

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی

و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی

بهاره غلامحسینی^۱، آناهیتا خدابخشی کولایی^{۲*}، داوود تقوایی^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه غیرانتفاعی خاتم، تهران، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

* نویسنده مسئول: آناهیتا خدابخشی کولایی، تهران، دانشگاه غیر انتفاعی خاتم، گروه مشاوره

anna_khodabakhshi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: فروردین ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: بهمن ۱۳۹۳

نحوه استناد به این مقاله:

Gholamhoseini B, Khodabakhshi Koolae A, Taghvae D. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Body Image in Women with Obesity. Community Health 2015; 2(1): 1-8.

چکیده

زمینه و هدف: از دیدگاه روانشناسی، چاقی می تواند منجر به ایجاد نگرش منفی، فشار روانی و همچنین افزایش خطر اختلالات روانی شود. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد (ACT)، اختلالات روانشناختی، ناشی از عدم انعطاف پذیری روانشناختی هستند. لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

روش و مواد: این پژوهش به روش شبه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه کنترل و مداخله بود. جامعه آماری این پژوهش عبارت بودند از کلیه زنان مبتلا به چاقی دارای نشانه های افسردگی و تصویر بدنی نامطلوب که در سال ۱۳۹۳ به کلینیک های تغذیه و باشگاه های ورزشی در شرق تهران مراجعه کردند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از زنان مبتلا به چاقی دارای نشانه های افسردگی و تصویر بدنی نامطلوب بودند که از طریق روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل اختصاص یافتند. بیماران گروه مداخله تحت درمان پذیرش و تعهد در جلسات گروهی، شامل یک جلسه در هفته به مدت ۲ ماه (جمعا ۸ جلسه) قرار گرفتند و بیماران گروه کنترل تحت هیچ مداخله ای قرار نگرفتند. بیماران در جلسه اول و آخر از طریق پرسشنامه افسردگی بک و تصویر بدنی فیشر مورد سنجش قرار گرفتند. جهت توصیف داده ها از شاخص های توصیفی مانند فراوانی و انحراف معیار و برای تحلیل آماری از آزمون t برای مقایسه دو گروه مستقل استفاده شد.

یافته ها: پس از مداخله درمانی، کاهش معناداری در نمرات افسردگی ($P < 0.01$) و افزایش معناداری در نمرات تصویر بدنی ($P = 0.001$) بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل مشاهده شد.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به چاقی موجب کاهش افسردگی و افزایش ادراک مطلوب از تصویر بدنی گردید، لذا استفاده از این رویکرد درمانی در زنان مبتلا به چاقی توصیه می شود.

واژگان کلیدی: درمان گروهی پذیرش و تعهد، چاقی، افسردگی، تصویر بدنی

مقدمه

فرد افزایش می دهد (۱). شاخصی که به طور گسترده

برای تعریف چاقی پذیرفته شده است، شاخص توده بدنی می باشد که عبارت است از تقسیم وزن برحسب کیلوگرم

چاقی به زیادی چربی بدن یا توده بدنی بیش از حد با توجه به قد اشاره دارد که خطر ابتلا به بیماری ها را

هیجان و خلق شناخته می شود. افسردگی از عوامل شایع محدود کننده افراد است و کاهش فعالیت های روزانه و فقدان انگیزش را در پی دارد. با توجه به اینکه افسردگی بسته بر شدت آن بر تمام جنبه های اقتصادی، اجتماعی و عاطفی فرد، خانواده و جامعه اثر می گذارد، بنابراین پیشگیری از افسردگی و ناتوانی در انجام فعالیت های روزمره باعث ارتقاء سلامت فرد و جامعه می گردد.

از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد، Acceptance and Commitment Therapy (ACT) اختلالات روانشناختی ناشی از عدم انعطاف پذیری روان شناختی هستند و انعطاف پذیری روان شناختی خود از هم جوشی شناختی، دلبسته شدن به مفهوم ساخته شده از خود، اجتناب تجربی، قطع ارتباط با زمان حال، ارزش های نامشخص و عمل نکردن بر اساس ارزش های شخصی که این موارد به صورت درونی با یکدیگر در ارتباط هستند، نشأت می گیرند.

