Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 2/ No. 2/ Summer 2015
Page: 28-38

Flexibility in individuals with overweight

Saideh Fanaee (MSc), Azam Habibollahi (MSc), Ahmad Ghazanfari (Ph.D)
1- MSc in General Psychology at Islamic Azad University, Science and Research Branch Branch of Tehran(Esfahan) , Iran (Corresponding Author).Email :fanayim@yahoo.com
2- MSc in clinical psychology at Islamic Azad University, Science and Research Branch of Naiafabad , Iran
3-Associate Professor of Shahrekord Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Abstract

Introduction: The terms overweight and obesity refers to a set of medical conditions which it can be had multiple health problems.

Purpose: The purpose of this study was to examine effectiveness of cognitive-behavioral therapy on mental health and psychological flexibility in individuals with overweight.

Method: The present study was administered with a quasi-experimental design with pretest, posttest, follow up and control group. Statistical society included all of individuals with overweight that were clients of nutrition clinics and sport clubs of Esfahan city, in 2014 that among them 40 persons selected by convenience sampling and assigned randomly in one experimental group (n=20) and one control group (n=20). 8 sessions of cognitive-behavioral therapy (each of them was 2 houres) performed for experimental group while control group received no intervention. General Health Questionnair−12 (GHQ-12) and Acceptance and Action Questionnaire for Weight related problems (AAQW) used as the instruments of the study in pre-test, post test and follow up stages for two groups. Data analyzed through ancova and Mann- Witney U test.

Results: Results showed that cognitive behavioral therapy caused to significant improvement of mental health and reduction of psychological flexibility in post-test. These effects maintained in follow up stage.

Conclusion: Based on the results of this study, cognitive behavioral therapy can considered as an efficient intervention to improvement of mental health in individuals with overweight. However Based on the results of this study, the claim of acceptance and commitment therapy approach confirmed as reduction of psychological flexibility in procedure of cognitive behavioral therapy.

Keyword: Cognitive Behavioral Therapy, Mental Health, Psychological Flexibility, Overweight

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال دوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۴
صفحات: ۳۸-۲۸

اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر سلامت روان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد دارای اضافه وزن

سعیده فنایی (MSc)[۱]، اعظم حبیب الهی (MSc)[۲]، احمد غضنفری (PHD)[۳]
۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران (اصفهان)، ایران (مولف‌مسئول) fanayim@yahoo.com
۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد
۳- دانشیار روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد

چکیده

مقدمه: اصطلاحات اضافه وزن و چاقی به مجموعه‌ای از شرایط پزشکی اشاره دارد که این حالت می‌تواند با مشکلات متعدد سلامت و کاهش طول عمر همراه باشد.

هدف : هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثرات مثبت و منفی درمان شناختی-رفتاری بر سلامت روان و انعطاف پذیری روانشناختی در افراد دارای اضافه وزن بود.

روش: طرح این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون، پگیری و گروه کنترل، بود. جامعه ی پژوهش، شامل کلیه‌ی افراد دارای اضافه وزن بین ۲۰ تا ۵۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک-های تغذیه و کلوب‌های ورزشی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ بود که از میان آنها تعداد ۴۰ نفر، به روش نمونه‌گیری دردسترس به عنوان نمونه‌ی پژوهش، انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه‌ی دو ساعته‌ی درمان شناختی- رفتاری دریافت کردند، در حالیکه گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۱۲ سؤالی (GHQ-12) و پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل برای مشکلات مربوط به وزن (AAQW)، به عنوان ابزار پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، برای دو گروه مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها توسط تحلیل کواریانس و آزمون مان ویتنی- یو مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج، نشان داد که درمان شناختی- رفتاری، در مرحله‌ی پس آزمون، منجر به افزایش معنادار سلامت روان و کاهش معنادار انعطاف پذیری روانشناختی شد. این اثرات در مرحله‌ی پیگیری نیز تداوم یافته بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج پژوهش حاضر، درمان شناختی- رفتاری، می-تواند به عنوان یک مداخله‌ی اثربخش در افزایش سلامت روان افراد دارای اضافه وزن، محسوب شود. با این حال، براساس نتایج پژوهش حاضر، ادعای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبنی بر کاهش انعطاف پذیری روانشناختی در روند درمان شناختی- رفتاری، تأیید شد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، سلامت روان، انعطاف پذیری روانشناختی، اضافه وزن

