

Research Paper



Comparison of the Effectiveness of the Intervention Based on Choice Theory Approach and Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Processing, Self-differentiation, Body Image and Body Fat Mass Index (FMI) in Overweight women



Mahsa Ghorbani^{*1}, Ezatolah Kordmirza nikozadeh², Ahmad Alipor³

1. Ph.D. Student in Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
2. Associate Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
3. Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.9.7](https://doi.org/10.1001.1.27173852.1401.17.65.9.7)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13664.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
choice theory,
acceptance and
commitment,
emotional processing,
body image, body fat
mass index overweight,
women

Received: 2021/09/06
Accepted: 2021/09/15
Available: 2022/06/10

Overweight is a psycho-physiological problem that is associated with a wide range of negative consequences and in addition to biological and physical risk factors, psychological factors also play an important role in its occurrence and exacerbation. The aim of this study was to compare the effectiveness of the choice theory approach and acceptance and commitment approach on emotional processing, self-differentiation, body image and body fat mass index (FMI) in overweight women. The method was quasi-experimental with three-group pretest-posttest design. The statistical population consisted of all overweight women in Tehran who referred to Tehran health centers in the first half of the year 1400 (N = 2417). Among them, several centers were randomly selected and from the selected centers, 36 people were selected based on the inclusion criteria and were randomly assigned to the three groups of Experiment 1, Experiment 2 and Control. The first experimental group received the intervention based on choice theory with Glasser (2010) approach in 12 sessions of 60 minutes, the second experimental group received acceptance and commitment therapy with Hayes et al (2013) approach in 12 60-minute sessions. The research instruments were Baker et al.'s (2010) Emotional Processing Scale, Tetleton et al.'s (2005) Tetris Questionnaire of Body Image. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance and LSD post hoc test by SPSS25 software. The results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in the dimensions of repression, unpleasant emotional experience, emotional symptoms of processing, avoidance, emotional control, dissatisfaction and embarrassment of their appearance and body fat mass index. ($p < 0/05$). The LSD post hoc test also showed that in order to improve the dimensions of emotional processing, the intervention based on choice theory was more effective than the treatment of acceptance and commitment. Based on the results of the present study, applying new third wave therapies can be effective in improving the psychological status of overweight women.



* Corresponding Author: Mahsa Ghorbani

E-mail: mahsa.ghorbani65@yahoo.com

*This article is taken from the first author's doctoral dissertation.

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد پردازش هیجانی، تصویر بدنی و نمایه توده چربی بدن (FMI) در زنان دچار اضافه وزن*



مهسا قربانی^{۱*}، عزت الله کرد میرزا نیکوزاده^۲، احمد علی پور^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۲. دانشیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۳. استاد روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.65.9.7](https://doi.org/10.27173852.1401.17.65.9.7)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13664.html



چکیده	مشخصات مقاله
<p>اضافه وزن یک مشکل روانی- فیزیولوژیک می‌باشد که با طیف وسیعی از پیامدهای منفی همراه است و در بروز و تشدید آن علاوه بر عوامل زیستی و خطر ساز جسمی، عوامل روانی نیز نقش بسزایی دارند. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد نظریه انتخاب و رویکرد پذیرش و تعهد بر ابعاد پردازش هیجانی، تصویر بدنی و نمایه توده چربی بدن (FMI) در زنان دچار اضافه وزن انجام شد. روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون سه گروهی بود. جامعه آماری را تمامی زنان دچار اضافه وزن شهر تهران تشکیل دادند که در نیمه نخست سال ۱۴۰۰ به مراکز خانه سلامت شهر تهران مراجعه کردند (N=۲۴۱۷). از بین آنان چند مرکز به طور تصادفی انتخاب شد و از بین مراکز انتخابی، ۳۶ نفر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی اول، مداخله مبتنی بر نظریه انتخاب با رویکرد گلاسر (۲۰۱۰) در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. ابزارهای پژوهش، مقیاس پردازش هیجانی باکر و همکاران (۲۰۱۰)، پرسشنامه ترس از تصویر بدنی لیتتون و همکاران (۲۰۰۵) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 و با روش تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی LSD مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان دادند در ابعاد سرکوبی، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه‌های هیجانی پردازش، اجتناب، کنترل هیجانی، نارضایتی و خجالت از ظاهر خود و نمایه توده چربی بدن بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد (p<۰/۰۵). همچنین آزمون تعقیبی LSD حاکی از آن بود که جهت بهبود ابعاد پردازش هیجانی، مداخله مبتنی بر نظریه انتخاب نسبت به درمان پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری داشته است. بر اساس نتایج پژوهش حاضر استفاده از درمان‌های نوین موج سوم می‌تواند در ارتقای وضعیت روانشناختی زنان دچار اضافه وزن، کارآمد باشد.</p>	<p>کلیدواژه‌ها: نظریه انتخاب، پذیرش و تعهد، پردازش هیجانی، تصویر بدنی، نمایه توده چربی بدن اضافه وزن، زنان</p> <p>دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۶/۱۵ پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۶/۲۴ منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۳/۲۰</p>

* نویسنده مسئول: مهسا قربانی

رایانامه: mahsa.ghorbani65@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

مقدمه

متعددی پردازش هیجانی در افراد دچار اضافه وزن مورد بررسی قرار گرفته است. پاراسمنش، کراسکیان، حکمی و احدی (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند روشی که در آن احساسات تنظیم شوند بر کاهش رفتار خوردن هیجانی به واسطه کاهش پریشانی هیجانی اثرگذار است. هال و لن^{۱۶} (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که افراد دچار اضافه وزن با تعدیل رفتارهای هیجانی و تنظیم هیجان می‌توانند به نتایج مناسبی در کاهش وزن سریع و همچنین کاهش تنش و خستگی روانی دست یابند. اکبری و صیادپور (۱۳۹۷) دریافتند نارسایی هیجانی می‌تواند باعث رضایت از زندگی پایین در افراد فزون وزن شود.

همچنین یکی از جنبه‌های مهم تصویر خود که در موقعیت‌های اجتماعی ظهور می‌یابد، تصویر بدنی^{۱۷} می‌باشد. تصویر بدنی، ادراک فرد از اندازه و تناسب بدن است که با تفکر، احساسات و دیدگاه سایر افراد نسبت به بدن او همراه می‌باشد (تیگمن و زاکارو^{۱۸}، ۲۰۱۵). ایگلتون^{۱۹} (۲۰۱۱) تصویر بدنی را شامل افکار، اعتقادات، احساسات و رفتارهای مرتبط با بدن ادراک شده می‌باشد. زنان وقت، تلاش و هزینه زیادی را صرف رسیدن به تصویر ایده‌آل بدنی می‌کنند. افراد دچار اضافه وزن به خصوص زنان جوان فاقد اعتماد به نفس هستند، احساس می‌کنند که مورد قضاوت بیشتری از سوی دیگران قرار می‌گیرند. همچنین نتایج مطالعات حاکی از آن است که تصویر ذهنی از بدن اثرات مخرب‌تری نسبت به اضافه وزن واقعی افراد بر روی افسردگی و عزت نفس می‌گذارد که این امر ناشی از تأکید رسانه‌های گروهی و تبلیغات و ارزش‌های اجتماعی غربی در زمینه لاغری است (موسوی و همکاران، ۱۳۹۸؛ موسوی و محمودیان، ۱۳۹۶؛ پونده‌نژادان، عطاری و دردانه، ۱۳۹۷). یافته‌های پژوهشی کروملی، نمارک-سزتاينز، استوری و بوتل^{۲۰} (۲۰۱۰) و فلوک، فارهات و حینی^{۲۱} (۲۰۰۹) نشان دادند که افراد چاقی که از بدون خود رضایت دارند، بیشتر احتمال دارد رفتارهایی را انجام دهند که وزن خود را کنترل کنند. اما افراد چاقی که از بدن خود ناراضی هستند، رفتارهای غلطی مربوط به مدیریت وزن انجام داده و در معرض خطر اضافه وزن قرار می‌گیرند.

