

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان در مردان مبتلا به پرخوری عصبیابراهیم عرفانی^۱، امین رفیعی پور^۲، مروارید احدی^۳، غلامرضا صرامی^۴**چکیده**

مقدمه: پرخوری از اختلالات شایع در زندگی امروزی است که چالش‌های زیادی برای افراد مبتلا ایجاد کرده است و تلاش‌ها برای درمان آن اهمیت خاصی پیدا کرده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان در مردان مبتلا به پرخوری عصبی انجام شد.

روش پژوهش: روش تحقیق نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه مردان مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه کننده به انجمن پرخوران ایران که توسط روانپزشک تشخیص اختلال پرخوری عصبی دریافت کرده اند، بود. حجم نمونه پژوهشی حاضر با توجه به توان آزمون (۰/۸۰)، اندازه اثر (۰/۵۰) و سطح اطمینان (۰/۰۵) برای هر گروه نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که بصورت تصادفی انتخاب گردیدند. گروه آزمایش به مدت ۸ به صورت هفته ای ۱ جلسه ۷۰ تا ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش قرار گرفت. ابزار پژوهش پرسشنامه تنظیم هیجان گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) بود.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها پس از بررسی مفروضه‌های اماری با روش تحلیل کواریانس انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد روی راهبردهای مثبت و راهبردهای منفی تنظیم هیجان اثربخش بوده است ($p < 0/05$). **نتیجه گیری:** مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجان در درمان پرخوری عصبی تاثیرگذار است.

واژه‌های کلیدی: پذیرش و تعهد " پرخوری " تنظیم هیجان

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۵/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۱

استناد: عرفانی، رفیعی پور، احدی، م، صرامی، غ. اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان در مردان مبتلا به پرخوری عصبی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ ۱۱(۱): ۹۱-۱۰۴

^۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد امارات متحده عربی. ORCID: 00000002-0000-0000-0000-0000-0000-0000-0000-0000-0000-0000

^۲ - نویسنده مسئول، استادیار دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران،

ORCID: 000000346454245, rafiepoor@yahoo.com

^۳ - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، ایران،

ORCID: 0000000332035753 morvaridahdi1360@gmail.com

^۴ - استادیار گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران،

ORCID: 0000000257842435, ghrasar2@gmail.com

مقدمه:

اختلالات خوردن یکی از اختلالات شایع روانی/ روان تنی به شمار می‌روند که مشکلات فراوانی در سلامت جسمانی و عملکرد روانی را باعث می‌شوند و همچنین، کیفیت زندگی فرد مبتلا را مختل و باعث مرگ و میر می‌شوند. اختلالات خوردن می‌توانند با تغییر الگوی غذایی و دریافت نامطلوب مواد مغذی باعث ایجاد اختلالات مرتبط با تغذیه شوند و سلامتی فرد را تهدید کنند (۱). اختلالات خوردن، با رفتارهایی از جمله کاهش خوردن، روزه داری، زیاد خوردن و خوردن همراه با استفراغ و استفاده از داروهای ضد یبوست و ادرار آور مشخص می‌شود. این اختلالات همچنین، می‌توانند منجر به سوء تغذیه، پوکی استخوان، آمنوره، بیماری‌های قلبی-عروقی و افسردگی شوند (۲). اشکال بالینی این اختلالات بی‌اشتهایی روانی و پرخوری روانی است (۳). پرخوری عصبی شکلی از اختلالات خوردن است که در آن فرد بیش از اندازه لازم غذا می‌خورد. در این وضعیت بیماران اغلب وزن طبیعی خود را حفظ می‌کنند یا دچار اضافه وزن می‌شوند. تحریف تصویر بدن در این بیماران کمتر از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی است. عوارض پرخوری اغلب اختلالات الکترولیتی، سوزش، خونریزی معده، اختلالات روده ای، فرسایش مینای دندان، کم شدن ضربان قلب، افت فشار خون و کاهش سرعت سوخت و ساز است (۴). پژوهش هومن، عباسی، غلامی، شفيعی (۵) به وضوح بر نقش مهم هیجان‌ها در بسیاری از جنبه‌های زندگی روزانه و هم چنین تأثیر آنها در سازگاری با فشارها و بحران‌های زندگی صحنه گذاشته است. اساساً، هیجان‌ها واکنش‌های زیست شناختی هستند که زمانی برانگیخته می‌شوند که فرد موقعیت را حاوی چالش‌ها یا فرصت‌های مهم ارزیابی می‌کند و پاسخدهی وی را در برابر رویدادهای محیطی عمده منسجم می‌سازد (۶). مطالعه رکا^۱ و همکاران (۷) و مانس، مایر، کارتیر و ویلهلم^۲ (۸) نشان داده‌اند که مدل آسیب شناختی پرخوری عصبی همچنین شامل آسیب پذیری هیجانی و نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان‌ات منفی است، یک مکانیسم که به طور مستقیم با درمان‌های شناختی-رفتاری مورد بررسی قرار نمی‌گیرد، برای مثال نشان داده شده است که مشکلاتی در تنظیم هیجان بطور نیرومندی با پرخوری، مستقل از جنسیت، محدودیت غذایی و یا بیش ارزیابی وزن و قیافه بود. یافته‌ها پژوهش‌های مذکور نشان می‌دهد که پرخوری به وسیله‌ی شکست بی‌درنگ در تنظیم هیجان روی می‌دهد. شیوه‌های درمانی مختلفی برای درمان اختلال پرخوری مورد ارزیابی قرار گرفته است: درمان شناختی رفتاری (CBT^۳)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT^۴)، درمان رفتاری دیالکتیکی (DBT^۵)، درمان میان فردی، (IPT^۶) و آموزش آگاهی از اشتها و همگی موفقیت در کاهش فراوانی دوره‌های پرخوری را نشان داده‌اند.

مدل‌های تبیینی پرخوری در پراشتهایی عصبی و اختلالات خوردن، بیان کرده‌اند که هیجان‌ات دردناک مهم‌ترین تسریع‌کننده و نگه دارنده‌ی آنند و خود پرخوری نقش مهمی در تنظیم عاطفه برای فرد بیمار دارند (۹). درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیشتر آگاهی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به نظر می‌رسد که پذیرش، فرآیند کلیدی درگیر در دستاوردهای درمانی کاهش اثر تجربیات دردناک بر کارکردهای هیجانی، همچنین پیش بینی کارکردهای فرد در آینده است. اصلی‌ترین سازه‌ی درمان پذیرش و تعهد انعطاف پذیری روان شناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل موثر در راستای ارزش‌های فردی علی‌رغم حضور مشکلات و رنج‌ها است (۱۰).

