



اثربخشی گروه‌درمانی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شاخص توده بدنی در افراد مبتلا به چاقی

مریم جلالی فراهانی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شاخص توده بدنی در افراد مبتلا به چاقی انجام شد. این پژوهش به روش نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک زیبایی غرب تهران در شش ماه اول سال ۱۳۹۹ بود. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. از بین زنان مراجعه کننده به کلینیک زیبایی، تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند پرسشنامه ۵ عاملی ذهن آگاهی بر روی آزمودنی ها اجرا شد و سپس آزمودنی ها به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش اول ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش تنظیم هیجان و گروه آزمایش دوم ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و پس از آن از گروه های آزمایش و کنترل، پس آزمون به عمل آمد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی موثر بودند.

واژگان کلیدی: گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش، شاخص توده بدنی، چاقی، زنان

مقدمه

چاقی^۱ و اضافه وزن^۲ به عنوان مشکلی مزمن و بسیار شایع است که به طور مستقیم با بیماری های متعدد همراه است. در واقع چاقی یک مشکل شایع برای سلامت عمومی است که با خطر ایجاد بیماری های مختلف همراه است (شهسواری و همکاران، ۱۳۹۵). این اختلال به دلیل تغییر سبک زندگی در جوامع، یعنی زندگی بدون تحرک و مصرف بیش از اندازه غذاهای چرب رو به فزونی است. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ چاقی به انباشت فراگیر چربی در بدن گفته می شود. چون نمی توان در تحقیقات، چربی را به صورت مستقیم اندازه گیری کرد، اندازه های غیر مستقیم مثل شاخص توده بدنی (BMI)، دور کمر (WC)، نسبت کمر به باسن (WHR)، ضخامت پوست و مقاومت زیستی استفاده می شود. به دلیل کاربرد آسان فرمول BMI، در اکثر تحقیقات بالینی و تجربی از این فرمول، یعنی وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر مجذور قد بر حسب متر استفاده می شود. شاخص توده بدنی بر اساس طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت به صورت $BMI < 18.5$ کمبود وزن، $18.5 < BMI < 24.9$ چاقی نوع اول، $24.9 < BMI < 35$ چاقی نوع دوم و $BMI > 40$ و بالاتر چاقی نوع سوم تعریف می شود (قربان نژاد و همکاران، ۱۳۹۹)

انتخاب نوع درمان برای افراد چاق و دارای اضافه وزن، مسئله پیچیده ای است. در گذشته، داده های تجربی از طیف وسیعی از انواع روش های رژیم، داروهای کاهش وزن و درمان های جراحی حمایت می کرد. اخیراً براساس تلاش متخصصان سلامت در مورد درمان چاقی و اضافه وزن پیشرفت های چشمگیری حاصل شده است، چرا که این متخصصان بر این باور هستند که برای درمان باید به این مسئله به عنوان یک شرایط مزمن جدای از یکدیگر و نه یک شرایط حاد یکسان، توجه داشت و همچنین وقتی افراد بر اساس ذهنی و روانی توانمند شوند می توانند خودشان مقدمات کاهش وزن خود را آسوده تر و با توجه به مهارت هایی که آموزش دیدند برای خود فراهم کنند، بدون رژیم های سنگین و یا جراحی که هر دو هزینه های مالی و روانی و حتی جسمی می توانند بر فرد متحمل کند و از آنها و صدمات احتمالی شان جلوگیری شود (شمسی سولاری و موسوی، ۱۳۹۹). ماهیت ارتباط بین چاقی و اضافه وزن با آشفتگی های روان شناختی از بحث بین محققان و درمان گران بالینی برآمده است. نتایج برخی مطالعات بیان می کند که بین اضافه وزن و افزایش علائم روان پزشکی و بین چاقی و اختلالات روان پزشکی در طول زندگی رابطه معنادار وجود دارد (برتولی، ۲۰۱۶). افراد چاق یک گروه ناهمگن هستند و از این رو بررسی عوامل روان شناختی خاص در ارتباط با یک طبقه خاص از چاقی، لازم و ضروری است همچنین دیده می شده که عوامل روان شناختی با سطوح مختلف BMI، روابط متفاوت و