از طرفی بسیاری از مطالعات پیشین از درصد چربی بدن جهت تعیین اضافه وزن استفاده می‌کردند از آنجا که در این روش نیز اثر قد در تعیین اضافه وزن در نظر گرفته نمی‌شود، ممکن است در طبقه‌بندی افراد خطا صورت گیرد. بنابراین استفاده از معیاری که توده چربی بدن را به طور جداگانه و با در نظر گرفتن عامل قد اندازه‌گیری نماید، ضروری است (صمدی و همکاران، ۱۳۹۱). نمایه توده چربی بدن (FMI)^{۲۲} که از تقسیم میزان توده چربی بدن (کیلوگرم) بر مجذور قد (متر مربع) به دست می‌آید، می‌تواند

اگر مسیر رشد و تکامل افراد با کاهش تدریجی میزان فعالیت بدنی و افزایش مصرف غذاهای پرکالری همراه باشد به اضافه وزن، چاقی و انواع بیماری‌های مزمن می‌انجامد (رضوی و همکاران، ۱۳۹۹). در عین حال علل اضافه وزن و چاقی می‌تواند ترکیبی از عوامل محیطی و ژنتیکی باشد. از جمله این عوامل می‌توان به افزایش کالری دریافتی، بیماری‌های غدد، بیماری‌های ژنتیکی و مصرف داروها اشاره کرد (ماتلوز^۱، ۲۰۲۱). طی دهه‌های گذشته، شیوع اضافه وزن و چاقی در تمام نقاط جهان افزایش یافته و به نگرانی اصلی بهداشت عمومی تبدیل شده است (یو^۲، ۲۰۱۹). طبق جدیدترین آمارها، یک سوم جمعیت کشور معادل ۲۷ میلیون نفر دچار اضافه وزن و یا چاقی هستند که از این تعداد ۴۳ درصد را مردان و ۵۷ درصد را زنان تشکیل می‌دهند (طوافی، حاتمی، احدی و صراف‌زاده، ۱۳۹۸). تا چندی پیش تنها از زاویه جسمانی و پزشکی به علل و عوامل چاقی و پیامدهای آن پرداخته می‌شد اما در دهه گذشته مطالعه چاقی و اضافه وزن از منظر روانشناختی نیز گسترش چشمگیری داشت (لی، پارک و یون^۳، ۲۰۲۱).

یکی از مهم‌ترین همبسته‌های اضافه‌وزن وجود هیجان‌های منفی و ناکارآمد در ارتباط با رفتار خوردن می‌باشد (رابرت و دانگ^۴، ۲۰۱۵) که اگر بتوان ویژگی‌های روانشناختی مثبت را جایگزین آن نمود، در درمان این مشکل مؤثر می‌باشد. این در حالی است که افراد دچار اضافه وزن علاوه بر مشکلات جسمانی با مسائل و مشکلات روانشناختی مواجه‌اند (چنگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). باکر (۲۰۰۷) پردازش هیجان^۶ را در سه سطح «تشخیص و تجربه»، «کنترل و بیان» و «پردازش ناکافی» هیجان طبقه‌بندی کرد و معتقد است پردازش هیجانی در هر یک از این سه سطح می‌تواند با نقصان روبرو شود. این سه سطح شامل هشت سبک هستند؛ سبک‌های مربوط به تشخیص و تجربه هیجانی شامل فقدان همسویی^۷، ناموزونی^۸، برونی‌سازی^۹، سبک‌های مربوط به کنترل و بیان هیجان‌ات شامل سرکوب^{۱۰}، تجزیه^{۱۱}، اجتناب^{۱۲}، عدم کنترل^{۱۳}؛ و سبک مربوط به سطح پردازش ناکافی هیجان‌ات شامل مزاحمت^{۱۴} می‌باشد. نکته حائز اهمیت این است که ماهیت آشفتگی هیجانی در اختلالات مختلف به صورت متفاوتی بروز می‌نماید؛ برای مثال افراد مبتلا به بدریخت‌انگاری از رویدادهای ایجادکننده آشفتگی هیجانی اجتناب می‌کنند. به بیان دیگر این افراد از موقعیت‌های مرتبط با نقص ظاهری خود پرهیز می‌نمایند (باکر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۰؛ لطفی، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۲؛ مهری‌نژاد، بیجاری و نوروزی، ۱۳۹۵). در مطالعات

- 12 . avoidance
- 13 . uncontrolled
- 14 . intrusion
- 15 . Baker
- 16 . Hall & Lane
- 17 . Body image
- 18 . Tiggemann, & Zaccardo
- 19 . Igelton
- 20 . Cromley, Neumark-Sztainer, Story & Boutelle
- 21 . Flock, Farhat & Haynie
- 22 . Fat Mass Index

1. Matlosz
2. Yu
3. Lee, Park & Yeon
4. Roberts & Duong
5. Cheng
6. emotional processing
7. Lack of attunement
8. discordant
9. externalized
10. suppression
11. dissociation

رفتار در حوزه‌های مورد اهمیت برای فرد تأکید دارد (پولاکاناهو و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات زیادی به اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بهبود خوردن هیجانی (نوریان، آقایی و قربانی، ۱۳۹۴؛ محمدی و ووفایی مقدم، ۱۳۹۹) اجتناب تجربی (فناپی و سجادیان، ۱۳۹۵)، تمایز یافتگی خود و ارزیابی منفی در زنان (بنی طرفی و همائی، ۱۳۹۹)، پرخوری عصبی زنان (اشرفی و همکاران، ۱۳۹۹) دست یافته‌اند.

در زمینه اهمیت مقایسه دو رویکرد نظریه انتخاب و پذیرش و تعهد بایستی توجه داشت مدیریت هیجانات و مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد در مسیر تحقق هدف کاهش وزن می‌تواند مؤثر واقع شود و در میان درمان‌های موج سوم، مداخله‌های نظریه انتخاب و پذیرش و تعهد بیش از همه درمان‌ها بر افزایش مسئولیت‌پذیری مراجع و کنترل درونی درونی توسط خود شخص تأکید داشته‌اند. سلوک (۱۳۹۹) در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شهر تهران پرداخت که بر اساس آن نظریه انتخاب اثربخشی بیشتری داشت. در عین حال با توجه به اینکه در حیطه درمان مشکل اضافه وزن مطالعه‌ای در این زمینه مقایسه دو رویکرد در داخل و خارج از کشور انجام نشده است، انجام چنین پژوهشی ضروری به نظر می‌رسد. ممکن است یکی از عوامل تعیین کننده در بهبود اضافه وزن، آگاهی از نیازها و مسئولیت در برابر تصمیمات خود باشد که به فرد کمک می‌کند مصرف غذای خود را بهتر تنظیم کند (کابات-زین^۹، ۲۰۰۵). در همین راستا، هدف این پژوهش پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی مداخله مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان رویکرد پذیرش و تعهد بر ابعاد پردازش هیجانی، تصویر بدنی و نمایه توده چربی بدن در زنان دچار اضافه وزن تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر؟