1- Ricca

2-Munsch, Meyer, Quartier, Wilhelm

3-Cognitive-behavior therapy

4-Acceptance and Commitment Therapy

5-Dialectic behavior therapy

6-Inter personal therapy

تحقیقات سلیمانی، خداوردی، و قاسم زاده (۱۱)، صفرزاده و محمودی خوردی (۱۲)، کاویانی، جواهری، بحیرایی (۱۳) و محمدی، کلاتری، حسین زاده، غلامشاهی (۱۴) نشان دهنده اهمیت پذیرش روانی به خصوص در مورد عملکردهای روان شناختی است. مراجعانی که گزارش می کنند تمایل بیشتری برای تجربه کردن تجارب روان شناختی منفی، تجارب هیجانی، افکار و خاطرات ناخوشایند دارند، عملکرد اجتماعی، فیزیکی و هیجانی بهتری نشان می دهند (۱۵). پژوهش غلامحسینی، خدابخشی و تقوی (۱۶) نشان داده است که اجتناب از تجارب با حیطة وسیعی از مشکلات رفتاری و روان شناختی ارتباط دارد. افرادی که تمایل بیشتری برای سرکوب کردن چنین تجاربی را دارند هنگامی که استرس و نگرانی در مدرسه، محیط کار، تعارض در روابط با همسر و ... برای آنها پیش می آید تلاش برای کنترل، آشفته‌گی‌های آن‌ها را شدیدتر می کند. با توجه به موفقیت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلالات روانی و افزایش سلامت و بهزیستی افراد و توجه به این که یکی از اهداف اصلی روان‌درمانگران افزایش سطح کیفیت زندگی جامعه است و افراد مبتلا به پرخوری عصبی از این مولفه‌ها بسیار رنج می‌برند، از این رو با توجه به مطالب ذکر شده پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان در مردان مبتلا به پرخوری عصبی اثربخش است؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نظر روش اجرا نیمه آزمایشی و در قالب طرح‌های پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه مردان مبتلا به پرخوری عصبی مراجعه کننده به انجمن پرخوران ایران در شهر بوشهر در سال ۱۳۹۸ بودند که توسط روانپزشک تشخیص اختلال پرخوری عصبی دریافت کرده بودند.

حجم نمونه پژوهشی حاضر با توجه به توان آزمون (۰/۸۰)، اندازه اثر (۰/۵۰) و سطح اطمینان (۰/۰۵) برای هر گروه نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که بصورت تصادفی انتخاب گردیدند.

پس از بررسی و انجام مصاحبه بالینی، مراجعان دارای ملاک‌های ورود به پژوهش مورد نظر مشخص (ابتلا به اختلال پرخوری، عدم دریافت همزمان یک روان درمانی و یا برنامه کاهش وزن) و با غربالگری انتخاب شد که به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل تقسیم می‌شوند سپس گروه آزمایش به مدت ۸ هفته به صورت هفته‌ای ۱ جلسه ۷۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و سپس پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. همچنین در پایان هر جلسه رویدادهای همزمان با آزمایش نیز علاوه بر به کارگیری گروه کنترل، به وسیله پرسش «آیا محتوائی شبیه این که در این جلسه دریافت کردید از جای دیگری دیده یا شنیده اید؟» کنترل می‌شود.

پرسشنامه تنظیم هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)؛ گارنفسکی و کرایچ (۱۷)، یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس می‌سنجد. این پرسشنامه خود یک ابزار خودگزارشی است که فرم بلند آن دارای ۳۶ ماده است که در تحقیق حاضر از فرم کوتاه آن که ۱۸ ماده‌ای است استفاده شد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده می‌باشد. پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان، راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌پنداری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. هر یک از زیر مقیاس‌های این پرسشنامه ۲ گزینه دارد که از طریق جمع بستن نمرات داده شده به هر عبارت نمره ی هر خرده مقیاس به دست می‌آید. هرچه نمره‌ی کسب شده بیشتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است. در فرم ۱۸ سئوالی سئوالات ۱-۳-۸-۹-۱۰-۱۲-۱۷-۱۸ راهبردهای منفی

تنظیم هیجان و سئوالات ۲-۴-۵-۶-۷-۱۱-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶ راهبردهای مثبت را اندازه گیری می‌کنند. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. تحقیقات گارنفسکی (۱۸) روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها نشان داده‌اند که تمامی زیر مقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند. اعتبار پرسشنامه در فرهنگ ایرانی را یوسفی (۱۹) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده است. روایی پرسشنامه از طریق همبستگی میان راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی بررسی شده و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ بدست آمده که هر دو ضریب در $p < 0/0001$ معنی دار هستند.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: این پروتکل بر اساس الگوی الگوی هیز (۲۰) ارائه شده است.

