

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۸
دوره‌ی چهارم، سال ۲۶، شماره‌ی ۲
صص: ۱۵۸-۱۳۷

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۴/۱۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۰۸/۲۸

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی

شیما عباسی *

سعید آریاپوران **

جواد کریمی ***

چکیده

زنان مبتلا به چاقی در معرض مشکلات روان‌شناختی زیادی قرار دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی بود. این پژوهش به روش نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه) بود. در این پژوهش، همه زنان مبتلا به چاقی (۱۰۶ زن) به صورت سرشماری مورد ارزیابی روان‌شناختی قرار گرفتند. از میان آنها ۴۸ نفر دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی نامطلوب بودند که از میان آنها ۳۰ نفر به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی و روابط چندبعدی بدن-خود استفاده شد. برای گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش داده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود تصویر بدنی در زنان چاق اثرگذار بوده است ($p < 0/01$). براساس یافته‌ها استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای بهبود اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی نامطلوب در زنان مبتلا به چاقی پیشنهاد می‌شود.

کلید واژگان: اضطراب اجتماعی، تصویر بدنی، چاقی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ایران

s.aiapooran@malayeru.ac.ir

** دانشیار، دانشگاه ملایر (نویسنده مسئول)

*** استادیار، دانشگاه ملایر

مقدمه

چاقی یکی از مهم‌ترین نگرانی‌های سلامت عمومی است که بیشتر از نیم میلیارد نفر در جهان را تحت تأثیر قرار داده است و هم در کشورهای در حال رشد و هم رشدیافته به عنوان یک مشکل سلامتی محسوب می‌شود (Bhurosy & Jeewon, 2014). چاقی یک بیماری مزمن و پیشرونده است که با کاهش کیفیت زندگی، کاهش امید به زندگی، تضعیف عملکرد روان‌شناختی، انزوای اجتماعی، اضطراب، افسردگی، محدودیت فعالیت بدنی و نگرانی‌های بلند مدت در مورد سلامت جسمانی همراه است (Bucchieri, Meana & Fisher, 2002; Salici, Sisman, Gul, Karayel, Cander & Ersoy, 2017). شیوع چاقی در سه دهه پیش در بسیاری از نقاط جهان افزایش یافته است (Twells, Gregory, Reddigan & Midodzi, 2014). تقریباً ۳۹۶ میلیون بزرگسال، و یا به عبارتی ۹/۸ درصد جمعیت بزرگسالان جهان چاق هستند و در سال ۲۰۳۰، این تعداد به یک میلیون و صد و بیست هزار بزرگسال چاق خواهد رسید (Kelly, Yang, Chen, Reynolds & He, 2008). شیوع چاقی در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ هشت و نیم درصد، در افراد زیر ۱۸ سال ۵/۵ درصد و در افراد بالای ۱۸ سال ۱۵/۱ درصد گزارش شده است (Fallahzadeh, Saadati & Keyghobadi, 2017). بین سال‌های ۱۹۸۰-۲۰۰۰، شیوع چاقی در میان زنان و مردان بزرگسال در آمریکا به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است (Flegal, Kruszon-Moran, Carroll, Fryar & Ogden, 2016). علی‌رغم اینکه چاقی می‌تواند در مردان و زنان اتفاق بیافتد، اما معمولاً زنان بیشتر به چاقی مبتلا می‌شوند (Belluscio, 2004; cited in Jafari & Shahabi, 2017). در ایران در شهر زنجان ۱۵ درصد، در شهرهای استان گلستان میزان کلی چاقی و اضافه وزن به ترتیب ۲۵/۵ و ۳۸/۶ درصد، در مازندران ۱۸/۸ درصد (Parandavar, Badieh-Paimaie Jahromi, Taheri & Farjam, 2015) و در تهران شیوع چاقی در زنان ۵۸/۳ درصد گزارش شده است (Moghimi-Dehkordi, Safaee, Vahedi, Pourhoseingholi, Pourhoseingholi & Zal, 2012). براساس پنجمین نسخه‌ی راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی^۱ (DSM-5)، اختلال اضطراب اجتماعی ترس یا اضطراب بارز و شدید از موقعیت‌های اجتماعی است که فرد در آنها توسط دیگران مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. افراد دارای این اختلال هنگام مواجهه با

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

موقعیت‌های اجتماعی می‌ترسند که توسط دیگران به گونه‌ای منفی ارزیابی شوند و دیگران آنها را افرادی مضطرب، ضعیف، نادان، خسته‌کننده و دوست‌نداشتنی تلقی کنند (American Psychiatric Association, 2013). این اختلال از شیوع ۱۳/۳ درصدی برخوردار است (Barlow & Dorand, 2011; cited in Rajabzadeh, MakvandiHoseini, Talebian Sharif & Ghanbari Hashemabadi, 2015) و سومین اختلال روانی پس از افسردگی اساسی و اختلال وابستگی به الکل است (Sadock, Sadock & Kaplan, 2009; cited in Hashemi, Ahmadbeigi, Parvaz & KarimiShahbazi, 2015). رابطه مثبت بین چاقی و اختلال پنینک (مخصوصاً در زنان)، هراس خاص و هراس اجتماعی تأیید شده است (Lykouras & Michopoulos, 2011). در میان افراد چاق، ۲۹ درصد زنان از اضطراب اجتماعی در رنج هستند و به صورت کلی میزان اضطراب اجتماعی زنان چاق بیشتر از مردان چاق گزارش شده است (Shah, Amin, Patel, Shah, Sorani & Rokad, 2014). دختران نوجوان مبتلا به چاقی میزان عزت نفس پایین، اضطراب اجتماعی و افسردگی بالاتری را نسبت به هم‌تایان غیرچاق خود گزارش نموده‌اند (Asthana, 2012). افراد چاقی که از اختلال بیش خوردن^۱ در رنج هستند میزان بیشتری از اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند (Albohn-Kühne & Rief, 2011) و ۵۹ درصد بیماران مبتلا به چاقی و اضافه وزن از اضطراب اجتماعی در درج هستند (Ostrovsky, Swencionis, Wylie-Rosett & Isasi, 2013).

