

Comparison of the Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Self-Worth, Resilience and Emotion Regulation among Women with Obesity in Amol City

Fereshteh Khatibi¹, Arsalan Khanmohammadi-Otaghsara^{2*}, Mohammad-Kazem Fakhri²

1. Ph.D. Candidate, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

*Corresponding Author: Arsalan Khanmohammadi-Otaghsara, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: a.khanmohammadi@iauamol.ac.ir

Received: 22 September 2020

Accepted: 20 October 2020

Published: 13 December 2021

How to cite this article:

Khatibi F, Khanmohammadi-Otaghsara A, Fakhri M.K. Comparison of the Effectiveness of Group Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Self-Worth, Resilience and Emotion Regulation among Women with Obesity in Amol City. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2021; 8(1):69-80. DOI:<http://doi.org/10.22037/ch.v8i4.31235>.

Abstract

Background and Objective: Overweight and obesity are associated with many psychological symptoms. The aim of this study was to compare the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral group therapy on self-esteem, resilience, and emotion regulation among women with obesity in Amol

Materials and Methods: The method of this research was quasi-experimental with pre-test-post-test design and two-month follow-up-period with the control group. 75 women with obesity who met the inclusion criteria were selected by convenience sampling method and randomly assigned to three equal groups (two experimental groups and one control group). Acceptance and commitment group therapy sessions and cognitive-behavioral group therapy sessions were held once a week in twelve 90-minute sessions. The instruments used in this study were a self-esteem questionnaire, a resilience questionnaire and the short-form emotion regulation questionnaire. Data were analyzed by analysis of covariance using SPSS software version 22.

Results: The mean (SD) age of participants in the acceptance and commitment therapy group was (6.6) 38.9, in the cognitive-behavioral therapy group (6.2) 37.7, and in the control group (6.5) 38.4 years. In the acceptance and commitment treatment group, the mean (SD) of self-worth increased from (4.4) 138 in the pre-test to (5.3) 149.5 in the post-test and (4.8) 149.9 increased in the follow-up stage ($P < 0.001$) and in the group of cognitive-behavioral therapy from (5.3) 138.1 in the pre-test to (5.4) 143.9 post-test and (5.2) 143.5 increased in the follow-up stage ($P < 0.001$), but in the control group from (4.5) 137.8 in the pre-test to (4.5) 139.3 post-test and (3.4) 139.2 in the follow-up stage, the difference was not significant. In the acceptance and commitment treatment group, the mean (SD) of resilience increased from (4.7) 65.7 in the pre-test to (4.9) 74.7 in the post-test and (5.1) 74.4 in the follow-up stage it increased ($P < 0.001$) and in the cognitive-behavioral therapy group from (4.7) 65.9 in the pre-test to (4.5) 72.8 post-test and (4.3) 73.6 increased in the follow-up stage ($P < 0.001$) but in the control group from (4.6) 65.8 in the pre-test to (4.7) 67.7 post-test and (4.7) 67.8 at the follow-up stage, the difference was not significant. In the acceptance and commitment therapy group, the mean (SD) of emotion regulation increased from (4.7) 26.9 in the pre-test to (4.9) 34.7 in the post-test and (4.9) 33.7 in the follow-up stage increased ($P < 0.001$) and in the cognitive-behavioral therapy group from (2.5) 27.1 in the pre-test to (5.3) 33 post-test and (5.3) 32.3 in the stage follow-up increased ($P < 0.001$) but in the control group from (5.7) 26.8 in the pre-test to (5.7) 28.6 post-test and (5.3) 28.4 in the follow-up stage. It turned out that the difference was not significant. The findings confirmed that acceptance and commitment-based group therapy was significantly more effective than cognitive-behavioral group therapy on self-worth ($p = 0.002$). However, for resilience ($p = 0.418$) and emotion regulation ($p = 0.152$), no significant difference had been found.

Conclusion: The study showed that acceptance-based therapy and cognitive-behavioral therapy increase self-esteem, resilience, and emotion regulation in obese women. There was no significant difference between the two treatments in terms of resilience and emotion regulation. However, acceptance and commitment therapy had a more significant effect than cognitive-behavioral therapy in terms of self-esteem.

Keywords: Acceptance and commitment therapy; Cognitive-behavioral therapy; Emotion regulation; Obesity; Resilience; Self-worth.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.SARI.REC.1398.106.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان گروهی شناختی رفتاری بر خودارزشمندی، تاب آوری و تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل

فرشته خطیبی^۱، ارسلان خان محمدی اطاقسرا^{۲*}، محمد کاظم فخری^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

* نویسنده مسئول: ارسلان خان محمدی اطاقسرا، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Email: a.khanmohammadi@iauamol.ac.ir

تاریخ دریافت: شهریور ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اضافه وزن و چاقی، با بسیاری از نشانه های روانشناختی وابسته به وزن در ارتباط است. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان گروهی شناختی رفتاری بر خودارزشمندی، تاب آوری و تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل بود.

روش و مواد: روش این پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و دوره دوماهه پیگیری با گروه گواه بود. ۷۵ نفر از زنان چاق که دارای ملاک های ورود به تحقیق بودند، به روش در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه مساوی (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) جایگزین شدند. جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان گروهی شناختی رفتاری، هرکدام هفته ای یک بار در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای برگزار گردید. داده ها با استفاده از پرسشنامه خودارزشمندی، پرسشنامه تاب آوری و پرسشنامه تنظیم هیجان فرم کوتاه جمع آوری و از طریق آزمون کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان در گروه درمان پذیرش و تعهد (۶/۶) ۳۸/۹، در گروه درمان شناختی- رفتاری (۶/۲) ۳۷/۷ و در گروه گواه (۶/۵) ۳۸/۴ سال بود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین (انحراف معیار) خود ارزشمندی از (۴/۴) ۱۳۸ در پیش آزمون به (۵/۳) ۱۴۹/۵ در پس آزمون و (۴/۸) ۱۴۹/۹ در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$) و در گروه درمان شناختی رفتاری نیز از (۵/۳) ۱۳۸/۱ در پیش آزمون به (۵/۴) ۱۴۳/۹ پس آزمون و (۵/۲) ۱۴۳/۵ در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$). در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین (انحراف معیار) تاب آوری از (۴/۷) ۶۵/۷ در پیش آزمون به (۴/۹) ۷۴/۷ در پس آزمون و (۵/۱) ۷۴/۴ در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$) و در گروه درمان شناختی رفتاری نیز از (۴/۷) ۶۵/۹ در پیش آزمون به (۴/۵) ۷۲/۸ پس آزمون و (۴/۳) ۷۳/۶ در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$) در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین (انحراف معیار) تنظیم هیجان از (۴/۷) ۲۶/۹ در پیش آزمون به (۴/۹) ۳۴/۷ در پس آزمون و (۴/۹) ۳۳/۷ در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$) و در گروه درمان شناختی رفتاری نیز از (۵/۲) ۲۷/۱ در پیش آزمون به (۵/۳) ۳۳ پس آزمون و (۵/۳) ۳۲/۳ در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$). نمرات گروه گواه در سه مرحله تفاوتی نداشت. همچنین، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودارزشمندی از مداخله شناختی رفتاری مؤثرتر بود ($P = 0/002$)، اما برای متغیرهای تاب آوری و تنظیم هیجان تفاوتی در اثربخشی دو مداخله یافت نشد.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری منجر به افزایش خودارزشمندی، تاب آوری و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به چاقی شد. دو درمان تفاوت معناداری از نظر تأثیر بر تاب آوری و تنظیم هیجان نداشتند اما درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی- رفتاری تأثیر بیشتری بر خودارزشمندی داشت.