جلسه اول: ایجاد رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی

جلسه دوم: کشف و بررسی روشهای درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث در مورد موقتی و کم اثر بودن درمانها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

جلسه سوم: کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل تغذیه و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

جلسه چهارم: توضیح در مورد اجتناب از تجارب و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گامهای پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

جلسه پنجم: معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار / احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد تلاش برای تغییر رفتار خوردن بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

جلسه ششم: توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود به جهت کنترل رفتارهای خوردن با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حسهایی که جزء محتوای ذهنی هستند و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

جلسه هفتم: توضیح مفهوم ارزشها، ایجاد انگیزه برای تغییر سبک خوردن و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف

جلسه هشتم: آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرحهای رفتاری مطابق با ارزشها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها، ابتدا طبیعی بودن توزیع متغیرهای کمی توسط آزمون کالموگروف - اسمیرنوف تعیین شد. سپس داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی از جمله تحلیل کواربانس و آزمون تحلیل تی نمرات تفاوت و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها:

جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات پیش از مزمون و پس از مزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

Table 1. Descriptive indices of mean and standard deviation of pre-test and post-test scores of research variables in experimental and control groups

آزمون کولموگروف		شاخص		گروه	متغیر
سطح معنی داری	Z K.S	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص	
۰/۲۰	۰/۱۳	۲/۹۹	۳۰/۵۴	پیش از مزمون آزمایش	راهبرد مثبت
۰/۲۰	۰/۱۴	۷/۱۵	۲۶/۰۶	پیش از مزمون کنترل	
۰/۲۰	۰/۱۴	۴/۱۷	۳۶/۶	پس از مزمون آزمایش	
۰/۲۵	۰/۱۱	۵/۱۴	۲۸/۵۴	پس از مزمون کنترل	
۰/۲۰	۰/۲۶	۳/۸۲	۲۲/۴۶	پیش از مزمون آزمایش	راهبرد منفی
۰/۲۰	۰/۱۶	۲/۹۷	۲۱/۲۶	پیش از مزمون کنترل	
۰/۰۶	۰/۱۷	۲/۶۲	۱۷/۵۴	پس از مزمون آزمایش	
۰/۲۰	۰/۲۱	۴/۲۸	۲۰/۹۳	پس از مزمون کنترل	

قبل از تحلیل مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج محاسبه همبستگی بین پیش از مزمون (متغیر کوواریت) و پس از مزمون (متغیر وابسته) در متغیرهای مورد بیانگر وجود رابطه خطی بین آنها بود (مفروضه خطی بودن رابطه) و محاسبه همبستگی بین پیش از مزمونهای متغیرهای مورد بررسی نیز نشان از عدم رابطه معنی دار بین آنها بود (مفروضه عدم همخطی چندگانه). برای بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین و برای بررسی مفروضه شیب‌های رگرسیونی اثرات بین آزمودنی در تعامل گروه * پس از مزمون استفاده گردید. نتایج بدست آمده در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همانگونه که نتایج بدست آمده از آزمون لوین در پس از مزمون به عنوان متغیر وابسته نشان می‌دهد که سطح معنی داری در تمامی متغیرها بالاتر از سطح سنجش ($P > 0/05$) است. همچنین نتایج حاصل از بررسی مفروضه شیب‌های رگرسیونی نیز نشان می‌دهد که سطح معنی دار بدست آمده ($P > 0/05$) بیانگر برقراری مفروضه شیب‌های رگرسیونی در دو گروه است.

جدول ۲. نتایج بدست آمده از آزمون لوین و اثرات بین آزمودنی برای بررسی مفروضه‌ها

Table 2. results of Levene's test and inter-subject effects to test the hypotheses

مفروضه همگنی واریانس‌ها		مفروضه شیب‌های رگرسیونی		گروه
آزمون لوین		تعامل گروه * پیش از مزمون		شاخص
سطح معنی داری	F	سطح معنی داری	F	
۰/۷۵	۰/۱۰	۰/۲۲	۱/۵۶	پس از مزمون راهبردهای مثبت
۰/۲۷	۱/۲۱	۰/۳۴	۰/۹۸	پس از مزمون راهبردهای منفی