از جمله متغیرهای مرتبط با اضطراب اجتماعی، تصویر بدنی است؛ رابطه بین تصویر بدنی و اضطراب اجتماعی تأیید شده است (Tarkhan, Esmailpour & Tizdast, 2013)؛ Mohammadi & Sajadinejad, 2007؛ Freda & Gamze, 2004؛ Cash, Morrow & Hrabosky, 2004). تصویر بدنی عبارت است از ادراک، رفتار و شناخت تحریف شده مرتبط با وزن و قیافه (Osavac & Posavac, 2002). عدم توانایی در پذیرش تصویر بدنی در میان زنان در دامنه‌های سنی مختلف بیشتر از مردان است (Calogero & Thompson, 2010)؛ زیرا زنان بیشتر از طریق جذابیت جسمی و ظاهرشان ارزیابی می‌شوند و توجه آنان به تصویر بدنی، بیشتر از مردان است (Pinqurat, 2013). نارضایتی از بدن موجب عزت نفس پایین (Webster & Tiggeman, 2003; Mirza, Davis & Yanovski, 2005; Markham,)

1- Binge-eating disorder

Thompson & Bowwing, 2005; Mohammadi & Sajadinejad, 2007) می‌گردد. افراد چاق در مقایسه با همسالان، بدن خود را غیر سالم ارزیابی می‌کنند (Pinquart, 2013) و از بدن خود ناراضی هستند (Makara-Studzińska & Zaborska, 2009; Weinberger, Kersting, Riedel-Heller & Luck-Sikorski, 2014). علاوه بر این، نشان داده شده است که تصویر بدنی منفی می‌تواند منجر به مشکلات سلامتی مرتبط با چاقی از جمله استرس و تغییرات رفتاری (به عنوان نمونه، رفتارهای کنترل وزن ناسالم) شود (Latner & Wilson, 2011).

در سال‌های اخیر، تحولات صورت گرفته در زمینه‌ی درمان اختلالات روانشناختی و چاقی، موجب طرح روش‌های جدیدی توسط روان‌شناسان بالینی شده‌است (Powell & Calvin, 2007) که از جمله این درمان‌ها می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ اشاره کرد. در این مداخله که یکی از درمان‌های نسل سوم شناختی-رفتاری است، سعی می‌شود که به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. این درمان توسط Hayes معرفی شد (Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello & Toarmino, 2004). هدف این درمان، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر، از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۲ است؛ انعطاف‌پذیری روانشناختی عبارت است از توانمندی بیشتر برای ارتباط با لحظه‌ی اکنون و نیز تغییر در رفتار یا پافشاری بر آن وقتی در جهت ارزش‌های زندگی حرکت می‌شود (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شامل شش فرایند مرکزی است؛ این شش فرایند عبارتند از: پذیرش^۳، گسلش شناختی^۴، ارتباط با زمان حال^۵، خود به عنوان زمینه^۶، ارزش‌ها^۷ و فعالیت متعهدانه^۸ (Hayes et al., 2006) در این روش درمانی، باور بر این است که انسان‌ها بسیاری از تجارب درونی خود را آزارنده می‌دانند. بنابراین تلاش می‌کنند که آنها را تغییر دهند و یا به نوعی از آنها اجتناب کنند؛ از منظر این درمان، پاسخ‌های رفتاری افراد به افکار و احساس قابل

- 1- Acceptance and Commitment Therapy
- 2- psychological flexibility
- 3- acceptance
- 4- diffusion
- 5- contact with present moment
- 6- self as a context
- 7- values
- 8- committed action

تغییر است، ولی تجربیات درونی را نمی‌توان تغییر داد و یا از بین برد (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). در این درمان تلاش برای کنترل تجربیات درونی بی‌تأثیر است و به طور متناقض باعث تشدید احساسات، امیال، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد سعی در کنترل و یا اجتناب از آنها دارد (Hayes et al., 2004). افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در رفتار می‌تواند کاهش وزن را در افراد چاق پیش‌بینی کند (Fletcher, Hanson, Page & Pine, 2011). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به وسیله افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، باعث بهبود ولع خوردن (Forman, Hoffman, McGrath, Herdert, Brandsma & Lowe, 2007; Hooper, Sandoz, Ashton, Clarke & McHugh, 2012)، کاهش وزن (Tapper, Shaw, Ilsley, Hill, Bond & Moore, 2009; Forman et al., 2012)، کاهش رفتارهای خوردن (Lillis, Hayes, 2007; Neimeier, Leahey, Reed, Brown & Wing, 2012) و بهبود در توانایی نگهداری وزن (Pearson, Follette & Hayes, 2012) می‌شود. (Bunting & Masuda, 2009)

پژوهش‌های قبلی به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی در زنان چاق نپرداخته‌اند؛ اما پژوهش‌ها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم بیماران دچار اختلال اضطراب اجتماعی (Ivanova et al., 2016; Dalrymple & Herbert, 2007)، اضطراب عملکرد موزیک در خوانندگان (Heinrichs, Towle, Duffy, Grand Juncos, 2017) و اضطراب بدنی (Pearson et al., 2012) تأثیر دارد. تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی زنان چاق (Gholamhoseini, Khodabakhshi Koolae & Taghvaei, 2015) و افراد چاق به صورت کلی (Dokanehee Fard et al., 2016)، افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی (Abbasi, Porzoor, Moazedi & Aslani, 2015)، اختلال خوردن (Fogelkvist, Parling, Kjellin & Aila Gustafsson, 2016) و زنان ناراضی از بدن (Pearson et al., 2012) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است.

هدف پژوهش حاضر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی بود. افراد چاق اضطراب اجتماعی بالایی را تجربه می‌کنند (Ostrovsky et al., 2013) و تصورات بدنی نامناسبی دارند (Makara-Studzińska & Zaborska, 2016)؛ از این رو انجام این پژوهش از اهمیت خاصی برخوردار است و نتایج آن می‌تواند پژوهشگران و درمانگران روانشناختی را در جهت برجسته نمودن

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای زنان چاق ترغیب نماید که برای کاهش آثار منفی ناشی از چاقی از جمله اضطراب اجتماعی و تصویربدنی نامطلوب، از این درمان که از نظر زمان و هزینه به صرفه می‌باشد، استفاده نمایند. علاوه براین، با توجه به عدم انجام تحقیقات تا زمان انجام این پژوهش در خصوص تأثیر این درمان بر علائم اضطراب اجتماعی زنان مبتلا به چاقی، می‌توان گفت که تحقیق در این زمینه می‌تواند موجب تقویت تحقیقات گردد.