مقدمه

اصطلاحات اضافه وزن و چاقی به مجموعه‌ای از شرایط پزشکی اشاره دارد که طی آن، که چربی اضافی بدن به میزانی بیش از حد نیاز بدن، انباشته می‌شود که این حالت می‌تواند با مشکلات متعدد سلامت و کاهش طول عمر همراه باشد (گری و فوجیکا[1]، اثرات مخرب اضافه وزن، صرفاً حیطه‌ی سلامت جسمی را به خطر نمی‌اندازد بلکه می‌تواند به عنوان تهدیدی قابل توجه برای سلامت روانشناختی افراد مبتلا نیز به شمار آید (مازوچی، موسکاتلو، ویلانووا، ساپپینی و مارچزینی[2]، ۲۰۰۸). اگرچه همه‌ی افراد دارای اضافه وزن، لزوماً دارای وضعیت سلامت نامناسبی نیستند ولی این گروه از افراد، از جمله گروه‌هایی هستند که به دلیل عوامل مختلف فرهنگی و اجتماعی، در معرض ارزیابی منفی از تصویر بدنی، کبود عزت نفس و اعتماد به نفس و در نتیجه خلق منفی و سطوح پایین سلامت روانی هستند (گرین، اسکات، کروس، لیو و هالنگرن[3]، ۲۰۰۹). افراد دارای اضافه وزن و چاق نسبت به افراد دارای وزن طبیعی به احتمال بیشتری از خود ناراضی هستند، به ظاهر خود اشتغال ذهنی داشته و از تعاملات اجتماعی اجتناب می‌کنند که همگی این عوامل، به احتمال کاهش سطح سلامت روان در این افراد، دامن می‌زند (گیلبرت و مایر[4]، ۲۰۰۵).

سلامت روان، یک حالت عملکرد روانی موفق است که منتج به فعالیتهای سازنده، روابط رضایت بخش و توانایی سازگاری با تغییرات و محدودیتها و مقابله با پیشامدهای ناخوشایند می‌شود (کان و فاوست[5]، ۲۰۰۸). امروزه این موضوع مورد تأکید نظریه پردازان و پژوهشگران حوزه‌ی سلامت روان است که عدم وجود نشانه‌های آسیب شناسی روانی، به معنای وجود سلامت روان نیست. به عبارت دیگر، برای اینکه فردی، دارای سلامت روان، محسوب گردد، لازم است که علاوه بر نداشتن اختلالات مختلف روانی و شخصیت، حائز ملاکهای مختلف مطرح برای سلامت روان نیز باشد (مک دونالد[6]، ۲۰۰۶). مؤلفه‌های مطرح شده برای سلامت روان، که در ابزارهای سنجش این متغیر نیز بسیار مورد تأکید قرار می‌گیرند، اکثراً حول مؤلفه‌هایی خاص مانند سلامت خلقی، هیجانات مثبت، سلامت روابط بین فردی و منابع مقابله با استرس، متمرکز هستند (کیس[7]، ۲۰۰۷؛ مک دونالد، ۲۰۰۶). از جمله مؤلفه‌هایی که در زمینه‌ی مطالعات حیطه‌ی سلامت روان و ابزارهای سنجش سلامت روان، کمتر مورد تأکید قرار گرفته است، مفهوم انعطاف پذیری روانشناختی است که به طور ویژه توسط رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مطرح شده است (هیس و استروسبل[8]، ۲۰۱۰).

1- Gray & Fujioka
2- Marzocchi, Moscatiello, Villanova, Suppini, Marchesini
3- Green,Scott,Cross,Liao&Hallengren
4- Gilbert & Mayer
5- Kahn & Fawcett
6- MacDonald
7- Keyes
8- Hayes & Strosabl

انعطاف پذیری روانشناختی، به میزان تجربه پذیری فرد در مقابل تجارب درونی و بیرونی گفته می‌شود. این ویژگی شخصیتی، در افراد مختلف به درجات مختلف مشاهده می‌گردد و نوع واکنش افراد را در مقابل تجارب جدید معین می‌کند (کشدان و روتن برگ[1]، ۲۰۱۰). انعطاف پذیری روانشناختی یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده است (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶)، به طوریکه فرد بتواند با تجارب درونی و بیرونی منفی و ناخوشایند خود، روبه رو گردد و درعین حال سازگاری و تعادل روانشناختی خود را حفظ نماید (مستن[2]، ۱۹۹۴؛ مک آلیستر و مکنان[3]، ۲۰۰۸). اشخاص انعطاف پذیر، هم درباره‌ی دنیای درونی و هم درباره‌ی دنیای بیرونی، کنجکاو هستند و زندگی آنها از لحاظ تجربه غنی است، چون تجارب جدید را می‌پسندد و خواهان تجربه‌ی آن هستند. آنها نه تنها از مواجهه با تجارب درونی و بیرونی اجتناب نمی‌کنند، بلکه حتی گاهی خود به دنبال تجارب می‌روند و سعی می‌کنند انواع مختلفی از تجربیات جدید را داشته باشند (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰).