واژگان کلیدی: زنان چاق، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری، خودارزشمندی، تاب آوری، تنظیم هیجان.

مقدمه

چاقی و اضافه وزن که تجمع غیر طبیعی و بیش از حد چربی در بدن است، در حال حاضر به یک مشکل بهداشت عمومی در نقاط مختلف دنیا تبدیل شده است. بررسی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸ مبین آن است که تعداد مبتلایان به اضافه وزن و چاقی به ترتیب بالغ بر ۲/۵ میلیارد و ۹۰۰ میلیون نفر بود (۱). همچنین بر اساس گزارش این سازمان، ایران به عنوان یکی از هفت کشور دارای بالاترین میزان شیوع چاقی، گزارش شده است (۲). براساس نتایج حاصل از مطالعات، دارودرمانی نقش مؤثری در درمان چاقی دارد اما با قطع دارو تقریباً به طور پایا وزن دوباره افزایش پیدا می کند (۳). هرچند که بیشتر محققین در زمینه عوارض ناشی از چاقی بر سلامت انسان هم عقیده هستند اما توافق کمی در بین محققین در زمینه چگونگی مدیریت و درمان چاقی وجود دارد. زنانی که دچار چاقی و اضافه وزن هستند، از افسردگی و اضطراب شدید به خاطر چاقی و بدشکلی بدنشان رنج می برند. این دسته از زنان اضطراب، افسردگی و اختلال جسمانی شکل را گزارش کرده اند. پژوهش ها همچنین نشان می دهد که زنان دارای اضافه وزن و چاقی از سلامت روان کمتری برخوردارند (۴).

چاقی دارای ارتباط دو سویه با فشارها و آشفتگی های روانشناختی است (۵). از جمله عواملی که تحت تأثیر اضافه وزن و چاقی قرار می گیرد، خودارزشمندی است. خودارزشمندی از ابعاد مهم سازگاری در تمام مراحل زندگی می باشد که در سازگاری عاطفی، هیجانی، اجتماعی و روانشناختی نقش دارد (۶). خودارزشمندی یکی از اجزاء مهم و اساسی در حفظ و نگهداری سلامت روان به حساب می آید. از این رو، افرادی که دارای حس مثبتی از خودارزشمندی هستند. انعطاف پذیر و قادر به پذیرفتن نقاط قوت و ضعف خود هستند. آنها به دیگران وابستگی کمتری دارند و از اقتدار لازم برای مواجهه با مسائل زندگی برخوردارند (۷). خودارزشمندی یکی از نتایج ناشی از بررسی و تحلیل تعامل بین ذهن، خود و شخصیت می باشد (۸). یکی از متغیرهای قابل توجه در چگونگی رویارویی با چالش های زندگی در افراد، مفهوم تاب آوری است. به بیان دیگر، تاب آوری یکی از اهداف ارتقای حفاظت سلامت و رفاه افراد و جوامع محسوب می شود. در متون سلامت، تاب آوری به معنای افزایش ظرفیت، مشارکت، بهبودی و سازگاری با حداقل آشفتگی و حفظ شایستگی است که منجر به سازگاری با تغییرات، به ویژه تغییرات رفتاری مربوط به سلامتی می شود (۹). شواهد مبین آن است که تاب آوری به عنوان فرآیندی پویا و محافظتی باعث می شود که افراد با موقعیت های تنش زا در زندگی به طور مناسب روبرو شوند. به بیان دیگر، تاب آوری منجر می شود که فرد خود را با جهان پیرامون سازگار نماید و با دیگران با آرامش و صفا زندگی کرده و در جامعه جایگاه مناسب کسب نماید (۱۰). عواملی چون مشکلات جسمی و ظاهری، شخصیت، اختلالات عاطفی، اثرات محیطی، فرهنگ و انتظارات خانواده و جامعه بر توسعه تاب آوری مؤثرند (۱۱). نگرش و رفتارها نسبت به خوردن، توسط عوامل چندگانه ای مانند عوامل روانشناختی از جمله هیجانات مشخص می شود و این متغیرها در شکل گیری چاقی نقش بسیار مهمی دارد (۱۲). تنظیم هیجان، نقش مهم و دوگانه ای دارد. افراد با نارسایی در تنظیم هیجان، در معرض خطر اختلال های درون سازی و برون سازی نیز هستند. از طرف دیگر، وجود هیجانات منفی می توانند احتمال مشکلات تنظیم هیجان را افزایش دهند (۱۳). مطالعات متعدد نشان می دهند که در بیشتر اختلال های روانشناختی دوران کودکی، مشکلات تنظیم هیجان وجود دارد. به طور مثال، بی نظمی هیجانی در کودکان با کمبود توجه فزون کنشی، اختلال رفتار هیجانی و کودکان با اختلال اضطرابی تشخیص داده شده است. همچنین مشکل تنظیم هیجان، با مسائل هیجان اجتماعی مرتبط دانسته شده است. به طوری کودکان با تنظیم هیجانی ضعیف، رفتارهای غیرقابل کنترل و پرخاشگرانه در تعاملات اجتماعی نشان می دهند و طرد و گوشه گیری را در بافت هممیان تجربه می کنند (۱۴).