روش پژوهش

این پژوهش در چهارچوب یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. براین اساس، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متغیر مستقل و اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کل زنان مبتلا به چاقی (نمره بالاتر از ۳۰ در شاخص توده‌ی بدنی^۱) بود که از تاریخ ۲۰ اسفند ماه ۱۳۹۵ تا ۲۰ خرداد ماه ۱۳۹۶ به کلینیک‌های تغذیه و باشگاه‌های ورزشی در شهرستان ملایر مراجعه کردند که تعداد آنها ۱۲۱ نفر بود؛ لازم به ذکر است که برای محاسبه‌ی چاقی افراد از شاخص توده‌ی بدنی استفاده شد که از تقسیم وزن بر توان دوم قد (به متر) حاصل می‌شود؛ براساس این شاخص اگر حاصل تقسیم بالای ۳۰ باشد، فرد مبتلا به چاقی تشخیص داده می‌شود (Tunceli, Li & Williams, 1999). در این پژوهش میانگین شاخص توده‌ی بدنی برابر با ۳۳/۲۳ بوده است. همه زنان به صورت سرشماری به شرکت در پژوهش با توضیح اهداف و فرایند پژوهش توسط پژوهشگر دعوت شدند که از این میان ۱۰۶ نفر از شرکت در پژوهش رضایت داشتند و در پژوهش شرکت نمودند. بعد از ارزیابی جامعه‌ی پژوهش با استفاده از پرسشنامه از میان ۱۰۶ نفر ۴۸ نفر به طور همزمان از علائم اضطراب اجتماعی (نمره‌ی بالاتر از ۲۲ در پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی) و تصویر بدنی نامطلوب (نمره‌ی پایین‌تر از ۱۴۹/۴۵ در مقیاس روابط چندبعدی خود-بدن^۲ برخوردار بودند؛ از میان این ۴۸ نفر، ۳۲ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه

1- Body Mass Index

2- Multidimensional Body -Self Relations Questionnaires

جایگزین شدند. بعد از انجام پس‌آزمون از گروه آزمایش یک نفر به صورت مداوم در جلسات شرکت نداشت، بنابراین از تجزیه و تحلیل نهایی خارج و یک نفر از گروه کنترل نیز به صورت تصادفی در تجزیه و تحلیل نهایی حذف گردید و نمونه‌ی نهایی به ۳۰ نفر کاهش یافت. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بود از: داشتن نمره‌ی بالاتر از نقطه‌ی برش یا ۲۲ در پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی^۱ (Connor, Davidson, Churchill, Sherweed, Foa & Weisler, 2000)، نمره‌ی پایین‌تر از ۱۴۹/۴۵ در مقیاس روابط چندبعدی خود-بدن (Cash, 1997; cited in Parizadeh, 2012)، نداشتن بیماری جسمی و روانی شدید، چاقی براساس نقطه‌ی برش شاخص توده بدنی، نداشتن سابقه‌ی مصرف موادمخدر و روانگردان، نداشتن سابقه‌ی درمان روانشناختی و عدم مصرف داروهای روانپزشکی. ملاک‌های خروج از این پژوهش عبارت بودند از: عدم حضور و به تأخیر انداختن جلسات درمانی و عدم دریافت همزمان روش آموزشی و یا کمکی دیگر برای افزایش توانمندی روانشناختی زنان مبتلا به چاقی.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش قبل از اجرای پژوهش، اهداف و فرایند پژوهش برای پژوهشگران شرح داده شد و به آنها اطمینان داده شد که نتایج مربوط به آنها محرمانه است و به صورت گروهی تجزیه و تحلیل خواهد شد و برای اطمینان بیشتر از آنها نام و نام خانوادگی دریافت نگردید و به جای آن از کد مخصوص استفاده شد. همچنین به آنها گفته شد که در صورت تمایل به آگاهی از نتایج خود، نتایج برای آنها به صورت انفرادی توضیح داده خواهد شد. همچنین شرکت کنندگان در پژوهش فرم رضایت از شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند و قواعد و مقررات مربوط به شرکت در جلسات برای آنها شرح داده شد. ذکر این نکته نیز لازم است که پس از اجرای پس‌آزمون، جلسات درمانی نیز به صورت گروهی برای گروه گواه ارائه شد.

ابزارهای پژوهش

۱- شاخص توده بدنی: شاخص توده بدنی از حاصل تقسیم وزن افراد با لباس سبک بر حسب کیلوگرم بر مجذور ارتفاع قد افراد بدون کفش بر حسب متر حاصل می‌شود؛ براساس

1- Social Phobia Inventory

دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی، افراد براساس شاخص توده‌ی بدنی به چهار دسته کم وزن (کمتر از ۱۸/۵)، وزن نرمال (۱۸/۵-۲۴/۹)، اضافه وزن (۲۹/۹-۲) و چاق (بیشتر از ۳۰) تقسیم می‌شوند (Tunceli et al., 1999). در پژوهش حاضر ملاک چاق بودن شاخص توده‌ی بدنی بالای ۳۰ در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است که برای ارزیابی وزن از ترازوی دیجیتال و برای ارزیابی قد از متر نواری استفاده شد.