معناداری دارد (برمن و همکاران، ۲۰۱۶). در این راستا یکی از درمان هایی که در مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روان شناختی، اخیراً کاربرد زیادی یافته است، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می باشد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شش فرایند مرکزی دارد که عبارتند از: پذیرش، هم جوشی زدایی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش ها و عمل متعهدانه. مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی های دیگر، در نظر گرفتن جنبه های انگیزشی به همراه جنبه های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (لوین، کرافت و توهیگ، ۲۰۲۰). در این درمان، ایجاد رابطه همکارانه اهمیت زیادی دارد، زیرا همین رابطه است که زمینه ای برای درمان فراهم می آورد. زمانی که رابطه درمانی طی این درمان، صحیح و منطبق با اصول آن صورت پذیرد، به صورت غیر مستقیم باعث تقویت پذیرش و انگیزه و ادامه دادن

1. Obesity
2. Overweight
3. Berman et al

درمان و حرکت در جهت ارزش های فرد می شود. که طی آن، بافتی ایجاد می گردد که در آن هم رفتارهای موثر و هم غیر موثر فرا خوانده می شود تا مراجع مهارت لازم جهت شناسایی و اعمال رفتارهای مناسب بیابد (فنائی و سجادیان، ۱۳۹۵). در نهایت طی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مراجع را تشویق می نماییم تا به تغییرات در رفتارش متعهد باشد و این متعهد بودن، شرایط مناسبی را برای رهایی فرد از گیر کردن در جنبه های لفظی زبان فراهم می سازد (لوین و همکاران، ۲۰۲۰).

در واقع، هدف درمان تعهد و پذیرش ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مبتنی بر نظریه زمینه گرایی کارکردی است. طبق این نظریه، هیچ فکر، احساس یا خاطره ای ذاتاً مشکل ساز و ناکارآمد یا آسیب زا نیست، بلکه وابسته به زمینه است. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می نمایند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد (گلستانی فر و دشت بزرگی، ۱۳۹۹).

افراد چاق ممکن است به طور کلی و یا اینکه به بیماریهای مزمن مبتلا شوند که در پی آن هیجان های منفی مانند استرس، ترس، خشم و غیره حساس هستند و این افراد در تنظیم هیجان های خود مشکل دارند و تجربه احساسات منفی مانند استرس، خشم، سرخوردگی، ناامیدی، ترس و افسردگی در آنها شود. اکثر مطالعات نشان می دهد که میان رفتار خوردن و هیجان های منفی یا رویدادهای استرسی زندگی رابطه قوی معناداری وجود دارد. در واقع خوردن هیجانی با هیجان های منفی مثل عصبانیت، افسردگی، بی حوصلگی، اضطراب و تنهایی همراه است (فنائی و سجادیان، ۱۳۹۵).

علاوه بر مشکلات مربوط به سلامت، از پیامدهای روانشناختی چاقی می توان به کاهش عزت نفس، ضعف تصویر خود (خودپنداره)، کاهش کیفیت زندگی و خودکارآمدی، افزایش امکان ابتلا به اختلال های افسردگی، دو قطبی، حمله وحشت زدگی و گذر هراسی نام برد (کریمی، رضائی دهنوی و مقتدایی، ۱۳۹۶).

بررسی های جدید به پیوند چاقی با کارکردهای شناختی ضعیف اشاره دارد (عباسی، آریاپوران و کریمی، ۱۳۹۸). مسئله کنترل چاقی موضوع پیچیده ای است و در آن اختلاف نظر زیاد است. از آنجا که چاقی یک پدیده پیچیده و چند عاملی است و در علل و پیامدهای آن عامل های زیستی، روان شناختی و اجتماعی دخالت دارد، در نتیجه کنترل و درمان آن از حیثه یک رشته واحد خارج است. شناسایی درمان های به لحاظ تجربی حمایت شده می تواند به تثبیت بیشتر نقش مداخله های روانشناختی، به عنوان قسمتی از رویکردهای میان رشته ای برای کنترل و درمان چاقی کمک نماید.