در سال های اخیر، تحولات صورت گرفته در زمین درمان اختلالات روانشناختی و چاقی، موجب طرح روش های جدیدی توسط روانشناسان بالینی شده است (۱۵). از جمله این موارد می توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اشاره کرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این اعتقاد است که انسان ها بسیاری از تجارب درونی خود را آزرده می دانند. بنابراین تلاش می کنند که آن ها را تغییر دهند و یا به نوعی از آن ها اجتناب کنند. از منظر این درمان، پاسخ های رفتاری افراد به افکار و احساسات شان قابل تغییر است، ولی تجربیات درونی را نمی توان تغییر داد و یا از بین برد (۱۶). بنابراین تلاش برای تشدید

احساسات، امیال، هیجانات و افکاری می شود که فرد سعی در کنترل و یا اجتناب از آنها دارد (۱۷). در مقابل اجتناب از تجربه افکار و احساسات آزار دهنده، انعطاف پذیری روانشناختی قرار دارد که موجب رفتارهای انعطاف پذیرتر و سالم تر می شود (۱۸). چاقی متأثر از رژیم غذایی، فعالیت های فیزیکی و وراثت است و با سبک زندگی و مداخلات روانشناختی می توان آن را کاهش داد. یکی از روش های درمانی مؤثر بر ویژگی های افراد چاق درمان شناختی-رفتاری است. در این شیوه درمان فرایندهای شناختی به اندازه تأثیرات محیطی یا رفتار اهمیت دارند. درمان شناختی-رفتاری نوعی رفتار درمانی به وجود آمده در بطن موقعیت های روان درمانی سنتی و منعکس کننده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به عنوان عامل مؤثر بر هیجان ها و رفتارها است. هدف درمان شناختی-رفتاری اصلاح تفسرهای غلط، احساس کنترل بر زندگی، افزایش خودگویی های مثبت و سازنده و تقویت مهارت های مقابله ای است (۱۹). درمان شناختی رفتاری (CBT) قادر است مراقبت درمانی را در افراد ایجاد کند. آن دسته از افرادی که در بیان و تنظیم هیجانات خود مشکل دارند، در مواقع پریشانی های هیجانی، از خود نشانه های جسمانی نشان می دهند (۲۰). ضرورت پژوهش حاضر از آن جهت است که چاقی مسئله ای جدی است که تأثیر نامطلوبی بر سلامت و طول عمر دارد و زمینه ساز ابتلا به بیماری های غیرواگیر از جمله بیماری های عروق کرونر، فشار خون، هیپرلیپیدمی و انواع سرطان است. با توجه به شیوع بالای چاقی و مشکلات فراوانی که افراد چاق با آن مواجه هستند، باید به دنبال روش هایی برای کاهش چاقی و پیامدهای روانشناختی آن بود. بنابراین هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان گروهی شناختی رفتاری بر خودارزشمندی، تاب آوری و تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل بود.

روش و مواد

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی با پس آزمون و پیگیری دو ماهه و گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به مراکز روانشناسی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که از بین آن ها تعداد ۷۵ نفر به شیوه در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند و سپس با گمارش تصادفی در دو گروه ۲۵ نفری آزمایشی و یک گروه ۲۵ نفری گواه قرار گرفتند. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در سه گروه، حداقل تعداد نمونه برای دست یابی به توان مورد نظر، ۲۵ نفر در هر گروه جمعاً ۷۵ نفر به دست آمد. ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن حداقل مدرک سیکل، $BMI \geq 30$ ، همزمان تحت برنامه درمانی و آموزشی یا دارودرمانی دیگری قرار نداشته باشند، نداشتن اختلال حاد روانی شخصیتی، تمایل به شرکت در پژوهش و جلسات مداخله و نداشتن منع خانوادگی یا شغلی. ملاک های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی بود. روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب اعضای شرکت کننده، از هر سه گروه، با سه پرسشنامه خودارزشمندی Crocker, Conner and Davidson و تنظیم هیجان فرم کوتاه Garnefski & Kraaij پیش آزمون به عمل آمد. در ادامه بر روی دو گروه آزمایشی، مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری، هر کدام، در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی انجام شد و گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله، پرسشنامه های مذکور، به عنوان پس آزمون و دو ماه بعد جهت پیگیری در هر سه گروه اجرا شد و مجدداً نتایج سه گروه با هم مقایسه شدند. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و شاهد، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه شاهد در صورت علاقه مندی می توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید.

پرسشنامه خودارزشمندی (SWQ): این پرسشنامه توسط Crocker, Luhtanen, Cooper & Bouvrette (۲۰۰۳) ساخته شده است و شامل ۳۵ گویه است که به صورت هفت درجه ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷) جهت ارزیابی میزان احساس ارزش، بها، قیمت و اهمیت نسبت به خویش شرکت کنندگان طراحی شده است. این مقیاس شامل هفت خرده

مقیاس احساس خودارزشمندی نسبت به حمایت خانواده، رقابت و سبقت جویی، جنبه جسمانی و ظاهری، عشق خدایی، شایستگی علمی و آموزشی، تقوی و پرهیزگاری و میزان موافقت از سوی دیگران می باشد. کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنای بالا بودن خودارزشمندی در فرد است. اعتبار و روایی این مقیاس با ۱۳۴۵ شرکت کننده ۰/۸۲ و در بین مردان و زنان به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۱). همچنین، در پژوهش ولی خانی و همکاران، ضریب اعتبار و روایی ابزار فوق با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش گردیده است (۲۲). پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه تاب آوری Conner & Davidson (CD-RISC): پرسشنامه تاب آوری را Conner & Davidson در ۲۰۰۳، با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱، تهیه کردند. این پرسشنامه یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه تاب آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب آوری آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر نمره وی ۱۰۰ است و میانگین نمره ۵۰ است. نمره کمتر از ۵۰ نشانه تاب آوری کمتر و نمره بیشتر از ۵۰ نشانه تاب آوری بیشتر است. برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی برابر ۰/۸۹ بود و درستی آن به شیوه تحلیل عاملی برابر ۰/۸۷ بوده است (۲۳). روایی این پرسشنامه، توسط درخشان راد و همکاران به روش آلفای کرونباخ و دونیمه سازی اسپیرمن برون به ترتیب، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ به دست آمد (۲۴). پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان فرم کوتاه (CERQ-Short): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۶ به وسیله Garnefski & Kraaij تهیه شد و دارای ۳۶ ماده می باشد که نه راهبرد شناختی شامل: ملامت خویشتن، پذیرش، نشخوارگی، تمرکز مجدد مثبت، دیدگاه پذیر، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره گذاری این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت است، به این صورت که نمره (۱) به معنای آن است که فرد کاملاً با جمله مخالف، و نمره (۵) به معنای آن است که فرد با آن جمله، کاملاً موافق است. کسب نمرات بالا در راهبردهای تنظیم هیجان به معنای بالا بودن تنظیم هیجان و برخورداری فرد از این راهبردها است. پایایی و روایی آن توسط روش بازآزمایی آزمون نشان داد که راهبردهای مقابله ای شناختی از ثبات نسبی برخوردارند و همسانی درونی عالی مقیاس ها با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تأیید شده است (۲۵). در ایران نیز نتایج مطالعه عبیدی و همکاران نشان داد که نه زیرمقیاس نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی، همسانی درونی خوبی داشتند و دامنه آلفای کرونباخ از ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ بود (۲۶). پایایی خرده مقیاس های این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ به دست آمد. در جدول ۱ و ۲ پروتکل درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری ارائه شده است.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در بررسی توصیفی داده ها شاخص های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون های تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردیده است.

