

روانشناسی ورزش

دانشگاه شهید بهشتی

دو فصلنامه روان‌شناسی ورزش

بهار و تابستان ۱۴۰۰، دوره ۶، شماره ۱، صفحه‌های ۲۵۵-۲۴۰

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودکنترل‌گری، ولع خوردن و قدردانی از بدن در زنان دارای سطح فعالیت جسمانی پایین

هانیه رئوف تبار^۱، رویا آفتاب^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، مؤسسه آموزش عالی ادیبان، گروه روان‌شناسی، گرمسار، ایران.

۲. دکتری تخصصی روانشناسی، مدرس مؤسسه آموزش عالی ادیبان، گروه روان‌شناسی، گرمسار، ایران.

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۶/۲۲ اصلاح مقاله: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۱۱/۲۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودکنترل‌گری، ولع خوردن و قدردانی از بدن در زنان دارای سطح فعالیت جسمانی پایین بود.

روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان دارای سطح فعالیت جسمانی پایین منطقه ۱۷ شهر تهران بودند که از میان آنها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با همگن‌سازی سن، سطح فعالیت بدنی و شاخص توده بدنی به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان جهت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه جمعیت‌شناختی، مقیاس خودکنترل‌گری تانجی و همکاران (۲۰۰۴)؛ پرسشنامه صفت-حالت ولع خوردن سپدا-بنیتو و همکاران (۲۰۰۰) و مقیاس قدردانی از بدن آوولوس و همکاران (۲۰۰۵) پاسخ دادند. پس از ۱۰ جلسه درمان پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش، داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند ($P < 0/01$).

نتایج: یافته‌ها حاکی از تأثیر معنادار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای وابسته ترکیبی بود. به‌طور مشخص، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، افزایش آماری معناداری در نمرات خودکنترلی و تصویر بدن و کاهش معناداری در نمرات ولع خوردن نشان داد و این اثرات در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخله‌ای اثربخش در راستای بهبود خودکنترلی و تصویر بدن و همچنین کاهش ولع خوردن در زنان چاق با سطح فعالیت بدنی پایین است. پیشنهاد می‌شود این رویکرد درمانی به عنوان یک درمان روانشناختی مکمل، در کنار پروتکل‌های استاندارد مدیریت وزن برای این جمعیت ارائه گردد.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد، چاقی، خودکنترل‌گری، فعالیت جسمانی، قدردانی از بدن، ولع خوردن

مقدمه

چاقی^۱ بیماری سوخت و سازی و وضعیت پزشکی است که طی آن بافت چربی بیش از حد طبیعی در بدن فرد انباشته شده باشد (۱). اکنون چاقی در سرتاسر دنیا شایع شده و میزان شیوع آن به سرعت در حال افزایش است (۲). چاقی یکی از مشکلات تهدیدکننده سلامتی و دومین عامل عمده قابل پیشگیری مرگ و میر است (۳). در ایران بیش از ۵۰ درصد بزرگسالان دچار چاقی و اضافه وزن هستند (۴). در پژوهش‌ها میانگین شاخص توده بدنی در زنان بیش از مردان بوده است (۵-۷). چاقی یکی از مشکلات سلامت عمومی است که امروزه شیوع بالایی پیدا کرده است. چاقی با انواع مشکلات روان‌شناختی و پزشکی مانند دیابت، مشکلات قلبی عروقی، اختلال‌های خلقی و اختلال‌های خوردن و حتی با اعتیاد نیز رابطه دارد چراکه بعضی افراد برای کاهش وزن رو به مصرف مواد محرک می‌آورند یا برای کنترل ولع مصرف روبه مصرف سیگار می‌آورند. اضافه وزن، چاقی و پرخوری را می‌توان در ابعاد مختلف ژنتیکی، فیزیولوژیکی، متابولیکی، رفتاری و روان‌شناختی بررسی و تبیین کرد (۸).

ممکن است چاقی از یک علت یا ترکیبی از چند علت که از جمله می‌توان به استعداد ژنتیکی؛ داشتن رژیم غذایی سرشار از چربی؛ ورزش کم و داشتن تحرک کم؛ بیماری‌ها اشاره کرد، ناشی شود (همچون کم کاری تیروئید؛ ناهنجاری‌های خوردن ازجمله پرخوری و فشارهای روانی)، بنابراین مداخلات مبتنی بر رژیم‌های غذایی کم چرب، فعالیت بدنی و سبک زندگی، جراحی و مداخلات رفتاری و دارویی راه حل‌های اصلی بیماری چاقی هستند (۹). در بعد رفتاری و روان‌شناختی سه نظریه وجود دارد که به تبیین چاقی می‌پردازد، نظریه برون‌نگر، نظریه روان‌تنی و نظریه خویشن‌داری یا محدودکننده. هرکدام از این نظریه‌ها به توصیف یک نوع رفتار فرد در قبال خوردن می‌پردازد، نظریه

روان‌تنی به خوردن هیجانی می‌پردازد و پرخوری و چاقی افراد را پاسخی در قبال محرک‌های هیجانی مانند ترس، اضطراب و هر نوع پریشانی روان‌شناختی دیگر در نظر می‌گیرد. درواقع این نظریه چاقی افراد را حاصل برخورد فرد با موقعیت‌ها و محرک‌های هیجانی ناخوشایند مانند افسردگی، اضطراب و ... می‌داند. در مقابل نظریه برون‌نگر غذا خوردن را به‌عنوان یکی از پیامدهای تغییرات فیزیولوژیکی درونی ناشی از محرک‌های بیرونی محسوب می‌نماید، تغییراتی مانند فعالیت‌های دستگاه گوارشی، این نظریه بر روی علامت‌های بیرونی و محیطی تمرکز می‌نماید و متذکر می‌شود که افراد پرخور درواقع به محرک‌های محیطی مانند مزه، بو، صدا و تصاویر پاسخ می‌دهند و به دنبال محرک‌ها به خوردن روی می‌آورند. برخلاف هر دو نظریه، نظریه خویشن‌داری یا محدودکننده، به تلاش‌های افراطی و سخت‌گیرانه فرد برای کنترل غذا و بازداری از خوردن می‌پردازد، طبق این مدل فرد مقدار دریافت کالری خود را به‌شدت کاهش می‌دهد، ترس و نگرانی از چاق شدن باعث کنترل سخت‌گیرانه و افراطی در خوردن می‌شود، اما متأسفانه در اکثر مواقع این محدودیت با دوره‌های بعدی پرخوری همراه است و فردی که از این سازوکار استفاده می‌کند مدام در بین دوره‌های کنترل افراطی و پرخوری در نوسان است (۱۰).