افراد با فقدان راهبردهای مؤثر جهت پاسخ دهی به آشفتگی های هیجانی و ناتوانی در مدیریت هیجان ها بیشتر به سمت خوردن هیجانی، روی می آوردند (زبردست و همکاران، ۱۳۹۴) که در نتیجه پژوهش های پیشین می توان به اهمیت کار روی مدیریت در افراد چاق پی برد. یراقچی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی پرداختند. یافته ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، باعث کاهش شاخص توده ی بدنی و نیز کاهش راهبردهای منفی و افزایش راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می شود.

الفونه و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی شناختی بر اجتناب تجربی و همجوشی شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی انجام دادند. نتایج بیانگر تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی و هم آمیزی شناختی در دو سطح کوتاه مدت و بلندمدت بود. دیبیوف و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی

اثربخشی آموزش تنظیم هیجان را در حل مشکلات تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اضافه وزن بررسی کردند. نتایج نشان داد که آموزش تنظیم هیجان با افزایش مدیریت تنظیم هیجان و تغییر راهبردهای نامناسب تنظیم هیجان منجر به کاهش مشکلات افراد مبتلا به اضافه وزن می شود.

رینلت، پترمن، بائر و بائر (۲۰۲۰) پژوهشی با عنوان «استراتژی های تنظیم هیجان کاهش وزن را در طی درمان چاقی بیماران بستری برای بزرگسالان پیش بینی می کنند» انجام دادند. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که آموزش تنظیم هیجان می تواند در کنار رژیم های غذایی و دارویی به عنوان درمان مکمل و مفید برای بیماران مبتلا به اضافه وزن به کار رود. با توجه به موارد فوق چاقی در تمام جوامع یک مشکل بهداشتی است و به سرعت در حال افزایش است. معمولاً زنان چاقی که در کاهش وزن یا نگهداری وزن کم شده شان مشکل دارند، از غذا به عنوان منبعی برای تامین راحتی و آسایش، بعد از موقعیت های دشوار بین فردی و در پاسخ به ناامیدی، خشم، اضطراب و ... استفاده می کنند. به عبارتی با خوردن، از هیجانات منفی خود اجتناب نموده به این شیوه خود را آرام می کنند. لذا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این زنان آموزش می دهد تا تجربیات درونی آزار دهنده خود را که هنگام تلاش برای کاهش وزن با آن ها مواجه می شوند (مانند احساس گرسنگی، احساسات منفی، احساس خستگی ناشی از فعالیت و ورزش، میل به خوردن و ...) را ترک نمایند. بر این اساس پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال اصلی است که اثربخشی گروه درمانی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شاخص توده بدنی در افراد مبتلا به چاقی چیست؟

روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی از نوع سه گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه آماری کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک زیبایی غرب تهران در شش ماه اول سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه آماری شامل زنان مراجعه کننده به کلینیک شکوفه در شش ماه اول سال ۱۳۹۹ بود که از بین آنها با روش نمونه گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج پژوهش ۶۰ نفر انتخاب شد و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفری (۲۰ نفر گروه آزمایش ACT، ۲۰ نفر گروه آزمایش تنظیم هیجانی و ۲۰ نفر گروه کنترل) گمارده شدند. شاخص توده بدنی (BMI) نمونه ها با استفاده از ترازوی استاندارد و متر استاندارد اندازه گیری و محاسبه شد (عدد حجم توده بدنی = (وزن بر حسب کیلوگرم) تقسیم بر (قد بر حسب متر به توان ۲).