انعطاف پذیری روانشناختی، اولین بار در مباحث مشاوره و روان درمانی، به طور جدی توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مطرح شد و به عنوان هدف اصلی این رویکرد مشاوره و روان درمانی مطرح شد (هیس، پنکی و گریگ[4]، ۲۰۰۲). این رویکرد، در انتقاد به رویکرد شناختی- رفتاری و در واکنش به بعضی از نقاط ضعف این رویکرد، مطرح گردید. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بزرگترین نقطه ضعف رویکرد شناختی- رفتاری، این است که روند دنبال شده در این رویکرد، در مقابل مفهوم انعطاف پذیری روانشناختی قرار می گیرد. در واقع این رویکرد، معتقد است که درمان شناختی- رفتاری بر خلاف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نه تنها به افزایش انعطاف پذیری روانشناختی افراد نمی انجامد، بلکه حتی می‌تواند سطح انعطاف پذیری روانشناختی آنان را کاهش دهد. البته این به معنای ناکارآمد بودن درمان شناختی- رفتاری نیست. در واقع درمان شناختی- رفتاری با روند خاصی که دنبال می-کند، قادر است به طور مؤثری به بهبود بسیاری از جنبه‌های مرتبط با سلامت روان کمک نماید، ولی براساس ادعای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، این دستاوردها به قیمت کاهش انعطاف پذیری روانشناختی فرد، تمام می‌شود (بلکلج، چاروکی و دین[5]، ۲۰۰۹). روند اصلی دنبال شده در درمان شناختی- رفتاری، بر شناسایی جنبه‌های شناختی ناکارآمد مولد هیجانات و رفتارهای ناکارآمد و چالش و مقابله‌ی مستقیم با این جنبه-ها استوار است. در واقع در این رویکرد، فرد خود را در نقطه‌ی مقابل جنبه‌های

1- Kashdan & Rotten berg
2- Masten
3- McAllister & Mckinnon
4- Hayes, Pankey & Gregg
5- Blackledge, Ciarocchi & Deane

ناکارآمد ذهن خود می‌دهد (لیهی، ۱۳۸۷). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر جنبه‌های مختلف سلامت روان تاکنون در پژوهشهای متعددی تأیید شده است، به طوریکه امروزه، این رویکرد از جمله درمانهایی است که از قوی-ترین پشتوانه‌ی پژوهشی برخوردار است (فیرس و ترال،۱۳۹۰). به طور خاص‌تر در جمعیت افراد دارای اضافه وزن و چاقی نیز اثربخشی این رویکرد بر جنبه‌های مختلف سلامت این افراد تاکنون در چندین پژوهش مختلف، به تأیید رسیده است (ناتا، هوسپرس، کوک و جبسین [1]، ۲۰۰۰، تسیروس[2] و همکاران، ۲۰۰۸، دبار[3] و همکاران، ۲۰۱۱، پیمنتا، لیل، مارکو و راموس[4]، ۲۰۱۲). بنابراین پژوهش با انتخاب یکی از موضوعات و جمعیت‌هایی که تاکنون رویکرد شناختی-رفتاری، در آن از پیشینه‌ی اثربخشی مطلوبی برخوردار بوده است، سعی دارد تا این ادعای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بررسی کند که روند درمان شناختی- رفتاری، علی‌رغم اثر مثبت بر جنبه‌های مختلف سلامت روان، می‌تواند در تضاد با انعطاف‌پذیری روانشناختی درمانجویان، قرار بگیرد.

1- Nauta , Hospers , Kok & Jansen
2- Tsiros
3- Debar
4- Pimenta, Leal, Maroco, Ramos

روش

طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل می‌باشد.

جامعه و نمونه‌ی پژوهش

جامعه‌ی پژوهش حاضر، عبارت است از کلیه‌ی زنان و مردان دارای اضافه وزن بین ۲۰ تا ۵۰ سال مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تغذیه و رژیم درمانی و کلوب‌های ورزشی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ که از میان این افراد، تعداد ۴۰ نفر، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی (به شیوه‌ی گمارش تصادفی از طریق قرعه‌کشی کدهای مربوط به آزمودنی ها) در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارش شدند. این تعداد براساس مبانی مشاوره‌ی گروهی (کری و کری، ۱۳۹۰)، به عنوان حجم مناسب برای یک مداخله‌ی گروهی به شمار می‌رود.