ولع خوردن^۲ وضعیتی هیجانی است که به میل شدید مصرف غذاها، نوشیدنی‌ها، یا طعمی به‌خصوص اشاره دارد و مقاومت در برابر آن دشوار است و در غیاب گرسنگی نیز می‌تواند رخ دهد (۱۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ولع مصرف مواد غذایی با پرخوری و کاهش موفقیت در رژیم گرفتن، ارتباط دارد (۱۲). ولع مصرف غذا عمدتاً مقدمه پرخوری، یعنی مصرف مقدار زیادی غذا در بازه زمانی کوتاه و بدون احساس کنترل و نیز راه‌انداز قدرتمند دوره‌های پرخوری است (۱۳).

از سویی دیگر افرادی که سطوح بالایی از قدردانی بدنی را تجربه می‌کنند علاوه بر اینکه در برابر فشارها و خواسته‌های فرهنگی در جهت برآورده کردن معیارهای جذابیت غیرواقعی جامعه مجهز هستند، رفتارهای آنها نیز بیشتر به سمت مراقبت از خود، سلامتی و رفاه متمایل است؛ رفتارهایی نظیر درگیری کمتر رژیم و کاهش وزن بیشتر را دارند که این امر منجر به اختلال خوردن کمتر و خوردن شهودی بالاتر می‌گردد (۱۹). در این راستا، کاکس و همکاران (۲۰) در نتایج پژوهش خود بیان کردند که افرادی که در طول هفته مشغول به یوگا هستند، رضایت‌مندی، پذیرش و قدردانی بدنی بیشتری از خود نشان می‌دهند چراکه حرکات یوگا از طریق تحریک و چالش‌های جسمی می‌تواند حس خود شفقتی افراد را فعال نماید بنابراین قدردانی بالاتر از بدن انگیزه ذاتی فعالیت‌های بدنی را افزایش می‌دهد و از این‌رو موجب کاهش وزن شود.

خوردن در پاسخ به نشانه‌های هیجانی و شناختی و بدون خودکنترل‌گری شکلی از الگوهای رفتاری اجتنابی است؛ بدین ترتیب به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ می‌تواند در این زمینه کمک کننده باشد (۲۱). یکی از مهم‌ترین فنون درمان پذیرش و تعهد، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌های‌شان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد آن‌ها به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌های‌شان با وجود مشکلات باعث می‌شود که ضمن تحقق اهداف، افراد را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می‌شود؛ رهایی بخشد. پذیرشی که از ذهن گاهی و معطوف ساختن توجه بر تجارب درونی حاصل می‌شود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای خواستن هیجان‌ها و تجارب آزارنده، تحمل صرف آن‌ها و از خود استقامت نشان دادن نیست؛ بلکه تمایل به تجربه

خودکنترل‌گری^۳ یکی از عوامل محافظت کننده در برابر اضافه وزن است. خودکنترل‌گری به ظرفیت فرد برای غلبه و مهار تکانه‌های غیرقابل پذیرش و نامطلوب، نظم دادن به رفتارها، افکار و هیجان‌ها اشاره دارد (۱۴). براساس نظریه ضعف ایگو افراد منابع محدودی برای خودتنظیمی در اختیار دارند و خودتنظیمی و خودکنترل‌گری زمانی که افراد قریب به تمایلات خود عمل می‌کنند ضرورت می‌یابد (۱۵). ضعف ایگو خویشتن داری درونی را برای انجام رفتارهای سازگارانه اجتماعی کاهش می‌دهد، به طوری که این افراد ظرفیت پایین‌تری برای کنترل واکنش‌های هیجانی خود دارند و در کنترل تکانه‌های وسواس گونه خود عاجزند (۱۶).

مطالعات موجود نشان می‌دهند که در زمینه چاقی، کاهش خودکنترلی می‌تواند منجر به انتخاب‌های نادرست غذایی و کاهش فعالیت بدنی شود، در حالی که ورزش با تقویت خودکنترلی، به بهبود وزن و ارتقاء کیفیت زندگی کمک می‌کند. خودکنترل‌گری بالاتر با تغییرات در رفتارهای خوردن، کیفیت رژیم غذایی و چاقی همراه است. در پژوهش رنجبرنوشری و همکاران (۱۷) نتایج نشان داد افرادی که خودکنترلی بالاتر دارند، در کنترل رفتار خوردن موفق‌تر هستند و رفتارهای ارتقادهنده سلامت و بهزیستی بیشتری را نشان می‌دهند. همچنین، توانایی حفظ خودکنترلی، برای جلوگیری از پرخوری در موقعیت‌هایی که غذای پرکالری فراوان وجود دارد، مفید است. کاهش در خوردن هیجانی نیز با کاهش بیشتر وزن در زنان مبتلا به اضافه وزن همراه است. فان و جین (۱۸) در پژوهشی نشان دادند افراد دارای اضافه‌وزن و چاق کمتر از افراد با وزن طبیعی به توصیه‌های تغذیه‌ای و فعالیت بدنی پایبند هستند. افراد چاق همچنین خودکنترلی کمتری دارند و این ضعف در خودکنترلی با رفتارهای ناسالم غذایی، کم‌حرکی، شاخص توده بدنی بالاتر و افزایش خطر چاقی مرتبط است.

شکل گیری اختلال پراشتهایی عصبی اختلال در تصور از تن و نگرش منفی در مورد تصویر بدنی است، بنابراین پذیرش و تعهد درمانی از طریق راهبردهای شناختی و هیجانی موجب تصحیح و کاهش تصویر بدنی منفی شده و متعاقب آن باعث ایجاد تصویر بدنی مثبت در افراد می شود. فورمن، بوتترین، هافمن و هربرت (۲۸) در پژوهشی گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد چاقی که در جوابدهی به افکار و احساسات خود اقدام به پرخوری می کنند، تأثیر معناداری دارد.