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

جلسه	خلاصه جلسات
۱	انجام پیش آزمون، آشنایی با گروه و قوانین گروه، آشنایی با مبانی در ایجاد رابطه درمانی، سنجش اولیه ارزش ها، تمرین مربوط به روشن سازی ارزش ها، آموزش بررسی خُلق و به روز رسانی مختصر.
۲	کسب اهداف اساسی درمانجو، تمرین ذهن آگاهی، آشنایی با تلاش های گذشته درمانجو برای به انجام رساندن اهداف، استعاره گودال، معرفی سیستم ناکارآمدی گذشته، شناخت «کنترل کردن به عنوان یک مشکل»، تمرین ذهن آگاهی، شناسایی راهبردهای کنترل کردن به عنوان مشکل، مهار رویدادهای درونی، استعاره دروغ سنجی، استعاره شیرینی ژله ای، تقلا در جنگ با هیولا، منطق فعال سازی رفتاری. تکلیف: بررسی مزاج و به روز رسانی مختصر یا ثبت تجربه های روزانه، تکلیف: تمرین توجه به دنیای بیرون، حرکت به سمت ارزش ها.
۳	بررسی جلسه قبل، تمرین تنفس آگاهانه، تمرین مشاهده گر، بررسی موانع درونی و بیرونی در جهت ارزش ها، استعاره مسافران اتوبوس، بررسی نشخوارهای فکری یا طرحواره های مزاحم، تمرین ذهن آگاهی و شناسایی قدرت موانع درونی، شناسایی عوامل دورکننده از ارزش ها، استعاره آب و هوا و برداشتن تمرکز از روی کنترل کردن، شناسایی هدف ساده رفتاری که نیازمند تمایل و گسلش باشد، استعاره برگ ها در جویبار. تکلیف: شناسایی موانع درونی و بیرونی طی هفته و تمرین روزانه تنفس آگاهانه در روز طی هفته، تمرین ذهن آگاهی.
۴	بررسی جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، سنجش توانایی شرکت کنندگان برای گسلش از افکار و احساسات، و نشان دادن سایر راه های عملی برای پرورش گسلش، بازگشت به استعاره مسافران اتوبوس، و زمان های مشغول چاه کردن، تمرین ذهن آگاهی، ناامیدی سازنده (فرایند ترک راهبردهای کنترل کردن تجربه ها و اجتناب ها)، فرد افتاده در چاه، استفاده از جعبه ابزار و بیلچه، شناسایی راهبردهای کنترل گری با همکاری شرکت کنندگان. تکلیف: شناسایی عدم کارایی راهبردهای اجتنابی در مورد داشتن احساسات ناخوشایند، برجسته سازی بیهوده بودن و نتیجه عکس دادن کنترل کردن تجربه ها.
۵	بررسی جلسه قبل، تمرین پذیرش و عمل همسو با ارزش ها (بدیلی برای کنترل کردن تجربه ها، استفاده از استعاره های مربوط به تمایل مانند، دو کفه ترازو (تمایل را باید کنار گذاشتن نزع درونی دانست)، مسابقه طناب کشی با هیولا (پذیرش فعال). تکلیف: آشفستگی تمیز در مقابل آشفستگی کثیف.
۶	بررسی میان دوره، مرور یافته ها، تمرین ذهن آگاهی، تمرین فرونشانی فکر، استعاره دروغ سنج، استعاره همسایه مزاحم، استعاره ریگ های روان. تکلیف: ثبت روزانه افکار ناکارآمد، دستیابی به راهبردهای ناهم آمیزی شناختی در ACT
۷	بررسی جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، تمرین پوشش سخت (پذیرش افکار دردسرساز، رفتاری همسو با ارزش ها)، تمرین عینیت بخشیدن (توجه به حس های بدنی و ایجاد تماسی غیرتدافعی با هیجاناتی که پیشتر، از آن ها اجتناب می شد). تکلیف: تمرین درک بافتار بودن خود.
۸	بررسی جلسه قبل، تمرینات ذهن آگاهی کوتاه مدت توجه به افکار، ماندن با هیجان مسأله ساز، خاطرات، ارزیابی ها، برانگیزاننده های رفتاری، یا تغییرات ایجاد شده در حس جسمانی، تمرین رویارویی با آدم آهنی غول پیکر (تمرین مبتنی بر پذیرش و تمایل). تکلیف: تمرینات ذهن آگاهی بلندمدت (توجه کردن به توجه).
۹	بررسی جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، اتخاذ موضع اصیل و غیرقضوتی (تمرین گسلش و پذیرش، ناهم آمیزی شناختی: تغییردادن قواعد زبانی، تمرین شیر شیر شیر، تمرین ذهن خود را عابر وراج فرض کردن. تکلیف: آموزش راهبردهای ذهن آگاهی (خوردن تنقلات).
۱۰	بررسی جلسه قبل، تمرینات رسمی تر مراقبه، حس های بدنی را واری کردن، ذهن آگاهی از فکر و هیجان، ذهن آگاهی از محیط اطراف. تکلیف: بافتار انگاشتن خویشتن
۱۱	بررسی جلسه قبل، تمرینات ذهن آگاهی کوتاه مدت توجه به افکار قطب نمای ارزش ها، تعیین هدف مبتنی بر ارزش ها و طراحی فعالیت تعیین هدف، برنامه ریزی فعالیت. تکلیف: ایجاد الگوهای بزرگ تر عمل متعهدانه
۱۲	جمع بندی مطالب آموخته شده، رفع اشکالات، پرسش و پاسخ، آموزش روش نگهداری یافته ها تا جلسه پیگیری، اختتامیه گروه و انجام پس آزمون.