همانگونه که نتایج بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل کوواریانس نشان داد شرایط داده‌ها اجازه اجرای تحلیل کوواریانس را می‌دهد. برای این منظور یک تحلیل کوواریانس چند متغیره روی ابعاد تنظیم هیجانی در پس آزمون (جدول شماره ۳) اجرا شد. نتایج بدست آمده در هر دو تحلیل کواریانس نشان داد که تحلیل کواریانس چند متغیره معنی دار است. به عبارتی دیگر اثر مداخله آموزشی باعث تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون شده است. جدول شماره ۳ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه در ابعاد تنظیم هیجانی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه در ابعاد تنظیم هیجانی

Table 3. Results of multivariate analysis of covariance to compare the mean of post-tests in experimental and control groups in the dimensions of emotional regulation

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلاپی	۰/۵۶	۱۷/۲۰	۲	۲۷	۰/۰۱
	لمبدای ویلکز	۰/۴۴	۱۷/۲۰	۲	۲۷	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۱/۲۷	۱۷/۲۰	۲	۲۷	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱/۲۷	۱۷/۲۰	۲	۲۷	۰/۰۱

همانگونه که نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (جدول شماره ۳) نشان داد؛ بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۵ ارائه شده است. جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا را برای مقایسه پس آزمون هر متغیر با کنترل پیش آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا برای مقایسه پس آزمون متغیرها در گروه‌های آزمایش و

کنترل

Table 4. Results of one-way covariance analysis in MANCOVA text for comparison of post-test variables in experimental and control groups

اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	راهبرد منفی	۱	۸۶/۷۰	۶/۸۸	۰/۰۱۴	۰/۱۹
	راهبرد مثبت	۱	۴۲۵/۶۴	۱۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	راهبرد منفی	۲۸	۳۵۲/۶۶			
	راهبرد مثبت	۲۸	۶۱۲/۶۶			
	راهبرد منفی	۲۹	۴۳۹/۳۷			
	راهبرد مثبت	۲۹	۱۰۳۸/۳۰			

نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس یکراهه در متغیرهای مورد بررسی نشان می‌دهد اثر گروه (مداخله آزمایشی) روی پس آزمون راهبردهای منفی با مقدار ($F=6/88$)، روی پس آزمون راهبردهای مثبت با مقدار ($F=19/45$) در سطح ($P < 0/05$) معنی دار است. بطور کلی با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت که اثر مداخله باعث بهبود تنظیم هیجانی کودکان شده است. همچنین براساس اندازه اثر تاثیرگذاری مداخله روی راهبردهای منفی ($0/19$) و روی راهبردهای مثبت ($0/41$) بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج تحلیل نشان داد که بین گروه‌های مداخله و مقایسه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (ابعاد تنظیم شناختی هیجان) تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. که نتایج بدست آمده نشان داد که تحلیل کوواریانس در ابعاد تنظیم شناختی هیجان معنادار بود. با توجه به نتیجه بدست آمده می‌توان گفت که در گروه مداخله تغییر معنی داری در بهبود راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در پس آزمون نسبت به گروه آزمایش تحت تأثیر مداخله بوجود آمده است. فورمن و همکاران (۲۱) نیز نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد چاقی که در پاسخگویی به افکار و احساسات خود اقدام به خوردن می‌کنند، مؤثر است. پژوهش وینلند و آرویدسون، کاکیولیدس و داهل^۱ (۲۲)، نشان داد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خوردن هیجانی را در افراد چاقی که جراحی چاقی انجام داده اند، کاهش می‌دهد. پیرسون و فولت و هیز^۲ (۲۳) در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رفتارهای خوردن را در زنان دارای نگرانی تصویر بدنی، کاهش می‌دهد. تمامی این پژوهش‌ها با تأکید بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خوردن هیجانی با یافته‌های این پژوهش همسو است. همچنین یافته‌های این پژوهش با پژوهش دالن و اسمیت، شالی، سلوان، لیهی و بگی^۳ (۲۴) که نشان داد، مداخله ذهن آگاهی متمرکز بر خوردن اثر معنادار بر بهبود رفتارهای خوردن دارد و پژوهش کریستلر و ولور^۴ (۲۵)، که نشان دادند آموزش آگاهانه خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی، دوره‌های پرخوری را کاهش می‌دهد و پژوهش کاترمن و گلدشتاین، باترین، فورمن و لو^۵ (۲۶) که نشان داد مراقبه ذهن آگاهانه پرخوری و خوردن هیجانی را در افراد درگیر با این رفتارها کاهش می‌دهد و به کاهش وزن منجر می‌گردد، همخوان است. در رفتار خوردن مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و دفاع، بسیار مهم است. در سطوح بالای پذیرش، افراد متوجه برانگیختگی‌های روانی (افکار و احساسات) خود می‌شوند، بدون آنکه تلاشی برای مهار آن انجام دهند و یا از آن اجتناب کنند. همین موضوع باعث می‌شود که تأثیر این افکار و احساسات بر عملکرد رفتاری آنها (خوردن)، کاهش یابد. در سطوح پایین پذیرش، فردی که دچار برانگیختگی‌های روانی می‌شود، درگیر راهبردهای کنترلی به منظور تغییر شکل و فراوانی افکار و احساساتش می‌شود. مانند فردی که برای تسکین عاطفی به خوردن روی می‌آورد. این راهبردهای کنترلی به تخریب رفتاری و عملکردی فرد منجر می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت کنندگان به اعلام تعهد خود و گام برداشتن در مسیر زندگی سالم تشویق می‌شوند و این شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی می‌شود. در این درمان هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل می‌شود. ممکن است درمانگر از مراجع بپرسد این رفتار در خدمت چیست؟ آیا در