ابزار

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۱۲ سؤالی (GHQ-12): این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم شد که فرم‌های مختلف آن به طور وسیعی به منظور سنجش سلامت روان به کار برده شده است. فرم ۱۲ سؤالی این پرسشنامه در واقع فرم کوتاه آن محسوب شده و دارای ۱۲ سؤال می‌باشد که هر یک به صورت لیکرت چهار درجه‌ای (۰-۱-۲-۳) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشانگر سطح بالاتر سلامت روان می‌باشد. در ایران ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه توسط یعقوبی، کریمی، امیدی، باروتی و عابدی (۱۳۹۰) مورد بررسی قرار گرفته است که ضریب آلفای آن ۰/۹۲ و ضریب اسپیرمن – براون و ضریب گاتمن نیز هر دو ۰/۹۱ به دست آمده است.

پرسشنامه‌ی پذیرش و عمل برای مشکلات مربوط به وزن[1] (AAQW): این پرسشنامه توسط لیلیس و هیس[2] (۲۰۰۸) به منظور سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی ساخته شده است. این ابزار دارای ۲۲ گزاره بوده که به صورت لیکرت ۷ درجه ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره‌ی قابل اکتساب، ۲۲ و حداکثر نمره، ۱۵۴ می‌باشد. برای محاسبه‌ی نمره‌ی انعطاف پذیری روانشناختی، گزاره‌های ۱، ۶، ۷، ۱۴ و ۱۸ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (لیلیس و هیس، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار به شیوه‌ی آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه‌ی پژوهش و گمارش تصادفی آنها در گروه‌های آزمایش و کنترل، ابزار پژوهش، در قالب مرحله‌ی پیش‌آزمون برای اعضای هر دو گروه اجرا شد. سپس جلسات مداخله‌ی درمان شناختی-رفتاری، به مدت ۸ جلسه‌ی هفتگی دو ساعته‌ی گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد، در حالیکه اعضای گروه کنترل، در معرض هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. پس از اتمام جلسات مداخله، اعضای هردو گروه، مجدداً در قالب مرحله‌ی پس آزمون به پرسشنامه‌ی پژوهش، پاسخ دادند. به منظور بررسی تداوم اثربخشی مداخله، پس از گذشت یک ماه از اتمام

1 - Acceptance and Action Questionnaire for weight-related problems
2 - Lillis & Hayes

مداخله، اعضای هر دو گروه در قالب مرحله‌ی پیگیری نیز به پرسشنامه‌ی پژوهش، پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از نسخه‌ی ۱۷ نرم افزار SPSS استفاده شد و شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و شاخص‌های آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس یک راهه و آزمون مان ویتنی- یو مورد استفاده قرار گرفت. خلاصه‌ای از محتوای جلسات مداخله در جدول ۱ ارائه شده است. لازم به ذکر است که طرح این درمان صرفاً با محوریت ارتقاءسلامت روان تدوین شده است و در مورد متغیر انعطاف پذیری روانشناختی، صرفاً اثرجانبی مداخله روی این متغیر سنجیده خواهد شد.

جدول۱: خلاصه‌ای از محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری با موضوع سلامت روان

جلسات	محورهای جلسات
اول	- آشنایی اعضا با یکدیگر و با اصول و قواعد کار گروهی- آشنایی مقدماتی با مفاهیم اضافه وزن و چاقی از دیدگاه روانشناختی - توضیحات مقدماتی راجع به ارتباط فکر، احساس و رفتار- ارائه‌ی تکلیف.
دوم	- مرور تکالیف جلسات قبل- آموزش جامع و دقیق ارتباط فکر، احساس و رفتار - آموزش مفاهیم احساس بهتر و بهتر بودن از دیدگاه شناختی رفتاری - آموزش جایگاه و چگونگی تمرین در جهت استقرار نظام شناختی و هیجانی مطلوب- ارائه‌ی تکلیف.
سوم	مرور تکالیف جلسات قبل- آموزش مفهوم انعطاف پذیری فکری با استفاده از مبانی رویکرد شناختی- رفتاری- ارائه‌ی تکلیف
چهارم	مرور تکالیف جلسات قبل- آموزش تکنیک های شناختی «زیر سوال بردن» و «نجواهای مقابله ای منطقی»- ارائه‌ی تکلیف
پنجم	- مرور تکالیف جلسه‌ی قبل- آموزش خودپذیری نامشروط از دیدگاه شناختی- رفتاری با تأکید بر افکار مرتبط با اضافه وزن- آموزش تکنیک‌های هیجانی «زیرسؤال بردن قاطعانه و نجواهای مقابله‌ای قاطعانه»- آموزش و اجرای تکنیک تصویرسازی عقلانی- هیجانی- ارائه‌ی تکلیف
ششم	- مرور تکالیف جلسه‌ی قبل- آموزش واکنش مناسب در مقابل ارزیابی‌های منفی دیگران، با توجه به مبانی شناختی- رفتاری - ارائه‌ی تکلیف
هفتم	- مرور تکالیف جلسه‌ی قبل- آموزش مفهوم عزت نفس و بینش‌ها و باورهای مخرب و کمککننده به عزت نفس پایدار- تمرین با استفاده از تکنیک ایفای نقش- ارائه‌ی تکلیف
هشتم	- مرور مباحث ارائه شده در جلسات قبل در خلال بررسی تکالیف انجام شده توسط اعضا - تبیین مفهوم بازگشت نظام فکری ناکارآمد و نحوه‌ی مقابله‌ی با آن