جدول شماره ۲- برنامه و محتوای جلسه های درمان گروهی شناختی رفتاری (CBT)

جلسه	محتوای آموزشی
اول	انجام پیش آزمون، آشنایی شرکت کنندگان با هم و با درمانگر و ایجاد رابطه درمانی مؤثر با همه، آشنایی با گروه و قوانین گروه، آشنایی با مبانی درمان گروهی شناختی رفتاری، گوش دادن به شرکت کنندگان برای بیان خویشتن.
دوم	مرور جلسه قبل، شناسایی عوامل مؤثر بر زندگی سالم، زندگی در حال و پذیرش شرایط زندگی، نقش باورها در پیامدهای احساسی و رفتاری، آموزش جدول سه ستونی (افکار، احساسات و رفتارها). بیان مدل CBT با تمرکز بر رابطه بین رفتارهای خوردن و الگوهای شناختی و رفتاری که بر تنظیمات وزن بدن و چاقی تأثیر می گذارد.
سوم	مرور جلسات قبل، آموزش خطاهای شناختی و اثر آن در سه سطح شناخت. توضیح در باره شناخت و رفتارهای ناکارآمد غذا خوردن.
چهارم	مرور جلسات قبل، آموزش آرمیدگی به روش عضلانی پیش رونده عضلانی.
پنجم	مرور جلسات قبل و آموزش روش مبارزه با افکار منفی از طریق ردیابی منبع افکار، چالش با افکار منفی و توقف آن ها. کار با الگوهای تغذیه رفتاری بیمار (چه چیزی موجب خوردن غذا) و ارتباطات و احساسات مرتبط با آن است؟ فراهم کردن معیارهای شرکت کننده برای ارزیابی ادراک خود در مورد شناخت بهبود در تشخیص ناکارآمد و رفتارهای خوردن.
ششم	مرور جلسات قبل، تحلیل رابطه بین رویدادهای ناگوار، باورها و تغییرات خلقی ناشی از آن ها. مقابله با " محرک های " موقعیتی که ممکن است منجر به الگوهای رفتاری شناختی و رفتارهای نامناسب خوردن شود.
هفتم	مرور جلسات قبل و اصلاح اسنادی و سبک های تبیین بدبینانه به سبک های تبیین خوش بینانه. تقویت تغییرات مثبت در رفتارهای خوردن.
هشتم	مرور جلسات قبل و مناظره با خود (شواهد تفسیر خود، تفسیرهای دیگر و بررسی سودمندی باورها)، برنامه ریزی آینده.
نهم	مرور جلسات قبل و آشنایی با فنون پذیرش خود، خود باوری، تمرکز بر توانمندی ها و محدود تلقی کردن ناتوانی ها.
دهم	مرور جلسات قبل و جمع بندی آموزش ها. آموزش نحوه نگهداری عادات تازه ایجاد شده تا جلسه پیگیری.
یازدهم	مرور جلسات قبل و یادآوری آموزش نحوه نگهداری عادات تازه ایجاد شده تا جلسه پیگیری.
دوازدهم	مرور جلسات قبل، مرور نگهداری عادات ایجاد شده، اتمام دوره و انجام پس آزمون.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان در گروه درمان پذیرش و تعهد (۶/۶) ۳۸/۹، در گروه درمان شناختی-رفتاری (۶/۲) ۳۷/۷ و در گروه گواه (۶/۵) ۳۸/۴ سال بود. از نظر وضعیت تحصیلات، در گروه درمان پذیرش و تعهد، تعداد ۵ (۲۰٪) نفر زیر دیپلم، ۱۰ (۴۰٪) نفر دیپلم، ۵ (۲۰٪) نفر کارشناسی و ۵ (۲۰٪) نفر کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در گروه درمان شناختی-رفتاری، تعداد ۷ (۲۸٪) نفر زیر دیپلم، ۸ (۳۲٪) نفر دیپلم، ۶ (۲۴٪) نفر کارشناسی و ۴ (۱۶٪) نفر کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در گروه گواه، تعداد ۸ (۳۲٪) نفر زیر دیپلم، ۶ (۲۴٪) نفر دیپلم، ۶ (۲۴٪) نفر کارشناسی و ۵ (۲۰٪) نفر کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. در جدول ۳ توصیفی از نمرات شرکت کنندگان پژوهش حاضر در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است.

نتایج جدول شماره ۳ نشان داد در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین (انحراف معیار) خود ارزشمندی از (۴/۴) ۱۳۸ در پیش آزمون به (۵/۳) ۱۴۹/۵ در پس آزمون و (۴/۸) ۱۴۹/۹ در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0.001$) و در گروه درمان شناختی رفتاری نیز از (۵/۳) ۱۳۸/۱ در پیش آزمون به (۵/۴) ۱۴۳/۹ پس آزمون و (۵/۲) ۱۴۳/۵ در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0.001$) ولی در گروه گواه از (۴/۵) ۱۳۷/۸ در پیش آزمون به (۴/۵) ۱۳۹/۳ پس آزمون و (۴/۳) ۱۳۹/۲ در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی دار نبود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین (انحراف معیار) تاب آوری از (۴/۷) ۶۵/۷ در پیش آزمون به (۴/۹) ۷۴/۷ در پس آزمون و (۵/۱) ۷۴/۴ در مرحله پیگیری افزایش یافت

($P < 0/001$) و در گروه درمان شناختی رفتاری نیز از $۶۵/۹$ ($۴/۷$) در پیش آزمون به $۷۲/۸$ ($۴/۵$) پس آزمون و $۷۳/۶$ ($۴/۳$) در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$) ولی در گروه گواه از $۶۵/۸$ ($۴/۶$) در پیش آزمون به $۶۷/۷$ ($۴/۷$) پس آزمون و $۶۷/۸$ ($۴/۷$) در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی دار نبود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین (انحراف معیار) تنظیم هیجان از $۲۶/۹$ ($۴/۷$) در پیش آزمون به $۳۴/۷$ ($۴/۹$) در پس آزمون و $۳۳/۷$ ($۴/۹$) در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$) و در گروه درمان شناختی رفتاری نیز از $۲۷/۱$ ($۵/۲$) در پیش آزمون به ۳۳ ($۵/۳$) پس آزمون و $۳۲/۳$ ($۵/۳$) در مرحله پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$) ولی در گروه گواه از $۲۶/۸$ ($۵/۷$) در پیش آزمون به $۲۸/۶$ ($۵/۷$) پس آزمون و $۲۸/۴$ ($۵/۳$) در مرحله پیگیری رسید که تفاوت معنی دار نبود.

