Research Paper
Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy and Cognitive-Behavioral Group Therapy on Life Habits, Disordered Eating Behavior, and Health-Promoting Lifestyle in Obese Women

Shohreh Mortezaei Shemirani, Bagher Sanaei Zaker, Biuok Tajeri, Sheida Sodagar, Farahnaz Meschi

1. Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2. Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Karaj, Iran.
3. Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Despite numerous advances in treating various diseases and increased life expectancy, obesity will be the leading cause of hopelessness in the next 100 years. The present study aimed to compare the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on lifestyle habits, disordered eating behavior, and health-promoting lifestyle in obese women.

Methods & Materials: The statistical population consisted of all women referring to obesity clinics in district 2 of Tehran City, Iran, in 2019. Forty-Five patients were selected by convenience sampling method and replaced in 3 groups of 15 (two experimental & one control groups). The study participants were assessed using the Assessment of Life Habits Scale (LIFE-H), the Eating Attitudes Test (EAT), and the Health Promoting Lifestyle Profile-II (HPLP-II). The ACT group underwent nine 90-minute sessions and the CBT group received eight 90-minute sessions. The control group received no training. The collected data were analyzed using Mixed Design and repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) in SPSS.

Results: The present research results signified that ACT and CBT were effective on the habits of eating disorders and health-promoting lifestyles in the explored obese women. The achieved changes remained stable until the follow-up phase (P<0.001). Moreover, ACT was more successful than CBT in improving the components of life habits and health responsibilities in the study subjects (P<0.001).

Conclusion: Considering the significant effect of group-based ACT and CBT, it is recommended to use these methods to increase the mental health of obese individuals.

Key words: Obesity, Cognitive Behavioral Therapy, Habits, Lifestyle

Extended Abstract

1. Introduction

The epidemic of obesity requires proper living habits and the modification of eating behavior and physical activity. Improving lifestyle habits has always been effective in preventing obesity in the long run. Unhealthy living habits significantly impact the emergence of this public health issue [5]. Accordingly, fostering unhealthy lifestyle habits is highly effective in the incidence of obesity. Individuals’ living habits in various countries have undergone concerning alternation. Moreover, changes in the lifestyle habits of obese
individuals, like increased use of high-calorie foods, e.g. fast food and snacks, seem to be effective determinants in developing obesity [6]. In addition to poor living habits, disordered eating behaviors can also contribute to obesity. According to relevant literature, numerous characteristics influence the etiology of disordered eating behaviors [7]. The current study aimed to determine the effects of group-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on living habits, disordered eating behavior, and health-promoting lifestyle in obese women.

2. Materials and Methods

This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up and a control group design. The statistical population included all women referring to obesity clinics in region 2 of Tehran City, Iran in 2018. The convenience sampling method was used to select the research subjects. The sample size was measured per Cohen’s method to be 45 individuals. The research subjects were randomly divided into 3 groups (2 experimental and 1 control) of 15 subjects. Furthermore, the study groups were compared before and after the interventions and 2 months after the completion of the treatment program. Random assignment as well as matching in three groups (gender, marital status, & age) were observed to control additional and unwanted variables. The study participants were assessed using the Assessment of Life Habits Scale (LIFE-H), the Eating Attitudes Test (EAT), and the Health Promoting Lifestyle Profile-II (HPLP-II). The ACT group underwent nine 90-minute sessions and the CBT group received eight 90-minute sessions. The control group received no training. The collected data were analyzed using Mixed Design and repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) in SPSS.

3. Results

The effects of the provided treatment methods only significantly differed concerning life habits responsibilities (F.2,56=5.20 P<0.01). Group-based ACT, compared with group CBT was a more effective approach to increase responsibilities in women with obesity. The obtained data indicated that ACT was a more successful method to increase life habits responsibilities in the explored obese women, compared to CBT. Furthermore, the difference in the effect of the presented interventions on other components of life habits was not significant at 0.05. The collected results also revealed that except for health-promoting lifestyle (F.2,56=5.79, P<0.05) the difference between the effect of these treatment approaches on other components of health-promoting lifestyle at 0.05 were not significant. The mean scores of lifestyle responsibility in individuals participating in group ACT have increased, compared to the group CBT in the posttest and follow-up stages. Furthermore, ACT was more effective than CBT in promoting the study participants’ responsibility concerning health.