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان و انعطاف‌پذیری روانشناختی دو گروه آزمایش و کنترل، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، در جدول۱، ارائه شده است.

جدول۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت روان و انعطاف پذیری روانشناختی
گروه‌های آزمایش و کنترل، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص	گروه آزمایش						گروه کنترل					
	میانگین			انحراف استاندارد			میانگین			انحراف استاندارد		
متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
سلامت روان	۱۴/۴۵	۲۲/۷۰	۲۱/۳۰	۴/۶۱	۳/۹۲	۴/۵۳	۱۸/۳۵	۱۸/۹۰	۱۹/۱۰	۵/۲۱	۴/۵۷	۳/۸۹
انعطاف پذیری	۱۱۴/۴۰	۸۹/۳۵	۹۴/۱۵	۱۴/۲۲	۱۳/۴۰	۱۵/۳۲	۱۱۱/۹۵	۱۰۹/۳۰	۱۰۷/۱۰	۱۳/۰۰	۱۲/۵۵	۱۲/۰۵

همانطور که در جدول ۱، ملاحظه می‌شود، در متغیر سلامت روان، در مرحله‌ی پیش آزمون نمرات گروه کنترل نسبت به گروه آزمایش در سطحی بالاتر قرار داشته است. با این حال در مراحل پس آزمون وپیگیری، نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، افزایش قابل توجهی نشان داده است. در متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی، در مرحله‌ی پیش آزمون، نمرات گروه آزمایش تاحدی بالاتر از نمرات گروه کنترل بوده است. با این حال، در مراحل پس آزمون و پیگیری، نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، کاهش قابل توجهی نشان داده است.

جهت بررسی اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر سلامت روان و انعطاف‌پذیری آزمودنها در مراحل پس آزمون و پیگیری، از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون باکس (M=۵۰/۵۲ ؛ P=۰/۰۰) نشانگر معناداری این آزمون و نتایج آزمون لوین نشانگر عدم معناداری این آزمون برای سلامت روان در مرحله‌ی پس آزمون (F=۰/۷۹ ؛ P=۰/۳۷)، سلامت روان در مرحله‌ی پیگیری (F=۳/۱۲ ؛ P=۰/۰۸) و معناداری این آزمون برای انعطاف پذیری در مرحله‌ی پس آزمون (F= ۴/۶۵ ؛ P=۰/۰۳) و انعطاف‌پذیری در مرحله‌ی پیگیری (F=۱۹/۵۳ ؛ P=۰/۰۰) بود. بنابراین پیشفرض‌ها به طور نسبی رعایت شده است، ولی باتوجه به تساوی تعداد دو گروه، در این شرایط، استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره، مجاز می‌باشد (مولوی، ۱۳۸۶؛ گلاس و استانلی، ۱۳۶۸).

براساس روال محاسبات تحلیل کواریانس چندمتغیره، ابتدا اثربخشی مداخله‌ی پژوهش بر مجموع متغیرهای وابسته در مراحل پس آزمون و پیگیری، مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس، نتایج آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲: نتایج آزمون لامبدای ویلکز جهت بررسی تفاوت بین دو گروه در مجموع متغیرهای وابسته در مراحل پس آزمون و پیگیری با کنترل کلیه ی نمرات پیش آزمون

منبع تأثیرات	شاخص ها	مقدار ویژه	F	درجه‌ي آزادي فرض	درجه‌ي آزادي خطا	معناداري	مجذور اتا	توان آماري

پیش آزمون سلامت روان	۰/۷۶	۲/۵۷	۴	۳۳	۰/۰۵	۰/۲۳	۰/۶۶
پیش آزمون انعطاف پذیری	۰/۳۶	۱۴/۶۰	۴	۳۳	۰/۰۰	۰/۶۳	۱
عضویت گروهي	۰/۳۷	۱۴/۰۶	۴	۳۳	۰/۰۰	۰/۶۳	۱