جدول شماره ۳- توصیف نمرات شرکت کنندگان در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
خودارزشمندی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۳۸ ($۴/۴$)	۱۴۹/۵ ($۵/۳$)	۱۴۹/۹ ($۴/۸$)	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	۱۳۸/۱ ($۵/۳$)	۱۴۳/۹ ($۵/۴$)	۱۴۳/۵ ($۵/۲$)	۰/۰۰۱
	گواه	۱۳۷/۸ ($۴/۵$)	۱۳۹/۳ ($۴/۵$)	۱۳۹/۲ ($۴/۳$)	۰/۵۷
تاب آوری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶۵/۷ ($۴/۷$)	۷۴/۷ ($۴/۹$)	۷۴/۴ ($۵/۱$)	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	۶۵/۹ ($۴/۷$)	۷۲/۸ ($۴/۵$)	۷۳/۶ ($۴/۳$)	۰/۰۰۱
	گواه	۶۵/۸ ($۴/۶$)	۶۷/۷ ($۴/۷$)	۶۷/۸ ($۴/۷$)	۰/۷۳
تنظیم هیجان	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۶/۹ ($۴/۷$)	۳۴/۷ ($۴/۹$)	۳۳/۷ ($۴/۹$)	۰/۰۰۱
	درمان شناختی رفتاری	۲۷/۱ ($۵/۲$)	۳۳ ($۵/۳$)	۳۲/۳ ($۵/۳$)	۰/۰۰۱
	گواه	۲۶/۸ ($۵/۷$)	۲۸/۶ ($۵/۷$)	۲۸/۴ ($۵/۳$)	۰/۶۷

به منظور تحلیل داده های پژوهش و بررسی وجود یا عدم وجود تفاوت معناداری این تفاوت ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. مفروضه نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کالموگروف اسمیرنوف مورد تأیید قرار گرفت. با استفاده از نمودار پراکنندگی متغیرها، خطی بودن روابط بین متغیرها نیز تأیید شد و آزمون همبستگی بین متغیرهای کمکی (پیش آزمون و گروه ها) و متغیرهای مستقل اصلی (درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان گروهی شناختی رفتاری)، نیز حاکی از عدم همخطی چندگانه بین متغیرها بوده است. نتایج آزمون چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن بود که بین متغیرهای ترکیبی خودارزشمندی، تاب آوری و تنظیم هیجان در اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (یعنی مقایسه گروه ACT با گروه گواه) تفاوت معنی دار وجود داشت. همچنین، نتایج آزمون چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیره حاکی از آن بود که بین متغیرهای ترکیبی خودارزشمندی، تاب آوری و تنظیم هیجان در اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری (یعنی مقایسه گروه CBT با گروه گواه) تفاوت معنی دار وجود داشت. نتایج آزمون بین گروهی در اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری و مقایسه این دو مداخله در جدول ۴ آمده است.

نتایج جدول ۴ نشان می دهند که پس از مهار اثرات پیش آزمون، تفاوتی معنی دار بین نمره های پس آزمون در هر یک از متغیر های خودارزشمندی، تاب آوری و تنظیم هیجان در دو گروه آزمایش ACT و گواه وجود دارد و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند، در دو گروه CBT و گواه، در مرحله پس آزمون فقط در دو متغیر تاب آوری و تنظیم هیجان تفاوت معنی دار وجود داشت و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند اما برای متغیر خودارزشمندی تفاوت معنی داری بین گروه مداخله شناختی رفتاری و گواه در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری وجود نداشت. در مقایسه اثربخشی دو مداخله، دو گروه آزمایشی با هم مقایسه شدند و نتایج نشان داد که فقط برای متغیر خودارزشمندی ($F=11, P=0/002$) در مرحله پس آزمون و ($F=1/31, P<0/0001$) در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایشی وجود داشت، اما در متغیرهای تاب آوری ($F=0/669, P=0/418$) و تنظیم هیجان ($F=12/2, P=0/152$) در مرحله پس آزمون، و برای

تاب آوری ($F=75/3, P=0/059$) و تنظیم هیجان ($F=0/836, P=0/365$) در مرحله پیگیری، تفاوت معنی داری بین دو مداخله یافت نشد.

جدول شماره ۴- نتایج آزمون تعامل بین گروه ها

منبع	متغیرها	مجموع مجذور	مجدور	مجدور	مجدور
پیش‌آزمون		مربعات	df	میانگین	P
بین گروه ها پس آزمون	خودارزشمندی	۲۹/۵۲	۱	۲۹/۵۲	۰/۰۰۱
گروه گواه و ACT	تاب آوری	۱۴/۰۳	۱	۱۴/۰۳	۰/۰۰۲
	تنظیم هیجان	۴۸/۶	۱	۴۸/۶	۰/۰۰۰۱
بین گروه ها پیگیری	خودارزشمندی	۴۳/۶	۱	۴۳/۶	۰/۰۰۰۱
گروه گواه و ACT	تاب آوری	۱۱/۷۴	۱	۱۱/۷۴	۰/۰۱۹
	تنظیم هیجان	۲۳/۳۳	۱	۲۳/۳۳	۰/۰۰۰۱
بین گروه ها پس آزمون	خودارزشمندی	۰/۶۷	۱	۰/۶۷	۰/۵۲۳
گروه گواه و CBT	تاب آوری	۲۳/۱۵	۱	۲۳/۱۵	۰/۰۰۰۱
	تنظیم هیجان	۲۵/۷۳	۱	۲۵/۷۳	۰/۰۰۰۱
بین گروه ها پیگیری	خودارزشمندی	۰/۰۱۴	۱	۰/۰۱۴	۰/۹۳۳
گروه گواه و CBT	تاب آوری	۳۹/۹	۱	۳۹/۹	۰/۰۰۰۱
	تنظیم هیجان	۱۳/۲۵	۱	۱۳/۲۵	۰/۰۰۸
بین گروه ها پس آزمون	خودارزشمندی	۲۰/۹۴	۱	۲۰/۹۴	۰/۰۰۲
گروه ACT و CBT	تاب آوری	۰/۷۴	۱	۰/۷۴	۰/۴۱۸
	تنظیم هیجان	۴/۲۷	۱	۴/۲۷	۰/۱۵۲
بین گروه ها پیگیری	خودارزشمندی	۴۳/۶۸	۱	۴۳/۶۸	۰/۰۰۰۱
گروه ACT و CBT	تاب آوری	۶/۷۵۵	۱	۶/۷۵۵	۰/۰۵۹
	تنظیم هیجان	۱/۷۳	۱	۱/۷۳	۰/۳۶۵