4. Discussion and Conclusion

Considering the significant effect of group-based ACT and CBT, it is suggested that these methods be applied to improve mental health in obese individuals. The obtained data respecting the efficacy of ACT on lifestyle habits in the explored obese females, highlight various aspects of this approach. It is believed that thoughts are products of a healthy mind. Subsequently, individuals’ fusion with the contents of thoughts transforms thoughts into beliefs [39]. When an individual experiences fusion with a content of a thought (e.g. I cannot avoid eating when everyone else is eating near me.) and acts upon that, eating practice is combined with the relevant thoughts, leading to binge eating. ACT, by defusion methods, assists clients to not inflexibly surrender to their thoughts; instead, it helps them find more effective coping strategies with the directly experienced world. As a result, ACT provided greater efficacy in lifestyle changes among obese females, compared to CBT.

There existed no significant difference between group-based ACT and CBT concerning eating behaviors in obese females. By direct training, ACT initially facilitates positive attitudes to thoughts and emotions related to body image-induced avoidance. Then, using mindfulness-based practices, facilitates change in the daily living activities, and lifestyle, leading to the generation of adoptable coping styles to control disordered eating behaviors [25].

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Research Ethics Committee of Islamic Azad University, Karaj Branch (Code: IR.IAU.K.REC.1398.039). All ethical principles are considered in this article. The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

This article was extracted from the PhD. dissertation of the first author at the Department of Psychology, Faculty of
Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Karaj Branch.

Authors' contributions

All authors equally contributed to preparing this article.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the Vice-Chancellor for Research of the Islamic Azad University, Karaj Branch.
مقایسه اثرات رفتاری و رفتاری-شناسی شناختی و رفتاری فستانی بر عادات زندگی و نتایج: در فکر درمانی شناختی و رفتاری بر عادات زندگی

به دنبال صنعتی شدن و گرایش به زندگی ماشینی در قرون اخیر، شیوع قلبی در جهان به حدی رسیده است که می‌پذیراً جهانی شده و پیش‌ترهاده است. به طوری که پیش‌بینی می‌شود، شیوع قلبی در جهان به حدی رسیده است که می‌پذیراً جهانی شده و پیش‌ترهاده است.

یکی از این علل پیشرفت‌های درمانی و جهالت به عنوان یکی از علل مهمی است که در مراحل اخیر به‌روز می‌شود. به طوری که پیش‌بینی می‌شود، شیوع قلبی در جهان به حدی رسیده است که می‌پذیراً جهانی شده و پیش‌ترهاده است.

مقایسه اثرات رفتاری و رفتاری-شناسی شناختی و رفتاری فستانی بر عادات زندگی

با توجه به این مسئله، مطالعه‌ای به اهداف مختلف به‌منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی و رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل، با پیگیری دوماهه انجام شد. جامعه آماری از مراجعین کلینیک‌های چاقی منطقه تهران در سال 1398، شامل کلیه زنان مراجعی که در گروه کنترل (32598679)، تلفن bsanai@yahoo.com، پست الکترونیک

با وجود پیشرفت‌های فراوان در درمان بسیاری از بیماری‌ها و افزایش امید به زندگی، چاقی اولین علت کاهش امید خواهد بود. پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

مواد و روش‌ها

از میان مراجعین کلینیک‌های چاقی منطقه تهران در سال 1398، شامل کلیه زنان مراجعی که در گروه کنترل (32598679)، تلفن bsanai@yahoo.com، پست الکترونیک

نتایج تحقیق نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در افراد مبتلا به چاقی است. با توجه به تأثیر معناداری گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی رفتاری، پیشنهاد می‌شود از این روش در جهت افزایش سلامت روان افراد چاق استفاده شود.
سلامتی مستلزم ارتقای سبک زندگی بهداشتی است. افراد نیز بهبود می‌یابند اگر فاصله تغییر به عادات زندگی و رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، بود. در گروه درمانی شناختی رفتاری و متغیر وابسته، عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، بود.

