Imani M. The relationship between weight self-efficacy of life style and overweight and obesity. *Iran J Endocrinol Metab* 2013; 14(6): 556-563 (Persian).
20. Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *Feyz* 2013; 17(3): 275-286 (Persian).
21. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther* 2004; 35: 639-665.
22. Hayes SC, Masuda A, Bissett R, Luoma, J, Guerrero LF. DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behav Ther* 2004; 35(1): 35-54.
23. Hayes SC, Louma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1): 1-25.
24. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.
25. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7: 141-168.
26. Arch JJ, Craske MG. Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice* 2008; 15(4): 263-279.
27. Mehrdoost Z, Neshatdoost HT, Abedi A. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Decrease of Self-Focused Attention and Improving Self-efficacy. *J Psych Models and Methods* 2014; 3(11): 67-82 (Persian).
28. Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: Examining the impact of a ninety year old technique. *Behav Res Ther* 2004; 42(4): 477-485.
29. Abolghasemi A, Jafari E. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Body Image and Self-Efficacy in Girls with Bulimia Nervosa. *J Clin Psych* 2012; 4(2): 29-38 (Persian).
30. Katterman SN, Goldstein SP, Butryn ML, Forman EM, Lowe MR. Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for

- weight gain prevention in young adult women. J Contextual Behav Sci 2014; 3(1): 45-50.
31. Shafiabadi A. Group dynamic and group counseling. Tehran: Roshd publication; 2001. (Persian).
  32. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1997.
  33. Clark MM, King TK. Eating self-efficacy and weight cycling: a prospective clinical study. Eat Behav 2000; 1(1): 47-52.
  34. Navidian A, Abedi MR, Baghban I, Fatehizade MS, Poursharifi H. Reliability and validity of the weight efficacy lifestyle questionnaire in overweight and obese individuals. J Behav Sci 2009; 3(3): 217-222 (Persian).
  35. Lillis J, Dahl J, Weineland SM. The diet trap. Feed Your Psychological Needs and End the Weight Loss Struggle Using Acceptance and Commitment Therapy. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc; 2014.
  36. Hosseini SM, Rezaee AM, Azadi MM. Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on the Self-Management of Type 2 Diabetes Patients. J Clin Psych 2014; 5: 55-63 (Persian).
  37. Izadi R. The study and investigation of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavior Therapy (CBT) on Obsessive Symptoms and Beliefs, Quality of Life, Psychological Flexibility, Depression and Anxiety in Treatment Resistant Obsessive Compulsive Patients [dissertation]. Isfahan Univ; 2013. (Persian).
  38. Hays NP, Bathalon GP, McCrory MA, Roubenoff R, Lipman R, Roberts SB. Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55-65 y. Am J Clin Nutr 2002;75(3): 476-483.