روش

پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون و پس-آزمون سه گروهی بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دچار اضافه وزن شهر تهران بودند که در نیمه نخست سال ۱۴۰۰ به مراکز خانه سلامت شهر تهران مراجعه کردند (N=۲۴۱۷). ابتدا از بین آنان چند مرکز به طور تصادفی انتخاب شد و از بین مراکز انتخابی، ۳۶ نفر بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به طور تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (مداخله نظریه انتخاب)، آزمایش ۲ (مداخله پذیرش و تعهد) و کنترل جایگزین شدند. شرایط ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن BMI یا شاخص توده بدنی بین ۲۵ تا ۲۹/۹ کیلوگرم بر مترمربع، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، عدم مصرف دارو برای کاهش وزن، عدم

یک معیار مناسب برای پیشگویی توده چربی بدن و اضافه وزن باشد (تاملینسون، اریکسون، مارس و اونامبل^۱، ۲۰۱۹). این شاخص در پژوهش حاضر به جای نمایه توده بدن^۲ (BMI) به کار می‌رود و پیشگویی کننده دقیق‌تری برای ابتلا به بیماری‌ها است؛ چرا که BMI قادر نیست میان بافت چربی و غیرچربی تفاوت قابل شود و اضافه وزن را به خوبی ارزیابی نمی‌کند (وان دن و گلدبوهم^۳، ۲۰۰۶). بنابراین هنگام تعیین اضافه وزن، میزان چربی بدن باید در نظر گرفته شود. FMI این امکان را فراهم می‌کند که توده چربی بدن جداگانه در نظر گرفته شود و نسبت به قد بیان شود. ضخامت چین پوستی در ناحیه سه سر بازو^۴ در مطالعه‌ها FMI به عنوان شاخصی بهتر و کاربردی‌تر نسبت به درصد چربی بدن در تعیین اضافه وزن به کار می‌رود (باغین‌زاده، حاجی‌آقایی و طالبی، ۱۳۹۸). با این وجود در ایران مطالعه‌های محدودی در زمینه تعیین FMI و مقایسه آن با BMI انجام شده است.

به طور کلی چهار رویکرد عمده مبتنی بر شواهد برای درمان اضافه وزن و چاقی وجود دارد که شامل رژیم‌درمانی^۵، دارودرمانی^۶، جراحی^۷ و درمان‌های روان‌شناختی^۸ می‌باشد. این در حالی است که استفاده از درمان‌های روان‌شناختی باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی همایند یا چاقی می‌شوند و در طولانی مدت باعث تسهیل کاهش وزن می‌گردند. به تازگی درمان‌های موج سوم هم در حیطه چاقی و اضافه وزن وارد شده‌اند که از پیشگامان این موج، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشند (جوینز^۹، ۲۰۱۳).

گلاس (۲۰۱۲) در قالب مدل درمانی‌اش به مراجع می‌آموزد هر چیزی که از انسان سر می‌زند، یک رفتار است و افراد خودشان رفتارهای خود را انتخاب می‌کنند. هدف اصلی رویکرد مبتنی بر نظریه انتخاب آن است که به افراد آموزش دهد تا به نیازهای بنیادین روان‌شناختی خود مانند تعلق^{۱۰}، قدرت^{۱۱}، عشق^{۱۲}، بقا^{۱۳} و آزادی^{۱۴} آگاهی یابند و از به کارگیری کنترل بیرونی اجتناب ورزند؛ به عبارت دیگر واقعیت درمانی مبتنی بر نظریه گلاس با تمرکز بر زمان حال و بررسی تفاوت‌های فرهنگی به فرد کمک می‌کند تا مسئولیت و امور درست و نادرست زندگی خود را برای رفع مشکلات به عهده گیرد (گلاس، ۲۰۱۹). مطالعاتی حاکی از آن هستند که نظریه انتخاب بر بهبود اصلاح سبک زندگی زنان مبتلا به اضافه وزن (انتظاری، افخمی و نصیریان، ۱۳۹۴)، کیفیت زندگی زنان با پرخوری افراطی (انتظاری، محمدی، نظیری و امینی، ۱۳۹۹) تأثیر مثبت دارد.

یکی دیگر از روش‌های کارآمد در بهبود اضافه وزن زنان، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان توسط هیز^{۱۵} توسعه داده شد و اصول رفتاری، ذهن‌آگاهی و پذیرش را با هم ترکیب می‌کند. این درمان بر مقابله مبتنی بر پذیرش در مورد تجاربی که به آسانی قابل تغییر نیستند و تغییر

1. Tomlinson, Erskine, Morse & Onambélé
2. Body Mass Index
3. Van Den & Goldbohm
4. triceps skinfold thickness (TSF)
5. Diet therapy
6. Pharmacotherapy
7. Surgery
8. Psychotherapy

9. Joynz
10. belonging
11. Power
12. love
13. survival
14. freedom
15. Hayes
16. Kabat-Zinn

یانسگی یا بارداری، عدم ابتلا به پراشتهایی روانی (بر اساس مصاحبه بالینی)، عدم سوء مصرف مواد مخدر یا الکل، عدم ابتلا به هر گونه بیماری وابسته به هورمون‌های دخیل در سوخت و ساز بدن مانند دیابت، پرکاری یا کم‌کاری تیروئید و رضایت فرد از شرکت در پژوهش بود. از جمله معیارهای خروج نیز عدم شرکت در جلسات به صورت مداوم (دو جلسه بیشتر)، بیماری جسمانی در حین اجرای جلسات درمانی و عدم تمایل فرد به ادامه جلسات درمان بود. طرح پژوهشی مورد نظر در جلسه دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه پیام نور تهران مورد بررسی قرار گرفت و با کد شناسه (IR.PNU.REC.1400.037) مورد تصویب کمیته اخلاق واقع گردید. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی نمونه موردنظر با شماره‌هایی به عنوان کد مشخص شده و از ذکر نام آزمودنی خودداری به عمل آمد. همچنین پس از اتمام جلسات درمانی، گزارشی از بازخورد مداخله به آزمودنی‌ها داده شد. شایان ذکر است کلیه جلسات مداخله توسط پژوهشگر اجرا گردید و با توجه به شرایط ویروس کووید ۱۹، برگزاری جلسات درمانی به صورت ترکیبی (حضور و مجازی) برای هر رویکرد بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله گروهی نظریه انتخاب (گلاس، ۲۰۱۰)