۲- سیاهه هراس اجتماعی (SPI): این سیاهه را Connor et al. (2000) برای ارزیابی هراس اجتماعی ساخته‌اند. این ابزار یک سیاهه‌ی خودگزارش‌دهی^۱ ۱۷ گویه‌ای است که سه خرده‌مقیاس ترس (۶ گویه)، اجتناب (۷ گویه) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ گویه) دارد. هر گویه بر پایه‌ی مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰ = به هیچ وجه، ۴ = بی‌نهایت) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی بازآزمایی این مقیاس در افراد مبتلا به هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و همسانی درونی آن نیز در گروه‌های بهنجار برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (Connor et al., 2000). نقطه‌ی برش این پرسشنامه ۲۲ می‌باشد؛ افراد دارای نمره‌ی بالاتر از نقطه‌ی برش به عنوان افراد دارای علائم اختلال اضطراب (هراس) اجتماعی تشخیص داده می‌شوند (Nagata, Nakajima, Teo, Yamada & Yoshimura, 2013). در ایران نیز همسانی درونی آن را با یک نمونه‌ی غیربالینی در نیمه‌ی اول آزمون ۰/۸۲ و در نیمه‌ی دوم آزمون ۰/۸۶، همبستگی دو نیمه‌ی آزمون ۰/۷۶ و ضریب همبستگی اسپیرمن برون را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند؛ همچنین همسانی درونی در خرده‌مقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۷۵ به دست آمده است (Hasanzadeh Amoioy, 2007). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۷۳، ۰/۷۱ و ۰/۷۵ بود.

۳- پرسشنامه روابط چندبعدی خود-بدن (MBSR): این پرسشنامه ۴۶ ماده‌ای توسط Cash (1997, cited in Parizadeh, 2012) برای ارزیابی تصویر بدنی، طراحی شد. پاسخ‌دهنده به هر گویه براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ (کاملاً مخالف، تا کاملاً موافق) پاسخ می‌دهد. این پرسشنامه در واقع دارای سه خرده‌مقیاس نگرشی، شامل ارزیابی، توجه و رفتار است که زیرمقیاس ارزیابی ظاهر فیزیکی آن، به طور گسترده در پژوهش‌های انجام شده

1- self-reported

در زمینه تصویر بدنی مورد استفاده قرار گرفته است. خرده‌مقیاس‌های رفتاری و توجهی نیز به منظور ایجاد یک زمینه‌ی گرایشی در مورد تصویر بدنی با یکدیگر ترکیب شده‌اند و خرده-مقیاس‌های که رضایت بدنی و نگرش‌های وزنی در آن وجود دارد، نیز اضافه شده‌اند. خرده-مقیاس‌های این مقیاس عبارتند از: ۱- ارزشیابی قیافه^۱، ۲- جهت‌یابی قیافه^۲، ۳- ارزشیابی تناسب اندام^۳، ۴- جهت‌یابی تناسب اندام^۴، ۵- دلمشغولی با اضافه‌وزن یا وزن ذهنی^۵ و ۶- رضایت از نواحی بدنی. همسانی درونی زیرمقیاس ارزشیابی وضع ظاهری ۰/۸۸ و همسانی درونی خرده-مقیاس رضایت از نواحی بدن ۰/۷۷ بود؛ همچنین زیرمقیاس‌های ارزشیابی وضع ظاهری، دارای اعتبار ۰/۸۱ و خرده‌مقیاس رضایت از نواحی بدن دارای اعتبار ۰/۸۶ بود (Cash, 1997; cited in Parizadeh, 2012). در فرم فارسی این پرسشنامه، ضرایب آلفای کرونباخ گویه‌های هر یک از خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ گزارش گردید که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌ی ۶۷ نفر از افراد در دو نوبت با فاصله دو هفته به ترتیب ۰/۷۸ برای ارزشیابی قیافه، ۰/۷۵ برای جهت‌گیری قیافه، ۰/۷۱ برای ارزشیابی تناسب اندام، ۰/۶۹ برای جهت‌گیری تناسب اندام، ۰/۸۴ برای وزن ذهنی و ۰/۸۹ برای رضایت بدنی به دست آمد که نشانه‌ی پایایی بازمی‌آزمایی رضایت‌بخش این مقیاس است (Parizadeh, 2012). در پژوهش حاضر ضریب آلفا کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس‌های ارزشیابی قیافه، جهت‌یابی قیافه، ارزشیابی تناسب اندام، جهت‌یابی تناسب اندام، دلمشغولی با اضافه‌وزن یا وزن ذهنی و رضایت از نواحی بدنی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۷۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۸ بود. علاوه براین، با توجه به فقدان نقطه برش در این پرسشنامه، در پژوهش حاضر، نمره‌ی یک انحراف‌معیار (۱۱/۷۸) پایین‌تر از میانگین (۱۳۷/۶۷) یعنی پایین‌تر از ۱۴۹/۴۵ به عنوان تشخیص تصویر بدنی پایین در نظر گرفته شد.

روش مداخله

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Hayes et al., 2006) شامل آموزش ۸ جلسه است که در طی دو ماه (هر هفته یک جلسه یک ساعت و نیم) اجرا شد؛ درمان توسط یک دانشجوی

- 1- Appearance Evaluation
- 2- Appearance Orientation
- 3- Fitness Evaluation
- 4- Fitness Orientation
- 5- Subjective Weight

Table 1.
Summary of eighth sessions of ACT

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار	تکلیف خانگی
جلسه نخست	افزایش انگیزه و ارائه منطق درمان	افزایش انگیزه، مصاحبه‌ی انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان و اجرای پیش‌آزمون؛	-	-
جلسه دوم	به چالش کشیدن کنترل	ایجاد بینش در اعضا نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل، معرفی آمیختگی فکر و عمل به عنوان پاسخی دیگر. استعاره‌ی ببر گرسنه، استعاره‌ی مسابقه طناب کشی با هیولا	کاهش کنترل ذهنی و رفتاری	تهیه‌ی فهرستی از شیوه‌های کنترل مشکلات مرتبط با چاقی و بررسی سود و زیان آنها.
جلسه سوم	یادگیری و انجام تکنیک‌های گسلش شناختی	بررسی تکلیف و مروری از جلسه قبل، معرفی و کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد، زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان	ابراز دقیق افکار، مشکلات و رفتارها	نوشتن افکار دردسرساز در مورد چاقی و همراه داشتن آنها، همچنین کشف و بررسی دلایل و میزان تأثیرگذاری آنها بر خلق
جلسه چهارم	یادگیری و آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی	بررسی تکلیف و مروری از جلسه قبل، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان یک فرایند.	مشاهده‌ی تجربیات ذهنی و پذیرش آنها و رفتارهای مرتبط با آنها	به کارگیری تمرینات ذهن آگاهی در خارج از جلسات درمان
جلسه پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه	بررسی تکلیف و مروری از جلسه قبل، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهوم‌ی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر. استعاره‌ی صفحه‌ی شطرنج.	افزایش تمایل و پذیرش افکار مشکل ساز	اجرای تمرین مشاهده‌ی خود و ثبت مواردی که افراد چاق موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده‌اند
جلسه ششم	مفهوم ارزش و شناسایی ارزش‌های زندگی	بررسی تکلیف و مروری از جلسه قبل، معرفی ارزش‌های زندگی و رتبه‌بندی ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها (استعاره‌ی مسافران سوار بر اتوبوس)	رفتار بر اساس ارزش‌های درونی در لحظه‌ی اکنون	کشف ارزش‌های عملی زندگی در حوزه‌های مختلف و تهیه‌ی فهرستی از موانع پیش رو در تحقق ارزش‌ها
جلسه هفتم	راهکارهای عملی در رفع موانع ارزش‌ها	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها، تعهدات رفتاری نسبت به درگیر شدن در فعالیت‌های مبتنی بر ارزش	تغییر عمل براساس ارزش‌ها	گزارشی از پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات
جلسه هشتم	جمع‌بندی از جلسات و مرور آنها	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست اعضا برای توضیح دستاوردهای خود از گروه، بحث در خصوص برنامه زنان مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن در ادامه زندگی	ابراز تعهد نسبت به رفتارها و استفاده از تکنیک‌ها در زندگی روزمره	-