همانطور که در جدول۲، ملاحظه می‌گردد، با کنترل کلیه‌ی نمرات پیش آزمون، مداخله‌ی پژوهش بر مجموع متغیرهای وابسته در مراحل پس آزمون و پیگیری، دارای اثر معنادار بوده است. تحلیل‌های تک متغیره‌ی آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره، به تفکیک هریک از متغیرهای وابسته در مراحل پس آزمون و پیگیری، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول۳: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره به تفکیک هریک از متغیرهای وابسته
در مراحل پس آزمون و پیگیری با کنترل کلیه‌ی نمرات پیش آزمون

متغیرها	شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه‌ي آزادي	میانگین مجذورات	F	معناداري	مجذور اتا	توان آماري
سلامت روان	پس آزمون	۲۵۸/۷۹	۱	۲۵۸/۷۹	۱۷/۵۲	۰/۰۰	۰/۳۲	۰/۹۸
	پیگیری	۸۰/۹۵	۱	۸۰/۹۵	۴/۵۹	۰/۰۳	۰/۱۱	۰/۵۵
انعطاف پذیری	پس آزمون	۳۷۲۳/۴۴	۱	۳۷۲۳/۴۴	۳۸/۰۷	۰/۰۰	۰/۵۱	۱
	پیگیری	۴۷۱۱/۱۴	۱	۴۷۱۱/۱۴	۲۵/۴۵	۰/۰۰	۰/۴۴	۰/۹۹

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد. با کنترل کلیه‌ی نمرات پیش آزمون، مداخله‌ی پژوهش بر نمرات پس آزمون و پیگیری هریک از متغیرهای سلامت روان و انعطاف پذیری، دارای اثر معنادار بوده است. منتها با توجه به نتایج جدول ۱، می‌توان گفت این مداخله به طور معناداری منجر به افزایش سلامت روان و کاهش انعطاف پذیری روانشناختی، شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری، بر سلامت روان و انعطاف پذیری روانشناختی در افراد دارای اضافه وزن بود. نتایج این پژوهش نشان داد که این مداخله می تواند تأثیر معنادار و بادوامی بر سلامت روان و انعطاف پذیری روانشناختی افراد دارای اضافه وزن داشته باشد. منتها اثر این مداخله بر این دو متغیر کاملاً متفاوت است به طوریکه منجر به افزایش سلامت روان و کاهش

انعطاف‌پذیری روانشناختی می گردد. این نتایج را می توان در حیطه‌ی اثربخشی مثبت درمان شناختی- رفتاری بر سلامت افراد دارای اضافه وزن با نتایج پژوهشهای ناتا و همکاران (۲۰۰۰)، تسیروس و همکاران (۲۰۰۸)، دبار و همکاران (۲۰۱۱)، و پیمنتا و همکاران (۲۰۱۲)، همسو دانست، اما براساس جستجوی پژوهشگر، تاکنون اثربخشی منفی درمان شناختی- رفتاری بر انعطاف‌پذیری روانشناختی - که مورد ادعای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود- مورد پژوهش قرار نگرفته است. لذا می-توان نتایج این پژوهش را از جمله نخستین نتایج پژوهشی در این حیطه قلمداد کرد.

در مورد اثربخشی بادوام درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سلامت روان افراد مبتلا به اضافه وزن، می‌توان به جنبه‌های مختلفی از این درمان، اشاره کرد. از جمله مهمترین مؤلفه‌های ذکر شده برای سلامت روان، توانایی مقابله‌ی مؤثر با چالشها و موقعیتهای استرس‌زا است که یکی از مهمترین انواع این مقابله، معنادهی و تعبیر مناسب موقعیتها می‌باشد (مک دونالد، ۲۰۰۶). دستیابی به این توانمندی، هدف اصلی رویکرد شناختی- رفتاری است، چراکه فرض اصلی این رویکرد، این است که با تغییر شناختها، کل نظام رفتاری و هیجانی یک فرد، تغییر خواهد کرد. در این رویکرد، فرد کنترل نظام روانشناختی خود را از سیطره‌ی عوامل نیمه هشیار همچون افکار خودکار منفی، خارج کرده و به صورت هشیارانه و فعال، به تعیین نظام خلقی و رفتاری خود، از طریق کنترل مستقیم نظام شناختی خویش، می‌پردازد (کری، ۱۳۹۰). این فرض رویکردهای شناختی- رفتاری امروزه در پی پژوهشهای متعدد، کاملاً مورد تأیید و توافق نظریه پردازان سلامت روان قرار گرفته است (الیس و مک لارن، ۱۳۹۰). بنابراین با قبول این فرض، بدیهی و قابل انتظار خواهد بود که شناسایی و تضعیف شناختهای ناکارآمد و نیز جایگزین ساختن شناختهایی سازگارانه تر و کارآمدتر می‌تواند به ارتقاء سطح کلی سلامت بیانجامد. به طور خاص در مورد افراد دارای اضافه وزن، مصداق این موضوع شامل تصاویر و افکار تحریف‌آمیز و مفرط در مورد تصویر بدنی، عزت نفس، ترس از ارزیابی‌های منفی و افکار و شناختهای منفی از این دست، می باشد که در جریان درمان مورد چالش قرار گرفته و شناختهایی سازگارانه‌تر، مبتنی بر خودپذیری نامشروط و عزت نفس و متناسب با واقعیات و هنجارهای منطقی، جایگزین آنها خواهند شد و در نهایت سطح سلامت روان این افراد، ارتقاء خواه یافت. ولی نکته‌ای در میان نظریه-پردازان شناختی- رفتاری، کمتر مورد تأکید و توجه قرار گرفته است، این است که تأکید بیش از حد این رویکرد، بر چالش صریح و مستقیم با جنبه‌های شناختی منفی، ممکن است به نوعی اجتناب مفرط از جنبه‌های منفی ذهنی و در نتیجه عدم توانایی پذیرش فرد نسبت به این بخش از سیستم روانشناختی خود، منجر شود.