جلسه	هدف	محتوا
۱	اعضا و ایجاد ارتباط	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی درمانگر، برقرار رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر، بحث در مورد اهداف و قوانین گروه
۲	آشنایی با مفاهیم نظریه انتخاب	برقراری رابطه درمانی، آشنایی افراد نمونه با مفاهیم روانشناسی کنترل درونی و بیرونی، آشنایی اولیه با نظریه انتخاب گلاس مانند مفاهیم انتخاب، مسئولیت‌پذیری و نیازهای بنیادین روانشناختی مانند تعلق، قدرت، عشق، بقاء و آزادی.
۳	آموزش نیازهای بنیادین	آموزش نیازهای بنیادین روانشناختی نظریه انتخاب گلاس شامل تعلق، قدرت، عشق، بقاء و آزادی. شامل آموزش پنج نیاز بنیادین روانشناختی به افراد نمونه و کمک به درک این پنج نیاز بود.
۴	آموزش رفتار کامل	در این جلسه آموزش رفتار کامل از دیدگاه گلاس پرداخته شد. گلاس رفتار را شامل چهار بخش فکر (تحلیل کردن، استدلال کردن و غیره)، عمل (راه رفتن و حرف زدن و غیره)، فیزیولوژی (عرق ریختن، لرزش بدن و غیره) و احساس (غم، شادی و غیره) می‌داند که هر یک از آنها یکی از چهارچرخ ماشین رفتار را تشکیل می‌دهند. به اعتقاد گلاس ما افسرده نمی‌شویم، ما افسردگی می‌کنیم. ما شاد نمی‌شویم، ما شادی می‌کنیم.
۵	توضیح مسائل روانشناختی	معرفی اضطراب، خشم و افسردگی از منظر نظریه انتخاب: یک رفتار کلی است که معطوف به هدفی است: پر کردن شکاف بین آنچه می‌خواهم (دنیای مطلوب) و آنچه دارم (دنیای دریافتی). معرفی هفت رفتار تخریب‌گر انسان (مثل غر زدن و گوش ندادن و غیره) و هفت رفتار سازگار (مثل گوش دادن، درک متقابل) و غیره.
۶	کنترل درونی	معرفی و بحث پیرامون کنترل درونی با آموزش اصول دهگانه نظریه انتخاب. توضیح مبسوط، مثال فراوان و درخواست از آنها برای ارائه نمونه و مثال‌های شخصی.

۷	مفهوم مسئولیت-پذیری	معرفی مفهوم مسئولیت-پذیری در این پژوهش به بررسی مفهوم مسئولیت‌پذیری و اهمیت آن در زندگی روزمره افراد پرداخته شد.
۸	آموزش مفهوم مسئولیت-پذیری	پس از بررسی تکلیف جلسه قبل مفهوم مسئولیت‌پذیری، برنامه ریزی برای رفتار مسئولانه، تعریف احساس کفایت و ارزشمندی، ایجاد احساس تعهد با هدف دستیابی افراد نمونه به حس ارزشمندی و محبت واقعی، کسب هویت موفق با داشتن تصویر روشنی از اهداف برای افراد نمونه تعریف شد. سپس افراد نمونه اهداف و امکانات موردنظر خود را برای رسیدن به هدف مشخص کردند.
۹	آموزش فنون تسهیل‌کننده تغییر رفتار	معرفی WDEP که در آن W معادل خواسته‌ها، D بیانگر عمل، E معادل ارزیابی و P بیانگر برنامه است؛ و کمک به گروه در جهت تدوین یک طرح عینی برای اجتناب از به-کارگیری و تن دادن به کنترل بیرونی، پذیرش مسئولیت و انتخاب کردن.
۱۰	آموزش مفهوم کلی رفتار	تکلیف جلسه قبل بررسی و مفهوم رفتار کلی آموزش داده شد و افراد نمونه آموختند که کنترل و تغییر رفتار، با تأکید بر چهار مؤلفه اصلی که شامل عمل، فکر، احساس و نشانه-های جسمانی امکان‌پذیر است. سپس بیان شد که تمامی آنچه از انسان سر می‌زند رفتاری کلی است.
۱۱	نیمرخ نیازهای اعضا	تکلیف جلسه قبل بررسی و نیمرخ نیازهای اعضا مشخص شد. افراد نمونه از توانمندی‌های خود آگاه شدند و در مورد جهان اطراف واقع‌بینی و خودآگاهی پیدا کردند و متوجه شدت نیازهای خود شدند.
۱۲	اختتامیه جلسات درمانی	ارزیابی محتوای آموزشی جلسات قبلی و اجرای پس‌آزمون و پاسخگویی افراد نمونه به پرسشنامه‌های پژوهش

جدول ۲. خلاصه جلسات مداخله گروهی پذیرش و تعهد

(هیز و همکاران، ۲۰۱۳)

جلسه	هدف	محتوا
۱	ارزیابی و جهت‌گیری درمان	آشنایی اولیه با مراجعین، برقراری رابطه مناسب و ایجاد اعتماد، معرفی درمانگر، معرفی درمان پذیرش و تعهد، اهداف و محورهای آن؛ تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان و اجرای پیش‌آزمون.
۲	ارزیابی‌های فردی	برقراری رابطه درمانی در بستر مصاحبه فردی، مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعین؛ ارزیابی میزان تمایل هر فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات از درمان پذیرش و تعهد، ایجاد درماندگی خلاق
۳	ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابط‌های بی اثر	مروری بر تجارب جلسات قبل؛ توضیح مفهوم پذیرش؛ شناسایی ارزش‌ها و بحث در مورد آن، توضیح در مورد نشانه‌های اضافه وزن؛ پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آنها و ارائه تکلیف
۴	تمرکز حواس و پذیرش	مروری بر تجارب جلسات قبل؛ تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بی‌په‌ودگی آنها؛ کشف موقعیت‌های اجتناب شده و تماس با آنها از طریق پذیرش؛ احساس کارایی و کنترل

ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ توسط طراحان آن گزارش شد. در ایران نیز لطفی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب همبستگی این مقیاس را با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴ به دست آوردند که حاکی از روایی همگرای آزمون است. ضریب آلفای کرونباخ نیز در پژوهش این نویسندگان ۰/۹۵ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر روایی ابزار با نظر متخصصان مورد تأیید قرا گرفت و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ سنجیده شد و ۰/۷۸ محاسبه گردید.

پرسشنامه ترس از تصویر بدنی: تصویر بدنی با استفاده از پرسشنامه استاندارد نگرانی درباره تصویر بدن لیتلتون^۱ و همکاران (۲۰۰۵) سنجیده شد که محمدی و سجادی‌نژاد (۱۳۸۸) آن را در ایران اعتباریابی کرده‌اند. این پرسشنامه ۱۹ عبارت دارد و نارضایتی و نگرانی فرد را درباره ظاهر خود بررسی می‌کند. هر کدام از عبارات در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) درجه‌بندی شده‌اند. دامنه نمرات بین ۱۹ تا ۹۵ بوده و کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده بالا بودن میزان نارضایتی از تصویر بدن یا ظاهر فرد است. هدف پرسشنامه، ارزیابی ترس از تصویر ظاهر و اندام خود از ابعاد مختلف (نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واریسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده، میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر در عملکرد اجتماعی فرد) می‌باشد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تمامی سؤالات با هم محاسبه می‌شوند. این امتیاز دامنه‌ای از ۱۹ تا ۹۵ خواهد داشت. همچنین این پرسشنامه دارای دو بُعد می‌باشد: نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واریسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده (۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹) و میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر در عملکرد اجتماعی فرد (۲، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳). لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی بررسی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را بدست آوردند. ضریب همبستگی هریک از سؤالات با نمره کل پرسشنامه از ۰/۳۲ تا ۰/۷۲ با میانگین ۰/۶۲ بوده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش شده است. در ایران بساک‌نژاد و غفاری (۱۳۸۶) روایی این آزمون را براساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند. انتظاری و علوی‌زاده (۱۳۹۰)، نیز همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ این آزمون را ۰/۸۹ گزارش کردند. بررسی ساختار عاملی پرسشنامه نشان‌دهنده دو عامل مهم و معنادار بود که عامل اول از ۱۲ ماده تشکیل شده و نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واریسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک‌شده را در برمی‌گیرد و عامل دوم با هفت ماده، میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم در پژوهش محمدی و سجادی‌نژاد (۱۳۸۸) به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی دو عامل ۰/۶۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر روایی ابزار با نظر متخصصان و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ سنجیده شد.