با توجه به وجود شواهدی مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شماری از اختلالات از جمله افسردگی، اضطراب و استرس و اختلالات خوردن و چاقی، لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

روش و مواد

در این پژوهش کاربردی طرح درمانی با مداخله شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه کنترل و مداخله بوده است. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه زنان مبتلا به چاقی دارای نشانه های افسردگی و تصویر بدنی نامطلوب که در سال ۱۳۹۳ به کلینیک های تغذیه و باشگاه های ورزشی در شرق تهران مراجعه کردند. روش نمونه گیری از نوع هدفمند بود. حجم نمونه در این پژوهش بر اساس جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برای هر گروه ۱۵ نفر بر آورد شد. با توجه به محاسبات، ۳۰ نفر از زنان مورد نظر انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل اختصاص یافتند. ملاک های ورود به این پژوهش عبارت بود از زنان مبتلا به چاقی ساکن شهر تهران، کسب نمره ۲۰ و بالاتر در آزمون BDI-II و آزمون تصویر

بر مجذور قد برحسب متر (۲). اضافه وزن و چاقی با سرعت فزاینده ای در حال تبدیل شدن به تهدیدی بالقوه برای سلامتی در دنیای در حال پیشرفت امروزی است (۳). امروزه چاقی از دلایل مهم بروز نارضایتی از بدن در زنان تلقی می شود. به طوری که محققان نارضایتی از بدن را حد واسط چاقی و افسردگی در نظر می گیرند (۴). چاقی و اضافه وزن نه تنها از نظر سلامتی و تاثیرات منفی آن (بروز بیماری ها و کاهش کارایی و فعالیت) در بعد جسمی اهمیت دارد، بلکه از لحاظ روانی، اقتصادی و اجتماعی و صرف هزینه های پزشکی نیز قابل توجه است (۵). یکی از شایع ترین مشکلات روان شناختی افراد مبتلا به اضافه وزن، وجود نقص در تصویر بدن است (۶). تصویر از بدن، یک تصویر ذهنی است که هر فرد از اندازه و شکل بدن خود دارد و نیز احساسی است که فرد نسبت به تک تک و کل اعضای بدنش دارد. این تصویر پدیده ای چند بعدی است که شامل ابعاد شناختی (تفکر فرد در مورد بدن خود)، ادراکی (لمس و بینایی) و عاطفی (احساس فرد نسبت به خود) است (۷ و ۸). ادراک فرد از بدنش منجر به برآورد بیشتر و یا کمتر از اندازه قسمت هایی از بدن می شود و تغییرات عاطفی، شناختی ناشی از آن با احساس نارضایتی و نگرانی نسبت به شکل و اندام های فرد ارتباط دارد. نارضایتی از بدن زمانی به وجود می آید که تصویر ذهنی از جسم خود با تصویر ذهنی از جسم خود ایده آل، مطابق نباشد. چاقی سبب ایجاد نگرش منفی، فشار روانی و همچنین افزایش خطر اختلالات روانی می شود (۹).

افسردگی یکی از اختلال های روانی بسیار رایج است که آن را از نظر روانی، به زکام تشبیه می کنند (۱۰). اشخاصی که از افسردگی رنج می برند، ممکن است احساس غم کنند و افکار مایخولیایی داشته باشند. احتمال دارد که از کمبود انرژی، کاهش اعتماد به نفس، دشواری در تمرکز، عدم علاقه به دیگران، احساس بدبینی به فعالیت های خوشایند، تمایل به گریه کردن و افکار منجر به خودکشی رنج ببرند (۱۱ و ۱۲). اشخاص مبتلا به افسردگی شدید نیز معمولاً همه احساسات بالا را نشان می دهند، با این تفاوت که شدت احساسات آنها به ظاهر خیلی شدید است. افسردگی به عنوان اختلالی واحد در

ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک چاپ دوم روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علامه طباطبایی، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی را ۰/۷۴ گزارش کردند (۱۴).