این درحالی است که ابعاد شناختی منفی، جزئی طبیعی از نظام ذهنی افراد است. بویژه در افرادی که به طور مداوم با موقعیتهای بیرونی برانگیزاننده‌ی شناختهای منفی، مواجه هستند، عدم پذیرش این بخش از نظام ذهنی می‌تواند به کاهش سطح انعطاف پذیری روانشناختی و افزایش اجتناب از توجه و پذیرش دنیای ذهنی درونی منتج شود. افراد دارای اضافه وزن، تا زمانیکه با مسئله‌ی اضافه وزن خود، روبه رو هستند، به طور مداوم با موقعیت هایی روبه رو خواهند شد که شناختهای منفی آنان در مورد اضافه وزن را فعال خواهد کرد. بنابراین صِرف جبهه‌بندی و چالش مستقیم با این جنبه-های شناختی، در دراز مدت می-تواند انرژی روانی زیادی از این افراد برده و به کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی آنان گردد. این درحالی است که بسیاری از افراد دارای اضافه وزن، استعداد ژنتیکی داشته و شاید به دلایل مختلف قادر نباشند که به طور بادوامی به وزن کاملاً بهنجار و مطلوب رسیده و آن را حفظ نمایند. بنابراین آنچه که برای این دسته از افراد، بیش از مسئله‌ی اضافه وزن اهمیت دارد، این است که در کنار تلاش در جهت کاهش اضافه وزن، بتوانند این موضوع را به عنوان جزئی طبیعی از زندگی خود پذیرفته و انرژی روانشناختی خود را کاملاً معطوف و متمرکز بر این بعد از زندگی خویش نگردانند. تمرکز ذهنی زیادی که این افراد صرف تسلیم شدن یا چالش با جنبه‌های شناختی مربوط به اضافه وزن می‌کند، سیالی و روانی ذهنی آنها را سلب نموده و به عبارت بهتر، انعطاف پذیری روانشناختی آنان را که می‌تواند سرمایه‌ی عظیمی برای کارکرد مطلوب در زمینه‌های مختلف روانشناختی و اجتماعی باشد، تضعیف می-نماید. به همین دلیل است که تأکید رویکرد شناختی-رفتاری بر چالش و مقابله‌ی مستمر با شناختهای ناکارآمد، می‌تواند به کاهش سطح انعطاف‌پذیری افراد داری اضافه وزن منجر گردد.

یکی از مهمترین محدودیتهای پژوهش حاضر که می‌تواند در بخشی از نتایج آن ابهام ایجاد نماید، استفاده از ابزار مربوط به سنجش انعطاف‌پذیری روانشناختی است. این ابزار، توسط نظریه پردازان رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، طراحی شده است. بنابراین با توجه به اینکه این پژوهش با کمک این ابزار به بررسی ادعای متخصصین رویکرد پذیرش و تعهد در مورد رویکرد شناختی- رفتاری، پرداخته است، احتمال سوگیری در تأیید فرضیه‌ها از جانب ابزار سنجش، مطرح می‌گردد. پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آتی، فرضیه‌های این پژوهش، مجدداً مورد بررسی قرار گرفته و برای سنجش انعطاف-پذیری روانشناختی از ابزاری استفاده شود که به لحاظ نظری، وابسته به هیچیک از دو رویکرد شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نباشد.