نمایه توده چربی بدن (FMI): برای محاسبه FMI ابتدا میزان توده چربی بدن با استفاده از فرمول دیزنبرگ^۲ محاسبه شد؛ به این ترتیب که

۵	همجوشی شناختی	تشریح توضیح رابطه منفی افکار برای افراد آزمودنی، تمرین راننده اتوبوس، افکار بر روی برگه‌های تمرین.
۶	مشاهده‌ی افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنشهای خود به تنهایی و خود در ارتباط با فرد، افکار بر روی برگه‌های تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
۷	انتخاب جهت ارزش‌ها	کمک به افراد برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی، تمرین چه چیزی در زندگی رابطه در حال حاضر می‌خواهم.
۸	شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده‌ی خود	بازبینی کاربرد ارزش‌ها، بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به افراد تا به جای غلبه بر آنها با آنها حرکت کنند. تمرین نوشتن بر روی سنگ قبر، کاربرد عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده‌ی اتوبوس.
۹	ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه خود	معرفی تمایل، بازبینی تمرین راننده اتوبوس و کاربرد عمل متعهد.
۱۰	پذیرش و اقدام متعهد	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه داشتن زوج‌ها در خود به‌عنوان زمینه رابطه، کاربرد اقدام متعهد، استعاره صفحه‌های شطرنج
۱۱	کار در جهت پایان	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه‌ی عمل متعهد، کاربرد اقدام متعهد
۱۲		بازبینی ارزشهای رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان، گرفتن کاربرد اقدام متعهد در خانه و اجرای پس‌آزمون

ابزار

مقیاس پردازش هیجانی: این مقیاس به وسیله باکر، توماس، توماس و آونز (۲۰۰۷) تهیه شده است. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۴۸ سوال بود که بعداً توسط باکر و همکاران (۲۰۱۰) کوتاه تر و نسخه ۲۵ سؤالی آن تهیه شد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب در این پرسشنامه، حداقل نمره ۲۵ و حداکثر نمره، ۱۲۵ می‌باشد. این مقیاس دارای ۵ بُعد است: سرکوبی (۷، ۹، ۱۶، ۱۹، ۲۵)، تجربه هیجانی ناخوشایند (۳، ۸، ۱۱، ۱۲، ۲۲)، نشانه‌های هیجانی پردازش (۱، ۲، ۵، ۲۰، ۲۴)، اجتناب (۴، ۱۳، ۱۴، ۲۱، ۲۳) و کنترل هیجانی (۶، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۸). باکر و همکاران (۲۰۰۷) ساختار عاملی این پرسشنامه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار داده و ۵ عامل استخراج کردند. ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی این مقیاس به

1. Littleton

2. Dezenberg

۱/۰۸	۱۶/۴۱	۲/۸۷	۱۲/۹۱	۱/۹۴	۱۴/۸۳	پس-آزمون	کنترل هیجانی
۳/۵۹	۳۳/۲۵	۴/۲۰	۳۲/۴۱	۳/۹۳	۳۴/۶۶	پیش-آزمون	نارضایتی و خجالت
۲/۳۵	۳۳/۵۰	۳/۹۰	۲۸/۸۳	۳/۴۴	۳۰/۶۶	پس-آزمون	از ظاهر خود
۲/۴۴	۲۴/۱۶	۳/۷۷	۲۵/۳۳	۲/۷۰	۲۵/۶۶	پیش-آزمون	نگرانی از ظاهر با عملکرد اجتماعی
۲/۱۱	۲۴/۰۸	۳/۶۷	۲۳/۶۶	۲/۴۹	۲۱/۵۰	پس-آزمون	
۰/۵۲	۷/۲۵	۰/۶۰	۷/۳۲	۰/۳۴	۷/۱۷	پیش-آزمون	نمایه توده چربی بدن
۰/۷۱	۶/۲۵	۰/۹۴	۵/۸۲	۰/۵۹	۵/۶۳	پس-آزمون	

با توجه به اطلاعات جدول ۳، میانگین نمرات تمام ابعاد پردازش هیجانی، تصویر بدنی و نمایه توده چربی بدن در گروه‌های آزمایش در مراحل پس-آزمون تغییراتی داشته است. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده به لحاظ آماری معنادار است یا خیر، از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه می‌باشد، نخست پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در سه گروه با استفاده از آزمون آمون شاپیرو و ویلک بررسی و تایید شد ($P < 0.05$). به‌منظور بررسی یکسانی ماتریس کواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که مفروضه یکسانی کواریانس برقرار می‌باشد ($P = 0.63$)، $F = 0.189$ ، $M = 34.63$ ، باکس). مفروضه مناسب و متعارف بودن همبستگی ترکیبی بین متغیرها از طریق آزمون کرویت بارتلت بررسی و تایید شد ($P = 0.01$). به‌منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد و سطح معناداری بیشتر خرده‌مقیاس‌ها بالاتر از 0.05 محاسبه گردید، [سرکوبی ($p = 0.85$)، تجربه هیجانی ناخوشایند ($p = 0.71$)، نشانه‌های هیجانی پردازش ($p = 0.59$)، اجتناب ($p = 0.03$)، کنترل هیجانی ($p = 0.99$)، نارضایتی و خجالت از ظاهر خود ($p = 0.73$)، نگرانی از ظاهر با عملکرد اجتماعی ($p = 0.48$)، نمایه توده چربی بدن ($p = 0.16$)]؛ لذا این فرض تایید شد ($p > 0.05$). با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کواریانس برقرار بود، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود.

بر اساس نتایج تحلیل کواریانس، تفاوت گروه‌های آزمایش نظریه انتخاب و پذیرش و تعهد و گروه کنترل در ترکیب خطی متغیرهای وابسته از نظر آماری معنادار است ($P < 0.05$)، $F = 2.42$ ، $P < 0.05$)، $F = 3.15$ ، $P < 0.05$) به بیان دیگر متغیر آزمایش بر ترکیب متغیرهای وابسته پس از تعدیل متغیرهای پیش آزمون، اثربخش بوده است. میزان ضریب اتا 0.84 و 0.88 به دست آمد؛ بدین معنا که 0.84 یا 0.88 از تغییرات ایجاد شده در ترکیب متغیرهای وابسته ناشی از مداخلات صورت گرفته بوده است. در ادامه به منظور بررسی این موضوع که تفاوت بدست آمده در ترکیب متغیرهای وابسته مشخصاً در کدامیک از متغیرهای وابسته و به چه میزان بوده است، در قالب جدول اثر

میزان توده چربی بدن با استفاده از سه متغیر وزن، TSF و جنسیت (مذکر عدد یک و مؤنث عدد دو) در این فرمول در نظر گرفته می‌شود:

$$DZ: FM (kg) = 0.342 \times \text{weight (kg)} + 0.256 \times \text{triceps skinfold (mm)} + 0.837 \times \text{sex (1=man, 2=woman)} - 7.388$$

سپس با تقسیم میزان توده چربی محاسبه شده (kg) به مجذور قد (m^2) نمایه توده چربی بدن (FMI) محاسبه می‌گردد (ایسنمان، هیلان و ویلک، ۲۰۰۴). داشتن FMI مساوی یا بیشتر $7/2$ بر اساس مرجع محاسبه شده در مطالعه ناکو و کومیا (۲۰۰۳) به عنوان اضافه وزن واقعی فرد در نظر گرفته شد (صمدی و همکاران، ۱۳۹۱).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی LSD توسط نرم‌افزار SPSS 25 استفاده گردید.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد دامنه سنی شرکت کنندگان در پژوهش، ۲۵ تا ۴۵ سال با میانگین $34/72$ و انحراف استاندارد $0/48$ بوده است. برای بررسی مقایسه اثربخشی دو روش مداخله درمانی نظریه انتخاب و پذیرش و تعهد بر ابعاد پردازش هیجانی، تصویر بدنی و نمایه توده چربی بدن زنان دچار اضافه وزن از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. در جدول ۳، میانگین و انحراف استاندارد این متغیرها در مراحل پیش-آزمون و پس‌آزمون در سه گروه ارائه شده است.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها

ابعاد	مرحله	گروه نظریه انتخاب		گروه پذیرش و تعهد		گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
سرکوبی	پیش-آزمون	۱۶/۴۱	۳/۲۶	۱۶/۰۰	۲/۲۵	۱۸/۰۸
	پس-آزمون	۱۴/۶۶	۲/۷۷	۱۴/۰۱	۲/۲۱	۱۶/۶۶
تجربه هیجانی ناخوشایند	پیش-آزمون	۱۵/۰۸	۲/۴۲	۱۶/۵۸	۲/۴۳	۱۶/۰۰
	پس-آزمون	۱۳/۴۱	۲/۷۱	۱۳/۵۰	۱/۹۷	۱۵/۳۳
نشانه‌های هیجانی پردازش	پیش-آزمون	۱۴/۴۱	۲/۳۹	۱۶/۵۰	۲/۵۰	۱۵/۹۱
	پس-آزمون	۱۳/۰۸	۲/۱۱	۱۳/۰۰	۱/۲۰	۱۵/۰۸
اجتناب	پیش-آزمون	۱۵/۴۱	۳/۰۲	۱۶/۵۰	۲/۶۴	۱۵/۳۳
	پس-آزمون	۱۴/۲۵	۲/۴۵	۱۴/۱۶	۱/۳۳	۱۵/۰۰
	پیش-آزمون	۱۷/۹۱	۲/۶۷	۱۶/۲۵	۳/۲۵	۱۷/۰۸

بین آزمودنی‌ها به بررسی اثر گروه به طور جداگانه در تک تک متغیرهای وابسته پرداخته می‌شود.

جدول ۴: مقایسه اثرات بین آزمودنی‌ها برای متغیرهای پژوهش در پس آزمون

ابعاد	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	
					اندازه اثر	معنی‌داری
سرکوبی	۱۶۵/۰۱	۲	۲۳/۵۷	۷/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳
تجربه هیجانی ناخوشایند	۹۷/۵۱	۲	۱۳/۹۳	۴/۰۶	۰/۰۰۳	۰/۵۰
نشانه‌های هیجانی پردازش	۱۰۶/۴۳	۲	۱۵/۲۰	۳/۷۹	۰/۰۰۵	۰/۴۸
اجتناب	۹۰/۵۸	۲	۱۲/۹۴	۲/۷۴	۰/۰۲۷	۰/۴۰
کنترل هیجانی	۱۱۳/۱۶	۲	۱۶/۱۶	۳/۰۶	۰/۰۱۶	۰/۴۳
نارضایتی و خجالت از ظاهر خود	۱۳۲/۶۶	۲	۶۷/۳۳	۶/۰۹	۰/۰۰۶	۰/۲۷
نگرانی از ظاهر با عملکرد اجتماعی	۴۶/۱۶	۲	۲۳/۰۸	۲/۸۵	۰/۰۷۲	۰/۱۴
نمایه توده چربی بدن	۱۹/۹۶	۲	۹/۹۸	۲/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵

یافته‌های جدول ۴ مشخص کرد که بین همه متغیرها به جز تداخل نگرانی از ظاهر با عملکرد اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. ملاحظه می‌شود که در پس‌آزمون متغیرهای سرکوبی ($F=7/02, MS=23/57, P<0/05$)، تجربه هیجانی ناخوشایند ($F=4/06, MS=13/93, P<0/05$)، نشانه‌های هیجانی پردازش ($F=3/79, MS=15/20, P<0/05$)، اجتناب ($F=2/74, MS=12/94, P<0/05$)، کنترل هیجانی ($F=3/06, MS=16/16, P<0/05$)، نارضایتی و خجالت از ظاهر خود ($F=6/09, MS=67/33, P<0/05$)، نارضایتی و خجالت از ظاهر خود ($F=6/09, MS=67/33, P<0/05$) و نمایه توده چربی بدن ($F=2/26, MS=9/98, P<0/05$)، تفاوت بین میانگین‌ها معنادار است. همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که ۰/۶۳ از واریانس سرکوبی، ۰/۵۰ از واریانس تجربه هیجانی ناخوشایند، ۰/۴۸ از واریانس نشانه‌های هیجانی پردازش، ۰/۴۰ از واریانس اجتناب، ۰/۴۳ از واریانس کنترل هیجانی، ۰/۲۷ از واریانس نارضایتی و خجالت از ظاهر خود و ۰/۵۵ واریانس نمایه توده چربی بدن به روش‌های مداخله‌ای مربوط می‌شود.

جهت بررسی این فرضیه که دو درمان دارای اثربخشی متفاوتی بر متغیرهای پژوهش می‌باشند، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول ۵: مقایسه زوجی گروه‌های آزمایش ۱ (نظریه انتخاب) و آزمایشی ۲ (پذیرش و تعهد) و کنترل در پردازش هیجانی