1. رفتار خوردن آشفته
2. رفتار خوردن آشفته و فعالیت‌های سالم
3. رفتار خوردن آشفته و فعالیت‌های سالم
4. رفتار خوردن آشفته و فعالیت‌های سالم
5. رفتار خوردن آشفته و فعالیت‌های سالم

هدف اصلی (پذیرش، گسلش شناختی، خود به عنوان زمینه، از طریق افزایش انعطاف پذیری روان شناختی است که با شش افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به رفع مانع درمان، رفع از افزایش وزن و افزایش قدرت تمرکز، از طریق تغییر الگوی سبک زندگی، وضعیت روانی تمرینات هدفمند به ابقا و تثبیت باورهای جدید پرداخته می شود.

5. Cognitive Behavioral Therapy
4. Treatment Based On Commitment And Acceptance
3. Health promoting lifestyle
2. Eating-disordered behaviors
1. Habits of life
پرسشنامه بیماری کروکت در حال کروکتی، فراگرفته 2 آزمون افزایش دهنده سلامت، برای اطمینان از شیانیت، مطمئن شدن آزمون و اطمینان از شیانیت و سلامتی رضایت درمانی، نزدیکی و مسلمانی بیماران و افراد بهداشتی: از نظر سازمان سلامت و بهداشت جهانی، بیماری کروکت یکی از بیماری‌های مهم و مربوط به سلامت کشور است.

این پرسشنامه در مورد سطح حرفه‌ای و رفتارهای مدیریت اجتماعی در زنان بررسی شد. این پرسشنامه شامل هفت اصل اصلی سلامت و مدیریت می‌باشد که به‌طور کلی به پرسشنامه Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) اشاره می‌کند. این پرسشنامه در نسخه‌های مختلفی از کشورهای مختلف عرضه شده است و به‌طور کلی میزان سلامت و رفتارهای اجتماعی را در زنان بررسی می‌کند.

1. Life Habits Questionnaire (LIFE-H)
2. Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II)
3. Eating Attitudes Test (EAT)
4. Convenience Sampling
5. Life Habits Questionnaire (LIFE-H)
6. Convenience Sampling
7. Eating Attitudes Test (EAT)
بهره و اسناد 1399 دوره 23 شماره 4

چندول ۱: شرح جلسات گروهدرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | فعالیت |
|-------|---------|
| ۱ | توضیح در رابطه با رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و نحوه همکاری، اخذ رضایت نامه از شرکتکنندگان. |
| ۲ | بررسی اثرات با غذاهای دیجیتال، مصرف ماهیتی، و لیپوس. |
| ۳ | بررسی اثرات با غذاهای دیجیتال، مصرف ماهیتی، و لیپوس. |
| ۴ | بررسی اثرات با غذاهای دیجیتال، مصرف ماهیتی، و لیپوس. |
| ۵ | بررسی اثرات با غذاهای دیجیتال، مصرف ماهیتی، و لیپوس. |
| ۶ | بررسی اثرات با غذاهای دیجیتال، مصرف ماهیتی، و لیپوس. |
| ۷ | بررسی اثرات با غذاهای دیجیتال، مصرف ماهیتی، و لیپوس. |
| ۸ | بررسی اثرات با غذاهای دیجیتال، مصرف ماهیتی، و لیپوس. |
| ۹ | بررسی اثرات با غذاهای دیجیتال، مصرف ماهیتی، و لیپوس. |
| ۱۰ | بررسی اثرات با غذاهای دیجیتال، مصرف ماهیتی، و لیپوس. |

چندول ۲: شرح جلسات گروهدرمانی کنترلی

| جلسه | فعالیت |
|-------|---------|
| ۱ | ارتباط درمانی، صحبت در مورد درمان و اهداف آن و بهبود درمان، مقدمات از فردی که افراد درمانی بیشتر از گروه‌های بیشتری به وتی گروه‌ها. |
| ۲ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۳ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۴ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۵ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۶ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۷ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۸ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۹ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۱۰ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |

بهره و اسناد 1399 دوره 23 شماره 4

چندول ۱: شرح جلسات گروهدرمانی شناختی-رفتاری در بیمارستان بزرگ

| جلسه | فعالیت |
|-------|---------|
| ۱ | برقراری روابط درمانی، صحبت در مورد درمان و اهداف آن و بهبود درمان، مقدمات از فردی که افراد درمانی بیشتر از گروه‌های بیشتری به وتی گروه‌ها. |
| ۲ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۳ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۴ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۵ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۶ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۷ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۸ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۹ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۱۰ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |

بهره و اسناد 1399 دوره 23 شماره 4

چندول ۱: شرح جلسات گروهدرمانی شناختی-رفتاری در بیمارستان بزرگ

| جلسه | فعالیت |
|-------|---------|
| ۱ | برقراری روابط درمانی، صحبت در مورد درمان و اهداف آن و بهبود درمان، مقدمات از فردی که افراد درمانی بیشتر از گروه‌های بیشتری به وتی گروه‌ها. |
| ۲ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۳ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۴ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۵ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۶ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۷ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۸ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۹ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
| ۱۰ | دریافت‌های اطرافی و آموزشی. |
بهمن و اسفند
951
بهمن و اسفند
6
شماره
مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه درمانی شناختی رفتاری بر رفتار
معنادار نیست. چنین نتیجه گیری شد که بین اثربخشی گروه درمانی
تفاوت اثر دو شیوه درمان بر دیگر مؤلفه های سبک
، معنادار نبود. همچنین نتایج نشان داد به استثنای
است. تفاوت اثر دو شیوه درمان بر دیگر مؤلفه های عادات زندگی
در مقایسه با گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش
روش موفق تری برای
چنین نتیجه گیری شد که گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش
 המתحت
در مقایسه با گروه درمانی شناختی رفتاری بر رفتار
خرده می‌شود. تفاوت اثر دو شیوه درمان در سطح

روش متأثر بر افزایش مسئولیت‌ها در زنان مبتلا به چاقی است.

جدول شماره

| متغیرهای مستقل | متغیرهای پاسخ | عدد | X2 | F | P | X2 | F |
|-----------------|---------------|-----|----|---|---|----|---|
| رفتار خوردن آشفته | رفتار خوردن آشفته | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |
| بلوغ | بلوغ | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |
| سبک زندگی | سبک زندگی | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |
| رفتار خوردن آشفته | رفتار خوردن آشفته | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |
| بلوغ | بلوغ | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |
| سبک زندگی | سبک زندگی | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |

جمهوری اسلامی هرمز گوسفند با فرض کرویت رهایی نشان داد.

جدول شماره

| متغیرهای مستقل | متغیرهای پاسخ | عدد | X2 | F | P | X2 | F |
|-----------------|---------------|-----|----|---|---|----|---|
| رفتار خوردن آشفته | رفتار خوردن آشفته | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |
| بلوغ | بلوغ | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |
| سبک زندگی | سبک زندگی | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |
| رفتار خوردن آشفته | رفتار خوردن آشفته | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |
| بلوغ | بلوغ | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |
| سبک زندگی | سبک زندگی | 400 | 120 | 80 | 400 | 0.45 | 0.50 |

رهایی نشان داد. چنین نتیجه گیری شد که بین تاثیر دو روش درمانی
خبران ارتباط دارد. این نتایج نشان می‌دهد که مصرف گیاه‌های

توجهی به

توجهی به

توجهی به

توجهی به
۱. مطالعه معناداری اثر تداخلی گروه 

| گروه اول گروه دوم | گروه اول گروه سوم | گروه دو گروه سوم |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| گروه اول گروه دوم | ۱۶۲ | ۱۷۳ | ۱۷۴ |
| گروه اول گروه سوم | ۱۷۳ | ۱۷۹ | ۱۸۰ |
| گروه دو گروه سوم | ۱۷۴ | ۱۸۰ | ۱۸۱ |

۲. تحقیق

| گروه اول گروه دوم | ۱۷۳ | ۱۷۴ | ۱۷۵ |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| گروه اول گروه سوم | ۱۷۴ | ۱۷۵ | ۱۷۶ |
| گروه دو گروه سوم | ۱۷۵ | ۱۷۶ | ۱۷۷ |

۳. روند بی‌رنگی

| گروه اول گروه دوم | ۱۷۴ | ۱۷۵ | ۱۷۶ |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| گروه اول گروه سوم | ۱۷۵ | ۱۷۶ | ۱۷۷ |
| گروه دو گروه سوم | ۱۷۶ | ۱۷۷ | ۱۷۸ |