۳. پرسشنامه تصویر بدنی فیشر: پرسشنامه تصویر بدنی در سال ۱۹۷۰ میلادی توسط فیشر ساخته شد و دارای ۴۶ ماده است. هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ (خیلی ناراضی=۱، ناراضی=۲، متوسط=۳، راضی=۴، خیلی راضی=۵) است. حیطه های مورد سنجش در این آزمون شامل سر و صورت با ۱۲ ماده، اندام های فوقانی شامل ۱۰ ماده و اندام های تحتانی شامل ۶ ماده است. ۱۸ ماده دیگر، نگرش آزمودنی را نسبت به ویژگی های کلی بدن می سنجد. اعتبار این آزمون توسط یزدانجو در سال ۱۳۷۹ در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. به منظور تعیین اعتبار آزمون، ۹۹ دانش آموز، از پایه های اول، دوم و سوم دبیرستان انتخاب شدند و به فاصله زمانی ۱۰ روز مورد آزمون و آزمون مجدد قرار گرفتند. ضریب همبستگی محاسبه شده آزمون در اجرای اول و اجرای دوم به روش پیرسون برای دانش آموزان سال اول ۰/۸۱، دانش آموزان سال دوم ۰/۸۴، دانش آموزان سال سوم ۰/۸۷ و جمع دانش آموزان ۰/۸۴ بود. با توجه به سطح معنادار این ضرایب با ۰/۹۹/۹۹ اطمینان، می توان پذیرفت که بین نمرات حاصل از اجرای اول آزمون و نمرات حاصل از اجرای دوم آزمون تصویر همبستگی معناداری وجود دارد (۱۴).

پرسشنامه افسردگی بک و تصویر بدنی فیشر توسط مراجعه کنندگانی که نشانه های افسردگی و تصویر بدنی نامطلوب داشته اند تکمیل گردید. سپس از بین آنها ۳۰ نفر که نمره لازم را در آزمون کسب کرده بودند، انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله جایگزین شدند. از این دو پرسشنامه به عنوان پیش آزمون و پس آزمون هم استفاده شد. زنان گروه مداخله طی دو ماه، از طریق برپایی جلسات هفتگی (جمعا ۸ جلسه) و هر جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه در معرض درمان گروهی پذیرش و تعهد قرار گرفتند و در جلسه آخر مجدداً آزمون های فوق به عنوان پس آزمون اجرا گردید. زنان گروه کنترل تحت

بدنی فیشر، نداشتن سابقه مصرف مواد مخدر و روانگردان، نداشتن سابقه درمان روان شناختی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی. ملاک های خروج از این پژوهش عبارت بود از عدم حضور و به تأخیر انداختن سه جلسه از جلسات درمانی. پس از بیان اهمیت و دلایل انجام پژوهش و تأکید بر محرمانه بودن و شرکت آزادانه در مطالعه، از داوطلبین شرکت در پژوهش رضایت کتبی اخذ شد. همچنین به آنها اعلام گردید که هر زمانی که تقاضا داشتند می توانند به نتایج آگاهی و دسترسی پیدا کنند. شرکت کنندگان می توانستند هر زمانی که تمایل به قطع همکاری داشته باشند گروه را ترک نمایند.

به منظور جمع آوری اطلاعات پژوهش، سه پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه افسردگی بک BDI-II و پرسشنامه تصویر بدنی فیشر مورد استفاده قرار گرفت. ۱. پرسشنامه اطلاعات فردی: این پرسشنامه اطلاعات فردی شامل سن، جنس و تحصیلات را مورد بررسی قرار می دهد.