چاقی به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی مهم در جوامع امروزی شناخته شده است و تأثیرات منفی فراوانی بر سلامت جسمی و روانی افراد، به ویژه زنان، دارد. یکی از چالش های اصلی در مدیریت چاقی، ضعف در خودکنترل گری و تمایل شدید به پرخوری یا ولع خوردن است که می تواند منجر به ادامه افزایش وزن و کاهش کیفیت زندگی شود. از سوی دیگر، نگرش منفی نسبت به بدن و کمبود قدردانی از آن، به ویژه در زنان چاق فاقد فعالیت ورزشی، می تواند بر انگیزه آنها برای تغییر رفتار و حفظ سلامت تأثیر منفی بگذارد. درمان پذیرش و تعهد به عنوان روشی نوین در روان درمانی، بر افزایش آگاهی، پذیرش تجربیات درونی و تعهد به رفتارهای سازنده تأکید دارد و می تواند به بهبود خودکنترل گری، کاهش ولع خوردن و افزایش قدردانی از بدن کمک کند. بنابراین، بررسی اثربخشی این درمان بر زنان چاق فاقد فعالیت ورزشی اهمیت بالایی دارد تا بتوان راهکارهای مؤثرتری در کاهش پیامدهای منفی چاقی ارائه داد. به نظر می رسد درمان پذیرش و تعهد به افراد کمک می کند پذیرش را جایگزین الگوهای اجتنابی کنند. پذیرش شامل تمایل فعال و آگاهانه برای تجربه رویدادهای غیر قابل کنترل است بدون این که تلاش هایی برای تغییر انجام شود. به نظر می رسد از آنجایی که غلبه بر ولع خوردن، عدم خودکنترل گری و

رویدادهای ناخویشایند است، یعنی رویدادهای درونی که در مسیر رفتار همسو با ارزش ها، قد علم می کنند. بنابراین پذیرش یا قطب مخالف اجتناب تجربه ای، یکی از عناصر اصلی انعطاف پذیری روان شناختی است (۲۲).

نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمانی مکمل برای چاقی مؤثر است (۲۳) و می تواند در بهبود فعالیت بدنی مؤثر واقع شود (۲۴). محمدی و وفایی مقدم (۲۵) در پژوهشی نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد بر پرخوری هیجانی و استرس زنان دارای اختلال خوردن مؤثر است؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به فنون و محتوایی که در جلسات دارد، منجر به کاهش پرخوری هیجانی می شود. در این روش درمانی فرد تجارب و ادراکات ذهنی را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن ها، به طور کامل می پذیرد؛ در نتیجه بر آگاهی روانی وی افزوده می شود، تا به عادی کردن الگوهای خوردن تمرکز داشته باشد. این نوع پذیرش و تعهد در فرد، منجر به برنامه ریزی و خاتمه دادن به چرخه های پرخوری و تخلیه می شود و به بیمار می آموزد تا مقادیر کمتری از غذا را به طور منظم مصرف کند. استادیان خانی و همکاران (۲۶) در پژوهشی چنین نتیجه گرفتند اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود انعطاف پذیری تصویر بدنی و کنترل عواطف در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی است. این روش آموزشی به دلیل استفاده از راهبردها و استراتژی های مؤثر روشی مناسب برای بهبود ویژگی های روان شناختی و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی می باشد. در نتیجه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند نقش مؤثری در بهبود انعطاف پذیری تصویر بدنی و کنترل عواطف در زنان مبتلا به اختلال پرخوری افراطی داشته باشد. مانلیک و همکاران (۲۷) در پژوهشی چنین عنوان کردند که یکی از عوامل مهم در

تحصیلات، سطح درآمد، و نوع بیماری جسمانی مزمن بود.

مقیاس خودکنترل‌گری^۵. مقیاس خودکنترل‌گری تانجنی و همکاران (۱۴) شامل ۳۶ گویه است که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند= ۱ تا کاملاً در مورد من صدق می‌کند= ۵ نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های شماره ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. تانجنی و همکاران (۱۴) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و همبستگی این ابزار را با خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و خصومت-پرخاشگری SCL-90 به ترتیب برابر با ۰/۴۱، ۰/۳۶ و ۰/۴۰- گزارش کردند. احمدی جویباری (۲۹) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و روایی صوری و محتوایی آن را با تأیید توسط متخصصان گزارش کرده است.

پرسشنامه صفت- حالت ولع خوردن^۶. پرسشنامه صفت- حالت ولع خوردن سپدا-بنیتو و همکاران (۲۰۰۰) شامل ۳۹ گویه است که ۹ خرده مقیاس قصد و برنامه ریزی برای مصرف غذا، پیش بینی تقویت مثبت در نتیجه خوردن، پیش بینی رهایی از احساسات منفی در نتیجه خوردن، فقدان کنترل خوردن در پاسخ به نشانه‌های محیطی، افکار یا اشتغال ذهنی به غذا، احساس فیزیولوژیکی ولع، هیجان‌های قبل یا حین ولع، نشانه‌های راه انداز ولع به غذا و احساس گناه ناشی از ولع را در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از هرگز= ۱ تا همیشه= ۶ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در مطالعه کچویی و اشرفی (۳۱) نتایج ساختار پنج عاملی برای نسخه فارسی پرسشنامه ولع به غذا- صفت آشکار ساخت، که ۶۰ درصد واریانس را تبیین کردند. پنج عامل عبارت‌اند از: (۱) فقدان کنترل خوردن

قدردانی از بدن مستلزم ذهن آگاهی و در عین حال پذیرش است، درمان پذیرش و تعهد درمانی مناسب برای افراد دارای اضافه وزن باشد و از این‌رو هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودکنترل‌گری، ولع خوردن و قدردانی از بدن در زنان چاق دارای طح فعالین جسمانی پایین بود.

روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه بود.

جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان چاق دارای سطح فعالیت جسمانی پایین ساکن منطقه ۱۷ شهر تهران بودند. با در نظر گرفتن با توجه به تعداد گروه‌ها $u=2$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۰/۸ و اندازه اثر ۰/۴ تعداد نمونه معادل ۱۲ نفر برای هر گروه بدست آمد که با در نظر گرفتن ۲۰٪ احتمال ریزش، ۱۵ نفر برای هر گروه تعیین شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با همگن‌سازی متغیرهای سن، سطح فعالیت جسمانی و شاخص توده بدنی در دو گروه به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سطح فعالیت جسمانی پایین براساس نمره پرسشنامه بین المللی سطح فعالیت بدنی (IPAQ) کمتر از ۶۰۰ مت در هفته، نمره BMI بین ۲۵ تا ۲۹/۹ و تحصیلات بالاتر از دیپلم بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل نمره BMI بالاتر از ۲۹/۹، دریافت کردن همزمان دو درمان، استفاده همزمان از داروها، و ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن بود.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه شامل اطلاعاتی از قبیل شامل سن، میزان

روش اجرای پژوهش

مداخله درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بوده که براساس مبانی و مفاهیم پذیرش، گسلش شناختی، تماس با اکنون، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و تعهد به رفتار تدوین شده است. در برنامه ۱۰ جلسه‌ای درمانی به این مفاهیم پرداخته شد:

در جلسه اول به معرفی ACT اعضای گروه و اجرای پیش آزمون، توضیح قوانین و اصول حاکم بر جلسات گروه درمانی، مطرح کردن اهداف درمان و توضیح فلسفه مداخله براساس رویکرد ذهن آگاهی مبتنی بر پذیرش پرداخته شد. در جلسه دوم، تاریخچه مشکل اعضا و ارزیابی آن و ایجاد ناامیدی خلاق بررسی شد. در جلسه سوم به بررسی تعامل افکار، احساسات و رفتارها پرداخته شد. جلسه چهارم به معرفی و تشریح مفهوم ارزش‌ها گذشت. در جلسه پنجم ذهن آگاهی و نقش آن در انتخاب‌های آگاهانه و عامدانه و خوردن توأم با ذهن آگاهی معرفی شد. جلسه ششم درباره آشنایی با مفهوم گسل شناختی بود. در جلسه هفتم به مشاهده‌گری خود با توجه، آگاهی و بدون قضاوت پرداخته شد. در جلسه هشتم نقش اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی در شکل‌گیری الگوهای خوردن و فعالیت بدنی تشریح شد. جلسه نهم به معرفی تمایل و اشتیاق و نیز بحث پیرامون پذیرش گذشت و درنهایت در جلسه دهم درباره تعهد به ارزش‌ها، افزایش تعهدات رفتاری و نیز اجرای پس آزمون بحث شد.

نحوه اجرای پژوهش به این شکل بود که پس از تأیید طرح پژوهش در دانشگاه ادیبان، فراخوان شرکت در این پژوهش به همراه شماره تلفن تماس با پژوهشگر کانال‌ها و گروه‌های موجود در شبکه‌های اجتماعی نظیر واتس آپ، تلگرام و اینستاگرام پخش شد. پس از تماس

در پاسخ به نشانه‌های محیطی، (۲) افکار یا اشتغال ذهنی به غذا، (۳) گرسنگی لذت‌جویانه، (۴) هیجان‌های قبل یا حین ولع، (۵) احساس گناه ناشی از ولع. کجویی و اشرفی (۳۱) برای این ابزار ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ و روابط نیرومند بین پرسشنامه ولع به غذا-صفت با خوردن بیرونی، خوردن هیجانی و نگرانی درباره رژیم و همبستگی ضعیف بین پرسشنامه صفت-حالت ولع خوردن و خوردن مهارشده را به عنوان شاخصی از روایی همگرا و واگرایی ابزار گزارش کردند.

مقیاس قدردانی از بدن^۷. مقیاس قدردانی از بدن آوولوس و همکاران (۳۲) شامل ۱۳ گویه است که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ نمره‌گذاری می‌شود. عطاری (۳۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و همبستگی این ابزار را با عزت نفس و رضایت از زندگی به عنوان شاخصی از روایی ابزار گزارش کرده است.

نسخه کوتاه پرسشنامه بین المللی سطح فعالیت جسمانی (IPAQ): پرسشنامه IPAQ یک ابزار استاندارد شده و معتبر برای سنجش سطح فعالیت بدنی افراد در جمعیت‌های مختلف است. این پرسشنامه در دو فرم کوتاه و بلند موجود می‌باشد که فرم کوتاه آن به دلیل سهولت استفاده، کاربرد گسترده‌تری دارد. در این پرسشنامه، از افراد خواسته می‌شود تا مدت زمان و تعداد روزهای فعالیت بدنی خود در سه حوزه شدید، متوسط و پیاده‌روی را در طول هفته گذشته گزارش دهند. داده‌های جمع‌آوری شده بر اساس مقادیر متابولیک (MET) محاسبه شده و در نهایت سطح فعالیت فرد در یکی از سه دسته "کم"، "متوسط" و "زیاد" طبقه‌بندی می‌شود. در پژوهش حاضر افراد دارای سطح فعالیت متابولیک کمتر از ۶۰۰ مت در هفته انتخاب شدند.

درصد) در طبقه سنی ۲۶-۳۰ سال، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۳۱-۳۵ سال، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۳۶-۴۰ سال و ۳ نفر (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۱-۴۵ سال قرار داشتند. در گروه گواه ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۲۵-۲۰، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۲۶-۳۰ سال، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۳۱-۳۵ سال، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۳۶-۴۰ سال و ۳ نفر (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۱-۴۵ سال قرار داشتند. لازم به ذکر است میانگین $\pm$ انحراف معیار سن در گروه درمان پذیرش و تعهد $33/00 \pm 7/39$ و گروه گواه $34/80 \pm 7/18$ بود و مقایسه دو گروه با استفاده از آزمون‌های آماری نشان داد، دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن ندارند ($P=0/505$).

در گروه پذیرش و تعهد، ۶ نفر (۴۰ درصد) BMI در ۲۵-۲۵، ۶ نفر (۴۰ درصد) BMI ۲۷-۲۸ و ۳ نفر (۲۰ درصد) BMI ۲۹-۲۹ داشتند. در گروه درمان پذیرش و تعهد، ۶ نفر (۴۰ درصد) BMI ۲۵-۲۵، ۷ نفر (۴۶/۶۷ درصد) BMI ۲۷-۲۸ و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) BMI ۲۹-۲۹ داشتند. لازم به ذکر است میانگین $\pm$ انحراف معیار شاخص توده بدنی در گروه درمان پذیرش و تعهد $27/21 \pm 1/45$ و گروه گواه $26/88 \pm 1/42$ بود و مقایسه دو گروه با استفاده از آزمون‌های آماری نشان داد، دو گروه تفاوت معناداری از نظر شاخص توده بدنی ندارند ($P=0/540$).

در گروه درمان پذیرش و تعهد ۴ نفر تحصیلات دیپلم (۲۶/۶۷ درصد)، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات لیسانس و ۳ نفر (۲۰/۰۰ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند. در گروه گواه ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات زیردیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۷ درصد) تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات لیسانس و ۲ نفر (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشتند.