۴. راهنمایی اجتماعی

| گروه اول گروه دوم | ۱۷۵ | ۱۷۶ | ۱۷۷ |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| گروه اول گروه سوم | ۱۷۶ | ۱۷۷ | ۱۷۸ |
| گروه دو گروه سوم | ۱۷۷ | ۱۷۸ | ۱۷۹ |

۵. طراحی

| گروه اول گروه دوم | ۱۷۶ | ۱۷۷ | ۱۷۸ |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| گروه اول گروه سوم | ۱۷۷ | ۱۷۸ | ۱۷۹ |
| گروه دو گروه سوم | ۱۷۸ | ۱۷۹ | ۱۸۰ |

۶. رأی‌گیری

| گروه اول گروه دوم | ۱۷۷ | ۱۷۸ | ۱۷۹ |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| گروه اول گروه سوم | ۱۷۸ | ۱۷۹ | ۱۸۰ |
| گروه دو گروه سوم | ۱۷۹ | ۱۸۰ | ۱۸۱ |

۷. پیروزی

| گروه اول گروه دوم | ۱۷۸ | ۱۷۹ | ۱۸۰ |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| گروه اول گروه سوم | ۱۷۹ | ۱۸۰ | ۱۸۱ |
| گروه دو گروه سوم | ۱۸۰ | ۱۸۱ | ۱۸۲ |
روشن بوده است: کاهش وزن بدن تا دسترسی به وزن ایده آل.

شمار می‌آید. به طور سنتی هدف درمان چاقی، همواره ساده و به وزن مطلوب، به نظر می‌رسد باید به جای تلاش برای ابداع شهره مرتضایی شمیرانی و همکاران. مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن غذای و نیک ممنوع‌التصاحب بر مورد سایر گروه‌های درمانی.

| معیار | گروه اول (CBT) | گروه دوم (ACT) | گروه سوم (کنترل دهانی) |
|-------|----------------|----------------|------------------------|
| وزن آغازی | 66.8 ± 2.3 | 66.1 ± 2.4 | 66.5 ± 2.5 |
| وزن پایان | 62.2 ± 2.1 | 62.5 ± 2.2 | 62.7 ± 2.3 |

*CBT: حمایت بی‌فردی*
به عنوان یک راه حل جایگزین فراهم می‌کند و با این پذیرش، در آنان کاهش می یابد. این حالات زمینه را برای معرفی پذیرش اجتناب و فرار کامل از این افکار و احساسات، احساس درمانگی در جهت حذف افکار و احساسات منفی در مورد اضافه وزن و طی آن، مراجع نسبت به راه کار های کنترلی خود، مبنی بر تلاش است. درمان های روان شناختی، موقعیتی را به وجود می آورند که در ارتقای مسئولیت پذیری افراد در حوزه سلامت روش مؤثرتری تعهد و پذیرش در مقایسه با شیوه گروه درمانی شناختی رفتاری فرضیه نهم چنین نتیجه گیری شد که شیوه گروه درمانی مبتنی بر پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است. بر این اساس در آزمون با شرکت کنندگان گروه درمانی شناختی رفتاری در مراحل شرکت کننده در گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و مقایسه معنادار نیست. بر اساس نتایج، به استثنای مؤلفه مسئولیت پذیری سبک زندگی مبتنی بر تعهد و پذیرش و گروه درمانی شناختی رفتاری تفاوت خوردن آشفته اثرگذار بوده است و بین اثربخشی گروه درمانی اساس نتایج این پژوهش، هر دو رویکرد درمانی انجام شده در رفتار نشود، نگرانی از این موضوع باعث بدتر شدن حال او خواهد شد. بر این عوامل مانع کسل شدن، اضطراب و تنش و افسردگی می شود. باید این فرض در نظر گرفته شود که انتظار باور اینکه استفاده کردن مواد غذایی به حفظ لذت بردن از مواد غذایی به حفظ مناسب و روش های حل مسئله متمرکز می شوند در درمان روش های نشانده که بر انتظارات غیرمعمول و تغییر افکار محور و تغییر سبک غذا خوردن و عادات با تقویت رفتارهای شامل روش هایی همچنین برنامه ریزی شناختی رفتاری بر عادات زندگی، رفتار خوردن آشفته و سیستم زندگی ارتقاء همکاری سالم، افکاری ارتقاء و مشارکت، امری که بر این مبنی بر تعلیم و روزنی، مهارتی مدیریت استرس اجتماعی است. نتایج نشان داد که گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با گروه درمانی شناختی رفتاری روش مؤثرتری بر افزایش سبک زندگی نشان داد. و در میان زنان گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش اثرگذار بوده است. این یافته با نتایج پژوهش های دیگر از روش های رفتاری نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش اثرگذار بوده است. این یافته با نتایج پژوهش های دیگر و همکاران، شماره 28، پریتی، پریتی و همکاران، شماره 33، و نوریان، شماره 36، لیلیز و بوند، شماره 30، فنایی و سجادیان، شماره 31، پترسون و همکاران، شماره 27، آقایی و همکاران، شماره 34، وریسون و همکاران، شماره 37، لیوی و کندرا، شماره 32، ویرمن و همکاران، شماره 35، و فینگر و همکاران، شماره 39، بهمن و اسفند، شماره 23، پرسون و همکاران، شماره 28، لیلیز و کندرا، شماره 30، ویرمن و همکاران، شماره 35، و فینگر و همکاران، شماره 39، بهمن و اسفند، شماره 23، پرسون و همکاران، شماره 28، لیلیز و کندرا، شماره 30، ویرمن و همکاران، شماره 35، و فینگر و همکاران، شماره 39.
مطالعات اخلاقی