۲. پرسشنامه افسردگی بک BDI-II: یک پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ آیتمی که شکل تجدید نظر شده BDI است و برای سنجش شدت افسردگی و تعیین نشانگان افسردگی در جمعیت بیماران روانپزشکی و تعیین افسردگی در جمعیت عادی کاربرد دارد. نمرات این پرسشنامه بر اساس چهار گزینه (۰-۳) برای عدم وجود نشانه خاص تا بیشترین درجه وجود آن نشانه در دامنه صفر تا ۳ قرار می گیرد. مطالعات روان سنجی انجام شده با استفاده از این پرسشنامه نشان می دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. بک استیر و براون در سال ۲۰۰۰ میلادی ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کردند. ضریب آلفای این پرسشنامه برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ به دست آمد. در فراتحلیلی که بر روی ۹ نمونه روانپزشکی صورت گرفت این پرسشنامه ثبات درونی بیشتری را نسبت به نسخه اول همین پرسشنامه نشان داد، ضریب پایایی حاصل از آزمون- باز آزمون در یک زیر گروه از بیماران سرپایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ به دست آمد (۵). قاسم زاده و همکاران در سال ۱۳۸۴ در بررسی

هیچ مداخله ای قرار نگرفتند. در برنامه ۸ جلسه ای درمانی ACT به این مفاهیم پرداخته شد: در جلسه اول به معرفی درمان، بحث در مورد حدود رازداری، رضایت آگاهانه مراجع برای اتمام فرآیند درمان، ارزیابی کلی و آشنایی با مفهوم ناامیدی خلاق پرداخته شد. در جلسه دوم به بررسی تکالیف خانگی و ادامه بحث در مورد ناامیدی خلاق پرداخته شد، در جلسه سوم و چهارم به معرفی کنترل به عنوان یک مشکل نه راه حل، آشنایی با مفهوم تمایل-پذیرش، تعهد رفتاری پرداخته شد. در جلسه پنجم و ششم به تعهدات رفتاری، آشنایی با مفهوم خود به عنوان زمینه و مفهوم ناهمجوشی شناختی، آشنایی با مفهوم ناهمجوشی شناختی، و نهایتاً در جلسه هفتم و هشتم به آشنایی با مفهوم ارزش ها و افزایش تمرکز بر تعهدات رفتاری پرداخته شد. اهداف کل جلسات در نهایت افزایش انعطاف پذیری شناختی است که همین باعث کاهش افسردگی و افزایش تصویر بدنی مطلوب می گردد.

یافته ها

۳۰ نفر زن مبتلا به چاقی در قالب دو گروه ۱۵ نفری مداخله و کنترل در پژوهش مشارکت کردند. دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۲۰ تا ۳۴ سال و میانگین سنی در دو گروه مداخله و کنترل ۲۶/۸ سال بود. حداقل سطح

تحصیلات دیپلم و حداکثر آن لیسانس بود، نیمی از شرکت کنندگان دارای تحصیلات دیپلم، ۲۳/۳٪ کاردانی و ۲۶/۷٪ دارای تحصیلات لیسانس بودند. ۵۶/۷٪ از شرکت کنندگان متأهل و بقیه مجرد بودند. در جدول شماره ۱، نمرات پیش آزمون افسردگی و تصویر بدنی در دو گروه از زنان شرکت کننده در پژوهش مقایسه شده است. در این پژوهش تفاوت معناداری در مرحله پیش آزمون (قبل از انجام مداخله) در نمره تصویر بدنی ($P=0.5, t=1.1$) و در نمره افسردگی ($P=0.6, t=0.9$) در دو گروه شرکت کننده در آزمون مشاهده نشد. در جدول شماره ۲، نمرات پس آزمون افسردگی و تصویر بدنی در دو گروه مداخله و کنترل پس از مداخله از طریق آزمون t مستقل آورده شده است. همان گونه که مشاهده می شود، در نمره تصویر بدنی با توجه به مقدار ($t=11.9$)، نتایج حاکی از اختلاف معنادار بین نمره تصویر بدنی دو گروه از شرکت کنندگان پژوهش می باشد. همچنین، در زمینه نمره افسردگی با توجه به مقدار ($P=0.002, t=16.9$)، نتایج نشانگر اختلاف معناداری بین نمره دو گروه کنترل و مداخله می باشد. به این معنا که مداخله درمانی، بر نمره تصویر بدنی و افسردگی زنان گروه مداخله اثر معنی داری داشته است.