زنان داوطلب برای شرکت در پژوهش با پژوهشگر و اعلام همکاری و رضایت آگاهانه شفاهی، پرسشنامه جمعیت شناختی که پیش‌تر با استفاده از فرم ساز آنلاین دیجی فرم به صورت آنلاین درآمده بود، برای آنها ارسال شد. بدین ترتیب ملاک‌های ورود و خروج براساس پاسخ‌های افراد به پرسشنامه جمعیت شناختی بررسی شد و در نهایت ۳۰ نفر واجد شرایط انتخاب شدند. پس از گمارش تصادفی شرکت‌کننده‌ها در دو گروه مداخله و گواه، در مرحله بعد، مقیاس خودکنترل-گری، پرسشنامه صفت-حالت ولع خوردن و مقیاس قدردانی از بدن که پیش‌تر به صورت آنلاین درآمده بود، به عنوان پیش آزمون بر روی شرکت‌کننده‌های گروه مداخله و گواه به اجرا درآمد. سپس، افراد گروه مداخله تحت جلسات آنلاین مداخله قرار گرفتند و گروه گواه هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکردند. در پایان مداخله نیز تمامی شرکت‌کننده‌های ۲ گروه، جهت پس آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

تحلیل آماری

در پژوهش حاضر جهت بررسی متغیرهای دموگرافیک از روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار استفاده خواهد شد. همچنین جهت آزمون فرضیه‌ها و مقایسه متغیرهای وابسته در پیش-آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل واریانس آمیخته به شرط برقراری پیش‌شرط‌های آزمون از جمله نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها خطا، واریانس‌های درون آزمودنی‌ها و ماتریس واریانس-کوواریانس و خطی بودن و نرم افزار SPSS-24 و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر در گروه درمان پذیرش و تعهد ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۲۵-۲۰، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد)

کرویت موخلی نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای متغیرهای خودکنترل‌گری و قدردانی از بدن برقرار نبود و بدین ترتیب از اصلاح گرینهوس گیسر و هویت فلت استفاده شد.

در ادامه پیش فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه-گیری‌های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. آماره لون نیز نشان برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود بنابراین، مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای وابسته در ۳ مرحله برقرار بود. بررسی نتایج آزمون

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار و آماره شاپیرو-ویلک متغیرهای خودکنترل‌گری، ولع خوردن و قدردانی از بدن

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو-ویلکز	مقدار احتمال
خودکنترل‌گری	پیش‌آزمون	مداخله	۵۹/۰۰	۵/۰۵	۰/۹۷۳	۰/۸۹۴
		گواه	۶۰/۱۳	۵/۲۲	۰/۹۳۳	۰/۳۰۵
	پس‌آزمون	مداخله	۶۸/۷۳	۵/۵۰	۰/۹۷۱	۰/۸۷۴
		گواه	۶۱/۰۰	۴/۸۱	۰/۹۲۱	۰/۱۹۷
	پیگیری	مداخله	۶۹/۰۶	۵/۷۶	۰/۹۶۸	۰/۸۲۰
		گواه	۶۱/۱۳	۴/۸۹	۰/۹۱۶	۰/۱۶۸
ولع خوردن	پیش‌آزمون	مداخله	۵۸/۴۰	۱/۹۵	۰/۹۲۶	۰/۲۳۴
		گواه	۵۸/۶۶	۱/۸۳	۰/۹۲۹	۰/۲۶۶
	پس‌آزمون	مداخله	۴۷/۹۳	۲/۷۳	۰/۸۹۵	۰/۰۸۰
		گواه	۵۸/۸۶	۱/۸۰	۰/۸۸۶	۰/۰۵۸
	پیگیری	مداخله	۴۶/۶۰	۲/۸۹	۰/۹۲۹	۰/۲۶۸
		گواه	۵۸/۸۰	۲/۰۰	۰/۹۰۷	۰/۱۲۰
قدردانی از بدن	پیش‌آزمون	مداخله	۲۵/۸۶	۲/۱۹	۰/۹۵۳	۰/۵۷۱
		گواه	۲۶/۰۰	۱/۵۵	۰/۹۶۷	۰/۸۱۵
	پس‌آزمون	مداخله	۳۵/۱۳	۲/۴۴	۰/۹۴۴	۰/۴۲۹
		گواه	۲۵/۹۳	۱/۶۲	۰/۹۶۹	۰/۸۴۸
	پیگیری	مداخله	۳۵/۴۰	۲/۳۲	۰/۹۵۷	۰/۶۳۴
		گواه	۲۵/۷۳	۱/۵۷	۰/۹۶۴	۰/۷۶۲

پیگیری نشان می‌دهد و چنانچه ملاحظه می‌شود توزیع داده‌های همه متغیرها نرمال بود.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و آماره شاپیرو-ویلک مربوط به نمره‌های شرکت‌کننده‌ها را در ۲ گروه مداخله و گواه را در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیر خودکنترل‌گری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
خودکنترل‌گری	۵۲۸/۰۴	۱	۵۲۸/۰۴	۷/۴۵	۰/۰۱۱	۰/۲۱۰
اثر زمان	۵۸۷/۶۲	۱/۱۵	۵۱۰/۶۳	۵۳/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸
اثر متقابل	۴۰۲/۱۵	۱/۱۵	۳۴۹/۴۶	۳۶/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۸

آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب افزایش خودکنترل‌گری ($P=0/001$) نسبت به گروه گواه شد.

جدول ۲ نشان می‌دهد مداخله بر خودکنترل‌گری ($P=0/001$) اثر افزایش داشت. اثر زمان موجب افزایش خودکنترل‌گری ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیر ولع خوردن

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
ولع خوردن	۱۳۶۸/۹۰	۱	۱۳۶۸/۹۰	۹۶/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۶
اثر زمان	۶۰۸/۶۸	۲	۳۰۴/۳۴	۵۷۷/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۵۴
اثر متقابل	۶۴۴/۴۶	۲	۳۲۲/۲۳	۶۱۱/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵۶

شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب کاهش ولع خوردن ($P=0/001$) نسبت به گروه گواه شد.

جدول ۳ نشان می‌دهد مداخله بر ولع خوردن ($P=0/001$) اثر کاهنده داشت. اثر زمان موجب کاهش ولع خوردن ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش آزمون

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیر قدردانی از بدن

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
قدردانی از بدن	۸۷۷/۳۴	۱	۸۷۷/۳۴	۸۴/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵۱
اثر زمان	۴۲۶/۲۸	۱/۳۴	۳۱۷/۱۰	۲۸۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۰۹
اثر متقابل	۴۵۸/۴۲	۱/۳۴	۳۴۱/۰۰	۳۰۱/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۹۱۵

آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها موجب افزایش قدردانی از بدن ($P=0/001$) نسبت به گروه گواه شد.