مداخلات روانی از اصول الکترا نیویورک

این پژوهش یکی از کمیته‌های اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد IR.IAU.K.REC.1398.039: اسلامی واحد کرج است (کد اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که ممکن بود پژوهش خود را متوقف کنند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان برنامه ریزی، پژوهش و پشتیبانی از اصول اخلاقی و اعمال اخلاقی مناسب حمایت مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان به یک اندازه در نگارش مقاله سهمیه بودند.

تماریز منبع

بتار اطلاعی نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله به خود لازم می‌دانند از محققین، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج سپاس می‌دهند.

پژوهش‌ها و استانداردها

مجله دانشگاه علوم پزشکی اردکان

صبح و اسفند 1399، شماره 6

955
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):1431-7. [DOI:10.1038/ijo.2008.102] [PMID]

[2] Gunstad J, Lhotsky A, Wendell CR, Ferrucci L, Zonderman AB. Longitudinal examination of obesity and cognitive function: Results from the Baltimore longitudinal study of aging. Neuroepidemiology. 2010; 34(4):222-9. [DOI:10.1155/00029774] [PMID] [PMCID]

[3] Musaiger AO. Overweight and obesity in eastern mediterranean region: Prevalence and possible causes. J Obes. 2011; 2011:407237. [DOI:10.1155/2011/407237] [PMID] [PMCID]

[4] Wadden TA, Tronieri JS, Butryn ML. Lifestyle modification approaches for the treatment of obesity in adults. Am Psychol. 2020; 75(2):235-51. [DOI:10.1037/amp0000517] [PMID] [PMCID]

[5] Noori-Mombeyni N, Mosallanezhad R, Rassafiani M, Afshar S, Bakhshi E, Sotoudeh GR, et al. [Validity and reliability of the Persian version of the life Habits Assessment Questionnaire for Older Adults (Persian)]. J Res Rehabil Sci. 2015; 11(1):11-6. http://jrrs.mui.ac.ir/index.php/jrrs/article/view/2029

[6] Levasseur M, Desrochers J, Whiteneg G. Accomplishment level and satisfaction with social participation of older adults: Association with quality of life and best correlates. Qual Life Res. 2010; 19(5):665-75. [DOI:10.1007/s11136-010-9633-5] [PMID] [PMCID]

[7] Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. Am J Clin Nutr. 2019; 109(4):1402-13. [DOI:10.1093/ajcn/nqy342] [PMID] [PMCID]

[8] Bourdon DE, El-Baalbaki G, Beaulieu-Prévost D, Guay S, Belleville G, Marchand A. Personality beliefs, coping strategies and quality of life in a cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. Eur J Trauma Dissociation. 2019; 100135. DOI:10.1007/s11136-019-00135-2

[9] Abedi R, Jorfi M, Afshari P. [Evaluation of the health promotion lifestyle and its related factors in reproductive aged women in Alhva, Iran (Persian)]. Community Health J. 2017; 9(1):68-74. http://chj.mui.ac.ir/article-1-88-en.html