¹ -Weineland, Arvidsson, Kakiulidis & Dahl

² -Pearson, Follette, Hayes

³ -Dalen, Smith, Shelley, Sloan, Leahigh, Begay

⁴ -Kristeller, Wolever

⁵ -Katterman, Goldstein, Butryn, Forman, Lowe

خدمت اجتناب و پاسخ به ذهن است و یا در خدمت نزدیک شدن به ارزش ها؟ این روش شامل هر دو راهبرد پذیرش و تعهد رفتاری به تغییر می شود (۲۷). برای مثال از مراجع خواسته می شود، هنگامی که میل شدید به خوردن احساس می کند از خودش سؤال کند آیا این میل در راستای گرسنگی و نیاز بدن او به خوردن و ارزش سلامتی است و یا در راستای افکار، امیال، هیجانات و با علایم بدنی او است؟ از مراجع خواسته می شود در راستای ارزش سلامتی به خوردن سالم بپردازد و نه برای اجتناب از هیجان ها. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجتناب را با تشویق به پذیرش، کاهش زبان کلامی و اشاره مستقیم به نتایج اجتناب زیاد، کاهش می دهد (۲۸). بنابراین می توان گفت که افکار و احساسات و امیالی که بر اثر اجتناب و بازداری قوت گرفته بودند، پس از آنکه مورد پذیرش قرار می گیرند، فراخوانی آنها کمتر خواهد شد. ولی آنچه باید بیان شود، این است که این فرایند به مرور زمان ایجاد می شود.

محدودیت های پژوهش

نمونه گیری در دسترس و بررسی نکردن برخی متغیرهای مداخله گر اشاره کرد، بنابراین در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نمونه های این پژوهش شامل مردان دارای پرخوری در شهر بوشهر بود. بنابراین در تعمیم یافته ها به سایر گروه های سنی (کودکان و نوجوانان) و زنان باید جانب احتیاط رعایت شود.

کاربرد پژوهش

بر اساس نتایج پژوهش حاضر بهبود تنظیم هیجانی در نتیجه مداخله مبتنی بر پذیرش تعهد حاصل شده است؛ با توجه به اینکه برنامه های مداخله ای شناختی هیجان که برای بهبود مشکلات روانشناختی و رفتاری مختلف بکار گرفته شده اند؛ توصیه می شود در زمینه بهبود رفتارهای پرخوری؛ توجه بیشتری به مبحث آموزش تنظیم هیجانی افراد شود.