کارشناسی ارشد روان‌شناسی که در زمینه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کارگاه‌های وابسته با سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره شرکت نموده بود و مجوز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کرده بود، صورت گرفت. خلاصه‌ای از جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ آمده است:

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که در میان افراد گروه آزمایشی ۲۰ درصد (۳ نفر) مجرد و ۸۰ درصد (۱۲ نفر) متأهل و در گروه گواه ۲۶/۷ درصد (۴ نفر) مجرد و ۷۳/۳ درصد (۱۱ نفر) متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، در گروه آزمایشی ۲۰ درصد (۳ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۲۶/۷ درصد (۴ نفر) کاردانی، ۴۶/۷ درصد (۷ نفر) کارشناسی و ۶/۶ درصد (۱ نفر) کارشناسی ارشد و در میان گروه گواه ۱۳/۳ درصد (۲ نفر) دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۳۳/۳ درصد (۵ نفر) کاردانی، ۵۳/۴ درصد (۸ نفر) کارشناسی بودند. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد اضطراب اجتماعی (و ابعاد آن) و تصویر بدنی (و ابعاد آن) را به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایشی و گواه نشان داده است.

Table 2.
Mean and Standard Deviation of social anxiety and body image in experimental and control group according to pretest and posttest

Variables	Experimental group				Control group			
	pretest		posttest		Pretest		posttest	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Social phobia	26.60	2.67	15.73	1.98	20.87	1.92	20.0	2.39
Avoidance	24.40	2.53	19.07	2.66	24.20	1.82	23.80	1.69
Physical symptoms	12.73	2.09	9.40	2.44	11.80	1.97	11.0	2.07
Social anxiety total	57.73	5.28	44.20	5.45	56.86	3.91	54.80	3.84
Appearance Evaluation	17.60	4.59	22.13	1.99	17.07	2.49	17.62	1.87
Appearance orientation	47.67	4.42	47.73	4.48	46.93	3.86	47.20	3.59
Fitness evaluation	7.87	2.23	9.33	1.33	7.80	1.69	8.07	1.33
Fitness orientation	41.27	5.86	43.16	5.31	41.75	2.14	41.84	2.39
Subjective weight	8.33	.899	9.07	1.03	7.94	1.09	7.66	1.24
Body satisfaction	25.03	2.67	28.94	3.03	24.95	3.94	25.71	3.96
Body image (total)	147.77	10.86	160.37	7.66	146.44	7.83	148.10	7.47

قبل از انجام تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) براساس نتایج اولیه‌ی تحلیل کواریانس شرط همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت؛ با توجه به اینکه تعامل بین گروه و پیش‌آزمون اضطراب اجتماعی ($F=0/367$; $p<0/844$) و تعامل گروه و پیش‌آزمون تصویر بدنی ($F=0/924$; $p<0/009$) از نظر آماری معنی‌دار نبود، می‌توان گفت که داده‌ها از فرض همگنی شیب‌های رگرسیون در هر دو متغیر پشتیبانی می‌کند. علاوه براین، آزمون باکس جهت بررسی شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس به عمل آمد که نتایج آن ($F=0/627$; $p<0/581$) حاکی از رعایت این شرط می‌باشد. همچنین، آزمون لوین برای بررسی شرط برابری واریانس‌ها مورد استفاده قرار گرفت که نتایج آن برای پس‌آزمون اضطراب اجتماعی ($F=1/589$; $p<0/12$) و پس‌آزمون تصویر بدنی ($F=0/62$; $p<0/438$) حاکی از برابری واریانس‌ها بود.

جدول ۳ آزمون‌های چهارگانه تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) را نشان می‌دهد؛ براساس این آزمون‌ها و سطح معنی‌داری آنها که کمتر از ۰/۰۱ است، می‌توان گفت که تفاوت بین سطوح متغیر مستقل در ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار است.

Table 3.
Quad tests for Difference between independent variables levels in linear composition of dependent variables

Test	Amount	Hypothesis DF	Error DF	F	Significance Level	Effect Size	Observed Power
Pillaryeffect test	0.834	62.944	2	25	0.001	0.834	1.0
Effect of Hiteling test	0.166	62.944	2	25	0.001	0.834	1.0
Wilkes Lambda Test	5.039	62.944	2	25	0.001	0.834	1.0
Root roy test	5.039	62.944	2	25	0.001	0.834	1.0

Table 4.
Results of MANCOVA for the effect of ACT on social anxiety and body image by controlling the pretests

Independents Variables	Sum of Square	df	Mean of Square	f	P	Effect Size	Observed Power
Posttest of social anxiety	593.916	1	593.916	66.290	0.001	0.718	1.0
Posttest of body image	1043.041	1	1043.041	43.152	0.001	0.624	1.0

در جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که با کنترل نمره‌های پیش‌آزمون، بین پس‌آزمون اضطراب اجتماعی ($P<0/001$) و $F=66/290$ و تصویر بدنی

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی در زنان مبتلا به چاقی ۱۵۱

($F= ۴۳/۱۵۲$ و $P< ۰/۰۰۱$) در دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین، بر اساس جدول میانگین‌ها می‌توان گفت که میانگین پس‌آزمون اضطراب اجتماعی در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه کاهش و میانگین تصویر بدنی بهبود یافته است. با توجه به اینکه برای آزمون تحلیل واریانس، اندازه‌ی اثر بالاتر از $۰/۱۴$ مطلوب در نظر گرفته شده است (Cohen, 1988; Murphy & Myors, 2004)، بنابراین می‌توان گفت که $۷۱/۸$ درصد واریانس اضطراب اجتماعی و $۶۲/۴$ درصد واریانس تصویر بدنی از طریق درمان مبتنی بر تعهد تبیین شده است.

Table 5.
Results of MANCOVA for the effect of ACT on dimensions of social anxiety and body image by controlling the pretests

Independents Variables	Sum of Square	df	Mean of Square	F	P	Effect Size	Observed Power
Pretest of Fear	122.704	1	122.704	33.454	0.001	0.572	1.0
Pretest of Avoidance	147.077	1	147.077	48.939	0.001	0.662	1.0
Pretest of physical symptoms	41.628	1	41.628	20.058	0.001	0.445	0.99
Pretest of Appearance Evaluation	121.963	1	121.963	37.995	0.001	0.633	1.0
Pretest of Appearance Orientation	1.024	1	1.024	0.095	0.761	0.004	0.06
Pretest of Fitness Evaluation	10.925	1	10.925	7.180	0.014	0.246	0.73
Pretest of Fitness Orientation	23.308	1	23.308	2.829	0.107	0.114	0.36
Pretest of Subjective Weight	12.453	1	12.453	9.012	0.007	0.291	0.82
Pretest of Body Areas satisfaction	70.265	1	70.265	12.875	0.002	0.369	0.93

در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان می‌دهد که بین پس‌آزمون ترس ($F= ۷۳/۲۸۹$ و $P< ۰/۰۰۱$)، اجتناب ($F= ۳۳/۴۵۴$ و $P< ۰/۰۰۱$) و علایم فیزیکی ($F= ۴۸/۹۳۹$ و $P< ۰/۰۰۱$)، ارزیابی قیافه ($F= ۵۳۷/۹۹۵$ و $P< ۰/۰۰۱$)، ارزیابی تناسب ($F= ۷/۱۸۰$ و $P< ۰/۰۱۴$)، وزن ذهنی ($F= ۹/۰۱۲$ و $P< ۰/۰۰۷$) و رضایت از نواحی بدن ($F= ۱۲/۸۷۵$ و $P< ۰/۰۰۲$) با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین، براساس جدول میانگین‌ها می‌توان گفت که میانگین پس‌آزمون علایم ترس، اجتناب و علایم فیزیکی در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه کاهش و میانگین پس‌آزمون علایم پس‌آزمون

ارزیابی قیافه، ارزیابی تناسب، وزن ذهنی و رضایت از نواحی بدن در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه افزایش یافته‌است. با توجه به مقادیر اندازه‌ی اثر، می‌توان گفت که اندازه‌ی اثر در تمام متغیرها مطلوب و بالاتر از ۰/۱۴ بوده است که نشان از تغییر در ابعاد اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. اما میانگین پس‌آزمون جهت قیافه و جهت تناسب در دو گروه تفاوت معنی‌دار نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی شهرستان ملایر بود. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان می‌دهد که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین پس‌آزمون اضطراب اجتماعی و ابعاد آن یعنی ترس، اجتناب و علایم فیزیکی در دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این معنی که میانگین پس‌آزمون اضطراب اجتماعی در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه کاهش یافته است. بنابراین می‌توان گفت که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی زنان مبتلا به چاقی تأثیر داشته است. هر چند پژوهش‌های قبلی به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی زنان مبتلا به چاقی نپرداخته‌اند، اما می‌توان گفت که این یافته می‌تواند در راستای یافته‌های قبلی باشد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علایم اضطراب اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی (Ivanova et al., 2016; Dalrymple & Herbert, 2007) را مورد تأیید قرار داده‌اند.

در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تکنیک‌هایی از جمله پذیرش مشکل و تعهد نسبت به رفتارهایی که ارزشمند هستند و مشاهده افکار بدون قضاوت آموزش داده می‌شود (Harris, 2009). زنان چاقی که از اضطراب اجتماعی برخوردار هستند معمولاً نسبت به موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند و از ارزیابی شدن توسط دیگران نگران هستند؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می‌شود که آنان اضطراب خود نسبت به موقعیت‌های اجتماعی را بپذیرند و با انجام فعالیت‌ها و رفتارهای متعهدانه نسبت به مشکل خویش احساس مسئولیت نمایند؛ از این رو، می‌توان گفت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب کاهش اضطراب اجتماعی در آنان شود. زیرا در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با برخورداری از

تکنیک‌هایی نظیر تصریح ناکارآمدی اجتناب تجربی، به آنان فرصت داده می‌دهد که احساساتی که در مسیر زندگی به طور اجتناب ناپذیری ایجاد می‌شوند را داشته باشد و آن احساسات را همانطور که هستند، تجربه کند و نه به عنوان چیزی که باید از آن اجتناب کند (Harris, 2009). از این رو، اثربخشی این درمان بر کاهش اضطراب اجتماعی زنان چاق قابل توجه است. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان می‌دهد که بین پس‌آزمون تصویر بدنی و ارزیابی قیافه، ارزیابی تناسب، وزن ذهنی و رضایت از نواحی بدن با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به این معنی که میانگین پس‌آزمون ارزیابی قیافه، ارزیابی تناسب، وزن ذهنی و رضایت از نواحی بدن در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه افزایش یافته است. اما میانگین پس‌آزمون جهت قیافه و جهت تناسب در دو گروه تفاوت معنی‌دار نداشته است. بنابراین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش تصویر بدنی زنان مبتلا به چاقی تأثیر داشته است. این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی است که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی افراد چاق (Gholamhoseini et al., 2015; Dokaneheei Fard et al., 2016) را به اثبات رسانده‌اند. همچنین این یافته در راستای یافته‌های قبلی است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی در نمونه‌های دیگر از جمله افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی (Abbasi et al., 2015)، افراد مبتلا به اختلال خوردن (Fogelkvist et al., 2016) و زنان ناراضی از بدن خود (Pearson et al., 2012) را مورد تأیید قرار داده‌اند.