[10] Garrido-Miguel M, Oliveira A, Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Soralino-Cano A, et al. Prevalence of overweight and obesity among European preschool children: A systematically review and meta-regression by food group consumption. Nutr Metab Card Disord. 2019; 11(7):1698. DOI:10.1007/s11388-019-00606-0

[11] Noori-Mombeyni N, Mosallanezhad R, Rassafiani M, Afshar S, Bakhshi E, Sotoudeh GR, et al. Prevalence and reliability of the Persian version of the life Habits Assessment Questionnaire for Older Adults (Persian). J Res Rehabil Sci. 2015; 11(1):11-6. http://jrrs.mui.ac.ir/index.php/jrrs/article/view/2029

[12] Noori-Mombeyni N, Mosallanezhad R, Rassafiani M, Afshar S, Bakhshi E, Sotoudeh GR, et al. [Validity and reliability of the Persian version of the life Habits Assessment Questionnaire for Older Adults (Persian)]. J Res Rehabil Sci. 2015; 11(1):11-6. http://jrrs.mui.ac.ir/index.php/jrrs/article/view/2029

[13] Samadzade N, Poursharifi H, Poursharifi J. [The effect of cognitive-behavioral therapy on the self-care behaviors and symptoms of obesity in women with type 2 diabetes: A case study (Persian)]. Feyz. 2015; 19(3):255-64. http://feyz.ku.ac.ir/article-1-2704-en.html

[14] Beltman MW, Voshaar RC, Speckens AE. Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomised controlled trials. Br J Psychiatry. 2010; 197(1):11-9. [DOI:10.1192/bjp.bp.109.064675] [PMID]

[15] Lahiri A, Chakraborty A, Dasgupta U, Roy AKS, Bhattacharyya K. Effect of dietary habit and physical activity on overweight of school-going adolescents: A longitudinal assessment in a rural block of West Bengal. Indian J Public Health. 2019; 63(3):171-7. [DOI:10.4103/ijph.IPH_159_19] [PMID]

[16] Demers I, Robichaud L, Gecelas I, Noreau L, DesRosiers I. Coping strategies and social participation in older adults. Gerontology. 2009; 55(2): 233-9. [DOI:10.1159/000181170] [PMID]

[17] Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychol Med. 1979; 9(2):273-9. [DOI:10.1017/S0033291700030762] [PMID]

[18] Garner DM, Olmstead MP, Bohy Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. Psychol Med. 1982; 12(4):871-8. [DOI:10.1017/S0033291700049163] [PMID]

[19] Carter PI, Moss RA. Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. Addict Behav. 1984; 9(4):417-9. [DOI:10.1016/0306-4603(84)90045-5]

[20] Khodakabeh MR, Kiani F. [The role of anxiety and alexithymia in predicting disordered eating behaviors among students: Implication for health promotion (Persian)]. Shenakht J Psychol Psychiatry. 2015; 13: 63-73. http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-188-en.html

[21] Kaveh Ghaferkhi M, Tabei Bordbar F. [The relationship between disordered eating behavior with early maladaptive schemas and anxiety in adolescent female (Persian)]. Q Psychol Except Individ. 2017; 7(27):161-83. https://jpe.aub.ac.ir/article-8239.html?lang=en

[22] Walker SN, Volken K, Sechrist KR, Pender NJ. Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. ANS Adv Nurs Sci. 1988; 11(1):76-90. [DOI:10.1097/00122772-198810000-00008] [PMID] [PMCID]

[23] Mohammadi Zeidi I, Pankour Hajiaha A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile (Persian)]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012; 21(1):102-13. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-955-en.html

[24] Hayes S, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy, second edition: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Publications; 2016. https://www.google.com/books/edition/Acceptance_and_Commitment_Therapy_Second/RLvDwAQQBAJ?hl=en&gbpv=0

[25] Hayes SC, Smith S. Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger Publications; 2005. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=O65ChYyjzU&C=fd&pg=PR3&up=Get%20out%20of%20your%20mind%20and%20into%20your%20life%3A%20the%20new%20acceptance%20and%20commitment%20therapy&ots=qM0vEjn34&S=PhurDQ1scocFEO4B5C7Y1xO%3B=onepage&q=%20Get%20out%20of%20your%20mind%20and%20into%20your%20life%3A%20the%20new%20acceptance%20and%20commitment%20therapy.&f=false