ملاحظات اخلاقی

اطلاعات گروه های نمونه محرمانه بوده و شرکت در پژوهش اختیاری بوده است. گروه نمونه این حق را داشتند که در هر یک از مراحل انجام پژوهش؛ پژوهش را ترک کنند. گروه کنترل؛ پس از اتمام پژوهش؛ تحت آموزش قرار گرفتند.

References

- 1) Lucassen EA., Zhao X., Rother KI., Mattingly MS., Courville AB., De Jonge L., Csako G, Cizza G, Sleep Extension Study Group. Evening chronotype is associated with changes in eating behavior, more sleep apnea, and increased stress hormones in short sleeping obese individuals. PloS one. 2013 Mar 6;8(3):e56519.
- 2) Gianini LM., White MA., Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. Eating behaviors. 2013 Aug 1;14(3):309-13.
- 3) Hilbert A., Tuschen-Caffier B.. Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. International journal of eating disorders. 2007 Sep;40(6):521-30.
- 4) Basak Nejad S., Hooman F., Qasemi Nejad M.. The relationship between cognitive-behavioral avoidance coping styles and eating disorders in university students. Journal of Mental Health Principles, 2012; 14 (56): 85-287.
- 5) Hooman F., Mehrabizadeh Honarmand M., Khajehuddin N., Zargar Y.. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on bulimia nervosa in women referred to the Ahvaz Bulimia Association. Jundishapur Medical Quarterly, 2018; 10 (4): 417-425.

- 6) Gross JJ., Thompson RA.. Emotion regulation: conceptual foundation. in jj gross (ed). handbook of emotion regulation.2007.
- 7) Ricca V., Castellini G., Sauro CL., Ravaldi C., Lapi F., Mannucci E., Rotella CM., Faravelli C.. Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*. 2009 Dec 1;53(3):418-21.
- 8) Munsch S., Meyer AH., Quartier V., Wilhelm FH.. Binge eating in binge eating disorder: a reackdown of emotion regulatory process?. *Psychiatry research*. 2012 Feb 28;195(3):118-24.
- 9) Rahmanian M., Nejatali R., Oraki M.. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Cognitive Emotion Regulation and Concerns of Body Image in Females with Bulimia Nervosa. *JHPM*. 2018; 7 (4) :33-40.
- 10) Hayes SC., Wilson KG., Gifford EV., Follette VM., Strosahl K.. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996 Dec;64(6):1152.
- 11) Soleimani M., Khodavirdi T., Qasemzadeh A.R.. Evaluation effect of dialectical behaviour therapy (DBT) on decreasing overeating and depression in women with binge eating disorder (BED) *Scientific Journal of the Medical System Organization of the Islamic Republic of Iran*. 2014; 32 (1) :9-18.
- 12) Safarzade S., Mahmoody Khorandi Z.. Survey on Eating Disorders (Mental Anorexia, Bulimia) among 13-18-Year- Old Adolescents of Gonabad City in 2014. *JRUMS*. 2015; 14 (5) :393-404
- 13) Kaviani H., Javaheri F., Bahiray H.. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Automatic Thoughts, Dysfunctional Attitude, Depression and Anxiety: A Sixty-Day Follow-Up. *Advances in Cognitive Sciences*. 2005; 7 (1) :49-59
- 14) Mohammadi L., Salehzade Abarghoei M., Nasirian M.. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Men under Methadone Treatment. *JSSU*. 2015; 23 (9) :853-861
- 15) Zettle RD., Petersen CL., Hocker TR., Provines JL.. Responding to a challenging perceptual-motor task as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*. 2007 Jan;57(1):49-62.
- 16) Gholam Hosseini B., Khodabakhshi Kolaei A., Taqvai D.. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in improving depression and body image in obese women. *Social Health*, 2014; 2 (1): 8-1.
- 17) Garnefski N., Kraaij V.. Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*. 2006 Oct 1;41(6):1045-53.
- 18) Garnefski N., Van Den Kommer T., Kraaij V., Teerds J., Legerstee J., Onstein E.. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*. 2002 Sep;16(5):403-20.
- 19) Yousefi F.. The Relationship of Cognitive Emotion Regulation Strategies with depression and Anxiety in Students of Special Middle Schools for Talented Students in Shiraz. *JOEC*. 2007; 6 (4) :871-892