پروتکل مداخلات

در ابتدا برای انتخاب افراد نمونه به کلینیک های شهر تهران که چه از نظر روانشناختی و چه از نظر تغذیه و درمان افراد مبتلا به چاقی فعالیت می کردند، فراخوان زده شد و به اطلاع مراجع کنندگان رسید، سپس با افرادی که علاقه مندی خود را برای شرکت در جلسات اعلام کرده بودند مصاحبه شد تا براساس دارا بودن ملاک های ورود وارد پژوهش شوند. پس از انجام مصاحبه افراد پرسش نامه پیش آزمون را انجام دادند و وارد بر اساس رندم و تصادفی وارد گروه ها شدند (۱۵ نفر گروه آزمایش در گروه درمانی ACT جلسات هر دو گروه به صورت ۱۲ جلسه ۲ ساعته به صورت هفته ای یک جلسه شد. تجزیه تحلیل داده ها با استفاده از آزمون لوین، تحلیل واریانس، آزمون معناداری اثر متقابل گروه، آزمون تحلیل کوواریانس و آماره های اصلاح شده پس از برداشتن اثر متغیر پیش آزمون در آمار استنباطی شد کلیه تجزیه و تحلیل ها با نرم افزار SPSS 25 بوده است.

یافته‌ها

این پژوهش شامل یک فرضیه از تجزیه و تحلیل آن در این بخش ارائه می‌گردد. قبل از بررسی فرضیه برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه و نیز نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، برای متغیرهای پژوهش در جداول ۲ نشان داده شده است

جدول ۱: نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها در گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس آزمون

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
شاخص توده بدنی	۱/۱۰۴	۱	۲۸	۰/۲۶۴

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌ها دو گروه تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. با این حال وقتی که حجم نمونه‌ها مساوی باشد معنی دار شدن آزمون لیون تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سطح آلفای اسمی نخواهد داشت.

جدول ۲: نتایج آزمون آزمون کولموگروف-اسمیرنوف متغیرهای پژوهش

نرمال بودن توزیع نمرات		کلموگروف - اسمیرنوف		کلموگروف - اسمیرنوف	
گروه‌ها	آماره	درجه آزادی	معنی داری	گروه‌ها	آماره
شاخص توده بدنی	آزمایش	۱۰	۰/۲۰۰	گواه	۱۰

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در شاخص توده بدنی تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

فرضیه اول: گروه‌درمانی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شاخص توده بدنی در افراد مبتلا به چاقی تأثیر دارد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون شاخص توده بدنی در افراد

مبتلا به چاقی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (P)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۶۸	۳	۲۳	۵۴/۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین افراد مبتلا به چاقی گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ متغیر وابسته (شاخص توده بدنی) تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($F=54/45$ و $p<0/0001$) بنابراین فرضیه اول تأیید شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۸۳ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۸۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون شاخص توده بدنی مربوط به تأثیر گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

فرضیه دوم : گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب کاهش شاخص توده بدنی در افراد مبتلا به چاقی تاثیر دارد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس شاخص توده بدنی افراد مبتلا به

چاقی گ روه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری P	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۸۵۶/۱۲	۱	۱۸۵۶/۱۲	۴۷/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰
گروه	۴۲۴۷/۳۵	۱	۴۲۴۷/۳۵	۱۲۵/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
خطا	۱۰۲۴۵/۲۳	۲۵	۲۵/۸۹				

همان طوری که در جدول فوق نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین افراد مبتلا به چاقی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ شاخص توده بدنی تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($F=125/18$ و $p<0/0001$). بنابراین فرضیه ۴-۱ تأیید می گردد. به عبارت دیگر، گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش با توجه به میانگین شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش شاخص توده بدنی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۸۲ می باشد، به عبارت دیگر، ۸۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون شاخص توده بدنی مربوط به تأثیر گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش (عضویت گروهی) می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