جدول ۴ نشان می‌دهد مداخله بر قدردانی از بدن ($P=0/001$) اثر افزایش داشت. اثر زمان موجب افزایش قدردانی از بدن ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش



شکل ۱. تغییرات متغیرهای خودکنترل‌گری، ولع خوردن و قدردانی از بدن در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سه گروه پژوهش

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودکنترل‌گری، ولع خوردن و قدردانی از بدن در زنان دارای سطح فعالیت جسمانی پایین بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر خودکنترل‌گری زنان دارای اضافه وزن اثربخش است و اثر آن در طول زمان تداوم دارد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های محمدی و وفایی مقدم (۲۵) و استادیان خانی و همکاران (۲۶) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال ساختن الگوهای پاسخ‌دهی رفتاری منعطف‌تر و کارآمدتر بیش‌تری است از طریق از بین بردن اثرات ناهم‌آمیزی شناختی و اجتناب تجربه‌ای و افزایش الگوهای رفتاری مطابق با ارزش‌های انتخاب شده است (۳۴). طبق نظریه هایز و همکاران (۳۵) درمان پذیرش و تعهد از طریق توجه آگاهانه به حال و فرآیند پذیرش، علاوه بر فرآیندهای عمل متعهدانه و تغییر رفتار، انعطاف‌پذیری و مهارت‌های روان‌شناختی را پرورش می‌دهد که از آن جمله می‌توان به خودکنترل-گری اشاره کرد. هایز و همکاران (۳۶) توضیح دادند که خود کنترل‌گری که حاصل انعطاف‌پذیری روانی است از طریق ارتباطات بین این فرآیندها آغاز شده است. کار اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که به مراجعان کمک می‌کند از طریق فرآیند شناسایی و بنا کردن مجموع‌های از ارزش‌ها و استفاده از آن‌ها جهت شکل دادن به اهداف و طرح اقدامات ویژه، در زندگی‌شان متعهدتر و فعال‌تر باشند و در مسیر ارزش-های خود گام بردارند به طوری که به عنوان مثال افراد دچار اضافه وزن بعد از تعیین ارزش‌های خود برای لاغری، رفتارهای متعهدانه‌تری نیز به رژیم غذایی‌شان اختیار کنند، به طوری که در مواجهه با غذا خودکنترلی بیشتری از خود نشان دهند (۳۴).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر ولع خوردن زنان چاق فاقد فعالیت ورزشی اثربخش است و اثر آن در طول زمان تداوم دارد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش محمدی و وفایی مقدم (۲۵) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت در درمان پذیرش و تعهد، مفهوم درهم آمیختگی یا گسلش شناختی میزان تأثیری است که یک فکر (مثلاً ولع خوردن) روی رفتار دارد و وقتی فرد با افکارش درهم می‌آمیزد، نمی‌تواند قضاوت ذهنی خود از واقعیت را از خود واقعیت تمیز دهد، زیرا که در محتوای افکار غرق شده است. به عنوان فردی که ولع خوردن بالایی دارد زمانی که با این فکر درمی‌آمیزد که "کم خوردن تأثیری در کاهش وزن و لاغری ندارد" از رژیم غذایی خود صرف نظر کرده و با پرخوری به افکار خود پاسخ می‌دهد. در این درمان، درمانجو می‌آموزد افکار را فقط به صورت افکار تجربه کند، یعنی به صورت رویداد زودگذری که نیاز به پاسخ مستقیم، چالش، یا کنترل ندارند. همچنین، با آموزش ذهن آگاهی و عمل در زمان حال، به افراد آموزش داده می‌شود که بتوانند تجربیات خود را بپذیرند و به میزانی که آنها بتوانند این تجربیات را بپذیرند، به همان میزان می‌توانند مستقل از این تجربیات عمل کنند. در ولع خوردن، مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و واکنش دفاعی، بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه برانگیختگی‌های روانی افکار و احساسات خود می‌شوند؛ بدون آنکه تلاشی برای مهار آن انجام دهند و یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آنها (خوردن)، کاهش یابد. در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به‌منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش می‌شود؛ مانند فردی که برای تسکین عاطفی به خوردن روی می‌آورد. این راهبردهای کنترلی به تخریب رفتاری و عملکردی فرد

دست می‌آید. پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به معنای پذیرش هیجان‌ها و تجارب آزارنده، تحمل صرف آن‌ها و از خود استقامت نشان دادن در برابر آنها نیست؛ بلکه به معنای تمایل به تجربه رویدادهای ناخوشایند مانند اضافه وزن و فراز و نشیب‌هایی است که در مسیر رفتارهای سلامت همسو با ارزش‌هایی چون کاهش وزن، قد علم می‌کنند. بنابراین پذیرش آنچه برای فرد ناخوشایند است مانند اضافه وزن و چاقی که موجب تصویر بدن نامطلوب و راهبردهای اجتنابی در مقابله با آن شده، یکی از عناصر اصلی درمان پذیرش و تعهد با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در عوض اجتناب است (۳۸). در کنار فرآیند پذیرش، همجوشی‌زدایی نیز گشودگی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و هیجان‌های منفی آزارنده درباره تصویر بدنی خویش، را تقویت می‌کند. همجوشی‌زدایی به مراجعان کمک می‌کند تا از تجربه‌های درونی مانند افکار و هیجان‌های منفی فاصله گرفته و آن‌ها را همان‌گونه که در واقعیت هستند ببینند، نه آن‌طور که خود را برای فرد می‌نمایانند (۳۴).

به طور کلی می‌توان گفت در این درمان راهبردهای تعهد و پذیرش، به افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری کمک می‌کنند. اگر دقیقاً فرد بتواند توجه کند که به هنگام خوردن چقدر مؤثر و نامؤثر رفتار می‌کند، برای تغییر رفتار، در شرایط به مراتب بهتری قرار خواهد گرفت و در حقیقت انگیزه بیش‌تری پیدا خواهد کرد. در حقیقت درمان پذیرش و تعهد به فردی که ولع خوردن دارد می‌آموزد که زمان‌هایی وجود دارد که تحت تأثیر افکارش و زمان‌هایی تحت تأثیر اعمالش قرار گرفته و به خوردن هیجانی می‌پردازد و در هر حال، عمل کردن با آگاهی کامل از آنچه در لحظه حال روی می‌دهد، مسلماً پیش درآمدی است برای کنترل بیشتر روی خوردن (۳۸).

منجر می‌شود. این شیوه درمانی، موقعیتی را به وجود می‌آورد که طی آن مراجع نسبت به راهکارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات منفی درباره اضافه وزن و اجتناب و فرار کامل از این افکار و احساسات، احساس می‌کند و بدین وسیله، مجالی برای فرد ایجاد می‌شود تا به جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی حول اضافه وزن، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود از جمله سلامت بپردازد (۳۷).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر قدردانی از بدن زنان چاق فاقد فعالیت ورزشی اثربخش است و اثر آن در طول زمان تداوم دارد. این نتیجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های استادیان خانی و همکاران (۲۶)؛ مانلیک و همکاران (۲۷) و فورمن و همکاران (۲۸) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین فرایندهای این درمان، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. ترغیب افراد به شناسایی ارزش‌ها (مثل کاهش وزن) و تعیین اهداف، موانع و درنهایت تعهد به انجام اعمال (مثل رفتارهای مرتبط با سلامت)، موجب دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها، با وجود مشکلات، باعث می‌شود. در مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نتیجه مطلوب برای درمانجو، زندگی مؤثر سازنده و همسو با ارزش‌هایش است، حتی زمانی که پریشانی روان‌شناختی به هر میزان وجود دارد؛ در مورد فردی که اضافه وزن دارد ممکن است این ارزش‌ها شامل کاهش وزن و دستیابی به تصویر بدن ایده آل است. عجیب آنکه معمولاً شدت پریشانی زمانی کم می‌شود که درمانجویان از کنترل افکار و احساس‌ها ناخوشایند صرف‌نظر می‌کنند و ارزش‌هایشان رابه خوبی دنبال می‌کنند. بدین ترتیب براساس اصول درمان پذیرش و تعهد، کم کردن وزن برای فردی که اضافه وزن دارد ارزشی به شمار می‌آید که با پذیرش و قدردانی از بدن به شکلی که هست به

حضور تکرار و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد.