متغیر	گروه (I)	گروه (II)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
سرکوبی	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	-۱/۴۰*	۰/۵۵۳	۰/۰۱۴
	کنترل	نظریه انتخاب	-۱/۰۰	۰/۵۵۳	۰/۰۷۶
	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	۱/۴۰*	۰/۵۵۳	۰/۰۱۴
	کنترل	نظریه انتخاب	۱/۰۰	۰/۵۵۳	۰/۴۷۳
تجربه هیجانی ناخوشایند	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	-۰/۹۰	۰/۴۹۹	۰/۰۷۷
	کنترل	نظریه انتخاب	-۱/۲۵*	۰/۴۹۹	۰/۰۱۵
	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	۰/۹۰	۰/۴۹۹	۰/۰۷۷
	کنترل	نظریه انتخاب	-۰/۳۵	۰/۴۹۹	۰/۴۸۷
نشانه‌های هیجانی پردازش	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	-۱/۹۰*	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
	کنترل	نظریه انتخاب	-۱/۰۵*	۰/۵۰۸	۰/۰۴۳
	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	۱/۹۰*	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
	کنترل	نظریه انتخاب	۰/۸۵	۰/۵۰۸	۰/۱۰
اجتناب	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	-۱/۹۰*	۰/۵۱۲	۰/۰۰۱
	کنترل	نظریه انتخاب	۰/۵۵	۰/۵۱۲	۰/۲۸۸
	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	۱/۹۰*	۰/۵۱۲	۰/۰۰۱
	کنترل	نظریه انتخاب	۱/۳۵*	۰/۵۱۲	۰/۰۱۱
کنترل هیجانی	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	-۱/۹۵*	۰/۵۹۷	۰/۰۰۲
	کنترل	نظریه انتخاب	-۰/۶۵	۰/۵۹۷	۰/۲۸۱
	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	۱/۹۵*	۰/۵۹۷	۰/۰۰۲
	کنترل	نظریه انتخاب	۱/۳۰*	۰/۵۹۷	۰/۰۳۴
نارضایتی و خجالت از ظاهر خود	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	۱/۸۳	۱/۳۴۷	۰/۱۸۳
	کنترل	نظریه انتخاب	-۲/۸۳*	۱/۳۴۷	۰/۰۴۳
	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	-۱/۸۳	۱/۳۴۷	۰/۱۸۳
	کنترل	نظریه انتخاب	-۴/۶۶*	۱/۳۴۷	۰/۰۰۱
نمایه توده چربی بدن	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	-۰/۱۹	۰/۲۸۶	۰/۵۰۸
	کنترل	نظریه انتخاب	-۱/۶۶*	۰/۲۸۶	۰/۰۰۱
	پذیرش و تعهد	نظریه انتخاب	۰/۱۹	۰/۲۸۶	۰/۵۰۸
	کنترل	نظریه انتخاب	-۱/۴۷*	۰/۲۸۶	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول ۵، مداخله نظریه انتخاب نسبت به درمان پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری بر پردازش هیجانی ناسالم زنان دچار اضافه وزن دارد. این در حالی است که در مورد تصویر بدنی و نمایه توده چربی بدن تفاوت معناداری بین دو مداخله وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر رویکرد نظریه انتخاب و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد پردازش هیجانی در زنان دچار اضافه وزن شهر تهران انجام شد. نتایج این بررسی نشان دهنده وجود تفاوت معنادار از لحاظ بهبود سرکوبی، تجربه هیجانی ناخوشایند، نشانه‌های هیجانی پردازش، اجتناب و کنترل هیجانی بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل بود که این تفاوت‌ها بیان کننده بهبود این ابعاد پس از اجرای جلسات درمانی است. این نتیجه با مطالعات اشرفی و همکاران (۱۳۹۹)، انتظاری و همکاران (۱۳۹۹)، انتظاری و همکاران (۱۳۹۴)، بنی طرفی و همائی (۱۳۹۹)، محمدی و وفايي مقدم (۱۳۹۹)، پارسامنش و همکاران (۱۳۹۶)، خدابخش و کیانی (۱۳۹۵)، فنایی و سجادیان (۱۳۹۵)، انتظاری و همکاران (۱۳۹۴)، نوریان و همکاران (۱۳۹۴)، پولای تاهو و همکاران (۲۰۱۹) و برادن^۱ و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. همچنین درمان مبتنی بر نظریه انتخاب نسبت به درمان پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در کاهش پردازش هیجانی ناسالم شرکت‌کنندگان داشت. در زمینه مقایسه مداخله‌های نظریه انتخاب و پذیرش و تعهد بر زنان دچار اضافه وزن تا کنون سلوک (۱۳۹۹) به مقایسه این دو درمان بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شهر تهران پرداخت که بر اساس آن نظریه انتخاب اثربخشی بیشتری داشت و این یافته همسو با پژوهش حاضر است.

بر اساس نتایج مطالعات افراد دچار اضافه وزن با تعدیل رفتارهای هیجانی و تنظیم هیجان می‌توانند به نتایج مناسبی در کاهش وزن سریع و همچنین کاهش تنش و خستگی روانی دست یابند (هال و لن، ۲۰۱۵). لیهی (۲۰۰۳) بر این باور است که افراد با پردازش هیجانی ناسالم، به احتمال زیاد در برابر هیجانی خاص مقاومت نشان می‌دهند و از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کنند (لیهی، ۲۰۰۳). همچنین این مدل بر غلبه بر اجتناب، افزایش فرایندهای هیجانی و نقش شناخت در تجربه‌های هیجانی تأکید دارد. در این مدل نقش هیجان‌ها و راهبردهای پردازش هیجانی برجسته شده است. همچنین لیهی (۲۰۰۲) بر نحوه مفهوم سازی افراد از یک تجربه هیجانی، نوع انتظاراتشان از آن تجربه، چگونگی قضاوت درباره هیجان‌شان و رفتارها و برنامه‌ریزی‌های فرد در پاسخ دهی به آن تجربه هیجانی، تأکید دارد. علاوه بر این، هیجان‌ها و احساس‌های بدنی خیلی سریعتر از شناخت‌واره‌ها به کار می‌افتند (یانگ و هیوسوک^۲، ۲۰۱۶).

به اعتقاد گلاسر (۲۰۱۳) اصلاح عادات افراد در قالب رویکرد انتخاب باعث می‌شود افراد مسئولیت‌پذیرتر باشند و رفتارها از جمله خوردن هیجانی را که حاصل انتخاب آنهاست، بهتر کنترل کنند. بر اساس مطالعه انتظاری و همکاران (۱۳۹۹) اصلاح سبک زندگی افراد دچار اضافه وزن با بهره‌گیری از

رویکرد نظریه انتخاب می‌تواند مسئولیت‌پذیری و رفتار سالم عاطفی را در آنها ارتقا دهد.

رفتارهای خوردن آشفته که در نتیجه پردازش هیجانی ناسالم اتفاق می‌افتد به عنوان کارکرد تنظیم عواطف به فرد دچار اضافه وزن کمک می‌کند تا بتواند با حالات عاطفی نامطلوب خود کنار بیاید. این در حالی است که مولفه‌های شناختی اغلب دیرتر از هیجان‌ها و احساس‌های بدنی شکل می‌گیرند. بسیاری از طرحواره‌ها در مراحل پیش کلامی بوجود می‌آیند. به خاطر همین بعد هیجانی و مکان ضبط شدن آنها است که افراد بسیاری از مشکلات شناخت کافی دارند؛ اما در مواقع لزوم نمی‌توانند رفتار مناسبی داشته باشند و این یکی از نقص‌های درمان‌های شناختی است (علی‌آبادی، شاره و توننده‌جانی، ۱۳۹۸).

تغییر در درمان مبتنی بر نظریه انتخاب، مستلزم فرایند تدریجی فعال-سازی هیجان است. این امر با استفاده از تکنیک‌های تجربی، غلبه بر اجتناب، کاهش رفتارهای مختل کننده و تسهیل شرایط بهبود هیجانی، میسر می‌گردد. درمانگر به بیماران کمک می‌کند تا احساسات اولیه و نیازهای اساسی خود را بشناسند و آنها را به زبان بیاورند و سپس به توانایی‌های درونی خود دست یابند. علاوه بر این، درمان مبتنی بر نظریه انتخاب، مداخلات درمانی گوناگونی را برای هیجان‌های متفاوت توصیه می‌کند.

از طرفی در فرایند پرخوری هیجانی، مؤلفه پذیرش بدون قضاوت، مهم و ضروری است. در سطوح بالای پذیرش، فرد متوجه برانگیختگی روانی خود می‌شود و لذا به اعلام تعهد و قدم برداشتن در مسیر زندگی سالم تشویق می‌شود و در این بین با موانعی مانند افکار و احساسات منفی مواجه خواهد بود. اگر فرد بتواند با تکیه بر سیستم خودتنظیمی این هیجان‌ات ناسالم را به درستی پردازش کند به نتایج موفقیت‌آمیزی دست می‌یابد. در عین حال مطالعات حاکی از زمانبر بودن این فرایند در بستر درمان پذیرش و تعهد است.

در روند پژوهش حاضر، پژوهشگر با محدودیت‌هایی روبرو بود که ممکن است بر کیفیت نتایج تأثیر گذاشته باشند. به دلیل پراکندگی آزمودنی‌ها محدودیت در هماهنگ کردن مکان اجرای پژوهش وجود داشت و لذا پژوهشگر فقط به بررسی زنان دچار اضافه وزن منطقه یک شهر تهران پرداخت که جایگاه اجتماعی و اقتصادی این افراد ممکن است قابلیت تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه سازد. محدودیت دیگر این پژوهش، استفاده از پرسشنامه به عنوان تنها ابزار جمع‌آوری داده‌ها و عدم وجود مرحله پیگیری بود.