بحث و نتیجه گیری

یافته های فرضیه اول نشان داد با کنترل پیش آزمون بین افراد مبتلا به چاقی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ شاخص توده بدنی تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($F=125/18$ و $p<0/0001$). بنابراین فرضیه اول تأیید می گردد. به عبارت دیگر، گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش با توجه به میانگین شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش شاخص توده بدنی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۸۲ می باشد، به عبارت دیگر، ۸۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون شاخص توده بدنی مربوط به تأثیر گروه درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش (عضویت گروهی) می باشد. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات یراقچی و همکاران (۱۳۹۸)؛ فنایی و سجادیان (۱۳۹۵)، نوریان و آقایی

(۱۳۹۴) و رنجلیان و همکاران (۲۰۰۱) همخوانی دارد. برای تبیین می توان گفتدر خوردن هیجانی، مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و واکنش دفاعی، بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه برانگیختگی های روانی افکار و احساسات خود می شوند؛ بدون آنکه تلاشی برای مهار آن انجام دهند و یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آن ها (خوردن)، کاهش یابد. در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی های روانی می شود، درگیر راهبردهای کنترلی بهم منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش می شود؛ مانند فردی که برای تسکین عاطفی به خوردن روی می آورد. این راهبردهای کنترلی به تخریب رفتاری و عملکردی فرد منجر می شود. درمان ACT موقعیتی را به وجود می آورد که طی آن مراجع نسبت به راهکارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات منفی درباره اضافه وزن و اجتناب و فرار کامل از این افکار و احساسات، احساس درماندگی خلاق می کند. این حالات، زمینه را برای معرفی پذیرش به

عنوان یک راه حل جایگزین فراهم می‌کند و بدینوسیله، مجالی برای فرد ایجاد می‌شود تا به جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی حول اضافه وزن، به امور مهم و ارزشمند زندگی خود از جمله سلامت بپردازد. یافته‌های حاصل از فرضیه دوم نشان داد با کنترل پیش‌آزمون بین افراد مبتلا به چاقی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ شاخص توده بدنی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($F=98/27$ و $p<0/0001$). بنابراین فرضیه ۸-۱ تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، گروه درمانی تنظیم هیجانی با توجه به میانگین شاخص توده بدنی افراد مبتلا به چاقی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش شاخص توده بدنی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۹ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۶۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون شاخص توده بدنی مربوط به تأثیر گروه درمانی تنظیم هیجانی (عضویت گروهی) می‌باشد. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات شهسواری و همکاران (۱۳۹۵)، بابایی و همکاران (۱۳۹۶)، زبردست و همکاران (۱۳۹۴)، رینلت و همکاران (۲۰۲۰) همخوانی دارد.

برای تبیین می‌توان گفت مدیریت هیجان‌ها سبب قدرت‌سازماندهی و سازگاری فرد در موقعیت‌های تحریک‌کننده می‌شود. فردی که توانایی مدیریت هیجانی رشد یافته‌ای دارد، آزاد از هر گونه اجبار بیرونی و درونی می‌تواند هیجان‌ها را تجربه کند و یا از بروز آنها جلوگیری نماید. در واقع آموزش تنظیم هیجان در افراد با اضافه وزن باعث می‌گردد که احساسات فرد بر عقل و منطقش غلبه نداشته باشد و فرد در موقعیت‌های مختلف تنها با تکیه بر جو احساسی محیط و بدون توجه به راه حل‌های منطقی ممکن تصمیم‌گیری نکند. اگر شخصی از لحاظ هیجانی، ناهشیار باشد و در تنظیم و تعدیل عواطف و هیجان‌های خود به نحوی اشکال داشته باشد، در کنترل میزان خوردن غذا نیز دچار مشکل شده و عواملی از جمله تحریک‌پذیری شدید نسبت به غذا، تمایل به فرجه بودن و فرار از مشکلات، باعث پرخوری دروی می‌شود. بر این اساس پیشنهاد می‌گردد با توجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اضافه وزن، پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و کلینیک‌های درمان چاقی در جهت کاهش مشکلات تنظیم هیجان به آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت گروهی پرداخته شود. همچنین با توجه به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص توده بدنی در افراد مبتلا به اضافه وزن، پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های دارویی متداول برای افراد با اضافه وزن از این درمان به عنوان درمان مکمل بهره برد.