منابع

Corey. Gerald .(2005)Theory & Practice of Counseling & Psychotherapy, 7th Edition 7th Edition . WWW. Amazon .com.

Corey, Schneider and Corey, G. (2011).Group Therapy. WWW. Amazon .com.

Leahy, Robert L.(2008).Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide .Gullford Press.

Gene, V. Glass, Julian C. Stanly.(1970).Statistics method In Education and Psychology.Prentice-Hall,Inc.

Ellis, Albert and Catharine Mac Laron. (2005).Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide, Second Edition (The Practical Therapist) Paperback – January 1, 2005. WWW. Amazon .com.

Phares.E.Jerry.(2002.).Clinical Psychology: Concept,Methods and profession, 6th ed.

Molavi,H.(2007). Practice of guide SPSS-14 in Behavioral Sciences.Poyesh Andisheh Publication.Esfahan.

Samani,S.(2007). Resilience, Mental Health and Life Satisfaction. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.Vol.13.No.3.PP290-295.

Yaghubi,H And etal.(2012). Reliability and factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-12) among students. Journal of Behavioral Sciences. Vol.6.No.2. PP:15-16.

Blackledge, J.T., Ciarocchi, J., Deane, F.P. (2009). *"Acceptance and Commitment Therapy*: *Contemporary Theory, Research and Therapy"*. Sidney: Australian Academic Press.

Debar, l., strieegel, R., Wilson, G. T., Perrin, N., Yarborough, B. J., Dickurson et al (2011). "Guided self-help for the treatment of recurrent bing eating replication and extension". *Psychiatric service*. 62. 367-373.

Gilbert, N.& Moyer, C. (2005). "fear of negative evoluation and the development of eating psychopathology: a Long itudial study among nonclinical women". *International Journal of Eating Disorders*. 37. 307-312.

Gray, D.S., & Fujioka, K. (1991). Use of relative weight and body mass index for the determination adiposity. *Journal of Clinical Epidemiology*. 44. 545-550.

Green, M., Scott, N. A., Cross. S. E., liao, K.Y., Hallengren, J., C. M., et al. (2009). "Eating disorder behaviors and depression: minimal relationship beyond social comparison, self-esteem, and body dissatisfaction". *Journal of clinical psychology*. 65 (9). 989-99.

Kahn, A.P., & Fawcett, J. (2008). *"The Encyclopedia of Mental Health"*. 3th ed. NewYork: Facts On File Inc.

Keyes, C.L.M. (2007). "Promoting and protecting mental health as flourishing". *American Psychologist*. 62(2). 95-108.

Hayes, S. C., Pankey, J., Gregg, J. (2002). "Acceptance and commitment therapy". In R.A. Di Tomasso & E. A. Gosch (Eds), *Anxiety disorders, a practitioner's guide to comparative treatment*. London:Springer press.

Hayes, S.C., & Strosabl, K.D. (2010). "A practical Guide to Acceptance and commitment therapy". New York: springer science and Business media INC.

Kashdan, J., Roitenberg, J. (2010). "Psychological flexibility as a fundamental aspect of health". *Clinical Psychology Review*. 30 (7). 865-878.

Lillis, J., Hayes, S.C. (2008). "Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems". *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2008. 4(1). 30-40.

MacDonald, G. (2006). "What is mental health?". In M. Cattan, & S. Tilford, *Mental health promotion*: *A life span aproach.* NewYork: Open University Press.

Marzocchi, R., Moscatiello, S., Villanova, N., Suppini, A., Marchesini G.

(2008). "Psychological Profile and Quality of Life of Morbid Obese Patients Attending a Cognitive Behavioural Program". *Psychological Topics*. (17) 2. 349-360.

Masten, A.S. (1994). "Resilience in individual development successful adaptation despite risk and adversing". In M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds), *Educational resilience in innercity America: challenges and prospects*. Hillsdale, NJ: Erlboum.

McAllister, M. & McKinnon, J. (2008). "The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature". *Nurse Education Today*. 29. 371–79.

Nauta, H., Hospers, H., Hospers, H., kok, G., Jansen, A. (2000). "A comarision between cognitive and behavioral treatment for obese bing eaters and obese nonbing eaters". *Journal of Behavioral therapy*. 31. 441-61.

Pimenta, F., Leal, I., Maroco, J., Ramos, C. (2012). "Brief cognitive-behavioral therapy for weight loss in midlife women: a controlled study with follow-up". *International Journal of Women's Health*. 559-567.

Tsiros, M.D., Sinn, N., Brennan, L., Coates, A.M., Walkley, J.W., Petkov, J., et al. (2008). "Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolscents". *American Journal of Clinical Nutrition*. 87,1134–1140.