بحث

مطالعه نشان داد در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین (انحراف معیار) خود ارزشمندی از ۱۳۸ (۴/۴) در پیش آزمون به ۱۴۹/۵ (۵/۳) در پس آزمون و ۱۴۹/۹ (۴/۸) در مرحله پیگیری افزایش یافت و در گروه درمان شناختی رفتاری نیز از ۱۳۸/۱ (۵/۳) در پیش آزمون به ۱۴۳/۹ (۵/۴) پس آزمون و ۱۴۳/۵ (۵/۲) در مرحله پیگیری افزایش یافت. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین (انحراف معیار) تاب آوری از ۶۵/۷ (۴/۷) در پیش آزمون به ۷۴/۷ (۴/۹) در پس آزمون و ۷۴/۴ (۵/۱) در مرحله پیگیری افزایش یافت و در گروه درمان شناختی رفتاری نیز از ۶۵/۹ (۴/۷) در پیش آزمون به ۷۲/۸ (۴/۵) پس آزمون و ۷۳/۶ (۴/۳) در مرحله پیگیری افزایش یافت. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میانگین (انحراف معیار) تنظیم هیجان از ۲۶/۹ (۴/۷) در پیش آزمون به ۳۴/۷ (۴/۹) در پس آزمون و ۳۳/۷ (۴/۹) در مرحله پیگیری افزایش یافت و در گروه درمان شناختی رفتاری نیز از ۲۷/۱ (۵/۲) در پیش آزمون به ۳۳ (۵/۳) پس آزمون و ۳۲/۳ (۵/۳) در مرحله پیگیری افزایش یافت. نمرات گروه گواه در سه مرحله تفاوتی نداشت. مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودارزشمندی از مداخله شناختی رفتاری مؤثرتر بود، و این تفاوت اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. اما برای متغیرهای تاب آوری و تنظیم هیجان تفاوتی در اثربخشی دو مداخله یافت نشد. این یافته ها با یافته های Ong و همکاران (۲۷) در یکسانی دو مداخله برای تاب آوری و تنظیم هیجانی همخوان بوده است، همچنین با یافته پژوهش های Bass و همکاران (۹) و Karekla و همکاران (۲۸) بر اثربخش تر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان شناختی

رفتاری بر حرمت به خود (یا خودارزشمندی) همخوان بوده است. در تبیین احتمالی اینکه دو مداخله یاد شده بر متغیر خودارزشمندی تفاوت معنی دار داشتند و درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری داشت می توان گفت که خودارزشمندی دارای شش مؤلفه است که عبارتند از: خودشان را قبول دارند، خودشان را پذیرفته اند، به کمبودهای زندگی شان واقف هستند، نگاه از بالا به پایین به دیگران ندارند، زندگی را در تلاش و حرکت می بینند و منبع تأیید درونی دارند و نه بیرونی. افزایش و تقویت احساس ارزشمندی طی چهار مرحله ساده انجام می گیرد: اولین گام، آن است که اشخاص، خود را همان طور که هستند، بپذیرند، در قدم بعدی، برای خود اهدافی در نظر بگیرند و برای دستیابی به آن ها برنامه ریزی و تلاش کنند، گام سوم، رویارویی با موانع بین راه است، و گام آخر، دستیابی به نگرش و طرز فکری متفاوت با طرز فکر فعلی است. این مرحله، به منزله در نظر داشتن میراث تربیتی شخص و تأثیر افکار بیهوده، و در نتیجه تلاش برای به کارگیری افکار سودمند و ثمربخش است، افکاری که در راستای ارزش های اساسی شخص قرار دارد (۲۹). تمام شش مؤلفه خودارزشمندی و راه های تقویت آن، در آموزه های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع آموزش داده می شود در حالی که در درمان شناختی رفتاری، مراجع ترغیب می شود که افکار، احساسات، هیجانات خود را شناخته و آن ها را به چالش بکشاند، و باید گفت به چالش کشیدن برخی افکار و احساسات ناخوشایند، برای برخی افراد، خصوصاً آن هایی که با یک واقعیت تلخ در زندگی خود روبه رو هستند، بسیار کاری طاقت فرسا و حتی در برخی موارد ناممکن است. افراد نمی دانند با عواطف منفی خود، که به صورتی اجتناب ناپذیر، گاهی به سراغ شان می آید، چه کنند (۳۰). در تبیین احتمالی اینکه چرا دو مداخله انجام شده بر تاب آوری و تنظیم هیجان زنان چاق شهر آمل تفاوت معنی داری نداشت، می توان گفت که حسین مردی و خلعتبری (۳۱) نیز در یافته نهایی پژوهش خود دریافتند که درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو به طور یکسان سبب کاهش خشم شده اند (که نوعی تنظیم هیجان است). با توجه به این یافته می توان این طور نتیجه گیری نمود که رفتار درمانی شناختی، که افکار را علت هیجان ها و رفتارهای مشکل ساز می داند و برای تغییر رفتار و هیجان، افکار را تغییر می دهند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) که از برخی روش های گسلش مانند که برای تغییر رفتار به کار برده می شود، استفاده می کند، که هر دو در کاهش خشم تأثیرگذار هستند، بنابراین، اگر درمانجویی از تکنیک های بازسازی استقبال می کند و آن ها را برای تغییر بسیاری از افکارش مفید می یابد، مناسب است که در درمان این فرد از چنین تکنیک هایی استفاده نمود و برای آن دسته از درمانجویانی که پیام جدا شدن (گسلش) را می پذیرند از چنین روش هایی می توان استفاده نمود (۳۲). در واقع بنا بر گفته Hayes (۳۳) رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد را نباید به عنوان دشمن رویکردهای شناختی-رفتاری تصور کرد، بلکه این رویکرد، صرفاً گامی فراتر از تفاوت های موجود میان رویکردهای شناختی و رفتاری برداشته است. در واقع رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجی نوین از درمان های شناختی-رفتاری است و نسل های پیشین درمان های شناختی-رفتاری را به این امید که به دانش و بازده بهتری دست یابد، در یکدیگر ادغام و از نو صورت بندی کرده است، پس نباید آن ها را در تضاد مستقیم قرار داد (۳۴).