افراد چاق معمولاً تصویر بدنی نامناسبی دارند که حاصل تجربیات آنان از مشاهده بدن خویش و تصور اینکه دیگران بدن آنها را مورد تأیید قرار نمی‌دهند، می‌باشد و همین امر کاهش تصویر بدنی مناسب را در آنان به دنبال دارد. اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش تفکیک ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و مشاهده افکار بدون قضاوت (Harris, 2009) موجب می‌شود که آنان دیدگاه‌های غلط خود در مورد بدنشان را بپذیرند و با به چالش کشیدن آنها و برجسته نمودن ارزش‌های مناسب زندگی خویش از احساسات منفی در مورد بدنشان بکاهند؛ از این رو می‌توان گفت که این درمان موجب بهبود تصویر بدنی در آنان خواهد شد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش محدود شدن نمونه به زنان چاق شهرستان ملایر بود که تعمیم نتیجه را به سایر گروه‌ها با احتیاط همراه می‌کند. استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی برای

جمع‌آوری اطلاعات به عنوان یک محدودیت دیگر سوگیری در پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه را به همراه دارد. عدم انجام دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی و عدم مقایسه‌ی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش با درمان‌های روانشناختی دیگر دو محدودیت دیگر این پژوهش بودند. با وجود این محدودیت‌ها، نتایج این پژوهش از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی و افزایش نمره‌های تصویر بدنی در زنان چاق حمایت می‌کند؛ از اینرو پیشنهاد می‌شود درمانگران حوزه‌ی روان‌شناسی جهت بهبود مشکلات روانشناختی زنان چاق از جمله اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی نامناسب از این درمان استفاده نمایند. علاوه بر این، به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های خود از مصاحبه‌ی تشخیصی برای ارزیابی اضطراب اجتماعی و تصویر بدنی نامناسب استفاده نمایند. همچنین پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات بعدی دوره‌ی پیگیری دو ماهه و چندماهه انجام شود و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود تصویر بدنی زنان چاق با درمان‌های دیگر از جمله درمان شناختی-رفتاری مقایسه شود.

References

- Abbasi, M., Porzoor, P., Moazedi, K. & Aslani, T. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on improving body image of female students with Bulimia Nervosa. *Journal of Ardabil University of Medicine Science*, 15(1), 15-24. [Persian]
- Albohn-Kühne, C. & Rief, W. (2011). Shame, guilt and social anxiety in obesity with binge-eating disorder. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 61(9-10), 412-417.
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. Book point US.
- Asthana, H. S. (2012). Psycho-social correlates of obesity: An empirical study. *Social Science International*, 28(2), 233-251.
- Bhurosy, T. & Jeewon R. (2014). Overweight and obesity epidemic in developing countries: A problem with diet, physical activity, or socioeconomic status? *Scientific World Journal*, 7(3), 1-7.
- Bucchieri, L. E., Meana, M. & Fisher, B. L. (2002). Review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 155-165.
- Calogero, R. M. & Thompson, J. K. (2010). Gender and body image. In J. C. Chrisler & D. R. McCreary (Eds.), *Handbook of gender research in psychology* (pps. 153-184). New York: Springer.

- Cash, T. F., Morrow, J. A. & Hrabosky, J. I. (2004). How Has Body Image Changed? A Cross-Sectional Investigation of College Women and Men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1081-1089.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherweed, A., Foa, E. B. & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the social phobia (SPIN): A new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176(1), 379-386.
- Dalrymple, K. L. & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568.
- Dokaneheei Fard, F., Mehrabian, B., Boroon, Z., Ghaderi, M., Yousefi, S. & Shamseddini Lory, S. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction of obesity and body image. *Bulletin de la Société Royale des Sciences de Liège*, 85(1), 1571-1577.
- Fallahzadeh, H., Saadati, H. & Keyghobadi, N. (2017). Estimating the prevalence and trends of obesity in Iran populations from 2000 to 2011: A meta-analysis Study. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 25(9), 681-689. [Persian]
- Flegal, K. M., Kruszon-Moran, D., Carroll, M. D, Fryar, C. D & Ogden, C. L. (2016). Trends in obesity among adults in the United States, 2005 to 2014. *JAMA*, 315(21), 2284-2291.
- Fletcher, B., Hanson, J., Page, N. & Pine, K. (2011). FIT - Do something different: A new behavioral program for sustained weight loss. *Swiss Journal of Psychology*, 70(1), 25-34.
- Fogelkvist, M., Parling, T., Kjellin, L. & Aila Gustafsson, S. A. (2016). A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 1-29.
- Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L. & Herbert, J. D. (2009). An open trial of an acceptance based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 223-235.
- Forman, E. M., Hoffman, K. L., McGrath, K. B., Herdert, J. D., Brandsma, L. L. & Lowe, M. R. (2007). A comparison of acceptance and control based strategies for coping with food cravings: An analog study. *Behavior Research and Therapy*, 45(10), 2372-2386.
- Freda, I. & Gamze, A. (2004). Social Phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 630-635.
- Gholamhoseini, B., Khodabakhshi Koolae, A. & Taghvae, D. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and body image in female with obesity. *Community Health*, 2(2), 72-79. [Persian]

- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hasanzadeh Amoiy, M. (2007). Study of validity and reliability of Social Phobia Scale. Unpublished thesis Dissertation in Clinical Psychology, Firdausi University, Shahed University. [Persian]
- Hashemi, T., Ahmadbeigi, N., Parvaz, S. & KarimiShahbazi, R. (2015). The role of attachment style in social anxiety according to moderate effect of self-esteem. *Journal of Psychological Achievements*, 22(1), 47-66. [Persian]
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment therapy: An Experimental Approach to Behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54(4), 553-578.
- Hooper, N., Sandoz, E. K., Ashton, J., Clarke, A. & McHugh, L. (2012). Comparing thought suppression and acceptance as coping techniques for food cravings. *Eating Behaviors*, 13(1), 62-64.
- Ivanova, E., Lindner, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., et al. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 44(1), 27-35.
- Jafari, A. & Shahabi, S. R. (2017). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on state/trait anxiety and quality of life in women with obesity. *Feyz*, 21(1), 83-93. [Persian]
- Juncos, D. G., Heinrichs, G. A., Towle, P., Duffy, K., Grand, S. M, Morgan, M. C., et al (2017). Acceptance and commitment therapy for the treatment of music performance anxiety: A pilot study with student vocalists. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-16.
- Kelly, T., Yang, W., Chen, C. S., Reynolds, K. & He, J. (2008). Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *International Journal of Obesity*, 32(9), 1431-1437.
- Latner, J. D. & Wilson, R. E. (2011). Obesity and body image in adulthood. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 189-197). New York: Guilford Press.
- Lillis, J., Hayes, S., Bunting, K. & Masuda, A. (2009). Teaching Acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69.
- Lykouras, L. & Michopoulos, J. (2011). Anxiety disorders and obesity. *Psychiatriki*, 22(4), 307-13.

- Makara-Studzińska, M. & Zaborska, A. (2009). Obesity and body image. *Psychiatria Polska*, 43(1), 109-114.
- Markham, A. P., Thompson, T. & Bowling, A. C. (2005). Determinants of body-image shame. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1529-1541.
- Mirza, N. M., Davis, D. & Yanovski, J. A. (2005). Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight among inner-city Hispanic children and adolescents. *Journal of Adolescents Health*, 36(3), 16-20.
- Moghimi-Dehkordi, B., Safaee, A., Vahedi, M., Pourhoseingholi, M. A., Pourhoseingholi, A & Zali, M. R. (2012). The prevalence of obesity and its associated demographic factors in Tehran, Iran. *Journal of Health Development*, 1(1), 22-30. [Persian]
- Mohammadi, N. & Sajadinejad, M. (2007). The relationship among body image concern, fear of negative evaluation and self-esteem with social anxiety. *Journal of Modern Psychological Researches*, 2(5), 60-67. [Persian]
- Murphy, K. R. & Myers, B. (2004). *Statistical Power Analysis: A Simple and General Model for Traditional and Modern Hypothesis Tests* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Nagata, T., Nakajima, T., Teo, A. R., Yamada, H. & Yoshimura, C. (2013). Psychometric properties of the Japanese version of the Social Phobia Inventory. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 67(3), 160-166.
- Neimeier, H., Leahey, T., Reed, K., Brown, R & Wing, R. (2012). An acceptance-based behavioral intervention for weight loss: A pilot study. *Behavior Therapy*, 43(2), 427-435.
- Osavac, S. S. & Posavac, H. D. (2002). Predictors of women's concern with body weight: the roles of perceived self-media ideal discrepancies and self-esteem. *Eating Disorders*, 10(2), 153-60.
- Ostrovsky, N. W., Swencionis, C., Wylie-Rosett, J. & Isasi, C. R. (2013). Social anxiety and disordered overeating: an association among overweight and obese individuals. *Eating Behaviors*, 14(2), 145-148.
- Parandavar, N., Badiéh-Paimaie Jahromi, J., Taheri, M. & Farjam, S. (2015). Comparison of obesity in Iran with other countries. International Congress of Mother obesity and Child. 15 & 16 July, Oromia, Iran. [Persian]
- Parizadeh, H. (2012). Study and comparison the effect of existential group therapy and reality group therapy on depression, anxiety, Stress and resolving the Body image of Mastectomy women. Unpublished testis Dissertation in Clinical Psychology, Firdausi University. [Persian]
- Pearson, A. N., Follette, V. M. & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181-197.
- Pinquart, M. (2013). Body image of children and adolescents with chronic illness: a met analytic comparison with healthy peers. *Body Image*, 10(2), 141-8.

- Powell, L. H. & Calvin, J. E. (2007). Effective obesity treatments. *American Psychologists*, 62(3), 234-246.
- Rajabzadeh, F., MakvandiHoseini, S., Talebian Sharif, J. & Ghanbari Hashemabadi, B. (2015). The effect of new group reality therapy based on selective theory on social anxiety disorder of students. *Journal of Psychological Achievements*, 22(1), 133-152. [Persian]
- Salici, A. G., Sisman, P., Gul, O. O., Karayel, T., Cander, S. & Ersoy, C. (2017). The prevalence of obesity and related factors: An urban survey study. 19th European Congress of Endocrinology, Lisbon, Portugal, 20 - 23 May 2017.
- Shah, K., Amin, N., Patel, K., Shah, C., Sorani, P. & Rokad, M. (2014). Screening of social anxiety disorder in the overweight and obese subjects attending obesity clinic. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 2(6), 2078-2082.
- Tapper, K., Shaw, C., Ilsley, J., Hill, A. J., Bond, F. W. & Moore, L. (2009). Exploratory randomized controlled trial of a mindfulness-based weight loss intervention for women. *Appetite*, 52(2), 396-404.
- Tarkhan, M., Esmaeilpour, M. & Tizdast, T. (2013). A study of the relationship between social anxiety, social self-efficacy and body image in the girl students of the Islamic Azad University at Tonekabon Branch. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 2(4), 510-515.
- Tunceli, K., Li, K. & Williams, L. (1999). Long-term effects of obesity on employment and work limitations among US adults, 1986 to 1999. *Obesity*, 14(9), 1637-1646.
- Twells, L. K., Gregory, D. M., Reddigan, J. & Midodzi, W. K. (2014). Current and predicted prevalence of obesity in Canada: A trend analysis. *CMAJ Open*, 2(1), 18-26.
- Webster, J. & Tiggeman, M. (2003). The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *Journal of Genetic Psychology*, 164(2), 241-253.
- Weinberger, N. A., Kersting, A., Riedel-Heller, S. G. & Luck-Sikorski, C. (2016). Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Facts*, 9(6), 424-441.