با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان پذیرش و تعهد، درمانی اثربخش در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد دارای اضافه وزن اعم از ولع خوردن است و در بهبود خودکنترل‌گری و قدردانی از بدن نیز در این افراد مؤثر است، پیشنهاد می‌شود درمان پذیرش و تعهد به عنوان درمانی مکمل در کنار رژیم‌های لاغری و عمل‌های جراحی برای افراد چاق ارائه گردد. همچنین، براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های پذیرش و تعهد در کاهش وزن و افزایش فعالیت جسمانی برای عموم پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، صمیمانه قدردانی و تشکر می‌نمایند. هیچ‌گونه تعارض منافع بین نویسندگان مقاله وجود ندارد.

پی‌نوشت‌ها

1. Obesity
2. Food Craving
3. Self-Control
4. Acceptance and Commitment Therapy
5. Self-Control Scale
6. State and Trait Food-Cravings Questionnaire
7. Body Appreciation Scale

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر بهبود خودکنترل‌گری، کاهش ولع خوردن و افزایش قدردانی از بدن در زنان چاق فاقد فعالیت ورزشی دارد. این یافته‌ها با مبانی نظری درمان پذیرش و تعهد که بر پذیرش هیجانات و افکار ناخوشایند به جای اجتناب از آن‌ها، افزایش آگاهی ذهن‌آگاهانه و تعهد به اقدام‌های مبتنی بر ارزش‌ها تأکید دارد، هم‌راستا است. به نظر می‌رسد این رویکرد با کاهش درگیری ذهنی افراد با افکار منفی مربوط به بدن و پرخوری، به آن‌ها کمک می‌کند تا رفتارهای سازگارانه‌تری در قبال بدن و تغذیه خود اتخاذ کنند. همچنین، با افزایش آگاهی از لحظه حال و تمرکز بر ارزش‌های شخصی، زنان توانسته‌اند خودکنترلی بیشتری در برابر وسوسه‌های غذایی از خود نشان دهند. هر پژوهشی اگرچه در ماهیت به دنبال ارتباط بین عوامل و میزان تأثیر آن است. به هر حال در بطن خود یک مجموعه محدودیت‌هایی را خواهد داشت. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی برای جمع‌آوری نمونه استفاده شده که این امر ممکن است با خطا همراه باشد. ممکن است مواردی مانند رژیم غذایی روزانه که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت و در صورت کنترل مستلزم صرف زمان و هزینه بیشتر می‌بود و همین طور اختلال‌های روانی همایند که در صورت کنترل آنها دسترسی به نمونه بسیار محدود می‌شد، بر نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشند. در پژوهش حاضر به دلیل شیوع کووید-۱۹ جلسات به صورت برخط اجرا شدند که ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیر گذاشته باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی حداقل امکان از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی در انتخاب نمونه استفاده شود. در پژوهش‌های آتی مواردی مانند رژیم غذایی روزانه افراد نیز کنترل گردد و همین طور، پژوهش حاضر با جلسات

1. [Gossmann M, Butsch WS, Jastreboff AM. Treating the Chronic Disease of Obesity. Medical Clinics of North America. 2021;105\(6\):983–1016.](#)
2. [Perry C, Guillory TS, Dilks SS. Obesity and Psychiatric Disorders. Nursing Clinics of North America. 2021; 56\(4\):553–63.](#)
3. [Bidadian M, Bahrami Ehsan H, Poursharifi H, Zohraei Sh. Designing and evaluating a predictive model of weight maintenance in obese women. Health Psychology. 2013;2\(8\):22-39.](#)
4. [Tajik N, Lotfi Kashani F. The correlation of eating attitude with cognitive emotion regulation styles, anxiety sensitivity, and attachment styles in obese women. Health Promotion and Management Quarterly. 2019;8\(6\):48-56.](#)
5. [Bassuk SS, Manson JE. Obesity/Overweight: Health Consequences. In: Quah SR, editor. International Encyclopedia of Public Health \(Second Edition\). Oxford: Academic Press; 2017. p. 277-94.](#)
6. [Oktay AA, Lavie CJ, Ventura HO. Obesity and the Obesity Paradox in Heart Failure. In: Vasan RS, Sawyer DB, editors. Encyclopedia of Cardiovascular Research and Medicine. Oxford: Elsevier; 2018. p. 546–64.](#)
7. [Shapira N, Sharon O. Prevention and Control: Nutrition, Obesity, and Metabolism. In: Boffetta P, Hainaut P, editors. Encyclopedia of Cancer \(Third Edition\). Oxford: Academic Press; 2019. p. 278–91.](#)
8. [Claes L, Jeannin R, Braet C. 8.21 - Obesity: Etiology, Assessment and Treatment. In: Asmundson GJG, editor. Comprehensive Clinical Psychology \(Second Edition\). Oxford: Elsevier; 2022. p. 388–405.](#)
9. [Panahi S, Drapeau V, Jacob R, Tremblay A. Obesity, Treatment of☆. In: Kuipers EJ, editor. Encyclopedia of Gastroenterology \(Second Edition\). Oxford: Academic Press; 2020. p. 737–47.](#)
10. [Nejati V, Alipour F, Saeidpour S, Bodaqi E. Psychometric properties of the Persian version of the Food Response Styles Scale. Principles of Mental Health. 2017;20\(1\):5-13.](#)
11. [Taylor M. A review of food craving measures. Eating Behaviors. 2019;32:101–10.](#)
12. [Ghobadzadeh S, Mohammadkhani Sh, Hasani J. Classical and modern treatments for binge eating disorder. Psychology and Development. 2018;7\(9\):229-248.](#)
13. [Naji AA, Rahimian Boogar E, Hasani Tabatabaei SA. Comparison of the effectiveness of schema therapy and transcranial electrical brain stimulation on food craving. Clinical Psychology Journal. 2020;12\(46\):9-18.](#)
14. [Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. Journal of Personality. 2004;72\(2\):271–324.](#)
15. [Xia Y, Schyns B, Zhang L. Why and when job stressors impact voice behaviour: An ego depletion perspective. Journal of Business Research. 2020;109:200–9.](#)
16. [Du X, Liu N, Jia Q, Wu J. Guilt proneness moderates the after-effects of ego depletion on hypocrisy. Personality and Individual Differences. 2019;151:109516.](#)