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری هر دو منجر به افزایش خودارزشمندی، تاب-آوری و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به چاقی شدند. دو درمان تفاوت معناداری از اثربخشی بر تاب آوری و تنظیم هیجان نداشتند، اما درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی رفتاری تأثیر بیشتری بر خودارزشمندی داشت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.106 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Lartey ST, Si L, Otahal P, de Graaff B, Boateng GO, Biritwum RB, Minicuci N, Kowal P, Magnussen CG, Palmer AJ. Annual transition probabilities of overweight and obesity in older adults: Evidence from World Health Organization Study on global AGEing and adult health. *Social Science & Medicine*. 2020;247:11-21.
2. Verma S, Hussain ME. Obesity and diabetes: an update. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2017;11(1):73-9.
3. Mazaheri M, Hosseini M. Prevalence of underweight, overweigh and obesity among high school girls in Isfahan. *Med Science University of Isfahan* 2010;(3):117-27. [Full text in Persian]
4. Castro EA, Carraça EV, Cupeiro R, López-Plaza B, Teixeira PJ, González-Lamuño D, Peinado AB. The Effects of the Type of Exercise and Physical Activity on Eating Behavior and Body Composition in Overweight and Obese Subjects. *Nutrients*. 2020;12(2):557-63.
5. Wang DD, Hu FB. Dietary fat and risk of cardiovascular disease: recent controversies and advances. *Annual review of nutrition*. 2017;37:423-46.
6. Bowen D. Obesity and mental health in women. *Journal of cancer*. 2011;21:22-31.
7. Esmaeilzadeh S, Farzizadeh R, Kalantari HA, Mahmoudi A, Bilehsavar OY, Mehranpour A. Central or overall obesity: which one is a better predictor of depressive symptoms in children, adolescents, and youths?. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2018;23(1):117-23.
8. Baardseth TP, Goldberg SB, Pace BT, Wislocki AP, Frost ND, Siddiqui JR, Lindemann AM, Kivlighan III DM, Laska KM, Del Re AC, Minami T. Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical psychology review*. 2013;33(3):395-405.
9. Bass C, van Nevel J, Swart J. A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2014;9(2):4-10.
10. Cisler JM, Olatunji BO. Emotion regulation and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*. 2012;14(3):182-7.
11. Munkholm K, Winkelbeiner S, Homan P. Individual response to antidepressants for depression in adults-a meta-analysis and simulation study. *PloS one*. 2020;15(8):23-30.
12. Eisenberg N, Spinrad TL, Eggum ND. Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual review of clinical psychology*. 2010;6:495-525.
13. Forman EM, Butryn ML. A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite*. 2015;84:171-80.
14. Manlick CF, Cochran SV, Koon J. Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2013;43(2):115-22.
15. Meroni R, Piscitelli D, Ravasio C, Vanti C, Bertozzi L, De Vito G, Perin C, Guccione AA, Cerri CG, Pillastrini P. Evidence for managing chronic low back pain in primary care: a review of recommendations from high-quality clinical practice guidelines. *Disability and Rehabilitation*. 2019;2(1):1-5.
16. Glenn CR, Franklin JC, Nock MK. Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2015;44(1):1-29.
17. Smith KE, Mason TB, Peterson CB, Pearson CM. Relationships between eating disorder-specific and transdiagnostic risk factors for binge eating: An integrative moderated mediation model of emotion regulation, anticipatory reward, and expectancy. *Eating behaviors*. 2018;31:131-6.
18. Lillis J, Thomas JG, Niemeier HM, Wing RR. Exploring process variables through which acceptance-based behavioral interventions may improve weight loss maintenance. *Journal of contextual behavioral science*. 2017;6(4):398-403.
19. Hill ML, Masuda A, Melcher H, Morgan JR, Twhig MP. Acceptance and commitment therapy for women diagnosed with binge eating disorder: A case-series study. *Cognitive and behavioral practice*. 2015;22(3):367-78.
20. Jackson ML, Williams WL, Hayes SC, Humphreys T, Gauthier B, Westwood R. Whatever gets your heart pumping: the impact of implicitly selected reinforcer-focused statements on exercise intensity. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016;5(1):48-57.
21. Crocker J, Luhtanen RK, Cooper ML, Bouvrette A. Contingencies of self-worth in college students: theory and measurement. *Journal of personality and social psychology*. 2003;85(5):894-99.

22. Valikhani A, Goodarzi MA. Contingencies of self-worth and psychological distress in Iranian patients seeking cosmetic surgery: Integrative self-knowledge as mediator. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2017;41(4):955-63.
23. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
24. Derakhshanrad SA, Piven E, Rassafiani M, Hosseini SA, Mohammadi Shahboulaghi F. Standardization of connor-davidson resilience scale in iranian subjects with cerebrovascular accident. *Journal of Rehabilitation Sciences & Research*. 2014;1(4):73-7.
25. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*. 2006;41(6):1045-53.
26. Abdi S, Taban S, Ghaemian A. Cognitive emotion regulation questionnaire: Validity and reliability of Persian translation of CERQ-36 item. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012;32:2-7.
27. Ong CW, Lee EB, Twohig MP. A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behaviour research and therapy*. 2018;104:14-33.
28. Karekla M, Konstantinou P, Ioannou M, Kareklas I, Gloster AT. The Phenomenon of Treatment Dropout, Reasons and Moderators in Acceptance and Commitment Therapy and Other Active Treatments. *Clinical Psychology in Europe*. 2019;1(3):1-36.
29. Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H, Jüni P, Cuijpers P. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *Focus*. 2016;14(2):229-43.
30. Krafft J, Ferrell J, Levin ME, Twohig MP. Psychological inflexibility and stigma: A meta-analytic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2018;7:15-28.
31. Hossein Mardi AA, Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Anger in High School Students in Tehran. *Pajouhan Scientific Journal*. 2018;16(2):59-66.
32. Lillis J, Kendra KE. Acceptance and Commitment Therapy for weight control: Model, evidence, and future directions. *Journal of contextual behavioral science*. 2014;3(1):1-7.
33. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. 2013;44(2):180-98.
34. Wampold BE, Flückiger C, Del Re AC, Yulish NE, Frost ND, Pace BT, Goldberg SB, Miller SD, Baardseth TP, Laska KM, Hilsenroth MJ. In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*. 2017;27(1):14-32.