[26] Faneite S, Saijadian J. [The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on experiential avoidance in overweight individuals (Persian)]. J Res Behav Sci. 2016; 14(2):146-53. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-459-en.html

[27] Beck JS. Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don’t work. New York: Guilford Publications; 2011. https://www.google.com/books/edition/Cognitive_Therapy_for_Chal.pdf?hl=en&gbpv=0

[28] Yaraghsi A, Jomehri F, Seryafi M, Kraskian Mujembaria M, Mohammadi Farsani G. [The Effectiveness of acceptance and commitment therapy on weight loss and cognitive emotion regulation in obese individuals (Persian)]. Iran J Health Educ Health Promot. 2019; 7(2):192-201. [DOI:10.30699/ijhehp.7.2.192]
[29] Nourian L, Aghaei A. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the body mass index in women afflicted with obesity (Persian)]. Iran J Psychiatr Nurs. 2015; 3(2) :11-20. http://ijpn.ir/article-1-573-en.html

[30] Wolitzky-Taylor K, Niles AN, Ries R, Krull JL, Rawson R, Roy-Byrne P, et al. Who needs more than standard care? Treatment moderators in a randomized clinical trial comparing addiction treatment alone to addiction treatment plus anxiety disorder treatment for comorbid anxiety and substance use disorders. Behav Res Ther. 2018; 107:1-9. [DOI:10.1016/j.brat.2018.05.005] [PMID]

[31] Forman EM, Butryn ML, Hoffman KL, Herbert JD. An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. Cogn Behav Pract. 2009; 16(2):223-35. [DOI:10.1016/j.cbpra.2008.09.005]

[32] Pearson AN, Follette VM, Hayes SC. A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. Cogn Behav Pract. 2012; 19(1):181-97. [DOI:10.1016/j.cbpra.2011.03.001]

[33] Lillis J, Kendra KE. Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. J Contextual Behav Sci. 2014; 3(1):1-7. [DOI:10.1016/j.jcbs.2013.11.005] [PMID] [PMCID]

[34] Finger IDR, de Freitas BI, Oliveira MDS. Psychological inflexibility in overweight and obese people from the perspective of acceptance and commitment therapy (ACT). Eat Weight Disord. 2020; 25(1):169-75. [DOI:10.1007/s40519-018-0541-y] [PMID]

[35] Lillis J, Bond DS. Values-based and acceptance-based intervention to promote adoption and maintenance of habitual physical activity among inactive adults with overweight/obesity: A study protocol for an open trial. BMJ open. 2019; 9(1):e025115. [DOI:10.1136/bmjopen-2018-025115] [PMID] [PMCID]

[36] Afari N, Cuneo JG, Herbert M, Miller I, Webb-Murphy J, Delaney E, et al. Design for a cohort-randomized trial of an acceptance and commitment therapy-enhanced weight management and fitness program for Navy personnel. Contemp Clin Trials Commun. 2019; 15:100408. [DOI:10.1016/j.conctc.2019.100408] [PMID] [PMCID]

[37] Sohrabi F, Pasha R, Naderi F, Askary P, Ehteshamzadeh P. [Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on body mass index and self-concept perceptions of overweight individuals (Persian)]. Iran J Nutr Sci Food Technol. 2018; 12(4):43-51. http://nsft.sbu.ac.ir/article-1-2372-en.html

[38] Ma Y, Ajnaka O, Steptoe A, Cadar D. Higher risk of dementia in English older individuals who are overweight or obese. Int J Epidemiol. 2020; 49(4):1353-65. [DOI:10.1093/ije/dyaa099] [PMID] [PMCID]

[39] Lillis J, Hayes SC, Bunting K, Masuda A. Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. Ann Behav Med. 2009; 37(1):58-69. [DOI:10.1007/s12160-009-9083-x] [PMID]

[40] Cham B, Scholes S, Fat LN, Badjie O, Groce NE, Mindell JS. The silent epidemic of obesity in The Gambia: Evidence from a nationwide, population-based, cross-sectional health examination survey. BMJ Open. 2020; 10(6):e033882. [DOI:10.1136/bmjopen-2019-033882] [PMID] [PMCID]