- 20) Hayes, S. C. "A contextual approach to therapeutic change. In N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*, New York: The Guilford Press. 1987.
- 21) Forman EM., Butryn ML., Hoffman K.L, Herbert JD.. An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral practice*. 2009 May 1;16(2):223-35.
- 22) Weineland S., Arvidsson D., Kakoulidis TP., Dahl J.. Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obesity research & clinical practice*. 2012 Jan 1;6(1):e21-30.
- 23) Pearson AN., Follette VM., Hayes SC.. A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012 Feb 1;19(1):181-97.
- 24) Dalen J., Smith BW., Shelley BM., Sloan AL., Leahigh L., Begay D.. Pilot study: Mindful Eating and Living (MEAL): weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary therapies in medicine*. 2010 Dec 1;18(6):260-4.
- 25) Kristeller JL., Wolever RQ.. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating disorders*. 2010 Dec 28;19(1):49-61.
- 26) Katterman SN., Goldstein SP., Butryn ML., Forman EM., Lowe MR.. Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for weight gain prevention in young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2014 Jan 1;3(1):45-50.
- 27) Hayes SC., Luoma JB., Bond FW., Masuda A., Lillis J.. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior research and therapy*. 2006 Jan 1;44(1):1-25.
- 28) Hayes SC., Strosahl K., Wilson KG.. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. 1999. New York: Guilford. 2005.

چگونه با وقایع کنار می آید؟

هر کس با وقایع منفی و ناخوشایند مواجهه می شود و به شیوه خاص خود در برابر آن ها پاسخ می دهد . پس از مطالعه هریک از عبارات زیر مشخص فرمایید وقتی وقایع منفی یا ناخوشایندی را تجربه می کنید اغلب درباره آن ها چگونه فکر می کنید؟

همیشه	اغلب	مرتباً	گاهی	هرگز	
۵	۴	۳	۲	۱	
					۱ خودم را مقصر این مسأله می دانم.
					۲ مجبورم این اتفاق را بپذیرم.
					۳ من اغلب به احساسی که نسبت به این تجربه دارم فکر می کنم.
					۴ به مسایل بهتری فکر می کنم.
					۵ به بهترین کاری که می توانم انجام دهم فکر می کنم.
					۶ می توانم از این موقعیت چیزی یاد بگیرم.
					۷ شرایط می توانست به مراتب بدتر از این باشد.
					۸(اغلب فکر می کنم چیزی را که من تجربه کرده ام در مقایسه با چیزهایی که دیگران تجربه کرده اند به مراتب بدتر می باشد.
					۹ دیگران را مقصر این اتفاق می دانم.
					۱۰ من مسؤل این اتفاق می باشم.
					۱۱ مجبورم این موقعیت را قبول کنم.
					۱۲ این مسأله ذهن مرا به خود مشغول می کند.
					۱۳ به چیزهای خوشایندی فکر می کنم که ربطی به این اتفاق ندارند.
					۱۴ به بهترین شیوه کنار آمدن با این موقعیت فکر می کنم.
					۱۵ احساس می کنم بر اثر چیزی که برایم اتفاق افتاده است، مقاوم تر خواهم شد
					۱۶ فکر می کنم سایر مردم شرایط بسیار بدتری را تجربه می کنند.
					۱۷ من به فکر کردن در مورد وحشتناک بودن تجربه ام ادامه می دهم.
					۱۸ دیگران مسؤل این اتفاق می باشند.