با توجه به اندک بودن شمار پژوهش‌ها در زمینه پردازش هیجانی، پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی روابط اجتماعی افراد دچار وزن نیز انجام گیرد تا از بروز مشکلات برای این افراد جلوگیری به عمل آید. همچنین بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که مراکز درمانی، آموزش سبک زندگی و مدیریت سالم هیجان‌ات را در خصوص افراد دچار اضافه وزن مورد توجه قرار دهند.

منابع

- پرسشنامه تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و عزت نفس در دختران نوجوان. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۱۳(۱)، ۸۳-۹۹.
- مهری‌نژاد، سیدابوالقاسم؛ فرح، اعظم و نوروزی، مهسا. (۱۳۹۵). مقایسه سوگیری توجه و سبک‌های پردازش هیجانی در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مبتلا به بدریخت‌انگاری و غیرمبتلا. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۴)، ۹۸-۱۱۴.
- نوریان، لیلی؛ آقایی، اصغر و قربانی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر خوردن هیجانی در زنان چاق. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۶(۲)، ۱۵-۲۳.
- اشرفی، سحر؛ بحرینیان، عبدالمجید؛ علیزاده، کبری و دلاور، علی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پرخوری عصبی زنان دارای اضافه وزن. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۲)، ۱۸۲-۱۹۱.
- اکبری، محمد و صادپور، زهره. (۱۳۹۷). نقش نارسایی هیجانی و نشخوار فکری در پیش‌بینی رضایت از زندگی مبتلایان به چاقی. *فصلنامه روانشناسی تحولی*، ۱۵(۵۷)، ۵۹-۶۹.
- انتظاری، سمیه و علوی زاده، محمدرضا. (۱۳۹۱). رابطه بین ترس از بدریختی بدن و انگاره-پردازشی خودکشی در بین زنان و مردان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پوست، مو و وزن شهر تهران. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*.
- آگاه هریس، مژگان؛ علیپور، احمد؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ موسوی، الهام و نوحی، شهناز. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانگری مبتنی بر اصلاح سبک زندگی و گروه‌درمانگری شناختی بر مدیریت وزن و ارتقای کیفیت زندگی زنان دارای اضافه وزن. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۱۱(۱)، ۷۵-۸۱.
- باباخانلو، اشرف؛ حقایق، عباس؛ مرادی‌منش، فردین و دهقانی، اکرم. (۱۳۹۹). خوردن هیجانی و خودشفقت‌ورزی در افراد فربه: نقش واسطه‌ای پردازش هیجانی. *فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۷(۶۶)، ۲۰۵-۲۱۶.
- بنی‌طرفی، مریم و همایی، رضوان. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایز یافتگی خود، نگرانی از بدریختی بدن و ارزیابی منفی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز زیبایی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۷(۵)، ۱۳۰-۱۴۴.
- پارسامنش، فریبا؛ کراسکسان، آدیس؛ حکمی، محمد و احدی، حسن. (۱۳۹۶). اثربخشی مدل تنظیم هیجان گروس بر تحمل آشفتگی هیجانی و پرخوری هیجانی. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۸(۳)، ۵۲-۲۳.
- خدابخش، محمدرضا و کیانی، فریبا. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای مشکلات تنظیم هیجان در رابطه ناگویی خلقی با رفتارهای خوردن آشفته در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۰(۲)، ۴۴-۵۱.
- رضوی، زهرا؛ یدری مقدم، رشید؛ وحیدی‌نیا، علی‌اصغر؛ محمدی، یونس، کاویانی‌فرد، امین؛ جاهداری، احمد؛ حاتمی، الهام و کاویانی، الهام. (۱۳۹۹). تأثیر اصلاح عادات رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی در درمان اضافه وزن و چاقی در کودکان مبتلا به اضافه وزن و چاقی. *مجله علمی پژوهان*، ۱۸(۴)، ۴۶-۵۳.
- سلوک، سمانه. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر و درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار شهر تهران. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۵(۴۶)، ۱۲-۲۷.
- طوافی، مارال؛ حاتمی، محمد؛ احدی، حسن و صرافی‌زاده، سارا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی نظم‌جویی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش وسوسه خوردن در افراد مبتلا به پرخوری هیجانی و دارای اضافه وزن. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم*، ۷(۲۵)، ۱۲-۵.
- فناپی، سعیده و سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی افراد دارای اضافه وزن و چاقی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۳.
- لطفی، صدیقه؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد. (۱۳۹۶). مقایسه پردازش هیجانی و ترس از ارزیابی‌های مثبت و منفی در زنان دارای فوبی اجتماعی و زنان عادی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۴(۵۳)، ۱۰۱-۱۱۱.
- محمدی، نورالله و سجادی‌نژاد، مرضیه سادات. (۱۳۸۸). ارزیابی شاخص‌های روانسنجی

- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 167-178.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic research*, 68(1), 83-88.
- Crocker, J., & Garcia, J. A. (2011). Self-esteem and the stigma of obesity Weight bias: Nature, consequences, and remedies, 165-174.
- Eisenmann, J. C., Heelan, K. A. & Welk, G. J. (2004). Assessing body composition among 3- to 8-year-old children: anthropometry, BIA, and DXA. *Obesity Research*; 12(10): 1633-40.
- Gelfand, L., Ervin, M. C., & Germ, S. R. (2018). Commentary: Pattern destabilization and emotional processing in cognitive therapy for personality disorders. *Frontiers in psychology*, 9, 1845.
- Glasser, W. (2003). *Warning: Psychiatry can be hazardous to your mental health*. HarperCollins Publishers.
- Glasser, W. (2010). *Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry*. New York: Harper Collins Publication
- Glasser, W. (2019). Reality/Choice Theory. *Contemporary Case Studies in School Counseling*, 79.
- Hall, C. J., & Lane, A. M. (2015). Effects of rapid weight loss on mood and performance among amateur boxers. *British journal of sports medicine*, 35(6), 390-395.
- 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): 180-198.
- Joyntz, T. (2013). The impact of depression, anxiety, emotional eating and self-esteem on Obesity. *Journal of Clinical Nutrition*, 92(5):948-958.
- Lee, K. J., Park, J. L., & Yeon, S. (2021). The effects of extracorporeal shock wave therapy vs hand massage on serum lipids in overweight and obese women. *Annals of Medicine and Surger*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.01.005>
- Matłosz, P. (2021). Prevalence of Overweight, Obesity, Abdominal Obesity, and Obesity-Related Risk Factors in Polish Preschool Children: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 70-90.
- Mocan, N. H., & Tekin, E. (2009). Obesity, self-esteem and wages (No. w15101). National Bureau of Economic Research.
- Roberts, R. E., & Duong, H. T. (2015). Does major depression affect risk for adolescent obesity? *journal of affective disorders*, 186, 162-167.
- Tomlinson, D. J., Erskine, R. M., Morse, C. I. & Onambélé, G. L. (2019). Body Fat Percentage, Body Mass Index, Fat Mass Index and the Ageing Bone: Their Singular and Combined Roles Linked to Physical Activity and Diet. *Nutrients*, 11, 195; doi:10.3390/nu11010195.
- Yu, S. (2019). Prevalence of Obesity and Associated Risk Factors and Cardiometabolic Comorbidities in Rural Northeast China. *BioMed Research International*, 19, doi.org/10.1155/2019/6509083