17. [Ranjbar Noshari F, Basharpour S, Hajloo N, Narimani M. The effect of emotion regulation skills training on self-control, eating styles, and body mass index in overweight students. Health Education and Health Promotion. 2018;6\(2\):125-133.](#)
18. [Fan M, Jin Y. Obesity and Self-control: Food Consumption, Physical Activity, and Weight-loss Intention. Applied Economic Perspectives and Policy. 2014;36\(1\):125-45.](#)
19. [Gillen MM, Dunaev J. Body appreciation, interest in cosmetic enhancements, and need for uniqueness among U.S. college students. Body Image. 2017;22:136-43.](#)
20. [Cox AE, Ullrich-French S, Tylka TL, McMahon AK. The roles of self-compassion, body surveillance, and body appreciation in predicting intrinsic motivation for physical activity: Cross-sectional associations, and prospective changes within a yoga context. Body Image. 2019;29:110-7.](#)
21. [Fanaei S, Sajadian E. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on experiential avoidance in overweight and obese individuals. Behavioral Sciences Research. 2016;14\(44\):146-153.](#)
22. [Bowins B. Chapter 11 - Acceptance and commitment therapy. In: Bowins B, editor. States and Processes for Mental Health. Academic Press; 2021. p. 107-14.](#)
23. [Berman MI, Morton SN, Hegel MT. Health at Every Size and Acceptance and Commitment Therapy for Obese, Depressed Women: Treatment Development and Clinical Application. Clinical Social Work Journal. 2016;44\(3\):265-78.](#)
24. [Manchón J, Quiles MJ, León EM, López-Roig S. Acceptance and Commitment Therapy on physical activity: A systematic review. Journal of Contextual Behavioral Science. 2020;17:135-43.](#)
25. [Mohammadi K, Vafaei Moghadam M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on emotional eating and stress in women with eating disorders. Journal of Disability Studies. 2020;10\(10\):1-8.](#)
26. [Ostadian Khani Z, Hasani F, Sepah Mansour M, Keshavarzi Arshadi F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and emotion regulation in women with binge eating disorder. Journal of Nursing Rehabilitation Research. 2020;6\(3\):94-102.](#)
27. [Manlick CF, Cochran SV, Koon J. Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy. 2013;43\(2\):115-22.](#)
28. [Forman EM, Butryn ML, Hoffman KL, Herbert JD. An Open Trial of an Acceptance-Based Behavioral Intervention for Weight Loss. Cognitive and Behavioral Practice. 2009;16\(2\):223-35.](#)
29. [Ahmadi Jouybari M. A study of the relationship between self-control and responsibility among sixth grade female students \(Case study: Babolsar city\). Specialized Scientific Quarterly of Psychology, Social Sciences and Educational Sciences. 2017;1\(2\):63-70.](#)
30. [Cepeda-Benito A, Gleaves DH, Williams TL, Erath SA. The development and validation of the state and trait food-cravings questionnaires. Behavior Therapy. 2000;31\(1\):151-73.](#)

31. [Kachooei M, Shahmoradi S. The relationship between body mass index, body appreciation, and eating disorder symptoms: The moderating role of self-compassion in female students. Iran Journal of Diabetes and Metabolism. 2019;19\(2\):103-113.](#)
32. [Avalos L, Tylka TL, Wood-Barcalow N. The Body Appreciation Scale: development and psychometric evaluation. Body Image. 2005;2\(3\):285-97.](#)
33. [Atari M. Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 in Iran. Body Image. 2016;18:1-4.](#)
34. [Morris EMJ, Johns LC, Oliver JE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis. Hoboken, NJ, US: Wiley Blackwell.](#)
35. [Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. 2004;35\(4\):639-65.](#)
36. [Hayes SC, Branes-Holmes D, Roche B. Relational Frame Theory a Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. Network: Kluwer Academic; 2001.](#)
37. [Yaragchi A, Jamshidi F, Seirafi MR, Karaskian Mojambari A, Mohammadi Farsani G. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight loss and cognitive emotion regulation in obese individuals. Health Education and Health Promotion. 2019;7\(2\):192-201.](#)
38. [Flexman G, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and Commitment Therapy. Routledge;2011.](#)

Sport Psychology

Shahid Beheshti University

Biquarterly Journal of Sport Psychology

Spring & Summer 2021/ Vol. 6/ No. 1/ Pages 240-255

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Self-Control, Food Craving, and Body Appreciation in Women with a Low Level of Physical Activity

Haniye Raouftabar¹, Roya Aftab^{*2}

1. Master student of General Psychology, Adiban Institute of Higher Education, Department of Psychology, Garmsar, Iran.
2. Adiban Higher Education Institute Lecturer, Department of Psychology, Garmsar, Iran.

Received: 12/09/2020, Revised: 30/11/2020, Accepted: 13/02/2021

Abstract

Purpose: This study aimed to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on self-control, food craving, and body appreciation in women with low physical activity levels.

Methods: The research employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up, including a control group. The statistical population consisted of all inactive obese women living in District 17 of Tehran. A sample of 30 women was selected via convenience sampling and, after being matched for age and body mass index, were randomly assigned to either an experimental or a control group (15 participants each). The experimental group received 10 sessions of ACT, while the control group received no intervention. All participants completed the Self-Control Scale, the State and Trait Food-Cravings Questionnaire, and the Body Appreciation Scale at pre-test, post-test, and two-month follow-up assessments. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Results: The findings indicated a significant effect of ACT on the combined dependent variables. Specifically, the experimental group demonstrated a statistically significant increase in self-control and body appreciation scores, and a significant decrease in food craving scores compared to the control group, and these effects were maintained at the follow-up stage ($P < 0.01$).

Conclusion: Based on the results, Acceptance and Commitment Therapy is an effective intervention for enhancing self-control and body appreciation, while reducing food cravings, in obese women with low physical activity. It is suggested that this therapeutic approach be offered as a complementary psychological treatment alongside standard weight management protocols for this population.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Body Appreciation, Craving, Self-Control, Physical Inactivity.

*Corresponding Author: Roa Aftab, Tell: +989124888499, Email: royaafatab@ymail.com