منابع

- الفونه، انیسه؛ ایمانی، مهدی و سرافراز، مهدی رضا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی شناختی بر اجتناب تجربی و همجوشی شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی. ارمغان دانش، (۱) ۲۵، ۸۳-۶۹.
- بابایی، شیرزاد؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر؛ لواسانی، فهیمه و بیرشک، بهروز. (۱۳۹۶). مقایسه کنترل تکانه و نظم بخشی هیجانی در بیماران مبتلا و غیرمبتلا به اعتیاد غذایی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، (۱) ۲۳، ۳۷-۲۲.
- زبردست، عدرا؛ بشارت، محمدعلی؛ پورحسین، رضا؛ بهرامی، هادی و پورشریفی، حمید (۱۳۹۴). اثربخشی درمان روابط بین شخصی و مدیریت هیجانی در کاهش وزن زنان چاق و دارای اضافه وزن. فصلنامه روانشناسی سلامت، (۱۵) ۴، ۶۰-۵۰.
- شمسی سولاری، منصوره و مولوی، حسین. (۱۳۹۹). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر توانایی کنترل وزن، رضایت از تصویر بدنی و رضایت از زندگی در زنان مبتلا به چاقی شهر اصفهان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، (۳) ۲۱، ۱۴-۲۴.

- شهسواری، مهستی؛ فتحی آشتیانی، علی و رسول زاده طباطبایی، کاظم. (۱۳۹۵). شاخص توده بدنی: مقایسه تنظیم هیجان و رفتار خوردن. *فصلنامه یافته*، ۱۸(۳)، ۱۱۳-۱۰۴.
- فناهی، سعیده و سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تجربی افراد دارای اضافه وزن و چاقی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۲)، ۱۵۳-۱۴۶.
- قربان نژاد، هانیه؛ دیدارلو، علیرضا؛ بخشی مقدم، فرنوش و علیزاده، محمد. (۱۳۹۹). ارتباط الگوهای غذایی با اضافه وزن و چاقی در بین دختران نوجوان شهر ارومیه. *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۷(۱)، ۷-۱۷.
- گلستانی فر، سروش و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت روان شناختی و امید به زندگی سالمندان مبتلا به افسردگی غیربالینی. *روان شناسی پیری*، ۶(۳)، ۲۰۳-۱۹۱.
- نوریان، لیلی و آقای، اصغر. (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص توده بدنی در زنان مبتلا به چاقی. *مجله روان پرستاری*، ۳(۲)، ۲۰-۱۱.
- یراقچی، آزاده؛ جمهری، فرهاد؛ صیرفی، محمدرضا؛ کراسکیان موجمباری، آدیس و محمدی فارسانی، غلامرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش وزن و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به چاقی. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۷(۲)، ۲۰۱-۱۹۲.
- Berman, M. I., Morton, S. N., & Hegel, M. T. (2016). Uncontrolled pilot study of an Acceptance and Commitment Therapy and Health at Every Size 98 intervention for obese, depressed women: Accept Yourself. *Psychotherapy*, 53(4), 462-467.
- Bertoli, S., Leone, A., Ponissi, V., Bedogni, G., Beggio, V., Strepparava, M. G., et al. (2016). Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a weight loss or maintenance programme. *Public health nutrition*, 19(1), 71-7.
- Debeuf, T., Verbeken, S., Boelens, E., Volkaert, B., Malderen, E., Michels, N. (2020). Emotion regulation training in the treatment of obesity in young adolescents: protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21, 153.
- Levin, M., Krafft, J., Twohig, M. (2020). Examining processes of change in an online acceptance and commitment therapy dismantling trial with distressed college students. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 10-16.
- Reinelt, T., Petermann, F., Bauer, F., Bauer, C. (2020). Emotion regulation strategies predict weight loss during an inpatient obesity treatment for adolescents. *Obes Sci Pract*, 6(3), 293-299.
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: Effects of matching participants to their treatment preferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 717-21.