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین نمرات افسردگی و تصویر بدنی پیش آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	تعداد زنان	(انحراف معیار) میانگین نمره	نتیجه آزمون
تصویر بدنی	مداخله	۱۵	-۴۳/۷ (۸/۲)	$P=0.5, t=1.1$
	کنترل	۱۵	-۴۴/۵ (۶/۶)	
افسردگی	مداخله	۱۵	۱۹/۸ (۸/۰)	$P=0.6, t=0.9$
	کنترل	۱۵	۱۸/۵ (۷/۹)	

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین نمرات افسردگی و تصویر بدنی پس از آزمون در دو گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	(انحراف معیار) میانگین نمره	تعداد زنان	گروه	متغیر
P=0.001, t=11.9	۶۵/۷ (۲۰/۲)	۱۵	مداخله	تصویر بدنی
	-۴۶/۷ (۷/۵)	۱۵	کنترل	
P=0.002, t=16.9	۱۱/۰ (۴/۱)	۱۵	مداخله	افسردگی
	۱۸/۱ (۷/۰)	۱۵	کنترل	

بحث

پژوهش حاضر کاهش معناداری را در میزان افسردگی و افزایش ادراک مطلوب از تصویر بدنی بیماران گروه مداخله پس از درمان گروهی پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به چاقی نشان داد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شماری از اختلالات عمده روان شناختی از جمله اختلال درد مزمن، افسردگی، نشانات سایکوتیک، اختلال وسواس-جبری، اضطراب، استرس و اختلالات خوردن و چاقی تاثیر دارد (Forman و همکاران در پژوهش خود آشکار ساختند که مراجعانی که مشکل چاقی داشتند، پس از ۱۲ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بین ۶ الی ۸ کیلوگرم وزن خود را کاهش دادند. برنامه درمانی براساس سه مولفه اساسی انجام شد: ۱) تعهد شرکت کنندگان به تغییر رفتاری، ۲) آموزش مهارت‌های تحمل و شکیبایی و ۳) ارتقای ذهن آگاهی ذهن پیرامون اختلالات خوردن (۱۶).

همچنین، در پژوهش مداخله ای رفتاری تعهد مدار دیگری بر کاهش وزن مشاهده شد که این مداخله در پی تعهدی که برای کاهش وزن در افراد ایجاد می‌کند، می‌تواند تا پس از شش ماه از گذشت درمان حدود ۱۲ کیلوگرم از توده بدنی مراجعان بکاهد (۱۷). Bear و همکاران در پژوهشی تأثیر ذهن آگاهی و درمان تعهد را در درمان اختلالات خوردن بررسی کردند، نتایج آنها آشکار ساخت که ذهن آگاهی متمرکز بر شناخت درمانی، بر مشکلات خوردن افراد تاثیر مثبت دارد و باعث کاهش وزن در مراجعان می‌شود (۱۸). Tapper و همکاران در

مطالعه ای با مشارکت ۶۲ زن با شاخص توده بدنی ۲۲/۵ تا ۵۲/۱ که در دامنه سنی ۱۹ الی ۶۴ بودند، از مداخله روان شناختی ذهن آگاهی و درمان پذیرش و تعهد برای کاهش وزن آنها استفاده کردند که مطالعه نشان داد در طی ۴ الی ۶ ماه افراد توانستند در هر هفته بین ۲ الی ۲/۵ کیلوگرم وزن خود را کاهش دهند (۱۹).

درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش هر چه بیشتر آگاهی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به نظر می‌رسد که پذیرش، فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش‌بینی کارکردهای فرد در آینده می‌باشد. اصلی‌ترین سازه درمان پذیرش و تعهد، انعطاف پذیری روان شناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور مشکلات و رنج‌ها می‌باشد (۲۰). تحقیقات نشان دهنده اهمیت پذیرش روانی به خصوص در مورد عملکردهای روان شناختی است. مراجعانی که گزارش می‌کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات ناخوشایند دارند، عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری را نشان می‌دهند (۲۱). پژوهش‌ها نشان داده است که اجتناب از تجارب با حیطه وسیعی از مشکلات رفتاری و روان شناختی ارتباط دارد. افرادی که تمایل بیشتری برای سرکوب نمودن چنین تجربی را دارند هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه، محیط کار، تعارض در روابط با همسر و ... برای آنها پیش می‌

فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار می‌سازد، همچنین، منجر به عمل به ارزش‌های فردی در مراجع می‌شود، می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی مناسب برای کاهش افسردگی و افزایش ادراک مطلوب از تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی مطرح شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک سال ۱۳۹۳ می‌باشد. نویسندگان از مدیران و مسئولان محترم کلینیک‌های رژیم‌درمانی و چاقی منطقه شهری شرق تهران و همپنین از کلیه بیمارانی که صبورانه ما را با شرکت در جلسات و تکمیل پرسشنامه‌ها یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

آید تلاش برای کنترل، آشفته‌گی‌های آن‌ها را شدیدتر می‌کند. از محدودیت‌های قابل‌ذکر در این پژوهش عدم انجام مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی بود. لذا برگزاری این نوع درمان و صرف وقت برای بیماران، آموزش آنها در مورد رویه‌های تشخیصی و درمانی، می‌تواند منجر به پیامدهای مطلوب درمان نظیر کاهش افسردگی و افزایش ادراک از تصویر بدنی و به عبارتی دیگر، افزایش و بهبود سبک زندگی بیمار شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این درمان روان‌شناختی بر سایر مولفه‌های روان‌شناختی، نظیر خودپنداره و حرمت نفس بررسی گردد. همچنین برای بررسی پایداری اثربخشی این روش از ارزیابی‌های پیگیرانه استفاده شود. به طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به دلیل اینکه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

REFERENCES

1. Fouladvand M, Farahani H, Bagheri F, fouladvand M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of the girls afflicted with obesity. *Journal of Healthy psychological research* 2013;6(2):10-22. (Full Text in Persian)
2. Bidadian M. An overview of the challenges in the treatment of obesity. *Journal of Behavioral Sciences*.2013;10(7):775-71. (Full Text in Persian)
3. Ghorbani A, Ziaee A, Sadeghi T, Asefzade S. Quality of life in obese women compared with normal-weight women. *Journal of School of Medicine Mashhad University of Medical Sciences*.2012;55(3):144-50. (Full Text in Persian)
4. Zeighami Mohammadi SH, Mojdeh F. Correlation between body mass index, body image and depression among women referring to health clinic of Hazrat-e-Ali hospital health clinic in karaj. *Journal of School of Nursing and Midwifery Birjand University of Medical Sciences* 2012;9(1):40-8. (Full Text in Persian)
5. Gol Parvar M, Kamkar M, Rismanchian B. Overweight relationship with self-esteem, depression, lifestyle and physical self-concept in women represents the weight loss centers. *Journal of Knowledge and research in psychology*.2008;32:121-44. (Full Text in Persian)
6. Golian SH, Ghiasvand M, Mirmohamad Ali M, Mehran A. The relationship between body image of obese adolescent girls depression, anxiety and stress. *PAYESH* 2014;13(4):433-40. (Full Text in Persian)
7. Garrusi B, Razavi Nematallahee V, Etmnan A. The relationship of body image with depression and self-esteem in pregnant women. *Journal of Health and Development*.2013;2(2):117-27. (Full Text in Persian)
8. Eskandarnejad M. Solidarity body image perception and physical activity in men and women with different levels of BMI. *Journal of Health Promotion Management*.2014;2(2):59-70. (Full Text in Persian)
9. Rafati F, Pilevarzadeh M, Salari S, Mohamadi MR, Pormehr A. Relationship between BMI and mental health in nursing student of Jiroft. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2012;14(2):135-41. (Full Text in Persian)
10. Ganji H. *Fundamentals of General Psychology*.5th ed. Savalan publication, Tehran, Iran; 2007. (Text in Persian)
11. Feizi I, Naghizadeh Baghi A, Rahimi A, Nemati S. The Relationship between body mass index and depression in femal student of Ardabil University of medical sciences. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2013;12(2):213-20. (Full Text in Persian)
12. Vafae M, Safavi M, Salehi SH. Level of depression and anxiety and stress levels correlated with BMI in Nursing. *Journal of Islamic Azad University of Medical Sciences* 2014;23(2):154-59. (Full Text in Persian)

13. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety* 2005; 21(4):185-92.
14. Fisher body image test, 1st ed. Tehran: Testing company of Yar Puya; 2010: 1-3. Available from: <http://www.azmonyar.com> (Full Text in Persian)
15. Ost LG. The efficacy of acceptance and commitment therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behavior research and therapy* 2014;61:105-21.
16. Forman EV, Butryn ML, Hoffman K., Herbert JD. An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral practice* 2009;16(2):223-35.
17. Niemeier HM, Leahey T, Reed KP, Brown RA, Wing RR. An acceptance-based behavioral intervention for weight loss: A pilot study. *Behavior Therapy* 2012;43(2):427-35.
18. Bear RA, Fischer S, Huss DB. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of rational-Emotive & cognitive-behavior therapy* 2005;23:281-300.
19. Tapper K, Shaw C, Ilesley J, Hill AJ, Bond FW, Moore L. Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite* 2009;52(2):396-404.
20. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology* 1996;64(6):1152-68.
21. Zettle RD. *ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance & Commitment Therapy in Treating Depression*. Oakland, CA: New Harbinger; 2007.

Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Body Image in Women with Obesity

Bahareh Gholamhoseini¹, Anahita Khodabakhshi Koolae^{2*}, Davoud Taghvae³

1. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran.
2. Assistant Professor of Counseling, Khatam Institute for Higher Education, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran

***Corresponding Author:** Anahita khodabakhshi koolae; Khatam Institute for Higher Education, Tehran, Iran.

Email: anna_khodabakhshi@yahoo.com

How to cite this article:

Gholamhoseini B, Khodabakhshi Koolae A, Taghvae D. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Body Image in Women with Obesity. *Community Health* 2015; 2(1): 1-8.

Abstract

Background and Objective: From the perspective of psychology, obesity can lead to the negative attitude, stress and the increasing the risks of psychological disorders. From the viewpoint of Acceptance and Commitment Therapy (ACT), psychological disorders are due to the fusion of psychological and cognitive inflexibility. This study aimed to determine the effectiveness of an acceptance and commitment group therapy on improving the depression and body image among female with obesity.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was performed through pre-posttest with the intervention and the control groups. The target population of this research was total obese women depression symptoms and negative body image who referred to nutrition and sports clubs in East of Tehran in 2014. 30 obese women with depression symptoms and negative body image were selected through purposeful sampling and randomly divided in the intervention and the control groups. The intervention group participated in acceptance and commitment group therapy sessions include once a week for two months (a total of 8 sessions). The control group received no intervention. All participants were evaluated in the first and last meeting by the Beck Depression Inventory and body image questionnaires. To analyze the data descriptive parameters such as frequency and standard deviation and statistical tests such as t-test for comparison two independent groups were used.

Results: The results showed a significant reduction in depression scores ($P < 0.01$) and a significant increase in body image scores ($P = 0.001$) in patients of the intervention group compared to the control group.

Conclusion: The study showed that acceptance and commitment group therapy in women with obesity lead to the reduction in depression and increase the desirable perception of body image, therefore, the use of this therapeutic approach is recommended in women with obesity.

Keywords: Acceptance and commitment group therapy, Obesity, Depression, Body image